

# ZDRAVOTNICTVÍ MEDICÍNA



16/2014

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY  
VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ

Toto číslo vyšlo 22. 9. 2014



## TÉMA ČÍSLA

Nad riziky kalia  
Bezpečné roztoky draslíku  
nemocnice používají  
jen vzácně

STRANA 4



PŘEDSTAVUJEME  
MUDr. Stanislava Najmana,  
anesteziologa a ředitele  
Kliniky Dr. Pírka

STRANA 46



## SESTRA

Vzdělávání a komunikace  
Společně s dalšími  
ošetřovatelskými tématy  
naleznete v tomto čísle

STRANA 19

## Elektronická zdravotnická dokumentace? Motivace chybí

Vedení zdravotnické dokumentace v elektronické podobě se v ČR prosazuje pomalu, ale jistě. Funguje ve většině nemocnic, ale jen v části samostatných ordinací soukromých lékařů. Nejčastější je hybridní kombinace papírové a elektronické formy. Příklady dobré elektronické praxe už ale máme.

Jedním z problémů, které skutečně brání většímu rozvoji elektronické zdravotnické dokumentace, je absence registru zdravotnických profesionálů. V něm by lékaři a sestry měli svou identitu, jež by je opravňovala pracovat s elektronickou dokumentací jejich pacientů. Takový registr by měl být propojen se stávajícími strukturami e-governmentu, jako jsou registry obyvatel či evidence fyzických a právnických osob. Tato myšlenka zazněla na konferenci o elektronické zdravotnické dokumentaci. Tu uspořádala Platforma pro elektronic-

ké zdravotnictví, která usiluje o rozvoj zdravotnictví směrem ke kvalitnější a bezpečnější péči a efektivnímu využití omezených lidských i finančních zdrojů.

### Předání zprávy nefunguje

Zdravotnickou dokumentaci upravují tři zákonné normy. První je zákon o ochraně osobních údajů, upravující zpracování citlivých údajů (zdravotní stav, sexuální život a genetické údaje) – komu citlivé údaje patří, kdo k nim má mít přístup a za jakých podmínek k nim má být přístup povolen. Druhým je zákon o zdra-

votních službách a podmínkách jejich poskytování, který definuje zdravotnickou dokumentaci (nakládání s rodným číslem, vedení dokumentace, její předávání, přičemž specifické postavení má v dokumentaci utajený porod, nahlížení). Třetí je směrnice EU o právech pacientů při přeshraničním poskytování zdravotní péče (u nás implementovaná zákonem č. 60/2014). Povinností členských států je zajištění přístupu k dokumentaci na dálku nebo její kopii pro pacienty, kteří si vyžádají zdravotní péči v jiné zemi. (pokračování na straně 2)



Mgr. Anna Šabatová:  
V rámci teoretického vyučování neexistuje rozumný důvod zakazovat studentům nosit pokrývky hlavy. (více viz str. 7)

Foto: Anna Pecková / ochrance.cz

Inzerce M141000687

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



## Z DOMOVA

# Elektronická zdravotnická dokumentace? Motivace chybí

(pokračování ze str. 1)

„V praxi bychom asi narazili na značnou míru nedodržování zákona o zdravotních službách u podání zprávy o poskytnutých službách. Každý poskytovatel je ze zákona povinen předat zprávu o poskytnutí zdravotních služeb registrujícímu lékaři bez výhrady. V praxi moc nefunguje, že by ambulantní specialisté vždy předali zprávu o poskytnutých zdravotních službách registrujícímu lékaři. Je to velká slabina systému, registrující lékař nemůže plnit roli koordinátora, když nemá informace,“ uvedl zástupce Českého národního fóra pro eHealth Milan Cabrnch. Nedodržuje se ale ani povinnost zpřístupnit informace ze zdravotnické dokumentace jinému zdravotnickému pracovníkovi, od kterého si pacient vyžádal konzultační služby. „Nemohu v této souvislosti nepřipomenout prohlášení jednoho kolegy, který tvrdil, že informace, které při své práci na svém oddělení získal (např. nález nádoru při otevření břišní dutiny), jsou majetkem oddělení a po předání pacienta na jiné oddělení si tamní odborníci musí zajistit své informace sami. To je nejen v přímém rozporu se zákonem, ale i s lékařskou etikou,“ poukázal dále Milan Cabrnch, který vidí cestu v jasné podpoře elektronizace na úrovni vlády, resortu i plátců péče, racionální motivaci k jejímu využívání, vzdělávání poskytovatelů a podpoře pacientů, aby informace o své péči žádali.

## Elektronické informační standardy

Jak upozornil Ing. Hynek Kružík ze společnosti Gnomon, jedním z nedostatků zákonných předpisů je absence požadavku na srozumitelnost zdravotnické dokumentace. „To je jeden z největších problémů stávajícího stavu v situaci, kdy se snažíme o interoperabilitu zdravotnického záznamu, tedy aby nesl a poskytoval svou informaci nejen tomu, kdo ji zaznamenal, ale i zdravotníkovi, který s ní může pracovat poté,“ upozornil Hynek Kružík. Současná legislativa také téměř neřeší obsah dokumentace, například používání zkratk a žargonu, který sice jednomu pracovišti dává smysl, dalšímu pracovišti stejně nemocnice už ale nikoli. „V ČR prakticky neexistují psané

standardy, které by obsah zdravotnické dokumentace určovaly. Na druhou stranu existují propracované standardy způsobu předávání elektronické dokumentace a její sdílení mezi různými poskytovateli, což vyvíjí nepřímý tlak na tvůrce informačních systémů, aby údaje ukládali ve formátu, který by sdílení umožňoval. Chybí tedy standardy jak informace vytvářet a uchovávat, ale máme podrobné standardy jak je sdílet a předávat,“ konstatoval na konferenci Ing. Kružík a připomněl jeden z nejzákladnějších standardů pro výměnu informací DASTA, který je v ČR používán již 20 let a ministerstvo jej v jedné z verzí vyhlásilo i jako závazný.

„Pokud se budeme pokoušet o sjednocení přístupu k dokumentaci, čeká nás těžký úkol, protože vedle závazných standardů potřebujeme také to, aby tyto byly smysluplné. Konsenzus je třeba hledat ve spolupráci s řadou odborných společností. Nezbytným předpokladem pro lékaře bude také seznamování se s těmito principy v průběhu studia,“ domnívá se Hynek Kružík.

## Role elektronizace při posuzování kvality

MUDr. David Marx ze Společné akreditační komise (SAK) vidí potřebu digitalizace z pohledu kontrolora kvality a bezpečí ve zdravotnických zařízeních jasně. „Stav vedení zdravotnické dokumentace v ČR je troglodytální. Nedodržují se základní pravidla tvorby legislativních předpisů, kdy zákon provádí prováděcí předpis. Zákon č. 372, o zdravotních službách, obsahoval ujištění, že pokud je zdravotnická dokumentace vedena elektronicky, určí se postup při zajištění bezpečnosti systému. Zdálo se, že tedy povinnost používat elektronický podpis padne a bude záviset už jen na architektuře uvnitř zařízení, které bude svá data chránit. Vyhláška o zdravotnické dokumentaci však s tímto předpokladem skončila. Elektronické dokumentaci spadla klec, i když někteří lékaři mají garantovaný elektronický podpis. Jde hlavně o rentgenologu a laboratorní odborníky se vzdáleným přístupem,“ řekl David Marx.

Zdravotnické zařízení tak musí standardy stanovit alespoň pomocí vnitřních předpisů – samo pro sebe a k ochraně pacientů. „Prů-

kaznost, pravdivost, čitelnost, ale také logická provázanost,“ zdůraznil David Marx kvality, které ve zdravotnické dokumentaci kontrolují. Jedna z povinností akreditovaných zařízení je například standardizace zkratk a seznam zkratk zakázaných (v ordinaci léků).

„Nemocniční informační systém, který bývá hrdě vydáván za elektronickou dokumentaci, je v drtivé většině nemocnic textový editor. Fascinuje mě, že i tak rizikový proces jako ordinace léků nedoznal aktivního vkladu, který by v elektronické zdravotnické dokumentaci zamezil například předepsání na dva tři řádky pod sebe léčiva se stejným obsahem léčivé látky, které se pouze rozdílně jmenují, nebo léky v negativní interakci či dávku, která je s ohledem na váhu pacienta nepřiměřená. Skutečný elektronický systém by to mohl upravovat, ale tak tomu není právě proto, že jde pouze o textový editor.“

Ředitel Marx připomněl také praxi, kdy je pacient při hospitalizaci na různých odděleních jedné nemocnice několikrát přijat a propuštěn včetně všech náležitostí a zápisů do dokumentace. I tomu by měla elektronická dokumentace předcházet. „Ač tomu nic nebrání, pouze málo institucí přistoupilo na jediný chorobopis pacienta, který s ním cestuje na přič všemi odděleními nemocnice, tedy k tomu, co by měl v případě elektronické dokumentace,“ upozorňuje MUDr. Marx. Ale přes všechny výhrady uznává, že v poslední době se úroveň vedení zdravotnické dokumentace podstatně zvýšila.

## Hacker ovládne i kardiostimulátor

Velmi velkorysý je podle Davida Marxe přístup k prostorám, kde je otevřená dokumentace skladována, a to třeba v souvislosti s osobami, které zde mohou provádět úklid, tedy zaměstnanci úklidové firmy. „Za mého působení v Ústřední vojenské nemocnici, kde se léčí řada českých VIP osobností, přišlo několik výzev Bezpečnostní informační služby, že zaměstnanci úklidové firmy pracují pro někoho, kdo chce stahovat informace o VIP pacientech,“ uvedl.

Otázka zabezpečení dat zdravotnické dokumentace je častým argumentem proti jejímu zavede-

ní. V české legislativě ji řeší nový zákon o kybernetické bezpečnosti, který svou působností dopadne rovněž na data zdravotnických zařízení. Jak uvedl spoluautor zákona Ing. Aleš Špidla, bude také novelizováno nařízení vlády o kritériích pro určení prvku kritické infrastruktury, v jehož rámci by měly být některé informační systémy velkých nemocnic stanoveny jako kritické informační uzly. „Zdravotnictví je součástí kritické infrastruktury, protože výpadky těchto dat mohou způsobit omezení významné služby více než 125 tisícům lidí,“ vysvětlil Aleš Špidla. Proto je důležité kontrolovat funkčnost bezpečnosti dat.

„Zajímavé téma v souvislosti s bezpečností je také telemedicina a zabezpečení komunikace mezi pacientem a centrem, jež tyto informace zpracovává. Patří sem i zdravotnické prostředky, které jsou ovladatelné na dálku. Hacker na konferenci předvedl ovládnutí inzulínové pumpy na dálku a byl schopen napojeného pacienta předávkovat prostřednictvím mobilního telefonu. Další hacker předvedl, jak lze pustit 812 voltů do srdečního svalu tím, že na vzdálenost 40 metrů překonfiguroval kardiostimulátor,“ upozornil na nutnost zabezpečení dat zdravotnické dokumentace Aleš Špidla.

## Zdravotnická záchranná služba

Ředitel společnosti KTHP, která se při poskytování služeb v oblasti informačních a komunikačních technologií zaměřuje právě na zdravotnictví, MUDr. Pavel Trnka představil elektronizaci záznamu o výjezdu ve Zdravotnické záchranné službě hlavního města Prahy. Od roku 2007 zde používali kombinovanou dokumentaci, kdy lékař psané přepisoval do počítače. „Šlo o zdoluhavý proces, kdy vznikaly často neúplné zápisy, proto v roce 2008 vznikl pilotní projekt Mobilní elektronická zdravotnická dokumentace, který ve svém výsledku zefektivňuje přednemocniční péči. Zadávání dat probíhá do tabletu již v průběhu výjezdu, můžeme navíc čerpat informace z našeho interního registru pacientů a z Karty života či Vitakarty. Získáváme tak jakýsi základ emergency data setu, tedy informací, které lékařům pomohou v rychlém rozhodování o postupu léčby,“ uvedl Pavel Trnka.

Dokumentace není standardizovaná pro všechny záchranné služby v ČR, ale má některé shodné prvky i v ostatních krajích a projekty nyní probíhají na Vysočině a v Jihomoravském kraji. Na krajské úrovni mají záchranky sdílení dat jednodušší, protože spolupracují s tamní krajskou nemocnicí. Jak Pavel Trnka uvedl, díky elektronické dokumentaci se zjednodušil zápis o výjezdu, zlepšila čitelnost dokumentace, její standardizace v rámci pracoviště i zrychlení předání pacienta do nemocnice.

## Zruš nemocnici, zachráníš les

Na elektronizaci zdravotnické dokumentace v rámci nemocničního informačního systému ve Všeobecné fakultní nemocnici (VFN) v Praze se podílel Ing. Jiří Haase. „Povedl se nám majstrštyk, kdy jsme si přímo v nemocnici vybudovali vlastní certifikační centrum, kde vyškolení pracovníci vydávají, spravují a blokují certifikáty. Postupně byl systém implementován na všechna pracoviště VFN, vydáno přes 1500 certifikátů a v provozu je i bezpečný dlouhodobý archiv,“ uvedl Jiří Haase s tím, že se zlepšila úplnost, kvalita a bezpečnost vedení zdravotnické dokumentace, významně se také snížil počet tištěných dokumentů. „Šetříme nejen tonery, tiskárny a místo v archivech, ale především papír. Jak říkám, zruš nemocnici, zachráníš les,“ podotkl Jiří Haase a vypočetl, že systém elektronizace včetně archivu přišel VFN na 6 milionů korun.

Zřízení obřího nemocničního systému, který sdílí zdravotnickou dokumentaci pacientů deseti nemocnic, bylo strategickým rozhodnutím společnost Agel. „Systém IKIS, integrovaný klinický informační systém, který vyvinula dceřiná společnost Agelu, má centrální databázi, v níž jsou nemocnice odděleny pouze logicky, nikoli technicky. Dnes obsahuje 46,5 milionu klinických dokumentů a měsíčně přibude dalších 650 tisíc,“ představil informační kolos jeden z jeho tvůrců MUDr. Miroslav Seiner a dodal: „Po letech zkušeností se zaváděním elektronizace dokumentace vím, že je sice možná, ale obtížná, přináší vyšší kvalitu a efektivitu péče, ale otázkou zůstává, zda existuje státní autorita schopná poskytnout technologické i metodické know-how, které by zaručilo sdílení elektronických dat na národní úrovni,“ uzavřel otázku Miroslav Seiner.

# Protonová hyena

Boj rodiny Kingových lze respektovat, chápat, možná i obdivovat. Způsob, jakým kauzu využívá pražské protonové centrum, je ale za hranicí všeho vkusu.

Když máte na krku čtyřmiliardový úvěr a byznys plán v troskách, vezmete jistě zavděk lečjakou cestou, která by mohla alespoň přibližně mířit ze šlamastyky ven. Z tohoto pohledu lze hrůzný komu-



Martin Čaban

nikáčnický amok, jenž s počátkem září zachvátil pražské Centrum protonové terapie, snad pochopit. V žádném případě jej ale nelze omluvit. Případ pětiletého Brita s nádorem na mozku se totiž PTC rozhodlo vytěžit daleko za limity stanovené elementárním dobrým vkusem, o nějaké profesionální lékařské zdrženlivosti ani nemluvě.

Ono je to samozřejmě lákavé. Případ Ashy Kinga a jeho rodičů skutečně v jisté fázi zaujal celou Evropu a v britském tisku poměrně intenzivně žije dodnes. Jenže na ostrovech kauza vyvolala alespoň rozsáhlou společenskou debatu o fungování NHS, komunikaci lékařů s pacienty a úpravě předpisů, jejichž poněkud nešťastná aplikace poslala rodiče malého Brita na tři dny do španělského vězení. V Česku slouží případ jen k tomu, aby si jedno zdravotnické zařízení za pomoci primitivních útoků na první sig-

nální soustavu české veřejnosti přivlastnilo kus legitimacy, kterou dosud nedokázalo získat jinak. Například tím, že by přesvědčilo plátce zdravotní péče o své potřebnosti.

Proto a pro nic jiného se dozvídáme, že

„malý Ashya“ absolvoval první dávku záření „s úsměvem“, že se jeho rodičům PTC líbí a navrch že dostal plyšového krtečka. Pak se to celé ještě okoření větou o tom, že „je více než jasné, že cena pro české děti je více než výhodná pro české pojišťovny. Není tedy žádný důvod proč neposkytnout českým dětem šetrnou a účinnou nejmodernější léčbu nádorů, za kterou jezdí děti z celého světa“.

## Nová úroveň dryáčnictví

Aby nevznikla mýlka – skutečně jen málokdo pochybuje o tom, že PTC je fajnovým pracovištěm se špičkovou technikou i lékaři. Stejně tak lze stěžít něco vyčítat rodině, která se tváří v tvář děsivé nemoci vzepte propracovanému indikačnímu systému britské NHS a vyrazí hledat léčbu jinde. Tady prostě racionální argumenty všichni práci nezastanou a vzhledem k tomu, že je

ve hře život malého dítěte, nelze než Kingovým i lékařům v PTC držet všechny palce. Na žádné z těchto úrovní problém není. Je ve vedení centra a v oddělení, které má na starosti komunikaci. Její dryáčnictví dosáhlo s příjezdem Ashy Kinga další úrovně.

Přítom zdrženlivost by byla na místě. Zkušeností s protonovou léčbou zkrátka zatím není dost na to, aby bylo možné o ní vynášet zcela kategorické soudy. Mnoho lékařů v Británii tvrdí, že protonová terapie není pro léčbu meduloblastomu vhodná právě pro příliš malý prostor zásahu. Naproti tomu lékařské konzilium v Motole či kapacita typu Pavla Klenera se tváří, že jde o léčbu velmi vhodnou. Místo aby se PTC snažilo sbírku zkušeností rozšířit tím, že nějak rozumně vpluje do českého zdravotnického systému, vede se zdravotními pojišťovnami nevybíravou válku o veřejné mínění a miliardový hi-tech provoz *de facto* stojí.

Problém stále leží v samotných základech honosné budovy, v nichž je zabetonována špína z ministerské éry Davida Ratha. Ta vzlíná celou institucí jako prokletí. Dokud se nepodaří toto prokletí zlomit, nepomůže PTC ani deset Ashyů.

## Lékařníci se dohodli na náhradách za zrušený poplatek

Ministerstvo zdravotnictví na jednání s Českou lékařskou komorou (ČLkK) přislíbilo lékařníkům částečnou kompenzaci za 30korunový poplatek za recept prostřednictvím speciálního výkonu, který bude od 1. ledna 2015 hrazen ve výši 12 korun.

Celkově půjde o roční náhradu ve výši 700 milionů korun. „Původně jsme jednali o plné kompenzaci 30korunového poplatku. Nyní tedy jde o 12 korun za jeden specializovaný výkon, který zahrnuje především administraci receptů,“ potvrdil pro redakci ZaM prezident ČLkK Lubomír Chudoba.

### Zdravotní výkon již na jaře

Jak dále prezident Chudoba uvedl, lékařská komora nyní pracuje na přípravě plnohodnotného zdravotního výkonu, na kterém chce kromě MZ spolupracovat také se zdravotními pojišťovnami. „Idea plnohodnotného výkonu by měla být na stole do měsíce. Poté bude prostor pro modelaci kombinace marže a pevné částky. Nechceme nikoho vynechat, půjde o otevřené, férové jednání. Předpokládáme nutnost dohody zejména s většími lékárenskými řetězci, hodnota výkonu musí odpovídat příjmům lékařů,“ vysvětlil prezident Chudoba a dodal, že zavedení plnohodnotného výkonu bude vyžadovat změnu softwarů lékařů, počítá se s přibližně

tříměsíční implementací. Reálné datum zavedení výkonu Lubomír Chudoba odhadl na 1. dubna 2015. ČLkK také nyní aktivně pracuje na přísnějších a pečlivějších pravidlech posuzování vzniku nových lékařů, které budou žádat o smlouvu se zdravotními pojišťovnami. V rámci výkonové platby chce ČLkK také zvýšit podporu venkovských lékařů.

Koalice soukromých lékařů (KSL) ale k lékařníkům jako nositelům zdravotních výkonů vyjádřila zásadní nesouhlas. K návrhu ČLkK na novelizaci zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, který by nový výkon pro lékařníky legislativně ošetřil, KSL uvedla: „Realizace návrhu by nepřinesla žádný benefit našim pacientům ani ambulantům. Došlo by pouze k duplicitě poskytované péče a s vysokou pravděpodobností by nastal zbytečný nárůst výdajů veřejného zdravotního pojištění. Současný stav je zajištěn vhodně kultivovaně, je nutné prioritně se zaměřit na sdílení informací mezi lékaři primární péče, ambulantními specialisty a lůžkovými zařízeními.“

(ktu)

Inzerce M141001318



**Česká lékařská akademie**  
ve spolupráci  
s Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně,  
Psychiatrickou klinikou 3. LF UK, Psychiatrickým centrem Praha,  
Českou lékařskou komorou  
si Vás dovolují pozvat na  
**VII. kongres České lékařské akademie**  
„Současný stav a perspektivy regenerativní medicíny“  
Mariánské Lázně, 27. – 29. listopadu 2014



Přednášející: Prof. MUDr. Milana Šamáněk, DrSc., FCMA, Prof. MUDr. Eva Syková, DrSc., FCMA, RNDr. Jiří Grygar, CSc., Prof. RNDr. Jiří Lukeš, CSc., Prof. MUDr. Jan Starý, DrSc., FCMA, Prof. MUDr. Jiřina Bartůňková, DrSc., Prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc., Doc. MUDr. Aleš Nejedlý, Doc. MUDr. Miroslav Tvrdek, CSc., Prof. MUDr. Jan Pirk, DrSc., FCMA, MUDr. Josef Bešík, CSc., MUDr. Libor Janoušek, PhD., Doc. MUDr. Pavel Mohr, PhD., Doc. MUDr. Robert Jech, PhD., Prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc., FCMA, MUDr. Dana Horáková, PhD., Mgr. Lucie Suchá, Prof. MUDr. Jiří Mazánek, DrSc., FCMA, MUDr. Roman Kůfa, Prof. MUDr. Karel Koudela, CSc., MUDr. Jonáš Kudela, Prof. MUDr. Pavel Kuchynka, CSc., FCMA, Prof. MUDr. Jan Betka, DrSc., FCMA, Prof. MUDr. Josef Syka, DrSc., FCMA, MUDr. Jaroslava Píhobodová, Doc. MUDr. David Netuka, PhD., Prof. PaedDr. Pavel Kolář, PhD., Prof. MUDr. Alios Martan, DrSc., Doc. MUDr. Jaromír Mašata, CSc., Prof. MUDr. Tomáš Hanuš, DrSc. a další.

Kongres bude pořádán dle Stavovského předpisu České lékařské komory č. 16 a bude ohodnocen kredity ČLK, České asociace sester a Asociace klinických psychologů.

# Bezpečné roztoky draslíku nemocnice používají jen vzácně

Nedávný případ Rumburské nemocnice, kde sestra předávkovala pacientku podáním smrtelné dávky chloridu draselného (KCl), opět otevřel diskusi nad riziky podávání draslíku. V ČR existuje bezpečná cesta, která většině rizik spojených s podáním kaliumu dokáže předejít, jen zlomek nemocnic ji však zvolí.

Bezpečnostní opatření v ČR ministerstvo zdravotnictví dosud pouze doporučuje. Riziko, že vedle pacienta podstupují převážně sestry, které koncentráty draslíku v českých nemocnicích ředí a podávají, zůstává poměrně vysoké. A bezpečnostní opatření jsou iniciována až s další novou tragickou událostí.

## Hlášené události a úmrtí

V roce 2012 vydalo MZ doporučení pro bezpečnou praxi, konkrétně právě pro nakládání s koncentrovanými roztoky elektrolytů. V doporučení je uvedeno, že Národní systém hlášení nežádoucích událostí, který nyní spravuje Ústav zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS), identifikoval nežádoucí událost při podání koncentrovaného roztoku chloridu draselného s následkem úmrtí pacienta (*Šlo o případ z roku 2009, kdy na předávkování kaliem zemřela 17letá pacientka – pozn. red.*). V doporučení MZ je poukázáno i na nežádoucí události popsané v zahraničí. Kanada hlásí za poslední tři roky 23 událostí při terapii kaliem, USA dokonce 10 úmrtí za poslední dva roky.

Mezi situace, které pacienta vystavují riziku vysokého poškození zdraví vedoucí k arytmií až fibrilaci, počítá ministerstvo jednak nevhodné injekční podání koncentrovaných roztoků, koncentrovaný roztok podaný periferní kanylou, roztoky kaliumu omylem použité místo jiného léku a v neposlední řadě nesprávné přidávání KCl do infuzních roztoků (lahví i vaků). Jedná se o přidání KCl bez následného promíchání obou roztoků a zejména o připichování KCl do již zavěšeného infuzního vaku nebo lahve, kdy zůstane zvýšená koncentrace kaliumu u dna vaku a poté dojde k jeho rychlé aplikaci.

Vedle vzniku vnitřního předpisu bezpečného nakládání s elektrolyty se ministerstvo v doporučení odklání k používání již hotových směsí namísto doposud užívaných vlastních roztoků z koncentráty. „Přímé náklady na jeden směs jsou sice vyšší než na jednu ampulku, nicméně farmakoekonomické hodnocení musí zahrnout i cenu nosného roztoku, stříkačky, jehly, desinfekce a stráveného času. Navíc je nutné přičíst hodnotu bezpečnosti,

pak vychází směs jako výhodnější,“ uvádí v doporučení ministerstvo, jež vyslyšelo varování Světové zdravotnické organizace (WHO), která po sérii úmrtí vyhlásila již v roce 2007 vysoké koncentrované roztoky kaliumu za lék s vyšší mírou rizika. České nemocnice ale doporučení zatím většinou nevyšly. Doporučené předřazené, *ready-to-use*, roztoky používá v ČR minimum z nich.

## Nízkokonzentrované roztoky jsou řešením

Jednou z průkopnic, která pro zajištění větší bezpečnosti implementovala zásady bezpečného podávání kaliumu, je v Nemocnici Na Bulovce Všeobecná fakultní nemocnice v Praze (VFN). Na zvýšení bezpečnosti při skladování a používání koncentrovaného KCl a hlavně na implementaci užívání nízkokonzentrovaných roztoků KCl napříč všemi klinikami zde spolupracuje odbor kvality VFN s tamním oddělením klinické farmakologie a farmacie. „U hotových nízkokonzentrovaných roztoků odpadá nutnost manipulace s koncentrovanými roztoky, čímž se eliminuje možnost chybného nařazení infuze. Navíc jsou roztoky připraveny k okamžitému použití a pro ošetřující personál odpadá nutnost připravovat infuzi. Přitom jejich uchování nevyžaduje žádná režimová opatření, tedy oddělené skladování v uzavíratelných skříních,“ pochvaluje si změnu v přístupu VFN ke kaliumu Irena Netíková z oddělení klinické farmakologie a farmacie a dodává, že vysokokonzentrovaný roztok KCl používají především na lůžkách akutní péče typu JIP a ARO, kde bývá požadavek na dávku KCl u pacientů vyšší než na standardním lůžku. „Používání bezpečných nízkokonzentrovaných roztoků navíc eliminuje stres z aplikace KCl na takových typech standardních lůžek, která s parenterální substitucí kaliumu přicházejí

do styku velmi zřídka, ale přesto je tato léčba v určitých případech zcela namístě,“ dodává Irena Netíková.

## Břemeno leží zejména na sestrách

„Bohužel i kvůli konzervativnímu přístupu, kdy se zažité postupy jen obtížně mění, dotlačí nemocnice k bezpečnějšímu řešení dost často pouze kritická nebo rovnou tragická událost. Nyň, po kauze rumburské sestry, některé nemocnice začaly znovu zvažovat, že používání kaliumu bezpečně lépe. Nemocnice jsou si vědomy, že nejde jen o doporučení ministerstva zdravotnictví, ale i oprávněný požadavek akreditačních komisí. Ale to, že komisi v nemocnici ukážou, kde mají zamykací skříňku s koncentráty draslíku, jistě zcela neodstraní rizika, která z jeho používání vyplývají,“ vysvětlil redakci ZaM MUDr. František Vojík ze společnosti B. Braun, která na český trh nízkokonzentrované roztoky kaliumu dodává.

Výhodou roztoku připraveného k použití, tzv. *ready-to-use*, je přesná dávka draslíku v takové formě, jež ani při relativně rychlém vykapání celé lahve s nosným roztokem nemůže způsobit pacientovi smrt, tak jak to dokáže dávka koncentrovaného injekčního draslíku podaná rychle přímo do žíly, která způsobí u pacienta srdeční zástavu v diastole. „Výrobce ručí za to, že v půllitrové lahvi je rozmíchaných 10 či 20 mmol draslíku. I kdyby takový roztok kapal naplno, nemůže pacienta usmrtit. Sestru jsme tak zbavili úlohy přípravy léků, čímž šetříme nejen její čas. Sejmuli jsme z ní také odpovědnost za přesnost dávky i důkladné nařazení roztoku a navíc, pokud nemocnice ze standardních oddělení odstraní vysokokonzentrovaný roztok úplně, tak tento typ pochybení zde prostě nemůže nastat. Ve většině nemocnic nenatahují koncentrát kaliumu jen z malých



Ilustrační foto: Shutterstock

ampulí, ale zejména z lahviček o velikosti 80 či 100 ml. Taková lahvička pak může být například ve spěchu či nepozornosti zaměněna s jiným, běžným, například fyziologickým roztokem a taková záměna pak může mít fatální následky,“ upozornil František Vojík a dodal, že původně přízevka firma B. Braun bezpečné roztoky v rámci individuálního léčebného programu, přímo na objednávku zdravotnických zařízení, která s bezpečností používání kaliumu začínala. „Mezi vysokokonzentrovanými roztoky draslíku je použití předpřipravených roztoků zatím relativní popelkou, ale kladných případů rychle přibývá. Když ale vezmeme v potaz doporučení ministerstva i to, že bezpečnost používání rizikových léčiv (kam kalium patří) je jedním z resortních bezpečnostních cílů MZ, jsou nízkokonzentrované roztoky na standardních odděleních logickým vyústěním ochrany sester a především pacientů,“ uzavřel František Vojík. Na ministerstvu zdravotnictví zůstává zodpovědět otázku, zda by nebylo efektivnější přistupovat k problematice bezpečnosti kaliumu více restriktivně, například formou nařízení MZ. Mohlo by snáze eliminovat nebezpečí pro pacienta, ale i sestry, které podstupují riziko, že při chybné aplikaci či ředění pacienta kaliumem neúmyslně zabijí. Odpověď resortu přineseme v některém z dalších čísel ZaM.

Petra Klusáková

## Projednává se částka pro zdravotnictví na rok 2015

V sumě, vycházející z návrhu státního rozpočtu, je zahrnuto navýšení o 600 milionů korun, které ministr Svatoopluk Němeček (ČSSD) vyjednal oproti prvotnímu návrhu ministerstva financí. Další 600 milionů chce ministr Němeček dát na investice z úspor na provozních výdajích z minulých let.

„Zdravotnictví mělo požadavek na navýšení rozpočtu výdajů na rok 2015 o 1,4 miliardy. Finance zohlednily 500 milionů na reprodukci majetku a 100 milionů do personální oblasti na zvýšení dohledu nad zdravotními pojišťovnami a státními nemocnicemi a na přesun tvorby plateb DRG (za diagnózu nemocnicím) do působnosti státu,“ řekla mluvčí Štěpánka Čechová

s tím, že dalšího navýšení o 400 milionů dosáhl resort z předfinancování evropských dotací. „Na financování reprodukce majetku je nyní v rozpočtu na rok 2015 zahrnuto 1,372 miliardy, ale k navýšení disponibilních prostředků bude použito dalších 500 až 600 milionů z nároků nespolečně vydaných v závislosti na výši úspor v letošním roce,“ dodala mluvčí. (red)

# ZPMV vyjadřuje nesouhlas nad fúzí s VZP a VoZP

V reakci na opakující se návrhy na sloučení Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra (ZPMV) a Vojenské zdravotní pojišťovny (VoZP) vydala v těchto dnech správní rada ZPMV prohlášení, v němž vyjadřuje nesouhlas s takovým sloučením. VZP k otázce fúze mlčí.

O možnosti snížení počtu zdravotních pojišťoven hovoří také koaliční smlouva ČSSD, hnutí ANO 2011 a KDU-ČSL na volební období 2013-2017. „Případné snížení počtu ZP bude realizováno až po projednání a se souhlasem koaličních stran,“ zavázaly se vládní strany.

Tento návrh dlouhodobě podporuje například také prezident České lékařské komory (ČLK) Milan Kubek. V pořadu Hyde park na jaře letošního roku jmenoval právě trojici VZP, ZPMV, VoZP. „Zástupci státu mohou rozhodnout, že se ty pojišťovny sloučí. Tím pádem se sníží náklady,“ uvedl prezident Kubek.

Postoj ministerstva zdravotnictví vyjádřila jeho mluvčí Štěpánka

Čechová: „Odborný útvar MZ na zmiňované fúzi nepracuje – při současné právní úpravě nemůže o fúzi rozhodnout nikdo jiný než správní rady slučovaných zdravotních pojišťoven.“

VZP se podle mluvčího pojišťovny Oldřicha Tichého neúčastní žádných jednání, která by se zabývala slučováním zdravotních pojišťoven a ani nemá žádné oficiální informace o tom, že by taková jednání probíhala. „Také z toho důvodu nepovažuje VZP za relevantní, aby se k uvedenému tématu vyjadřovala,“ sdělil naší redakci Oldřich Tichý.

## Konec plurality

Obavu z tohoto sloučení vyjádřila nyní ve svém stanovis-

ku správní rada ZPMV. „Správní rada největší zaměstnanecké Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra ČR s 1,25 milionem klientů odmítá občasně návrhy sloučení s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a Vojenskou zdravotní pojišťovnou. Správní rada ZPMV k tomu dospěla na svém jednání ve středu 10. září 2014. Uvedené sloučení by vyústilo v rozkolísání celého systému zdravotního pojištění v ČR, postaveného na pluralitním základě, a navíc by zdrazilo celý systém o téměř sedm miliard korun ročně,“ komentoval tuto skutečnost generální ředitel pojišťovny Jaromír Gajdáček.

Sloučení by podle členů správní rady ZPMV zcela popře-

lo význam resortních zdravotních pojišťoven, které kromě běžných činností, spojených s úhradou nejkvalitnější a nejmodernější zdravotní péče všem svým klientům, podporují i své specifické skupiny pojištěnců. U ZPMV jde především o posílení zdraví policistů a hasičů z fondu prevence.

„Z uvedených důvodů požadují členové Správní rady ZPMV naopak posílení postavení samostatných zdravotních pojišťoven, zrovnoprávnění výchozích podmínek pro všechny a především zachování principů pluralitního systému konkurence veřejného zdravotního pojištění,“ dodal předseda správní rady Jaroslav Hruška.

## Sloučení za sedm miliard

Podle výpočtů ZPMV vynakládá VZP v současnosti na péči o jednoho klienta v průměru o 3900 Kč více než zaměstnanecké zdravotní pojišťovny. Přitom jde o péči zcela srovnatelnou, rozdíl v platbách je dán historicky a také vyjednávacími schopnostmi.

„Pokud by se zmíněné pojišťovny sloučily, lékaři by mohli požadovat platby na úrovni VZP. Pokud rozdíl v platbě (3900 Kč) vynásobíme počtem pojištěnců, pak by sloučení mohlo znamenat zvýšení plateb na zdravotní služby celkem asi o sedm miliard korun ročně. Neumím si představit, odkud by se tyto prostředky vzaly,“ dodala mluvčí ZPMV Hana Kadečková.

Podle ředitele ZPMV Jaromíra Gajdáčka to vypadá, že hlavním motivem návrhu prezidenta ČLK nejsou ani tak stamilionové úspory na provozu pojišťoven ani zázračná léčba všech nešvarů českého zdravotnictví, jako právě představa o několika miliard vyšších úhrad, kterých by se lékařům dostalo.

(klu)

# Průhledná spolupráce není žádný skandál

K aspektům celoevropské iniciativy Transparentní spolupráce hovořil pro náš list místopředseda České lékařské společnosti J. E. Purkyně a předseda Společnosti pro metabolická onemocnění skeletu ČLS JEP prof. Vladimír Palička.

**Dlouhodobě se věnujete osteologii, jak hodnotíte přínos nových inovativních léků a postupů, které byly v posledních letech k léčbě metabolických onemocnění kostí vyvinuty?**

Nové léčebné postupy a možnosti v posledních letech zásadním způsobem posunuly léčbu osteoporózy kupředu. Před cca 20 lety byla léčba omezena na fluoridy (o kterých se později ukázalo, že sice zvyšují „množství“ kosti, ale nesnižují riziko její zlomeniny) a kalcitonin, který byl nedávno celosvětově stažen z trhu. Nové bisfosfonáty či jiné chemické sloučeniny, modulatory estrogenních receptorů, ale především tzv. biologická léčba, monoklonální protilátky či léčebné využití parathormonu znamenaly zásadní posun a přínos. Pokrok je opravdu velmi rychlý, strhující.

**Jakou měrou ve svém oboru spolupracujete s farmaceutickými firmami?**

Je zřejmé, že pro dobré fungování a rozvoj zdravotní péče je vzájemná spolupráce nezbytná. Příkladem jsou experimentální i klinické studie nových léků či diagnostických postupů a mnoho dalších. Ideální je nalézt takovou formu spolupráce, aby výrobci léků věděli od odborníků, co praxe potřebuje, a mohli na tyto potřeby reagovat – to je ve svých důsledcích přínos pro nemocného. Lékaři i firmy mají být seriózními partnery s čistými a průhlednými vztahy.

**Farmaceutické společnosti stále průhlednější svou spolupráci s lékaři, nyní formou iniciativy Transparentní spolupráce, v jejímž rámci budou zveřejňovat také finanční částky, které lékařům za spolupráci vyplátí. Je to cesta dobrým směrem?**

V žádném případě bychom neměli celou oblast, nyní nazývanou či zviditelněnou iniciativou „Transparentní spolupráce“ omezovat na

zveřejňování nějakých finančních částek. Jde o to, aby – jak jsem výše zmínil – potřebné a přínosné kontakty byly otevřené a čisté. Nejde o skandalizování, ale o hledání správné cesty ke spolupráci.

Vůbec si přitom nemyslím, že správným krokem je zveřejňování hypotetických finančních částek a nesouhlasím s ním. Vědomě říkám „hypotetických finančních částek“, protože je zcela v pořádku, že nějaká firma naprosto čistým způsobem podpoří účast lékaře na kongresu například tím, že mu přispěje na registrační poplatek. To, že firma někomu zaplatí registrační poplatek, je něco jiného, než že mu ty peníze „dala“ nebo „vyplatila“. Spolupráce ovšem musí být průhledná. Právě proto, abychom přispěli ke zprůhlednění spolupráce, jsme například nyní v rámci předsednictva České lékařské společnosti J. E. Purkyně přijali doporučení redakcím odborných časopisů, aby vyžadovaly od autorů odborných textů

čestné prohlášení, zda jejich článek vznikl či nevznikl s podporou farmaceutické firmy – je to nepochybně krok správným směrem.

**Jaký bude podle vás hlavní přínos projektu Transparentní spolupráce pro zdravotnictví ČR?**

Nastavme pravidla tak, ať farmaceutické firmy mohou čistě podpořit rozvoj medicíny, a nestavme dopředu všechny do špatného světla – ten dostal tolik a tolik, podívejte se! On přitom nic nedostal, jen mu byla umožněna účast na odborné a vzdělávací akci, kterou jinak zdravotnická zařízení nemají moc z čeho platit.

**Jak se k otevřené spolupráci mezi farmaprůmyslem a odborníky staví vaši kolegové v zahraničí? Je běžné, že se lékaři ke spolupracující firmě otevřeně hlásí?**

Ano, je to běžné. Výbory mnoha odborných vědeckých společností úzce spolupracují se špičkovými



Foto: Leoš Chodura

zdravotnickými a farmaceutickými firmami, spolupracují při vývoji nových technologií či léků. Zažil jsem i světové odborné společnosti, kde je automaticky členem výboru reprezentant firem právě proto, aby byla spolupráce co nejužší, nejučelnější a současně průhledná. Na světových sympozích podporovaných farmaceutickými společnostmi přednášejí ti nejlepší světoví vědci a „obě strany“ je za to oceňují a váží si jich. Tady je to nepředstavitelné a téměř zakázané. Je to nepochybně ke škodě obou stran. Jsem přesvědčen, že naším společným zájmem je podporovat rozvoj medicíny a péči o nemocné.

(red)

## Z DOMOVA

# Podmínky záchytek jsou neuspokojivé a protiprávní

Podmínky v záchytných protialkoholních stanicích jsou podle ombudsmanky Anny Šabatové neuspokojivé. Chybí lékaři i další personál a péče není na odpovídající úrovni. Ombudsmanka ocenila obětavou práci zaměstnanců, kteří v takových podmínkách pracují.

Dalším problémem těchto zařízení je podle Anny Šabatové používání donucovacích prostředků a částky, které za služby záchytky požadují.

## Chybějící předpisy

Kancelář ombudsmanky podrobila kontrole celkem 6 z 18 záchytných stanic v ČR, a to v Karvíně, Kroměříži, Liberci, Ostravě, Plzni a v Praze. „Neuspokojivé podmínky na některých navštívených stanicích podle názoru ochránčyně vyplývají zejména z toho, že právní předpisy nestanoví materiální a personální podmínky poskytování záchytné služby, ani její faktický obsah.

Není tak garantován minimální standard zacházení se zachycenými osobami,“ uvedla ombudsmanka ve zprávě. Standardy chybí i v oblasti personální vybavenosti záchytek a mnoho z nich má dlouhodobý podstav. Tato situace vystavuje zaměstnance možnému nebezpečí napadení ze strany podnapilých. „V personálu převažují ženy a pracovníci záchytek často nejsou vyškoleni ve zvládnutí agresivních osob. V jedné stanici mají například na kapacitu 10 osob v pracovní dny ve službě pouze jednu sestru. Většina záchytných stanic se proto musí spoléhat na asistenci policie, do jejíhož příjezdu personál

ponechá pacienty zamčené v hromadných ložnicích,“ je uvedeno ve zprávě.

## Ohrožen je i klient

Kromě chybějících standardů je dle šetření kanceláře ochránčyně práv velkým problémem i nedostatečná dokumentace, kterou je nutné vést o tom, zda byly splněny zákonné předpoklady k umístění osoby na stanici. Často jsou nedostatečné zprávy i o samotném dění na stanici. „V polovině navštívených stanic ochránčyně zjistila případy, kdy omezení (přikurtování) trvalo několik hodin, aniž by bylo ze záznamů zřejmé, zda důvod omezení stá-

le trval. Z dokumentace také v naprosté většině případů nevyplývalo, jaký byl nad omezeními vykonáván dohled.“ Kancelář ombudsmanky rovněž upozornila na to, že personál záchytky nezřídka překračuje své pravomoci, když rozhoduje o dalším postupu bez vědomí lékaře, který na většině záchytných stanic nebývá přítomen nepřetržitě. Nadužívány jsou údajně některé omezovací prostředky, jako je kurtování a medikace s tlumícími účinky. Ochránčyně práv doporučila ministerstvu zdravotnictví iniciovat změnu právních předpisů tak, aby záchytné stanice, stejně jako ostatní zdravotnická za-

řízení, povinně vedly centrální evidenci používání omezovacích prostředků.

## Jde o zdravotnictví?

Ve zprávě, kterou Anna Šabatová rozeslala krajským úřadům a ministerstvu zdravotnictví, je popsán i problém financování záchytek, které je dle názoru kanceláře trvale neudržitelné. Platbu za pobyt na stanici zaplatí podle statistik pouze 15–30 % klientů. Cena se přitom v jednotlivých regionech liší a pohybuje se v rozptylu od 600 do 4300 Kč za noc. Poté, co byla zpráva uveřejněna, se objevily i názory a polemiky, zda problematiku záchytek má mít na starosti segment zdravotnictví. Klienti záchytek totiž často zdravotní péči nepotřebují. Neurochirurg Vladimír Beneš například v rozhovoru pro Český rozhlas vyslovil názor, že záchytné stanice jako zdravotnická zařízení jsou přežitky z dob socialismu. V řadě okolních zemí byly také protialkoholní záchytné stanice, tak jak je známe v České republice, zcela zrušeny.

Irena Soukupová

# Rozšíření preskripce dechových pomůcek na popud pacientů

Od začátku září se preskripce dechových rehabilitačních pomůcek rozšířila na lékaře odborností neurologie a rehabilitační a fyzikální medicíny. Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) tak prostřednictvím Pacientské rady VZP zjednodušila nemocným s poruchami dýchání přístup ke zdravotní péči.

Žádost Pacientské rady VZP, kterou letos v červnu pojišťovna založila společně s obecně prospěšnou společností Koalice pro zdraví, podala předsedkyně občanského sdružení Mygra Helena Brůhová. Pomůcky pro pacienty s diagnózou *myasthenia gravis* (MG), jejichž zájmy Mygra zastupuje, mohl doposud předepsat pouze lékař pneumolog nebo alergolog. „*Myasthenia gravis* ovšem patří do skupiny neuromuskulárních – neurologických onemocnění, takže je léčí neurolog. Ten ovšem možnost předepsání neměl. Pokud chtěl myastenik pomůcku předepsat, musel podstoupit další vyšetření u dalšího specialisty, který navíc například v menším městě nikdy pacienta s MG v péči neměl a zkušenost s jeho nemocí také nemá. Zatěžoval se tedy pacient s vážnou svalovou nemocí a zbytečně se zatěžoval i další lékař speci-

sta. O zbytečných úhradách duplicitních vyšetření snad ani není pochyb,“ sdělila redakci ZaM předsedkyně Brůhová. Jak uvedl mluvčí VZP Oldřich Tichý, na základě žádosti se pojišťovna rozhodla rozšířit preskripční omezení bez odkladu. „VZP uznala požadavek za oprávněný a bez průtahů mu vyhověla,“ dodal Oldřich Tichý.

## Zlepšení kvality života

Dechové rehabilitační pomůcky (konkrétně jde o výdechové a nádechové rehabilitační ventily, oscilační výdechové pomůcky a expektorační pomůcky) mohou pomoci v dechové rehabilitaci a následně v posílení dechového svalstva nejen myastenikům, ale například také pacientům s roztroušenou sklerózou, svalovou dystrofií či spinální svalovou atrofií.

Foto: archiv



„Hlavním přínosem pomůcek je zmírnění dechových potíží (dušnost během námahy, v těžších stadiích i v klidu), dále zlepšení dechového vzoru, usnadnění vykašlávání u nemocných s produktivním kašlem, zlepšení kvality života, zlepšení polykání, mluvení při tréninku výdechových svalů, jak bylo prokázáno u pacientů s Parkinsonovou chorobou v za-

hraničních studiích,“ vysvětlila pro ZaM fyzioterapeutka Kliniky nemocí plicních a TBC Fakultní nemocnice Brno Petra Žurková a dodala: „Nesmíme opomenout také aspekt možného indikování k operacím v celkové anestezii. To je pro pacienty s *myasthenia gravis* i lékaře vždy velmi rizikové, jelikož hrozí vznik myastenické krize, popřípadě respirační selhání.“

## Podpora informovanosti lékařů

Petra Žurková je hlavní řešitelkou dvouletého grantového výzkumu, který se tréninkem nádechových svalů u nemocných s *myasthenia gravis* nyní zabývá. Ve FN Brno na něm spolupracují tamní Neurologická klinika, Klinika nemocí plicních a TBC a rehabilitační oddělení. Jak Petra Žurková připomíná, důležitá je nejen dostupnost pomůcek v lékárnách, ale především podpora informovanosti lékařů a fyzioterapeutů o terapii.

„Pracujeme na zatím neexistujícím komplexním rehabilitačním programu pro pacienty s MG. Usilujeme také o zanesení naší diagnózy *myasthenia gravis* do Indikačního seznamu lůžkové péče,“ podotkla Helena Brůhová, která jako zásadní stále vidí malou informovanost o tomto vzácném onemocnění mezi lékaři. „Bohužel i v letošním roce máme několik případů, kdy pacienti vykazují příznaky onemocnění i čtyři roky, absolvují řadu různých vyšetření a až po dlouhé prodlevě se dostávají na specializované pracoviště a jsou diagnostikováni. Přitom čím později je léčba nasazena, tím zdoluhavější je následná kompenzace nemoci,“ uzavřela předsedkyně Brůhová.

(klu)

# Hidžáb? Pracovní oděv zdravotníků legislativa téměř neupravuje

Kauza studentek, které ukončily studium na střední zdravotnické škole, protože jim zde bylo zakázáno nosit do výuky hidžáb, ukázala, že i když některé vyhlášky tento problém částečně řeší, zůstává na zaměstnavateli, jak k šátkům sester přistoupí, protože právní úprava náležitosti pracovního oděvu neexistuje.

Studentek Střední zdravotnické školy, v jejímž školním řádu stojí, že do výuky nemohou studenti nosit žádné pokrývky hlavy, se zastala ombudsmanka Anna Šabatová, na kterou somálská studentka obrátila. „Podle mého názoru není pochyb, že v rámci teoretického vyučování na střední zdravotnické škole neexistuje rozumný důvod zakazovat studentům nosit pokrývky hlavy, pokud jsou vyjádřením jejich náboženského vyznání,“ uvádí k problému veřejná ochránkyně práv. Ve vztahu k výuce tělesné výchovy a nácvičku odborných dovedností sice lze uvažovat o bezpečnosti a ochraně zdraví jako

legitimních cílech omezení, ale ochránkyně je přesvědčena, že plošný zákaz nošení pokrývky hlavy není ani v tomto případě přiměřeným a nezbytným prostředkem k jejich dosažení. Je totiž možné přijmout i mírnější opatření, například nošení tzv. sportovních forem muslimských šátků.

## Čepice není šátek

Ombudsmanka Šabatová připomíná, že v legislativě českého zdravotnictví vyplývá zákaz nošení hidžábu pouze z ministerské vyhlášky č. 306/2012 Sb., o podmínkách předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění a o hygienických požadavcích

na provoz zdravotnických zařízení a ústavů sociální péče. „Vzhledem k tomu, že však stanovuje povinnost zakrýt si vlasy čepicí, lze se domnívat, že by studentce nečinilo žádný problém přizpůsobit se těmto podmínkám,“ myslí si Anna Šabatová.

Ministerstvo zdravotnictví ale konstatuje, že celkové posuzování náležitosti pracovního oděvu není nijak legislativně upraveno a je na každém zaměstnavateli, jak tuto oblast v rámci své organizace řeší. Jiná je ovšem situace u osobních ochranných pomůcek, jejichž používání právě řeší výše citovaná vyhláška MZ ČR o hygienických požadavcích.

## Historie sesterské pokrývky hlavy

Výklad ze strany ministerstva ale hovoří jasně – tam, kde je v některých případech nutné použití čepice jako ochranné pomůcky, není podle MZ možné povolit nošení šátku. „Je-li poskytována péče spojená s povinností používat osobní ochranné pomůcky, například bariérová ošetrovatelská péče u pacientů s infekcí methicillin-resistentním *Staphylococcus aureus*, tzv. MRSA, což je velmi častá infekce na lůžkových odděleních, a je nutné hlavu personálu chránit například čepicí, nelze nošení pokrývky hlavy povolit. Bližší podmínky pro poskytování osobních ochranných pomůcek jsou upra-

veny nařízením vlády č. 495/2001 Sb. Zaměstnavatel, tedy poskytovatel zdravotních služeb, je musí dodržovat, takže na pracovištích, kde jsou prováděny invazivní vyšetření či ošetření a je nutné použít osobní ochranné pomůcky, pokrývky hlavy povolit nelze,“ říká Štěpánka Čechová a dodává: „V žádném případě nelze povolit nošení pokrývek hlavy na jednotkách intenzivní péče, operačních sálech, ale také v některých dalších provozech, např. laboratorních. Posouzení míry rizikovitosti každého pracoviště je úkolem zaměstnavatele, respektive pracovníků hygienické služby.“

MZ ale slovy mluvčí Čechové připomnělo, že při pohledu do historie byla součástí uniformy sester vždy pokrývka hlavy, která připomínala šátek, až po silně naškrobený čepce, který vlastní smysl používání již nespĺňoval a počátkem 90. let minulého století byl definitivně zrušen. Dále MZ poukazuje na nepřehlédnutelný počet řádových sester, které poskytují ošetrovatelskou péči a pokrývka hlavy různé délky patří neodmyslitelně k jejich oblečení i při výkonu povolání.

Petra Klusáková

Inzerce M141001131

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

**09. - 10.10.2014**

**Hotel NH Olomouc Congress**

**Sympozium 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](http://symposium.agel.cz)

## Z DOMOVA

# Zachovávání nepotřebných nemocnic je politikum

Odcházející předseda Výboru pro zdravotnictví a sociální politiku Senátu ČR prof. Miloš Janeček hovoří o nedobré hospodaření ministerstva zdravotnictví, politické smrti veřejného činitele, který zruší nemocnici, i potřebě dvoukomorového parlamentního systému.

## Jaký vývoj vidíte ve zdravotnictví od roku 2008, kdy jste byl zvolen senátorem?

Zdravotnictví je stále příliš ovlivňováno politikou, nemá jasný směr a každý ministr podle zaměření své strany vede celý systém jinam než jeho předchůdce. Prohloubila se tendence více privatizovat zdravotnická zařízení, která jsou však plně hrazena zdravotnickými pojišťovnami a k tomu vybírají různé, často nemalé poplatky od pacientů. Prohloubil se předem daný problém v doškolování lékařů, roztržitost se ukázala chybou, ačkoli na ni bylo opakovaně odborníky poukázováno. Nikdo nedbal varování České lékařské komory (ČLK), že dochází ke stárnutí lékařů a objeví se jejich nedostatek především v pohraničí. Také odchod lékařů do zahraničí je stále častější a stojí za ním nejen nízké nástupní platy, ale právě špatně nastavený systém postgraduálního vzdělávání. Rovněž přístup k mladým lékařům se na západ od našich hranic diametrálně liší od našeho někdy až otročského zneužívání jejich práce (úvazek 0,3, ale práce plných 8 hodin).

## Změnil se za ty roky váš pohled na úlohu senátu ve společnosti?

Ano, změnil. Patřil jsem částečně mezi ty skeptiky, kteří si nebyli jisti, jestli pro tak malou zemi nestačí jednokomorový parlament. Když jsem pronikl do problematiky systému fungování senátu, pochopil jsem jeho význam. Z dolní komory, tedy poslanecké sněmovny, často přicházejí zákony nedokonalé, ušité horkou jehlou a ovlivněné stranickými zájmy. V senátu mohou pracovat lidé starší 40 let, tedy s pracovními zkušenostmi ve svých povolání, vedoucí pracovníci zodpovědní před zaměstnanci. Tyto jejich zkušenosti potom pomohou opravit nedokonalé zákony, pečlivě je prostudovat a vracet zpět do poslanecké sněmovny. Také odborná a lidská zralost umožní volit třeba vedení takových institucí, jako je ombudsman, ústavní soudci apod. Tedy ano, senát je důležitá a nutná součást našeho politického systému.

## Stále se mluví o revizi počtu nemocnic, jak vnímáte současnou síť českých nemocnic, měla by zůstat v současném stavu zachována?

Síť našich nemocnic je lehce přebujelá, bylo zvykem mít nemoc-

nici „za každým rohem“. Dnes již nejedná lékař za pacientem bryčkou taženou koníkem, ale lze se dopravit zcela jinak a rychle. Náklady na nemocnice stoupají, vybavují se drahými přístroji. Je tedy třeba jejich síť redukovat a spojit, samozřejmě v kontextu dané oblasti. Jenže je to opět politikum, každý starosta vám řekne, že nemocnice je jeho volební program a nechat ji zrušit by byl jeho politický konec. A to je špatně.

## Jste senátorem za brněnský obvod, jak se díváte na nedávné oddlužení, kterého se opakovaně dostalo Fakultní nemocnici u svaté Anny? Ustoupilo se již definitivně od sloučení FN Brno a FNUSA?

Problematika FNUSA je složitá a trvá minimálně posledních 10 let. Střídání managementu, vlivy politických stran, nesmyslná stavba ICRC v této nemocnici (když už, tak mělo ICRC stát ve FN Brno), přestavba starých budov. To a mnoho dalších chyb ve spojení s nedostatečnou kontrolou hospodaření ze strany MZ ČR dovedlo nemocnici tam, kde je. Opakované oddlužení v řádu stovek milionů korun z kapses daňových poplatníků je hru-

bou chybou. Je třeba analyzovat příčiny a potom zodpovědně rozhodnout co dále. To vše by se mělo odehrávat zcela transparentně před brněnskou veřejností. Za těchto podmínek nikdo do svazku s touto nemocnicí jistě nepůjde.

## Je podle vás ministerstvo dobrým hospodářem svým přímo řízeným organizacím?

Domnívám se, že MZ ČR neplnilo kontrolní funkci zodpovědně. Opakovaně docházelo k předraženým nákupům přístrojů, jejich nedostatečnému využití, stavbám za miliardy, které potom převzaly soukromé subjekty. O tom všem si vždy v daných regionech nebo i celostátně povídali i ti pověstní vrabci na střeše. Korupce, kterou se ohánějí všechny politické strany a hnutí, se dá odstranit pouze transparentností účtů nemocnic, jejich společných nákupů. Na toto téma by se v Česku dal napsat román.

## Ztotožňujete se s přístupem MZ, které nedávno odsunulo elektronickou preskripci na vedlejší kolej? Jak se díváte na neschopnost resortu koncepčně sjednotit a začít elektronizaci zdravotnické dokumentace?



Foto: Martin Ježek

Tato problematika má několik stránek. V nemocnici to jistě není problém, všude jsou počítače, je i propojení nemocnic třeba při předávání RTG dokumentace. Naopak v malé horské oblasti bude problém třeba i s internetem. Argument, že starší kolegové nemají PC a píšou na stroji, mi přijde v dnešní době, kdy i batolata už umí na PC, lehce přitažený za vlasy. Já elektronizaci plně podporuji, je třeba z ní ale vyloučit byznys pro firmy a pracovat seriózně.

## Senátorský mandát vám vyprší na konci října letošního roku, zůstanete i poté politiky činný? Čemu se chcete dále věnovat?

Práce v senátu a především ve zdravotnickém výboru mi plně vyhovovala. Rád bych v ní pokračoval, a proto opět kandiduji, byť za jiný politický subjekt. Moje další politická práce bude záležet na výsledku voleb, ale zcela nepochybně se budu rád podílet na změnách našeho zdravotnictví, ale i univerzitního školství, pokud o moje znalosti bude zájem.

Připravila Petra Klusáková

## Přijetí ukrajinských studentů na fakulty provázejí komplikace

Již počátkem léta avizoval rektor Univerzity Karlovy prof. Tomáš Zima možnost přijmout ke studiu na našich lékařských fakultách ukrajinské mediky, kteří nemohou kvůli tamní krizi v zemi studovat. Přijetí ukrajinským studentům ale komplikuje neznalost jazyka či chybějící dokumenty o studiu.

Jak uvedla proděkanka pro vnější vztahy, rozvoj akademické obce a sociální záležitosti 3. LF UK prof. Lucie Bankovská Motlová, na 3. LF UK zatím žádný medik z Ukrajiny ke studiu nenastoupí. „Původně šlo o deset až dvacet studentů studujících na Krymu, kteří kvůli stávající politické si-

tuaci nemohli pokračovat ve studiu. Zjistilo se, že je to komplikovanější, než se zdálo, a že všichni studenti, kteří byli vybráni, musí absolvovat roční studium češtiny v Ústavu jazykové a odborné přípravy (ÚJOP) při Rektorátu Univerzity Karlovy. Až pak mohou pokračovat ve studiu. Pro

3. LF UK vybral prof. Jan Škrha (z Oddělení kolegia rektora UK – pozn. red.) jednoho studenta, kterému ovšem chyběly zásadní dokumenty o studiu, zejména *transcript of records*,“ doplnila prof. Bankovská Motlová. Větší úspěch měla ukrajinská studentka při žádosti o studium

všeobecného lékařství na 2. LF UK. „V rámci přiznání Stipendia Václava Havla, které bylo vyhlášeno v lednu tohoto roku Univerzita Karlovou, bude na naší fakultě studovat jedna studentka, a to v magisterském studijním programu ‚všeobecné lékařství‘. Nebude ale studovat již v tomto

semestru, tzn. v akademickém roce 2014/2015, ale až od příštího akademického roku 2015/2016. V tomto akademickém roce nejprve absolvuje roční jazykovou přípravu v ÚJOP,“ sdělil naší redakci děkan 2. LF UK prof. Vladimír Komárek.

Jediný ukrajinský student tedy nakonec k řádnému studiu nastoupí na 1. LF UK. „V nastávajícím akademickém roce na 1. LF UK nastoupí jeden medik z Ukrajiny, který úspěšně složil zkoušku z českého jazyka nezbytnou pro přijetí. Ostatní mohou nastoupit příští rok po absolvování ročního kurzu češtiny na Ústavu jazykové a odborné přípravy UK,“ uvedl pro ZaM děkan 1. lékařské fakulty prof. Aleksi Šedo.

(klu)



# Krátce z regionů

## ● Novým ředitelem Masarykova onkologického ústavu bude Jan Žaloudík

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček (ČSSD) přijal návrh ministerské výběrové komise. Novým ředitelem Masarykova onkologického ústavu (MOÚ) v Brně bude senátor Jan Žaloudík (ČSSD). Současný ředitel ústavu Jiří Vorlíček odchází na odpočinek. Jan Žaloudík působil jako ředitel MOÚ i náměstek ředitele už dříve. Jmenování prof. Žaloudíka do funkce proběhne v nejbližších týdnech.



Jan Žaloudík | Foto: Martin Siebert / Euro

## ● Středočeský hejtman podpořil rekonstrukci příbramské porodnice

Oblastní nemocnice Příbram plánuje přestavbu gynekologicko-porodnického oddělení včetně porodních sálů za cca 68 milionů korun. Současný pavilon je pro potřeby moderní medicíny nevyhovující. „Nemocnice požádala Středočeský kraj o investiční prostředky na rok 2015, jejichž hlavní součástí je investice právě do rekonstrukce porodnice a jejího zázemí,“ uvedl v tiskové zprávě ředitel nemocnice Stanislav Holobrada. Potvrdil také, že hejtman Středočeského kraje Miloš Petera po nedávné návštěvě nemocnice přislíbil projektu podporu. „Počet porodů v Příbrami poslední roky neustále stoupá. V roce 2012 registrovala nemocnice 940 porodů, v roce 2013 už to bylo 960 a letos již nyní sledujeme další, šesti-procentní nárůst. Porodnici také stále častěji vyhledávají budoucí maminky i z jiných regionů, tvoří téměř jednu čtvrtinu z celkového počtu všech rodiček,“ dodal ředitel Holobrada.

## ● Změnou legislativy chce Karlovarský kraj podpořit přeshraniční spolupráci

Hejtman Karlovarského kraje Josef Novotný chce vyzvat ministra zdravotnictví, aby co nejrychleji došlo k předložení legislativních změn, které by umožnily přeshraniční spolupráci zdravotnických záchraných služeb ČR a Spolkové republiky Německo. Hejtman usiluje také o vyjasnění principu úhrad ze strany zdravotních pojišťoven. Kvůli chybějícím zákonům nejsou podmínky přeshraniční spolupráce přesně stanoveny. Doposud si posádky sanitních vozidel předávaly pacienta na hranicích. „Zanedlouho by měla vstoupit v platnost rámcová smlouva mezi oběma státy, která umožní přejíždění záchranářů a jejich zásah na území

druhé země. Řada občanů se ale mylně domnívá, že přeshraniční smlouva vyřeší i hospitalizace českých pacientů v německých zdravotnických zařízeních a opačně. Jde však jen o obecné vymezení pravidel pro zdravotnickou záchrannou službu. Proto chci apelovat na ministra zdravotnictví, aby se provedly urychlené legislativní změny i v oblasti úhrad ošetření,“ uvedl hejtman.

## ● FN u sv. Anny v Brně chyběla při tendru na úklid

Úřad pro ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS) zrušil chybně vypsanou zakázku Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně (FNUSA) na úklidové služby za téměř 155 milionů korun. Rozhodnutí ÚOHS je pravomocné, úřad jej zveřejnil na svých webových stránkách. Nemocnice se proti rozhodnutí neodvolala. „V zadávací dokumentaci stanovil zadavatel požadavek na uvedení nabídkové ceny nejednoznačně a tím i netransparentně, čímž znemožnil uchazečům předložit vzájemně porovnatelné nabídky, přičemž tento postup mohl podstatně ovlivnit výběr nejvhodnější nabídky,“ popsal antimonopolní úřad jednu z hlavních chyb tendru. ÚOHS se dále zabýval například změnou v zadání oproti minulým letům, kdy byl snížen požadavek na počet pracovníků stálé služby o několik desítek, zatímco počet metrů určených k úklidu se zvýšil. FNUSA se v současné době potýká s finančními problémy a neuhrazené závazky nemocnice dosahují 1,5 miliardy korun. Úřad v této souvislosti vyjádřil své obavy: „Podle názoru navrhovatele se zadavatel vystavuje riziku, že se nebude moci zachovat s péčí řádného hospodáře, když nebude schopen hradit závazky dalšímu smluvnímu partnerovi vzešlému z probíhajícího zadávacího řízení.“ (ISO)



12 – 15 Nov 2014

Düsseldorf · Germany

[www.medica-tradefair.com](http://www.medica-tradefair.com)

# IT'S MEDICA

Každým rokem v listopadu je MEDICA pro experty z celého světa mimořádnou událostí. Světové fórum medicíny prezentuje prostřednictvím 4.600 vystavovatelů širokou produktovou nabídku.

Chcete také Vy být odborně na nejnovější úrovni? Hledáte nové výsledky vývoje lékařské techniky nebo inovativní způsoby aplikace? V Düsseldorfu dostanete odpovědi na Vaše otázky.

Využijte veletrh MEDICA a jeho speciální nabídky také pro řešení úkolů Vašeho oboru.

Be part of the No. 1!



foto:la.com © apops

Informace pro návštěvníky, prodej vstupenek, komplexní cestovní služby:

BVV FAIR TRAVEL s.r.o. \_ Výstaviště 1 \_ 647 00 Brno  
Tel.: +420 541 159 190 \_ Fax: +420 541 159 172  
[kozmar@fairtravel.cz](mailto:kozmar@fairtravel.cz) \_ [www.fairtravel.cz](http://www.fairtravel.cz)

  
Messe  
Düsseldorf

## ZE ZAHRANIČÍ

Slovensko chystá **další poplatkovou revoluci**

Slovenská ministryně zdravotnictví Zuzana Zvolenská představila avizované změny v legislativě, jež upraví poplatky, které tamní pacienti platí nejčastěji u svých praktických lékařů či ambulantních specialistů.

Podle informací, které přinesl deník Pravda, nebudou moci od července 2015 lékaři vybírat poplatky za vypsání receptu, poukazu na zdravotnickou pomůcku, návrhu na lázeňský pobyt nebo za potvrzení o ošetření. Rovněž objednání na konkrétní termín, pokud se nejedná o přednostní objednání do 5 dnů, bude od příštího léta zdarma. Kromě toho budou na ceníky jednotlivých ambulancí do-

hlížet župy. V současnosti si lékaři určují výši poplatků sami.

**Proti většina pacientů**

Mluvčí slovenského ministerstva zdravotnictví Zuzana Čižmáriková pro Pravdu uvedla, že úřad se pro změnu v poplatcích, jimž dosud legislativní rámec v podstatě chyběl, rozhodl na základě podnětů od samotných pacientů, kteří dlouhodobě poukazovali na nedo-

statky a nejasnosti spojené s vybíráním poplatků v ordinacích. Resort si proto nechal vypracovat analýzu potvrzující, že jako problematické vnímá vybírání těchto poplatků drtivá většina Slováků bez rozdílu věku.

Lékaři si účtovali poplatky za některé služby ve výši, již si sami stanovili. Jak deník Pravda připomíná, například za recept vybírali okolo 2 eur, za vypsání návrhu na lázeňskou léčbu pacient obvykle platil od 10 do 15 eur, ale objevily se i případy, kdy si lékař účtoval 50 eur, zpoplatněna byla i aplikace injekce, zavedení infuze, vyhotovení obrazové dokumentace (vše 3 až 5 eur) nebo potvrzení propustky, kterou pacient přinesl, případně voda či klimatizace v čekárně.

**Samosprávy v rozpácích**

Ambulancie budou moci i nadále vybírat poplatky za úkony, které nehradí zdravotní pojišťovny. Lékaři budou moci rovněž zpoplatnit nadstandard. Ceníky jednotlivých ordinací však bude muset schvalovat samosprávný kraj. Představitelé krajů ale upozorňují, že jim ministerstvo zdravotnictví dosud neposkytlo potřebné informace týkající se nových pravidel. Župy podle Pravdy požadují, aby jim úřad alespoň stanovil maximální výši poplatků, protože jejich stanovování



Foto: Shutterstock

vání zůstane i nadále na samotných lékařích.

„Bratislavský samosprávný kraj s ministerstvem zdravotnictví o poplatcích, které máme schvalovat, jednal. S návrhem však nesouhlasíme a předložili jsme vlastní, který požaduje stanovení maximální výše poplatků za úkony nesouvisející s poskytováním zdravotní péče prostřednictvím cenového výměru ministerstva zdravotnictví,“ cituje Pravda mluvčí bratislavské župy Ivetu Tyšlerovou. V podobném duchu se vyjádřili i zástupci dalších samospráv. Župy totiž budou muset schvalovat i tisíce ceníků.

**Nespokojení lékaři**

Ministerstvo zdravotnictví spolupracovalo na chystaném zákoně s Asociací na ochranu práv pacientů. Její prezident Petr Kučera je podle Pravdy s výsledkem spokojen, v legislativě je vše, na čem se s úřadem dohodl.

Naopak prezident Asociace súkromných lekárov Ladislav Pásztor se deníku svěčil, že zákon má podle něho nedostatky. Vytýká mu například zrušení poplatku za objednání pacienta na konkrétní termín, pokud se tak nestane do 5 dnů (pak se jedná o přednostní objednání, jež je možné zpoplatnit). Ladislav Pásztor je přesvědčen, že objednání nemůže být součástí zdravotního výkonu, navíc 5denní lhůta je podle něho příliš krátká. Asociace zastává názor, že nejlepším řešením by byl doporučený seznam plateb za přímou úhradu, tak aby „občan věděl, za co platí, lékař věděl, za co má vybírat, a kontrolní orgány věděly, co mají kontrolovat“.

Změny v zákonech nyní míří do připomínkového řízení. Pokud je schválí vláda i parlament, nové ceníky si lékaři budou muset podle Pravdy připravit nejpozději do 30. června 2015.

(Zdroj: Pravda)

(kha)

**V čele FIP poprvé žena**

Španělská lékárnice dr. Carmen Peña byla v sobotu 30. srpna 2014 zvolena do funkce prezidentky Mezinárodní farmaceutické federace (FIP).

Lékařnice z veřejné lékárny v Madridu pracuje pro FIP více než 20 let, od roku 2008 v pozici viceprezidentky. Mimo to je prezidentkou Španělské lékárnické komory, která reprezentuje více než 65 tisíc lékárníků.

„Budování farmaceutické profese, která je dostatečně kompetentní, udržitelná, odpovědná a zároveň respektovaná společensky stejně jako našimi kolegy z jiných zdravotnických profesí, může našim národním zdravotnickým systémem přinést větší efektivitu spojenou se snížením morbidit, mortality a nákladů,“ řekla pro svém zvolení dr. Peña. Ve svém volebním prohlášení věnovala pozornost mi-



mo jině vzdělávací iniciativě FIP, jejímž cílem je transformace farmaceutického vzdělávání, aby mohla být splněna společenská poptávka po pracovnících v lékárnách na celém světě.

(Zdroj: ČLNK)

**V boji s Ebolou chybí hlavně lidé**

Světová zdravotnická organizace (WHO) vyzvala vzhledem ke zhoršující se situaci ve šíření Eboly v západní Africe zdravotníky, aby přijeli do postiženého regionu pomoci se zvládnutím epidemie.

Podle generální ředitelky WHO Margaret Chanové je okamžitá pomoc nutná především ve třech nejvíce zasažených státech – v Guineji, Libérii a Sierra Leone. Ebola si v regionu vyžádala již více než 2400 obětí, což představuje asi polovinu všech 4985 nakažených. „Šíření Eboly v této oblasti je největší, nejkompaktnější

a také nejzávažnější v celé téměř čtyřicetileté historii tohoto onemocnění,“ varovala Margaret Chanová. „Počet nových pacientů narůstá rychlostí, kterou nemohou tamní zdravotnické systémy zvládnout. Potřebujeme nejméně troj- až čtyřnásobné navýšení počtu zdravotníků v oblasti, aby bylo možné šíření zasta-

vit,“ dodala generální ředitelka WHO a vyzvala státy k poskytnutí pomoci v podobě léků a zdravotnického materiálu, ale také lékařů a sester.

**Kubánská vlašťovka**

„To, co nyní nejvíce potřebujeme, jsou lidé. Především specialisté, kteří mají odpovídající

vzdělání a kteří vědí jak sami sebe ochránit před nákazou,“ zdůraznila Margaret Chanová. Zdravotníci pracovníci jsou totiž poměrně častými oběťmi Eboly, počet zemřelých v jejich řadách dosáhl přibližně 150 (především se jedná o místní lékaře a sestry). Nákaza však byla potvrzena u několika amerických a jednoho britského zdravotníka pracujících v západní Africe s infikovanými pacienty.

„Pokud se máme skutečně pustit do boje s Ebolou, potřebujeme přibližně 400 až 600 lékařů a přibližně 1000 dalších zdravotnických profesionálů,“ uvedla generální ředitelka WHO. Podle

ní nebezpečně ubývá i ochranných obleků a dalších pomůcek pro zamezení šíření viru, včetně základních léků. „Například v Libérii už není k dispozici pro léčbu pacienta s Ebolou jediné volné lůžko,“ varovala Margaret Chanová a dodala, že než se podaří šíření Eboly zastavit, může se počet infikovaných v západoafrickém regionu vyšplhat až na 20 tisíc.

Jako první vyslyšela výzvu WHO Kuba, která přislíbila do oblasti poslat 165 zdravotníků a odborníků na epidemiologii, kteří již podle tamního ministerstva zdravotnictví mají „s podobnými katastrofickými situacemi zkušenosti“. Jejich mise by měla v Africe trvat 6 měsíců.

(Zdroje: Reuters, ČTK)

(kha)

**Počet nakažených a zemřelých v západoafrických zemích\***

	Guinea	Sierra Leone	Libérie	Nigérie	Senegal	Celkem
<b>Celkový počet případů</b>	936	1620	2407	21	1	4985
<b>Laboratorně potvrzené případy</b>	743	1464	790	19	1	3017
<b>Počet zemřelých</b>	595	562	1296	8	0	2461

\* Oficiální údaje WHO platné k 13. 9. 2014

# Pitvy nejsou v módě?

Lékaři v mnoha zemích se zlobí na politiky, že jimi odhlasované zákony redukuje počet prováděných pitvev. Navíc se podle nich státní správa snaží šetřit na nepravém místě, úhrady pitvev jsou nedostatečně hrazeny nebo jsou přesouvány na vnitřní náklady nemocnic.

V poslední době kvůli tomuto tématu kritizovala politiky i úředníky Rakouská lékařská komora. Té například vadí, že snižující se počet soudně nařízených lékařských pitvev oslabí kvalitu školení budoucích odborníků v této oblasti – oproti minulosti jsou podle komory nařizovány soudně lékařské pitvy třikrát méně, a tak lze předpokládat, že mnoho úmrtí, na nichž se mohly podílet trestné činy, zůstane neobjasněno.

V Rakousku platí, že kromě pitvev nařízených hygieniky pod dohledem státní správy či orgány činnými v trestním řízení je ke klinickým pitvám nutný souhlas zemřelého, při jeho neexistenci pak souhlas pozůstalých – jejich názory se však nesmějí lišit, bez jejich shody se pitvat nesmí. Navíc se pitvy provádějí jen ve veřejných ústavech. Naproti tomu je možná pitva soukromá, na přání rodiny.

## Je nutné zpřesnit indikace

Podobně se tímto tématem zabývá i Německá společnost pro medi-

cké právo. Zároveň ovšem uvádí, že není snadné dobrat se jednoznačné statistiky, zejména při snaze porovnat se s ostatními zeměmi. V SRN se nyní pitvá zhruba jen u 5 % všech zemřelých.

V mnoha dalších zemích došlo rovněž k dramatickému snížení. Například v 80. letech minulého století se míra pitvev pohybovala kolem 30 % (Rakousko aj.), v 90. letech začala klesat (např. Švédsko 25 %), v dalším desetiletí nastal nový pokles (např. ve Velké Británii na 13 %). Politici se rozhodli dát přednost právům zemřelých osob a jejich rodinným příslušníkům. Nicméně společnost pro medicínské právo politikům navrhla, aby přece jen zpřesnili indikace k pitvám. Nyní pozůstalí nemohou odmítnout pitvu, pokud ji nařídí hygienici nebo orgány činné v trestním řízení. V jiných případech by však měli mít lékaři možnost (pokud si sám zemřelý za svého života pitvu nezákazal) oslovit pozůstalé, a pokud pitvu neodmítnou, pak by lékaři

získali prostor pro školení – aby s větší znalostí příčin úmrtí posílili kvalitu diagnostiky a léčby. Společnosti pro medicínské právo vadí i to, že tato oblast je upravena (stejně jako v Rakousku) zemskými zákony, v nichž nepanuje dostatečná jednotnost.

## Posílení práv zemřelých

Státní zdravotní instituce v USA uvádějí, že například v 60. letech minulého století dosahovala míra pitvev u osob zemřelých v ústavech až 40 %. V 90. letech klesla na 5–10 %, existují rozdíly mezi jednotlivými americkými státy. Zcela výjimečně se pitvají osoby zemřelé v ošetrovatelských či obdobných zařízeních (pod 1 %). Jedna z příčin redukce tkví ve finanční oblasti – pitvy se v moderní medicíně staly drahými a nikdo je nechce platit. Druhá příčina je v posílení práv zemřelých a jejich

## Kulatý stůl k pitvám

Vídeňská pobočka lékařské komory tvrdí, že v posledních letech klesá počet prováděných pitvev, což může ohrozit oblast soudního lékařství.

Podle vedení komory se mj. negativně projevuje nedostatečné financování pitvev. Herman Leitner za profesní organizaci zveřejnil názor, že by se k tomuto problému měl uskutečnit kulatý stůl za účasti magistrátu a zástupců resortů spravedlnosti, vnitra, vědy a financí. Naproti tomu vídeňská univerzita uvádí, že počet soudně lékařských pitvev se významně nemění. V roce 2012 se v hlavním rakouském městě provedlo 667 pitvev a v roce 2004 jich bylo

obdobné množství – 648. V minulosti však resort spravedlnosti oproti loňskému roku nařídil provést pitvy mnohem častěji, trvá na svém komora s tím, že dochází k redukci počtu případů, jež se šetří za účasti policie nebo hygieniků. Podle lékařů tak hrozí zkreslení statistiky ohledně možných trestných činů, ale také mohou nastat problémy se školením lékařů v této oblasti. Na projednání této záležitosti se státními úředníky komora trvá. (vla)

rodin. V této zemi však instituce spoléhají především na trvalou osvětu – donekonečna vysvětlují občanům prospěšnost pitvev k výuce či výzkumu se snahou získat od nich souhlas.

Britská Národní zdravotní služba (NHS) se této oblasti rovněž věnuje, i když z jiného hlediska. Prováděla průzkum, v jaké míře nemocnice dodržují nová zákonná opatření ze začátku 21. století, kdy je nezbytné pro mimosoudní (klinickou) pitvu získat

souhlas buď předem od pacienta před jeho smrtí, nebo po úmrtí od nejbližších pozůstalých. Při monitoringu se zjistilo, že ještě ve všechny ústavy dbají na literu zákona, z čehož pak někdy vyplývají postihy. Na prvním místě je vždy souhlas zemřelého, na druhém místě se musí zjistit, zda si zemřelý pro tuto oblast ustavil svého zástupce, teprve pak se zjišťuje názor nejbližšího příbuzného.

Vladimíra Bošková

# Závidí si lékaři platy?

## V SRN odstartovalo jednání o honorářích

Německé Sdružení smluvních (ambulantních) lékařů (SSL) zahájilo vyjednávání se svazy pojišťoven o úhradách ambulantní zdravotní péče. Prvním cílem je dosáhnout zvýšení hodnoty bodu zdravotních výkonů, v dalším horizontu je záměrem prosadit „pevnější cenu“ práce lékařů.

Vedení sdružení tvrdí, že v systému ambulantní smluvní péče dnes chybí 5 miliard eur. Limitovaný roční rozpočet ohrožuje kvalitu služeb pro 70 milionů obyvatel pojištěných u veřejnoprávních pojišťoven. SSL rovněž tvrdí, že v současné době nejméně 10 % výkonů není hrazeno, což odpovídá zhruba 2 miliardám eur nevyplacených honorářů. Sdružení upozorňuje na zákonnou povinnost spolkového výboru (paritně složeného ze zástupců pojišťoven a lékařů), který má každoročně ověřovat přiměřenost nákladů a úhrad. Lékaři poukazují na nárůst počtu staršího obyvatelstva se závažněj-

ším zdravotním stavem a z toho plynoucí větší náročnost péče. Valorizace úhrad by měla reagovat na tuto skutečnost.

Smluvní lékaři však požadují nejen přizpůsobení úhrad péče faktickým nákladům ordinací, ale také navýšení svého osobního zisku. V průměru pracují (pouze pro veřejnoprávní pojišťovny) 51 hodin týdně a za rok se jejich příjmy pohybují kolem 105 tisíc eur. V porovnání s nemocničními lékaři by si v rámci 51hodinových pracovních týdnů měli za rok vydělat nejméně 133 tisíc eur, a to lékaři v nemocnicích „pracují jen 40 hodin týdně“, tvrdí vedení té-



Foto: Shutterstock

to profesní organizace. Spoléhá na to, že i v rámci „striktně limitovaného“ rozpočtu pro ambulantní péči na příští rok se přece jen podaří s pojišťovnami dohodnout i některé výkony mimo tento hlavní finanční zdroj. (vla)

## Rakousko má novou ministryni

Spolkový prezident Rakouska Heinz Fischer uvedl v září do funkce šéfky zdravotnického resortu Sabine Oberhauserovou.

Jako předchozí ministr i ona je členkou sociální demokracie, ale překvapivě jde o dětskou lékařku (v západních zemích mezi ministry zdravotnictví převažují nelékaři). Nová resortní šéfka si vedle medicínskému vzdělání doplnila i znalosti ze zdravotnického managementu, zvláště zaměřeného na řízení nemocnic. V minulosti prošla mnoha funkcemi, ať už na úrovni lékařské komory nebo ve veřejném životě (například bojovala za práva žen na celoevropské úrovni, v sociální demokracii zastupovala lékaře, kteří se hlásí k tomuto politickému směru). Při konzultaci s prezidentem Fischerem, který zkoumal její priority, uvedla, že zdravotnictví musí zůstat solidární a má zajistit veřejnosti bezpečnou a kvalitní péči. Ke kurativní funkci medicíny však chce výrazněji přidat prevenci – posílit všechny oblasti, v nichž lze



Foto: Wikimedia.org

nemocem předcházet. Na úrovni škol, podniků a obcí se chce pokoušet zlepšovat chování obyvatelstva, pokud jde o zdravý životní styl či zdravou výživu, ale i celkové životní podmínky. Rakouská lékařská komora vyjádřila nové osobnosti ve vládě plnou podporu s tím, že u ministryně lze očekávat velmi dobrý vzhled do odborné problematiky resortu. (vla)

## ZE ZAHRANIČÍ PLUS

# V Brazílii vyrostla generace „pomléčných“ bratrů

Díky propracovanému programu dárcovství mateřského mléka srazil největší latinskoamerický stát kojeneckou úmrtnost na minimum a svůj koncept vyváží nejen do rozvojového světa.

Lékařka z Ria de Janeira Danielle Aparecida da Silvová otevírá ledničku, nad kterou visí obraz kojící Madony. V chladničce stojí vyrovnané sklenice od majonézy či kávy, ve kterých je mléko. Nikoli však kravské, ale mateřské. Systém jeho dárcovství má zoomilionová země dokonale propracovaný, tak jako to u nás platí pro dárcovství krve.

## Brazílie, náš vzor

„Všechno mléko jde do porodnic, kde ho poskytujeme předčasně narozeným miminkům místo umělé výživy. Tento program vedle rozšíření vakcinace pomohl snížit dětskou úmrtnost ve srovnání se začátkem 90. let o 73 procent. Cíle OSN pro rok 2015 jsme tak splnili už před dvěma roky,“ vysvětluje Danielle da Silvová s hrdostí.

Hrdost je na místě, protože Brazílci začali před 30 lety vyvíjet koncept, který dnes nekopírují jen latinskoamerické státy, ale i země v Africe, a dokonce i Portugalsko se Španělskem. „A letos ho poletím zavádět do USA, kde se od nás inspiroval Michigan. Pokud to zaujme zodpovědné osoby i u vás v Česku, jsme vám k dispozici,“ říká se sebevědomým úsměvem Joao Aprigio Guerra de Almeida, který je koordinátorem Iberoamerického programu bank mateřského mléka.

## Počáteční skepse je pryč

Od roku 2001 doporučuje OSN brazilský model jako hodný ná-



sledování, ale zpočátku se na něj lékařské kapacity dívaly se skepsí. „První myšlenka na banky mateřského mléka přišla už ve 20. letech na zasedání Společnosti národů. U nás jsme jich vybudovali šest, ale chyběla tomu propaganda, řízení a vůbec všechno. Až do poloviny 80. let jen přežívaly,“ vypráví Guerra de Almeida. Pak ale padla vojenská diktatura a nová demokracie byla otevřena novým věcem. Týkalo se to i boje s dětskou úmrtností, která byla v Pelého vlasti úděsná.

Brazilští pediatři začali zkoumat, jak zefektivnit distribuci vybraného mateřského mléka, které považovali za tu nejspříhodnější stravu pro mimina. Jenže jak to

dělat, když podle mezinárodních norem na uchování jeho nejvyšší kvality byly potřeba drahé nádoby ze speciálního skla? „Testovali jsme to a zjistili, že není rozdíl, jestli mléko dáváte do nich nebo sterilizované skleničky od majonézy či kávy. Také přístroje na pasterizaci byly zbytečně drahé, dokázali jsme si vyrobit vlastní za desetinu ceny,“ ukazuje mašiny, které skutečně nepůsobí jako div techniky. Je to jen jednoduchá vanička s topným tělískem a vodou, do které se kladou baňky s mlékem. Celé to vypadá, asi jako když na plotně ve vodní lázni rozpouštíte čokoládu kvůli polevě na dort.

„Ale proti Anglosasům je těžké něco prosadit. Víte, jak Američané a Angličané mají nos nahoru. Když jim řeknete, že jsme na něco přišli my od rovníku, koukají na to svrchu. Dokud nenapíšete něco do Lancetu, nikdo vás nebere vážně. Jenže v tomto medicínském časopise nechtěli nic slyšet o mateřském mléce v nádobách od majonézy,“ stěžuje si Guerra de Almeida na přezíravost Západu. A s evidentním zadosťučněním na chvíli opouští španělštinu a anglicky říká, že koncept má „low cost, but high quality“. Tedy nízkou cenu, ale vysokou kvalitu.

## „Mlékaři“ na motorkách

Jak to tedy funguje v praxi? Každá zdravá Brazílka, která má dostatek mléka pro svého potomka, si přebytek může odsát za dodržení hygienických doporučení (omytí prsu a nasazení roušky na ústa a sítky na vlasy) a skladovat ho v lednici, než si pro něj na motorce nejméně jednou za týden dojde pověřený „mlékař“. „Množství je různé. Jedna žena za týden daruje 50 mililitrů, jiná 4 litry. Ale jsme rádi za každou kapku,“ říká Danielle Aparecida da Silvová. Motocyklisté, kteří v této službě nahradili hasiče, cennou tekutinu dovezou do jedné z bank mateřského mléka. Nemají to daleko. Na konci diktatury jich bylo šest, na počátku 90. let padesát, na přelomu tisíciletí už stovka, ale nyní jich je po celém brazilském teritoriu 214.

„Vyhodíme asi tak desetinu z dovezeného mléka. Buď je v něm vlas či jiná nečistota, nebo je uloženo v plastové nádobce, nebo při testech na přítomnost léků nebo bakterií zjistíme, že by mohlo být zdraví nebezpečné,“ konstatuje lékařka. Mléko se rozhodně neslévá do jednoho sudu, protože musí být rozdělováno podle toho, jak dlouho má žena po porodu, neboť s vývojem kojence samovolně mění své charakteristiky.

## Zákaz obchodování

Při zmínce, že na českém internetu se najdou inzeráty nabízející za litr mateřského mléka 1200 korun, se Guerra de Almeida ošívá: „V Brazílii je takový obchod s ním stejně jako s krví zakázán, i pro naše dárnky je jedinou odměnou pocit, že pomohly jiné, méně šťastné rodině.“ Veškeré mléko míří do nemocnic, které do centrály nahlašují, kolik a jakého typu potřebují. Je to dobře promazaný stroj, který republiku ve statistikách dětské úmrtnosti dostal z rozvojového světa.

Zdá se jednoduché rozšiřovat brazilský model dál po celé planetě, kde podle údajů Světové zdravotnické organizace každoročně zemře přes milion těch nejmenších kvůli komplikacím spojeným s předčasným porodem. Vypadá to tak snadně, jako když si pořídíte franšizu na provozování další pobočky McDonald's. „Jenže projekt především z počátku potřebuje velkou podporu eráru. Například na Haiti, kde je úřední správa v troskách, se nám nedaří ho rozjet,“ stýská si da Silvová. Tam, kde nefunguje je stát, nefunguje ani „bankovníctví“ s mateřským mlékem. A bohužel právě v takových zemích je i nejvíce potřebných kojenců, což jen dokládá, jak těžké je prorazit bludný kruh zaostalosti. „Kojení podporujeme všemi silami. Doporučujeme, aby v prvním půlroce života dítě jinou stravu nedostávalo, a poté, aby bylo částečně dokrmováno z prsu až do věku tří let,“ shrnuje da Silvová brazilský pohled na věčnou debatu o tom, jak dlouho



3x foto: archiv autora

držet dítě u bradavky. Kromě jeho pevnějšího zdraví uvádí i další, v rozvojovém světě, který zápasí s populační explozí, velmi důležité pozitivum – kojení je skvělá přirozená (byť rozhodně ne stoprocentní) antikoncepce, protože tělo vyživující mimino má tendenci nenechat zahnízdít nové oplodněné vajíčko.

## Matematická reklama

Rodičky v Brazílii na existenci programu automaticky upozorňují jejich gynekologové, ale hodně se o něm mluví také v médiích. Má také viditelnou reklamu, na níž pózují kojící sportovkyně, zpěvačky nebo modelky. Guerra de Almeida předvádí jeden plakát s herečkou Dirou Paesovou, jak objímá blondatého syna a černošskou holčičku, která v inkubátoru pila mimo jiné i její mléko. Fotografii doprovází nápis „pomléční sourozenci“. Darovat mléko je v největší zemi Latinské Ameriky, ve které to nenarází na žádné kulturní ani genderové předsudky, nčím úplně normálním. Například v roce 2011 ho bylo do bank uloženo 165 tisíc litrů od 166 tisíc matek. Pomohlo 170 tisícům malých Brazilců, z nichž by mnozí jinak nepřežili. Při takovýchto každoročních číslech vyrůstá v pod rozpraženou Ježíšovou náručí celá generace „pomléčných“ bratrů a sester.

Jiná reklama to zkouší trochu komplikovaně, ale souhrnně přes matematiku: „Darovat mateřské mléko znamená zaprvé vynásobit život nadějí, zadruhé sečíst zdraví se solidaritou, zatřetí dělit se o tu nekompletnější potravinu, která existuje a začtvrté odečíst dětskou úmrtnost.“ Po takové „rovnici“ není co dodat – snad jen, že Brazílie má výsledek na podrženou jedničku.



Dr. Danielle Aparecida da Silvová

## Česká lékárna holding přebírá 8 lékáren Harmonia

Všechny tyto lékárny, které Česká lékárna holding převzala od společnosti Pears Health Cyber, budou napříště provozovány pod značkou Dr. Max.

„Sít lékáren Harmonia jsme začali budovat před 3 lety v remodelovaných nákupních centrech Albert – tehdy se tento krok jevil jako poslední příležitost vybudovat novou lékárenskou síť s konceptem odlišným od těch zavedených na zelené louce. Postupně jsme začali propojovat tradiční svět kamenných lékáren s online prostředím, tedy Harmonii a největší střeoevropské lékárny na internetu Lékárna.cz. Otevřeli jsme 9 lékáren (Svitavy, Beroun, Trutnov, Vyškov, Krnov, Žďár n. S., Prostějov, Přerov a Hranice). Naše očekávání a plány se bohužel nenaplnily a stále více jsme se museli přizpůsobovat realitě, tedy hlavně klesajícím cenám a maržím léků na předpis, lokálnímu postavení v obchodní síti některých měst a citelnému šetření na straně zákazníků. O to více jsme spolu s výkonným ředitelem Pavlem Knorrem a členy jeho

manažerského týmu hledali pro naše kamenné lékárny jiná řešení. V posledním roce jsme dosáhli výrazného zlepšení hospodaření i tržního podílu. Přenechání sítě hráčů, který je na trhu silnější a bude pokračovat v provozu našich již zavedených lékáren, bylo ale nakonec nejlepším z možných řešení,“ vysvětluje důvody prodeje majitel společnosti Pears Health Cyber Vladimír Finsterle.

„Samozřejmě jsme rádi, že se jména na Moravě zase o něco zlepšily dostupností lékáren Dr. Max a v dotčených lokalitách se podaří udržet dosavadní stupeň lékárenské péče jako takové,“ komentuje akvizici provozní ředitel Česká lékárna holding David Mendl.

Po 1. listopadu bude síť Dr. Max díky zmíněné akvizici zahrnovat celkem 346 lékáren a potvrdí tak postavení jedničky na českém trhu.

(Zdroje: PHC, ČLH)

(kha)

## Krátce z (farma)byznysu

• Britská společnost **Simeys Trade** by chtěla v Jičíně postavit závod na výrobu léčiv a doplňků stravy za nejméně 50 milionů eur (přibližně 1,5 miliardy Kč). Mohla by vytvořit až 300 pracovních míst na dělnických pozicích. Firma se v minulých dnech obrátila na jičínskou radnici s žádostí o získání pozemků v průmyslové zóně. Se stavbou by údajně chtěla začít v prvním pololetí roku 2016.

• Úřad pro ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS) začal zkoumat dohodu mezi farmaceutickými společnostmi **Pfizer** a **Baxter International**. Pfizer kupuje část podniku svého konkurenta, která vyrábí a prodává vakcíny proti meningitidě typu Ca klíšťové encefalitidě. ÚOHS bude zkoumat dopady transakce na český trh. O schválení transakce by měl úřad rozhodnout začátkem října. Je vedeno pouze zjednodušené řízení, v těchto případech ÚOHS fúze schvaluje obvykle bez podmínek.

• Úřad pro ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS) začal zkou-

mat změnu vlastníka klinického centra **ISCARE I.V.F.** Firmu Iscare koupil investiční fond soukromého kapitálu Hartenberg Holding, který založil Andrej Babiš společně s bývalým investičním ředitelem Penty Jozefem Janovem prostřednictvím firmy **FutureLife**. Úřad bude posuzovat oblast poskytování zdravotnických služeb v oblasti asistované reprodukce. Vede pouze zjednodušené řízení. Rozhodnout o povolení spojení by měl do konce září.

• Švýcarská farmaceutická společnost **Roche** se dohodla na převzetí americké biotechnologické firmy **InterMune**, za kterou zaplatí 8,3 miliardy dolarů (174 miliard Kč) v hotovosti. Pro švýcarský podnik je to podle serveru Financial Times největší akvizice za posledních pět let. InterMune vyrábí především lék na závažné onemocnění plic zvané idiopatická plicní fibróza.

• Americká společnost vyrábějící zdravotnické prostředky a přístro-

je **Medtronic** oznámila akvizici nizozemské **Sapiens Steering Brain Stimulation** specializující se na technologie hluboké mozkové stimulace. Transakce ve výši 200 milionů dolarů by měla posílit pozici Medtronic v oblasti neurochirurgie a neurovědy.

• Společnost **AstraZeneca** uzavřela spolupráci s firmou **illumina** zaměřující se na rozvoj druhé generace technologie genového sekvenování, platformu pro diagnostické testy použitelné v celém svém onkologickém portfoliu. AstraZeneca chce technologii použít pro vývoj svých onkologických pipeline.

• Farmaceutická firma **Cipla** oznámila obchodní spolupráci se společností **S&D Pharma** v České republice a na Slovensku. Díky této spolupráci se bude moci Cipla zaměřit na své stěžejní oblasti léčby chorob dýchacích cest, zatímco S&D Pharma bude hlavním partnerem pro generické léky.

(Zdroje: ČTK, Apatykář.info, Cipla)

(kha)

Inzerce M141001308

**UZS**  
UNIE ZAMĚSTNAVATELSKÝCH  
SVAZŮ ČESKÉ REPUBLIKY

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

**mf**  
EVENTS & CONGRESSES

Pozvánka  
na konferenci

# Zdravotnictví 2015

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

**27. 11. 2014** Diplomat Hotel Prague

**MÍSTO KONÁNÍ**

Diplomat Hotel Prague, Evropská 15, Praha 6

**REGISTRACE ÚČASTNÍKŮ**

7.30–9.30 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, zdravotních pojišťoven, zákonodárců, zástupců zaměstnavatelů a zaměstnanců, akadémiků a dalších odborníků – pod záštitou předsedy vlády ČR.

**Cílem 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:

**ZDRAVOTNICTVÍ  
MEDICÍNA**

**mf**  
MLADÁ FRONTA

**E15**

**sociální služby**

**INFORMACE POŘADATELE**

Informace a přihlášky  
on-line na internetových  
stránkách:

[www.uzs-konference.cz](http://www.uzs-konference.cz)  
[www.kongres-medical.cz](http://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: 1190 Kč

## ZE SPOLEČNOSTI

# „Kyblíková výzva“ na podporu nemocných a výzkum choroby ALS

ALS Ice Bucket Challenge na podporu nemocných i výzkumu nemoci se začala šířit v první polovině letošního roku ze Spojených států amerických. Polití ledovou vodou vyvolává pocit svalové ztuhlosti, který má navodit stav podobný tomu, jimž pacienti trpí.

V současné době se do ní zapojují veřejně známé osobnosti i každý, kdo chce pomoci. Nejde jen o to, přispět finančně, ale i zvýšit prostřednictvím videí šířených sociálními sítěmi povědomí veřejnosti o této nemoci. Výzvu Ice Bucket Challenge přijal i děkan 1. LF UK Aleksi Šedo a po svém polití ji ještě „zatepla“ předal rektorovi UK To-

máši Zimovi. Rektor Univerzity Karlovy řetězec výzev také neporušil a poté, co na sebe 1. září nechal vyklopit kyblík plný studené vody s kostkami ledu, vyzval rektora Masarykovy univerzity Mikuláše Beka, prorektora pro vnější vztahy UK Martina Kováře a předsedu Akademického senátu UK Tomáše Nigrina, aby tak učinili i oni a podpořili tak

danou věc. Navíc profesor Zima poslal 500 dolarů na účet americké neziskové organizace The ALS Association, jež podporuje péči o nemocné i výzkum ALS. ALS Ice Bucket Challenge, tedy „Kyblíková výzva“ na podporu nemocných trpících amyotrofií, je promyšleným happeningem a bude zájímavé sledovat, kdo ještě bude

mít dost smyslu pro humor i ostlosti k tomu, aby se nechal veřejně zlít vodou s ledem i za podzimmních plískanic. (red)



Profesor Zima přežil – a výzvu poslal dál. | Foto: iforum.cuni.cz

## Zemřel profesor Jiří Heřt

9. srpna zemřel Rytíř českého lékařského stavu, anatom a osteolog, zakládající člen Českého klubu skeptiků Sisyfos **prof. MUDr. Jiří Heřt, DrSc.**

Profesor Heřt se narodil 5. dubna 1928 v Lounech. V roce 1947 odmaturoval na zdejší gymnázium, poté začal studovat medicínu na Fakultě všeobecného lékařství UK v Praze a asistoval na Anatomickém ústavu u prof. Borovanského. Na jeho doporučení nastoupil pro promoci do Anatomického ústavu LF UK v Plzni k prof. Jaroslavu Kosovi. Zde se jako člen výzkumného týmu zabýval nejprve obecnými otázkami růstu kostí a jejich cévního zásobení, později rovněž adaptací kostí na funkční zátěž. V roce 1960 obhájil kandidátskou práci a o 3 roky později habilitační práci na téma „Regulace růstu dlouhých kostí do délky“. Výsledky tohoto výzkumu měly přímý dopad na klinickou praxi a staly se součástí Tošovského a Stryhalovy monografie Dětské zlomeniny (1967).



### Pevné morální zásady

Koncem 60. se let Jiří Heřt aktivně zapojil do politického dění jako zakládající člen Klubu angažovaných nestraníků (KAN). Po okupaci roku 1968 následoval zákaz činnosti KAN a prof. Heřt byl vyhozen z lékařské fakulty. Od roku 1973 až do roku 1990 pracoval jako závodní lékař ve Válcovných trub a železárnách v Chomutově. K anatomii se vrátil hned po pádu režimu. Odmítl si nabídku vést plzeňský anatomický ústav po prof. Kosovi, ale navázal na svou vědeckou kariéru a v roce 1993, 30 let po své habilitaci, obhájil doktorskou disertační práci a na podzim téhož roku byl jmenován profesorem. Do povědomí širší odborné i laické veřejnosti se prof. Heřt zapsal také svým nekompromisním kritickým vystupováním proti tzv. alternativní

medicině a dalším pavědeckým teoriím či šarlatánským praktikám. Byl jedním ze zakládajících členů Českého klubu skeptiků Sisyfos. Sestavil dosud jediný český výkladový slovník esoteriky a pavěd.

Prof. Jiří Heřt byl držitelem řady ocenění, mezi nimi i Stříbrné medaile Univerzity Karlovy za zásluhy o anatomii (2005), Jeseniovy plakety České anatomické společnosti (2008) nebo Zlaté medaile Univerzity Karlovy (2010). V roce 2013 byla jeho vědecká práce i morální integrita oceněna Českou lékařskou komorou (ČLK) a byl mu udělen titul Rytíř českého lékařského stavu. „Moudrost, skromnost, nezištnost a pracovitost, spolu s pevnými morálními zásadami zdobí rytíře. Jsem hluboce přesvědčen, že titul Rytíř českého stavu náleží profesoru Heřtovi právem,“ prohlásil tehdy prezident ČLK Milan Kubek. (Zdroje: Wikimedia, ČLK) (kha)

## Zemřel profesor Milan Laštovka

Po dlouhé nemoci zemřel ve věku 75 let emeritní přednosta Foniatrické kliniky 1. LF UK a VFN **prof. MUDr. Milan Laštovka, DrSc.**

Profesor Laštovka se narodil 29. dubna 1939 v Praze. Maturoval na tehdejší jedenáctileté střední škole v roce 1956, v roce 1962 dokončil studia na Lékařské fakultě hygienické UK. V letech 1962–1964 byl zaměstnán jako sekundární lékař OÚNZ v Opavě. V letech 1964–1968 absolvoval interní vědeckou aspiranturu na katedře hygieny dětí a dorostu Lékařské fakulty hygienické UK; od roku 1965 probíhala na Neurologické klinice



tehdejší Fakulty všeobecného lékařství UK. V roce 1968 obhájil kandidátskou disertační práci na téma „Některé parametry nervové a reflexorické činnosti u dospívající mládeže“. Hodnost kandidáta lékařských věd byla udělena v r. 1970. V roce 1987 obhájil doktorskou disertační práci na téma „Motorické zpětnovazební regulační mechanismy u koktavých“. Titul doktora lékařských věd pro obor otorinolaryngologie mu byl udělen v ro-

ce 1987. Habilitoval v roce 1990, profesorem pro obor otorinolaryngologie a foniatrie byl jmenován v roce 1993. Hlavními odbornými zájmy profesora Laštovky byly poruchy plynulosti řeči (koktavost), centrální dysartrie a využití EMG v oblasti laryngéálních svalů a artikulačního svalstva. Aktivně se podílel na činnosti řady organizací. Byl mimo jiné členem Unie evropských foniatrů (UEP) a Mezinárodní společnosti pro logopedii a foniatrii (IALP). (Zdroj: 1. LF UK) (kha)

## V boskovické nemocnici otevřeli zrekonstruované laboratoře

Na začátku září v Nemocnici Boskovice slavnostně otevřeli nově zrekonstruované klinické laboratoře. Zmodernizovaný provoz je efektivnější i tím, že plochu laboratoří tu předělali na jednu velkou místnost.

Komplexní zakázku do Boskovic dodala společnost Siemens, a to od konceptu uspořádání nové laboratoře až po moderní diagnostické přístroje. Díky tomu dochází ke sjednocení provozu hematologie a biochemie, což přinese úsporu času i zlepšení komfortu pro pacienty a zdravotníky. „Laboratoř se dříve skládala z několika menších částí, což zaměstnancům komplikovalo

po pohyb v tomto prostoru. Provoz tam byl neefektivní, průchod materiálu nepřehledný. Plochu jsme proto předělali na jednu velkou místnost moderního stříhu. Umožňuje to také větší zastupitelnost personálu,“ řekl jednatel nemocnice Dan Navrátil, MSc, MBA. Novinku pozitivně pocítí i pacienti. „Už nebudou tápat, ke kterému okénku mají vzorok doručit. Vše je nyní v jednom,“ vysvětlil Dan Navrátil.



Ing. Anna Páchová v nové otevřené provozu laboratoří. | Foto: Nemocnice Boskovice

Sloučení dvou linií laboratorního informačního systému přinese usnadnění práce nejen lékařům v nemocnici, ale také zdravotníkům ze spádové oblasti Boskovic. „Jedna databáze pacientů, jedna žádanka a jeden výsledkový list přispívá ke komplexnímu hodnocení laboratorních výsledků. Výsledky vyšetření jsou navíc doručeny ve velmi krátkém čase,“ uvítala změny i vedoucí oddělení laboratoří Ing. Anna Páchová. (ii)

## Celoevropské ocenění profesoru Peregrinovi

13. září byla přednostovi pracoviště radiodiagnostiky a intervenční radiologie Institutu klinické a experimentální medicíny předána cena Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe 2014.

Prof. MUDr. Jan Peregrin, CSc., převzal na výroční konferenci CIRSE ve skotském Glasgow Zlatou medaili za celoživotní přínos intervenční radiologii. Ta tak poprvé v historii putuje do střední Evropy. Medaile je poděkováním za práci jak praktickou, tak i vědeckou, a to v mezinárodním měřítku. „Je pro mne velkou ctí, že jsem toto ocenění získal. Je to uznání mé práce, kterého si velmi vážím, ale také zároveň obrovská motivace a hnací motor ve všem i nadále pokračovat. Nesmír-



Foto: IKEM

ně si vážím toho, že kolegy po celém světě to, co dělám, oslovilo natolik, že mi tato společnost věnovala za mé úsilí zlatou medaili,“ řekl profesor Peregrin. (red)

# Zdraví v kapse... vlastně v iPhone

Navzdory masivnímu rozšiřování elektronické komunikace jsou stále obory, které byly tímto trendem poměrně dlouho nepostižené. Jednou takovou oblastí bylo donedávna i veřejné zdravotní pojištění. Svoji ztrátu ale zdravotní pojišťovny rychle dohánějí.

Elektronizace zdravotnictví je zcela přirozeným procesem, který se postupně stává standardem v komunikaci s klienty i v dalších činnostech zdravotní pojišťovny. Zdravotní aplikace obecně se zaměřují na relativně úzký okruh činností. Lze do nich zapisovat údaje o zdravotním stavu či tělesné parametry, zaznamenávají a statisticky zpracovávají údaje ze sporttesterů či jiných periferií, mohou dokonce (byť s určitou tolerancí přesnosti) i měřit některé zdravotní ukazatele, jako jsou tep, tlak či průtok krve. Aplikace zdravotních pojišťoven pak podávají přehled o cenách a datech zdravotních výkonů, umožňují vyhledávat ordinace lékařů a lékárny a poskytují podobné základní služby.

## VITAKARTA nabízí nové možnosti

Podobně jako lidem dnes už nepřijde neobvyklé nakupovat nebo platit po internetu, stejně tak obvyklé bude komunikovat se zdravotnickými zařízeními a pojišťovnami po internetu – ať již z počítače nebo prostřednictvím chytrých telefonů. U mobilních telefonů je navíc velkou výhodou, že je lidé mohou využívat přímo v ordinaci lékaře, například kvůli zdravotnické dokumentaci, zjištění údajů o předešlé léčbě a mnoha dalším věcem. Data, která má klient uložena u zdravotní pojišťovny, má díky pokročilým mobilním aplikacím neustále k dispozici a může je používat podle svého uvážení, a to okamžitě, kdykoli a kdekoli. V případě Oborové zdravotní pojišťovny (OZP) všechny tyto možnosti nabízí internetová aplikace VITAKARTA a mobilní aplikace mVITAKARTA.

Aplikaci VITAKARTA a její mobilní variantu mVITAKARTA mohou využívat všichni klienti OZP. První jmenovaná je určena pro osobní počítače a druhá pro chytré mobilní telefony iPhone a telefony se systémem Android. Pro obě skupiny klientů platí, že mají k dispozici data, kdykoli je potřebují. Stačí si jen na počátku stáhnout a nainstalovat příslušnou aplikaci do svého telefonu. Údaje si pak



klienti mohou zobrazit prakticky kdekoli. Aplikaci mohou využívat i lidé, kteří doposud nejsou klienty OZP. V jejich případě je ale aplikace omezená, to znamená bez možnosti synchronizace údajů o čerpané zdravotní péči a zapsaných záznamů s webovou aplikací.

## Údaje v mVITAKARTĚ jsou dobře chráněny

mVITAKARTA, která funguje a rozvíjí se již čtvrtým rokem, během této doby „dospěla“ do stavu, kdy otevírá uživateli řadu různých možností. Lze snadno nahlédnout do osobního účtu pojištěnce a v případě nesrovnalosti reklamovat zdravotní péči; klient vidí, které léky mu lékaři předepsali, a může si zaznamenat i ty, které si zakoupil a „naordinoval“ sám. Synchronizace s kalendářem mu umožňuje zaznamenávat i plánovat například preventivní prohlídky, očkování a další aktivity. Do mVITAKARTY lze také ukládat soubory, například lékařské zprávy, výsledky vyšetření a další potřebná data. mVITAKARTA je vstupní branou do on-line bonusového systému OZP VITAKONTO, jehož prostřednictvím

čerpají klienti pojišťovny různé výhody. Novinkou je zobrazení Průkazu pojištěnce, který tak uživatel nemusí nosit u sebe, ale je mu k dispozici i off-line, stejně jako třeba průkazy jeho dětí, pokud jsou klienty OZP. Samozřejmostí je možnost komunikace s pojišťovnou, a zejména s její Asistenční službou.

Vývojáři OZP sledovali od počátku směr vývoje aplikací HealthKit a nyní připravili propojení mVITAKARTY s HealthKitem, kdy se uživatelská data aplikací mohou synchronizovat a klient či jeho lékař je může prakticky využít. Během krátké doby vydá OZP aktualizaci své mVITAKARTY s touto funkcí, kterou bude dále rozvíjet tak, aby umožňovala propojení i s dalšími podobnými aplikacemi.

Není na škodu dodat, že mVITAKARTA dbá na bezpečnost dat, že vyžaduje souhlas uživatele a že vše, co je v mVITAKARTĚ obsaženo, je dobře chráněno.

OZP bude nadále sledovat a rozvíjet potenciál mVITAKARTY a pro aktivní uživatele všech svých on-line služeb připravuje také řadu motivačních a bonifikačních nástrojů. Jak dosvědčují i nejnovější aktivity společnosti Apple a ostatních velkých firem, má tento směr vývoje zdravotnických aplikací velkou budoucnost. Lze oprávněně očekávat, že podobných aplikací bude na trhu rychle přibývat. Je to důsledek toho, jak se internet a mobilní technologie stále více prosazují na poli zdravotního pojištění. Hlavní devízou elektronických aplikací je totiž bezkonkurenční komfort. Lidé nemusejí nikam chodit a všechno pohodlně vyřídí přes internet z domu od stolu nebo odkudkoli prostřednictvím svého chytrého mobilního telefonu.

Pavel Nebeský



## PRÁVNÍ PORADNA

# Ochrana informací o třetích osobách ve zdravotnické dokumentaci

**Prosím o sdělení, jak je po nabytí účinnosti nového občanského zákoníku upravena ochrana informací vedených ve zdravotnické dokumentaci o třetích osobách. V praxi se většinou jedná o informace vyplývající z rodinné či sociální anamnézy pacienta, popřípadě i citlivé údaje třetích osob (zpravidla rodičů, prarodičů, sourozenců). Obvykle půjde o údaje sdělené samotným pacientem, nicméně nelze vyloučit ani údaje získané odjinud či o jiných osobách, které by chráněny být měly...**

Úprava ochrany soukromí (a to včetně ochrany informací o třetích osobách ve zdravotnic-

ké dokumentaci) je v novém občanském zákoníku obdobná, jako tomu bylo v dosavadní právní úpravě. Novým občanským zákoníkem je chráněna osobnost člověka včetně všech jeho přirozených práv, přičemž každý je povinen ctít svobodné rozhodnutí člověka žít podle svého. Ochrana zákona přitom poživají zejména život a důstojnost člověka, jeho zdraví a právo žít v příznivém životním prostředí, jeho vážnost, čest, soukromí a projevy osobní povahy. Nikdo nesmí zasáhnout do soukromí jiného, nemá-li k tomu zákonný důvod.



na dotazy odpovídá  
JUDr. Pavel Zajíc

## Přesná a podrobná pravidla

Podle zákona o zdravotních službách je poskytovatel zdravotních služeb povinen vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci a nakládat s ní podle tohoto zákona a jiných právních předpisů. Zdravotnická dokumentace obsahuje také údaje zjištěné z rodinné, osobní, pracovní anamnézy pacienta, a je-li to důvodné, též údaje ze sociální anamnézy. Zákon o zdravotních službách umožňuje pacientovi při přijetí do péče určit osoby, které mohou být informovány o jeho zdravotním stavu, a současně může určit, zda tyto osoby mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace o něm vedené nebo do jiných zápisů vztahujících se

k jeho zdravotnímu stavu. Pacient rovněž může určit osoby nebo vyslovit zákaz poskytovat informace o zdravotním stavu kterékoli osobě kdykoli po přijetí do péče a stejně tak může určit osoby nebo vyslovení zákazu poskytovat informace o zdravotním stavu kdykoli odvolat. Osoby určené pacientem, které jsou oprávněny nahlížet do zdravotnické dokumentace, jsou povinny před nahlédnutím do dokumentace prokázat svou totožnost průkazem totožnosti nebo jiným dokladem obsahujícím fotografii a příslušnost ke správnému orgánu nebo instituci. Každé nahlédnutí do zdravotnické dokumentace nebo pořízení výpisů či kopií se do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi zaznamenává. Z výše uvedeného je zřejmé, že nová právní úprava občanského zákoníku, jakož i zákon o zdravotních službách stano-



Foto: Shutterstock

vují poměrně přesná a podrobná pravidla pro informování o zdravotním stavu pacienta, jakož i pro nahlížení do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. Mám za to, že tímto způsobem je dostatečně zajištěna ochrana soukromí pacienta a informací vedených o pacientovi či o třetích osobách ve zdravotnické dokumentaci.

## Hlášení o zdravotní způsobilosti řidiče z povolání

Je mou povinností lékaře provádějícího vstupní prohlídky pro dopravní firmu upozornit registr silničních vozidel obecního úřadu na zdravotní nezpůsobilost řidiče z povolání při řízení bez korektiv-



odpovídá  
Mgr. Marie Šubertová

ních pomůcek (brýle, čočky/tříčtvrtě dioptrie), nebo musí posudek o zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel s podmínkou korekce refrakční vady doložit registru samotný řidič? Jestliže řidič z povolání způsobí při výkonu povolání nehodu se škodou na majetku přesahující 100 tisíc korun, budu nějak zodpovědný, když jsem jeho podmíněnou způsobilost k řízení nenahlásil?

Již od 1. 1. 2012 ukládá zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích (zákon o silničním provozu), lékařům povinnost informovat příslušný orgán o zjištěné skutečnosti, že žadatel o řidičské oprávnění nebo držitel řidičského oprávnění je zdravotně způsobilý k řízení motorových vozidel s podmínkou nebo vůbec není zdravotně způsobilý k řízení motorových vozidel (z tohoto pohledu je irelevantní, zda se jedná o řidiče z povolání či nikoli; může se jed-

nat i o pouhého žadatele o řidičské oprávnění). A jak by mělo toto ohlášení vypadat? Zákon ani vyhláška nestanoví pro toto ohlášení žádnou zvláštní formu ani tiskopis. Doporučit lze však následující postup: Lékař sdělí dopisem příslušnému obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností identifikaci pacienta a posudkový závěr, že pacient podle odborného nálezu lékaře není způsobilý k řízení motorových vozidel nebo je způsobilý k řízení motorových vozidel jen s podmínkou, kterou je nutné specifikovat. Odborné důvody by pak měl sdělit registrujícímu všeobecnému praktickému lékaři ve své zprávě. Kopie tohoto přípisu by měla být založena do zdravotnické dokumentace jako důkaz, že lékař svoji povinnost splnil.

Pokud jde o odpovědnost za škodu způsobenou řidičem při nesplnění uvedené lékařovy ohlašovací povinnosti, tato by připadala u úvahy, jen pokud by došlo k prokázání příčinné souvislosti mezi lékařovým porušením povinnosti ohlásit řidičovu vadu zraku a způsobenou nehodou. V případech závažnějších vad by takováto pravděpodobnost byla zřejmě vyšší než u nepatrných vad zraku, kde by se složitěji prokazovalo, že nehoda byla způsobena právě (třeba i zčásti) vadou zraku.

## Náhrada škody při zaviněné dopravní nehodě

**Zdravotní pojišťovna mě vyzvala k náhradě škody z důvodu mnou zaviněné dopravní nehody přesto, že si řádně platím pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla. Postupuje zdravotní pojišťovna správně?**

Z Vašeho dotazu vyplývá, že máte sjednáno pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla, přičemž jste zavinil dopravní nehodu a zdravotní pojišťovna Vás vyzvala k náhradě škody. V obecné rovině platí, že

z pojištění odpovědnosti má pojištěný právo, aby za něho pojišťovna v případě pojistné události nahradila poškozenému škodu, vznikla-li pojištěnému povinnost k náhradě této škody. Lze si však představit situaci, kdy Vaše zdravotní pojišťovna nebo zdravotní pojišťovna poškozeného, vzhledem k okolnostem Vámi zaviněné dopravní nehody, bude po Vás jakožto po viníkoví dopravní nehody požadovat náklady na zdravotní služby vynaložené v důsledku Vámi zaviněné dopravní nehody.

Navíc v případech, že byste dopravní nehodu způsobil pod vlivem alkoholu nebo po užití návykové látky, má pojišťovna vůči Vám právo na náhradu toho, co za Vás plnila poškozenému. K tomu, abych Váš dotaz mohl zodpovědět zcela konkrétně a posoudit, zda zdravotní pojišťovna postupuje správně, jestliže Vás vyzvala k náhradě škody, bylo by potřeba podrobně znát konkrétní okolnosti dopravní nehody, jakož i podmínky Vámi sjednaného pojištění odpovědnosti za škodu způsobenou provozem vozidla. Doporučuji proto se s Vaším dotazem obrátit nejprve na Vaši zdravotní pojišťovnu s žádostí o vysvětlení. Pokud by toto vysvětlení pro Vás bylo nedostačující či neakceptovatelné, mohu Vám doporučit nechat celou záležitost posoudit Vámi zvoleným advokátem, který se znalostí všech okolností dopravní nehody a smluvní dokumentace zcela konkrétně vyhodnotí, zda zdravotní pojišťovna postupuje správně či nikoli, jestliže po Vás žádá náhradu škody.



Foto: Shutterstock



# Kalendář akcí odborných lékařských společností – říjen 2014 – 2. 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](mailto:miksova@mf.cz)

## Základy klinické biochemie pro klinické farmaceuty (I.)

Interpretace základních laboratorních výsledků ve vztahu k nežádoucím účinkům léčiv, renální selhávání – interpretace laboratorních výsledků, racionální intervence v úpravách dávkování léků, hepatopatie – interpretace laboratorních výsledků, racionální intervence v úpravách dávkování léků; základní laboratorní a klinické výsledky u kardiovaskulárních onemocnění – úskalí diagnostiky.

10. 10. 2014/Hradec Králové

**Místo konání:** Botanická zahrada FaF UK

**Pořadatel:** Univerzitní vzdělávací centrum klinické farmacie FaF UK

**Kontakt:** [www.faf.cuni.cz/uckf](http://www.faf.cuni.cz/uckf)

## 21. jihočeské onkologické dny

Diagnostika a léčba nádorů ledvin a varlat

16.–18. 10. 2014/Český Krumlov

**Místo konání:** Zámecká jízdárna

**Kontakt:** [www.linkos.cz](http://www.linkos.cz)

## Obezitologie a bariatrie 2014

16.–18. 10. 2014/Olomouc

**Místo konání:** NH Congress Hotel

**Pořadatel:** Česká obezitologická společnost ČLS JEP, ČAS

**Kontakt:** [www.ob2014.cz](http://www.ob2014.cz)

## LYMPHO 2014

17.–18. 10. 2014/Praha

**Místo konání:** Dorint Hotel Don Giovanni

**Pořadatel:** Česká lymfologická společnost ČLS JEP

**Kontakt:** [lympho.cz/2014](http://lympho.cz/2014)

## Weberův večer

Novinky v diagnostice a léčbě srdečního selhání

20. 10. 2014/Praha

**Místo konání:** Lékařský dům

**Pořadatel:** Klinika kardiologie IKEM

**Kontakt:** [www.cls.cz](http://www.cls.cz)

## Vakcinace – realita vs. konspirace

22. 10. 2014/Praha

**Místo konání:** Kongresové centrum hotelu Holiday Inn

**Pořadatel:** Mladá fronta, a. s., divize Medical Services

**Kontakt:** [www.kongres-medical.cz](http://www.kongres-medical.cz)

## 12. konference k Mezinárodnímu dni porozumění koktavosti v ČR

22. 10. 2014/Brno

**Místo konání:** Školící centrum JMK

**Pořadatel:** Logo, o. s.,

soukromá klinika Logo, s. r. o., ve spolupráci s Českou asociací pro koktavost, Asociací klinických logopedů ČR a dalšími subjekty

**Kontakt:** [www.denkoktavosti.cz](http://www.denkoktavosti.cz)

## 60. výroční konference ČUS

22.–24. 10. 2014/Brno

**Místo konání:** Hotel Voroněž I

**Pořadatel:** Česká urologická společnost ČLS JEP

**Kontakt:** [hanzo.cz/cus](http://hanzo.cz/cus)

## 46th Congress SIOP

22.–25. 10. 2014/Toronto, Kanada

**Pořadatel:** International Society of Paediatric Oncology

**Kontakt:** [siop.kenes.com](http://siop.kenes.com)

## 8. kongres Společnosti pro sportovní traumatologii a artroskopii

23.–24. 10. 2014/Olomouc

**Místo konání:** NH Congress Hotel

**Pořadatel:** Společnost pro sportovní traumatologii a artroskopii ČLS JEP, Ortopedická klinika LF UP a FN Olomouc

**Kontakt:** [www.sstacz.cz](http://www.sstacz.cz)

## 22nd Congress of ESGCT

23.–26. 10. 2014/Haag, Nizozemsko

**Pořadatel:** European Society of Gene and Cell Therapy (ESGCT)

**Kontakt:** [www.esgct.eu/Congress.aspx](http://www.esgct.eu/Congress.aspx)

## Farmakogenetické poznatky v práci klinického farmaceuta

Základy farmakogenetiky v práci klinického farmaceuta, individualizace dávkovacích schémat s ohledem na výsledky farmakogenetických testů, klinické příklady, praktické kazuistiky, význam farmakogenetiky v klinické praxi při volbě léčebných strategií a v racionálních indikacích biologické léčby

31. 10. 2014, 9–16 h/Hradec Králové

**Místo konání:** Botanická zahrada – seminární místnost, FaF UK

**Pořadatel:** Univerzitní vzdělávací centrum klinické farmacie FaF UK

**Kontakt:** [www.faf.cuni.cz/uckf](http://www.faf.cuni.cz/uckf)

(sta)

## Pozvánka na kurzy vzdělávacího centra Farmaceutické fakulty UK

Univerzitní vzdělávací centrum klinické farmacie pro specializační a kontinuální vzdělávání (UCKF), založené Farmaceutickou fakultou UK v Hradci Králové, zahájilo svoji činnost.

Posláním centra je intenzivně rozvíjet kontakty akademické sféry s praktickými pracovišti, podpora přímého transferu vědeckovýzkumných poznatků a klinických zkušeností do výukových modulů a klinické praxe a rozvoj multidisciplinární spolupráce. Cílem je také interdisciplinární spolupráce zdravotnických pracovníků v oblasti racionální a bezpečné farmakoterapie.

### Široký výběr témat

Od září UCKF pořádá vzdělávací akce v oboru klinická farmacie pro spe-

cializační a kontinuální vzdělávání, určené farmaceutům a dalším zdravotnickým pracovníkům se zájmem o přednášenou problematiku. Akce jsou organizovány pod odbornou záštitou Farmaceutické fakulty UK, Katedry sociální a klinické farmacie, sekce klinické farmacie České farmaceutické společnosti ČLS JEP, v úzké spolupráci s Farmaceutickou fakultou Veterinární a farmaceutické univerzity Brno a dalšími farmaceutickými a lékařskými sekcemi a společnostmi.

Programy akcí jsou postaveny na zkušenostech a dlouholeté národní a mezinárodní spolupráci na poli výuky a výzkumu v oboru klinická farmacie a na spolupráci s mezinárodními organizacemi podporujícími rozvoj tohoto oboru. Jejich náplň je zaměřena na klinické poznatky z oblasti rizik farmakoterapie, lékové problémy (diferenciální diagnostiku) a jejich řešení, základy aplikované farmakokinetiky a farmakogenetiky či na interpretaci laboratorních výsledků ve vztahu k bezpečnosti a účinnosti farmakoterapie.

### Konání kurzů

První kurz UCKF se koná 25. 9. 2014 od 9.00 do 16.00 v seminární místnosti Botanické zahrady FaF UK Hradec Králové. Témata: Bezpečnost farmakoterapie – populační a individuální rizika léčiv, nástroje k hodnocení racionality léčby, význam farmakoeptologie, klinické kazuistiky. Individualizovaná farmakoterapie – hlavní klinické faktory určující interindividuální variabilitu, klinické příklady, farmakokinetické parametry, odlišnosti ve farmakodynamické odpovědi.

Změny terapeutické hodnoty léků ve stáří – specifika dávkovacích schémat u seniorů, vliv polyfarmakoterapie, multimorbidity, nástroje k hodnocení kvality lékové preskripce v geriatrici. Interaktivní procvičení znalostí. Další kurzy proběhnou ve dnech 10. 10., 31. 10., 14. 11. a 5. 12. 2014, dále pak 1x měsíčně (viz Kalendář akcí). K účasti zvou vedoucí odborných prací centra PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D., vedoucí Katedry sociální a klinické farmacie prof. RNDr. Jiří Viček, CSc., a děkan FaF UK v Hradci Králové doc. PharmDr. Tomáš Šimůnek, Ph.D. Více informací a přihlášky na akce naleznete na: [www.faf.cuni.cz/uckf](http://www.faf.cuni.cz/uckf)

(eta)

### KOMERČNÍ PREZENTACE

## Minerálka do kabelky

Z jedné strany Grenoble, z druhé sjezdovky Chamrousse v Savojských Alpách. To je místo, kde návštěvník najde lázně Uriage. Patří mezi devět lázeňských center, která vysloveně doporučují k pobytu francouzští dermatologové.

To, že odborníci na pokožku Uriage doporučují, je zásluhou složení tamních termálních pramenů. Lidstvo je zná už dvě tisícovky let, krátce po začátku letopočtu je pro sebe objevili Římané a před dvěma sty lety našla jejich voda poprvé uplatnění i v medicíně. Termální voda Uriage má svůj původ v masivu Belledone v samém srdci Alp. U pramene ve výšce 422 metrů nad mořem byste jí naměřili osmadvacet stupňů. Blahodárné

účinky termální vody Uriage stvrdila už v roce 1877 Francouzská lékařská akademie. Od té doby jsou její vlastnosti prověřovány stále. Zjistilo se tak například, že tato termální voda díky svému složení vytváří bariéru proti alergenům, bakteriím a volným radikálům a že má uzdravující, hojivé vlastnosti. Ty ve zdejších lázních oceňovala v minulosti celá řada celebrit – Coco Chanel, Maurice Chevalier, Sarah Bernhardtová a další.

Vodu z termálních pramenů obsahují často i kosmetické přípravky a díky tomu vykazují léčivé účinky i ty. Nedávné klinické studie prokázaly unikátní hydratační efekt termální vody Uriage, která splňuje standard NMF (Natural Moisturizing Factor). Jestliže jsme ve Francii, centru světové kosmetiky, spojení se nabízí dvojnásob. Kosmetika s obsahem minerální vody z Uriage-les-Bains nesoucí ve svém názvu jméno těchto fran-



Historická pohlednice Uriage-les-Bains

couzských lázní se tak může chlubit třeba schopností regenerovat poraněnou kůži. Není tudíž náhoda, že právě tady, v továrně Laboratoires dermatologiques d'Uriage, vzniká prvotřídní dermokosmetika. Pro potřeby výroby se minerální voda pumpuje z osmdesátimetrové

hloubky a pak se zpracovává v závodu vybudovaném přímo nad čerpadly. Značka Uriage, propojující vlastnosti místních pramenů s nejnáročnějšími výrobními postupy, představuje škálu více než 140 produktů, prodávaných u nás exkluzivně lékárenskou sítí Dr. Max. Spojení značky Uriage s lékárnami také není náhoda. Kosmetická řada, která na sebe váže významné patenty, je vhodná nejen ke každodenní péči, ale klinickými testy prokázala účinnost například při hojení suché až atopické kůže, některých kožních záležitostí a pomáhá v boji proti stárnutí pokožky.

(mp)

## SERVIS

### Radomíra Kowalská Ekonomika pro střední zdravotnické školy



Rozsah:  
192 stran  
Cena: 249 Kč  
ISBN: 978-80-  
-247-5091-0  
Vydavatel:  
Grada

Publikace vychází z učebních plánů pro zdravotnické obory, je zaměřena na problematiku trhu práce, pojišťovnictví, bankovníctví, daně a dále na oblast soukromého podnikání a finančního hospodaření firem i domácností. Jednotlivá témata jsou procvičována pomocí příkladů ze zdravotnické praxe, vytvářením vlastních návrhů řešení, analyzováním grafů a tabulek apod.

### Ania Carolina Muntau Pediatrie

Překlad 6. vydání



Rozsah:  
608 stran  
Cena: 1599 Kč  
ISBN: 978-80-  
-247-4588-6  
Vydavatel:  
Grada

Překlad 6. vydání (z roku 2011) základní učebnice v oboru, kterou pod původním názvem „Intensivkurs Pädiatrie“ vydalo nakladatelství Urban & Fischer – Elsevier. Celobarevná kniha s téměř 200 tabulkami a 250 obrázky má oproti většině domácích publikací výhodu mj. v tom, že informace v ní obsažené jsou pravidelně aktualizovány.

### Martin Musálek Development of Test Batteries for Diagnostics of Motor Laterality Manifestation

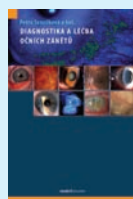


Rozsah:  
250 stran  
Cena: 270 Kč  
ISBN: 978-80-  
-246-2285-9  
Vydavatel:  
Karolinum

Cílem knihy je podat informace k lepšímu pochopení fenoménu

laterality i jeho diagnostiky. Veškeré informace jsou předkládány s ohledem na validizaci nových diagnostických metod určujících motorické projevy laterality u adolescentů a dospělých ve věku od 18 do 60 let a dětí od 8 do 10 let. Kromě toho je v monografii také navržen nový možný přístup k určení laterality horní končetiny pomocí vztahu mezi mozečkovou dominancí a výkonností ruky.

### Petra Svozilová a kolektiv Diagnostika a léčba očních zánětů



Rozsah:  
344 stran  
Cena: 595 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7345-391-6  
Vydavatel:  
Maxdorf

Oční záněty tvoří jednu z nejvýznamnějších oblastí oftalmologie a jejich diagnostika a léčba trvale patří ke každodenní náplni oftalmologické praxe. Jde přitom o velmi rozsáhlou a nozologicky i etiologicky různorodou skupinu onemocnění, z nichž část ohrožuje nemocného trvalými následky, v těch nejzávažnějších případech včetně oslepnutí. Knižka nabízí návody jak pro diagnostiku, tak pro léčbu očních zánětů.

### Radoslav Pilka Robotická chirurgie v gynekologii



Rozsah:  
176 stran  
Cena: 995 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7345-398-5  
Vydavatel:  
Maxdorf

Kniha představuje průvodce současným stavem využití roboticky asistované laparoskopie v prostředí a podmínkách české gynekologické praxe. V rámci gynekologie je roboticky asistovaná laparoskopie využívána k provádění hysterektomií z benigních indikací, myomektomií, tubárních reanastomóz, radikálních hysterektomií, lymfadenektomií a sakrokolpopexí. Robotem asistovaná chirurgie v gynekologii je ve srovnání s otevřenou nebo laparoskopickou chirurgií charakterizována menšími krevními ztrátami a zejména kratší dobou hospitalizace.

## NOVÉ KNIHY

Úvodní kapitoly se věnují přípravě pacienta, inzerci trokarů a instrumentariu, v dalších kapitolách jsou podrobně vyloženy jednotlivé oblasti využití – tubární mikrochirurgie, adnexektomie, myomektomie, hysterektomie, sakrokolpopexie a dále terapie endometriózy a gynekologických malignit.

### Jaromír Mašata a kolektiv Infekce v gynekologii 2., rozšířené vydání

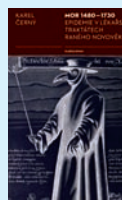


Rozsah:  
245 stran  
Cena: 195 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7345-380-0  
Vydavatel:  
Maxdorf

Běžné vulvovaginální infekce nebo hluboký pánevní zánět patří v gynekologické praxi ke každodenním problémům, jejich léčba se přitom stále mění v souladu s pokrokem v poznání a vývoji nových léků – antimikrobiálních látek (ATB), antimykotik a antivirotik. Druhé vydání knihy je určeno jak ambulantním specialistům, tak lékařům pracujícím na lůžkových odděleních.

### Karel Černý Mor 1480–1730

Epidemie v lékařských traktátech raného novověku



Rozsah:  
506 stran  
Cena: 440 Kč  
ISBN: 978-80-  
-246-2297-2  
Vydavatel:  
Karolinum

Publikace se zabývá postupnými proměnami názorů na mor mezi lékaři raného novověku v několika oblastech. Předně se věnuje vývoji dobové lékařské literatury, zkoumá vliv modernity či naopak tradice a způsob, jímž spolu různí autoři vedli učené spory. V následující části na základě výběru pramenů z řady oblastí Evropy autor sleduje hlavní teorie o původu moru včetně představ o zkažení vzduchu, názorů na nakažlivost nemoci či nauky o moru přenášeném lidskými smysly. Dále popisuje, co doprovozovali renesanční a barokní lékaři svým klientům, kteří se chtěli chránit před nákazou. Šlo o široké spektrum preventivních opatření, počínaje karanténou či útekem

z nakažené oblasti přes dodržování vhodné diety až po užívání různých druhů amuletů. Poslední část knihy popisuje raně novověkou léčbu pacientů nakažených morem, a to jak podáváním léků, tak tzv. chirurgickými metodami (pouštění žilou či otevírání morových bubonů).

### Philip Zimbardo Luciferův efekt

Jak se z dobrých lidí stávají lidé zlí



Rozsah:  
628 stran  
Cena: 650 Kč  
ISBN: 978-80-  
-200-2346-9  
Vydavatel:  
Academia

Opravdu se mohou stát z obyčejných průměrných lidí symboly zla? Odpověď na tuto otázku hledal přes třicet let americký psycholog Philip Zimbardo. Název knihy odkazuje na okolnosti schopné změnit dobrého člověka ve zlého – jako když se anděl boží Lucifer transformoval v Satana. Autor podrobně zkoumá a na mnoha příkladech dokládá leckdy mlhavou hranici mezi dobrem a zlem. Kniha je také první podrobnou analýzou Zimbardova kontroverzního Stanfordského vězeňského experimentu z roku 1971, který musel být již po šesti dnech předčasně ukončen. Výsledky experimentu a jejich srovnání se situací v některých novodobých věznicích (jako např. v Abú Ghrajbě nebo v Guantánamu) poskytují autorovi příležitost zamyslet se nejen nad temnějšími stránkami lidské povahy, ale také nad tím, jak se lze zlu v nás i kolem nás bránit.

### František Koukolík Metuzalém

O stárnutí a stáří



Rozsah:  
228 stran  
Cena: 260 Kč  
ISBN: 978-80-  
-246-2464-8  
Vydavatel:  
Karolinum

Autor o své knize říká: „Vyprávění o stáří je vyprávěním o čase, biologii a medicíně, ale také o smrti, lásce, tvořivosti, štěstí a moudrosti. ‚Metuzalém‘ byl název šestnáctidílného pořadu o stárnutí a stáří, vysílaného Českou televizí v roce

2012. Při psaní literárního scénáře bylo nejtěžší určit a sestavit skutečnosti a souvislosti tak, aby se vešly do patnácti minut jednoho televizního dílu. Poznávání světa totiž připomíná několikarozměrovou časoprostorovou síť. Ke scénářům, převedeným do knižní podoby a v textu značeným kurzivou, jsou připojeny úvahy, vzpomínky, asociace i reflexe, které mně šly hlavou při psaní, natáčení, rozmluvách se členy štábu, v průběhu projekce i povídání s diváky a kritiky. Také v nich je o fyzice a biologii, ale i o lidech, které jsem v životě potkal; o strachu, vězení a psychiatrických zařízeních jako o spojených nádobách; o Johanu von Guddenovi a jeho královském pacientu, o včelím mozku a Čingischánovi; o americkém prezidentu Jeffersonovi a míšence Sally Hemmingsově i dětech, které spolu měli; o sebevraždách i práci s vědeckými informacemi, o Sigmundu Freudovi v roce 2012 a také o *zombie science*...“

### Jaroslav Blahoš Střípky z lékařské brašny

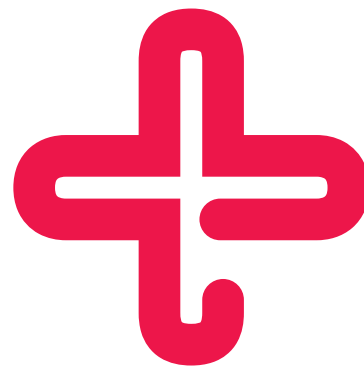


Rozsah:  
248 stran  
Cena: 229 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7387-760-6  
Vydavatel:  
Triton

Autor, předseda České lékařské společnosti ČLS JEP a náš přední endokrinolog, o své knize říká: „Po promoci jsem od rodičů dostal symbolický dar – lékařskou brašnu. Během své praxe jsem v ní vždy našel vše, co má mít lékař po ruce. Postupně se z ní však stal jakýsi kožený památník, do něhož jsem ukládal písemné poznámky a magnetofonové nahrávky všeho, co jsem považoval za hodné zapamatování. Některé vzpomínky jsem použil při psaní této knihy. Jsou sice tematicky nejednotné, ale odrážejí různorodost esejí, úvah i humorných črtů ve smyslu zkušenosť. E. Purkyně: ‚Když v paměti své se dívám na život uplynulý, snad dosti dlouhý a rozmanitý, jest to ponecháno naší libovůli nebo rozmaru nebo spřátelení vzpomínek, v jakém pořádku se nám naskytnou.‘ Prosím laskavého čtenáře, aby Purkyňův způsob vyprávění a zachycení vzpomínek přijal i při čtení mých vzpomínek a úvah.“

# Sestra

www.sestra.cz



odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky



**20 / Téma**

Diskuse  
o přínosu vzdělávání  
sester

**28 / Komunikace**

Jak by měla sestra  
komunikovat  
(a jak ne)

**32 / Interna**

Program  
kardiovaskulární  
rehabilitace

# Vysokoškolsky vzdělaná sestra se péče o pacienta nezříká

Hlavní sestra České republiky Alena Šmídová, která působí na ministerstvu zdravotnictví, zásadně odmítla tvrzení některých médií, že vysokoškolsky vzdělaná sestra chce být pouze administrativním pracovníkem, který nemá zájem ošetřovat pacienty.

„Odmítám tvrzení, že sestra s vysokoškolským diplomem nebude chtít pacienta umýt a bavit se s ním o bolestech, štítí se pacienta dotknout a chce být jen staniční sestrou a úřadovat. Považuji za naprosto nepřijatelné paušalizovat profesi sestry s vysokoškolským vzděláním. Poškozuje to prestiž tohoto povolání, které i tak není naší společností dostatečně doceněno. Máme mnoho vynikajících sester, jež odpovědně pomáhají pacientům v těžkých situacích, jsou odbornicemi v ošetrovatelské péči a ochotně vykonávají řadu základních i velmi náročných výkonů. Musím konstatovat, že taková tvrzení těžce poškozuji sestru v očích veřejnosti, poškozuji její úsilí o celoživotní vzdělávání a snižují její profesní čest,“ uvedla ve svém vyjádření hlavní sestra ČR Alena Šmídová, která se obává negativní odezvy nejen u vysokoškolsky vzdělaných sester, ale i u studentů a odborné veřejnosti. Navíc podle Aleny Šmídové hrozí i snížení motivace budoucích sester, jejichž počet je v ČR už tak na hranici únosnosti.

## Změna činnosti sestry v čase

Na obhajobu vysokoškolsky vzdělané sestry Alena Šmídová v této souvislosti připomněla význam současného systému vzdělávání ošetrovatelského personálu, který doznal změn po roce 2004. Střední zdravotnické školy nyní připravují své studenty na ošetro-

vatelskou profesi zdravotnického asistenta, který pracuje pod dohledem všeobecné sestry. „Oproti dřívějšímu studiu se změnil obsah vzdělávání, je kladen důraz i na všeobecné vzdělávání (státní maturita) a dotace hodin na odborné vzdělávání včetně praxe se snížila. Činnosti sester se během vývoje medicíny i ošetrovatelství změnil, vykonávají samostatně ošetrovatelskou péči o pacienta i činnosti, které dříve vykonával jenom lékař, a proto i jejich vzdělávání se posunulo do vyššího, terciárního vzdělávání, aby měly dostatečnou odbornost,“ uvedla Mgr. Šmídová s tím, že dnešní střední zdravotnické školy nejsou výběrové a vstupují na ně studenti (mnohdy na úrovni uchazečů o učební obory), kteří by často jinde neuspěli. Vzdělání sester se posunulo do vyššího stupně. Navíc je obecným jevem v celé společnosti, že absolventi středních škol (maturanti) nechtějí nastoupit hned do zaměstnání, ale dál pokračují ve studiu.

## Nový zákon o nelékařích

Ministerstvo zdravotnictví má již připravený návrh nového zákona, který má nahradit zákon č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních. Materiál s hlavními tezemi připravované legislativy byl předložen poradě vedení již v dubnu tohoto roku. „Počítá s myšlenkou Bc. stupně jako základního pregraduálního vzdělávání sester s návazností na případné navazující magisterské studium, které je již



Ilustrace foto: Martin Pinkas / EURO

v praxi zavedeno. Zdravotnický terén si musí zvyknout, že dnešní sestra získá vzdělání pouze touto cestou a nikoli jen absolvováním střední zdravotnické školy s maturitou, tak jak tomu bylo dříve. Rozdíl mezi činnostmi zdravotnického asistenta a sestrou bude existovat. Není možné, aby obě kategorie vykonávaly stejnou činnost,“ zdůraznila hlavní sestra Šmídová.

## Rozložit kompetence

Zdravotnický asistent má být expertem na základní ošetrovatelskou činnost. V jeho kompetenci by mělo zůstat provádění odborné jednodušších výkonů, k čemuž je na zdravotnických školách patřičně vzdělán. Sestra s vyššími kompetencemi pak zodpovídá za odbornou ošetrovatelskou péči o pacienta. „Vzdělání v bakalářském studiu nepřipravuje sestru pro to, aby byla pouze administrativním pracovníkem a vedla ostatní, její hlavní náplní je činnost sestry u pacienta, včetně plánování ošetrovatelské péče, uspokojení jeho potřeb, plnění ordinací lékaře. K tomu sama tyto výkony provádí a spolupracuje s ostatními pracovníky zdravotnického týmu, kteří jí jsou v této péči nápomocni – jako je zdravotnický asistent, ošetrovatel nebo sanitář,“ domnívá se Alena Šmí-

dová a dodává, že k některým činnostem, jako je péče o hygienu, krmení, vyprazdňování, doprovod na vyšetření apod. není vysokoškolské vzdělání zapotřebí, ale je to právě sestra, která zvládne, v jakém zdravotním stavu se nachází pacient a zda tuto činnost může vykonat někdo jiný než ona.

## Vynášet mísy i s titulem

Sestry-bakalářky podle Mgr. Šmídové nemohou očekávat, že budou zastávat vedoucí funkce, ale že budou vykonávat činnosti sestry, jež dělají i sestry bez vysokoškolského vzdělání s mnoha lety praxe. „Netvrdím, že by se v praxi nevyskytovaly sestry se středoškolským vzděláním, které mnohdy nevybíravým způsobem vysvětlí své mladší kolegyni, která získá vzdělání vysokoškolské, že bude vynášet mísy stejně jako ona, protože ‚ten titul jí k ničemu není‘, nebo i opačně, že se některá bakalářka vyvyšuje nad středoškolačku. Bohužel k tomu občas dochází,“ připouští Alena Šmídová. Změnou vzdělávacího systému navíc nastala problematická situace v odměňování sester. „Vzniklo to tím, že máme nyní sestry, které jsou absolventkami střední, nebo vyšší či vysoké školy, mají úplně stejné kompetence, ale jsou bohužel

rozdílně finančně hodnoceny. To vyvolává v řadách sester určitou nerovnost a nespokojenost,“ dodává hlavní sestra.

## Personální vyhláška vyžaduje novotu

Dle ministerské koncepce je třeba zajistit ošetrovatelskou péči prostřednictvím zdravotnického personálu různé míry kompetencí (sestra s rozšířenými kompetencemi, sestra specialista, sestra, zdravotnický asistent i sanitář), a to v dostatečném počtu dle druhu a náročnosti péče.

„Bohužel v současné době dochází nejčastěji z ekonomických důvodů ke snižování počtu ošetrovatelského personálu na minimální počty, které jsou dány personální vyhláškou. Není to v pořádku, dochází k přetěžování těchto pracovníků a obávám se snížené kvality a bezpečnosti poskytované péče. Je potřebné provést změny legislativy a ekonomicky podpořit tyto kategorie, nikoli jejich počty snižovat, aby se ušetřilo. Vrcholové managementy poskytovatelů zdravotních služeb odpovídají za kvalitu poskytované péče a jejich rozhodnutí o personálním obsazení ovlivňuje i poskytovanou ošetrovatelskou péči,“ nastoluje otázku novelizace personální vyhlášky Mgr. Šmídová. (klu)

## Sestry podle vzdělání

Počet sester v praxi se středoškolským kvalifikačním vzděláním značně převyšuje počet absolventek kvalifikačního bakalářského studia. Od roku 2008 je počet absolven-

tek kvalifikačního bakalářského oboru všeobecná sestra cca 5 tisíc (jen české vysoké školy), přitom v registru zdravotnických pracovníků je registrováno cca 103 tisíc sester.

# Úroveň vzdělání je jedním ze zásadních předpokladů kvalitní péče

Hovoříme s přednostkou Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK Praha **Mgr. Janou Heczkovou**.

## Můžete představit Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK, v jehož čele stojíte?

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství (ÚTPO) je samostatným pracovištěm 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze od roku 1991. Navázal na činnost oddělení péče o nemocné, které bylo součástí III. interní katedry Fakulty všeobecného lékařství UK v Praze (nyní 1. LF). Oddělení bylo založeno roku 1959 profesorem Vladimírem Pacovským a hlavním cílem byla výuka mediků, kteří získávali základní znalosti a dovednosti v ošetrovatelství. Další rok se profesoru Pacovskému a jeho spolupracovníkům podařilo otevřít dálkové studium určené hlavně sestřím působícím jako odborné instruktorky na středních zdravotnických školách. Dvouoborové studium „psychologie – péče o nemocné“ realizova-

la Filozofická fakulta UK ve spolupráci s lékařskou fakultou. Později byl studijní program pozměněn na kombinaci s pedagogikou, „péče o nemocné – pedagogika“, pro odborné učitelky vhodnější. Od roku 1980 studium probíhalo i jako program prezenční. Krátce bylo realizováno také jednooborové studium „péče o nemocné“.

ÚTPO se i nadále podílí na vzdělávání studentů všeobecného a zubního lékařství a vzdělávání sester a studentů dalších nelékařských oborů (adiktologie, fyzioterapie, ergoterapie, nutriční terapie). Všeobecné sestry jsou v bakalářském studijním programu (nejprve obor „ošetrovatelství“, následně „všeobecná sestra“) vzdělávány na půdě 1. LF UK od akademického roku 1992/1993, v navazujícím magisterském studijním programu od roku 2002 (nejprve v oboru „ošet-

řovatelství se zaměřením na učitelství zdravotnických předmětů na střední a vyšší škole“, následně v oboru „ošetrovatelská péče v anesteziologii, resuscitaci a intenzivní péči“). Ústav tak zajišťuje výuku studentů 1. LF UK v Praze v bakalářských, magisterských i navazujících magisterských studijních programech. Každoročně se jedná o víc než 1500 studentů.

## Které obory nabízíte a jaký přínos má studium v bakalářských a magisterských studijních oborech pro ošetrovatelství?

ÚTPO garantuje výuku bakalářského studijního programu „ošetrovatelství“, oboru „všeobecná sestra“. V akademickém roce 2014/2015 jsou studenti prvního ročníku přijati pouze pro kombinovanou formu. Pro následující akademický rok je plánována opět i prezenč-

ní forma. Zásadní změnou je pak chystaná úprava podmínek přijímacího řízení, tedy písemné testy pouze z biologie v rozsahu středoškolského studia.

Pro magisterský stupeň je akreditován specializační obor „intenzivní péče“. Studium bylo doposud možné v prezenční formě. Od akademického roku 2014/2015 jsou uchazeči přijímáni pro kombinovanou formu studia. Od následujícího akademického roku se i tady počítá se změnou přijímacího řízení, v tomto případě s písemnými testy z ošetrovatelství v rozsahu bakalářského studia.

Zdravotnický systém se v posledních desetiletích výrazně změnil. O potřebě vyššího vzdělání sester se diskutuje celosvětově. Požadavek předchozího dvanáctiletého všeobecného vzdělání před začátkem kvalifikační přípravy je již široce

akceptován a v ČR již ukotven v legislativě. Mimo jiné je jedním z požadavků pro automatické uznání kvalifikace v rámci Evropské unie. Čas od času jsme svědky více či méně bouřlivých debat o kompetencích sester. Ke klíčovému kompetencím sester je v dnešních dnech bezesporu řazena praxe založená na důkazech. Bohužel víme, že sestry (a nejenom ony) ve své každodenní praxi využívají i nadále mnohem více znalosti založené na tradici než ty „podložené důkazem“. Právě to je jedním z důvodů, proč se vzdělávání sester posouvá na univerzitní půdu.

## Jak mohou absolventi zlepšit kvalitu ošetrovatelské péče, resp. kvalitu života pacientů?

Kvalitní a bezpečná péče je dalším obrovským tématem, které se vzděláváním sester souvisí. Vyšší vzdělání sester snižuje mortalitu pacientů a tento vztah je možné doložit. Kvalitu péče však ovlivňuje mnoho dalších faktorů včetně pracovního prostředí, pracovních podmínek a celé kultury organizace. Úroveň vzdělání je však v tomto směru jistě zásadním předpokladem. (eta)

Inzerce M141001133

Exploring Life  Fulfilling Dreams

150 Years  
Science For A Better Life

Na naší planetě žije již téměř sedm miliard lidí a tento počet narůstá každý den průměrně o číslo 220 000. Jak můžeme zajistit dostatek jídla pro více a více lidí aniž bychom nezatížili životní prostředí? Jak dokážeme zlepšit péči o zdraví lidí a předcházet nemocem? Dokážeme vyvíjet nové materiály, abychom mohli chránit vyčerpatelné zdroje? K poskytnutí lepších odpovědí na tyto otázky, neustále směřujeme své úsilí do výzkumu ve všech našich podskupinách: HealthCare, CropScience a MaterialScience. V oblastech, ve kterých je Bayer v současnosti již celosvětovým lídrem. V oblastech, jejichž význam pro budoucnost lidstva narůstá každým dnem.

[www.bayer.com](http://www.bayer.com)  
[www.facebook.com/Bayer](https://www.facebook.com/Bayer)

 Bayer: HealthCare CropScience MaterialScience

# Stačí sestře i nyní středoškolské vzdělání?

Úvahou nad vzděláváním sester přispěla i ředitelka Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické v Havlíčkově Brodu **Mgr. Naděžda Vrbatová, Ph.D.**

**R**eaguje na povzdech, který zazněl v diskusi nad dnešní úrovní vzdělávání sester, že by se mělo sestrám vrátit osvědčené středoškolské vzdělání, které bylo kvalitní a údajně stačilo.

„Zmíněné vzdělávání bylo nesporně kvalitní a v době, kdy probíhalo, stačilo,“ uvádí Mgr. Vrbatová a pokračuje: „Je však potřeba vnímat vývoj medicíny a složitost lékařské a ošetrovatelské péče, ale i společenské klima a požadavky na úroveň všeobecného středoškolského vzdělání. Vývoj sesterského povolání a jeho vzdělávání prošel od svého vzniku nespočetnými změnami a ovlivněním společenskými potřebami a ideologiemi. Po změně politické situace v Československu v roce 1989 došlo k otevření hranic nejen ve fyzické podobě, ale také v oblasti duševní. Odborníci začali poznávat zahraniční modely struktury pracovníků ve svých oborech a také způsob jejich vzdělávání. Začalo se více diskutovat

o vzdělávání sester u nás a do našeho zdravotnického školství byly zapracovávány požadavky Evropského regionu Světové zdravotnické organizace.“

## Pokles úrovně absolventů

Jak autorka dále píše, sestry a porodní asistentky tvoří nejpočetnější skupinu zdravotnického personálu. Tyto sestry pracují v nejrozličnějších konkrétních pozicích v nemocnicích či ambulancích a jejich práce se podstatnou měrou podílí na vysoké úrovni poskytované péče. Jsou zodpovědné za komplexní ošetrovatelskou péči při všech úkonech spadajících do jejich četných kompetencí, od přípravy na diagnostické a léčebné zákroky přes aplikace léků až po edukaci nemocných a poskytování psychologické podpory. K tomu, aby měl nemocný a celý multidisciplinární zdravotnický tým v sestře takového profesionála, musí být vzdělávána a školená tak, aby by-

la schopna všechny své povinnosti bezpečně a erudovaně zajistit. Magistra Vrbatová je absolventkou oboru dětská sestra na střední zdravotnické škole. Ve zdravotnickém školství pracuje od roku 1982 – prošla pozicemi odborná učitelka, učitelka řídící praktické vyučování, zástupkyně pro vyšší odbornou školu a nyní je 11. rokem ředitelkou zdravotnické školy. Za tu dobu se postupně zaváděly různé úpravy a změny, a to nejenom profesní, ale i školské. Jak říká: „K požadavku Evropského regionu Světové zdravotnické organizace, k němuž se náš stát zavázal, přibýly ještě další faktory, které zesílily opodstatněnost vzdělávání sester až po maturitě. V ČR je zásluhou porevoluční expanze vzdělávacích ambic a volnosti v tvorbě a zakládání nových škol přehnaný počet všech typů škol, což je v protikladu s demografickým propadem počtu žáků a studentů. Kapacity škol tak dávají velice velkorysou příležitost ke studiu. Na střední, vyšší odbor-

né a vysoké školy se pak dostávají i takoví studenti, kteří by před revolucí byli spokojeni s výučním listem. Hodnoty společnosti i soudnost se posouvají. Stává se pak, že absolventi nedosahují úrovně, která v našem školství byla poměrně dobrá a kterou nyní postrádáme. Uvedený pokles úrovně se pak projevuje i v oblasti sociální zralosti.“

## Sestra není nosičkou léků

„Práce sestry je velmi náročná a představuje zátěž na psychiku, tělesnou kondici i sociální vjem. Sestra nikdy nebyla pouhou ‚nosičkou léků‘ či ‚kamarádkou na povídání‘. Již absolventky první státní ošetrovatelské školy v Praze, založené v roce 1914, byly na vysoké úrovni. K přijetí ke studiu se žádalo, aby studentka byla starší 18 let a přednost se dávala uchazečkám s nejvyšším tehdejšími dosaženým vzděláním,“ zdůrazňuje ředitelka školy. Dále připomíná, že české sestry se vždy úspěšně uplatňovaly v evrop-



Ilustrace foto: Shutterstock

ském a světovém ošetrovatelství, a proto je nutno i nadále sledovat vývoj v celosvětovém měřítku, vnímat nároky na profesi sestry a hlídat kvalitu a odbornost, čili klást požadavky na vzdělávání sester.

„Proto odpovědně vyjadřuji názor, že dnešní sestře středoškolské vzdělání nestačí. Otázkou číslo dvě je pak způsob jak důsledně odlišit práci sestry od jiných ošetrovatelských povolání, zejména zdravotnického asistenta a ošetrovatele. Tento problém je však doménou hlavních a vrchních sester ve zdravotnických a dalších zařízeních. Věřím však, že i tato záležitost je akceschopná,“ uvádí Mgr. Vrbatová závěrem. (red)

## Z našich webů

Vybrané reakce na článek „Stačí sestře i nyní středoškolské vzdělání?“ z našich internetových stránek zdraví.e15.cz a facebookového profilu Sestry (facebook.com/FBSestra).

### Adéla R.

Jsem zdravotní sestra, pracuji dvacet let na JIP, udělala jsem si ARIP. Až mi někdo sdělí, že nemohu vykonávat svoji práci, protože nemám školy, nehodlám dělat rukojmí systému a půjdu raději prodávat zmrzlinu...

### Martin Š.

Mám SZŠ a Dis. intenzivní péče. Dodělávám si zdravotnického záchranáře. Titul by se mi líbil, ale nevidím důvod proč studovat. Přesně, jak bylo napsáno – nikdo mi to nezaplátí, budu dělat práci za pomocný personál a nic pozitivního v tom neshledávám. Když mění systém vzdělávání, ať změní systém kompetencí a platů. Třeba v Německu si záchranáři plošně musejí dodělat vzdělání. Zaměstnavatel jim to hraje v plné výši. Studijní volna, školné... Je to dané zákonem. Nikdo nereptá. Tady? Dobrovolně povinná registrace a jiné „výspěchty“. Co dodat. Taký jsem asi po 12 letech na ARO utekl.

### Monika M.

Pořád se točíme jak pes za ocasem, pokud sestře zůstávají kompeten-

ce sestry z dob předlistopadových – a nebudeme si tady namlouvat, že je dnes mají vyšší – pak nevidím důvod, proč by měly mít povinně VŠ... Navíc VŠ, která je kariéře, odborně a finančně posune minimálně. Pokud sestra s VŠ vzděláním získá kompetence, odborně se vyvíjí na úroveň samostatně pracujícího odborníka, pak můžeme konstatovat, že VŠ je pro sestru přínosem.

### Petra K.

Mám zdrávku, poslední rok, co byla ještě všeobecná sestra, teď budu studovat 2. rokem Bc. Ale že by ze mě tato škola udělala lepší sestru? Zatím nic takového nepozoruji. Myslím, že moje zdrávka byla lepší než moje VŠ. Nevím. Každopádně vím, že sestra, co má gympl a teď dělá Bc. sestru, nikdy – a to říkám naprosto vážně – NIKDY nebude mít vzdělání jako já. Ať už se jedná jen o ty zkušenosti. Teď vás na VŠ nepustí na praxích k ničemu, ač jsem registrovaná sestra z praxe. A totéž ti „nezdrotovníci“. Takže ano, budou mít sice titul Bc., ale dožily se netre-

fi. Ano, budou vědět jak vypracovat ošetrovatelský standard, ale nepoznají, co pacient potřebuje. Takže za mě? Vysoká naprosto k ničemu. A proč vlastně tedy tu vysokou studují? Protože nechci zůstat ve zdravotnictví v ČR. Pokud se něco zásadně nezmění, tak určitě ne!

### Martina K.

Tak co se týče mého názoru, sestry se mají vzdělávat. Jenže více než studium vám dá praxe. Co se týče vzdělávání, proč jsou na VŠ přijímáni i tací, kteří udělají zkoušky a mají třeba zemědělskou školu? Nebo jakoukoli jinou s maturitou. Trošku blbost, ne? Sestra s registrací nebo asistent musí studovat 7 let a někdo, kdo přijde z jiné školy na obor Bc., 3 roky a je registrovaná sestra? Normální „borderl“ v systému vzdělávání!

### Janina

Zajímavé je, že v jiných, vyspělejších zemích stačí studium s maturitou. A po českých sestřích rádi skočí, jelikož máme nejvyšší vzdělání ve střední Evropě. A nejzajímavější je, že třeba v Německu mají své pra-

covní pozice ve zdravotnictví striktně rozdělené kompetence, tudíž se nestane jako u nás v ČR, že sestra zastává pozici od uklízečky přes pomocný ošetrovatelský personál po svou práci. Sestra si udržuje svou registraci, aby byla neustále vzdělávána, já osobně mám SZŠ (zdrav. asistent), VOŠ (Dis.) a i vysokou školu zdravotnickou (Bc.), ale je pro mě naprosto nepochopitelné, proč jsou nuceny (a to doslova) dodělávat si vzdělávání a vysoké školy sestry, které jsou v běžném provozu třeba 15–20 let, svoji práci vykonávají dobře, a co si budeme povídat, prakticky umí víc než já po všech těch školách. Já jsem studovala 10 let a nyní jsem absolutně bez praxe (protože povinně praxe a tisíce hodin po nemocnicích zaměstnavatel nepočítají do oddělaných let praxe). A o finančním ohodnocení ani nemluvě. Nejdříve sestry pořádně doceňte a motivujte a pak na ně mějte tyto požadavky.

### Wiedzim

Je to pořád to samé, nějaká představená obhajuje současný stav, který je neobhajitelný. Podle svých zkuš-

ností jsem ještě nenarazil na sestru s Bc. vzděláním, která by pracovně převýšila sestru ze „staré SZŠ“ (výjimkou jsou sestry, které si po oné maturitě iniciativně Bc. studium dodělávají). Podle mě je to jednoznačně tím, že dříve byla SZŠ školou výběrovou, dnes tomu tak není, a protože existuje silná zdravotnická a společenská poptávka po Bc. studiu (vyvolaná rozvratem středoškolského vzdělávání sester), dostudovávají i ty sestry, které by dříve neudělaly ani přijímací zkoušky na SZŠ či neodmaturovaly. Takže logicky nastává brutální devalvace Bc. titulu, protože zasvěcení ví výše uvedené. Může to kdokoli jakkoli obhajovat či vysvětlovat, ale můj názor tímto nezmění.

### Eva

Takže 4 roky na zdrávce nestačí. Ale trochu zapomínají, že na Bc. chodí holky i z úplně jiných oborů. Takže ty budou mít jen 3 roky školy. Nejde bože, aby začala být převaha těch nezdrávkových, protože na to vysoké školy nejsou vůbec připravené (ono na VŠ se učí teorie krásně, ale praktická část byla horší).

**A jaký je váš názor? Diskutujte na našich facebookových stránkách!**

# ODEBÍREJTE TKÁŇ BEZPEČNĚ A BEZ STAROSTÍ!

## HistoPot

prefilled specimen containers

**PŘEDPLNĚNÉ NÁDOBKY  
S 10% FORMALÍNEM**

**JISTOTA** ... bezpečnosti práce

**KVALITA** ... pufrovaného formalínu

**ÚSPORA** ... času i nákladů

**shoda s platnou  
legislativou EU** ...



### ROZHOVOR

s Vierou Šefčovičovou,  
vedoucí laborantkou PAO ON Kladno, a.s.

**Proč jste se rozhodli používat ve vaší nemocnici  
HistoPot nádoby?**

„Předplněné nádoby HistoPot obsahují pufrovaný a stabilizovaný formalín, který **splňuje všechny požadavky pro správnou fixaci a transport histologického materiálu** – zabezpečují kvalitní fixaci tkáně, ze které se kromě základních histopatologických vyšetření mohou provést i vyšetření imunohistochemická a genetická, která se dnes již stávají, v případě onkologických diagnóz, standardním vyšetřením. **Tato vyšetření jsou důležitá pro správné rozhodnutí onkologa o nastávající léčbě.**“

**Jaké výhody vám to přineslo?**

„Manipulace s předplněnými nádobkami je praktická, **eliminují se některé nešvary**, ke kterým při fixaci tkáně velmi často docházelo, což vedlo ke znehodnocení histologického materiálu, například: nesprávný fixační roztok, vylitý fixační roztok, nebo dokonce žádný fixační roztok. Formalín je zdraví škodlivý a díky předplněným nádobkám s dobře uzavíratelným víkem se **snižuje možnost kontaktu personálu s touto nebezpečnou látkou.**“

**Vyhovuje vám spektrum nabízených objemů?**

„Nabízené **spektrum velikostí nádobek je naprosto vyhovující** i na odděleních, kde se histologický materiál odebírá jen sporadicky. Zaručená a ověřená dlouhodobá stabilita fixačního roztoku neohrožuje kvalitu fixace materiálu. Označení všech nádobek je **shodné s platnou legislativou EU.**“



**medesa.cz**

# Medesa

...dodavatel laboratorní techniky a služeb...

# Přínos mentoringu z pohledu sester

Autorky se ve svém výzkumu, provedeném v Nemocnici Znojmo, p. o., a ve FN Trenčín, zabývaly jednou z možných rolí sestry. Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaký pohled mají sestry na roli sestry mentorky.

**K**aždý člověk v životě prochází řadou rolí, které jsou spojeny místem jeho pobytu, se společností, v níž se nachází, s funkcí, kterou zastává (Géringová, 2011).

V dnešním ošetrovatelství sestra nepřetržitě plní různé role, které se navzájem prolínají a jedna druhou doplňují (Magurová, Majerníková, 2009). Poznání vlastní role je pro sestru velmi důležité.

## Východiska řešené problematiky

Slovo „mentor“ pochází z řečtiny. Mentor je člověk, který svými zkušenostmi a znalostmi zastává roli rádce.

Sestra mentorka vede, radí a povzbuzuje studenty nebo nové sestry v klinické oblasti či vzdělávání. Sleduje odbornou praxi studentů, dohlíží na standard péče poskytované studenty, sleduje jejich dosavadní zkušenosti při klinické výuce (kolektiv autorů, 2007). Sestra mentorka je sestrou, která nám svou moudrostí, erudovaností, charakterovými vlastnostmi pomáhá rozvinout dosavadní vědomosti a dovednosti (Škrlovi, 2003). Mentor je důležitý pro podporu učení, k propojení teorie s praxí, pro sdílení zkušeností, má konstruktivní názor, je vzorem, odevzdává svůj odkaz jiným osobám, poskytuje vhodnou znalostní základnu pro rozvoj pracovních dovedností ve vyučování (Gopee, 2011). Schopný mentor vede, předává svoje zkušenosti i kontakty, vyjadřuje zájem a má schopnost motivovat a energetizovat svého „žáka“. Mentor nám pomáhá překlenout potíže v životě nebo učinit důležitá rozhodnutí. Mentor je ochoten nás vést k profesionální excelenci, nabídnout nám nové nápady, myšlenky nebo koncepce. Každý z nás může někdy potřebovat radu a podporu mentora. Proto bychom měli považovat za přednost, jestliže my sami můžeme být v některé oblasti mentory jiným lidem. Mentory je nutné „pěstovat“ (Škrlovi, 2003).

Profese sestry je velmi náročná a může být vykonávána pouze osobami, které podléhají přísným požadavkům vymezeným zákonnými a podzákonnými normami. Je to povolání, jehož výkon je spojený s možností ohrožení zdraví a životů jiných lidí, proto musí být regulováno právními normami. Evropská unie se snaží kritéria pro výkon sester-ského povolání v členských zemích sjednotit, vydává jednotné směrnice, jimiž se jednotlivé státy řídí (Staňková, 2002).

Metodické pokyny pro sestru mentorku v České republice jsou uvedeny ve vyhlášce č. 39/2005 Sb. Ve Slovenské republice žádný metodický pokyn pro sestru mentorku neexistuje.

## Sestra musí znát svůj obor

Kompetence sestry jsou dány legislativou. V České republice je upravuje vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Kompetence pro sestru mentorku je dána § 3 písm. e (vyhláška 55/2011, s. 484, částka 20).

Ve Slovenské republice kompetence sestry upravuje Vyhláška 364/2005 Z. z. - určuje rozsah ošetrovatelské praxe poskytované sestrou samostatně. Kompetence sestry mentorky částečně určuje § 2, písm. p) vyhlášky 364/2005 Z. z., 2005, s. 2.

Mentorství je nový způsob zajištění praktické výuky v ošetrovatelství prováděné ve zdravotnických zařízeních. Tento trend přispívá ke zlepšení kvality přípravy sestry na pracovní pozici (Gulášová, Gerlichová, Kvasnicová, 2007). Vzdělávání mentorů probíhá formou kurzů pro mentory klinické praxe, jsou realizovány zejména prostřednictvím vysokých škol. Obsah kurzu může být rozdílný podle vzdělávacích institucí. (Krátká a kol., 2006). Při výchově a vzdělávání sester je prioritní formování osobnosti studenta s důrazem na jeho zna-

losti, dovednosti, postoje a návyky v souvislosti s odborností a také s ohledem na bio-psycho-sociální aspekt. Přímý kontakt studenta s pedagogem a návaznost teorie a praxe může mít pozitivní vliv na psychiku studenta, jakož i na rozvoj jeho sebedůvěry a komunikačních schopností v oboru, což také není nezanedbatelný aspekt vzdělávání (Červeňanová, 2013).

Sestra v pozici učitele je rozhodujícím prvkem ve vyučovací proces. Má-li efektivně plnit svou roli mentorky, musí důkladně znát svůj obor, mít dobrou pedagogickou průpravu a odborné, pedagogické i všeobecné vzdělání. Měla by být expertem ve svém oboru (Kalhous, Obst, 2009). Profesní kompetence jsou důležitým předpokladem pro výkon profese pedagoga. O získání těchto kompetencí se učitel snaží ovládnutím znalostí základů didaktiky, psychologie, životními zkušenostmi, sebereflexí (Podlahová a kol., 2012). Pro zabezpečení efektivního vzdělávání je důležité, aby sestra disponovala vědomostmi z pedagogiky, edukace, měla nejnovější poznatky z oboru a dokázala je aplikovat v praxi (Matišáková, 2007). Kromě toho je žádoucí, aby zna-la legislativu, která ošetrovatelství dává právní uznání, chrání praxi sester a vymezuje hranice, v nichž se sestry pohybují (Dimunová, Zamboriová, Běrešová, 2014).

## Pár slov o komunikaci

Komunikace hraje významnou roli a řadíme ji k nejdůležitějším dovednostem člověka. Tato dovednost lze kdykoli během života člověka rozvíjet (Venglářová, Mahrová, 2006). Efektivní komunikace působí nejen na naše soukromé vztahy, ale ovlivňuje i vztahy profesní a ostatní. Sestra ve svém povolání musí prokázat speciální dovednosti. Vyřčené slovo lze jen těžko vzít zpátky. Slovem můžeme pohla-



Ilustrační foto: Shutterstock

## Cíle, soubor a metody průzkumu

Cílem našeho průzkumu bylo v Nemocnici Znojmo, p. o., a ve Fakultní nemocnici Trenčín zjistit pohled sester na roli mentorky. Dílčí cíle jsme zaměřili na zjištění, jaké by sestra mentorka měla mít charakterové a profesní vlastnosti a zda se sestry ztotožňují se všemi svými rolmi. Soubor se skládal ze dvou skupin respondentů. První tvořilo 100 sester zaměstnaných v Nemocnici Znojmo, p. o. Nejvíce zastoupenou věkovou kategorií byla kategorie 30–39 let (32 %). Délku praxe 11–20 let uvedlo 30 % sester a délku praxe 21–30 let pak 30 % respondentek. Nejčastějším vzděláním v této skupině bylo SZŠ s maturitou (uvedlo ji 90 % sester), pouze 5 % z nich uvedlo vysokoškolské vzdělání 1. stupně. Druhou skupinu tvořilo 100 sester pracujících ve FN Trenčín. Největší skupinu tvořila věková kategorie 30–39 let (39 %). Délku praxe 21–30 let uvedlo 31 % sester. Nejvíce sester (80 %) absolvovalo SZŠ s maturitou, s VŠ 1. stupně bylo 24 % dotázaných, s VŠ vzděláním 2. stupně 24 % sester a jiný druh vzdělání uvedla 2 % respondentek. Na získání údajů pro naplnění cílů výzkumu jsme použili empirickou metodu – dotazník vlastní konstrukce. Návrh dotazníku byla 100%.

Tab. 1 Ztotožnění se sester s jejich rolmi

Možnosti	Nemocnice Znojmo		FN Trenčín	
	n	%	n	%
Pečovatelka	99	99,00	100	100,00
Edukátorka	99	99,00	97	97,00
Komunikátorka	95	95,00	98	98,00
Mentorka	73	73,00	87	87,00
Advokátka	48	48,00	59	59,00
Manažerka	58	58,00	84	84,00
Nositelka změn	64	64,00	72	72,00
Výzkumnice	34	34,00	66	66,00



Tab. 2 Sestra mentorka a kurz pro mentorky

Možnosti	Nemocnice Znojmo		FN Trenčín	
	n	%	n	%
Ano, je nutné, aby měla pedagogickou průpravu	31	31,00	26	26,00
Nemusí, pokud je odborníkem ve svém oboru a je ochotná předávat své zkušenosti studentům	58	58,00	66	66,00
Nemohu posoudit, zda je to potřeba	11	11,00	8	8,00
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00</b>	<b>100</b>	<b>100,00</b>

Tab. 3 Druhy motivace sester k absolvování kurzu pro sestry mentorky

Možnosti	Nemocnice Znojmo		FN Trenčín	
	n	%	n	%
Finanční ohodnocení zaměstnavatele, když ho absolvuji	16	16,00	25	28,41
Volno poskytované zaměstnavatelem na kurz	3	3,00	5	5,68
Úplné hrazení kurzu zaměstnavatelem	9	9,00	15	17,05
Má touhu mít kurz a pracovat jako mentorka	23	23,00	14	15,91
Nemám žádnou touhu mít tento kurz a pracovat jako mentorka	49	49,00	29	32,95
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00</b>	<b>88</b>	<b>100,00</b>

Tab. 4 Přínos sestry mentorky pro praktickou výuku studentů

Možnosti	Nemocnice Znojmo		FN Trenčín	
	n	%	n	%
Určitě ano	78	78,00	74	74,00
Spíše ano	17	17,00	21	21,00
Spíše ne	0	0,00	1	1,00
Určitě ne	0	0,00	1	1,00
Nemohu posoudit	5	5,00	3	3,00
<b>Celkem</b>	<b>100</b>	<b>100,00</b>	<b>100</b>	<b>100,00</b>

Tab. 5 Jaká by měla být sestra mentorka

Možnosti	Nemocnice Znojmo		FN Trenčín	
	n	%	n	%
Odborník ve svém oboru, trpělivá, čestná, empatická, schopná motivovat studenty, reálným vzorem ve všech oblastech, mít pedagogické zkušenosti	100	100,00	94	94,00
Sestra, která je ochotná se vzdělávat	49	49,00	35	35,00
Sestra, která je vtipná, jemná a tvořivá	18	18,00	10	10,00
Sestra, která řeší problémy konfliktem, je zlá a nepřátelská	0	0,00	0	0,00
Sestra, která je podrážděná a skleslá, hrubá	0	0,00	0	0,00

Inzerce M141001098

lo 85 % respondentů v Nemocnici Znojmo a 93 % ve FN Trenčín. Na otázku, zda musí mít sestra mentorka kurz pro mentorky, odpovědělo 58 % dotazovaných v Nemocnici Znojmo a 66 % ve FN Trenčín, že sestra mentorka nemusí mít kurz pro mentorky, pokud je odborníkem ve svém oboru a je ochotná předávat své zkušenosti studentům, viz tab. 2.

Certifikovaný kurz pro mentorky ve FN Trenčín absolvovalo pouze 12 respondentů. 8 z nich jako důvod uvedlo touhu kurz absolvovat a pracovat jako sestra mentorka. V Nemocnici Znojmo kurzem pro mentorky neprošla ani jedna sestra. Odpovědi na otázku, jaký druh motivace by vedl respondenty k absolvování kurzu pro mentorky, podává tab. 3.

V Nemocnici Znojmo uvedlo 49 % dotázaných, že nechtějí absolvovat kurz pro mentorky ani jako mentorka pracovat. Touhu kurz mít a pracovat jako mentorka uvedlo 23 % respondentů. Ve FN Trenčín téměř 33 % sester uvedlo, že absolvovat kurz ani pracovat jako mentorka nechtějí. Ovšem 28,41 % respondentů uvedlo, že motivací k absolvování kurzu by bylo finanční ohodnocení zaměstnavatelem.

Z tab. 4 vidíme, jaký přínos má sestra mentorka pro praktickou výuku studentů.

91 % dotázaných v Nemocnici Znojmo a 94 % ve FN Trenčín se pak shodlo na tom, že pokud sestra mentorka na oddělení je, organizuje praxi a dohlíží na studenty. Na otázku, jaká by sestra mentorka měla být, odpovídá tab. 5.

100 % sester v Nemocnici Znojmo a 94 % ve FN Trenčín se shodlo, že mentorka by měla být odborníkem ve svém oboru, trpělivá, čestná, empatická, schopná motivovat studenty, mít pedagogické zkušenosti a být vzorem ve všech oblastech.

### Závěr

Každá sestra ve své profesi plní řadu rolí, s nimiž by se měla ztotožnit. V Nemocnici Znojmo se v průměru 71,25 % sester ztotožnilo s většinou svých rolí, ve FN Trenčín to bylo 82,87 %.

Cílem našeho příspěvku bylo zjistit pohled sester na roli sestry mentorky a porovnat názory sester v Nemocnici Znojmo, p. o., a ve FN Trenčín. Z výsledků vyplynulo, že sestra mentorka je velmi důležitá pro praktickou výuku, zejména v poslední době. Je to odborník ve svém oboru, který spolupracuje s pedagogy ze vzdělávacích ústavů a organizuje praktickou výuku v ošetrovatelství, nahrazuje pedagoga. Bohužel někdy chybí motivace k tomu, aby sestry tuto roli ochotně plnily. Pokud je sestra mentorka ztotožněná se svou rolí, kterou efektivně plní, je vzorem nejen pro studenty, ale i pro ostatní personál. Je to velký potenciál, díky němuž se může formovat nová generace zdravotníků.

### Literatura u autorek

Monika Zakopčanová, Nemocnice Znojmo, p. o.,  
Katarína Gerlichová, Fakulta zdravotnictví, Trenčianska univerzita Alexandra Dubčeka v Trenčíně  
monika.zakopcanova@nemzn.cz

## Mezinárodní konference

# Bezpečnost pracovníků ve zdravotnictví: prevence poranění ostrými předměty

Kdy? 30. září 2014 od 9.00 do 15.30 hodin

Kde? Kaiserštejský palác, Malostranské náměstí 23, Praha 1



Profesní a odborová unie zdravotnických pracovníků

Jaká je současná úroveň prevence poranění ostrými předměty v České republice a v dalších členských státech Evropské unie? Jakým způsobem lze lépe chránit pracovníky ve zdravotnictví? Jakou roli hraje v prevenci zdravotnický personál? Tyto a další otázky zodpoví přední čeští a zahraniční odborníci z řad pracovníků ve zdravotnictví, vedení nemocnic a představitelů vládních a profesních organizací.

Bližší informace a registrační formulář naleznete na webových stránkách [www.pouzp.cz](http://www.pouzp.cz)



# Sestra edukátorka v primárním ošetřovatelství

Cílem zdravotního systému je co nejvíce podpořit zájem populace i jejích jedinců o prevenci, ochranu i péči o zdraví, zkvalitnit znalosti o nemoci a zdraví, změnit postoje a napomáhat spolupráci lidí v péči o vlastní zdraví.

**K** dosažení toho je potřebná kontinuální a odborně garantovaná edukace společnosti, ve které je uplatňována i přednášková činnost zdravotníků na školách. Přednášky a diskuse se zpravidla organizují ve spolupráci se základními a středními školami. Kromě běžných témat, jako je například první pomoc a kardiopulmonální resuscitace, nadváha a obezita, kouření, zneužívání léků, drog a alkoholu nebo také rizikové chování vedoucí ke vzniku úrazu, se také věnují osvětě týkající se odpovědného rodičovství a s tím souvisejících témat pohlavně přenosných onemocnění, antikoncepce a interrupce. S touto tematikou se nejčastěji setkáváme při sledování televize a užívání internetu. O sexu se mluví velmi často, je tématem rozhovorů dospělých i náctiletých. O čem už se však již hovoří méně, jsou následky vyplývající z nezodpovědného sexuálního chování, ať už nechtěných těhotenství nebo viru HIV a dalších pohlavně přenosných chorob. Je tedy otázkou, kolik dnešní děti vlastně o sexu vědí, resp. jak jsou informované o okolnostech, které by měly sexu předcházet, a o následcích, které mohou ze sexuálních aktivit vyplývat.

Sexuální výchova není v dnešní době samostatným vyučovací předmětem, tudíž je o tyto přednášky nemalý zájem. Jen málo pedagogů rádo a fundovaně s žáky pohovoří na témata ze sexuální výchovy, proto je pro vedení školy snazší zajistit přednášku od odborníků. Navíc i pro žáky je toto téma velice citlivé, a tudíž se stydí před pedagogem otevřeně vyjadřovat své názory. Mnohem příjemnější je pro žáky kontakt se zdravotníkem, kde je toto téma hovorů přirozenější. Rady od sestry či lékaře jsou žáky přijímány s větším respektem, čímž se stávají také efektivnějšími. Zdravotník, který má potřebné poznatky, informace a zkušenosti, může významnou měrou ovlivnit znalosti, postoje a chování dětí právě

prostřednictvím zdravotně výchovné činnosti.

## Aktuálně – Gymnázium Frýdlant

Cílem průzkumu byla realizace a ověření účinnosti zdravotně výchovného projektu, jenž byl zaměřen na konkrétní rizikový faktor životního stylu – odpovědné sexuální chování. Formou dotazníkového šetření byla získána data, která vypovídají o úrovni znalostí, postojů a chování 74 žáků Gymnázia Frýdlant ve věku 13–15 let. Po skončení intervence formou přednášek a besed byl opět proveden sběr dat formou shodného dotazníku, a tak mohly být porovnány a vyhodnoceny získané soubory dat.

### Položené otázky

#### 1. Domníváte se, že je pro zahájení sexuálního života důležitá délka partnerského vztahu, chození?

Před edukací byla tato skutečnost důležitá pro 74 % žáků, po intervenci byla délka vztahu důležitá pro 86 % respondentů.

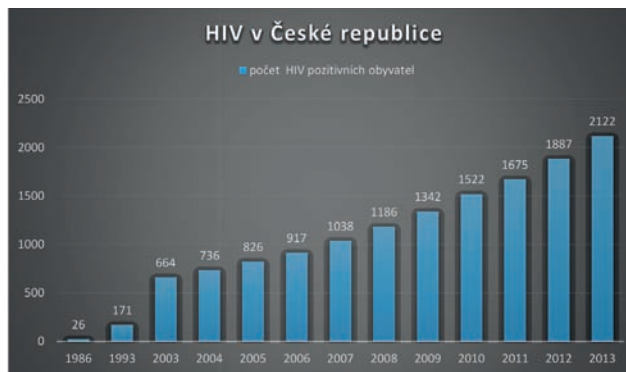
#### 2. Jaký zastáváte názor na náhodné pohlavní styky, tzv. „na jednu noc“?

Před edukací odsuzovalo rozhodně a spíše pohlavní styk „na jednu noc“ celkem 52 % respondentů. Procento je poměrně nízké s ohledem na možné nebezpečí plynoucí z pohlavního styku s neznámým partnerem. Po provedené edukaci stoupl tento počet na 70 %. Zde došlo k výraznému posunu pozitivním směrem.

#### 3. Znáte rizika, která s sebou přináší sexuální život?

Z vyhodnocení výsledků před přednáškou jsem zjistila, že 80 % respondentů si je vědomo možných rizik, která mohou vyplývat z neodpovědného sexuálního života. Po provedené intervenci se tento podíl ještě zvýšil, a to až na 98 %.

**4. Uvedte konkrétní rizika vyplývající ze sexuálního života.** Před intervencí respondenti uvedli, že jedním možným rizikem jsou pohlavní choroby (90 %).



Počet HIV-pozitivních v ČR mezi lety 1986 a 2013

V druhém dotazníku tuto odpověď uvedlo pouze 76 % dotázaných. Naopak u nechtěného těhotenství došlo k výraznému navýšení počtu odpovědí, a to z 58 % v případě prvního dotazníku na 83 % v případě dotazníku druhého. Před edukací uvedlo 8 % tázaných, že jedním z možných rizik je rakovina, v druhém dotazníku se již tato odpověď neobjevuje. Další odpovědi, která je v případě obou dotazníků procentuálně shodná, je, že možným následkem sexuálního života je placení výživného. Výrazný posun je také patrný v odpovědi, že jedním z možných rizik je trestní stíhání v případě, kdy osoba starší 15 let vykoná soulož s osobou mladší 15 let. V prvním dotazníku tuto odpověď uvedla 4 % respondentů, po intervenci již 15 % respondentů.

#### 5. Domníváte se, že pravidelné užívání antikoncepčních tabletek ochrání ženu i před pohlavními chorobami?

Před intervencí odpovědělo „ano“ 1 % respondentů. Byť se jedná o nízký podíl, hrozí možné nebezpečí, že takto smýšlející žáci se pro nedostatek vědomostí v této oblasti mohou nakazit pohlavní chorobou. Zarážející je, že po intervenci tuto odpověď zvolila 4 % dotázaných. Po intervenci došlo k mírnému zvýšení odpovědí „ne“, a to na 78 % z původních 76 %. Odpověď „nevím“ zvolilo před intervencí 23 % dotázaných, po edukaci už jen 18 % žáků.

#### 6. Pokud byste se rozhodli mít pohlavní styk s někým, koho

#### znáte jen krátce (např. z večírku), použili byste kondom?

Před intervencí odpovědělo 78 % žáků „rozhodně ano“, 20 % žáků odpovědělo „spíše ano“. Po intervenci již možnost „rozhodně ano“ zvolilo 92 % respondentů a „spíše ano“ 3 %. Nehledě na edukaci se ukázalo, že 5 % žáků si nebylo jisto, zda by kondom použilo.

#### 7. O interrupci se má každá žena rozhodnout sama, nikdo jí do toho nemá mluvit.

„Rozhodně souhlasím“ či „spíše souhlasím“ zvolilo před edukací 52 % respondentů. Po přednášce to bylo 48 % respondentů. Bez názoru na tuto problematiku bylo 22 % respondentů, po intervenci 16 % respondentů. S tímto výrokiem „spíše“ či „rozhodně ne-souhlasím“ před intervencí 26 % žáků, po intervenci 36 % žáků. Je zde patrný nárůst odpovědí v tom směru, že by se na spolurozhodování o interrupci měl podílet i někdo jiný, zřejmě partner ženy, budoucí otec dítěte.

#### 8. Do kolikátého týdne těhotenství lze provést interrupci?

Tato otázka přinesla jeden z největších posunů ve znalostech respondentů. Před edukací uvedlo celkem 81 % respondentů špatnou odpověď. Toto číslo není s ohledem na věk respondentů až tak překvapivé. Po edukaci již 85 % žáků správně vědělo, že interrupci lze v České republice provést do konce 12. týdne těhotenství.

#### 9. Domníváte se, že je kondom spolehlivou ochranou před po-



Ilustrační foto: Shutterstock

## Hlavními chorobami a virem HIV?

Již před edukací 93 % dotázaných správně uvádí, že kondom výrazně snižuje riziko, 7 % dotázaných uvádí, že je ochranou 100%. Po edukaci již 100 % respondentů odpovědělo správně.

## 10. Po nakažení virem HIV propuká onemocnění AIDS...

V prvním dotazníku uvedlo 15 % respondentů, že tato nemoc vypukne do jednoho měsíce od nakažení. V druhém dotazníku se již tato odpověď neobjevila. Výrazný pozitivní posun byl zaznamenán u odpovědi, že onemocnění AIDS vypukne do jednoho roku od nakažení, kdy v prvním dotazníku tuto odpověď uvedlo 40 % dotázaných, v druhém dotazníku 4 % dotázaných. Lze konstatovat, že před provedenou intervencí měli žáci poměrně chabou představu o tom, po jak dlouhé době onemocnění AIDS propukne. Správně v prvním dotazníku odpovědělo, že nemoc AIDS propukne 7–10 let po nakažení se virem HIV, celkem 45 % žáků, po edukaci takto odpovídá již 93 %. Zde je patrný více než dvojnásobný počet správných odpovědí.

## Hodnocení a závěr

Na základě analýzy dat bylo zjištěno, že ve většině otázek byl v porovnání mezi prvním a druhým dotazníkem zaznamenán výrazný pozitivní posun ke správným odpovědím. Avšak z některých odpovědí je patrné, že žáci ani po provedené edukaci nemají stále dostatek informací. Prostřednictvím přednáškové činnosti se zaměřením na zdravotně výchovná témata můžeme i my, sestry, významně ovlivnit postoje, znalosti a chování dětí. V žácích vzbuzujeme díky svému zdravotnickému vzdělání a postavení sestry ve společnosti větší důvěryhodnost a erudovanost.

Literatura u autorky

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

# Komunikace s rodiči jako strategie vzájemného porozumění

Rodiče, nositelé práv ve vztahu k dítěti, jsou dnes již běžnou součástí péče o hospitalizované dítě. Hospitalizace dítěte v nemocničním zařízení je situace, jež je náročná nejen pro samotného malého pacienta a jeho rodinu, ale také pro zdravotnický personál.

## Právo dítěte na kontakt

V posledních letech doznala dětská oddělení v České republice významné změny – zatímco ještě v 90. letech minulého století byl rodič přítomný u lůžka dítěte spíše výjimkou, dnes je tomu zcela naopak.

Hlavní starostí zdravotnických zařízení se nyní stává fakt, že nejsou schopna zajistit, i kvůli zastaralé výstavbě nemocnic, aby rodič mohl se svým dítětem zůstat v nemocnici po celou dobu jeho pobytu. Dítě má právo na neustálý kontakt se svými rodiči. Úmluva o právech dítěte říká, že zájem dítěte musí být vždy na prvním místě. Charta práv dětí v nemocnici stanoví, že hospitalizované děti mají právo na neustálý kontakt se svými rodiči a sourozenci. Totéž garantuje zákon č. 372/2011Sb., o zdravotních službách, v § 28e, který uvádí právo dítěte na nepřetržitý kontakt se zákonnými zástupci, tedy zpravidla rodiči, pokud tomu nebrání poskytování zdravotních služeb jako takových, či to neodporuje zákonům nebo vnitřnímu řádu.

Pro porovnání situace se zvyšujícím se počtem doprovodů dětí hospitalizovaných v nemocnici je uveden konkrétní příklad, vývoj počtu přijatých doprovodů dětí v posledních 23 letech na Dětské chirurgii – dětském úrazovém centru KZ v Ústí nad Labem.

Graf jednoznačně ukazuje na vzrůstající tendenci počtu přijatých doprovodů do nemocničního zařízení. Zatímco před 20 lety nebyl rodič vůbec běžnou součástí péče o dítě v nemocnici, dnes je tomu přesně naopak.

## Rodič jako součást léčby

Ozdravné působení na dítě se daří především ve spolupráci s rodiči. Je důležité s nimi jako s účastníky procesu léčby spolupracovat a je zapotřebí je vnímat jako prostředníky a pomocníky při péči zdravotnického personálu. Při práci s nimi je ale zapotřebí počítat i s negativním vnímáním nemoci jejich dítěte – se strachem, úzkostí, jejich pocity viny ať již racionálními nebo iracionálními. Důležité je nezapomenout rodiče pochválit, ocenit jejich obětavost a vyjádřit porozumění a pochopení situace. Shodují se v tomto ohledu s profesorem Matějčkem, který konstatoval: „Rodiče mají různou toleranci vůči nemoci svých dětí. Někteří se, je-li dítě nemocné, chovají klidně a vyrovnaně a snaží se podpořit dítě tak, aby se z nemoci co nejdříve dostalo. Jiní rodiče však reagují na tutéž okolnost nepřiměřeně. Jsou naplnění silnou úzkostí, neklidem.“

Je potřeba, aby si zdravotnický personál uvědomoval, že tráve-

ní celého dne v přítomnosti dítěte v nemocnici se zcela liší od dne stráveného v domácím prostředí. Proto je vhodné a nutné poskytnout rodičům v nemocnici zájem. Na humanizaci a normalizaci prostředí se podílejí samozřejmě všichni zdravotničtí pracovníci. Jejich hlavní snahou je vnášet do nemocničního prostředí „normální život“. Záleží pak na každém pracovníkovi, kolik času a svých schopností do humanizace prostředí vloží. Lidský a citlivý přístup celého zdravotnického týmu je totiž velmi důležitým kritériem působení celého oddělení, jako je jím i multioborová spolupráce s jinými nelékařskými profesemi.

## Na co bychom neměli zapomenout

Neměli bychom zapomenout na to, že rodiče jsou nositeli práv a povinností ve vztahu k dítěti. V prvé řadě jsou zákonnými zástupci dítěte, mají tedy právo činit za dítě právní úkony, ke kterým není samo způsobilé. To se týká i rozhodování o zdravotní péči. Mají tak právo na poskytnutí veškerých informací týkajících se dítěte (jeho zdravotního stavu, stanovené diagnózy, navrhované léčby apod.) a mají právo s dítětem v nemocnici být, zde samozřejmě v souladu s vnitřním řádem oddělení.



Ilustrační foto: Martin Pinkas / Euro

## Co přinesla přítomnost rodičů

Pobyt v nemocnici je stresující pro dítě i rodiče. Může se proto stát, že dítě i rodič se někdy zachovají jinak, než pro ně bývá obvyklé. Přítomnost rodiče má jednoznačně kladný vliv na psychiku dítěte. Nesmíme zapomenout, že nikdo dítě nezná tak dobře jako jeho rodič. Není pravda, že malé dítě brzy zapomene na to, že je v nemocnici bez rodičů. Děti potřebují, aby rodiče byli s nimi, pobyt v nemocnici pak pro ně není tak stresující. Role rodiče je nenahraditelná i během hospitalizace. Díky jeho přítomnosti se dá předejít mnoha úzkostem, strachům a slzám. Rodiče mají také přehled a kontrolu nad indikovanou léčbou, spolupodílí se na rozhodování o poskytované péči a přijímají od personálu informace odpovídající jejich chápání (platí pro rodiče i děti).

## A pohledem zdravotníka?

Ne vždy je vliv rodiče na dítě hodnocen zdravotnickým personálem kladně. Zdravotnický pracovník pracuje kontinuálně především s dětmi, ale dnes již velmi často také s rodiči. Vzhledem k současnému nedostatku zdravotnic-

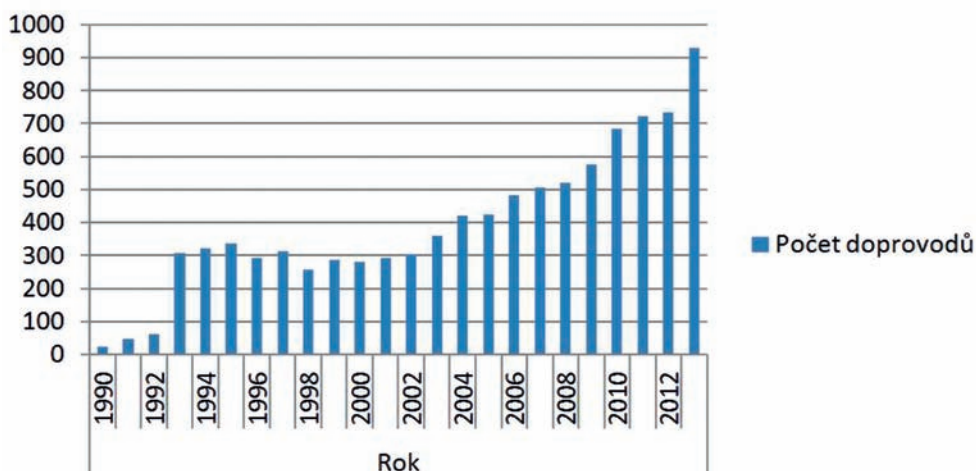
kého personálu, jeho vytíženosti i vzhledem k náročnosti této profese mohou konstatovat, že rodič je zcela jistě nenahraditelný, ale někdy může být i ne zcela pozitivním článkem v léčbě dítěte. Právě toto téma se na odborných konferencích či kongresech oboru dětské chirurgie stále častěji stává předmětem diskusí.

## Závěr

Hospitalizace dítěte v nemocničním zařízení je náročnou situací a souvisí vždy se změnou sociálního prostředí. K postupnému začleňování dítěte a jeho zdárné adaptaci významnou měrou přispívá každý zdravotnický pracovník. Sociálně pedagogické působení zdravotnického pracovníka by mělo spočívat v umění naslouchat, v empatii, pochopení, pozitivní podpoře a motivaci dítěte při zvládnání náročných životních situací. Je však třeba připomenout, že i zdravotnický pracovník má své limity.

Literatura u autorky

Mgr. Bc. Michaela Rothová,  
Dětská chirurgie – dětské úrazové centrum KZ, a. s.,  
Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem,  
michaela.rothova@kzcr.eu



Vývoj počtu přijatých doprovodů dětí na Dětské chirurgii – dětském úrazovém centru KZ v Ústí n. L.

# Jak by měla sestra komunikovat (a jak ne)

Komunikace je tak všeobecný pojem, že si pod ním může každá a každý představit, co si zrovna usmyslí.

Vzpomínám na mladou ženu, která za mnou přišla do manželské poradny se třemi robátky, jednomu mohlo být tak pět, druhé vrávoravě chodilo, to třetí měla na ruce a žádala mě: „Pane doktor, musíte nám pomoci! My s manželem už šest let nekomunikujeme.“ Když jsem se jí zeptal, s kým tedy má ty děti, rozhořčeně pravila: „Tomu já neříkám komunikace! Já chci, aby si se mnou povídal.“ I když z hlediska Matky Přírody to, co zavrhla, je ta smysluplná, cílová a nejtěsnější komunikace. O ni ale v téhle informaci nepůjde. Nicméně sestry i lékaři do intimní zóny svých pacientů pronikají, i když z jiných důvodů než citových a pudových, proto by měli všechny nuance komunikace ovládat. Komunikace je totiž všechno! Všechno, co máme s pacienty společné, „commune“ – odkud slovo vzalo svůj počátek.

## Přítel, nebo nepřítel?

Komunikace mezi sestrou a pacientem začíná dávno před tím, než mají možnost pohledět si navzájem do očí. Je to haló-efekt, který se týká jak našeho pracoviště, tak naší osoby. Informace v něm obsažená spočívá v plných 7 % faktů, zbytek tvoří fámy, dojmy a drby. Je tedy nanejvýš žádoucí starat se o dobrou pověst jak firmy, tak svoji, aby ty drby byly co nejpříznivější. A dle možnosti pozitivní zprávy trousit, kde to je jen možné. Sestra, která z jakéhokoli důvodu „pomlouvá“ své pracoviště – stačí, že si stěžuje na nízký plat, na špatné pracovní podmínky nebo na blbého šéfa –, mimoděk zasévá semínko nedůvěry a zhoršuje si pozdější vztahy s lidmi, kteří si dělají z těchto zpráv svůj velice nepřesný, ale o to nevyvratitelnější obraz. Na naše pracoviště pak



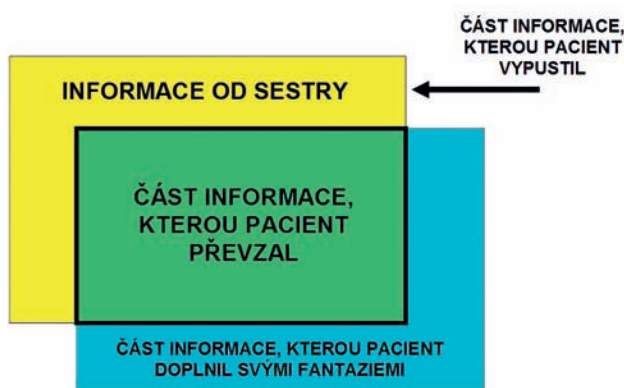
MUDr. Radkín Honzák

přicházejí předpojatí a vyžaduje značné úsilí jejich nesprávné mínění změnit. Také proto je důležité působit vstřícně od prvního setkání, i kdyby přišel pacient s tvářou buldoka či zavilého šakala. Napoprvé totiž každý okamžitě

a podvědomě vyhodnocuje na člověku, s nímž přichází do styku, dvě vlastnosti: vřelost a kompetenci. Jako kdyby se ptal: „Je tohle člověk, s nímž se budu cítit bezpečně a dobře? Je to náš přítel, nebo nepřítel? Je zdatný, nebo je to packal?“ Celé roky do nás hustili, jak důležité jsou znalosti a dovednosti, jak se nesmíme dopustit chyby, která by nemocného mohla ohrozit. A tak si zakládáme především na své kompetenci. Přitom ale všichni, a pacienti zvláště, dávají jednoznačně přednost vřelosti. Chtějí být lidsky přijati, cítit se s námi v pohodě, pod ochranou a teprve ve druhé řadě oceňují naše schopnosti. Sestra, která je chladná, může být ve svých výkonech bezchybná jako robot, přesto bude méně oblíbená, bude mít s komunikací víc problémů a pacienti zdaleka neocení, co vše pro ně udělala. Naopak sestře vystupující vstřícně je leccos odpuštěno.

## Pozor na neverbální doprovod

A proto platí: usmívejte se! Jednak jste daleko krásnější, úsměv vás omladí a dá vám jiskru, jednak vás lidé pocítí důvěrou a dokonce možná i vděčností. Komunikace v dnešních dobách přitvrzuje,



Výzkumy ukazují, že i v případě, kdy je sestra zdravotná komunikátorka a situace není nijak závažná, průměrně inteligentní pacient část informace vypustí a část si přidá. Bez chyby projdou asi tak dvě třetiny podané informace.

mnoho pacientů si plete sestru se služkou, přibývá agresivity, podezíravosti, nároků. Tady má úsměv dvojnásobnou cenu pro zklidnění atmosféry, především ale pro vaši vnitřní pohodu, optimistické naladění a lepší výkon. Dokonce úsměv nemusí být úplně zdůvodněný ani úplně upřímný, přesto grimasa naší tváře ovlivní náš emoční stav – v tomto případě příznivě. Sebejistý postoj a rozjasněná tvář dokonce nastaví rovnováhu stresových hormonů do optimálního stavu. Přestože žijeme ve světě slov a za komunikací obvykle považujeme slovní sdělení, tato část běžně tvoří jen něco kolem 30 procent celé informace a to nejdůležitější je ukryto v její neverbální složce, tedy v takzvané „řeči těla“, a v paraverbálních doplněních, což je především modulace hlasu a kontext, v němž je sdělení zasazeno. Každé sdělení má tedy svou složku sociální a složku psychologickou. Sociální částí rozumíme to, co by zachytil stenograf nebo co by bylo zapsáno v bublině komiksu. Psychologickou složkou pak rozumíme neverbální doprovod. V případě jednoznačné a nezpochybnitelné informace jsou obě složky souhlasné. Neverbální část sdělení odpovídá slovnímu vyjádření „to jsem ráda, že vás vidím“, doprovází úsměv.

V případě, že se informace mezi oběma signály rozejdou natolik, že v každé rovině můžeme číst něco jiného, vítězí jednoznačně složka psychologická, bez ohledu na to,

jak dobře a přesvědčivě je postaveno slovní sdělení. Uvedené „to jsem ráda, že vás vidím“ se současným překřížením rukou na prsou naopak jasně říká „nepřibližuj se!“ Můžeme stokrát tvrdit, že dotyčného vřele vítáme, nikdo tomu věřit nebude.

## Komunikace vyžaduje zpětnou vazbu

Jiný příklad nám poskytuje literatura: *Teta Kateřina vyvolala trapný výstup, když si stěžovala dědečkovi, že ji Saturnin nepozdravil, a Milouše dokonce urazil. Saturnin jí slušným způsobem odporoval a tvrdil, že neměl v úmyslu mladého pána urazit a milostivou paní že pozdravil. Dokonce si vzpomínal i na druh pozdravu. Řekl jí: „Má úcta.“ Teta křičela, že je to drzá lež, Saturnin je rafinovaně překrucuje situaci a že ona není padlá na hlavu. Ze prý se, když ji uviděl, usklíbil a řekl: „No maucta.“* Nechme si legrácky oblíbeného sluhu Saturnina na jiné příležitosti a ohlídejme si souhlasnost svých postojů se svými slovy! Ale i slova je třeba volit s velkou uvážeností, je třeba se vyhnout zdravotnickému slangu, který užíváme mezi sebou zcela automaticky. Navzdory přesné informaci vstupuje do komunikačního kanálu jev, který se nazývá šum a zkresluje naše sdělení. Protože ani my nejsme vševědoucí, je vždy nanejvýš výhodná komunikace se zpětnou vazbou, a to i v případě, když nám pacient něco sděluje, stejně jako když my poučujeme jeho. Pacientská sdělení většinou neoplývají přesností a je

třeba si dát pozor na takové věci, jakými jsou údajné anatomické znalosti. Když nám kdokoli vypráví, že ho bolí žaludek, srdce, slezina nebo brzlík, požádáme ho vždycky, aby vztyčil ukazováček a ukázal nám přesně to místo, kde pociťuje popisovaný dyskomfort. A zadržíme smích... Žaludek umístěný do podbřišku není žádnou vzácností, o atypických lokalizacích srdce ani nemluvě. Poslouchejte pozorně, co pacienti říkají, jak to říkají a také co neříkají. Všimněte si přitom řeči jejich těla. Muž ležící s rukama za hlavou a žoviálně rozprávějící o své nesnesitelné depresi fabuluje, čili kecá. Také je velice užitečné zastavit tok pacientčiny řeči (častěji než pacientovy, ti toho sice řeknou méně, ale platí to pro ně stejně) zhruba po jednom odstavci a zeptat se: „Jestli vám dobře rozumím, chcete říci, že...“ Velmi často se totiž dozvíme, že to je zcela jinak, než to chápeme.

Návod jak tuto nepřehlednou směsku informací roztřídit a také zaznamenat do chorobopisu poskytuje anglický akronym SOAP nabízející čtyřbodový postup. S = subjektivní stesky, O = objektivní nález, A = assessment neboli zhodnocení a P = plán. (Jedna sestřička mi prozradila, že si zpracovala tento akronym po svém a že používá českého výrazu MEJDLO. ME = „mele si svou“ – co pacient líčí, J = je tam takový či onaký objektivní nález, D(L) = dle mého názoru se jedná o to nebo ono, a nakonec LO = lo-mit rukama nestačí, musíme udělat něco jiného; a co? Její ušlechtilá vlastenecká přichylnost k mateřské řeči mě potěšila, stejně jako její fantazie, nicméně si nejsem jist, zda jde o metodu univerzálně použitelnou.) Obdobně při jakémkoli poučení si necháme zopakovat, jak pacient pochopil naše sdělení. Mnoho věcí z těch, které mu říkáme, prostě nechce slyšet, protože pro něj představují omezení a nepohodlí, a tak je snadno „přeslechně“. Ale ani výhody nejsou vždy přijímány bez jakési cenzury.

Mám tuhle zkušenost: někdy dávám pacientkám i pacientům malý notýsek s instrukcí, aby si tam každý den zaznamenali (pro jistotu už v pět hodin odpoledne, aby byl čas do večera, kdyby to nestihli) tři hezké věci, které je potěšily a tři hezké věci, které si pro své potěšení vymysleli a udělali sami. Za čtrnáct dní se přibližně od pětiny z nich dozvídám, že ty tři hezké věci pro potěšení si poznamenali (i když to bylo těžké!), ale ty tři, co pro ně měli dělat jiní, už ne. A to nejsou lidé ve stresu, ve zdravotním ohrožení ani žádní blbci! Prostě to jde nad horizont jejich zvyklostí a morálky, tak to vytěsni a nahradí svým projektem.

Tab. 1

	Vysoká míra vřelosti	Nízká míra vřelosti
Vysoká míra kompetence	OBDIV	ZÁVIST
Nízká míra kompetence	LÍTOST	POHRDÁNÍ

## Pochvala potěší každého

Navažte co nejdříve a udržujte co nejdéle (pochopitelně v mezích přirozených) oční kontakt, který svědčí o vašem zájmu. Když je třeba pohled odvrátit, zůstaňte s ním v horizontální rovině, nebo spíše hleďte před sebe dolů. Pohled nahoru je často interpretován jako lamentující „obracení očí v sloup“, nebo v případě odpovědi jako nevěrohodné „lovení informací ze vzduchu“. Nehleďte na to, že člověk vypadá jako Hurvínek nebo jako prezident.

Naučte se chválit! V naší společnosti převažuje kritický tón, proto pochvala potěší vždy, zejména v situaci, o níž se pacient – ať už právem či neprávem – domnívá, že je těžká. Pochválit lze cokoli, a když vás nic jiného nenapadne, tak jsou to vždy oči. Nemusí to jít až do těch hrdel a statků, jako v následujícím příkladu, kdy instruktor v autoškolce říká: „Milostivá paní, bylo to bezvadné, jste skutečně dobrá, a teď zkusíme manévr zastavování ještě jednou, tentokrát raději bez použití kandelábru!“ Pochvala ale většinou neurazí (kromě osob vztahových, ale ty urazí všechno) a navíc svědčí o vaší vřelosti, o vašem zájmu a to přináší body do dalšího vztahu.

Pacienty oslovujte jménem, a to v pátem pádě, kterým – jak známo – voláme. Tedy, pane Nováku, nikoli pane Novák! Milovník češtiny Pavel

Eisner nazval tenhle germanismus lokalským vokativem, a toho nám opravdu není zapotřebí. Výzva „ten žlučník pod voknem, na rentgen“ je na vyházav a odebrání diplomu. Lidé s vysokoškolským titulem na něj mohou být hákliví, pro jistotu jej používejte. Pamatuji na člověka, který si od doktora nechal líbit „pane Krákorko“, ale sestru drsně seřval, že je inženýr ekonomie, že si titul vysloužil dlouholetou dřinou a že si jej nenechá od nějaké ženské brát.

## S radami raději opatrně

Dejte najevo svou empatii. To není soucit ani litování, to je signál svědčící o tom, že víte (pochopitelně přibližně), jak se pacient cítí. Že – jak říká jedno japonské úsloví – jste se obuli do jeho bot a víte teď, jak se mu v nich chodí a kde ho tlačí. Většinou stačí pozorný výraz a krátké poznámky, přitakání. Pozor s utěšováním! Některé věty mohou být dobře míněny, ale přitom nadělají doslova smuš. Zkusšený, navíc citlivý americký duchovní Cavanaugh popisuje, jak ve snaze utěšit ji řekl na pohřbu mladé vdově: „Vím, jak se cítíte...“ Na to ona začala doslova hystericky křičet: „Nic nevíte! Nic nemůžete vědět! Tady leží muž, kterého jsem milovala, támhle jsou tři děti, které nevím, jak užívám, a vy

mi tady začnete kázat, že víte, jak se cítím! Go to hell!“

Výroky, kterých bychom se měli vystríhat: to nic není; moc si to berete; to máte štěstí, někteří dopadli hůř; nejlepší je zapřáhnout se do práce a nemyslet na to; co bolí, přebolí; to všechno zhojí čas; mohlo to být horší; musíte to překonat... A nakonec to neobratné „vím, jak se cítíte“. Představte si každá sama sebe v nějakém slušném maléru a zamyslete se, jak byste tyhle věty vnímala. Mnohem lepší je osobní postoj: „Myslím, že vím, jak bych se cítila v takové situaci, a jsem tu s vámi, abych vám nabídla, co umím... Co pro vás teď můžu udělat?“

Ještě opatrněji je třeba nakládat s radami, které se týkají osobního života nemocných. Rozhovoru na toto téma se nelze vyhnout, protože pacienti nevnímají svou nemoc jako medicínský konstrukt, ale jako děj, který se jim zatraceně plete do života a ovlivňuje v něm plno věcí. Sestra je pro takové rozhovory mnohem bližším člověkem než lékař. Měla by si proto uvědomit, že jakkoli je kompetentní v profesionální oblasti, žádný patent na rozum v osobním životě pacientů nemá, a být velmi zdrženlivá. V jejich očích totiž reprezentuje autoritu a tu jsou lidé (zejména v časech nejistoty) ochotni po-

slechnout, zvláště je-li tou autoritou osoba, která jim už v jednom trápení pomáhá.

## Raději si jazyk ukousnout...

Pokud pacientky a pacienti předkládají dilematické situace, tedy na jedné straně řešení A a na druhé řešení B, je nevhodnější postup, který jim skutečně pomůže, ptát se na výhody i nevýhody každého z obou předpokládaných řešení. Co člověk, který takovýto problém předkládá, většinou nedopocítává, je otázka, jak bude vypadat další krok, další vývoj v každé variantě. Otevřením perspektivy tak získá pacient lepší přehled o možném vývoji i překážkách, které bude muset zdat. Je však nutné stále zdůrazňovat, že řešení si musí zvolit sám. To též v podstatě platí i v případech, že je položena otázka jedna, např. mám se rozvést, přestěhovat, vdát atd. Sestra vlastně odpovídá jenom otázkami, a pacient si tak lépe hledá řešení.

Co se týká mlčenlivosti, ta začíná těsně za dveřmi každého zdravotnického zařízení. Sestra by si měla raději ukousnout jazyk, než se zmínit o čemkoli – třeba i příznivém –, co se dozvěděla při práci od pacientů. Dvojnásob to platí pro osoby honosící se označením VIP,

což je zajímavá sestava lidí od prezidentů přes hvězdy šoubyznysu až po místní papaláše a jiné zločince. A jestliže nesmíte říci, že paní Vocásková má tuhle nebo onu obtíž, nesmíte o VIP říci, ani jakou má barvu její noční košile. A pozor! Novináři, sice té nehorší kategorie, zato vlezli jak štenice, jsou neodbytní. Zde je varování:

*Jacinta Saldanha pracovala jako sestra v londýnské nemocnici krále Edwar-da VII. Byla nalezena mrtvá, když tři dny po falešném telefonátu spáchala sebevraždu. Veselý moderátor a neměně bezohledná moderátorka australské rozhlasové stanice Hot30 Countdown se vydávali za královnu Alžbětu a prince Waleského a tázali se po zdraví těhotné vévodkyně z Cambridge (Kate – tehdy těhotná manželka prince Waleského), která tam byla hospitalizována.*

*Sestra Jacinta nepoznala poávod a přepojila telefonický hovor ošetřovatelce vévodkyně. Stala se obětí krutého a sprostého žurnalistického žertu, protože stanice hovor opakovaně vysílala s ironickými komentáři a převzaly jej i jiná média. Jacinta potom psychicky neunesla příval posměchu a kritiky na sociálních sítích (v jejím případě přesněji antisociálních sítích), který následoval po zveřejnění, a vzala si život. Tak vám všem závěrem přeju klidné služby a úspěšně vyhnouti se všem komunikačním pastem, které na nás číhají!*

Mgr. Radkín Honzák

## Příběh sestry v Saúdské Arábii, díl 9/12 – Islám

V předchozím dílu jsem vyprávěla o příležitostech k trávení zdejším téměř dva měsíce dlouhé dovolené cestováním nejen po zemích Orientu. Nyní se vrátím zpět do Saúdské Arábie, abych napsala něco málo o islámu, který je nedílnou součástí veškeré místní kultury, politiky či ekonomiky.

I když zde nemusím být islám jako víra nijak vnucován, týká se života každého místního obyvatele, tedy i pracovníků přicházejících ze zahraničí. Islám je monoteistické náboženství založené na učení proroka Mohameda působícího v 7. stol. n. l. Stoupenec islámu se nazývá muslim, což znamená „ten, kdo se podřizuje Bohu“. Základní knihou islámu je Korán, veršovaná sbírka božích sdělení věřícím, kterou měl Mohamedovi nadiktovat prostřednictvím archanděla Gabriela sám Bůh. Podle muslimů Korán nezakládá nové náboženství, nýbrž představuje uzavření a zpřesnění poselství, které bylo lidem dáno prostřednictvím dřívějších proroků, za něž jsou muslimy považováni například Abrahám, Mojžíš či Ježíš. Dřívější poselství v Bibli bylo dle muslimské víry lidmi pokřiveno.

### Pilíře islámu

Pět pilířů islámu tvoří základ náboženské praxe každého muslima. Prvním z nich je *Šaháda* (vyznání víry). Muslimové shrnují své vyznání vě-

tu: „Není boha kromě Boha; Mohamed je posel boží.“ Slovo „šaháda“ znamená „svědectví“. Pokud někdo pronese tuto formuli arabsky s vážným úmyslem před kvalifikovanými svědky, stává se muslimem. Dalším z pilířů je *Salát* (rituální modlitba). Muslim je zavázán k pěti každodenním modlitbám, a to v poledne, odpoledne, za soumraku, v noci a za úsvitu. Modlitbě předchází rituální očista. Všichni muslimové se modlí směrem k saúdskoarabskému městu Mekce. Forma konání modlitby je přesně předepsána. Ve městech s prevažujícím muslimským obyvatelstvem zpravidla svolává k modlitbám tzv. muezzin. Zvláštní místo mezi modlitbami zaujímá páteční polední modlitba, k níž se místní muslimská obec shromažďuje v mešitě jako k hlavní bohoslužbě.

*Zakát* (almužna) je dalším z pilířů islámu. Muslim je povinen platit určitý podíl ze svých majetků na dobročinné účely. *Saum* (půst v měsíci ramadánu) – v měsíci ramadánu má muslim od-

svítání do soumraku dodržovat půst od vší stravy, nápojů, pochutin a pohlavního styku. Posledním z pilířů je *Hadždž* (pouť do Mekky). Muslim, jemuž to zdravotní stav a ekonomická situace dovolují, je povinen aspoň jednou za život vykonat pouť do Mekky. Průběh pouťe má svou tradiční formu. Muslim, který pouť nastupuje, si obléká prosté roucho, které vyjadřuje rovnost všech muslimů před Bohem. Takto převlečené poutníky můžete potkat již v letadle směřujícím na letiště v saúdskoarabské Džiddě. Vzhledem k tomu, že islámský kalendář je lunární, každoročně připadá doba konání pouťe do Mekky na jiné dny našeho gregoriánského kalendáře.

### Ramadán

Podobně je to i s načasováním ramadánu. Ramadán je devátý měsíc islámského lunárního kalendáře. Během tohoto měsíce udáje prorok Mohamed obdržel první boží zjevení. Na paměť toho drží muslimové během ramadánu zvláštní půst, jehož

smyslem je za pomoci dočasných zřeknutí se některých pozemských potřeb přiblížit se více k duchovní podstatě islámu. Muslimové začínají svůj půst svoláváním k ranní modlitbě, která probíhá za úsvitu. Půst je ukončován večerní modlitbou. První pokrm, který muslimové po setmění a ukončení pouťe jedí, se nazývá *iftár*. Základem iftáru jsou datle a voda či mléko. Iftáru jídelně přerušoval svůj půst prorok Mohamed. Po večerní modlitbě je servováno mnoho pokrmů, jejichž druhy se liší podle oblastí. Ramadán je měsícem, během něhož jsou muslimové nabádáni ke zlepšení svého chování. Během ramadánu by měl každý muslim také přečíst celý Korán. Ten je rozdělen na stejně dlouhé části a na každý den je určena ke čtení jedna z nich. Půst nemusí dodržovat nemocní lidé, těhotné a kojící ženy, lidé cestující na dlouhou vzdálenost a lidé s dalšími výjimkami. V zemi žijící nemuslimové půst samozřejmě dodržovat nemusí, ale očekává se od nich, že budou vnímat k postvicím se věřícím a nebudou před nimi v přehnané míře jíst a pít či je jinak rušit v jejich tradičním rozjímání. Po skončení ramadánu nastá-



vá svátek *Íd al-iftár*, při kterém všichni, kdo úspěšně prošli ramadánu, hodují po tři týdny. Pobyt v této „svaté zemi“ v období ramadánu pro mne byla vždy velmi zajímavá zkušenost. Tento největší svátek, jeho smysl a povinnosti s ním spojené zde lidé berou velmi vážně a přenášejí je do normálního života, což se například z našeho vánočního období již téměř vytratilo. Ale to bychom již zase zabíhali za hranice Saúdské Arábie.

Mgr. Lucie Karalová



# Poruchy příjmu potravy – mentální anorexie

Poruchy příjmu potravy jsou záležitostí moderní doby. Jedná se o velmi vážná psychická onemocnění, která začínají zcela nevině, avšak v mnoha případech končí nevratnými zdravotními potížemi, či dokonce smrtí.

**M**ezi poruchy příjmu potravy se řadí mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatovitě přejídání. V 95 % postihují dospívající dívky a mladé ženy.

První případy mentální anorexie a bulimie byly popsány již v roce 1870 lékařskou vědou v Anglii a Francii. Lékaři popsali příznaky jako odmítání potravy, radikální pokles hmotnosti, pokles tepové frekvence, zácpu. Za určitou formu těchto poruch by se dala označit též askeze. Původní význam tohoto slova označuje upevňování disciplíny jakýmkoli způsobem, mezi něž patří i odmítání potravy. Například některé formy buddhismu povolovaly pouze jedno jídlo denně, křesťanství zase předepisuje půst a striktní sebeovládání. V dnešní době však příčiny těchto chorob nelze připsávat náboženským principům. Vzhledem k tomu, jaký je diktát moderní doby, nelze se příliš divit, že mnoho mladých dívek a žen propadne touze po dokonalosti, kráse a štíhlosti natolik, že končí na psychiatrických odděleních nemocnic (Heréniová, 2007).

## Smrt kvůli štíhlému pasu

Kult štíhlosti zahájila v 60. letech minulého století britská modelka Leslie Hornby, známá jako Twiggy. Než šestnáctiletá dívka vstoupila do světa modelingu, nosily se ženské tvary, plná hradra a boky. Twiggy byla pravým opakem této módy. Její chlapecká figura uchvátila návrháře natolik, že se stala jejich múzou. Úzké boky, plochý hrudník, veliké oči, krátký sestřih. Ne, že by toto bylo v tehdejší době výjimkou, ženy s přirozeně hubenou postavou samozřejmě existovaly vždy, ale módní návrháři, kteří udávali (a udávají) módní trendy, začali tento typ vyzdvihovat jako ideální. Chybějící ženské křivky totiž neodvádějí pozornost od stříhu šatů, které tak na hubené postavě vyniknou mnohem lépe než na figuře žensky zaoblené. Návrháři se radovali a ženy začaly hub-

nout. Ne každá má totiž v genech to, co Twiggy – přirozeně štíhlou figuru, kterou stačí udržovat cvičením a zdravým životním stylem, nikoli drastickou dietou (Papežová, 2005).

Dokud tato móda, která by se dala nazvat téměř mánií, nepřekračuje únosnou mez, nelze na ní vidět nic špatného. Když ovšem kvůli útlému pasu a rovným stehnum ženy umírají, už to tak úplně v pořádku není (Vacínová, Langová, 2011).

Mentální anorexie je duševní nemoc spočívající v odmítání potravy a zkrácené představě o svém těle. Začíná nejčastěji ve věku mezi 14 a 18 lety života, ale může se objevit dříve i později. Často začíná jako reakce na nějakou novou životní situaci či událost, se kterou se daný jedinec nedokáže vypořádat – přechod na střední či vysokou školu, rozvod rodičů či úmrtí v rodině (Heréniová, 2007). Pro anorexiu je charakteristické snižování hmotnosti úmyslně vyvolané danými jedinci. Činí tak snižováním příjmu tekutin a potravy, zvyšováním energetického výdeje (cvičení). K dalším prostředkům pak patří vyprovokované zvracení, průjem či užívání anorektik a diuretik. Anorexií trpí většinou ženy, ale jsou známy i případy, kdy touto poruchou onemocněli muži.

## Stanovení diagnózy

Mentální anorexiu není snadné diagnostikovat. Nejčastější faktory, kterými se vyznačuje, jsou:

- 1. Nízká hmotnost** – anorektičky odmítají udržovat svoji hmotnost nad hranici podvýživy vzhledem k výšce a věku. Tato hranice je určena body mass indexem (BMI), který je vypočítáván z poměru výšky a hmotnosti člověka (váha/výška v metrech na druhou). Pokud hodnota BMI klesne pod 18,4, jedná se o podváhu. Anorektičky si svoji hmotnost zpravidla udržují pod 17,5, což značí velkou podváhu, která může člověku způsobit trvalé následky.

## 2. Strach z přibírání na váze

– každou anorektičku provází 24 hodin denně intenzivní strach z toho, že by se její hmotnost byt jen nepatrně zvýšila. Z tohoto důvodu se uchyluje k maximálnímu omezení příjmu potravy, počítání energetické hodnoty zkonsumovaných potravin a náročnému cvičení, aby přijaté kalorie zase spálila. Každé sousto je pro ni utrpením, po jídle ji provázejí silné výčitky svědomí, kterých ji zbaví pouze výdej energie. Ten však často mnohonásobně překračuje její příjem, dívka je rozhodnuta kvůli zachování hmotnosti cvičit až do naprostého vyčerpání (Sládková, 2005).

## 3. Narušené vnímání svého těla

– pokud dívka onemocní anorexií, nezáleží na tom, jak moc se jí podaří zhubnout. Ona sama nevidí své vystouplé kosti a propadlé tváře. Má pocit, že je neuvěřitelně tlustá, připadá si odporná. Nikdy sama pro sebe nebude dost hubená, a proto končí asi 10 % případů smrtí (Heréniová, 2007).

## 4. Vymizení menstruačního cyklu

– organismus dívky přestává fungovat tak, jak má. Nicméně v dnešní době není snadné toto zjistit, protože v důsledku užívání hormonální antikoncepce může menstruovat i extrémně podvyživená dívka.

- 5. Zástava tělesného vývoje** – vzhledem k tomu, že nemoc postihuje zejména dospívající dívky, je tento faktor poměrně nepřehlédnutelný. U dívek se zastavuje růst, pubertální projevy nepřicházejí nebo jsou opožděné (rozšíření boků, růst prsou, celkové zaoblení postavy).

- 6. Psychické změny** – z důvodů velké psychické zátěže se dívka stává velmi uzavřenou do sebe, je nesoustředěná, často je podrážděná, plačtivá, trpí depresemi. Nezájímá ji okol-

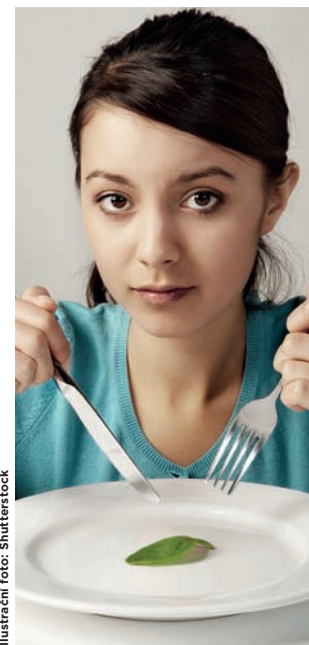
ní dění, je soustředěna pouze na jídlo (Heréniová, 2007).

## Sekundárními projevy:

- Poruchy metabolismu – snížená hladina draslíku, edémy, metabolická alkalóza.
- Poruchy gastrointestinálního traktu – hypertrofie příušních žláz, zpomalené vyprazdňování žaludku, zácpa, záněty slinivky břišní.
- Poruchy kardiovaskulárního systému – bradykardie, hypotenze, srdeční arytmie.
- Hematologické problémy – anemie, trombocytopenie, hypercholesterolemie (Krch, 2000).
- Kožní a plicní problémy – suchá, praskající kůže, záněty plic (vdechnutí zvratků).
- Poruchy CNS – atrofie mozku, poruchy paměti, neurologické obtíže, jako jsou křeče, svalová slabost, reprodukční komplikace v podobě amenorey, infertilita.

## Léčba mentální anorexie

Léčba mentální anorexie je obtížná a její základ spočívá v psychologické práci s postiženým. Pokud ještě nemoc nedospěla příliš daleko, je možné pacientku léčit ambulantně, u těžších případů je však nutná hospitalizace. Tehdy probíhají laboratorní a další vyšetření přímo v nemocničním zařízení. Po překonání krize metabolického rozvratu se přechází na příjem potravy ústy, který musí být kontrolován (Gulášová, 2013). Dále se uplatňují psychofarmaka a psychoterapie. Psychofarmaka působí nejen na podporu a léčbu psychiky, ale některé medikamenty navíc podporují chuť k jídlu a přibírání na váze. Léčba psychofarmaky spadá až na výjimky do specializace psychiatrů. Ti také doporučují některou z forem psychoterapie. Existuje dokonce síť dobře vybavených středisek tzv. komplexní terapie, kde je odborníky úzkého zaměření poskytován široký záběr psychotherapeutických metod včetně méně běžných medicínských postupů, jakými je akupunktura, akupresura, baň-



Ilustrační foto: Shutterstock

kování, léčení světlem, magnetická léčba, regresní terapie, autogenní trénink, relaxace, výuka správné meditace a další. Léčí se hudbou, tedy muzikoterapií, a arteterapií – projevem výtvarného nadání. V krajním případě se sahá k hypnóze, která však vždy patří do rukou zkušeného psychiatra. Možností a forem psychoterapie je mnoho (Sládková, 2005).

Účelem je nalézt co nevhodnější individuální terapii. Bývá vystrídáno více postupů odvislých od spolupráce nemocného a jím dosahovaných pokroků. Nezřídka se přistupuje ke skupinové terapii stejně postižených. Velmi prospěšná a přínosná je rodinná terapie, kdy do léčby vstupuje bezprostřední vztahové okolí. Je vhodné, když se zapojí blízcí, pokud mají pacientovu důvěru. Tím mu velmi pomáhají, aby se naučil být laskavější i ke svému tělu a nekladl na něj tak vysoké nároky (Papežová, Tomanová, 2005).

Psychoterapie nemocnému odkrývá podstatu onemocnění, problémů s ní spjatých a umožňuje, aby se mu naučil čelit vlastními silami. Cílem je změnit postoj k životu, přístup k sobě samému, přehodnotit životní priority. Může probíhat řadu let. Léčba mentální anorexie je dlouhodobá, obtížná a je nutné počítat s tím, že nejednou dochází k recidivám.

Literatura u autorek

prof. PhDr. Ivica Gulášová, Ph.D.,  
VŠZaSP sv. Alžběty, Bratislava,  
Mgr. Lenka Gömerová, doc. PhDr. Lada Cetlová, Ph.D.,  
PhDr. Vlasta Dvořáková,  
VŠ polytechnická Jihlava,  
ivica.gulasova4@gmail.com

# Perkutánní endoskopická gastrostomie

Perkutánní endoskopická gastrostomie (PEG) je metoda využívající tenkou sondu, jejíž jeden otvor ústí na kůži břicha a druhý v žaludku. Indikace pro použití této metody jsou stavy hroící nebo reálné poruchy příjmu potravy, pokud předpokládáme, že doba zavedení bude delší než 6 týdnů.

**V** onkologii této metody využíváme profylakticky, před radioterapií, resp. chemoradioterapií nádorů dutiny ústní, hltanu, hrtnu a jícnu, kdy zajistíme kvalitní nutriční podporu na dobu sníženého perorálního příjmu a umožníme dokončit onkologickou léčbu. Ve chvíli, kdy se pacientův stav zlepšší, lze sondu endoskopicky odstranit. Kanál po PEG se v průběhu následujících dnů uzavře a po několika dnech zcela zahojí. PEG indikujeme v případech, kdy se jedná o stavy onkologické, neurologické, u pacientů ve vylučovací fázi, při ateroskleróze provázené demencí a jiných stavech s poruchou polykání.

## Podmínky realizace

Z hlediska endoskopického zavedení PEG a zamezení komplikací je nutno dodržet tyto podmínky:

- fyziologický nálezh na GIT bez nutnosti indikovat dlouhodobou antisekrecní léčbu,
- bez hepatosplenomegalie, fyziologický nálezh v dutině břišní,
- získání diafanoskopie (prosvícení stěny žaludku a břišní stěny v místě předpokládaného vpichu),
- nepřítomnost gastrických varixů,
- bez známek portální hypertenze.

## Příprava pacienta

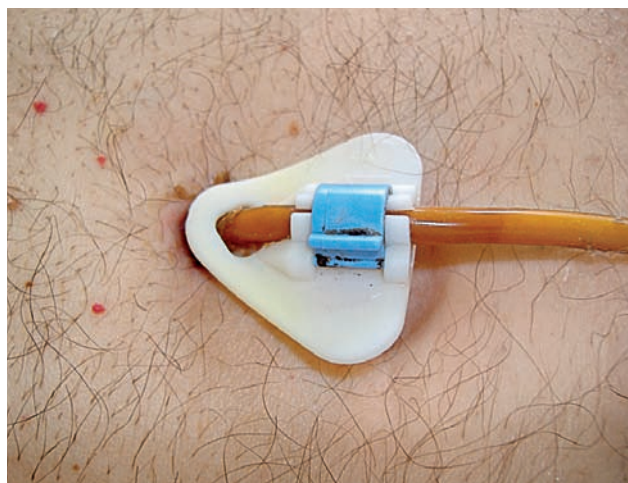
Důraz je kladen na přípravu pacienta, kterou lze rozdělit na dvě části: edukaci a vlastní přípravu před vyšetřením. Pohovor v rámci edukace je pro pacienta velkým přínosem. Získá tak řadu důležitých

informací, seznámí se s výkonem a pomůže mu zbavit se strachu z výkonu. Mezi zdravotníky a pacientem se tak vytváří důvěrný vztah, který umožňuje díky zpětné vazbě zjistit, zda nám pacient dobře porozuměl. K pohovoru přistupujeme vždy individuálně, podle možností a psychického stavu pacienta. Mluvíme klidně, pomalu. Výsledkem našeho vysvětlování je pochopení. Pacienta vybavíme informacemi i v tištěné podobě, aby si vše mohl ještě v klidu přečíst (případně prodiskutovat doma s rodinou).

Samotná příprava před výkonem se může lišit podle jednotlivých pracovišť. U nás na gastroenterologickém oddělení MOÚ Brno bezprostředně před výkonem realizujeme bezpečnostní proceduru, která spočívá v ověření identifikace, kontrole pomůcek, materiálu, zajištění informovaného souhlasu a v rámci profylaxe aplikací ATB. Pacient je rovněž řádně poučen, že výkon provádíme za hospitalizace. Kontrolujeme pak, zda u něho byly provedeny potřebné odběry (krevní obraz, koagulace), zda je nalačno, oholený v epigastriu. Ověřujeme také, zda se v anamnéze nevyskytují alergické reakce, a pokud nemá zavedenou flexilu, je nutno ji zavést z důvodu aplikace premedikace a kvůli řešení případných komplikací, jež vyžadují farmakologický zásah.

## Kontrola po výkonu

Po výkonu následuje hospitalizace, kdy pacient 24 hodin nejí ani nepije a nepodáváme výživu



Ilustrace foto: Shutterstock

do PEG. Kontroluje se krevní tlak a puls. Sledujeme i oblast vpichu a celkové projevy pacienta.

## Možné komplikace

Kvůli možným závažným i nezávažným komplikacím je nutné dodržovat preventivní postupy před zavedením, po vytvoření PEG a i při následném ošetřování. Mezi komplikace nezávažné řadíme infekce v okolí vývodu, gastroezofageální reflux, netěsnost podél gastrostomické sondy, mykotické infekce, syndrom zanořeného disku, průjmy a ucpaný PEG.

Závažnými komplikacemi jsou nekrotizující fasciitida, akutní peritonitida či masivní krvácení.

## Ošetřování pacienta s PEG

Podstatná část péče o pacienta s PEG spočívá v jeho správném ošetřování. Znalosti v péči o PEG jsou velmi cenné pro zdravotníky, ale také pro pacienty. První týden po zavedení PEG břišní

stěnu s cévkou převazujeme denně, dále jednou až dvakrát týdně. V další fázi není nutné krýt obvazovým materiálem vůbec. Dezinfekce nesmí obsahovat alkohol a jód, proto je vhodný například Prontosan. Důraz klademe také na optimální fixaci, příliš volná fixace způsobuje únik výživy do okolí s následnou možností vzniku infekce. Pokud okolí jeví známky infekce (zarudnutí, sekrece), je vhodné před samotným ošetřením provést stěr z okolí na bakteriologické vyšetření.

Pacienty je třeba informovat o tom, že od desátého dne po zavedení je třeba jednou týdně PEG otáčet, aby nedošlo k syndromu zanořeného disku. Způsob provedení spočívá v uvolnění fixačního zařízení, výživová cévka se zasuše mírně dovnitř a otočí o 360 stupňů.

Při přímém podávání výživy do PEG dbáme na to, aby byl pacient ve zvýšené poloze. Tuto polohu

udržíme minimálně 20 minut i po aplikaci výživy, účinně tak bráníme gastroezofageálnímu refluxu a možné aspiraci.

Po aplikaci každé dávky je nutné výživovou cévku dostatečně propláchnout asi 70 ml vlažné vody, jinak by mohlo dojít k neprůchodnosti. V tomto případě je dobré zkusit vodu v krátkých intervalech nasávat a vstříkovat, případně použít vlnný roztok pankreatických enzymů (rozpuštěním obsahu ve vodě a ponechat v sondě cca 5 minut). Nepodaří-li se zprůchodnění, je třeba kontaktovat lékaře. V žádném případě se do setu nesmí zavádět vodič, používat násilí či velký tlak. Pokud při aplikaci výživy dochází k opakovaným stolicím řídké konzistence s častou frekvencí, je třeba zvážit, zda výživu nepodáváme příliš rychle, v příliš velké dávce, nebo zda nejsou mezi jednotlivými dávkami krátké intervaly. Pátráme i po případné dysmikrobii.

## Závěr

Podle zkušeností našeho pracoviště je PEG elegantní výkon s minimem komplikací. Pokud se vyskytnou pochybnosti při ošetřování či případné komplikace, je na místě se obrátit na lékaře. Hlavním kritériem indikace PEG je, aby jeho zavedení bylo pro pacienta přínosné. Benefitem by vždy mělo být zvýšení kvality života za dodržení obecných etických zásad každého lékařského výkonu. To znamená: neškodit, činit pacientovi dobro a veškeré výkony provádět s respektem k autonomii pacienta a jeho přáním.

Literatura u autorky

Bc. Petra Absolonová,  
gastroenterologické oddělení MOÚ Brno,  
petra.absolonova@mou.cz

Inzerce M141001234

## PRONÁJEM SPECIALIZOVANÝCH AMBULANCÍ NA KLINICE ZÁMEČEK MALVAZINKY

NABÍZÍME VÁM MOŽNOST PRONÁJMU SPECIALIZOVANÝCH AMBULANCÍ PRO LÉKAŘE ŠIROKÉ ŠKÁLY ODBORNOSTÍ V NOVĚ ZREKONSTRUOVANÉ KLINICE ZÁMEČEK MALVAZINKY (SOUČÁST REHABILITAČNÍ KLINIKY MALVAZINKY).

V případě zájmu nás neváhejte kontaktovat:

Eva Konečná, Key Account Manager, tel.: 731 404 602, email: eva.konecna@mediterra.cz

Najdete u nás:

- Moderní a stylové prostředí v atraktivní lokalitě a jen pár minut od centra
- Spolupracujeme se všemi zdravotními pojišťovnami
- Každá z odborných ambulancí je kompletně vybavena novými přístroji
- K dispozici jsou služby recepce, IT, správy objektu a úklidové služby
- Výhodou je zázemí Rehabilitační kliniky Malvazinky
  - RTG, široké spektrum odborností a doplňkových služeb
- Pro pacienty je k dispozici parkování přímo před klinikou
- Jsme otevřeni různým formám spolupráce

VAMED  
mediterra



# Program kardiovaskulární rehabilitace

Ročně by u nás mohlo být až o 5 tisíc úmrtí na srdeční choroby méně, pokud se podaří zavést program kardiovaskulární rehabilitace. Pacienti se v něm naučí správně intenzivně cvičit pod lékařským dohledem a bezpečný pohyb se pak stane trvalou součástí jejich života.

## Prediktor silnější než nadváha

V závěru letního semestru klinických seminářů na 3. interní klinice 1. LF UK a VFN v Praze hovořil o zkušenostech s kardiovaskulární rehabilitací (KVR) a jejím významu kardiolog MUDr. Vladimír Tuka, Ph.D., a tělovýchovný lékař a obezitolog MUDr. Martin Matoulek, Ph.D. Oba pracují ve VFN a v Rekonvalesčním centru VŠTJ Medicina Praha.

Smyslem KVR je identifikovat a ovlivnit kardiovaskulární rizikové faktory s cílem snížení disability, morbidit a mortality. KVR má zlepšit toleranci zátěže (zvýšit funkční kapacitu pro pohybovou aktivitu) a zmírnit nebo i odbourat nepříjemné symptomy při zátěži. Nezbytnou součástí je rovněž edukace pacientů o kardiovaskulárních chorobách a jejich managementu. Pohyb jako takový zlepšuje kardiovaskulární zdatnost, tedy schopnost organismu využít kyslík na produkci energie pro pohybovou aktivitu cestou aerobního metabolismu. Je mimo pochybnost, že tělesná inaktivita představuje závažný rizikový faktor ischemické choroby srdeční (ICHS). Zvyšující se úroveň fyzické aktivity je v nepříjemném úměře s kardiovaskulární i celkovou mortalitou, pacienti s vyšší kardiovaskulární zdatností žijí déle a kvalitněji. Zároveň platí těsná závislost mezi úrovní zdatnosti a snížením koronárního rizika. Jednotlivé druhy fyzické zátěže lze vyjadřovat v násobcích metabolického ekvivalentu (MET). MET je hodnota vyjadřující klidovou spotřebu kyslíku, tedy cca 3,5 ml O<sub>2</sub>/min na 1 kg tělesné hmotnosti. Podle observačních studií na každý 1 MET, který

se podaří navýšit, znamená redukci KV příhod o 14–25 %.

KV zdatnost je mnohem silnějším prediktorem KV příhod než prostá adipozita – u skupin prediabetiků s normální hmotností, nadváhou a obezitou, ale se srovnatelnou zdatností, nebyly pozorovány rozdíly v mortalitě. Vyšší celkovou mortalitu (HR 1,7) a vyšší kardiovaskulární mortalitu (HR 1,88) mají dokonce prediabetici s normální hmotností, ale menší zdatností. Pohyb zvyšuje lumen koronárních tepen. Zlepšuje se endoteliální funkce a tím i vazodilatační schopnost v reakci na zátěž psychickou i fyzickou. Pravděpodobně se zvyšuje i počet kolaterál.

I cvičení v rámci KVR není zcela bez rizika, ale to je minimální. V rámci KVR připadá na 1 milion odvíčených pacient-hodin 8,9 případů náhlé srdeční zástavy, 2,4 případů akutního infarktu myokardu a 1,3 úmrtí z KV příčin. Předpokládané mechanismy KV rizika při cvičení jsou hemodynamický stres (může dojít k ruptuře aterosklerotického plátu). Dojít může k ischemii myokardu, která vyvolá komorové arytmie. Akutní cvičení může vést k paradoxní vazokonstrikci epikardiálních tepen. U pacientů diabetiků s autonomní dysfunkcí může dojít ke komorovým arytmiím nezávisle na ischemii.

## Složky KVR

Pro skutečně efektivní prevenci musí fungovat interdisciplinární tým schopný správně nastavit jak farmakoterapii, tak pohybovou aktivitu, nutriční poradenství, odvykání kouření a poskytovat psychologickou podporu – až 25 % všech pacientů po prodělaném akutním ko-

ronárním syndromu má některou formu deprese, zlepšení psychického ladění pacienta zpravidla znamená i lepší compliance s léčbou a tím i prognózu. Dobrá compliance je také předpokladem absolvování celého cvičebního programu. Platí přitom, že čím větší počet cvičebních jednotek pacienti absolvují, tím nižší je dlouhodobé riziko úmrtí a recidivy infarktu. Markantní rozdíl je patrný už mezi 36 a 24 jednotkami (u první z nich o 14 % nižší riziko smrti, o 12 % infarktu myokardu). Mezi 36 a 1 jednotkou už je to 47% rozdíl u úmrtí a 31% u infarktu myokardu. Povzbuzující zprávou je, že pokud pro to lidé mají vytvořeny podmínky, cvičit opravdu chtějí.

## Volba typů zátěže

Přivedení krve k srdci je sice základní, ale nikoli jedinou podmínkou pro zlepšení stavu po infarktu. Jednorázový byt sofistikovaný zásah neřeší celkové riziko dalšího infarktu. Srdce je sval, a nebude-li v následujícím čase dostatečně zatěžován v tréninku, nebude schopen podat výkon, když bude potřeba; další příhoda už může být fatální. Široce využívané betablokátory mají v terapii zcela jisté své místo, ale stále je užívá řada pacientů, kteří je nepotřebují. Snížením srdeční frekvence sice prodlužují dobu plnění, snižují riziko při zátěži, ale také mohou přilížit „zpomalovat“, unavovat, vést k přibývání hmotnosti a dalším dysfunkcím. Pro správnou preskripci pohybové aktivity u pacientů léčených betablokátory je vhodné provedení zátěžového testu se stanovením správné tréninkové srdeční frekvence.

Pro život nejen kardiaka jsou však důležitější periferní svaly. Na tělo-

vychovném lékaři je, jak právě tyto svaly optimálně zajistit.

Výhodou aerobního tréninku je zvýšení maximální spotřeby kyslíku. Ta je nejsilnějším prediktorem KV mortality zvláště po 60. roce věku. Se vzrůstající VO<sub>2</sub>max dochází ke zlepšení lipidového spektra, glykemického profilu a hypertenze a dalších rizikových faktorů.

Výhody odporového (silového) tréninku spočívají zejména u lidí nad 60 let nejen ve zlepšení svalové síly, ale i aerobní zdatnosti, což u mladých lidí neplatí. Zvýšení krevního tlaku při cvičení nemusí být jen negativní, naopak vzestup krevního tlaku jak při aerobním, tak i odporovém tréninku je fyziologický.

## Bezpečnost preskripce

Každý pacient s ICHS nebo s vysokým KV rizikem by pro správnou preskripci pohybové aktivity měl absolvovat zátěžové vyšetření. Zátěžové vyšetření se má provést s nasazenou medikací včetně betablokátorů a optimálně ve stejné denní době, v jaké bude následně pacient cvičit. Protokol musí být individualizovaný podle zdatnosti a hmotnosti pacienta, není potřebné vždy dosáhnout subjektivního maxima. Pacient by se měl naučit vnímat bezpečnou intenzitu, k vyjádření se používá Borgova škála subjektivní zátěže. Důležitá je také prevence pozátěžové hypotenze. Vstupní vyšetření s návrhem preskripce patří do rukou zkušenému kardiologovi s dobrými znalostmi zátěžové fyziologie.

Doplnění prosté ergometrie o analýzu vydechaných plynů (spiroergometrii) pomáhá k objektivizaci tíže srdečního selhání a objektivizaci

stupně dušnosti. Až překvapivě hodně pacientů s klidovou ejekční frakcí okolo 20–25 % dosahuje průměrnou, nebo dokonce nadprůměrnou spotřebu kyslíku, tedy samotná klidová ejekční frakce ještě nevyovídá o výkonnosti pacienta.

## Význam monitorování

Pacient po KV příhodě by měl být v prvních hodinách cvičení monitorován minimálně jednosvodým EKG. Monitorování krevního tlaku před a po zátěži je pro pacienta velkou motivací k pohybu. Zvláště u diabetiků s hypoglykemizující léčbou jednoznačně patří do programu monitorování glykemií. Ze všeho nejdůležitější je však monitorování efektu, ať už je to zdatnost, hmotnost či obvod pasu, tolerance zátěže nebo vliv na psychiku. Sledování těchto efektů pacientem je nezbytným předpokladem, aby se u něj podařilo udržet dlouhodobý pohybový program.

Nezbytné jsou samozřejmě i intervence souvisejících odborností, obecně ale platí, že nejjednodušší je začít právě pohybem – výsledky jsou vidět velmi brzy. Tolerance zátěže se s pohybem lepší v horizontu týdnů, což pacienti vnímají velmi pozitivně. V horizontu měsíců pacienti lépe pracují s dietou. Zlepšení psychologického stavu nastává zpravidla do 3 měsíců, což podporuje další adherenci a compliance pacientů.

Program KVR je nyní zaváděn v rámci švýcarsko-české spolupráce z Fondu Partnerství. Program ověřuje (a úspěšně provozuje) i rekonvalesční centrum VŠTJ Medicina Praha v Salmovské ulici. Komplexně se tu KVR zabývá tým složený z tělovýchovného lékaře (MUDr. Matoulek), kardiologa (MUDr. Tuka), fyzioterapeuta, instruktorů pohybové aktivity, psychologů a nutričních terapeutů.

Jana Jilková

## STŘEDNÍ ZDRAVOTNICKÁ ŠKOLA KROMĚŘÍŽ

nabízí akreditované vzdělávací programy pro učitele odborných předmětů v rámci dalšího vzdělávání:

1. Manažerský vzdělávací program pro vedoucí odborných týmů
2. Nové přístupy k péči o staré a chronicky nemocné
3. Nové přístupy k péči o nemocné s urologickým onemocněním
4. Nové přístupy k péči o nemocné s infekčním onemocněním
5. Nové přístupy k péči o nemocné s ortopedickým onemocněním
6. Nové přístupy k péči o nemocné s psychiatrickým onemocněním
7. Nové přístupy k péči o nemocné s ORL onemocněním

www.szskm.cz



evropský  
sociální  
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,  
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání  
pro konkurenceschopnost

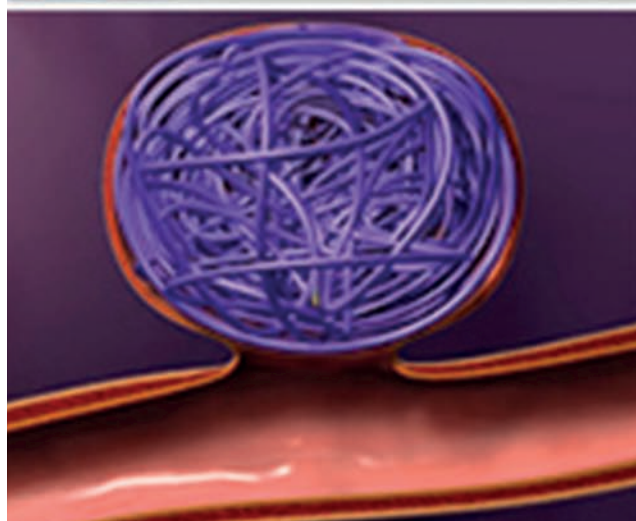
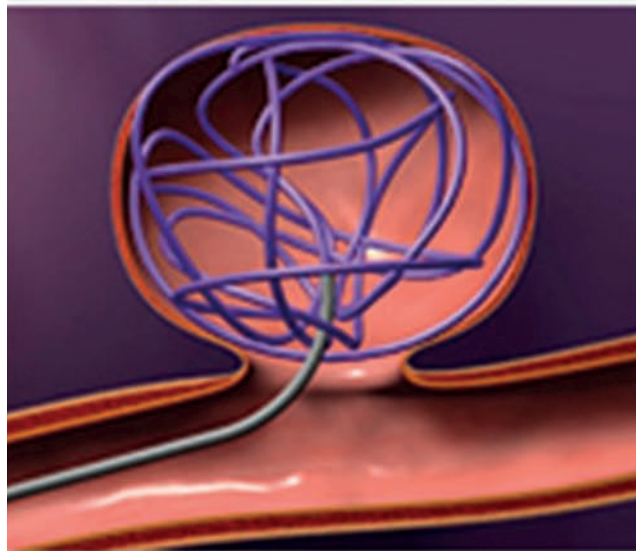
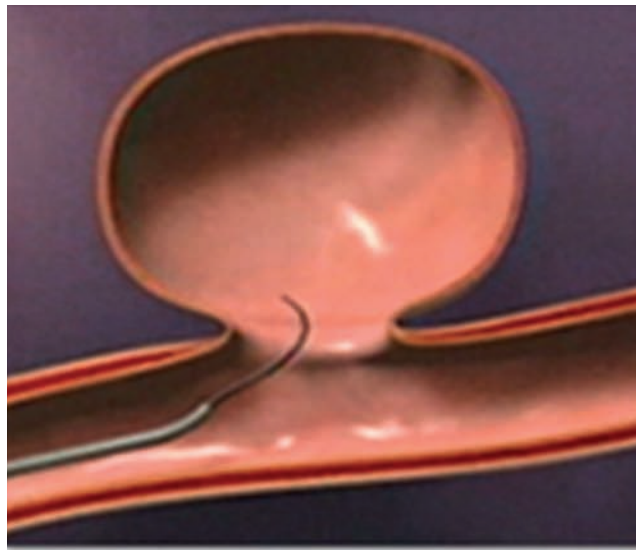
INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

POMÁHÁME UČITELŮM ODBORNĚ RŮST



# Coiling aneurysma

Aneurysma je výduť, neboli rozšíření cévní stěny, nejčastěji tepny. V místě rozšíření je stěna aneurysmatu oslabená a opakovaným tlakem krve může dojít k ruptuře (prasknutí) a k ohrožení člověka na životě. Onemocnění se vyskytuje asi u 0,5–1 % populace a obvykle je vrozené.

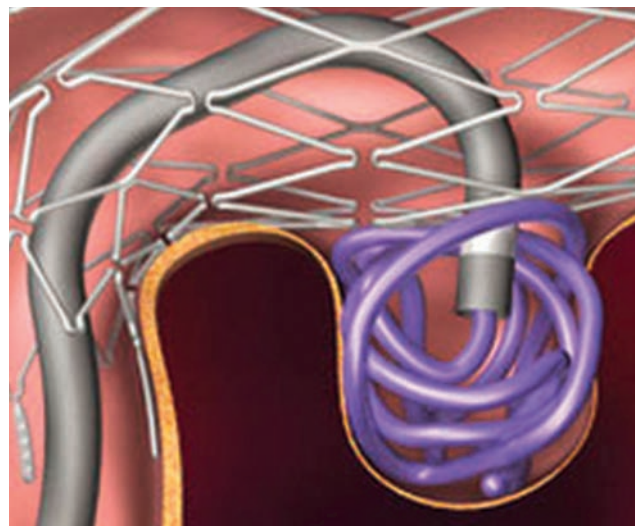


Coiling aneurysmatu | Foto: archiv autora

Nemocní jeho přítomnost zpravidla zjistí až v souvislosti s podstoupením některé ze zobrazovacích metod kvůli jiným onemocněním. Do té doby o něm neví. Aneurysma nezpůsobuje většinou žádné obtíže, ovšem do doby, než dojde k jeho ruptuře a následnému subarachnoidálnímu krvácení (SAK). V malém procentu případů výduť doroste velkých rozměrů a může způsobit obtíže útlakem nervových struktur (např. paréza III. hlavového nervu).

## Příčiny ruptury, diagnostika a léčba

Příčinou ruptury aneurysmatu bývá zvýšená tělesná námaha, rozčilení, defekace, někdy i pohlavní styk, tedy situace, při kterých dochází ke zvýšení arteriálního tlaku. Ruptura aneurysmatu je obvykle provázena náhlou, krutou, nikdy nepoznanou bolestí hlavy spojenou s nevolností, zvracením, světloplachostí a poruchou vědomí různého stupně. Základní metodou pro průkaz SAK je nativní CT vyšetření, a pokud je toto krvácení prokázáno, je třeba pátrat po jeho zdroji pomocí CT či MR angiografie. Nejpreciznější metodou pro diagnostiku a zároveň i léčbu aneurysmatu je DSA-digitální subtrakční angiografie. Jde o metodu spojenou s radiační zátěží a provádí se pomocí katétru zavedeného pod RTC kontrolou přes tenismus do mozkové tepny s výduť. Speciálním katétrelem lékař vyplňuje výduť tzv. coil (kovovými spirálkami), čímž dochází k uzavření aneurysmatu s jeho vyřazením z oběhu. Má-li aneurysma široký krček a spirálka z něj „cestují“ do mateřské tepny, může lékař do postiženého místa implantovat stent a skrze něj výduť embolizovat. Před embolizací je nutné pacienta dobře připravit stejně jako před každým operačním výkonem. Nemocný musí mít kompletní interní i předanesteziologické vyšetření, a trpí-li hypertenzí, je nutná její korekce. Pacientovi jsou důkladně vyhozena třísla a den před výkonem jsou mu podávány léky na snížení krevní srážlivosti, které jsou



Stentem asistovaný coiling | Foto: archiv autora

zároveň prevencí možné peroperační komplikace – vazospasmu. Tyto léky rovněž zajistí rozšíření cév a tím napomáhají k lepší přehlednosti při výkonu. Operační výkon embolizace výduť trvá asi 3 hodiny. Po jeho skončení se katétr vytáhne a místo vpichu je nutné stlačit kompresí, zpravidla po dobu 6 hodin. Pacient je po výkonu sledován na jednotce intenzivní péče. Kromě základních fyziologických funkcí je nutné pečlivě sledovat zejména prokrvení končetiny (sledujeme na arterii *tibialis posterior* a arterii *dorsalis penis*) a také místo vpichu v tříslu, zda nedochází ke krvácení.

I tento výkon může mít některé komplikace, jako je uzávěr mateřské tepny s aneurysmatem nebo jiné mozkové tepny, alergická reakce na kontrastní látku či zhoršení neurologického nálezu. Nedojde-li ke komplikacím, je pacient zpravidla druhý den po embolizaci přeložen na standardní oddělení a má již povolenou chůzi a pohyb bez větší fyzické námahy. Následující den je většinou propuštěn do domácí péče. Pacient pak musí docházet na pravidelné ambulantní kontroly k neurochirurgovi. Kontrolní MRA vyšetření se zpravidla provádí 4 měsíce po výkonu a doživotně (zpravidla jednou za rok) se kontroluje úplnost uzavěru výduť. Řešení aneurysmatu embolizací je šetrnější než operační řešení výduť takzvaným clippingem, kdy operátor přístupem z kraniotomie zavede clip (svorku) na krček aneurysmatu a tím dojde k jejímu úplnému uzavření.

## Výhody a nevýhody obou řešení

Výhodou embolizace je kratší délka hospitalizace a zotavování



Clipping | Foto: archiv autora

a také nižší riziko úmrtí či trvalých následků. Nevýhodou embolizace je, že může dojít k posunu spirál a tím k opětovnému průchodnosti aneurysmatu s nutností dalšího docílení, a pro tuto možnost jsou nutné opakované MRA kontroly.

Výhodou clippingu je, že je-li pacientovi správně zaveden clip, dojde k úplnému vyřazení aneurysmatu, nedochází zde již tedy k žádnému proudění krve a pacient je definitivně vyléčen. Nevýhodami této metody je, že jde o náročný a delší operační výkon, tedy je pro pacienta více zatěžující. Dále je větší četnost pooperačních komplikací, kterými mohou být parézy či plegie končetin, zhoršení zraku, výpadky paměti či psychické poruchy. Nevýhodou je také delší doba hospitalizace a zotavování a velká pooperační jizva.

Dosud neexistují jednoznačná indikační kritéria k operaci či endovaskulární léčbě. O tom, jakou metodu u pacienta použít, rozhoduje celý tým v zastoupení neurochirurgů a radiologů individuálně. Pro každou z metod jsou vhodné určité lokalizace a tvary výduť. Záleží také na celkovém stavu a věku pacienta.

# Kalendář akcí nelékařských zdravotnických pracovníků – říjen 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: [jilkova@mf.cz](mailto:jilkova@mf.cz)

## Aktuální problémy a mýty v gynekologii

2. října 2014

**Pořadatel:** Thomayerova nemocnice Praha  
**Místo konání:** Thomayerova nemocnice Praha  
**Kontakt:** Jaroslava Poláková, tel.: 605 235 788, jaroslava.polakova@ftn.cz, www.ftn.cz/vzdelavani

## XV. mezioborové sympozium

3. října 2014

**Téma:** Diabetes mellitus – oční komplikace  
**Pořadatel:** Centrum diabetologie IKEM  
**Místo konání:** Autoklub Praha  
**Kontakt:** www.gsymposion.cz, www.diab.cz

## Mezinárodní onkologický kongres Znojmo

3.-4. října 2014

**Téma:** Metody léčby onkologických onemocnění, péče o onkologicky nemocné atd.  
**Pořadatel:** ARCUS- ONKO CENTRUM  
**Místo konání:** Loucký klášter Znojmo  
**Kontakt:** Jana Koželská, tel.: 603 533 288, Bc. Hana Šopíková, tel.: 606 076 063  
*Pozn.: MOK je pro zdravotnické asistenty, střední zdravotnický personál, onkologicky nemocné, rodinné příslušníky i ostatní.*

## CSK Komplexní péče o nemocné se stomií na trávícím nebo močovém traktu

6.-10. října 2014

**Pořadatel:** Sekce chirurgických oborů ČAS spolu s ÚVN – VFN Praha  
**Místo konání:** Praha  
**Kontakt:** Mgr. Iva Otradovcová, iva.otradovcova@uvn.cz, www.cnna.cz

## IX. kadaňské sesterské dny

9.-10. října 2014

Inzerce M141001080

**Téma:** Úhel pohledu – „Na začátku přišlo slovo. Hned po něm přišlo nedorozumění.“

**Pořadatel:** Nemocnice Kadaň, s. r. o., a město Kadaň  
**Místo konání:** Kulturní dům Střelnice, Kadaň  
**Kontakt:** Veronika Jarošová, jarosova@bos-congress.cz, tel.: 602 118 289

## VI. česko-slovenská konference paliativní medicíny

9.-10. října 2014

**Pořadatel:** Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP spolu s Sekcí paliativní medicíny při SSŠLB a Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče  
**Místo konání:** Kancelář veřejného ochránce práv, Brno  
**Kontakt:** www.paliativnimedicina.cz

## CK Metody sterilizace, vyššího stupně dezinfekce a dezinfekce – způsoby jejich kontroly

13.-15. října 2014

**Téma:** Organizačně provozní problematika zdravotnických zařízení, metody vyššího stupně dezinfekce, dezinfekce a způsoby jejich kontroly, metody sterilizace a způsoby jejich kontroly.  
**Pořadatel:** NCO NZO Brno  
**Místo konání:** Brno  
**Kontakt:** Alena Muthsamova, tel.: 543 559 586, muthsamova@nconzo.cz, www.nconzo.cz  
*Pozn.: CK pokračuje druhým soustředěním 8. prosince 2014.*

## Rozhodování a chyby

14. října 2014

**Pořadatel:** Thomayerova nemocnice Praha  
**Místo konání:** Thomayerova nemocnice Praha  
**Kontakt:** Jaroslava Poláková, tel.: 605 235 788, jaroslava.polakova@ftn.cz, www.ftn.cz/vzdelavani

## VA Právní odpovědnost ve zdravotnictví

15. října 2014

**Téma:** Odpovědnost v občansko-právních vztazích, pracovních vztazích, trestně-právní odpovědnost, odpovědnost za přestupky  
**Pořadatel:** NCO NZO Brno  
**Místo konání:** Brno  
**Kontakt:** Květa Oplatková, tel.: 543 559 357, oplatkova@nconzo.cz, www.nconzo.cz

## XXI. kongres České internistické společnosti ČLS JEP

15.-18. října 2014

**Pořadatel:** ČIS ČLS JEP spolu s FN u sv. Anny v Brně  
**Místo konání:** Brno  
**Kontakt:** Eva Kašpárková, tel.: 543 182 253, eva.kasarkova@fnusa.cz, www.fnusa.cz

## Ošetřovatelství 2014

18. října 2014

**Téma:** Aktuální otázky ošetřovatelství  
**Pořadatel:** Region Mladá Boleslav ČAS  
**Místo konání:** Kosmonosy  
**Kontakt:** Mgr. Lucie Kopalová, tel.: 607 258 338, lucie.kopalova@seznam.cz, www.cnna.cz

## Specializační studium v oboru Aplikovaná Fyzioterapie

20.-22. října 2014

**Pořadatel:** Thomayerova nemocnice Praha  
**Místo konání:** Thomayerova nemocnice Praha  
**Kontakt:** Hana Kramperová, tel.: 603 827 765, hana.kramperova@ftn.cz, www.ftn.cz/vzdelavani  
*Pozn.: Studium pokračuje další částí v termínu 10.-12. listopadu 2014.*

## CK Prevence a monitoring nozokomiálních nákaz ve zdravotnických zařízeních

20.-24. října 2014

**Téma:** Mikrobiologie a epidemiologie infekčních a neinfekčních nemocí, právní předpisy, prevence a sledování nozokomiálních nákaz ve zdravotnických zařízeních.  
**Pořadatel:** NCO NZO Brno  
**Místo konání:** Brno

**Kontakt:** Lucie Kudličková, tel.: 543 559 587, kudlickova@nconzo.cz, www.nconzo.cz

## III. liberecká konference nelékařských profesí

22. října 2014

**Téma:** Výživa – od kojence po seniora ve zdraví i nemoci. Narozeninová prezentace – 10. výročí činnosti spinální jednotky a 20. výročí činnosti Neurocentra v KNL, a. s. Varia.  
**Pořadatel:** Krajská nemocnice Liberec, a. s.  
**Místo konání:** Krajská nemocnice Liberec, a. s., přednáškový sál, budova H  
**Kontakt:** milena.dudova@nemlib.cz, tel.: 602 544 367

## 60. výroční konference České urologické společnosti ČLS JEP

22.-24. října 2014

**Pořadatel:** ČUS ČLS JEP  
**Místo konání:** Hotel Voroněž, Brno  
**Kontakt:** Bc. Lucie Šafránková, tel.: 739 433 626, safrankova@hanzo.cz

## CK Řízená dokumentace v podmínkách zdravotnických zařízení

24.-26. října 2014

**Téma:** Požadavky na řízenou dokumentaci, obecný životní cyklus dokumentu, náležitosti dokumentovaného postupu pro řízenou dokumentaci, odpovědnosti a pravomoci při postupu řízené dokumentace. Praktické návky. Využití teoretických 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 Rehabilitační ošetřování specifických skupin imobilních klientů

24.-26. října 2014

**Téma:** Základní terminologie z rehabilitace. Vliv imobility na lidský organismus, preventivní rehabilitační úkony. Obecná pravidla preventivního, korekčního a antalgického polohování. Způsoby lokomoce TZP. ROŠ u klientů po CMP, u klientů s míšňí lézí, s parkinsonským syndromem,

u ortopedických klientů seniorského věku. Relaxační, stimulační a inhibiční prostředky v ošetřovatelství praxi. Kondiční cvičení na židlích, prevence bolesti zad, způsoby tréninku mozkových funkcí.  
**Pořadatel:** NCO NZO Brno  
**Místo konání:** Brno  
**Kontakt:** Ing. Alena Obstová, tel.: 543 559 517, obstova@nconzo.cz, www.nconzo.cz

## VA První psychická pomoc ve zdravotnictví

29.-31. října 2014

**Téma:** Krize v životě člověka. Základní principy krizové pomoci, umírání a smrt, pomoc pozostalým, suicidální problematika v první psychické pomoci. Osobnost zdravotníka a interventa. Intervent a péče o vlastní psychiku. Etika ve zdravotnictví. Zdravotnické právo.  
**Pořadatel:** NCO NZO Brno  
**Místo konání:** Brno  
**Kontakt:** Ing. Alena Obstová, tel.: 543 559 517, obstova@nconzo.cz, www.nconzo.cz  
*Pozn.: VA pokračuje modulem 2 v termínu 18.-21. listopadu a modulem 3 v termínu 3.-6. prosince 2014.*

## VA Manažer v ošetřovatelství péči

30.-31. října 2014

**Téma:** Obecný úvod – manažer a jeho kompetence, etika manažera. Kompetenční modely, systematizace pracovních míst a jejich uplatnění v praxi. Příjem nového zaměstnance, adaptační proces, jeho realizace a úskalí. Motivace, motivační faktory a jejich uplatnění v praxi. Hodnocení pracovníků, vedení hodnotícího pohovoru. Význam, příprava a realizace porad NLZP. Akreditační standardy v praxi. Praxe na odborném pracovišti (1 den): seznámení s praktickou realizací přednesených témat, dle zaměření účastníků kurzu stáž na příslušném medicínském útvaru.  
**Pořadatel:** NCO NZO Brno  
**Místo konání:** Brno  
**Kontakt:** Květa Oplatková, tel.: 543 559 357, oplatkova@nconzo.cz, www.nconzo.cz

Další říjnové akce najdete na [www.zdravi.e15.cz](http://www.zdravi.e15.cz)



MÖLNLYCKE  
HEALTH CARE

## Spíše než o osteoporóze

mluvme o nemocném člověku – či raději o zdravém stáří

Osteoporóza jako civilizační choroba s hromadným výskytem (trpí jí zhruba 8% české populace) se postupně dostává po povědomí odborné i laické veřejnosti jako závažný problém. Stále je však spojována s menopauzou a jejími projevy a je mnohdy limitována právě na postmenopauzální osteoporózu. Takovéto zjednodušení ovšem problému velmi škodí. Nejde totiž o samotnou osteoporózu – ať už ji budeme nazývat laicky „řidnutí kostí“ nebo jakkoli odborně. Jde o zvýšené riziko zlomenin a o jejich výskyt po nepřiměřeném úrazovém ději. Jde o příčiny tohoto stavu, o možnosti diagnostiky rizik a o možnosti a způsoby jak tomuto stavu předcházet a jak jej léčit.

Je obecně známo, že značná část, ne-li většina, tzv. osteoporotických zlomenin

vzniká u osob, které podle diagnózy osteoporózu nemají a podle měření kostní minerální hustoty (BMD) mají „pouze“ osteopenii. Ta přitom není v ČR považována za chorobu, a její léčba tedy není hrazena. Do stejné kategorie patří skutečnost, že preventivní opatření u metabolických chorob kostí podporujeme jen slovně, ale ne finančně. Přitom by některá byla nepřilíhš nákladná a přinesla by nejen medicínský, ale i ekonomický profit. Odborné texty v tomto čísle jsou proto velmi potřebným upozorněním, že značná část nemocných se zvýšeným rizikem zlomenin nepatří do jednoduché kategorie postmenopauzální osteoporózy. I tak „jednoduchý“ problém, jakým je masový výskyt nedostatku vitamínu D, si vyžaduje opakovanou upozornění na všechny

závažné důsledky, ke kterým vede. Nejsme stát, který by fortifikoval mléčné či jiné výrobky vitamínem D; jeho doplnění přirozenými zdroji, přiměřeným slunečním a jednoduchou suplementací by přitom bylo obrovským přínosem – a nejen pro dobrý stav kostry. Také sekundární osteoporóza není jen ta, která je spojena s dlouhodobým používáním vyšších dávek glukokortikoidů. Mnohé jiné léky a mnohé jiné choroby mohou být příčinou zvýšeného rizika zlomenin, je ale třeba na ně myslet a včas takovému riziku předcházet.

Nejzávažnější je však skutečnost, že naše populace stárne. Je mnoho diskusí a debat o důchodových reformách, ekonomice, dopadu do státního rozpočtu a dalších. Zdravotnictví je na vysoké úrovni

– dokáže mnohdy oddálit smrt o mnoho let. Důležité ale je, aby dokázalo pomoci starším lidem prožít stáří ve zdraví, dobré kondici a dobré kvalitě života. Osteoporóza patří k chorobám stáří. Nejde ale jen o diagnózu, jde o komplexnost pohledu zahrnující podporu zdravého životního stylu, předcházení chorobám, podporu pohybových aktivit, správnou výživu, udržení psychické i tělesné kondice. Seniorů bude přibývat – se všemi riziky, která pokročilejší věk přináší. Osteoporóza a zvýšené riziko pádů a zlomenin k nim patří. Připravme se na to. Nejen odborně, ale i organizačně a ekonomicky. Předcházíme rizikům a nečekejme na důsledky rozvinutých chorob.

prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc.  
Osteocentrum FN a LF UK, Hradec Králové

# Involuční osteoporóza – o čem mluvíme, když mluvíme o „osteoporóze“?

Japonský spisovatel Haruki Murakami miluje jazz, běh a knihy, vyrostl na Vonnegutovi a západní hudbě. Jeho dědeček byl buddhistický mnich, rodiče vyučovali japonskou literaturu. Je autorem známé knihy „O čem mluvím, když mluvím o běhání“. Díky svému původu, vzdělání a rozhledu má velmi komplexní, syntetizující a neotřelý pohled na problémy trápící západní civilizace. Z názvu jeho knihy se stala floskule, kterou bych si dovolil použít i ve verzi „O čem mluvíme, když mluvíme o osteoporóze“.

**O**steoporóza (OP) významně trápí civilizovaný svět a výhled jejího výskytu a následků pro další dekády je pandemický. Jedná se přitom především o tzv. involuční osteoporózu neboli osteoporózu II. typu spojenou s úbytkem kostní hmoty a zvýšeným výskytem zlomenin ve vztahu k postupujícímu věku. Situace kolem OP vázané na postmenopauzální ob-

dobí (OPI. typu) je poměrně jednoduchá. Náhlý a rychlý pokles hladin ženských pohlavních hormonů vede, především u predisponovaných osob, k rychlému úbytku kostního minerálu, dominantně v oblasti trabekulární kosti a na obratlích. Je třeba vyloučit rizikové osoby, měřit jejich kostní hustotu (BMD), zavést preventivní saturaci kalcie a vitamínem D, dbát o včasnou

hormonální substituční terapii a v případech, že ani jeden z těchto postupů nestačí, máme dnes k dispozici řadu efektivních léků, které zlepšují kostní hustotu a snižují riziko zlomenin.

### **Nový pohled na osteoporózu**

Touto optikou je dnes ovšem nahlíženo na OP obecně, a to jak laickou veřejností, tak bohužel

i značnou částí veřejnosti odborné. Problematika OP spojená s pokračujícím a prodlužujícím se věkem dožití je dnes podstatně komplikovanější. Aplikace měření obsahu kostního minerálu na čtvereční centimetr má své limity a v podmínkách geriatricke je nedostatečná. Tato situace vedla přední britskou osteoložku Ethel Sirisovou k sepsání článku „Co myslíme osteoporózou? Z č-

ho se skládá klinická diagnóza osteoporózy? (Siris ES, Boonen S, Mitchell PJ et al. What is in the name? What constitutes the clinical diagnosis of osteoporosis? *Osteoporos Int* 2012; 23: 2093-2097). Autorka v publikaci poukazuje na skutečnost, že OP je třeba chápat jako klinický syndrom a nelze ji redukovat na výstup z DXA přístroje. Významným pokrokem v identifikaci pacientů ohrožených zlomeninami bylo zavedení skórovacího systému FRAX, umožňujícího hodnocení absolutního desetiletého rizika hlavních OP zlomenin. Ani tento nástroj však adekvátně nereflektuje jeden z hlavních problémů geriatricke populace, kterým jsou frekvencované pády.

## MEDICÍNA

### Dva typy zlomenin

Chápání osteoporózy jako souhrnu kostních vlastností – hustoty, změn architektury, změn geometrie apod. – jen omezeně vypovídá o riziku zlomenin. Existují totiž dva typy zlomenin vyššího věku. Jednak jsou to zlomeniny osteoporotické, spojené s významným poklesem hodnot kostní denzity a změnami mikroarchitektury. Existuje však ještě druhý typ zlomenin vyššího věku, a to zlomeniny spojené s pády. Právě tento typ zlomenin vede k významné invaliditě a kumulaci handicapů u geriatrických pacientů. Víme, že k většině zlomenin ve vyšším věku dochází u osob s hodnotami BMD mimo pásmo osteoporózy. Víme také, že aplikace klasických densitometrických parametrů na osoby ve vyšších decenních není vůbec možná. Tento jev byl dosud podceňován a nebyl zahrnut do většiny studií sledujících efekty a účinnost antiosteoporotických léků. Důvodů je řada – od obtížnosti klasifikace rizika pádů až po problémy metodologické. I v této oblasti však nyní dochází k významnému posunu.

Proces stárnutí je neodvratně spojen s poklesem funkce a anatomickou involucí neuro-muskulo-skeletálního systému jako celku. Cílem našeho snažení proto nemůže být izolované navyšování hustoty kostí či změn jejich architektury, ale podstatně komplexnější přístup ke geriatrickému pacientovi. Cílem léčby OP a snížení rizika zlomenin tedy nemůže být pouze zpevnování kostí, ale především snížení rizika pádů. Chceme-li omezit riziko zlomenin a pádů v geriatrické populaci, musíme do svého diagnostického rejstříku zahrnout i pojmy sarkopenie a frailty syndrom/syndrom křehkosti.

### Sarkopenie a sarkoporóza

Termín sarkopenie poprvé použil Irwin Rosenberg v roce 1989 pro věkově podmíněný úbytek svalové hmoty. Přitom procesy úbytku kostní a svalové hmoty jsou velmi úzce propojené na několika úrovních. Roli hrají nepochybně faktory funkčně-mechanické, ale i genetické. Orwoll hovoří o „dialogu“ mezi svaly a kostmi (cross-talk between muscle and bone). Oba tyto procesy mají společný základ v *dysbalanci*. U osteoporózy je to dysbalance mezi resorpcí a formací, u sarkopenie mezi syntézou a degradací svalů.

V průběhu života ztrácí člověk 20–30 % svalové hmoty, ve věku nad 90 let až 50 %. Ženy ztrácejí v průměru 1 kg a muži 2 kg svalové hmoty za dekádu života. Výskyt sarkopenie se udává kolem 5–13 % u osob mezi

60–70 roky a 10–50 % u osob nad 80 let věku. Podobně jako osteoporóza má i sarkopenie významný dopad na zdravotní stav geriatrických pacientů a následky obou stavů jsou spojeny s významnou ekonomickou zátěží. Sarkopenie zvyšuje riziko pádů dvojnásobně a riziko omezení fyzické samostatnosti pacientů trojnásobně. Při analýzách souborů geriatrických pacientů se ukazuje, že naprostá většina z nich trpí jak sarkopenií, tak osteoporózou. Někteří autoři proto hovoří o „sarkoporóze“. Jednou z priorit pro blízkou budoucnost je stanovení podobné definice, jakou máme pro osteoporózu, také pro sarkopenii. Sarkopenie ale není synonymem pro prostý úbytek svalové hmoty. Její integrální součástí jsou také funkční poruchy – snížení svalové síly a snížení fyzické výkonnosti. Zdá se, že úbytek svalové hmoty může být odpovědný až za 60% snížení fyzické výkonnosti. Zbytek je otázkou svalové síly a kvality svalů.

### Nebezpečná inaktivita

Sarkopenie má podobné etiopatogenetické příčiny jako osteoporóza. Může být primární – věkově podmíněná –, ale také sekundární, spojená s fyzickou inaktivitou, přidruženými chorobami nebo poruchami nutrice. Sarkopenie je dobře patrná a často se vyskytuje u osob s astenickým habitem. Klinický problém však představují i osoby obézní, u nichž dochází z různých příčin k úbytku svalové hmoty a kde se obvykle na tento problém pomyslí až výrazně později (sarkopenická obezita).

Z hlediska vztahu sarkopenie a osteoporózy je nejvíce alarmující situace u pacientů s frakturou krčku femuru. Ukazuje se, že desetidení naprostý klid na lůžku u takto postižených pacientů může vést až ke ztrátě 1,5 kg LBM (lean body mass), což odpovídá 15% ztrátě svalové síly dolních končetin. To je spojeno se špatnou prognózou takto postižených osob, nejsou-li po operaci rychle zmobilizovány a suplementovány dostatečným množstvím substrátů pro syntézu proteinů.

Otázkou zůstává možnost farmakoterapeutického ovlivnění sarkopenie. Kandidátních látek jsou desítky, reálně prakticky využitelné z hlediska medicíny založené na důkazech jsou však jen vitamin D a alfa-kalcidol. Zcela zásadním terapeutickým i preventivním opatřením je pravidelná fyzická aktivita. Snížená mobilita vede ve velmi krátké době k významné progresi sarkopenie a později i k úbytku BMD.

### Frailty syndrom

Frailty syndrom (FS) patří k základním geriatrickým syndromům. Bývá označován za samotné jádro současné geriatry. Jeho principem je kumulace deficitů spojená se stárnutím, která vede ke snížené schopnosti odpovídat na zevní stresory a udržovat systémovou homeostázu. Dochází zde ke snížení fyziologických rezerv a zvyšování rizika nepříznivých konsekvencí stárnutí. Zjednodušeně řečeno se jedná o akcelerované, neúspěšné stárnutí.

Osobní biologický věk je podmíněn množstvím různých deficitů, které jedinec získá v průběhu života, a může být individuálně velmi podstatně odlišný. FS představuje období a stav v průběhu života, kdy se jedinec stává zranitelným v důsledku nepříznivé zevní příčiny (trigger event) spouštějící kaskádu následků s nepříznivým vyústěním. Jedná se o pády, zranění, recidivující infekty, opakovaně hospitalizace, zhoršenou rekonvalescenci, zvýšené riziko iatropatogenních poškození – to vše pak vede k nesamostatnosti v osobním životě, v nejhrošším případě až ke smrti pacienta.

Na druhé straně to je životní období, v němž pomocí správné intervence můžeme dalším problémům účinně zabránit. Jde o jakési „terapeutické okno“ v procesu stárnutí, spojené s možností reverzibility. Nejjednodušší a klinicky nejpraktičtější klasifikace frailty fenotypu je založena na syndromologii podle L. Friedové. Osoby s negativním skóre jsou označovány jako „robust“ (zdatné). Splnění 2 kritérií hodnotí pacienta jako „pre-frail“, při splnění 3 a více kritérií je osoba hodnocena jako „frail“ (křehká). Prevalence FS v populaci je odhadována na 10–25 % u osob nad 65 let a 30–45 % u osob nad 85 let. Adaptovaná kritéria podle Friedové byla převzata Americkou geriatrickou společností a jsou v současnosti užívána i v osteologii.

Podobně jako u sarkopenie může i u frailty syndromu představovat diagnostický problém skupina osob s nadváhou. Zde hovoříme o fat-frail syndromu. Víme, že obézní osoby mívají lepší hodnoty BMD než osoby astenické, ale přesto mají větší sklon k pádům a tím i zlomeninám. Bludný kruh začíná snížením fyzické aktivity, což vede ke snížení funkční rezervní kapacity vícečetných orgánových systémů. Primárním preventivním i terapeutickým přístupem proto musí být pravidelná fyzická aktivita.

### Pády a studie

Jak již bylo uvedeno, primárním cílem řešení osteoporózy nemůže

být pouhé navyšování mechanické odolnosti kostí, ale také snížení rizika pádů a následných fraktur. Pády utrpí ročně až 35 % osob nad 65 let, nad 70 let dokonce 42 % osob. Kolem 50 % pádů vede ke zraněním, 10–15 % pádů k závažným zraněním a 1–2 % končí frakturou krčku femuru. Strach z pádů, vedoucí k omezování fyzické aktivity, má přitom 60 % osob nad 65 let.

Všechny osteoporotické studie mají klasický design – pokles BMD pod -2,5 SD a eventuálně rozdělení na pacienty se zlomeninami či bez nich. Existuje jen málo prací provedených na osobách s hodnotami BMD lepšími než -2,5 SD. Víme přitom, že 50 % zlomenin krčku femuru se vyskytuje u osob mimo pásmo osteoporózy dle WHO kritérií pro BMD. V mnoha studiích bylo prokázáno, že pády jsou nezávislým prediktorem osteoporotických fraktur. Problémem je, že pády, jejich definice, frekvence a hodnocení rizika dosud nebyly součástí klasických studií hodnotících efekt přípravků na snížení rizika zlomenin. Nepochybně odlišné charakteristiky mají pády „indoor“ a „outdoor“, jiné jsou pády u osob institucionalizovaných a jiné u osob žijících samostatně. Nebyly hodnoceny ani pády současně s klasifikací rizika podle frailty syndromologie či rozsahu sarkopenie. Frailty syndrom zvyšuje riziko pádů dvojnásobně a riziko hospitalizace trojnásobně.

V současné době jsou analyzovány a postupně publikovány výsledky GLOW cohort study (Global Longitudinal study of Osteoporosis in Women). Studie se zúčastnilo 723 pracovišť ze zemí EU, Severní Ameriky a Austrálie. Sledováno po dobu 3 let bylo celkem 60 393 postmenopauzálních žen, BMD měřeno nebylo, bylo ale hodnoceno riziko pádů. Ve sledovaném souboru bylo 22 % žen vyhodnoceno jako frail a 31% jako pre-frail. FS zvyšoval riziko zlomenin (OR 1,23; CI 1,07–1,42), riziko disability (OR 2,29; CI 2,09–2,51) a riziko opakovaných pádů (OR 1,68; CI 1,54–1,83). Během sledovaného období utrpělo náhodnou zlomeninu 6,8 % pacientek. Riziko zlomenin bylo nejvyšší u žen s komorbiditami z oblasti neurologie – Parkinsonova nemoc (HR 3,89; 2,78–5,44), roztroušená skleróza (HR 2,7; 1,9–3,8), cerebrovaskulární příhody (HR 2,0; 1,67–2,46). Revmatoidní artritida zvyšovala riziko zlomeniny s HR 2,15 (1,53–3,0).

### Hodnocení a prevence

Jak nakládáme s informacemi o pádech získanými od našich pacientů v klinické praxi? V součas-

né době jsou minoritně užívané skórovací systémy Garvan Fracture Risk Calculator a Q Research Fracture Score. První z nich registruje a hodnotí anamnézu pádů i zlomenin systémem 0, 1, 2 a nad 2 příhody, druhý pouze systémem ano/ne. V klinicky nejčastěji užívaném skórovacím systému rizika FRAX pády hodnoceny nejsou. Podle expertní skupiny pro FRAX v porovnání s osobami bez pádů, anamnéza pádu v předchozím roce zvyšuje u žen desetileté riziko zlomeniny krčku femuru o 30 %.

Lze pádům efektivně předcházet? Základem je zlepšování fyzické kondice ohrožených osob. Patří sem trénink chůze s balančními cvičeními, zvyšování svalové síly, vytrvalostní cvičení, podpora flexibility a cvičení zlepšující orientaci v prostoru. Tímto přístupem lze omezit riziko pádů i zlomenin. K účinným preventivním opatřením patří i úprava rizikové farmakoterapie. Je známo, že starší osoby užívající více než 3 druhy léků mají vyšší riziko zlomenin. Omezení psychotropní medikace ovlivňující vigilitu snižuje riziko pádů velmi významně.

### Kdo má vlastně osteoporózu?

Z uvedených skutečností vyplývá, že typický pacient je sice často osteoporotik dle DXA kritérií WHO, častěji však spíše spadá do pásma osteopenie. Má určité absolutní riziko zlomenin dle FRAX, určitý stupeň presarkopenie, či dokonce sarkopenie a do různé míry vyjádřený frailty syndrom. Většinou trpí také osteoartrózou, která, jak se ukazuje, má stále více společných styčných bodů s osteoporózou. Zdá se, že osteoporóza je spíše klinický syndrom než nozologická jednotka. Vztah sarkopenie a frailty syndromu vede některé autory k návrhu nového termínu „dysmobility syndrom“. Zlomenina coby nepříznivý důsledek tohoto stavu pak představuje spíše „perignózu“ než diagnózu. Klinická intervence musí být komplexní. Je třeba identifikovat osoby ohrožené pády a zlomeninami, komplexně zhodnotit jejich specifické riziko a navrhnout individuální intervenční program. Skupina osob, které nemají osteoporózu podle současné definice, ale přesto často padají a trpí zlomeninami, se rychle zvětšuje. Samotné podávání kalcia, vitaminu D a antiosteoporotik je z hlediska prognózy geriatrických pacientů přístupem nedostatečným, ignorujícím riziko pádů a zlomenin.

MUDr. Jiří Jenšovský, CSC,

Interní klinika I. LF UK a ÚVN, VFN Praha

# Osteopatie u epileptiků

Epilepsie patří k nejčastějším chronickým neurologickým onemocněním. Ve své aktivní formě postihuje přibližně 0,5–1 % populace. Prevalence abnormních hodnot denzity kostního minerálu (BMD) v populaci dospělých epileptiků dlouhodobě (5 let a déle) léčených „klasickými antiepileptiky“ je vysoká. Hodnoty BMD jsou abnormní u 60 i více procent těchto pacientů, a to nejčastěji v pásmu osteopenie, méně často osteoporózy.

Mezi klasická antiepileptika (AE) řadíme fenytoin (PHT), fenobarbital (PB), primidon (PRM), karbamazepin (CBZ) a valproát (VPA). Data týkající se „nových“ AE jsou sporá, resp. u některých zcela chybí.

## Terminologie

Na osteopatii v populaci epileptiků poprvé upozornili němečtí autoři koncem 60. let 20. století v souvislosti s léčbou PB a PHT. Následně se v anglosaské literatuře setkáváme s označením „osteomalacia associated with anticonvulsant drug therapy“, v německé literatuře pak s termínem „Osteopathia antiepileptica“ či „Antiepileptika-induzierte Osteopathie“. Tyto termíny jako by předjímaly klíčovou roli AE v patogenezi osteomalacie, resp. osteoporózy u epileptiků. V následujícím textu bude používán termín „osteopatie u epileptiků“ (OE). Tento termín se jeví jako vhodnější. Patofyziologie OE je totiž multifaktoriální a není dosud jasné, zda AE jsou faktorem klíčovými.

Klinická praxe je v celosvětovém měřítku poznamenána nedůsledností, pokud se jedná o diagnostiku a léčebně preventivní opatření týkající se OE. Součástí tohoto textu je proto návrh opatření pro klinickou praxi, který byl publikován v rámci přehledného článku koncem roku 2013.

## Patogeneze

Studie týkající se problematiky OE se zabývají především mechanismy související s AE medikací.

### A. Klasická antiepileptika

● **AE – enzymatické inhibitory (AE-IND)**. Negativní dopady PB, PHT a PRM na kostní tkáň jsou obecně akceptovány. Pokud se týká CBZ, jsou literární data méně jednotná. Zdá se, že především indukce enzymů zúčastněných v metabolismu vitamínu D a steroidních hormonů bude signifikantní s ohledem na riziko rozvoje OE. Pokud se týká vitamínu D, je nepochybné, že medikace AE-

-IND v naší zeměpisné šířce prohlubuje deficit vitamínu D, jehož prevalence v běžné populaci je již beztak vysoká. V úvahu přicházejí i další mechanismy, například inhibice buněčné odpovědi na parathormon, deficit vitamínu K, hyperhomocysteinemie či deficit vitamínu B12.

● **AE – enzymatické inhibitory (AE-INH)**. Patogeneze OE je v případě VPA nejasná. Zvažován je především význam inhibice histondeacetylázy, která má za následek výrazné omezení syntézy kolagenu typu I a osteonektinu. VPA také, podobně jako AE-IND a některá nová AE, snižuje hladinu folátů, a je tedy rizikovým faktorem pro hyperhomocysteinemii, jejíž asociace s akcelerací poklesu BMD byla recentně referována. Data k STM (sulthiam) chybí.

### B. Nová antiepileptika

Jde o topiramát (TPM) a zonisamid (ZNS). Tato dvě nová AE patří, společně s STM, k inhibitorům karboanhydrázy. Inhibice karboanhydrázy je příčinou metabolické acidózy u vysokého podílu dospělých i dětí medikovaných TPM. Negativní dopady acidózy na kostní tkáň jsou dobře známy. Možné riziko stran rozvoje OE v souvislosti s inhibitory karboanhydrázy naznačují výsledky studií na hladavcích v případě ZNS, výsledky vyšetření BMD postmenopauzálních žen dlouhodobě léčených acetazolamidem a především data týkající se TPM publikovaná v posledních čtyřech letech. Dalším mechanismem negativně ovlivňujícím kostní tkáň může být v případě TPM hyperhomocysteinemie a deficit vitamínu B12. Felbamat (FBM), TPM a oxcarbazepin (OXC) bývají, co se týče potenciálu indukce enzymů I. a II. fáze, řazeny mezi slabé AE-IND. Zda FBM a TPM mohou vykazovat podobné patogenetické rysy při rozvoji OE jako AE-IND není zatím známo. V případě OXC je ovšem velmi pravděpodobné, že k enzymatické indukci s následnou akcelerací metabolismu vitamínu D dochází, a to v obdobně

míře jako u CBZ. Medikace OXC je též spojena s rizikem hyperhomocysteinemie. Patofyziologické mechanismy relevantní k OE u ostatních nových AE nejsou v literatuře dosud uváděny.

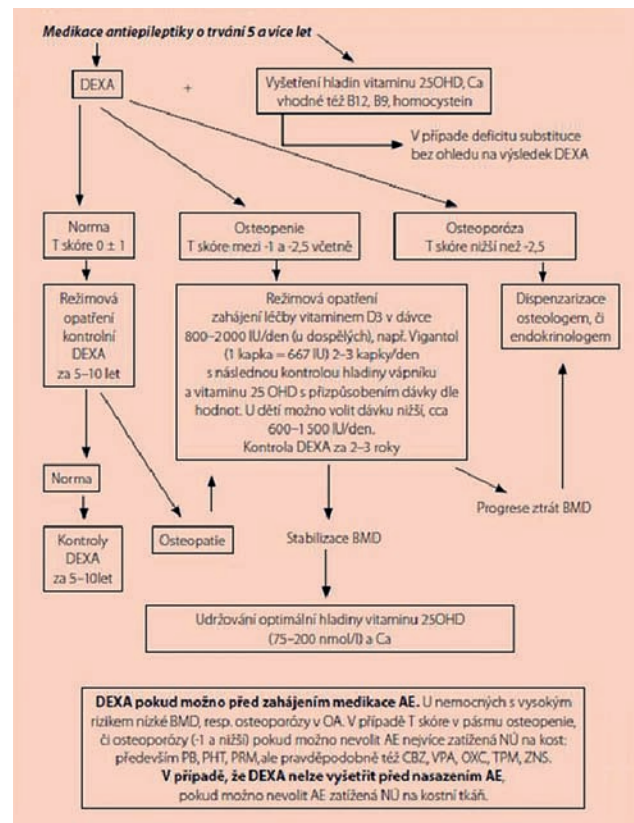
## Faktory nezávislé na antiepileptické medikaci

Úroveň fyzické aktivity, resp. mechanické stimulace skeletu, doba expozice slunci, obsah kalcia a vitamínu D ve stravě, to vše jsou významné faktory nezávislé na AE medikaci.

Na zásadní význam pohybové aktivity a expozice slunci v rozvoji těžších forem OE poukazují například výsledky týkající se institucionalizovaných epileptiků či výsledky korelací BMD s tíží motorického deficitu. Kromě motorického deficitu či mentální retardace, může být také anxieta dalším aspektem, který redukuje motorickou aktivitu; nemalý podíl epileptiků (cca 40 %) na základě zkušenosti s poraněním či pády redukuje i běžné denní aktivity. Práce Baera, která se týká hodnocení kvality kosti a saturace vitamínem D u 338 mentálně retardovaných dětí, dobře demonstrovuje klíčovou roli ambulantní formy léčby, resp. délku expozice slunci. Tíže patologických změn vykazovala vzestupný trend v následujícím pořadí: ambulantně léčení bez AE – ambulantně léčení s AE – institucionalizovaní bez AE – institucionalizovaní s AE. Je vhodné připomenout, že činnost epileptického ložiska může být zasazena také homeostáza endokrinního a/nebo imunitního systému. Epilepsie je dále poměrně častou komorbiditou některých autoimunitních onemocnění (např. SLE, celiakie, paraneoplastické syndromy), resp. některá epileptická onemocnění mají autoimunitní podklad. Tyto mechanismy nebyly v souvislosti s OE dosud systematicky studovány.

## Shrnutí pro klinickou praxi

● **Etiologie OE** je multifaktoriální. Kromě AE medikace je třeba počítat s významnou rolí úrovně



## Osteopatie u epileptiků – algoritmus dispenzární péče

fyzické aktivity, doby pobytu na slunci a příjmu vitamínu D, resp. kalcia stravou. To vše s individuální vnímavostí jedince, která je dána jeho genetickou výbavou.

● **Prevalence OE** v populaci epileptiků dlouhodobě (5 let a déle) léčených „klasickými“ AE je vysoká. U 60 i více procent této populace jsou hodnoty BMD abnormní, a to nejčastěji v pásmu osteopenie (T skóre -1 až -2,5 včetně), méně často osteoporózy (T skóre méně než 2,5).

● **Riziko OE** stoupá s délkou AE medikace, s kombinací AE, institucionalizací a s přítomností jiných rizik pro kostní tkáň v anamnéze.

● **Nová antiepileptika**. Je pravděpodobné, že TPM, ZNS a OXC představují AE s rizikem ztrát BMD. Je možné, že medikace LEV nepředstavuje významné riziko pro kostní tkáň. Efekt LTC je dosud nejistý, je ale pravděpodobné, že kombinace LTC s VPA potencuje nežádoucí účinek VPA na kostní tkáň. K ostatním novým AE chybí relevantní data.

● **Zlatým standardem diagnostiky** stupně OE je osteodenzitometrické vyšetření metodou duální rentgenové absorpciometrie (DEXA).

● **Vitamin D** v dávce 2 000–4 000 IU/den je podle literárních zdrojů efektivním léčebně preventivním opatřením stran rozvoje OE u dospělých. U dětí je možné očekávat dobrý terapeutický efekt i u dávek

nižších (400–800 IU/den). Během léčby vitamínem D je nutná kontrola hladiny vápníku a vitamínu 25(OH)D v séru, u nemocných s ledvinovým onemocněním též kontrola hladiny 1,25(OH)2D. Důvodem k monitoraci hladin vitamínu D je jak titrace dávky do optimální hladiny, tak záchyt případné hypervitaminózy D, resp. hyperkalcemie, která je spojena s rizikem ektopických kalcifikací, poruch srdečního rytmu, vředové choroby, pankreatitidy a s akcelerací aterosklerotických změn. Optimální hladina 25-hydroxyvitamínu D je 75–200 nmol/l. Vzhledem k systémovým účinkům vitamínu D lze předpokládat, že optimální saturace vitamínem D může mít pozitivní důsledky přesahující kontext OE.

## Navrhovaná opatření pro klinickou praxi

(viz obr.)

**A. Osteodenzitometrické vyšetření metodou DEXA pokud možno před zahájením léčby AE u pacientů s vysokým rizikem nízké BMD v anamnéze** (v případě, že DEXA nelze vyšetřit před nasazením AE, pokud možno nevolit AE zatížená NU na kostní tkáň):

- ženy v menopauze,
- astenický habitus (body mass index <math>< 19</math> kg/m<sup>2</sup>),
- zlomenina obratle, nízkotraumatická zlomenina,

## MEDICÍNA

- suspektní osteoporóza podle rtg,
- osteoporóza u přímých příbuzných,
- onemocnění s vysokým rizikem osteoporózy (revmatoidní artritida, malabsorpční syndromy, hyperparatyreóza, hypogonadismus, chronická onemocnění jater a ledvin),
- medikace: dlouhodobá léčba kortikoidy, heparinem, cytostatiky, antacidy, inhibitory aromatázy, medroxyprogesteronem (Depo-Provera), SSRI.

V případě T skóre v pásmu osteopenie či osteoporózy (tzn. -1 a nižší) pokud možno nevolit AE nejvíce zatížená NÚ na kostní tkáň (zejména PB, PHT, PRM, ale pravděpodobně též CBZ, VPA, OXC, TPM, ZNS). Vhodné preferovat LEV, případně LTG, s výjimkou jeho kombinace s VPA.

### B. Osteodenzitometrické vyšetření metodou DEXA u kaž-

### dého pacienta, který je 5 a více let kontinuálně léčen AE.

#### 1/ Normální hodnota T skóre (více než -1)

- Informovat o významu pohybové aktivity, příjmu vápníku a vitamínu D stravou, resp. o významu přiměřeného pobytu na slunci dle citlivosti pokožky (fototypu).
- Kontrolní DEXA za 5–10 let, pokud nedojde k významné změně anamnézy stran kostních rizik.
- Vyšetření hladiny vápníku a vitamínu 25OHD (u nemocných s ledvinným onemocněním též hladiny 1,25(OH)<sub>2</sub>D): především u nemocných na AE-IND. V případě hodnoty vitamínu 25OHD < 50 nmol/l substitute (dávká viz níže bod 2/a, optimální hladina vitamínu D<sub>25</sub> OH viz výše. Kontrola hladin kalcia a vitamínu

25OHD v čase (první kontrola za 3–6 měsíců, následně 1x za 6–12 měsíců).

#### 2/ Hodnota T skóre -1 až -2,5 včetně

- Dtto body 1 a), c) + zahájení medikace vitamínem D<sub>3</sub> v dávce 800–2000 IU/den, tzn. např. Vigantol (D<sub>3</sub>, 1 kapka = 667 IU) 2–3 kapky/den s následnou kontrolou hladiny vápníku a vitamínu 25 OHD a přizpůsobením dávky podle hodnot.
- Kontrolní DEXA za 2–3 roky. Regrese či tendence k vzestupu BMD: pokračovat v zavedené léčbě s kontrolami hladin vápníku a vitamínu 25OHD 1x za 6–12 měsíců. V případě progresy nálezů předání do osteologické péče.
- Pokud možno redukovat medikaci AE rizikovými pro kost (viz text výše), resp. omezit

tento typ AE v add-on terapii. Variantou může být vynechání bodů 2 a) b) a předání pacienta do osteologické či endokrinologické dispenzarizace již v této fázi.

#### 3/ Hodnota T skóre nižší než -2,5

Dtto body 1 a) + 2 c) + předat k léčbě a dispenzarizaci osteologem nebo endokrinologem. V této souvislosti je třeba mít na paměti nejistý vliv především hormonální léčby či léčby selektivními modulátory receptoru estrogenu na kompenzaci epilepsie. V případě dekompenzace epilepsie v souvislosti s antiosteoporotickou léčbou je nutná vzájemná spolupráce obou zúčastněných odborností.

### Závěr

Je zřejmé, že dlouhodobá léčba antiepileptiky je významným rizikovým faktorem pro poškození

metabolismu kostní tkáně s hrozcím vývojem osteoporózy, osteomalacie či jejich kombinace a především s následným zvýšením rizika fraktury. Počet potenciálně ohrožených osob je vysoký a zdravotní, sociální i ekonomické dopady jsou velmi významné. Bude nepochybně vhodné a potřebné, aby zainteresované odborné společnosti vypracovaly pokyny pro prevenci, diagnostiku a léčbu OE.

Jedná se o interdisciplinární problematiku. Základním předpokladem dobré spolupráce je aktivní přístup neurologické obce k diagnostice a prevenci OE, především zahrnutí osteodenzitometrického vyšetření do rejstříku pomocných vyšetření v dispenzarizaci epileptiků.

MUDr. Julius Šimko, Ph.D.,

Neurologická klinika LF UK a FN Hradec Králové

# Vitamin D a osteoporóza

Nízké hladiny vitamínu D zvyšují riziko osteomalacie a osteoporózy. Nedostatečnost tohoto vitamínu je přitom typická pro země nacházející se nad 40° severní šířky (většina Evropy). Faktory, které snižují tvorbu vitamínu D v kůži, jsou věk, tmavá pigmentace kůže, ochranné krémy na opalování, nedostatek slunečního světla a oděv zakrývající pokožku.

### Vitamin D v potravě

Z běžné potravy je možné získat jen 50–150 IU vitamínu D denně, zatímco denní potřeba je 800 IU. Zdrojem vitamínu D jsou především mořské ryby, které obsahují větší množství cholekalciferolu (viz tab.). Z potravy a suplementů je vitamin D resorbován tenkým střevem. Jakékoli onemocnění, při němž dochází k malabsorpci, má negativní dopad na resorpci vitamínu D. Rovněž léky, jež brání resorpci tuků, snižují i resorpci vitamínu D střevem.

### Hladina kalcidiolu a osteoporóza

Hlavní účinek vitamínu D je re-

sorpce kalcia střevem – tvorbou aktivního kalcium vázajícího proteinu. Při jeho nedostatku se vstřebá pouze 10–15 % kalcia a 60 % fosforu přijatého stravou. Ukazatelem stavu vitamínu D v organismu je plasmatická koncentrace kalcidiolu. Hladina kalcidiolu vypovídá o množství vitamínu přijatého potravou, dále získaného z expozice kůže slunci a z tukových zásob v játrech. Hladiny kalcidiolu pod 10 ng/ml vedou k osteomalacii, hladiny mezi 20–35 ng/ml k osteoporóze (1 ng/ml = 2,5 nmol/l; 1 mg = 40 000 IU). Ukazuje se, že polovina evropské populace má hod-

noty kalcidiolu menší než 30 ng/ml (75 nmol/l). Kritický nedostatek vitamínu D je jednou z příčin senilní osteoporózy. Až 80 % nemocných ve věku 83 ± 8 roků má plasmatickou hladinu 25(OH)D < 10 ng/ml. Hodnota kalcidiolu pod 25 nmol/l (10 ng/ml) je hodnocena jako závažný nedostatek vitamínu D. Pokles koncentrace vitamínu D pod 12 ng/ml vede u starých lidí k poklesu svalové síly, např. *m. quadriceps femoris* a poruchám rovnováhy. Závažný nedostatek vitamínu D a kalcia v dětství vede k rachitidě, u dospělých k osteomalacii.

### Klinické studie

Účinek podávání vitamínu D ve vztahu k výskytu zlomenin u postmenopauzálních žen a starších mužů byl předmětem hodnocení řady klinických studií. Randomizované studie s vitamínem D v dávce 800 a více IU/den a kalcium ukazují snížení výskytu zlomenin. Tento účinek ale nebyl prokázán u nemocných, kteří užívali jen 400 IU/den vitamínu D, a to i ve studii Women's Health Initiative, kde bylo



Ilustrační foto: Wikimedia

porovnáváno podávání 400 IU vitamínu D a 1000 mg kalcia denně s placebo skupinou na riziko zlomenin krčku kosti stehenní. Vitamin D v dávce D 800 IU/den snižuje u starých osob riziko pádu o více než 20 % (35–65 %). V metaanalýze 11 randomizovaných klinických studií (n = 31 022) s podávanou dávkou vitamínu D<sub>3</sub> vyšší než 800 IU byla zjištěna nižší incidence non-vertebrálních zlomenin, ale především zlomenin krčků kostí stehenních, u osob 65letých a starších. Průměrná koncentrace kalcidiolu spojovaná se snížením rizika zlomeniny krčku kosti stehenní byla 74 nmol/l (30 ng/ml). Skupina 400 žen ve

věku více než 75 roků s prokázanou osteoporózou byla rozdělena na dvě skupiny. Obě skupiny dostávaly 20 gto vitamínu D<sub>3</sub> jednou týdně a 500 mg kalcia. Jedna skupina pak dostávala navíc bisfosfonáty. Ukázalo se, že jak kostní denzita, tak výskyt nových zlomenin se u obou skupin nelišil. Tato naše zatím nepublikovaná studie ukazuje na nesmírně důležitou úlohu vitamínu D u senilní osteoporózy. Hladina sérového kalcia je úzkostlivě držena v „normálních“ hodnotách. Za předpokladu poklesu hladiny kalcia u normálních osob je při normální hladině vitamínu D problém řešen zvýšeným vstřebáváním

#### Obsah vitamínu D ve 100 g potravin

Tresčí olej	500 µg (20 000 IU)
Losos, herínk, tuňák	15–25 µg (600–1000 IU)
Sardinky v oleji	7,5 µg (300 IU)
Ústřice	10 µg (400 IU)
Pstruh	5 µg (200 IU)
Štika	2 µg (80 IU)
Gouda sýr	(5 IU)
Mléko plnotučné	(50 IU)
Vaječný žloutek	2–3 µg (80–120 IU)

kalcia střevem. Při nedostatku vitamínu D pak aktivitou osteoklastů a resorpcí kalcia z kostí. Pro optimální svalovou sílu u aktivních, ale i inaktivních ambulantních pacientů je nutné dosáhnout hladiny kalcidiolu (25OHD<sub>3</sub>) alespoň 50 nmol/l, tj. 20 ng/ml.

V poslední době se ukazují i další významné účinky vitamínu D mimo takzvané klasické.

### Vitamin D a stárnutí

Stárnutí dokonce i u zdravých starých lidí je provázáno snížením svalové hmoty a svalové síly. Uvádí se, že po 50. roce života ztrácíme každý rok kolem 0,5 % svalové hmoty. Ztráta svalové síly vede k poruše funkce pohybového aparátu, zvýšenému riziku pádů a nevertebrálních zlomenin. Proto je udržení svalové síly pro seniory velice důležité. Nedostatek vitamínu D je spojován se svalovou slabostí. U starých lidí se projevuje nedostatek vitamínu D – mají nižší příjem tohoto vitamínu potravou, nevytvářejí jeho dostatečné množství ze sluneční expozice, mají ztenčenou kůži, sníženou vstřebávání v zažívacím traktu a poškozenou hydroxylaci v játrech a ledvinách. Svalová slabost je manifestována pocitem těžkých nohou, snadnou unavitelností, potíže při chůzi do schodů a vstávám z křesla. Vitamin D má příznivý vliv na udržení a novotvorbu svalové hmoty a zachování svalové síly.

### Zvýšené riziko onemocnění

V některých epidemiologických studiích je deficit vitamínu D

spojován se zvýšeným rizikem kolorektálního karcinomu a karcinomu prsu. Kalcitriol stimuluje apoptózu a diferenciaci různých karcinomových buněk a inhibuje proliferaci těchto buněk. Nejznámější práce jsou u kolorektálního karcinomu, karcinomu prostaty a karcinomu mléčné žlázy. Kalcitriol snižuje riziko nádorového bujení pravděpodobně snížením invazivity a angiogeneze, čímž snižuje metastatický potenciál nádoru.

Vyšší hladiny kalcidiolu a kalcitriolu velice příznivě zasahují do morbidity a mortality kardiovaskulárních onemocnění. Vysvětlení se zde nabízí přímým účinkem vitamínu D na cévní buňky a nepřímým účinkem na zánět, vysoký krevní tlak. Kalcitriol může kontrolovat syntézu proteínu, jenž se účastní vaskulárních kalcifikací a endoteliálních funkcí. Do dnešního dne ale nemáme žádnou jednoznačnou studii, která by přesvědčivě ukazovala příznivý účinek vitamínu D na kardiovaskulární mortalitu.

Vyšší hladina kalcidiolu zvyšuje účinnost inzulínu, zatímco nízká hladina kalcidiolu zvyšuje inzulinorezistenci. Kalcidiol je nezbytný pro správnou funkci beta-buněk (přímo prostřednictvím vitamínu D receptoru nebo nepřímo přes regulaci kalciové homeostázy).

Nízká hladina kalcidiolu je spojována s vyšším rizikem a závažnou aktivitou u roztroušené sklerózy. Existují rovněž práce poukazující na příznivé ovliv-

nění průběhu tuberkulózy normální nebo zvýšenou hladinou kalcidiolu.

Hypovitaminózu D nacházíme také u nemocných s autoimunitními onemocněními. Literární zajímavostí je, že směrem od rovníků k pólům narůstá výskyt autoimunitních onemocnění.

### Suplementace vitamínem D

Optimální množství kalcia je 500 až 1000 mg denně. Optimální množství vitamínu D<sub>3</sub> je 800 jednotek denně. Obecně platí, že dávka vitamínu D by měla být tak vysoká, aby hladina aktivního metabolitu v plasmě (kalcidiolu) potlačovala sekreci parathormonu příštítními tělísky.

Na trhu máme nyní především Vigantol kapky (jedna kapka obsahuje 500 IU vitamínu D<sub>3</sub>), což je vitamin D<sub>3</sub>, který se podává jednou týdně, což je podstatně lepší než denně, dle stavu kalciového metabolismu (nejčastěji 20 gtt jednou týdně po jídle).

Klinické studie ukazují, že v séru se vitamin 25(OH)D zvýší 3x méně po použití vitamínu D<sub>2</sub> (ergokalciferolu) než při použití vitamínu D<sub>3</sub> (cholecalciferolu). Vitamin D<sub>2</sub> je podstatně méně účinný než vitamin D<sub>3</sub>. Po vitamínu D<sub>3</sub> hladina kalcidiolu se udrží po dobu 14 dnů, zatímco po vitamínu D<sub>2</sub> dochází po počátečním vzestupu k rychlému poklesu. Lékaři, kteří předepisují vitamin D<sub>2</sub>, by měli vědět o nižší účinnosti a kratším trvání (na českém trhu se jed-

ná o přípravek calciferol biotika forte amp., 300 tis. IU). Je možné rovněž podávat metabolity vitamínu D: kalcitriol (Rocaltrol) v dávce 0,25 µg, nebo 0,5 µg nebo 1 alfa-hydroxyvitamin D Alpha D<sub>3</sub> po 0,25 a 1,0 µg. Aktivní metabolity vitamínu D mají svoje uplatnění především u nemocných s postižením ledvinové tkáně.

Toxická dávka vitamínu D je více než 10 000 IU denně, podávaných po delší časové období při hladině kalcidiolu nad 150 ng/ml. Toxicita vitamínu D je spojována s hyperkalcemií, hyperkalciurií a hyperfosfatemií. Kalcitriol ve vysokých dávkách zvyšuje kostní resorpci aktivací tvorby RANKL v osteoblastech.

### Závěr a doporučení

Je zcela jasné, že většina lidské populace nemá dostatek vitamínu D, který by byl dostatečný pro zdravý metabolismus kosti

a minimalizoval riziko zlomenin. Z údajů naší osteologicko-endokrinologické ambulance má nejméně polovina pacientů hladinu vitamínu D pod 20 ng/ml (50 nmol/l). Je nesmírně důležité, aby pacienti léčeni bisfosfonáty rovněž užívali vitamin D. Kalcium a vitamin D jsou základní léky pro léčbu senilní osteoporózy a doporučeny jsou rovněž při současném podávání teriparatidu, SERM, HRT, ERT, stroncium ranelátu, kalcitoninu a denasumabu. Předběžné výsledky ukazují, že léčba bisfosfonáty bez správné hladiny vitamínu D je podstatně méně účinná. S velkými nádejmi hledíme na další práce, které upřesní další možnosti tohoto dlouho opomíjeného vitamínu.

prof. MUDr. Petr Broulík, CSc.,  
MUDr. Karolína Broulíková, CSc.,  
III. interní klinika 1. LF UK a ÚVN Praha

## Nový mobilní hospic pro ústecký region

Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem zavedla od 1. září novou službu pro těžce nemocné umírající pacienty. Jedná se o domácí hospic tvořený týmem zdravotníků a dobrovolníků, kteří pomohou pacientovi zůstat až do posledních chvil ve vlastním sociálním prostředí a v kruhu rodiny.

Cílovou skupinou jsou zatím pouze onkologičtí pacienti v paliativní péči ve spádové oblasti Ústí nad Labem a okolí do cca 30 km. Výhledově se počítá i se zařazením pacientů s jinými onemocněními.

Nový domácí hospic je provozován bez finanční spoluúčasti pacienta. Jeho provoz byl umožněn granto-

vou finanční podporou Nadačního fondu AVAST. Pro umírající v České republice by prokázání ekonomické udržitelnosti tohoto modelu domácího hospice mohlo znamenat naději na zařazení domácí paliativní péče do standardní zdravotní péče a tím i výrazné zlepšení její dostupnosti. (red)

## Vědci hledají alternativy k pokusům na zvířatech

Koncem srpna se v Praze konal 9. světový kongres o alternativách k pokusům na zvířatech a používání zvířat v biologickém výzkumu. Kongres je tradiční platformou pro setkání mezinárodních expertů a poskytuje příležitost otevření etických otázek pokusů na zvířatech a hledání alternativních metodických přístupů v oblasti vědy.

Nová generace vědců uplatňuje tzv. strategii 3R, která požaduje snížit počet zvířat zařazených do pokusů (reduction), omezit jejich strádání v pokusech (refinement) a tam, kde jsou dostupné zkoušky využívající buňky a tkáně lidského původu, nahradit pokusy na zvířatech alternativními metodami in vitro (replacement).

V posledních desetiletích dochází k dramatickému snížení počtu zvířat používaných pro vědecké účely a k rozvoji moderních výzkumných metod bez použití zvířat, což ukazuje odhodlání vědecké obce soustředit se na novou a kvalitnější vědu. „Jsem hrdá na to, že Praha poprvé



ilustrační foto: Shutterstock

hostila tuto významnou akci. Je to pro nás uznáním, že společnost České republiky byla vždy založena na humánních tradicích a odpověd-

ností k životnímu prostředí a kvalitě životních podmínek zvířat.“ řekla MUDr. Dagmar Jírová ze Státního zdravotního ústavu. K akci se vyjádřil také děkan LF UK Hradec Králové prof. MUDr. RNDr. Miroslav Červinka, CSc.: „Naše univerzita je jednou z nejstarších vědeckých institucí ve střední Evropě a v současné době jsme také jednou z klíčových institucí v České republice. Systematicky a dlouhodobě věnujeme zvláštní pozornost otázce laboratorního použití zvířat pro vzdělávání a výzkum. Proto jsem rád, že můžeme být součástí této významné mezinárodní akce.“

(asa)

## První zpráva WHO o prevenci sebevraždy

Stručná zpráva shrnuje 10 let výzkumu a data ze zemí celého světa.

WHO v dokumentu, vydaném 4. září 2014, volá po koordinované akci, aby se podařilo snížit sebevražednost na celém světě.

- Každý rok umírá vlastní rukou přes 800 tisíc lidí – tj. každých 40 sekund jeden člověk. Asi 75 % sebevražd se děje v nízké a středně příjmových státech. Mezi nejčastější způsoby sebevražd patří globálně otrava pesticidy, oběšení a zastřelení palnou zbraní.
- Důkazy dosvědčují, že sebevraždám lze zabránit. Snížit počet sebevražd je možné omezením přístupu k prostředkům a snahou

národních vlád přijmout koordinovaný akční plán. V současné době má národní strategie prevence sebevraždy 28 zemí.

- Sebevraždy se objevují na celém světě a u lidí každého věku. Celkově jsou vyšší počty u lidí ve věku 70 let a více. V některých zemích je však vyšší počet sebevražd mezi mladými. Je pozoruhodné, že sebevraždy představují druhou vedoucí příčinu úmrtí ve skupině lidí ve věku od 15 do 29 let.

Zpráva obsahuje detailní čísla, úhrny a trendy podle věku, pohlaví, země, regionů a celkově ve světě. (još)

## VÝBĚR ZE ZAHRANIČNÍHO TISKU

**Biologický** pacemaker

Zatím pouze na modelových organismech dokázal tým genetiků a biologů vedených Eduardem Marbánem z Cedars-Sinai Medical Center v Los Angeles vytvořit v srdci „biologický pacemaker“.

**S**távající elektronické pacemakery vyžadují chirurgický zákrok na srdci, zvyšují riziko infekce a mohou pacientům komplikovat život například při kontrole na letištích. Proto Eduard Marbán a jeho tým na prasatech otestoval alternativní postup, kterým lze propojit buňky srdce mimo sinoatriální uzel a generovat tak stimul pro synchronizaci stahů srdeční svaloviny.

**Virový nosič**

U dvanácti prasat navodili vědci stav, kdy se signál ze sinoatriálního uzlu nešíří celým srdcem. Některé části srdce jsou pak nuceny k vyššímu výkonu a nadměrně namáhány. Vysokofrekvenčním elektromagnetickým vlněním zničili buňky v sinoatriálním uzlu, a dosáhli tak poklesu normální tepové frekvence



Ilustrační foto: Shutterstock

ze 100 tepů za minutu na poloviční hodnotu. Následně vnesli do srdeční svaloviny virový vektor s prasečím genem *Tbx18*, který se významně podílí na vývoji srdce. Během jediného dne začaly buňky transfekované vi-

rovým vektorem vykazovat expresi genů typických pro sinoatriální uzel. Tepová frekvence se u prasat normalizovala. Zvířata si udržovala normální tepovou frekvenci po dobu nejméně dvou týdnů a zvládala i značnou fyzickou zátěž.

Eduard Marbán a jeho spolupracovníci se obávají, že změna nebude trvalá. Imunitní systém identifikuje buňky transfekované virovým nosičem a bude je atakovat. Proto budou pozorování pokusných zvířat pokračovat další měsíce.

**I pro dočasné použití**

Lékaři by zřejmě mohli využít genovou terapii jako prostředek k léčbě, i kdyby efekt nebyl trvalý. Například při infekcích musí být elektronický pacemaker odstraněn, zánět vyléčen a teprve pak je možné

voperovat pacientovi nový pacemaker. Toto kritické období by mohl nemocný překlenout s podporou biologického pacemakera. Léčba by zřejmě připadala do úvahy pro normalizaci abnormální tepové frekvence

ce také u plodu v těle matky nebo u dětí, které rychle rostou, a pacemaker tak brzy přestává stačit jejich potřebám. Jako šetrnější postup by se mohl používat i u pacientů, kteří by špatně snášeli chirurgický zákrok potřebný pro voperování elektronického pacemakera. Marbánův tým projednává s americkým Úřadem pro kontrolu léků a potravin (FDA) podmínky uskutečnění první fáze klinických zkoušek.

(Zdroj: Science Translational Medicine) (Jap)

**Dědičná dispozice k radiací indukované toxicitě**

Bezmála 1000 pacientů s karcinomem prostaty léčených radioterapií bylo zapojeno do rozsáhlé studie, v níž mezinárodní tým pod vedením Any Vegové z Univerzity v Santiagu de Compostela pátral po dědičných faktorech zvyšujících rizika radiací indukované toxicity.

Radiace má u těchto pacientů za následek inkontinenci, impotenci a poruchy funkce střev. Komplikace se mohou dostavit i několik let po ukončení radioterapie.

DNA izolovaná z krevních vzorků jednotlivých pacientů byla analyzována na zhruba milion genových markerů. Každý pacient pak byl nejméně dva roky sledován a byly u něj zaznamenány zdravotní komplikace. Jako nejvýznamnější se ukázaly varianty v lokusu obsahujícím gen *TANCI*. Tento gen je znám důležitou rolí při regeneraci poškozených svalů. To naznačuje,

jakým mechanismem se genetické varianty lokusu na radiací indukované toxicitě podílejí.

Dalším krokem výzkumného týmu Any Vegové bude validace získaných dat a ověření, nakolik tyto markery indikují komplikace vyvolané radiací indukovanou toxicitou i u jiných typů karcinomů. Následně by mohly být vyvinuty genetické testy, na jejichž základě bude možné nastavit radioterapii konkrétnímu pacientovi tak, aby se nežádoucí vedlejší efekty omezily na minimum.

(Zdroj: Nature Genetics) (Jap)

**Léčba obstipace při potlačení bolesti opiáty**

Zhruba 60 % pacientů užívajících opiáty trpí obstipací. Pro některé jsou potíže tak závažné, že musí opiáty vysadit. Nový lék naloxegol by měl uživatelům opiátů od nepříjemných komplikací ulevit.

Mezinárodní tým lékařů pod vedením Jana Tacka z Lováňské univerzity provedl v rámci třetí fáze klinických zkoušek dvě studie ověřující efekt naloxegolu. Jde o derivát naloxonu, který se používá už od 60. let minulého století jako antidotum při předávkování opiáty nebo při ukončení opiáty navozené anestezie. Naloxegol se užívá v tabletách a stačí užít jednu tabletu denně. Opiáty se vážou na opiátové receptory, které se vyskytují jak

v mozku, kde vazba na receptor zajišťuje anestezii, tak i v trávicím traktu, kde vazba na receptory vyvolává obstipaci. Naloxegol se váže specificky na receptory trávicího traktu, ale nikoli na receptory v mozku. Proto nenarušuje anestetický efekt opiátů a zabraňuje obstipaci. Po podávání naloxegolu došlo k normalizaci funkce střev u všech 1400 dobrovolníků zapojených do testů. Povělily i další problémy, jako jsou bolesti žaludku.

Ani u jednoho pacienta nebylo zjištěno oslabení anestetických účinků podávaných opiátů. Plně dokončena byla zatím studie na pacientech, kteří užívají opiáty k potlačení bolesti ve svalích a kloubech. Studie, která testuje tento nový lék u onkologických pacientů s chronickými bolestmi, je před dokončením. Naloxegol je ve schvalovacím řízení jak v USA, tak v Evropě.

(Zdroj: New England Journal of Medicine) (Jap)

**Konzumace rozpustné vlákniny zvyšuje absorpci vápníku**

Mnoho lidí nepřijímá s potravou dostatek vlákniny a vápníku. Citelný je tento problém u adolescentů, kteří často odmítají mléčné výrobky.

Růst kostí klade u této věkové skupiny vysoké nároky na přísun vápníku do organismu. Tým vedený Connie Waverovou z Purdue University testoval efekty výživy adolescentů, která byla obohacena o 12 gramů rozpustné vlákniny na den. Vědci zjistili, že u adolescentů konzumujících stravu s rozpust-

nou vlákninou dochází ke zvýšení absorpce vápníku v průměru o 12 %. Tento efekt vlákniny je zprostředkovan změnami ve střevním mikrobiomu. V přítomnosti rozpustné vlákniny dochází specificky k pomnožení kmenů střevních bakterií ze skupiny *Bacteroidetes*. Právě jejich aktivita v prostře-

dí střeva má za následek zvýšení příjmu vápníku. Podle propočtů Connie Waverové stoupá množství vápníku zadržovaného v organismu o více než 40 mg za den. Za rok tak může dojít k navýšení množství vápníku v těle o 1,8 %.

(Zdroj: British Journal of Nutrition) (Jap)

**Antibiotika nesnižují riziko infekce po cholecystektomii**

Jean Marc Regimbeau z Univerzity d'Amiens a jeho kolegové sledovali pooperační stav více než 400 pacientů, kteří trpěli mírnou až středně těžkou akutní cholecystitidou a podrobili se cholecystektomii.

Pacienti byli náhodně rozděleni do dvou skupin. Jedna pokračovala i po operaci v léčbě antibiotiky. Druhá po operaci antibiotika nedostávala. Postoperativní infekce postihla 13 % pacientů v obou skupinách. Obě skupiny měly i stejně dlouhou dobu hospitalizace a stejně často byli pacienti z obou skupin po propuštění znovu hospitalizováni.

Autoři studie uvádějí, že jak Infectious Diseases Society of America, tak i World Society of Emergency Surgery doporučuje po cholecystektomii podávání amoxicilinu společně s kyselinou klavulanovou nebo sulbaktamem.

Regimbeau propočítal, že jen v roce 2010 bylo ve Francii zaznamenáno 37 499 případů cholecystitidy. Z toho 90 % byla cholecystitida stupně I a II. Pokud tyto pacienti skutečně nepotřebují po operaci antibiotika, která jsou obvykle podávána po dobu 5 dní, znamenalo by to výrazné snížení spotřeby antibiotik. S ohledem na narůstající rezistenci patogenních bakterií k antibiotikům považuje Regimbeau každé snížení spotřeby těchto léků za důležité.

(Zdroj: Journal of the American Medical Association) (Jap)



# Screening funkce štítné žlázy u těhotných

O negativních důsledcích onemocnění štítné žlázy (ŠŽ) na průběh gravidity, porod a vývoj jedince se ví řadu let. Podrobné diskuse i studie u nás v ČR začaly začátkem 21. století jako reakce na článek v prestižním časopise *New England Journal of Medicine* v roce 1999.

**T**ext byl věnovaný problematice mateřství a poruchám ŠŽ. Mimo jiné je v něm uvedeno, že děti matek se sníženou funkcí štítné žlázy mohou mít nižší IQ až o 15 bodů oproti kontrolní skupině dětí zavedených a dětí zdravých matek. Od té doby se i v ČR mnozí studie věnující se četnosti onemocnění ŠŽ v graviditě. V roce 2008 byla zahájena diskuse o screeningu poruch funkce ŠŽ u těhotných.

Snížená funkce ŠŽ se mnohdy projeví jen minimálně nebo vůbec, příznaky poruchy často splnou s příznaky gravidity. „Ověřili jsme si, že řada žen v těhotenství vůbec netuší, že má sníženou funkci ŠŽ. Pokud se však začne včas léčit, onemocnění negativně neovlivní ani průběh gravidity, ani dítě. Zjištěná porucha v žádném případě není důvodem k interrupci,“ říká doc. MUDr. Zdenka Límanová, CSc., z Endokrinologické ambulance III. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

## Důležitá je včasná léčba

Příznakem nesprávné funkce ŠŽ mohou být únava, ospalost, změny psychiky, sklon k depresím, zácpa, ale všechny tyto potíže mohou být i průvodními znaky těhotenství. „Dlouho se optimalizovalo, co přesně u ŠŽ vyšetřovat,“ připouští doc. Límanová. „Základem je vyšetření tyreostimulačního hormonu (TSH), což je hypofyzární hormon podporující činnost ŠŽ. Pokud štítná žláza pracuje dobře, TSH je v pořádku, pokud ne, TSH se zvyšuje. Běžná hodnota TSH je 4,5 mIU/l, ale v prvním trimestru těhotenství jsou normy pro jeho množství nižší, hodnota nemá být vyšší než 2,5 mIU/l, v dalších trimestrech maximálně 3 mIU/l. Je tedy důležité, aby ošetřující gynekolog či praktický lékař tuto informaci měl. Nějakou dobu trvalo, než jsme tyto informace zjistili, abychom mohli normy stanovit. Na druhém místě je důležité vyšetřit protilátky proti tyreoidální peroxidáze (proti TPO), případně ještě další protilátky. Vyšetření hladiny hormonu tyroxinu (T4) podá rovněž informaci a jeho hodnota je částečně ovlivně-

na i příjmem jodu. Screening poruch funkce ŠŽ a případnou včasnou léčbu považujeme za velmi důležitou. V nedávné studii prestižního časopisu *Thyroid* autoři odhadli, že např. v Holandsku s 15 miliony obyvatel je ročně 1000 žen se závažným snížením funkce ŠŽ a v USA by mělo být podchyceno a léčeno až 25 000 žen. Těhotenství klade na ŠŽ zvýšené nároky, kdy musí produkovat daleko více hormonů než za běžného stavu. A když to ŠŽ nezvládne, dojde k nedostatečné hladině hormonů v těle a tedy nedostatečnému zásobení vyvíjejícího se plodu. Ten je totiž do 12.-16. týdne v dodávce tyroxinu na matce plně závislý, poté už jen částečně za předpokladu dostatečného zásobení matky jodem. Za fyziologického těhotenství měly být všechny hormony v pořádku. Jinak je nebezpečí, že se plod nevyvíjí zdárně. V těhotenství je důležité také dostatečné množství jodu. Jodizovaná sůl nestačí, proto se doporučuje zvýšení příjmu jodu (tablety s jodem nebo vitamíny s jodem). Normální příjem je zhruba 150 mikrogramů, v těhotenství aspoň 250 mikrogramů,“ zdůrazňuje doc. Límanová.

## Hlavní rizika

Hormony ŠŽ jsou nezbytné pro vývoj celého organismu dítěte, ale především nervové soustavy, hlavně mozkové tkáně. Vzhledem k tomu, že si embryony ŠŽ samo zpočátku vytvoří a je aspoň do 16. týdne odkázáno na matku, je toto období z hlediska vývoje plodu velmi významné. Nejsou-li hodnoty tyroxinu optimální, mohou být vývoj a diferenciace mozkových buněk negativně ovlivněny, což se nemusí hned po porodu projevit. Později může vyjít najevo, že děti jsou psychicky nezralé a mohou mít nejrůznější méně či více významné psychomotorické poruchy, v případě závažnější poruchy mohou mít i nižší IQ. Matčina porucha funkce ŠŽ v těhotenství se u dítěte může projevit později i jako porucha pozornosti, neklid, neposlušnost... Jak uvádí docentka Límanová, mimo závažný nedostatek jodu je významným rizikovým faktorem onemocnění ŠŽ dědičnost, do níž

lze zahrnout i další velkou skupinu autoimunitních onemocnění, především diabetes mellitus 1. typu, ale i revmatoidní artritidu, celiakii, systémový lupus erythematosus, perniciózní anemii. Důsledkem autoimunitního onemocnění ŠŽ mohou být i častější potraty a sterilita. Pokud žena nemá protilátky a funkci ŠŽ vyšetřenou, o žádném riziku neví.

## Co ukázal pilotní projekt

V letech 2009 a 2010 byl proveden pilotní projekt sponzorovaný oddělením prevence Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP). Se souhlasem budoucích maminek bylo vyšetřeno 2937 asymptomatických těhotných žen v 9.-11. týdnu těhotenství. Byly u nich stanoveny TSH, FT4 a anti-TPO protilátky. Cílem projektu bylo vyzkoušet a nastavit komunikaci mezi gynekology, endokrinology a laboratořemi a hledat možnost spojení více odběrů při jedné návštěvě těhotné ženy. Projekt potvrdil, že těhotné ženy o svém onemocnění ŠŽ neví a bez příslušného vyšetření to nezjistí. Jeho přínosem bylo i vytvoření spolupracující sítě gynekologů, endokrinologů a laboratoří, kteří jsou ochotni přijmout a vyšetřit těhotnou ženu a začít léčit do týdne od laboratorního vyšetření. První práci na toto téma vypracovala Ing. Drahomíra Springer, Ph.D., z Ústavu lékařské biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK a VFN Praha ve spolupráci s gynekology a endokrinology, která konstatuje, že

až 18 % těhotných žen má odchylku v některém z vyšetřovaných ukazatelů, což ale neznamená, že všechny musejí být léčeny. U části by stačila konzultace s endokrinologem, u části sledování v průběhu 1. trimestru a kontrola po porodu i kvůli případnému dalšímu těhotenství. Avšak 4 % žen mají vyšší hodnoty tyreostimulačního hormonu a u nich by měla být zahájena léčba.

Cílem studií bylo přesvědčit odbornou veřejnost o významu tohoto vyšetřování. „VZP poskytla prostředky, abychom oslovili gynekology, endokrinology a biochemické laboratoře po České republice, jestli s námi chtějí spolupracovat. Když žena podepsala, že si chce v rámci screeningu na Downův syndrom v 8.-11. týdnu nechat vyšetřit i funkci ŠŽ, vzali jsme krev, vyšetřila se v laboratoři a výsledek dostal gynekolog nebo endokrinolog. Poznatky jsme předali na CD zdravotní pojišťovně. Jenomže neustálé změny na postech ministrů zdravotnictví, změny pravidel a preferencí způsobily, že se ve výzkumu nepokračovalo. Měli jsme rodná čísla zkoumaných žen a bylo by zajímavé třeba po roce či po dvou zjistit, jak dlouho trvalo těhotenství, jak byly ženy léčeny... Napsali jsme VZP dopis, že bychom s daty rádi dále pracovali a pokračovali ve výzkumu, ale nedostali jsme žádnou odpověď. Mezitím jsme spočítali cenu tohoto vyšetření na zhruba 700 korun,“ říká doc. Límanová.



Foto: Shutterstock

Úvahy o tom, že by screening mohl být zaměřen jen na ženy se zvýšeným rizikem, vyústily ve studii, které prokázaly, že až 40-60 % těhotných žen s nepoznanými tyreopatiemi by nebylo vyšetřeno, uniklo by diagnóze a nebylo by léčeno. Proto Česká endokrinologická společnost (ČES) ČLS JEP podporuje zavedení univerzálního laboratorního screeningu a vydala v tomto směru svá doporučení. Ženy by o možnosti vyšetření ŠŽ měly být informovány svým gynekologem nebo praktickým lékařem. Registrující gynekolog by měl u těhotné z nich provést vyšetření TSH, anti-TPO a raději i FT4. Zatím je praxe taková, že prvotrimestrální screening, zaměřený především na podchycení Downova syndromu, je zdravotními pojišťovnami většinou hrazen. Docentka Límanová k tomu říká: „V rámci tohoto screeningu žena může dát informovaný souhlas, že chce i vyšetření ŠŽ. Pokud lékař vyšetření tyreoidálních testů indikuje, ZP mu vykázané výkony hraď. Plošně se funkce ŠŽ nevyšetřuje, žádná vyhláška (na rozdíl od Slovenské republiky) tuto povinnost gynekologům neukládá. A tak záleží na

## Plošný screening štítné žlázy u těhotných

Jako ambulantní gynekolog bych se určitě jednoznačně připojil k požadavku některých odborníků, především z oblasti endokrinologie, ale samozřejmě i gynekologů a porodníků, aby se plošný screening štítné žlázy začal provádět u všech těhotných.

Zatím je praxe většinou taková, že vyšetřovány jsou především těhotné s anamnézou osobní, tedy s výskytem tohoto onemocnění (například v dětství) nebo v případě anamnézy rodinné, dále pak především tehdy, pokud má pacientka v anamnéze infertilitu – došlo-li u ní k jednomu nebo více spontánním či zamklým potratům. V případě, že pacientka je gravidní a je sledována

po poruchu štítné žlázy, gynekolog sleduje pouze informace o aktuální léčbě předepsané endokrinologem. Věk je ale složitější. V současné době víme, že štítná žláza začíná plnit svou funkci u plodu až někdy během 10.-12. týdne, a plod je tedy v předchozím období, kdy se začíná postupně vyvíjet neurocerebrální struktury, plně závislý pouze na hladinách jodu a hormonů své

matky. Navíc nejde jen o zanedbatelný počet případů poruch štítné žlázy, protože poslední statistické údaje hovoří o tom, že poruchou štítné žlázy trpí asi 30 % populace a u žen je výskyt asi 8krát vyšší než u mužů. Z těchto důvodů se odběry hormonů štítné žlázy u všech těhotných jeví jako mimořádně účinné preventivní opatření.

## ODBORNÉ AKCE

individuálním přístupu lékaře, na jeho vzdělanosti a osvědčení. Je pak velmi důležité, aby se informace k lékaři, který rozhoduje o léčbě, dostala včas, aby ženu mohl informovat a doporučit jí endokrinologické vyšetření. Komunikace se díky mailům a mobilním telefonům stále zlepšuje. Termín odběru krve v rámci prvotrimestrálního screeningu se uskutečňuje i v jiných západních zemích a o optimální době odběru je vhodné ještě diskutovat. Zde se otevírá obrovský prostor pro osvětu zejména pro gynekologické sestry, protože ony ženu mohou poučit i třeba formou letáčku, z něhož se dozví, které ženy mají zvýšené riziko, a měly by tedy být přednostně vyšetřeny. V současné době – pokud není prokazatelný rizikový ukazatel – může žena požádat o vyšetření a zaplatit si je sama. Plošný screening zdravotní pojišťovny zatím nehradí. Doporučovali jsme jej již v roce 2008, máme doporučení ČES ČLS JEP z roku 2013, plánujeme opět schůzku s VZP

a oslovujeme zástupce České gynekologické a porodnické společnosti (ČGOPS) ČLS JEP. Bylo by dobré, abychom o významu, realizaci, podmínkách i případných negativních dopadech mohli pohovořit a najít nějakou cestu. Negativním dopadem je především nesprávná interpretace laboratorních výsledků a vystrašení těchto žen. Problémem je také současná nedostatečná kapacita endokrinologů.

Letos v červnu zástupci VZP odpověděli na návrh předsedy ČES na zařazení tyreoidálních testů mezi preventivní vyšetření v graviditě. Probíranou problematiku doporučují projednat především se zástupci ČGOPS, v jejíž kompetenci doporučení jsou. VZP je připravena spolupracovat, případně se sejit se všemi zainteresovanými stranami při společném jednání a návrh prodiskutovat. Možnost hrazení plošného screeningu funkce štítné žlázy zdravotní pojišťovnou budeme dále sledovat, abychom vás mohli informovat.

(eta)

## Mladá fronta slavnostně představila druhé vydání knihy „Neurointenzivní péče“

Edice knih Postgraduální medicíny připravila již druhé, rozšířené vydání úspěšné knihy „Neurointenzivní péče“ z pera MUDr. Aleše Tomka, Ph.D., a kol. Její slavnostní křest proběhl 11. září na Neurovaskulárním kongresu v Mikulově.



Prim. MUDr. Martin Šrámek, prim. MUDr. Aleš Tomek, Ph.D., doc. MUDr. Daniel Šaňák, Ph.D., a prim. MUDr. Jiří Neumann (zleva) | Foto: archiv

Sektem uvedl knihu do světa její kmostr, nestor české neurointenzivní medicíny doc. MUDr. Jiří Bauer, CSc., z Neurologické kliniky I. LF UK a VFN. Publikace, jejíž první vydání je prakticky prvním dílem tohoto typu na téma neurointenzivní péče, je doplněna o nová a aktuální témata. Je zde zcela nová kapitola o autoimunitních encefalitidách, některé kapitoly jsou přepracovány a doplněny o citace a odkazy. Kniha využívá množství strukturovaných návodů, algoritmů, schémat a tabulek pro jasný postup v případech vyskytujících se v oblasti neurointenzivní péče. Praktický formát knihy ve velikosti kapsy lékařského pláště má tenčí papír a pružné plastové desky.

(red)

# Prague Hepatology Meeting

V pražském Karolinu proběhl ve dnech 11.–13. září 6. ročník konference Prague Hepatology Meeting. Smyslem této akce je poskytovat průběžně kvalitní postgraduální vzdělávání v oblasti hepatologie zejména lékařům ze střeoevropského a východoevropského regionu a Asie. Letos se sjelo do Prahy asi 200 účastníků z 15 zemí.

Konference se v 10 blocích věnovala hlavním hepatologickým problémům: vaskulárním onemocněním jater, bakteriálním infekcím spojeným s cirhózou, virovým hepatitidám, jaterním tumorům, transplantacím jater, jaterní fibróze, možnostem jaterní resekce i experimentálnímu a klinickému výzkumu v hepatologii. „Vzhledem k postgraduálnímu charakteru konference se snažíme pokrýt celou oblast hepatologie a zveme si k tomu špičkové přednášející z celého světa, především ze západní Evropy a Spojených států amerických. Jde nám spíše o to, aby účastníci získali ucelený nadhled o hepatologické problematice a dobře se orientovali v oboru, než aby se zacházelo do přílišných detailů,“ vysvětluje prof. MUDr. Petr Hůlek, CSc., z 2. interní gastroenterologické kliniky LF UK a FN v Hradci Králové a předseda Správní rady Nadačního fondu České hepatologické společnosti ČLS JEP, pořádatel konference.



ilustrační foto: archiv pořadatelů

### Kvalitní a dostupné vzdělávání

Velkou část účastníků konference tvoří lékaři – gastroenterologové a hepatologové z východoevropského a střeoevropského regionu. Právě ti oceňují možnost vyslechnout si nejnovější poznatky z hepatologie od špiček v oboru a za přijatelnou cenu. „Nemalou zásluhu na udržení tradice tohoto setkávání nese česká farmaceu-

tická společnost PRO.MED.CS Praha, která se zaměřuje na export farmaceutických produktů do těchto zemí a současně usiluje o kvalitní vzdělávání lékařů z daných oblastí. Firma PRO.MED.CS je tradičně platinovým sponzorem této akce,“ vysvětluje profesor Hůlek a dodává, že vysoká účast zástupců z východních zemí je motivující také pro přednášející. Ti v průběhu let mohou

sledovat, jak se účastníci konference mění z pouhých posluchačů na diskutující, více se osmělují a zajímají se kolegy.

### Omezit spotřebu alkoholu

Hlavní problém přispívající k nárůstu jaterních onemocnění, s kterým se potýkají východoevropské země a bývalé státy Sovětského svazu, vidí profesor Hůlek paradoxně ne v nedostatku odborníků či chybějících léčebných možnostech. „Samozřejmě, že směrem na západ jsou mnohé diagnostické a léčebné možnosti, jako třeba přístrojové vybavení, finančně dostupnější a že ve východních zemích je mnohé co zlepšovat v oblasti organizace péče o nemocné. Co však nesouvisí s technickým či léčebným zázemím, a přesto představuje obrovský problém, je nadměrná konzumace alkoholu v těchto státech. Takže intervence směrem k omezení spotřeby alkoholu jsou jistě prioritou. Musíme si uvědomit, že jednou z příčin rozvoje jaterních chorob je celosvětově



prof. MUDr. Petr Hůlek, CSc.

| Foto: archiv

právě škodlivá, tedy nadměrná konzumace alkoholu,“ upozorňuje hepatolog. Vedle omezení konzumace alkoholu by se podle něj měli pacienti s onemocněním jater nebo jejich zhoršenou funkcí zaměřit především na zdravou životosprávu a dostatek fyzické aktivity. „Hepatoprotektiva mohou u některých jaterních problémů také pomoci, i když spíše psychologicky a nelze se na ně spoléhat v tom smyslu, že bude-li je pacient užívat, může víc pít. To je opravdu špatný přístup,“ varuje profesor Hůlek.

Garantem konference, která je výborně hodnocena CME kredity, je Evropská asociace pro výzkum jater (EASL). Záštitu nad letošními akcí převzal rektor Univerzity Karlovy prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc.

MUDr. Andrea Skálavá

**25**LET



**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**



## ODBORNÉ AKCE

# Profesor Stanislav Grof vyzval k revizi psychiatrie

Prahu navštívil americký psychiatr českého původu prof. MUDr. Stanislav Grof, jeden ze zakladatelů transpersonální psychologie. Ve dvoudenním semináři, který se uskutečnil v pražské Betlémské kapli, přednášel o zkušenostech z výzkumu mimořádných stavů vědomí, alternativách řešení osobní i globální krize a nutnosti revize psychiatrie, psychologie a psychoterapie umožňující transformaci lidského vědomí.

### Objevitel holotropního dýchání

Stanislav Grof se narodil před 83 lety v Praze. Původně se chtěl stát psychoanalytikem, ale osobní zkušenost s LSD, kterou měl ještě jako student medicíny v rámci experimentu ve Výzkumném ústavu psychiatrickém v Bohnicích, obrátila jeho zájem ke studiu lidského vědomí, zejména jeho změněných stavů, jejichž léčivému a transformačnímu potenciálu zasvětil celou následující kariéru. Později v USA vyvinul se svou ženou Christinou terapeutickou metodu, kterou nazval holotropní dýchání a pomocí ní lze vyvolávat změněné stavy vědomí bez použití psychedelické látky – jen za pomoci hudby a zrychleného dýchání. Název „holotropní“ vychází z řeckých termínů *holos* a *trepein* a dá se přeložit jako „směřující k celosti“. „Nemám rád termín ‚změněný stav vědomí‘, protože asociuje nějakou distorzi či cosi poškozeného. Užívám raději výraz ‚mimořádný‘. Termín ‚holotropní‘ jsem pak začal užívat proto, že jsem nenašel lepší,“ vysvětlil prof. Grof.

### Mimořádné vs. běžné

Takzvané mimořádné stavy vědomí, jak uvedl psychiatr, který se v průběhu let za účelem pochopení těchto stavů setkal s antropology, šamany, spirituálními učiteli, parapsychology apod., jsou „mimořádné“ pro naši kulturu, avšak v jiných kulturách, například domorodých, se podobné prožitky pokládají za „běžné“.

Při holotropním dýchání se navozuje prožívání, které je podobné mystickým stavům nebo stavům, do nichž od nepaměti záměrně uvádějí právě šamani, a to pomocí psychedelických látek užitých během různých přechodových rituálů (narození, puberta, sňatek, menopauza, umírání apod.). Tyto mimořádné stavy vědomí pomáhají jedinci přijmout změnu

a vstoupit do nového životního období. Jindy se mimořádné stavy vědomí objevují spontánně, například při tzv. šamanské nemoci, během níž adept prochází symbolickou smrtí a znovuzrozením, posléze nachází své celistvé já a obvykle se naučí také léčit druhé. Toto léčení probíhá zejména v energetické a psychologické rovině.

„Současná psychiatrie bohužel nezná termín ‚mystické stavy‘. Pokud lidé prožívají mimořádné stavy vědomí, například v souvislosti s psychospirituální krizí nebo jiným obtížným obdobím života, pokládá se to za poruchu a jsou jim nasazována psychofarmaka. To ale znemožňuje dostat se hlouběji do těchto prožitků a využít jejich léčivý potenciál. Mimořádné stavy vědomí jsou naší společností považovány za patologii, ne autentickou manifestaci lidské *psyché*,“ konstatoval profesor Grof a uvedl, že tyto prožitky se mohou objevovat i během mimořádných sportovních výkonů, při intenzivní duchovní praxi, v průběhu psychoterapie, při zážitcích blízkých smrti a podobně. „Množství lidí někdy ve svém životě zažilo takový stav,“ upozornil profesor Grof.

### Výzkum psychedelik

První vědecké experimenty s psychedeliky a mimořádnými stavy vědomí spadají do 40. let minulého století a souvisejí s objevem dietylamidu kyseliny lysergové (LSD). Psychoaktivní účinky této látky objevil náhodně dr. Albert Hofmann při práci v laboratoři farmaceutické firmy Sandoz. Krátce poté se zvedla nebývalá vlna zájmu o léčebné využití LSD. V psychiatrii se uvažovalo o jeho využití v souvislosti s navozením experimentální psychózy – s cílem pochopit co se děje na úrovni psychického prožívání a za účelem lepšího pochopení pacientů, zvažoval se i její léčebný potenciál u řady neuropsychiatrických poruch.

LSD si však získalo popularitu také mezi veřejností, kde vedlo v důsledku neodborného používání k sérii nehod a úmrtí. Později bylo použito LSD ve zdravotnictví celosvětově zakázáno. Jak ale uvedl Stanislav Grof, nyní, po 40 letech zájem o LSD a další podobné látky znovu narůstá a dochází k renesanci psychedelického výzkumu. Efekt psychedelických látek se testuje například u onkologických pacientů či v paliativní péči.

### Porodní psychotrauma

Závěry vycházející ze zkušenosti se stovkami pacientů, kteří opakovaně absolvovali holotropní dýchání a jejichž prožitky se nápadně podobají jak sobě navzájem, tak archetypálním lidským zkušenostem, shrnul prof. Grof v řadě publikací a monografií. Zásadním poznatkem vyplývajícím z letité terapeutické práce je skutečnost, že lidé se v mimořádném stavu vědomí nejen postupně dostávají do stále hlubších vrstev *psyché*, ale prožívají také traumata vycházející z vlastního porodu a ztotožňují se s vědomím ostatních lidí, dokonce i jiných živočišných druhů. Práce s mimořádnými stavy vědomí tak zahrnuje zpracování postnatálních, perinatálních i transpersonálních zážitků. Podstatné je, že i bez interpretace takových zážitků zde působí mocný terapeutický potenciál. Naopak uložení mnohých traumat v nevědomí může negativně ovlivňovat prožívání běžného života a vést k řadě emočních, psychosomatických a interpersonálních problémů. Mohutným zdrojem těchto traumat je podle Stanislava Grofa právě vlastní porod (perinatální proces). „Porod je třeba nahlízet jako psychotrauma. Je až neuvěřitelné, jaký význam přisuzujeme bondingu, kojení či prenatálnímu vývoji a naprosto ignorujeme porodní proces,“ vyslovil prof. Grof a dodal, že důvodem by mohlo být právě psy-

chologické potlačení problému v důsledku porodního traumatu.

### Kontroverze a posun paradigmatu

Vědecká práce prof. Grofa je ním méně vnímána nejednotně a vedle významných cen za průkopnickou práci v uvedené oblasti (ocenění Vize 97 Nadace Dagmar a Václava Havlových v r. 2007 či cena Toma Vernyho za stěžejní přínos k rozvoji prenatální a perinatální psychologie v r. 2010) získal i „potupnou“ cenu udělovanou Českým klubem skeptiků Sisyfos – Bludný balvan. Sám laureát k tomu řekl: „Uvědomuji si, že moje závěry jsou kontroverzní. Transpersonální psychologie usiluje o integraci vědy a spirituality, a to je velká výzva. Někteří namítají, že takové propojení není možné a že se snažím vytvořit kočkovpsa. Naproti tomu mnoho vědců v minulosti v tom problém nevidělo. Zmínme třeba Pythagora, Einsteina, Schrodingera...“ Podle Stanislava Grofa a dalších, kteří se hlásí k transpersonální psychologii (Fritjof Capra, Rupert Sheldrake, Karl Pribram, Ervin Laszlo, David Bohm a další) je duchovní život pro lidstvo důležitý a je třeba překonat propast mezi tvrdou vědou a mysticismem. Z jejich pohledu se nacházíme mezi dvěma paradigmaty, přičemž to nové, které by mohlo propojit to nejlepší ze spirituality i vědy, se tvoří v koncepční zmeti. Pojem paradigma zavedl americký filosof a fyzik Thomas Kuhn v minulém století a označil jím soubor předpokladů sdílených akademickou obcí. Tedy jakýsi společný souhlas generace vědců. Thomas Kuhn vysvětloval, že paradigma trvá vždy určité časové období, avšak poté se začnou vynořovat anomálie, které stávající paradigma nedovede vysvětlit, až se postupně ustanoví paradigma nové. K takzvanému posunu paradigmatu došlo například při přijetí heliocentrického systému, atomické chemie či teorie relati-



Stanislav Grof | Foto: Anton Nossik / Wikimedia

vity. V současnosti pozorujeme podle prof. Grofa zvýšený výskyt takových anomálií, takže by mělo dojít opět ke změně paradigmatu. Ta by mohla přinést i východisko z globální krize.

### Revize psychiatrie a řešení globální krize

„Albert Einstein tvrdil, že chceme-li vyřešit krizi, nelze použít stejné myšlení, jaké krizi vyvolalo. K řešení současné globální krize je zapotřebí hluboké transformace lidstva. Je třeba změnit světový názor a životní strategii, zaměřit se na synergii a službu vyššímu celku místo soupeření. Už víme, že štěstí nelze dosáhnout vnějším úspěchem a bohatstvím, ale jen vnitřní transformací. Pro takovou transformaci je však třeba mít silné nástroje, neboť je nezbytné se ponořit do hlubších vrstev *psyché*, vrátit se ke starým traumatům, zpracovat je a objevit svou pravou podstatu,“ řekl Stanislav Grof. Osobně věří, že globální krize má psychospirituální kořeny a práce s mimořádnými stavy vědomí (ať spontánními či navozenými holotropním dýcháním, psychedeliky či jinými technikami) může pomoci překonat hlavní destruktivní tendence, za které lze považovat (inspirováno buddhistickým pohledem) nevědomost, agrese a chamtivost. „Dokud nedojde k zásadní revizi v oblasti psychologie, psychoterapie a psychiatrie – k revizi, která zahrne perinatální a transpersonální oblast *psyché* – neporozumíme opravdové povaze emocí, náboženství a spirituality. Budeme dál marnit své životy soustředěním se pouze na vnější cíle, nadále budeme vnímat potenciálně léčivé zážitky jako patologii a budeme zažívat řadu anomálních jevů, které nepůjdou materialistickou vědou vysvětlit,“ uzavřel Stanislav Grof.

Akci pořádalo občanské sdružení Helios ([www.holios.cz](http://www.holios.cz)).

MUDr. Andrea Skálová

# Znalost hladiny pro-PSA ke snížení biopsií prostaty

Karcinom prostaty (KP) patří k nejčastějším zhoubným onemocněním u mužů. Je jednou z nejčastějších příčin úmrtí, zejména u mužů nad 50 let.

Existují ovšem také benigní onemocnění prostaty, jako je hyperplazie prostaty, přičemž obtíže způsobované prostatou zvětšenou v důsledku nezhoubné hyperplazie či karcinomu jsou pociťovány stejně. K posouzení typu onemocnění a jeho rizik je třeba vhodně využít všech dostupných diagnostických metod.

## Hladina PSA jako indikátor rizika

Mezi zásadní vyšetření prostaty patří mechanické vyšetření pohmatem a sonografické vyšetření, nicméně i při negativním nálezu existuje poměrně vysoká pravděpodobnost výskytu karcinomu. Jasnou odpověď na otázku, zda se jedná o onemocnění zhoubné, či nezhoubné, může

dát pouze biopsie. Jde však o výkon invazivní, pro pacienta zatěžující, který je navíc nákladný. Pokud je základní vyšetření pohmatem, případně sonograficky v pořádku, lze s úspěchem použít diagnostickou metodu spočívající ve stanovení určitých tzv. markerů v krvi pacienta. Ta sice sama o sobě nemůže potvrdit či vyvrátit přítomnost KP, správná interpretace jejích výsledků však umožňuje významně stanovit stupeň rizika, resp. umožňuje vyloučit zbytečné biopsie. Tato metoda spočívá ve stanovení prostatického specifického antigenu (PSA), což je bílkovina uvolňovaná do krve v případě, že pacient trpí onemocněním prostaty. Bílkovina se v krvi, resp. v krevním séru vyskytuje buď vázaná na určité vazebné bílkoviny, ne-

bo volná. Primárně se stanovuje hladina celkového PSA, tedy vázaného i volného. Existuje hranice jeho koncentrace (X), pod kterou je pravděpodobnost výskytu KP výrazně snižena, a jiná hranice (Y), nad kterou je pravděpodobnost výskytu karcinomu se výrazně zlepšuje, doplní-li se znalost koncentrace celkového PSA ještě stanovením PSA volného. Platí, že čím větší je poměr koncentrací volného ke koncentraci vázaného PSA, tím menší je pravděpodobnost přítomnosti KP. Opět zde existuje určitá hranice tohoto poměru, nad níž je přítomnost KP velmi nepravděpodobná a pacient může být ušetřen biopsií. Rozhodující je vždy posouzení konkrétní situace lékařem, který má k dispozici i údaje z ostatních vyšetření. Stanovení koncentrací obou

koncentrací celkového PSA, byl výskyt zbytečně indikovaných biopsií stále ještě příliš veliký, neboť koncentrace celkového PSA může být zvýšena i z jiných důvodů, než je karcinom. Odhad pravděpodobnosti karcinomu se výrazně zlepšuje, doplní-li se znalost koncentrace celkového PSA ještě stanovením PSA volného. Platí, že čím větší je poměr koncentrací volného ke koncentraci vázaného PSA, tím menší je pravděpodobnost přítomnosti KP. Opět zde existuje určitá hranice tohoto poměru, nad níž je přítomnost KP velmi nepravděpodobná a pacient může být ušetřen biopsií. Rozhodující je vždy posouzení konkrétní situace lékařem, který má k dispozici i údaje z ostatních vyšetření. Stanovení koncentrací obou

typů PSA je účinným nástrojem přispívajícím k posouzení pravděpodobnosti výskytu KP.

Prof. MUDr. Ondřej Topolčan, CSc., z Fakultní nemocnice Plzeň na základě několikaletého sledování pacientů doporučuje ještě stanovení koncentrace tzv. pro-PSA. Jde o část volného PSA vyskytující se v rakovinných tkáních prostaty, která je rovněž v malém množství uvolňována do krevního oběhu. Znalost hladiny pro-PSA spolu se znalostí koncentrací volného a vázaného PSA může významně přispět k přesnějšímu posouzení rizika výskytu karcinomu, a byl-li už karcinom zjištěn, k prognóze vývoje choroby, agresivity nádoru či posouzení účinnosti léčby. Může přispět i k úvaze zda léčbu vůbec zahájit, což je důležité zejména u pacientů, u nichž byl KP zjištěn ve vysokém věku. Pravidelné testování hladiny PSA má značný význam i pro monitorování pacientů po léčbě KP. Zvyšování jeho koncentrace svědčí o pravděpodobné remisi karcinomu nebo o jeho metastatickém šíření.

Více informací naleznete na: [www.laboratornitesy.cz](http://www.laboratornitesy.cz)

(red)

## Ortopedi si vyměnili zkušenosti

V polovině září proběhlo v Nesuchyni 24. celostátní lékařské sympozium. Akce byla zaměřena na problematiku totálních náhrad a její součástí byla i sesterská sekce.

Lékařské přednášky byly rozděleny do tří sekcí. První se zabývala totálními náhradami kolenního kloubu, druhá totálními náhradami kyčelního kloubu a třetí byla věnována onkologické tematice a technickým novinkám. Vybrali jsme z řady zajímavých přednášek.

### Zkušenosti s totální náhradou kolenního kloubu

MUDr. Petr Fulín z Ortopedické kliniky 1. LF UK a FN Motol Praha referoval o dlouhodobých výsledcích totální náhrady kolenního kloubu typ SVL Beznoska. První implantace byla provedena na klinice autorů sdělení 23. června 1997. V období od června 1997 do května 2014 byla tato náhrada použita celkem 2037krát u 1864 pacientů, z nichž 173 bylo operováno oboustranně. Soubor obsahoval 672 mužů a 1365 žen ve věkovém rozmezí 31–87 let. Průměrný věk v době operace činil 70 let. „Nejčastějšími indikacemi k TEP SVL byla artróza (88 %), dále revmatoidní artritida (7 %) a posttraumatická artróza (2 %). Průměrný rozsah hybnosti se pohyboval mezi 0–110 stupni. Maximální

flexe 110 stupňů bylo dosaženo u 503 případů. Klinické hodnocení pomocí skórovacího systému Knee Society Score (KSS), se pohybovalo v rozmezí 25–100. Jako výborných bylo klasifikováno 80–100 (1833 pacientů), jako dobrých 79–70 (143), uspokojivých bylo 69–60 (41) a špatných méně než 60–20 případů. Průměrné KSS bylo 88,6. K infekčním komplikacím došlo celkem 17krát, což činí 0,85 procenta z uvedených případů. Jeden případ byl léčen konzervativně, 1krát byla provedena jednodobá reimplantace, ve 14 případech dvouobdobá reimplantace a 1krát extrakce a artrodéza. K aseptickému uvolnění došlo v 16 případech, k perioprotetické fraktuře v 8, radiolucenční projasnění pod tibiální komponentou bylo zaznamenáno 51krát, luxace a subluxace pately 5krát, luxace a subluxace TEP 2krát, nestabilita s nutností výměny PE vložky 6krát, nestabilita kloubu 2krát, progredující varizace vyžadující reimplantaci 1krát a artrofibróza s nutností revize 1krát. Bolest přední části kolenního kloubu řešili autoři 6krát operativně, 2krát konzervativně. K omezení hybnosti došlo 2krát z důvodů rigid-

ty, v 1 případě bylo nutné po redresu provést replantaci. Flekční kontraktura byla zaznamenána 19krát. V 6 případech došlo k trombóze operované končetiny, jednou dehiscentní rána a v jednom případě došlo k prodloužení kožního hojení. Uvedené výsledky prokázaly, že systém SVL disponuje jednoduchým, logickým a sofistikovaným instrumentáři s dobrou shodou šablon, zkušebních a originálních komponent. Jeho výhodou je rovněž široká škála velikostí a moderní design. „Totální náhrada kolenního kloubu SVL Beznoska představuje spolehlivou, ekonomicky výhodnou, klinicky vyzkoušenou endoprotézu s výbornými funkčními výsledky,“ uzavřel MUDr. Fulín.

### Individuální onkologické implantáty

Na toto téma hovořil prim. MUDr. Ivo Kofránek z Ortopedické kliniky 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce. Úvodem zmínil chirurgické možnosti řešení zhoubných nádorů v oblasti kolenního kloubu, tedy amputace, resekční dězu či totální náhradu kolenního kloubu (TEP). Indikace k tumorózní TEP záleží na typu nádoru,



Stanislav Beznoska (vpravo) s prof. Bartoničkem | Foto: archiv pořadatelů

věku, rozsahu, vztahu nádoru k cévám a k nervům i ke kloubní dutině. „Prioritní je však vždycky dodržení zásad onkologické radikality, dalším problémem je pak rozsah resekce, včetně rozsahu resekce měkkých tkání, respektování nervové cévních struktur. Důležité je krytí endoprotézy měkkými tkáněmi, zejména resekce je se proximální tibie, kde toto bývá problém. Z technických potíží, které mohou nastat, je nejzávažnější fixace komponent, stabilita endoprotézy a při resekcí proximální tibie reinzerce lig. patellae.“ Autor dále uvedl, že v letech 1979–2013 bylo na jeho pracovišti provedeno 98 primárních implantací tumorózní

totální náhrady kolenního kloubu. Ve 45 případech se jednalo o osteosarkom, o MFH v 16 případech, o chondrosarkom ve 13 případech, o EWSA v 7 případech a o metastatické postižení v 8 případech. Resekce distálního femuru byla provedena 75krát a resekce proximální tibie 23krát. Prvními užívanými implantáty byly náhrady firmy Pol-di (celkem 5krát), dále náhrady firmy Johnson&Johnson (11krát), CMS (33krát), ProSpon (4krát) a náhrady firmy Beznoska (25krát). V závěru autor konstatoval, že dlouhodobé výsledky s použitím implantátů druhé a dnes již třetí generace jsou velmi dobré.

(eta)



## Na dobrém jméně záleží

Text: Eva Pavlatová  
Foto: archiv MUDr. Najmana

**MUDr. Stanislav Najman** říká, že z anesteziologů bývají často ředitelé zdravotnických zařízení. V jeho případě tomu tak skutečně je, ale on se stal navíc ředitelem nemocnice v rodinném vlastnictví – Kliniky Dr. Pírka v Mladé Boleslavi, jejíž majitelé žijí ve Švýcarsku.

### U nás není tradicí, aby byla nemocnice v držení soukromé osoby. Jak k tomu došlo?

Po studiích medicíny si mladý MUDr. Antonín Pírek otevřel v roce 1930 soukromou porodnicko-gynekologickou praxi v Mladé Boleslavi, jezdil operovat do Prahy a snil o vlastním lůžkovém ústavu v tomto městě. O takovém, jaké bývalo za první republiky běžné – o moderním soukromém sanatoriu s tím, že by ke svému oboru přidal ještě chirurgii, internu, kardiologii a ORL. Nejprve se spojil s uznávaným architektem Walenfelsem, s nímž se shodl na vytvoření hezkého prostředí plného světla a optimismu, kde by se pacienti cítili dobře. Nechal proto vybudovat moderní ústav podle svých představ, který byl slavnostně otevřen v říjnu 1934 a poté následovalo několik šťastných a úspěšných let.

Do budovy byla nainstalována velká okna s nízkým parapetem, která umožňovala v kombinaci s vyššími lůžky výhled do zahrady i ležícím pacientům. Byly zde korkové podlahy, jež působily nejen teple, ale i tlumily zvuky. Místnosti byly vybaveny tehdy a vlastně i dnes moderním jednoduchým trubkovým nábytkem. Operační trakt s aseptickým sálem vznikl podle návrhu holandské společnosti Philips s reflexní klenbou přes dvě patra. Ještě jsem stihl za své praxe zažít dobu s proskleným stropem a obrovskými výbojkami. Pamětníci z nedalekých Kosmonos vždy věděli, kterou noc se v sanatoriu operovalo, protože se nad Boleslaví linula po obloze zdaleka viditelná bílá záře. Při přerušení dodávky proudu se nic nestalo, neboť již tehdy mělo sanatorium vlastní zdroj pro nouzové

osvětlení. Místo řádových sester, které tehdy působily ve všech nemocnicích, sehnal dr. Pírek mladé civilní ošetřovatelky s výbornou kvalifikací z Čech, a dokonce i ze Slovenska. Pacienty si brzy získaly svým vystupováním, obětavostí a také měkce znějící „slovenčinou“.

### A pak přišla válka...

Po obsazení republiky Němci byl dr. Pírek zatčen a poslán do koncentračního tábora. Vedení sanatoria převzala paní Pírková, ale ústav byl brzy přeměněn na vojenský lazaret. Naštěstí dr. Pírek válku přežil, ale jen válka skončila a sanatorium se vzpamatovalo, přišel Vítězný únor a nový režim mu sanatorium opět sebral. Do důchodu odcházel v roce 1956 jako primář porodnicko-gynekologického oddělení Tanvaldské nemocnice. V poválečném období

dostudoval medicínu i jeho syn a po ukončení univerzity záměrně dostal umístěnkou (pro údajný nedostatek lékařů) na gynekologicko-porodnické oddělení v bývalém sanatoriu své rodiny. Potom se s mladým lékařem postřikovalo z místa na místo, až skončil na malém porodnickém oddělení v Jablonném v Podještědí. To už byl ženatý se středoškolskou učitelkou francouzštiny a němčiny, která pocházela z Moravy. Její otec za války podporoval britskou odbojovou skupinu Clay, ale někdo ho udal a později byl popraven.

### Jak se dostala rodina do Švýcarska?

Po okupaci v roce 1968. Ono léto odjela paní Pírková se skupinou dětí do Francie na výměnný pobyt. Při cestě zpět se dozvěděla, co se u nás v republice stalo, a tak se zastavila u přátel ve Švýcarsku, kteří ji přemlouvali, ať se do vlasti nevrací, že tam jejich rodinu nic dobrého nečeká. Rozhodla se tedy pro emigraci. Manželé Pírkovi měli tehdy už tři děti studující střední školy. Jeden ze synů, současný majitel, byl na výměnném pobytu někde v Německu, další děti byly někde na prázdninách, ale ona svou rodinu sehnala dohromady a všichni odcestovali do Švýcarska ještě v době, kdy byly otevřené hranice. A tam začali žít. Manželovi byla zpočátku umožněna lékařská praxe v malé, nevýznamné nemocnici a paní Pírková živila rodinu díky své znalosti jazyků. Po pár letech se situace otočila a MUDr. Pírek se stal úspěšným lékařem. Jejich děti mohly vystudovat – jeden syn medicínu, druhý architekturu a dcera je sestrou. Jejich emigrace tedy neměla ekonomický důvod, chtěli už „jen“ konečně žít normálně.

### Co se mezitím stalo se sanatoriem?

Převzal ho Okresní ústav národního zdraví a různými stavebními úpravami byla zvýšena jeho kapacita na dvojnásobek. Do dvoulůžkových pokojů byla vtěsnána lůžka čtyři, a mnohá byla umístěna dokonce i na chodbách. Byly zrušeny krásné koupelny, odstraněny korkové podlahy, zazděny prosklené haly a odpojena i ta velká operační světlá. Stěny byly všude natřeny latexem. Jako anesteziolog jsem do bývalého sanatoria chodil v rámci služeb uspávat pacienty a musím říct, že to bylo příšerné prostředí. Když se prováděly malé gynekologické výkony, tak se při neustálém vyvažování zrcadel

a dalších nástrojů všude srážela pára, voda stékala po zdech a lidem kapala ze stropu na hlavu. Budova postupně úplně zchátrala, nijak se do ní neinvestovalo, okolní park zpustl, a když OÚNZ postavil novou porodnici v areálu nemocnice, byl konec.

### A v tomto stavu se areál restituoval?

Pírkovi získali starou, zchátralou a provozu neschopnou budovu, přerostlý park, a to vše uzavřené rezavým řetězem na vratech. I restituce sama o sobě byla komplikovaná. Manželé Pírkovi, o nichž jsem hovořil, byli hlavní vlastníci, ale rodina byla širší. Přibližně před třemi roky tito restituenti, kteří sem léta jezdili, zemřeli. Celé ty roky neměli ze svého majetku v Čechách ani jednu korunu zisku. Obnovu sanatoria realizovali na památku svých otců. Říkali: „Nic nechceme. Jestli jednou z toho někdy něco budeme mít, tak to bude dobře, ale není to důvodem pro opětovné vytvoření sanatoria dr. Pírka.“ Zpočátku jsme všichni byli velmi optimističtí, ale postupně člověk začne propadat beznaději, neboť se realizace naplánované rekonstrukce neposouvala tak rychle, jak jsme očekávali. Jednalo se ale o záležitost celospolečenskou. Kdo před čtyřicetiletými lety čekal, že za pět let bude všechno jinak, rychle pochopil, že lidé se tak rychle nezmění.

### Do oprav rodina vložila vlastní peníze?

Musela si vzít úvěr, který ale nebyl neomezený a samozřejmě se musel splácet. Bohužel toto zařízení nedostalo nikdy žádnou dotaci. Kdyby patřilo pod ministerstvo zdravotnictví, mohlo čerpat z jeho fondů. Pokud by bylo krajské, financoval by ho kraj. Jakmile by patřilo městu, dalo by peníze město. „Vy jste soukromí, vy si musíte pomoci sami,“ říkali nám úředníci. Provedla se tedy základní rekonstrukce, aby se mohl zahájit provoz a zařízení si vydělalo na další opravy. Víze postupné obnovy vycházela z pohledu dobrého hospodáře. Udělejme co nejkvalitněji to, na co máme prostředky. Na co je nemáme, to dělat nemůžeme. Vydělané peníze rodina ihned investovala do dalších změn, aby se vše mohlo posunout kousíček dál.

Současným majitelem je zástupce třetí generace od zakladatele dr. Pírka, ten, který ve Švýcarsku vystudoval medicínu. Jeho syn už ji dostudoval také a oba působí v Ženevě jako gynekologové. Ani jednoho člena rodiny

však toto dědictví neživí. Pracují od rána do večera v ambulanci a chodí operovat. Stává se, že potřebují urgentně něco vyřídit a ve sluchátku od dr. Pírka slyším: „Teď rodím, teď nemůžu.“

#### Od začátku bylo jasné, že klinika bude vypadat takto?

Majitelé původně přišli s myšlenkou švýcarského modelu. Vše obnovit a nasmlouvat nejschopnější odborníky, kteří by na klinice poskytovali péči tak, aby bylo obnovené zdravotnické zařízení schopno postarat se o pacienty v jakémkoli oboru. V soukromých západních nemocnicích je takový model možný. U nás toto možné není. Musíme mít nasmlouvaný konkrétní druh péče a pro ni mít zajištěný stálý odborný tým pracovníků. Takže se postupně vybraly pouze dva obory – ortopedie a všeobecná chirurgie – jako nosné a k tomu ambulantně gastroenterologie a plastická chirurgie, kterou zde několik let realizoval docent Měšťák. Od počátku tady byl jako odborný poradce profesor Oldřich Čech, který měl mimo jiné osobní zkušenosti z působení ve Švýcarsku. Stál také u realizace celé koncepce operačních sálů.

#### Proč MUDr. Pírek na kliniku neumístit i svůj obor?

Zkraje rodina uvažovala o gynekologické činnosti v rámci chirurgických výkonů, ale je nutné ctít legislativní záležitosti – registrace oboru, smlouva s pojišťovnou a na to navazující péče. Zpočátku tady působil profesor Bauer, gy-

nekolog a šéf kliniky na Karlově náměstí v Praze, nesmírně zkušený odborník. Praxe ale ukázala, že není možné, aby střední zdravotnický personál ovládal péči o pacienty ze všech medicínských oblastí. Nelze předpokládat, že sestřičky, které dobře pečují o ortopedického pacienta, budou zároveň skvěle pečovat i o ženu po gynekologické operaci.

#### Vy působíte na klinice od samého začátku?

Když se začalo s obnovou zdravotnického zařízení, byl jsem přizvaný, abych zastřešil anestezií. To dělám doposud. Po čase odešel člověk, který byl pověřený řízením, a majitelé mě delegovali na ředitele. Mimochodem... všimla jste si, že spousta anesteziologů vykonává v rámci své kariéry různé manažerské funkce? Ten obor je úžasný v mnoha ohledech. Dominuje mu mimo jiné také matematika a fyzika, a jakmile umí člověk „trochu“ počítat, nemá ani daleko k ekonomice. Důležitým hlediskem také je, že anesteziolog chodí na operační sály a vidí, jak operuje chirurg, jak ortoped, jak gynekolog, vidí do všech oborů. Nerozumí jim, ale má možnost nechtěně sledovat, co se na jednotlivých odděleních děje. Získá tak postupně i personální přehled a sleduje, jak je kdo šikovný, jak svědomitý.

#### Proč jste si v mládí zvolil právě anestezií?

V dětství mě zajímala fyzika a biologie a říkal jsem si, že anesteziologie je hezký obor, ve kte-



At mi lidé neříkají, že za minulého režimu to bylo v medicínských oborech a zdravotnictví lepší. Není po čem si stýskat.

rém se pracuje s mnoha přístroji. Proto anesteziologie. Bavila mě. Na škole jsem praktikoval na Klinice anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice na Karlově náměstí u jednoho ze zakladatelů oboru, doc. Hodra. Sleduji ale, jak úžasně letí vývoj nejen této disciplíny,

ale celé medicíny. Nejsem zase až tak starý, ale když jsem studoval, neexistovala třeba vůbec invazivní kardiologie. Kardiologie tehdy znamenala jenom digoxin. At mi lidé neříkají, že za minulého režimu to bylo v medicínských oborech a zdravotnictví lepší. Není po čem si stýskat. Pokrok v medicíně, u nás spíše skok, je obrovský. A nejen v ob-

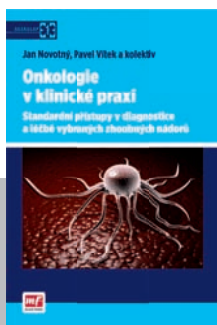
lasti léčení. Kdyby dnes přišel člověk na nějaký výkon do prostoru, jaké tu bývaly před třiceti lety a které tehdy byly standardem, tak by ani nevkroutil dovnitř.

#### Po promoci jste byl už jenom v Mladé Boleslavi?

Měl jsem nastoupit v Praze, ale před podepsáním smlouvy jsem ▶

Inzerce M141001146

## Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU



### a získejte knihu Onkologie v klinické praxi

Monografie si klade za cíl informovat odbornou veřejnost o nejnovějších standardních přístupech v léčbě vybraných zhoubných nádorů a umožnit tak rychlou orientaci při rozhodování o dalším postupu protinádorové terapie.



#### Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku [mladafronta@predplatne.cz](mailto:mladafronta@predplatne.cz), uveďte své **jméno, doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 1014**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách [www.mf.cz](http://www.mf.cz)



#### Volejte zdarma 800 248 248

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM 1014**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

**Neváhejte!**  
Tato nabídka platí jen do 19. 10. 2014.  
Předplatné na rok pouze za 299 Kč.

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. neseďělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávku předplatitel potvrzuje, že s tímto dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávkou dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovávány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zákona č. 101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména, že poskytnuté údaje je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na [www.mf.cz](http://www.mf.cz)

## PŘEDSTAVUJEME

**MUDr. Stanislav Najman**

\* 20. 9. 1960 v Liberci

V roce 1985 absolvoval 1. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze, v roce 1988 atestace v oboru anesteziologie a resuscitace prvního a v roce



1993 druhého stupně. Atestace v oboru urgentní medicíny roku 2000. Od roku 2004 je ředitelem Kliniky Dr. Pírka. Je ženatý a má čtyři děti.

nabídku odmítl. Vysvětlil jsem docentu Hodrovci, že chci působit v okresní nemocnici proto, abych se dostal co nejdříve ke všem pracovním možnostem, získal zkušenosti a slíbil jsem mu, že se potom vrátím. Už jsem se ale nevrátil. Celou dobu jsem pracoval v mladoboleslavské nemocnici na ARO. Když vznikala Klinika Dr. Pírka a majitelé mě oslovili, abych přešel k nim, přijal jsem. Pořád chodím uspávat pacienty, ale povinností kolem vedení zařízení přibývá a na operační sál se dostávám méně a méně.

### Stýská se vám?

Klidně bych vedení kliniky předal někomu jinému, ale je v tom problém. Okolí mě žertem přirovnává k převozníkovi z pohádky O třech zlatých vlasech děda Vševeda. Rád bych předal pádla, ale nikdo nepřichází. Mzdové podmínky jsou totiž skromné, spíše anesteziologické než manažerské.

### Na druhou stranu vás musí těšit, že je za vámi vidět pořádný kus práce...

Současná rekonstrukce probíhala s vizí, aby zařízení fungovalo bez zásahů minimálně dalších dvacet let. Vše se řídilo tvrdými německými normami, např. nové sterilizační centrum. A do toho patří i nové technologie – vzduchotechnika, medicínální plyny, máme tady samostatnou přípravnu kyslíku, tak jak se to ve světě nyní dělá. Pro krajské a jiné nemocnice byly k dispozici evropské dotace, ale nám přiděleny nebyly, přestože jsme o ně také požádali. Na druhou stranu máme obrovskou výhodu v tom, že se nemusíme nikomu zpovídat. Kromě vlastní valné hromady. Nezdopovídáme se v tom politickém směru. Nijak nás neovlivní, pokud se vymění ministr nebo hejtman. A ten pocit svobody za to stojí.

Interiéry jsme řešili v duchu původních představ – to znamená velká okna, nízké parapety. Oslovil jsem také holandskou společnost Philips, která nabízí program osvětlení veřejných budov,

a instalovali jsme v pooperačních pokojích nové systémy osvětlení, díky nimž si pacienti užívají různých barevných tónů osvětlení podle vlastní nálady a pocitů. V jiných světelných blocích jsou luminační látky. Nabízíme tak něco hravého a příjemného na odreagování. I když se k nám přicházejí lidé samozřejmě hlavně léčit, není nutné, aby sledovali jen různé negativní zprávy z našich médií.

S majiteli jsme se totiž shodli na tom, aby se pro pacienty vytvořilo i designově zajímavé a přátelské prostředí. Takové přístupy jsou běžné třeba v Beneluxu nebo v Dánsku, kde žije dcera MUDr. Pírka. Její manžel je lékař, její syn je také lékař a znají zdravotnická zařízení, v nichž se část investice poskytne třeba na designové vybavení prostor s využitím a zapojením umělecké činnosti regionálních i jiných umělců. Aplikace tohoto hlediska přitom nemusí být nedílně spjatá s navýšením rozpočtu stavby, pouze stačí využít aktuálních možností.

Při rekonstrukci byla dána příležitost našim i zahraničním umělcům. Nemocniční prostředí je jimi chápáno jako velká šance vytvořit trvale přístupné galerie s prezentací jejich činnosti. Umělcům se zde nejedná o peníze, ale o možnost ukázat svoje schopnosti. Takto jsme instalovali v zahradě kliniky četná sochařská díla a kovové skulptury. V interiérech byly umístěny grafiky českých výtvarníků nebo plastiky uměleckých kovářů. Evropskou novinkou jsou luminační plochy na stěnách. Po dohodě se společností Philips byl vytvořen společný projekt s cílem nabídnout nadějným studentům vysokých uměleckých škol nejmodernější designové technologie v realizaci jejich představ. Byla vyhlášena umělecká soutěž a díky zájmu a podpoře osobnosti českého designu, jako je např. architekt Bořek Šípek, a pedagogů uměleckoprůmyslové školy, dostali studenti možnost realizovat svoje semestrální práce.

Klinika není ale žádnou galerií. Toto je pouze cesta ke spolupráci mezi lidmi různých profesí s cílem vytvářet společenské, přátelské prostředí s optimistickým výhledem do budoucnosti. Design a kulturní prostředí je důležité, ale z hlediska činnosti zdravotnického zařízení je okrajovou záležitostí. Zásadní pro chod kliniky je zdravotní provoz. Nejdůležitější jsou pro ni zaměstnanci – zkušený tým odborníků. Za posledních dvacet let se zde vytvořil stálý profesionální tým lékařů a sester. Klinika má nyní více než sto dvacet zaměstnanců. Při rekonstrukci bylo hlavním cílem vytvořit moderní provoz operačních sálů a sterilizace.

### Jaká je vytíženost kliniky?

Kapacita zařízení by asi mohla být větší, pacienti k nám přicházejí i zdaleka, ale limitují nás smlouvy s pojišťovkami. Všchna zdravotnická zařízení mají stanovený limit na úhradu za poskytovanou péči a všechny jsou na tom v taktu nastaveném systému stejně. O něco větší jistotu na přežití mají fakultní nemocnice, protože by jejich pád nezodpověděl žádný ministr a žádná vláda. Krajské nemocnice mají pozici už trochu těžší, neboť je musí umět zafinancovat kraj, stejně tak jako nemocnice oblastní. Náš soukromý majitel, který navíc ještě sám pracuje a bohužel nemá ve Švýcarsku třeba továrnu na kloubní náhrady, to má horší. V minulosti se stalo, že se začaly významně zpožďovat platby pojišťovně, a tak paní Pírková vyzvedla v bance ze svého soukromého účtu úspory a poslala je do Čech na výplaty. Nám pak trvalo dva roky, než jsme jí půjčnou částku vrátili. Byla už v důchodu a nebála se. Jen jednou se lekla: „Tak nám to zase znárodní.“ Viděl jsem tu hrůzu v jejích očích, když jsme se objevili na seznamu neziskových zařízení v příloze zákona o neziskových zdravotnických zařízeních. Přestože Pírkovi vždy zisk využíli zcela k dalšímu rozvoji kliniky, status neziskové nemocnice byl tvrdým připomenutím února 1948.

### Určitě máte dobrou reklamu, když k vám rádi přijedou i pacienti z daleka...

Důležité je nic nepokazit, protože v případě nezdaru dnes obvykle hledá pacient viníka, který jeho stav mohl zavinit. Nemocnice může mít sto spokojených pacientů, avšak jediný nespokojený

dokáže úplně poškodit její jinak dobrou pověst.

V médiích se někdy objevují žebříčky kvality zdravotnických zařízení. Nevím, podle jakých kritérií jsou sestavovány, ale četl jsem hodnocení na základě šesti zodpovězených otázek, které otiskla sobotní příloha jistého deníku. Redaktory vůbec nenapadlo, jak takové sdělení laiky mate a stresuje. Upnou se na nemocnice na horních příčkách a neuvědomují si, že chirurg v malé nemocnici v jejich bydlišti, který od rána do večera operuje slepé střevo, bude pro tento zákrok mnohem vhodnější než docent ve fakultní nemocnici, který se k takovému výkonu ani nedostane, protože se věnuje tomu, co by naopak ten regionální chirurg nebyl vůbec schopný zvládnout.

### Taková hodnocení jsou opravdu zavádějící.

Často se nás redaktoři ptají, jestli si konkurujeme s oblastní nemocnicí. V průběhu rekonstrukce jsem se byl podívat ve Švýcarsku. Navštívil jsem snad všechny nemocnice v oblasti Ženevy, viděl jsem různé modely zdravotnických zařízení, ale v žádném jsem si nevěšil, že si jedno druhému konkuruje. Konkurence ve smyslu rivality může existovat pouze v případě, že se nemocnice „přetahují“ o pacienty. Tam má ale lékař svou privátní ambulanci a nasmlouvaných asi pět nemocnic, se kterými spolupracuje. Konkurence se tedy projevuje jenom v kvalitě, aby vše fungovalo a bylo pro pacienty dobré a aby byli spokojeni. Ani u nás si nemusíme konkurovat. Mezi námi a oblastní nemocnicí funguje naprosto jasná spolupráce, ať už na úrovni primářů oddělení nebo vedení nemocnic. Samozřejmě, že jsou kolegové, s nimiž si skvěle rozumíme a řešíme společně problémy v rámci péče o pacienta, kterou my nemůžeme zajistit, a že jsou i kolegové, kteří nám podouvají, že si vybíráte jenom „to nejlepší“. Což vůbec není pravda. U nás se postaráme stejně tak o paní, která bydlí na vesnici, a stejně tak o majitele továrny na letadla. A to naprosto identicky! Dostanou stejnou kloubní náhradu a nechceme po nich žádné sponzorské dary, ani vajíčka, ani letadlo.

### V čem se vlastně odlišujete?

Zaměstnancům se snažíme vysvětlit a vstřípnit význam rodinné tradice. I proto je na vchodu do kliniky uvedený citát dr. Pír-

ka z roku 1934, který zní: „Jsme si dobře vědomi toho, že pracujeme v soukromém ústavě a existence naše jest závislá na dobrém jeho jméně.“ Aby si zaměstnanci cestou do práce uvědomili, že pracují v soukromém zařízení a že opravdu záleží na našem dobrém jméně. Aby nejenom ten, kdo kliniku vlastní a jehož jméno nese, na něj mohl být hrdý. Je třeba, aby tu hrdost pocítoval i ten, kdo tady v jeho jménu pracuje. Velmi záleží na chování personálu, který má také vliv na to, jestli se k nám lidé rádi vrátí, pokud budou naši pomoc potřebovat. Toto je moje naivní představa, ale i cíl, který dává smysl naší práci.

### Dostanete se při vaší pracovní vytíženosti ještě k nějakým svým zájmům?

Času zůstává málo. Moje funkce je obrovská mravenčí práce, a přestože například rád cestuji, a přestože například rád cestuji, mnohdy to nevyjde ani o dovolené. Mám rád umění, protože si myslím, že posouvá vývoj společnosti kupředu. Zajímá mě design, divadlo.

Ke spolupráci jsem pozval Petra Hladkého z Galerie „H“, sochaře z Vejprtu, kterému po revoluci vadilo, že se u nás z pískovce dělaly jenom hlavy státníků, a tak s panem Pecháčkem ze Svobodné Evropy a pod patronací amerického kongresu zrealizoval projekt pravidelných sochařských symposií. Kámen, který se těží v Hořicích u Jičína, byl poskytnut pozvaným sochařům z celého světa, kteří během čtrnácti dní vytvořili skulptury, jež se předaly vybraným zdravotnickým zařízením u nás a v Německu. Rozhodli jsme se totiž hned zpočátku otevřít celý prostor areálu a nechat ničím neomezený volný vstup a průchod do zahrady. Pokud vypadá venkovní prostředí hezky a všude je pořádek, bývá pořádek i uvnitř, a dokonce i „uvnitř“ pacientů.

Také mám rád divadlo. Na konci roku pořádáme pro zaměstnance i pro naše partnery divadelní představení. V roce 2012 jsme například uvedli „Ucpanej systém“ v podání souboru Dejvíckého divadla. Velmi náročné představení, ale také velmi pravdivé.

Věřím, že si čím dál tím víc lidí začíná uvědomovat, jak je naše nemocniční zařízení v mnohém ojedinělé a zajímavé. Nejen vybavením, ale i pohledem na svět. Celým svým modelem. Stále se s rodinou Pírkových snažíme prezentovat, že se jedná o zařízení, které má jméno a hmatatelného vlastníka.



# Malá bilance V. – Pacienti

Jak jsem již zmínil, pacienti v Praze byli jiní než v Kosmonosích. Především v blázinci nebyli žádní pacienti protekční, zato v ÚVVV jich byl za korunu arch k vystřihování.

V paměti mi utkvěl jeden papaláš, který na mou otázku po kvalitě a frekvenci stolice odpověděl: „To se musíte zeptat mé ženy.“ Na vlastní kůži a bez předchozích zkušeností jsem se tak seznamoval s VIP syndromem. Rád jsem ho před pár roky podrobně popsal a s chutí s ním seznamuji kolegy i sestry na seminářích. Nejbizarnější podoby nabyl v 70. letech, kdy mě při konziliu jeden novopečený přednosta seznámil s novými pravidly etikety zavedenými na jeho klinice, když mi vysvětlil: „Budeš si muset zvyknout, že tě tady na oddělení budou oslovovat soudruhu a někteří ti budou tykat.“ Nějak jsem si – navzdory jeho cenné radě – na to oslovení nezvykl. Ani jsem mu nezopakoval filmařskou historku, podle níž přišel zástupce komparsu za režisérem a důrazně prohlásil: „Přestaňte nás oslovovat, soudruzi cikáni! My vám taky neříkáme soudruhu žide!“

## Za 10 let 250 kilo!

Ústav výživy byl také doslova skladištěm děvat a mladých žen trpících mentální anorexií. Protože pobývaly na pokojích mezi ostatními pacientkami, které na ně zahlížely opravdu velmi kriticky, vyplývaly poměrně rychle na povrch jejich manipulace s jídlem. Před ranním vážením stávaly u vodovodu a doplňovaly hmotnost z kohoutku. Jedna nosila v kapse županu žehličku. Jídlo prohazovalo otevřeným oknem na dvůr, jedna mě udivila svou eskamotérskou dovedností, s níž – patrně po vzoru krásné Vasil-

sy z ruské pohádky – ukrývala knedlíky i s omáčkou do rukávů. Závratná byla jejich logika. Když navzdory všem snahám přece jen přibraly za týden kilo na váze, vyplodily tuto úvahu: za týden kilo, za měsíc čtyři kila, za rok dvaapadesát kilo, za deset let dvě stě padesát! V tu chvíli běžely na záchod strčit si prst do krku. Většina z nich ale ani tuto manuální metodu nepotřebovala užívat, protože uměla zvracet na požádání.

## Utiskovaný dvanáctník

Urputní bývali i jejich rodiče odmítající připustit, že by mohli jít o primární psychický problém a trvající na čistě somatickém řešení. Šestnáctileté dívce, která začala hubnout na radu svého atletického trenéra, až to dotáhla na 38 kilo, zjistil na rentgenu „impresi arteriae mesentericae na duodenu“ – výsledek totální ztráty tukového polštáře. Její matka našla nějakého šilného chirurga, který byl toho důmnění, že se to dá vyřešit operací, po které by dvanáctník přestal být utiskován ošklivou tepnou, útroby by se uvolnily z nežádoucího sevření a dívka by opět jedla... Jiný otec přinesl lahvičku vody ze záračného pramene kdysi na Slovensku, na kterou tam stál třídenní frontu.

Co ale zásadně nechtili, bylo pohovořit na téma „poměry v rodině a jejich možná změna“. Minuchina jsem tehdy ještě neznal, a tedy bohužel jsem nemohl tou-



MUDr. Radkin Honzák

to světovou kapacitou argumentovat. Podle mých zkušeností stačilo zhruba do třetiny těchto pacientek jen trochu šťouchnout (několikrát ihned zabralo strašidlo defektního chrupu v důsledku denutrice) a věci se daly do pohybu správným směrem, další třetina vyžadovala delší práci a ta poslední byla rezistentní. Dnes se bohužel tohle procento scvrklo na deset. Zato nacházejí „skalní anorektičky“ dáblskou podporu a cenné rady na internetu, což za mých mladých let opravdu nebyvalo.

## Těžké tety

Kontrastem byla druhá skupina pacientek – tlusté tety, které k nám chodily hubnout. Ty měl na starosti kolega Ratmír Rath, fízl dvakrát evidovaný pod poetickým přízviskem RAS, takto otec bývalého prezidenta ČLK (co jsou lékaři také schopni zvolit!) a hejtmana Středočeského kraje, téhož příjmení Davida. Kvalitní rod! Tety byly nejprve zaváženy a shledány těžkými. Ta nejednodušší měla celých 240 kg, ale to byla výjimka, vesměs se pohybovaly v polovičních hodnotách. Technologie nebyly, a tak složení tělesných tkání se určovalo na podvodní váze jak za dob Archimédových. Byla změřena kapalina tetou z velké kádě (umístěné ve sklepe) vytlačena a složitým propočtem tužka-papír, neb ani ně a jejich možná změna“. Minuchina jsem tehdy ještě neznal, a tedy bohužel jsem nemohl tou-

Pak následovala redukční kúra podle Dalibora: pět dní po 500 kaloriích, pět dní hladovka s přísunem šípkového čaje ad libitum, pět dní 500 kalorií a tak dokola po dobu šesti týdnů. Housle žádné. Zato, jak mi prozradila jedna špiónka, která na jejich pokoji pobývala ze zcela jiných důvodů celých šest týdnů, měly zařízení podobné Daliborovu pytlíku na špagátě (viz ilustrace Věnceslava Černého v *Jirákových Starých pověstech českých*), které spouštěly z okna, a hodní příbuzní, partneři a osoby blízké jim po večerech zajišťovali první pomoc před smrtí hladem: od kremrolí po tatarský biftek již umíchaný. Někdy bylo i víno na zapítí.

## Tekutá šlichta pro paní L.

Přes flagrntní porušování režimu byly výsledky viditelné, něco kolem čtvrt metráku za pobyt. Že však nic netrvá věčně (ani láska k jedny slečně), při neznalosti zla jo-jo efektu se tety dobraly – nejen – na svou váhu nejpozději do roka a do dne. Některé dostaly milost a mohly celý proces opakovat. Nejvyšší byla rekordmanka, více než prostá, spíše mentálně utlumená venkovanka z Benešovska, které provedli chirurgové gastrokologický bypass a vyřadili tak většinu střevní resorpční plochy. Byla živena jakousi ručně míchanou (tehdy se vše míchalo ručně, prášky v lékárně, dokonce dialyzační roztok, který se míchal velkým dřevěným pádlem ve velkém kotli, takže se nejednou podařilo vyvolat u dialyzovaných pacientů

„syndrom tvrdé vody“ = arteficiálně navozenou hyperkalcemií s mnoha pestrými psychopatologickými projevy) směsí koncentrovaných živin, minerálů a vitamínů. Shodou okolností jsem se potkal s kolegou z ročníku, který tam ordinoval jako praktický (tehdy ještě obvodní) doktor, a ten mi popsal její životní styl. Manžel ji ráno naložil do necek, k nimž přistavil z jedné strany kýbl s jakousi tekutou šlichtou a z druhé kýbl se šumákem, a paní L. tyto dobroty konzumovala tak, že je nasávala gumovou hadicí. Večer ji vylámal z necek, omyl pod pumpou na dvoře a vesele s ní potom obcoval. Výsledkem byly dvě značně postižené děti s krátkým životem, přičemž k druhému porodu jela na valník, protože do žádného jiného dopravního prostředku se nevešla.

Pamatuju se na její veselý popis krátké návštěvy doma, kterou líčila sestrami na inspekcí: „Holky, to bylo něco úžasného! Když jsem přijela, byla tam zrovna zabijačka. Tak jsem si sedla na dvoře na hajzlík a oni mi to tam všechno nosili. Ovarem to začalo a fakt, celou zabijačku jsem měla. Sice to šlo hned druhým koncem ven (to formulovala poněkud drsněji), ale konečně jsem si pochutnala!“ Nakonec umřela, vlastně na následky malnutrice, protože ať se míchalo sebepečlivěji, plnohodnotná náhrada to nikdy nebyla.

Mezi těmito dvěma extrémními skupinami se pohybovali pacienti a pacientky s nejruznějšími gastroenterologickými obtížemi. Už jsem sice nezastihl vředaře léčené spánkovou léčbou podle Pavlova, ale potkal jsem se tam s celým spektrem diagnóz – od karcinomů přes jaterní selhání až po funkční poruchy, které mi byly přiděleny do opatery.



ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 16/2014

Šéfredaktorka

Mgr. Markéta Mikšová  
tel. 225 276 295, e-mail: miksova@mzf.cz

Redakce

Petra Klusáková, DiS. (Z domova)  
tel. 225 276 388, e-mail: kluskova@mzf.cz  
Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, Farmabyznys, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mzf.cz  
PhDr. Jana Jilková (Ze společnosti, rozhovory)  
tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mzf.cz  
MUDr. Andrea Skálová  
(Medicina a kongresové zpravodajství)  
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mzf.cz

Stálí spolupracovníci redakce

Leoš Chodura, Martin Čaban,  
Irena Soukupová, Ing. Miroslav Zámečník,  
David Daniel, Eva Pavlatová, Martina Řehořová,  
Vladimíra Bošková, Marcela Svěráková

Editor/korektorky

Květa Havlová, DiS.,  
PhDr. Jana Jilková

Grafika a technické zpracování

Pavla Jilková  
tel. 225 276 455,  
e-mail: jilkovap@mzf.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 Kršiak, DrSc.  
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA  
prof. Ing. Rudolf Poleďne, 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@mzf.cz

personální inzerce

Jana Schrammová  
tel. 225 276 380, 725 036 036  
e-mail: schrammova@mzf.cz,  
personalni.inzerce@mzf.cz



generální ředitel  
Ing. David Hurta

ředitel divize  
Medical Services  
Karel Novotný

art director  
Petr Honzátko

DTP  
retuší Miloslav Pařík (vedoucí),  
Libor Horyna, Milan Kubička, Zdeněk Němec,  
Petr Novák, Jan Mach

MARKETING

ředitelka marketingu Hana Holková

DISTRIBUCE A VÝROBA

ředitelka distribuce a výroby

Soňa Starhová  
koordinátor výroby a distribuce divize  
Medical Services  
Monika Snádrová  
tel. 225 276 392,  
e-mail: snadrova@mzf.cz

Vydává MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o.,  
sídlí: 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@mzf.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 18. 9. 2014

Přetisk a jakékoli šíření  
pouze se souhlasem vydavatele.  
Tisťený náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.  
© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2014  
Evidenční číslo MK ČR: E 20524  
ISSN 2336-2987

# PERSONÁLNÍ INZERCE

## Výběrová řízení

### Vedoucí centra IT

**DĚKAN LÉKAŘSKÉ FAKULTY UNIVERZITY KARLOVY V PLZNI** vyhlašuje výběrové řízení na obsazení pracovní pozice:

### ■ Vedoucí Centra informačních technologií, nástup dle dohody

Požadavky:

- vedení týmu technických pracovníků, budování a personální rozvoj tohoto týmu,
- zodpovědnost za ekonomiku svěřených zdrojů,
- zajištění provozu, bezpečnosti a koncepčního rozvoje služeb ICT, sledování a aplikace moderních trendů,
- zajištění provozu elektronických zabezpečovacích systémů,
- řízení IT bezpečnosti,
- licenční management a kontrola dodržování ochrany autorských práv v oblasti SW,
- zajišťování školení pracovníků,
- zajišťování a organizace inovací, nákupu a instalace výpočetní, kancelářské, prezentační a telekomunikační techniky či služeb, spolupráce s dodavateli,
- aktivní spolupráce s organizačními součástmi LFP UK a RUK UK.

Kvalifikační požadavky:

- vzdělání VŠ, zaměření technické,
- praxe 5 let na manažerské pozici v ICT, zkušenost s řízením provozních nebo servisních ICT služeb,
- prokazatelná zkušenost s řízením většího pracovního týmu (více než 10 pracovníků),
- znalost procesního a projektového řízení aplikovaného pro IT,
- orientace v ekonomice a prokazatelné zkušenosti s plánováním IT rozpočtu,
- velmi dobrá orientace v ICT technologiích,
- dobrá orientace na ICT trhu,
- velmi dobré komunikační a prezentační dovednosti,
- znalost anglického jazyka na komunikační úrovni.

Znalosti v následujících oborech jsou vítány:

- znalosti TCP/IP sítí,
- znalost problematiky Windows Serverů, SQL databází,
- znalost OS linux a zkušenosti s jeho aplikací do prostředí organizace,
- praktické zkušenosti s administrací uvedených systémů,
- softwarový management a licencování.

K přihlášce je nutné přiložit:

- doklady o VŠ vzdělání a délce praxe v oboru,
- profesní životopis.

Přihlášky do výběrového řízení se přijímají 30 dnů od zveřejnění v hromadném sdělovacím prostředku a na úřední desce fakulty v osobním a mzdovém oddělení děkanátu Lékařské fakulty UK v Plzni, Husova 3, 306 05 Plzeň. Zároveň s podáním přihlášky v tištěné podobě zašlete naskenované podklady v elektronické podobě na adresu: spisovka@lfp.cuni.cz, do předmětu uveďte: VR vedoucí CIT. Všechny dodané materiály musí být v českém jazyce.

M141001268

### Ředitel polikliniky

**DOPRAVNÍ ZDRAVOTNICTVÍ, A. S., ITALSKÁ 560/37, PRAHA 2** vyhlašuje výběrové řízení na obsazení místa ředitele Polikliniky Ostrava.

Požadujeme:

- ukončené VŠ vzdělání (lékařské zaměření výhodou),
- zkušenosti v řízení a ekonomice ve zdravotnictví,
- zkušenosti s vedením a řízením zaměstnanců min. 3 roky,
- organizační schopnosti a řídicí předpoklady,
- schopnost vést a motivovat podřízené,

- výborné komunikační a prezentační dovednosti,
- trestní bezúhonnost,
- znalost MS Office (Word, Excel, Outlook).

K přihlášce připojit:

- životopis zaměřený na odbornou praxi,
- doklady o vzdělání,
- osobní dotazník,
- výpis z rejstříku trestů ne starší 3 měsíců.

Přihlášku s požadovanými doklady, telefonním spojením a emailovou adresou zašlete na adresu:

Dopravní zdravotnictví, a. s., sekretariát ředitele, Jeremenkova 40/1056, 772 52 Olomouc, nebo na artur.luksa@doz.agel.cz do 15. 10. 2014.

M141001247

### Člen představenstva

**PARDUBICKÝ KRAJ JAKO JEDINÝ AKCIONÁŘ LITOMYŠLSKÉ NEMOCNICE, A. S.,** vyhlašuje výběrové řízení na obsazení funkce

### ■ Člena představenstva pověřeného řízením společnosti Litomyšlská nemocnice, a. s.

Bližší informace jsou zveřejněny na úřední desce Krajského úřadu Pardubického kraje a na webových stránkách www.pardubickykraj.cz. Přihlášky přijímá Krajský úřad Pardubického kraje, odbor zdravotnictví, Komenského náměstí 125, 532 11 Pardubice, tel.: 466 026 140, popřípadě i 466 026 142, a to nejpozději do 3. 10. 2014 do 12:00 hod.

M141001311

### Stomatolog, fyzioterapeut

**SPOLEČNOST EUROCLINICUM, A. S.,** hledá pro svou dceřinou společnost, Přeloučskou polikliniku:

- lékaře s atestací v oboru stomatology, nástup ihned, nebo dohodou
- fyzioterapeuta s odbornou způsobilostí, nástup dohodou

Nabízíme: zázemí stabilní společnosti působící v holdingové struktuře, možnost osobního i profesního růstu, benefity společnosti, věrnostní akce, dotace na školicí akce. Informace o výběrovém řízení: Pro účast ve VR zašlete prosím CV s fotografií a motivačním dopisem, na e-mail: info@prelouckapoliklinika.cz. Odpovědí na tento inzerát či

**Fakultní nemocnice Plzeň**  
přijme zaměstnance na pozici:  
vedoucí Odboru zdravotního účtování a statistiky

### požadavky:

- ukončené vysokoškolské (magisterské) vzdělání ekonomického nebo technického směru
- minimálně 3 roky praxe
- výborná znalost práce s PC, znalost práce s informačními systémy a databázemi organizační, řídicí a analytické schopnosti
- znalost systému financování zdravotní péče výhodou
- zkušenosti s problematikou vykazování a účtování zdravotní péče výhodou

Písemné přihlášky doložené profesním životopisem s uvedením údajů o dosavadní praxi a doklady o dosaženém vzdělání zasílejte do 10 dnů po uveřejnění na adresu: FN Plzeň, oddělení personálního řízení a organizace, Edvarda Beneše 1128/13, 305 99 Plzeň. e-mail: grubrova@fnplzeň.cz, tel. 377 402 223

inzerce M141001290

zasláním Vašeho životopisu a dalších osobních materiálů dáváte souhlas ke zpracování a uchování Vašich osobních údajů dle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Tento souhlas platí až do jeho odvolání písemnou formou. Více informací na našich webových stránkách: www.euroclinicum.cz.

M141001264

### Lékař

**PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA LNÁŘE** hledá lékaře, příp. absolventa LF se zájmem o obor psychiatrie. Nabízíme byt 3+1 nebo 2+1 přímo v areálu léčebny, dobré pracovní podmínky, nadstandardní platové ohodnocení, možnost odborného růstu, při stabilizační dohodě významený 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, sekretariat@pllnare.cz, adresa: Psychiatrická léčebna Lnáře, 387 42 Lnáře 16.

M141001323

### Lékař

**KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, A. S., PŘIJME LÉKAŘE** na chirurgické oddělení nemocnice Turnov. Kontakt: bližší informace naleznete na www.nemlib.cz, odkaz kariera.

M141001273

### Lékař/ka

**HRADECKÉ OČNÍ SANATORIUM, HRADEC KRÁLOVÉ,** přijme lékaře/lékařku - oftalmologa na pozici ambulantního lékaře. Nástup možný ihned. Nabízíme možnost dalšího profesního růstu. Možnost operativy jak dětských, tak i dospělých pacientů (přední segment). Kontakt: prim. MUDr. D. Horecký, tel.: 734 511 595, e-mail: horecky@ocni-sanatorium.cz

M141001277

### Lékař/ka

**POLIKLINIKA I. P. PAVLOVA, S. R. O.,** přijme lékaře/lékařku na pozici praktický lékař pro dospělé a lékař závodní preventivní péče s úvazkem dle dohody. Motivující platové ohodnocení a příjemný kolektiv. Kontakt: smidova@poliklinikaippavlova.cz

M141001254

**NEMOCNICE PÍSEK**

přijme

**lékaře/lékařku**

na dětské oddělení a neonatologii

Požadujeme:

- specializovanou způsobilost v oboru dětské lékařství nebo neonatologie

Nabízíme:

- zázemí stabilní a finančně zdravé společnosti
- pozici na akreditovaném pracovišti
- referenční nadstandardní ohodnocení
- možnost bezplatného profesního růstu i dalšího vzdělávání
- možnost kariérního postupu
- zaměstnanecké benefity (5 týdnů dovolené...)
- zajištění ubytování

Přihlášky zasílejte na adresu:

Nemocnice Písek, a. s., Karla Čapka 589, 397 01 Písek tel. 382 772 001, e-mail: sekretariat@nemopisek.cz, MUDr. Karel Chytrý, primář oddělení, e-mail: chytry@nemopisek.cz

inzerce M141001251

## PERSONÁLNÍ INZERCE

## Více pozic

**LITOMYŠLSKÁ NEMOCNICE, A. S.**, přijme do svého pracovního kolektivu lékaře se specializovanou způsobilostí v oborech:

- gynekologie a porodnictví
- neurologie
- chirurgie

Nabízíme:

- nadstandardní podmínky,
- podporu vzdělávání a seberealizace,
- týden dovolené navíc,
- příspěvek na stravování,
- přidělení bytu,
- náborový příspěvek 50 tis. Kč.

Blíže informace podá náměstek pro lékařskou péči, e-mail: juraj.bona@litnem.cz, tel.: 461 655 290 nebo mobil: 734 570 689.

M141001151

## Praktický lékař

**DOPRAVNÍ ZDRAVOTNICTVÍ, A. S., AMBULANCE VALAŠSKÉ MEZIRÍČÍ**, přijme praktického lékaře pro dospělé na plný úvazek. Požadujeme VŠ vzdělání, odb. způsobilost. Uzávěrka přihlášek 31. 10., nástup dle domluvy. Kontakt: personalni@doz.agel.cz, tel.: 221 087 461.

M141001157

## Praktický lékař

**NZZ ROKOSKA V PRAZE 8** přijme praktického lékaře pro dospělé na plný/částecný úvazek. Nabízíme práci v příjemném prostředí i kolektivu, příspěvek na dopravu a stravu. Mzda dohodou. Info na tel.: 222 233 222, e-mail: uctcih@seznam.cz.

M141001188

## Lékař/ka pediatr

**OLIVOVA DĚTSKÁ LÉČEBNA V ŘIČANECH** hledá lékaře/ku - pediatra. Nástup ihned. Plat dohodou. Ubytování možné i pro manželský pár. Informace na tel.: 323 619 189, 323 619 104.

M141001250

## Neurolog

**SLEZSKÁ NEMOCNICE V OPAVĚ**, příspěvková organizace, přijme:

- lékaře na neurologické oddělení

Blíže informace: www.nemocnice.opava.cz

M141001258

## Endokrinolog, oftalmolog

**NEMOCNICE S POLIKLINIKOU PRAHA ITALSKÁ** přijme endokrinologa, oftalmologa (práce na DPP nebo DPČ) a PL pro dospělé s atestací (plný úvazek). Nástup možný ihned. Kontakt: MUDr. Tomáš Pospíšil, 221 087 404, tomas.pospisil@doz.agel.cz

M141001238

## Lékař pro chirurgickou kliniku

**ÚSTŘEDNÍ VOJENSKÁ NEMOCNICE - VOJENSKÁ FAKULTNÍ NEMOCNICE PRAHA** přijme do pracovního poměru LÉKAŘE pro Chirurgickou kliniku 2. LF UK a ÚVN. Požadavky: absolvent LF nebo max. ukončený kmenový spec. základ, zdrav. způsobilost a bezúhonnost, schopnost týmové práce, uživ. znalost PC. Nabízíme: práci v prestižním akredit. zdrav. zařízení, práci s moderními přístroji a kvalitním technolog. vybavením, odpovídající fin. ohodnocení, zabezpečení prof. růstu, 5 týdnů dovolené, příspěvky na rekreace, léč. pobyty, kult. a sport. akce, masáže, vitaminy, očkování, zdrav. obuv, kvalitní závodní stravování, možnost výhodného ubytování pro mimopražské a další výhody. Nástup po dohodě. Informace k prac. místu a kontakt pro zasílání životopisů: zástupce přednosty kliniky doc. MUDr. František Bělina, CSC., 973 202 917, frantisek.belina@uvn.cz.

M141001243

## Lékař RDG

**NEMOCNICE JINDŘICHŮV HRADEC, A. S.**, přijme lékaře/ku na RDG oddělení, praxe v oboru vítaná, spec. způsobilost předností. Nabízíme podmínky pro další osobní a profes. rozvoj s podporou zaměstnavatele, nadstandardní fin. ohodn., přísp. na penz. přípoj., 5 týdnů dovolené + dodatková dovolená. Přístrojové vybavení pracoviště: CT Philips Brilliance 64, MD Philips 4 (AG a intervenční cévní výkon), Philips Duodiagnost (skiaskopické výkon), mamografie, 2x UZV přístroj, 2x skiografie, v vbrzké době MR přístroj. Nástup dle dohody. Kontakt: prim. MUDr. M. Koutný, tel: 384 376 382, koutny@nemjh, místopředseda předst. MUDr. K. Bajer, tel: 384 376 464, bajer@nemjh.cz

## Lékař/ka urgentní příjem

**NEMOCNICE JINDŘICHŮV HRADEC, A. S.**, přijme lékaře/ku na urgentní příjem. Praxe v oboru vítaná, specializovaná způsobilost předností. Nabízíme práci na nově otevřeném a moderně vybaveném pracovišti, podmínky pro osobní a profesní rozvoj s podporou zaměstnavatele, nadstandardní mzdové ohodnocení, 5 týdnů dovolené, příspěvek na penzijní připojištění. Nástup dle dohody. Kontakt: prim. MUDr. F. Řeřicha, tel: 384 376 840, up@nemjh.cz, místopředseda předst. MUDr. K. Bajer, tel: 384 376 464, bajer@nemjh.cz

M141001286

## Zdravotní sestra/asistent

Zdravotní sestra/asistent - pro nestátní ZZ ve Středočeském kraji, možnost ubytování. Svá profesní CV zasílejte prosím na klouckova@hrdirect.cz, info na tel: 728 531 842.

M141001294

## Internista

Hledám internistu s licenci pro několikaměsíční zástup v menším městě v Královéhradeckém kraji. Ordinance v centru města. Zkušená sestra. Počítačové vybavení - síť PC DOKTOR sestra + lékař, PC EKG, TK Holter. Ohodnocení práce přímo úměrné bodovému výdělku ambulance. Kontakt: mvn@centrum.cz

M141001297

## Zdravotní sestra

**DOMOV SV. KÁRLA BOROMEJSKÉHO V PRAZE** přijme na odd. LDN registrovanou sestru do nepřetržitého provozu. Požadujeme příslušné vzdělání a zkušenosti s vedením

Inzerce M141001269

ošetřovatelského týmu - dočasná výpomoc za staniční sestru. Pro ženy možnost ubytování. Kontakt: vlasta.kremeckova@domovrepy.cz, tel.: 774 401 334

M141001300

## Vedoucí lékař

**ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ MV** přijme lékaře do vedoucí funkce v Praze. Jedná se o atraktivní manažerskou práci s možností výkonu lékařské praxe. Požadujeme: VŠ lékařská fakulta, specializace všeobecné praktické lékařství, lékařská praxe min. 7 let. Nabízíme: nástupní plat 56 000 Kč, pravidelnou pracovní dobu, 5 týdnů dovolené, 4 dny placeného volna z důvodu zdravotní indispozice, služební mobilní telefon a notebook, příspěvek na stravování, příspěvek na penzijní připojištění, příspěvek na dovolenou. Možnost využití plaveckého bazénu v areálu pracoviště. Informace na tel.: 603 587 822. Svou nabídku zašlete do 17. 10. 2014 na e-mail: helena.pelikanova@zmv.cz.

M141001304

## Kodér/kodérka

**FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO, EKONOMICKÝ ODBOR, KODÉRSKÉ ODDĚLENÍ, JIHLAVSKÁ 20, 625 00 BRNO** přijme:

- 2 kodéry/kodérky na plný úvazek

Požadavky:

- ukončené středoškolské nebo vysokoškolské vzdělání (preferováno nelékařské zdravotnické povolání);

- podmínkou:
  - dobrá počítačová gramotnost v programech Microsoft Office a práce s Internetem,
  - analytické myšlení (schopnost

vytvořit a prezentovat závěr k posuzované problematice),

- preciznost a důslednost,
- schopnost komunikace a zájem o další vzdělávání v oboru,
- zájem a pracovní nasazení,
- morální a občanská bezúhonnost;

- výhodou:
  - znalost Mezinárodní klasifikace nemocí - 10 a seznamu výkonů (vyhláška č. 134/1998 Sb., v platném znění),
  - znalost klasifikačního systému DRG,
  - znalost systémů AMIS, Navision Attain, COGNOS,
  - praxe na obdobné pracovní pozici,
  - vhodné pro osoby mající zkušenosti s problematikou úhrady nebo vykazováním zdravotní péče.

Nabízíme:

- možnost dalšího rozvoje,
- zaměstnanecké výhody.

Nástup: dohodou

Kontakt: strukturovaný životopis zasílejte na adresu Sekretariátu ekonomického náměstka, asistentku paní Lenku Kouřilovou - e-mail: lenka.kourilova@fnbrno.cz

M141001331

## Lékař RTG/laborant

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

- 2 lékaře na RTC
- RTC laboranty s praxí

Požadavky: praxe se znalostí práce s CT vyšetřením, VŠ, I. a II. atestace (lékaři)

Nástup: březen 2015

Kontakt: 499 502 352 - sekretariát, sekretariat@nemocnice.vrchlabi.cz

M141001315

**Hledáte práci?  
nově zaměstnance?**

**POMŮŽEME VÁM!**

Jsme specialisté na personální inzerci ve zdravotnictví.



**ZAMĚSTNÁNÍ  
VE ZDRAVOTNICTVÍ**

**WWW.ZAMESTNANIveZDRAVOTNICTVI.CZ**

**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](http://www.bonno.cz)**

Objednávky na adrese:  
BONNO GASTRO SERVIS s.r.o.  
Husova 523  
370 21 České Budějovice  
oopp@bonno.cz

