ZDRAVOTNICTVÍ MEDICÍNA

MLADÁ FRONTA

19/2014

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ

Toto číslo vyšlo 15. 12. 2014

Z HISTORIE
Lékař „pacienta A.“
Životní příběh Hitlerova lékaře Theodora Morella
STRANA 49

Z MEDICÍNY
Nutriční terapie
Nutriční podpora v onkologii
STRANA 37

SESTRA
Porodnictví a neonatologie
Speciální příloha
STRANA I

Svatopluk Němeček: Dnes jsme v situaci, kdy je zdravotnictví pozoruhodně stabilizované.

Foto: Tomáš Hercog

Zdravotnictví v roce 2015 **na vlně stability**

Věcnou a racionální diskusi a hledání konsenzuálního řešení dalšího vývoje českého zdravotnictví přinesla konference Zdravotnictví 2015, kterou pod záštitou premiéra Bohuslava Sobotky spolu s Unií zaměstnavatelských svazů (UZS) pořádala divize Medical Services Mladé fronty, a. s.

Jak uvedl prezident UZS Jiří Horecký, jedním ze zásadních témat, která definují současný stav financování českého zdravotnictví, je úhradová vyhláška pro rok 2015. „Podnětem k diskusi je například pětiprocentní navýšení tarifních platů zdravotníků. Jako zaměstnavatelé jsme požadovali, aby byl tento krok kompenzován právě v úhradové vyhlášce,“ uvedl prezident Horecký, který poděkoval vládě a ministerstvu zdravotnictví, že se pro navýšení tarifních platů rozhodly a že byla akceptována refundace v lůžkovém segmentu, ale i v dlouhodobé péči, resp. u sester v sociálních službách. „Naše připomínka k vyhlášce pramení z představy, že by refundace měla proběhnout všude tam, kde dochází k nárůstu platů. Konkrétně například u záchranných služeb, kde se podle tarifních platů odměňuje a kde jistě dojde k navýšení nákladů,“ uvedl Jiří Horecký s tím, že se management nemocnic obává, že 3% nárůst úhrad, který je zárukou 5% navýšení tarifů, se ve skutečnosti do vyhlášky nepromítne. Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček ale v reakci na obavu nemocnic uvedl, že ministerstvo je otevřeno připomínkám. „Týká se to i úhradové vyhlášky. I zde se snažíme připomínky vypořádávat. Ministerstvo udělá všechno pro to, aby se do nemocnic dostalo tříprocentní navýšení úhrad, které by umožnilo plošné pokrytí pětiprocentního navýšení tarifních platů,“ deklaroval ministr Němeček, zároveň ale dodal, že ať ministerstvo úhradovou vyhlášku pojme jakkoli, nikdy stoprocentně nepokryje požadavky všech segmentů.

Úrazové pojištění pod zdravotnictví?

Mezi další připomínky z řad zástupců zaměstnavatelů ve zdravotnictví patří také nesouhlas se zpřísněním vymezení preskripce indikačních pomůcek. UZS se obává, že povede k poškození praktických lékařů, kteří mají ve svém obvodu větší počet seniorů či mají v péči obyvatele domovů pro seniory. Unie zaměstnavatelů řeší rovněž otázku, zda a jak lze stihnout hladkou kompenzaci regulačních poplatků v lékárnách od ledna příštího roku.

(**pokračování na straně 2**)

Inzerce M141000986

Z DOMOVA

Zdravotnictví v roce 2015 na vlně stability

(**pokračování ze str. 1**)

Se zástupci vedení resortu UZS na konferenci otevřela diskusi nad vývojem systému úrazového pojištění, na které mají dosud monopol dvě komerční pojišťovny. „Zůstává otázkou, zda by toto pojištění mělo za dva roky přejít pod českou správu sociálního zabezpečení, nabízí se ale i varianta převodu úrazového pojištění pod zdravotní pojišťovny, což dává logiku, protože zdravotní pojišťovny se zabývají jak prevencí, tak následky pracovních úrazů a jsou na rozdíl od ČSSZ připraveny tuto problematiku převzít," dodal prezident Horecký a připomněl také nutnost revize financování dlouhodobé péče a její rozsáhlejší reformu.

Z pohledu ministerstva je resort stabilní

I ministr Němeček na konferenci představil záměry svého resortu, mezi něž patří zejména zprovoznění systému, který bude spravedlivě financovat lůžkovou péči tak, aby mezi jednotlivými poskytovateli nezpůsoboval diskrepance. „Jde o systém DRG, který doposud nebyl úplně dopracován, takže neumožňoval ani základní provozní financování. Referenční nemocnice, podle jejichž dat se odvíjelo financování lůžkové péče v České republice, byly dosud čtyři. Z toho plyne, že nemohly pokrýt různorodou skladbu typů lůžkové péče. To se musí změnit. Za DRG nyní převezme zodpovědnost stát. Do dvou až tří let by se podle tohoto modelu mělo začít plně financovat," přislíbil Svatopluk Němeček *(více o DRG na straně 4)*.

„Dnes jsme ale v situaci, kdy je zdravotnictví pozoruhodně stabilizované. Pokud srovnáváme s kritickým obdobím v letech 2012–2013, kdy byla situace mnohých poskytovatelů podobná krizi, máme nyní stabilizován segment nemocnic (i když jsou zařízení, která z historických důvodů problémy tíží). Stejně tak je stabilizován systém veřejného zdravotního pojištění," uvedl ministr Němeček a jako doklad stabilizační iniciativy uvedl situaci Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), která v posledních letech hospodařila v červených číslech a letos skončí s kladným hospodářským výsledkem.

VZP stabilní, ostatní ne

Stabilitu pojišťovny na konferenci potvrdil ředitel VZP Zdeněk Kabátek, který pro příští rok ve zdravotně pojistném plánu počítá s případovým paušálem (včetně koeficientů specializace), s jednotnou sazbou, risk koridory i koeficienty přestupu pojištěnců. „V hospitalizační složce budeme vycházet z přibližné měsíční úhrady roku 2014 navýšené o 3 procenta, u ambulantní složky počítáme s referenčním obdobím 2013 a dvouprocentním růstem. Novinkou centrové péče bude financování center léčby roztroušené sklerózy, kde bude rozpočet stanovován samostatně a nebude umožněn přesun prostředků na léčbu jiných diagnóz," uvedl ředitel Kabátek s tím, že zdravotně pojistný plán pro následující rok je sestaven jako vyrovnaný a že přes všechna negativa je rok 2014 počátkem stabilnější situace ve zdravotnictví a rok 2015 na něj bude dále navazovat.

Optimismus v otázce stabilizace zdravotnictví už ale tolik nesdílel prezident Svazu zaměstnaneckých pojišťoven a ředitel Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra (ZPMV) Jaromír Gajdáček. „Na rozdíl od VZP jsou všechny ostatní zdravotně pojistné plány zaměstnaneckých pojišťoven deficitní. U ZPMV je situace nejmarkantnější, protože odčerpá jednu miliardu korun z uspořených prostředků z minulých let. Na konci roku 2015 bude mít pojišťovna prostředky pouze na dalších pět úhradových dnů. To už není systém pojištění, ale havarijní systém a hašení požáru," upozornil prezident Gajdáček, podle nějž je nastavený pluralitní systém sedmi zdravotních pojišťoven, které si mají konkurovat, po celou dobu jeho fungování narušován. „Pro stát je výhodné, že při nesprávných systémových zásazích může VZP spadnout do červených čísel a stát ztráty poté saturuje. Nabízí to jakousi sociální jistotu. Na druhou stranu to konkurenceschopnost systému velmi narušuje," dodal Jaromír Gajdáček.

Prezident UZS Jiří Horecký a ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček | 3x foto: Tomáš Hercog

Prostředky v systému jsou

Stejně jako zástupci UZS, také předseda Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN) Eduard Solich vyjádřil obavu, zda prostředky na navýšení platů do nemocnic fakticky doputují. Jak ale podotkl, financí pro navýšení platů je v českém zdravotnictví dostatek. „Dle ministerstva zdravotnictví je letos v systému všeobecného zdravotního pojištění o 6 procent více prostředků než loni. Zdravotní pojišťovny měly na účtech k 31. říjnu plus 11,6 miliardy, což ovšem zahrnuje předsunutou platbu 4,8 miliardy, takže jejich pozitivní bilance je přibližně 7 miliard. Predikce České národní banky o růstu HDP v roce 2015 je plus 2,5 procenta. Mzdy podle ministerstva financí v roce 2015 porostou o 3,9 procenta. To vše fond všeobecného zdravotního pojištění navýší," vypočetl předseda Solich. Zároveň ale připomněl, že v souvislosti s politickým rozhodnutím o zvýšení platů se už však nehovoří o zvýšení nákladů mezi lety 2012 a 2015. „Pokud bychom brali v potaz každoroční nárůst inflace o 1 procento, přidali růst DHP o 6 procent a mzdové náklady v průměru o dalších 2,5 procenta, tak jen v těchto čtyřech letech jde o navýšení nákladů na 12,5 procent. Ty pak jdou na úkor vnitřního dluhu nemocnic," upozornil Eduard Solich a uvedl, že v letech 2012–2013 vzrostly závazky nemocnic z obchodního styku o 22,3 %, ze 4 miliard na 5,2 miliardy. „Takže v podstatě žijeme na dluh našim dodavatelům. To není dlouhodobě udržitelná situace," varoval zástupce nemocnic Solich.

Stále větší zadlužování

Ministerstvo však tuto skutečnost jako problém nevnímá. „Pokud je mezi dodavatelem a nemocnicí dlouhodobě nastavený vztah, kde je definováno, že platí dva tři měsíce po splatnosti, jako problém to nevidím. Něco jiného je, pokud má nemocnice dlouhodobou platební neschopnost a financování je nekontrolované, ale to nevyřešíme za rok. Nyní to nevnímám jako zásadní systémový problém českých nemocnic," odpověděl na dotaz ZaM Svatopluk Němeček.

Jenže stanovisko asociace nemocnic potvrdil i tajemník Asociace velkodistributorů léčiv (AVEL) Michal Krejsta. „Dynamizující objem závazků po splatnosti představuje pro systém velký problém. Nemocnice se stávají stále většími věřiteli a jejich neschopnost hradit svoje závazky se stále prohlubuje. Co je ještě horší, podíl těchto závazků po splatnosti akceleruje směrem dolů, tedy že závazky stárnou ve své schopnosti být uhrazeny. Bude-

Premiér Bohuslav Sobotka a Jiří Horecký

Tendry v nemocnicích

V rámci tématu tendry v nemocnicích byla na konferenci Zdravotnictví 2015 zmíněna problematika veřejných zakázek na spotřební zdravotnický materiál. Jak upozornil právník Mgr. Lukáš Kohout, řada subjektů při výběrových řízeních porušuje odstavec 13 zákona o veřejných zakázkách umělým snižováním předpokládané hodnoty pod finanční limity stanovené zákonem (pod 2 miliony Kč bez DPH). Dalším rizikem, kterému se nemocnice vystavují, je porušování povinnosti sečíst hodnotu obdobných, spolu souvisejících dodávek pořizovaných v průběhu účetního období.

me s tím muset počítat i do budoucna, což je pro dodavatele komplikované, protože dodávají léky subjektu, který jim platí – v lepším případě – 180 dní po splatnosti," řekl na konferenci Michal Krejsta a uvedl, že pokud lze hodnotit závazky nemocnic podle zřizovatele, největšími dlužníky po splatnosti jsou zdravotnická zařízení přímo řízená ministerstvem.

Resort je zázrakem efektivity

Prezident České lékařské komory (ČLK) Milan Kubek pojmenoval na konferenci dva základní problémy českého zdravotnictví, kterými jsou nedostatek peněz a nedostatek kvalifikovaných zdravotníků.

„Zdravotnictví se v poslední době dostává do pozice otloukánka, přestože úroveň zdravotní péče v České republice je mnohem lepší, než jak vypadá její mediální obraz. Navíc s prostředky, které se do resortu reálně dostávají, jde o zázrak efektivity. A to i navzdory tomu, že ČR patří v Evropské unii k zemím, které vynakládají na zdravotnictví nejméně, ať už v reálných nebo nominálních částkách či jako procento HDP (7,5 procenta)," ohradil se

Prezident ČLK Milan Kubek

prezident Kubek. Zmínil také tři historické příčiny destabilizace zdravotnictví – čtyřletou stagnaci plateb za státní pojištěnce, opakované zvyšování DPH a devalvaci koruny, protože podle jeho slov kromě lidské práce nakupujeme za světové ceny. „Vzniká stále větší nerovnováha mezi tím, co od zdravotnictví očekáváme, a tím, co do něj dáváme. Jako prezident ČLK nikdy nemohu obhajovat snížení dostupnosti a kvality zdravotní péče, to ať dělají jiní," poukázal Milan Kubek na politické tlaky v rámci i vně resortu a dodal, že obhajuje cestu pro co nejkvalitnější zdravotnický systém.

Nedostatek zdravotníků

„Pokud nahlédneme do registru ČLK, mohlo by se zdát, že počet lékařů roste, ale členy komory zůstávají i ti lékaři, kteří reálně pracují v zahraničí. Mohou být totiž členy lékařské komory pouze v jedné zemi. Pokud srovnáte příspěvky v ČR a Německu, je efektivnější být členem u nás a pracovat tam. Klesá také počet soukromých lékařů a zejména je třeba vzít v potaz stárnutí lékařů," zdůraznil prezident Kubek a upozornil na fakt, že průměrný věk pracujícího lékaře se blíží 50 rokům, v praktické pediatrii průměr dokonce přesahuje 55 let. Celých 22 % lékařů je starších 60 let. Také ekonomická motivace lékařů v ČR podle Milana Kubka nefunguje. „Na zdravotnictví řada subjektů vydělává, ale někdo v něm musí reálně dělat. Bohužel zdravotníci jsou při rozdělování peněz často až na té úplně poslední úrovni a dostávají to, co zbude."

Navíc trvá emigrace lékařů. Do zahraničí ročně odchází 200 z těch, kteří již v ČR pracovali, ale také 200 čerstvých absolventů českých lékařských fakult. Závažnost tohoto čísla lze zjistit porovnáním počtu promujících ve všeobecném lékařství – je jich 1050 ročně. Tedy 20 % lékařů odejde, aniž by vůbec začalo pracovat v ČR. „Aby se české zdravotnictví nezhroutilo, využíváme lékaře ze Slovenska, pro které je sice atraktivní finančně, ale i oni považují ČR za tranzitní zemi směrem na západ," dodal Milan Kubek.

Legislativa pro rok 2015

Nové právní formy v příštím roce se dostane tzv. veřejným nemocnicím, které doteď disponovaly statutem příspěvkových organizací. „Dosavadní status v mnoha ohledech nevyhovuje. Část poskytovatelů zvolila cestu obchodní společnosti, což u zařízení, která nejsou ustanovena primárně za účelem zisku, také není nejvhodnější," sdělil ministr zdravotnictví a dodal, že v prvním pololetí příštího roku bude předložen zákon, který vytvoří pro tyto společnosti právní formu šitou na míru, umožní efektivní fungování, bude transparentní pro veřejnost a zaměstnancům zaručí jisté příjmy. Ministerstvo navíc předpokládá daňové zvýhodnění těchto subjektů, které budou mít podle Svatopluka Němečka prioritu při zařazování do sítě.

Novou legislativní normu připravuje ministerstvo také pro systém postgraduálního vzdělávání lékařů. „Systém je skutečně v rozkladu, je rozdroben, nepřátelský vůči studujícím, kteří se zčásti rozhodují, že budou absolvovat v jiné zemi. Do konce tohoto roku budeme mít definitivní věcný záměr zákona a na počátku roku příštího normu předložíme ke schválení," informoval ministr.

Možnosti zlepšení vidí Svatopluk Němeček také v zintenzivnění motivace ke kvalitě ve zdravotnictví. „Řada poskytovatelů, navzdory dosavadní pasivitě státu, odvedla ve zvyšování kvality spoustu práce, kterou dosud nikdo příliš neocenil. Chceme v prvním kvartálu příštího roku dát k diskusi Národní strategii kvality bezpečí péče, kde chceme nastavit její dlouhodobé parametry," sdělil ministr resortu, který také dle svých slov intenzivně spolupracuje s ministryní práce a sociálních věcí Michaelou Marksovou-Tominovou na záměru meziresortního překryvu poskytování dlouhodobé péče.

Petra Klusáková

Vážení a milí čtenáři,

věřte tomu nebo ne, ale je to právě 10 let, kdy jsme se na těchto stránkách setkali poprvé. Dovolte, abych Vám všem – tedy čtenářům, autorům, členům naší redakční rady i kolegům v redakci – poděkovala za přízeň, kterou nám po celá léta věnujete, za pomoc a dobré rady.

Za tu dobu jsem měla čest spolupracovat s 8 ministry zdravotnictví. Dodnes mám v živé paměti, jak mě ministryně Milada Emmerová na tiskové konferenci přátelsky přivítala. Jinak se proslavila propagací papírové zdravotní knížky, dodnes ji mám od ní podepsanou, ptačí chřipkou a odvoláním 10 ředitelů přímo řízených organizací. Ministryní byla od srpna 2004 do října 2005.

Poté ji v ministerském křesle vystřídal její dosavadní náměstek David Rath. Proslul především navýšením plateb za státní pojištěnce a personálním zemětřesením na MZ ČR, lékárníky naštval snížením jejich marže, oddlužil fakultní nemocnice a odvolal z funkce ředitele SÚKL. A to všechno v době od listopadu 2005 do září 2006.

Hromy a blesky dopadaly na hlavu „velkého" Tomáše neboli ministra Julínka, protože do českého zdravotnictví zavedl tolik sporné regulační poplatky. Hlásal heslo „Reforma je nutná", v kteréžto činnosti mu do roztrhání těla pomáhal jeho věrný tiskový mluvčí alias „malý" Tomáš. Kralovali spolu od září 2006 do ledna 2009.

Architektka v kolečkovém křesle Daniela Filipiová se v roli ministryně zdravotnictví ohřála jen 3 měsíce, od konce ledna do 8. května roku 2009. Často užívala větu: „Zdravotnictví vidím z pohledu pacienta." Za její účasti ve vládě k nám dorazila prasečí chřipka, čemuž bylo nutno čelit. Prezidentka České asociace sester Dana Jurásková jako ministryně zavedla opatření proti prasečí chřipce, zejména v podobě nákupu vakcín, za což sklidila kritiku. Šla lidu příkladem a demonstrativně se nechala naočkovat proti chřipce. Jejím okřídleným výrokem se časem stalo: „Kdybych věděla, že tu budu dále, byla bych..." Jako ministryně pracovala od května 2009 do července 2010.

Leoš Heger vydržel v ministerském křesle nejdéle – od července 2010 do července 2013, tedy rekordní 3 roky. Odfakultnil Thomayerovu nemocnici a Nemocnici Na Bulovce a zabýval se myšlenkou nemocnic metropolitních. Asi největší kritiku, kromě od ČLK a LOK, sklidil od prodejců alkoholu za zavedení 14denní „prohibice" kvůli kauze metylalkohol, který zabil desítky lidí. Po pádu vlády byl členem úřednického kabinetu Jiřího Rusnoka odpovědným za úsek zdravotnictví Martin Holcát – od července 2013 do ledna 2014. K resortu zdravotnictví se choval štědře. Za jeho půlroční kralování Ústavní soud zrušil poplatky za pobyt v nemocnici.

Od ledna 2014 je ministrem zdravotnictví Svatopluk Němeček. Hned po nástupu byl novináři atakován otázkami na svůj dům za 10 milionů či na okolnosti jeho někdejšího nákupu Cyberknife ve FN Ostrava. Stran tohoto nákupu se do ministra obouvá i ministr financí Andrej Babiš, který kromě jiných aktivit podniká i ve zdravotnictví.

Slušná řádka jmen. A to nemluvím o tom, že před Miladou Emmerovou bylo v tomto horkém křesle ještě dalších 11 ministrů zdravotnictví. Za 25 let 19 ministrů, to je nadílka, no, řekněte. Ale já bych Vám chtěla popřát jinou nadílku, tedy vánoční. Přeji Vám, aby Vám Ježíšek přinesl samé krásné dárky, které Vás potěší na těle i na duši. Buďte také hodně zdraví, spokojení, plni energie, radujte se, srště nápady, a na co sáhnete, ať se Vám zdaří.

Všechno nejlepší do nového roku Vám přeje

Markéta Mikšová

Restart DRG bude komunitním dílem

Restrukturalizace Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR (ÚZIS), pro kterou byl do funkce na jaře 2014 uveden nový ředitel Ladislav Dušek, musela počkat. ÚZIS totiž od ministerstva dostal kolosální úkol – znovu nastartovat úhradový systém DRG. Restart.

Úkol, který ministerstvo zadalo novému řediteli Ústavu zdravotnických informací a statistiky doc. Ladislavu Duškovi, tedy znovunastartování úhradového mechanismu DRG, mělo původně na starosti Národní referenční centrum (NRC). To nyní předává agendu ÚZIS, kde pro tuto práci vznikl nový tým. Jak ale ředitel Dušek říká, systém nelze zprovoznit během několika měsíců nebo jednoho roku.

„Zda to ve finále skončí jako systém DRG, částečný systém DRG nebo jiný systém úhrad lůžkové péče, to nechávám otevřené. Podstatné je, že půjde o mechanismus úhrad postavený na exaktně posbíraných datech," uvedl Ladislav Dušek na nedávné konferenci „DRG restart".

Ministerstvo zdravotnictví počítá s tím, že úhradový systém, který odměňuje na základě skupin podobných diagnóz, ÚZIS zavede do tří let. „Dosavadní systém není postaven na tom, že by reálně oceňoval medicínské procedury. Stojí na hausnumerech, která nevypovídají o reálných nákladech. My chceme udělat zásadní změnu, proto jsme ustavili tým, který během několika let překope veškeré základy, na nichž oceňování stojí," řekl ministr Svatopluk Němeček (ČSSD).

Soubor referenčních nemocnic

Prvním úkolem, který doc. Dušek pro svůj tým stanovil, je definice a založení reprezentativního souboru referenčních zdravotnických zařízení, ve kterých lze sbírat plně reprezentativní ekonomická a klinická data pro definici DRG. Vzniká proto referenční skupina nemocnic, která začne produkovat potřebné údaje a následně mechanismy, jež úhrady dle diagnózy zefektivní.

„Dosud nebylo možno označit sbíraná data za reprezentativní soubor. Při tvorbě sítě referenčních zařízení jsme vyšli z dat Národního registru hospitalizovaných (NRHOSP), která jsme validovali a definovali jsme vícerozměrný soubor, který umožní typologicky popsat zdravotnická zařízení v ČR, a to na bázi jejich casemixů i jejich obecných charakteristik. Měl by vzniknout vícerozměrný prostor, jehož jednu dimenzi tvoří obecná podobnost nemocnic a jejich infrastruktura a druhou dimenzi složitost casemixů," uvedl k založení referenční skupiny zdravotnických zařízení ředitel Dušek a zároveň odpověděl na otázku, proč musí existovat dvě dimenze hodnocení. „Nebudeme používat DRG na to, abychom zjistili, že a jak funguje Motol nebo ÚHKT. Nebudeme sbírat data, abychom pak zjistili, že máme v některých bazích rozdělení, za která mohou velká zařízení. Je třeba od začátku počítat s vysoce specializovanými centry a promítnout je do systému. Aniž by dopředu cokoli diktovala, musí být reprezentativně zastoupena," dodal Ladislav Dušek. Zohlednění obou složek umožní lepší rozlišovací schopnost a prediktivní sílu statistických metod.

Více uživatelská metodika

ÚZIS seznam referenčních nemocnic zveřejní v lednu 2015, nyní se na tento soubor nemocnic zpracovává odborná oponentura, poté musí úřad navržená zařízení oslovit a požádat o spolupráci. Jak ředitel Dušek uvedl, tým DRG čeká také zvýšení prediktivní informační hodnoty DRG bazí, které tvoří střední úroveň v klasifikaci DRG. „Bude nutné zásadně redefinovat systém bazí DRG a dát jim daleko větší prediktivní sílu. Celý systém bazí nutně čeká *redesign*. Klinická homogenita, úcta k diagnosticko-terapeutickým standardům, je na prvním místě. Hledání ekonomické homogenity je druhý rozměr systému," zdůraznil Ladislav Dušek.

Metodici v týmu DRG, Petr Tůma z Advance Hospital Analytics a Petr Mašek z IBM ČR, dostali za úkol změnit celkový přístup k DRG. „Nechceme systém několik let vyvíjet a pak hledat jak jej v praxi uplatnit, ale chceme přistupovat uživatelsky. Metodici si definovali k čemu a jak jej používat a k tomu účelu jej začali vyvíjet. DRG se používá buď k benchmarkingu, nebo jako nástroj akutní lůžkové péče. Pokud zvolíme DRG jako nástroj lůžkové péče, je důležité definovat, jaké náklady budou tímto systémem hrazeny, zda půjde o provozní nebo investiční náklady, zda chceme hradit veškerou péči, nebo některé segmenty péče prohlásíme z hlediska úhrady DRG za neefektivní, takže pro ně zvolíme jinou úhradu, například paušál za ošetřovací den," uvedl do problematiky nastavení výchozí metodiky systému Petr Mašek. Až ve fázi, kdy bude metodika ekonomického oceňování hospitalizačních případů plně standardizovaná, ji lze promítnout do datového standardu, implementovat do dat referenční sítě zdravotnických zařízení a prostřednictvím kalibračního sběru dat dospět k reprezentativním údajům.

Nový tým, nová legislativa

ÚZIS nemá personální kapacitu, aby tak ohromný projekt zvládl. Proto vznikl pilotní projekt, v jehož rámci byl ustaven DRG tým, který z velké části tvoří externisté. Vede jej ředitel Dušek spolu s náměstkem ministerstva zdravotnictví Tomem Philippem, dvojici doplňuje hlavní manažer projektu Michal Burger z Institutu biostatistiky a analýz Lékařské a Přírodovědecké fakulty Masarykovy univerzity (IBA MU). Na trojici manažerů navazuje věnec seniorních expertů v oblasti analýzy dat a oblasti DRG klasifikací, doplní jej analytický tým, ekonomický tým (nákladové ocenění případů, implementace do úhrad), klasifikační tým a administrační tým zajišťující přechod DRG od NRC pod ÚZIS. Pro pilotní financování týmu se Ladislavu Duškovi podařilo sehnat evropské dotační prostředky, ředitel se nyní snaží získat evropský projekt, který by financoval síť referenčních zdravotnických zařízení.

Vedle nového internetového portálu DRG připravil Duškův tým také návrhy legislativních změn, které jsou k fungování mechanismu úhrad zapotřebí. V této chvíli jsou návrhy v procesu legislativního odboru ministerstva zdravotnictví. „V novele zákona číslo 48, o veřejném zdravotním pojištění, jsme navrhli hlavu, která by definovala zajištění kvality a udržitelnosti systému úhrad lůžkové péče, jejíž nejdůležitější částí je právě ustanovení sítě referenčních zařízení, to je definované v obecné rovině tak, aby bylo možné na tuto síť alokovat prostředky evropských fondů. Druhou, zásadní normou je novela zákona o zdravotních službách, který mimo jiné upravuje Národní zdravotnický informační systém. Zde je nově navržen Národní registr vykázaných zdravotních služeb, pro který by svá datová úložiště otevřely zdravotní pojišťovny," předestřel Ladislav Dušek.

Od nového roku

ÚZIS převezme od NRC nejen agendu vývoje nového systému, ale i minimální údržbu současné podoby systému od 1. 1. 2015. NRC nebude na rok 2015 v této oblasti již plánovat rozpočet. „V rámci týmu DRG restart bude dostatečná kapacita k zajištění všech agend, včetně minimální údržby stávajícího systému," dodal ředitel Dušek, který pro ustavení širokého mezioborového týmu odborníků čerpá ze zkušeností ve světě, kde je běžné, že na DRG systémech podílí také univerzitní pracoviště, a i v ČR by tento přístup měl být zachován. Konsorciální spolupráce s univerzitami je pro Ladislava Duška absolutní podmínkou, protože ji nelze vybudovat za rok. „Uzavřeli jsme konsorciální smlouvy s Karlovou a Masarykovou univerzitou a Českým vysokým učením technickým. Tyto univerzity by nám měly pomoci hlavně s metodickým vývojem celého systému, zejména taxonomie a klasifikace systému, v Brně byl schválen analytický tým DRG a začíná pracovat na zasazení národního registru hospitalizací do reálné praxe," odtajnil ředitel Dušek základy spolupráce ÚZIS s českými univerzitami. Navíc by měla vzniknout také rada odborných garantů DRG restart složená ze seniorních expertů a panel metodických specialistů zdravotnických zařízení z referenční sítě.

Jak Ladislav Dušek na závěr své přednášky zdůraznil, tým DRG chce zůstat pod veřejnou kontrolou, všechny jeho materiály budou předkládány odborné radě a teprve po oponentuře a adresné recenzi rady budou publikovány na portálu. Vývoj metodiky by měl tak být podle ředitele ÚZIS komunitním dílem.

Petra Klusáková

	Typ ZZ	Dimenze A Infrastruktura ZZ pro poskytování péče	Dimenze B Struktura a komplexnost péče (casemix)	Počet ZZ
●	Fakultní a velké krajské nemocnice	Komplexní infrastruktura	Vyvážená struktura a kompletní rozsah péče	19
●	ZZ vysoce specializované péče	Komplexní infrastruktura	Vysoce specializovaná péče	7
●	Krajské a oblastní nemocnice s komplexní péčí	Vyšší úroveň infrastruktury	Vyvážená struktura a široký rozsah péče	76
●	Oblastní nemocnice s nižší komplexností péče	Běžná úroveň infrastruktury	Asymetrická struktura a nižší rozsah péče	30
●	Ostatní ZZ s úzkým zaměřením	Běžná úroveň infrastruktury	Úzce zaměřená péče	33

Finální návrh typologie ZZ na základě analýzy dat NRHOSP a RZZ s ohledem na jejich pozici v prostoru daném dimenzemi A a B obsahuje 5 skupin ZZ. | Foto: Zdroj: ÚZIS, Ladislav Dušek

Nejlépe sladěný orchestr je Nemocnice Podlesí

V rámci dalšího ročníku celostátního hodnoticího projektu „Nemocnice ČR 2014“ porovnal HealthCare Institute (HCI) komplexně české nemocnice a udělil ceny nelepším. Hodnotila se spokojenost a bezpečnost hospitalizovaných a ambulantních pacientů i zaměstnanců a finanční zdraví nemocnic.

„Beru to jako ocenění naší komplexní a systematické práce. Je mi ctí, že mohu stát v čele tak dobře sladěného orchestru. Jsem rád, že jsme dodrželi to, co jsem deklaroval při přebírání této ceny v loňském roce, tedy že nejde o vítězství, ale o udržení kvality péče, služeb, veškerého servisu pro naše pacienty. Tohle vítězství je pouze třešnička na pomyslném dortu,“ řekl při přebírání ocenění pro absolutního vítěze ředitel akciové společnosti Nemocnice Podlesí Karel Lukeš.
Jak dodal pořadatel soutěže a ředitel HealthCare Institute Daniel Vavřina, data pro dosažení absolutního vítězství jsou mozaikou střípků složených z hodnocení všech kategorií – tedy spokojenosti pacientů, zaměstnanců a finančního zdraví.

Absolutní vítěz projektu „Nemocnice ČR 2014“
1. Nemocnice Podlesí, a. s.
2. Nemocnice Písek, a. s.
3. Vojenská nemocnice Brno

Pacienti cítí bezpečí

V kategorii spokojenosti a bezpečnosti hospitalizovaných pacientů vyšlo letos najevo, že roste počet zdravotníků, kteří si před podáním léků nebo zákrokem ověřují jméno pacienta. „V otázce bezpečnosti jde o pozitivní trend. Nárůst v oblasti ověřování jména pacientů personálem před podáváním léků nebo výkonem vzrostl o více než 8 procent,“ uvedl Daniel Vavřina a vyzdvihl ještě významnější zlepšení, kterým je meziroční nárůst počtu pacientů pociťujících v nemocnici větší bezpečí z hlediska možných krádeží, a to ze 49,1 % na 72,4 %, tedy o 23,3 procentních bodů.

Naopak mezi negativními jevy, které pořadatelé při dotazování zachytili mezi pacienty, byl například meziroční pokles (o téměř 10 procent) počtu respondentů, kteří byli srozumitelně seznámeni s možnými riziky lékařského zákroku.

Oblast „Spokojenost a bezpečnost pacientů“ (hospitalizovaných)
(kategorie Fakultní nemocnice)
1. Fakultní nemocnice v Motole
2. Ústřední vojenská nemocnice Praha
3. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

(kategorie Nemocnice ČR)
1. Litomyšlská nemocnice, a. s.
2. Nemocnice Podlesí, a. s.
3. SWISS MED CLINIC, s. r. o

Celkově se ale zlepšilo hodnocení komunikace hospitalizovaných pacientů s lékaři (o 14,3 %) i se sestrami (o 12,5 %). „Spokojenost pacientů s čistotou jednotlivých oddělení v nemocnicích meziročně vzrostla o 10,2 procenta, zaznamenali jsme také pozitivní meziroční trend na otázku ‚Jak často se personál při komunikaci s Vámi usmívá?‘, a to o 8,3 procenta. Pokud hospitalizovaní pacienti navrhují vylepšení, nejčastěji je to v oblasti stravy, možnosti sledovat televizi, používat internet, zlepšení požadují také u sociálních zařízení nemocnic a prostředí pokoje,“ zhodnotil Daniel Vavřina.

Zaměstnanci: lepší spolupráce s nadřízeným

V hodnocení, která do projektu přinesli sami zaměstnanci nemocnic, je letos patrný mírně pozitivní trend v oblasti spokojenosti zaměstnanců s úrovní vybavení jejich pracoviště (hodnocení „1“ meziročně narostlo o 8,1 %). Zaměstnanci meziročně hodnotí pozitivněji také spolupráci se svým nadřízeným, a to o 11 %.

Letošní vítězové „Nejusměvavější nemocnice“
(kategorie Fakultní nemocnice)
1. Fakultní nemocnice v Motole
2. Ústřední vojenská nemocnice Praha
3. Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

(kategorie Nemocnice ČR)
1. Litomyšlská nemocnice, a. s.
2. Nemocnice Podlesí, a. s.
3. SWISS MED CLINIC, s. r. o.

U otázky po důvodech, pro které by se – v případě vážného důvodu – rozhodli odejít z nemocnice, byl zaznamenán meziroční pokles u odpovědi „zdravotní důvody“ (o 7,3 %). „Roste spokojenost zaměstnanců se vzájemnou spoluprací se svými kolegy. Pozorujeme meziroční stabilizaci hodnot v oblasti neshod se spolupracovníky (přibližně 8 procent). Dalších 9,6 procent dotazovaných zaměstnanců by z nemocnice odešlo z důvodu psychického zatížení při práci. Negativním obrazem je výrazný, více než dvacetiprocentní, pokles meziročního počtu zaměstnanců, kteří svého zaměstnavatele hodnotí jako atraktivního v jejich regionu. Navíc se meziročně zvýšil tlak na zaměstnance ze strany nadřízených do přesčasů, a to o 13,7 procent,“ upozornil ředitel Vavřina. Jak z hodnocení dále vyplynulo, při prosazování hospodárnějšího provozu zaměstnancům brání nedostatek kompetencí a zbytečná administrativa.

Oblast „Spokojenost a bezpečnost zaměstnanců nemocnic“
(kategorie Fakultní nemocnice)
1. Ústřední vojenská nemocnice Praha
2. Fakultní nemocnice Hradec Králové

(kategorie Nemocnice ČR)
1. Litomyšlská nemocnice, a. s.
2. Nemocnice Podlesí, a. s.
3. Nemocnice Rudolfa a Stefanie Benešov, a. s.

Finanční zdraví nemocnic

Finanční zdraví českých nemocnic letos hodnotily dvě společnosti, které se specializují na sběr informací o úvěrové politice (CRIF) a na auditorskou činnost (Nexia AP). Jak uvedl Jakub Kovář z Nexia AP, při posuzování čerpali z veřejně dostupných údajů – tj. účetní závěrky v případě nemocnic, které jsou obchodními společnostmi, a z veřejně dostupných účetních závěrek a dotazování u ostatních subjektů. „Při hodnocení finančního zdraví byly ale zjištěny značné nedostatky v účetních závěrkách některých obchodních společností, kdy pouhé převzetí vykazovaných hodnot by vedlo k zavádějícím výsledkům. Některé účetní závěrky neobsahovaly ani informace v základním předepsaném rozsahu,“ podotkl Jakub Kovář.
Jako zdravá se z hlediska ekonomické síly ukazovala ta nemocnice, která má dostatek prostředků na úhradu svých závazků, není předlužená, hradí své závazky v přiměřeném čase a dokáže adekvátně odměnit svůj personál. Co se týče majetku, jako zdravá byla vyhodnocena ta zařízení, která financují dlouhodobý majetek z dlouhodobých zdrojů, investují do svého majetku, jsou vybavena dlouhodobým a co nejnovějším majetkem umožňujícím poskytovat kvalitní zdravotní péči.
„Celkem jsme finanční zdraví hodnotili u 93 nemocnic, od kterých jsme obdrželi data v potřebném rozsahu. Když to rozpočtu na obrat, měli jsme vzorek zahrnující více než 95 procent objemu zdravotní péče poskytované v lůžkových zařízeních v ČR,“ uvedl Jakub Kovář. „Dlouhodobý úspěch jihočeských nemocnic je dán tím, že průběžně optimalizují jak rozsah zdravotní péče, tak počty a složení zaměstnanců a posilují prvky centrálního řízení. Být úspěšný v dobách hojnosti je snadné. To, že jihočeské nemocnice se pravidelně objevují mezi nejlépe hodnocenými i v posledních čtyřech krizových letech, nejtěžších pro zdravotnictví, je úspěch hodný obdivu,“ řekl na konferenci Daniel Vavřina.

Finanční zdraví nemocnic
(kategorie Fakultní a speciální nemocnice)
1. Fakultní nemocnice v Motole
2. Masarykův onkologický ústav
3. Institut klinické a experimentální medicíny

(kategorie Nemocnice ČR)
1. Nemocnice České Budějovice, a. s.
2. Nemocnice Český Krumlov, a. s.
3. Oblastní nemocnice Mladá Boleslav – subjekt byl ale příjemcem významné dotace zřizovatele na úhradu ztrát ve formě příplatku k vlastnímu kapitálu, proto ji ve výsledném hodnocení předešla Mělnická zdravotní, a. s., Nemocnice Mělník (3. místo)

Petra Klusáková

ZDRAVOTNICTVÍ MEDICÍNA

ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 19/2014

Šéfredaktorka
Mgr. Markéta Mikšová
tel. 225 276 295, e-mail: miksova@mf.cz

Redakce
Petra Klusáková, DiS. (Z domova)
tel. 225 276 388, e-mail: klusakova@mf.cz
Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, Farmabyznys, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mf.cz
PhDr. Jana Jílková (Ze společnosti, rozhovory)
tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mf.cz
MUDr. Andrea Skálová
(Medicína a kongresové zpravodajství)
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz

Stálí spolupracovníci redakce
Leoš Chodura, Martin Čaban, Irena Soukupová, David Daniel, Eva Pavlatová, Martina Řehořová, Vladimíra Bošková, Marcela Svěráková

Editorky/korektorky
Květa Havlová, DiS.
PhDr. Jana Jílková

Grafika a technické zpracování
Pavla Jílková
tel. 225 276 455,
e-mail: jilkovap@mf.cz

Redakční rada ZAM
prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA
prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
MUDr. Ivan David, CSc.
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.
prof. MUDr. Miloslav Kršiak, DrSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. Ing. Rudolf Poledne, CSc.
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
prof. MUDr. Ivan Šterzl, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková
Mgr. Alena Šmídová
Ing. Bc. Irena Kouřilová
Mgr. Jana Nováková, MBA
doc. PaedDr. Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.

OBCHODNÍ ODDĚLENÍ
fax 225 276 444

group sales manager
František Bauer
tel. 225 276 393
e-mail: bauer@mf.cz

personální inzerce
Jana Schrammová
tel. 225 276 380, 725 036 036
e-mail: schrammova@mf.cz,
personalni.inzerce@mf.cz

MLADÁ FRONTA

generální ředitel
Ing. David Hurta

ředitel divize Medical Services
Karel Novotný

art director
Petr Honzátko

DTP
retuš Miloslav Pařík (vedoucí),
Libor Horyna, Milan Kubička, Zdeněk Němec, Petr Novák, Jan Mach

MARKETING
ředitelka marketingu Hana Holková

DISTRIBUCE A VÝROBA
ředitelka distribuce a výroby
Soňa Štarhová
koordinátor výroby a distribuce divize Medical Services
Monika Šnaidrová
tel. 225 276 392,
e-mail: snaidrova@mf.cz

Vydává MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., sídlo: Mezi vodami 1952/9, 143 00 Praha 4, IČ: 01847082

adresa redakce:
Zdravotnictví a medicína,
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,
e-mail: zdn@mf.cz

DISTRIBUCE TITULU
Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:
A.L.L. production, s. r. o., P. O. BOX 732, 111 21, Praha 1
tel. 800 248 248,
e-mail: mladafronta@predplatne.cz,
www.mf.cz

Objednávky do zahraničí:
Mediaservis, s. r. o., zákaznické centrum,
Vídeňská 995/63, 639 63 Brno,
tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:
Mediaprint Kapa Pressegrosso, 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 11. 12. 2014

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.
Tištěný náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2014
Evidenční číslo MK ČR: E 20524
ISSN 2336-2987

KOMENTÁŘ / Z DOMOVA

Restart závodu na dlouhou trať

Projekt DRG Restart si zaslouží podporu, i když v sobě nese mnoho rizik.

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček dlouho vypadal, že jeho hlavní odhodlání při řízení rezortu spočívá v udržení statu quo. Ke všem systémovým změnám se stavěl odmítavě, zvláště k těm, které prosazovali jeho poslední předchůdci. Nejzásadnější změnou ve zdravotnictví, kterou skutečně prosadil, bylo zrušení regulačních poplatků, systémově prkotina, zato ale po čertech drahá. Přesto jako by nyní sebral odvahu uštědřit zdravotnictví štulec, který by jej posunul směrem k západním standardům.

Martin Čaban

Česká verze finančního pekla

Systém úhrad nemocniční péče potřebuje reformu jako koza drbání. Jeho kořeny jak známo spadají zhruba do poloviny 90. let, kdy tehdejší garnitura dospěla ke správnému závěru, že výkonový systém úhrad už se prostě nedá zaplatit. Bylo zjevné, že motivace jsou v takovém systému nastaveny špatně. Už jen prostý systém „čím víc výkonů, tím víc peněz“ vede do finančních pekel, česká verze byla navíc okořeněna neprůhledným stanovováním cen výkonů pro různá zařízení podle momentálních známostí s úředníky z pojišťoven. Zatímco úvaha o potřebě opuštění výkonového systému byla správná, provedení bylo nešťastné. Z dosavadních pokřivených plateb se stal jakýsi benchmark, od nějž se začaly odvíjet úhradové paušály. Zmizela sice primární motivace provést maximální počet byť i zbytečných či duplicitních výkonů, ale pokřivenost a neprůhlednost zůstaly a paušály je navíc zakotvily přímo do jádra úhradového systému.

Za 20 let fungování se paušály usadily a nemocnice se s nimi naučily žít, pracovat i hospodařit, remcají jen tu a tam. To ale nic nemění na tom, že jde o systém zjizvený, v němž se skrývají staré křivdy a nespravedlnosti.

Nadějné personální obsazení

Němeček se nyní zřejmě skutečně rozhodl, že na jeho přetvoření začne pracovat. Jeho projekt DRG Restart nelze nepochválit, přinejmenším pokud jde o hlavní cíl a také o personální obsazení. Vedení projektu by se měl ujmout Ladislav Dušek, nový ředitel Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS). Už jeho nástup na toto místo provázelo mnoho nadějných slov. O nutnosti elektronizovat kontakt úřadu s lékaři i jeho práci s daty. O horách zbytečných lejster, která lékařům berou čas, aniž by za to poskytovala relevantní informace. O posílení možností sběru informací z databází pojišťoven místo z výkazů od lékařů. Dušek má navíc za sebou kus práce hodný respektu. Díky jeho analytickým a statistickým schopnostem se onkologové mohou pyšnit asi nejkvalitnějším registrem a nejpřesnějšími predikcemi potřebných objemů péče a jejich nákladů. V čele ÚZIS si lze stěží představit lepší figuru a v čele tažení za rozumným systémem DRG si lze stěží představit lepší instituci než dobře fungující ÚZIS.

Dva stíny nad projektem

Radost nad Němečkovým netypickým odhodláním kazí jen dvě věci. První je tříletý časový plán, který případný výsledek projektu posouvá až za konec funkčního období této vlády (i v případě, že by dovládla své čtyři roky), takže politické krytí v budoucnu je nejisté. I když se dá pochopit, že třídění diagnóz a nemocnic do potřebných skupin je jistě hora práce, která prostě musí chvíli trvat. Druhým stínem je fakt, že Němeček projekt ohlásil, ale až do jeho skončení nehodlá na paušálních platbách měnit ani zbla. Úhradová vyhláška na příští rok je zase stoprocentně paušální, Němeček se ani nepokusil vymyslet něco chytřejšího. V dalších letech to zřejmě nebude lepší.

Na každý pád, projekt DRG Restart je chvályhodný. A je třeba mu přát, aby dopadl lépe než jiné halasně ohlašované restarty, například ten slavný pražský restart americko-ruských vztahů z roku 2010.

Změny plateb zdravotního pojištění pro příští rok

Od 1. 1. 2015 se mění nejen průměrná, ale i minimální mzda. Změny výše plateb se tak v příštím roce dotknou nejen osob samostatně výdělečně činných, ale i osob bez zdanitelných příjmů a změny budou mít vliv i na platby za zaměstnance.

ZaM o tom informoval mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) Oldřich Tichý.

Od průměrné mzdy se odvíjí minimální pojistné osob samostatně výdělečně činných (OSVČ), z minimální mzdy se počítá pojistné osob bez zdanitelných příjmů (OBZP) a minimální pojistné zaměstnanců. K 1. lednu 2015 se tedy nemění jen platby pojistného státem.

Od 1. ledna 2015 musí na zálohách odvádět částku 1797 Kč podnikatelé, kteří jsou povinni dodržet minimální vyměřovací základ, ať už platí podle svého loňského přehledu OSVČ měsíčně částku minimálních záloh ve výši 1752 Kč nebo svoji vypočtenou zálohu nižší než 1797 Kč. Jak mluvčí Tichý připomněl, pro OSVČ je vyměřovacím základem 50 % příjmu ze samostatné činnosti po odpočtu výdajů vynaložených na jeho dosažení, zajištění a udržení, ale minimálním ročním vyměřovacím základem je dvanáctinásobek 50 % průměrné měsíční mzdy v národním hospodářství. Ta je pro rok 2015 stanovena ve výši 26 611 Kč, takže minimální měsíční vyměřovací základ OSVČ je 13 306 Kč a minimální záloha na pojistné 1797 Kč. „Minimální vyměřovací základ se nevztahuje například na OSVČ, za které je plátcem pojistného i stát, nebo na ty, za které je současně v zaměstnání odváděno pojistné vypočtené alespoň z minimálního vyměřovacího základu stanoveného pro zaměstnance,“ uvedl Oldřich Tichý.

Zvýšení základu OBZP

Zbystřit by podle něj nyní měli i všichni pojištěnci evidovaní jako osoby bez zdanitelných příjmů. Zvýšení minimální mzdy totiž znamená zvýšení jejich vyměřovacího základu, a tedy i vypočteného pojistného. Minimální mzda byla od 1. 8. 2013 stanovena na 8 500 Kč, ale od 1. 1. 2015 stoupá na 9 200 Kč. Pojistné z ní vypočtené (13,5 %) je tedy 1242 Kč namísto dosavadních 1148 Kč měsíčně.

U zaměstnanců, resp. zaměstnavatelů, se projeví zvýšení minimální mzdy z dosavadních 8 500 Kč na 9 200 Kč zejména při provádění doplatků do minima u zaměstnanců, u nichž je vyměřovací základ nižší než minimální mzda (a nejedná se o zaměstnance, u nichž minimální vyměřovací základ není stanoven). „Vyměřovacím základem zaměstnance je úhrn jeho příjmů ze závislé činnosti, které jsou předmětem daně z příjmů fyzických osob podle zákona o daních z příjmů, s tím, že minimálním vyměřovacím základem je minimální mzda,“ připomněl mluvčí.

Ilustrační foto: Shutterstock

Nová platba už od ledna

Jak dále VZP upozorňuje, od 1. ledna 2015 jsou v zákoně o pojistném na veřejné zdravotní pojištění zrušena ustanovení týkající se maximálního vyměřovacího základu pro OSVČ a zaměstnance. Znamená to nadále platit pojistné v plné vypočtené výši, bez horního stropu.

Platby v nové výši musí být zaplaceny poprvé už za měsíc leden 2015. OSVČ a OBZP platí pojistné do 8. dne následujícího měsíce, ale 8. února je v neděli, což znamená, že zálohu na pojistné za leden je třeba uhradit do 9. února 2015. Pojistné za zaměstnance se platí za jednotlivé kalendářní měsíce a je splatné od 1. do 20. dne následujícího kalendářního měsíce. Mluvčí Tichý zdůrazňuje, že za den platby pojistného se ve všech případech považuje den, kdy došlo k připsání částky na účet zdravotní pojišťovny.

VZP bude v rámci centralizace bankovních účtů postupně převádět veškerý platební styk na účty vedené u Komerční banky, proto je podle Tichého začátek roku i vhodným časem pro změnu bankovního účtu na platebním příkazu.

(klu)

Dle rozsáhlé finanční kontroly **VZP nepochybila**

Všeobecnou zdravotní pojišťovnu (VZP) kontroloval Finanční úřad pro hlavní město Prahu. Výsledky potvrdily, že ekonomická administrativa VZP je naprosto v souladu s platnou legislativou.

„Kontrola se zaměřila mimo jiné na hospodaření s příjmy z veřejného zdravotního pojištění, na části účetní závěrky, jako jsou výkaz zisku a ztráty a rozvaha, na daňové přiznání a také na vybrané okruhy související s reklamní a propagační činností VZP," uvedl tiskový mluvčí VZP Oldřich Tichý a dodal, že finanční úřad po podrobném prostudování podkladů nevytkl pojišťovně ani jediné pochybení. „U instituce, která má více než tři tisíce zaměstnanců a hospodaří ročně s rozpočtem kolem 150 miliard korun, jde o vynikající výsledek," řekl mluvčí Tichý.

Foto: Martin Siebert / Euro

Opakované kontroly státní správy

Jedním z podnětů, které finanční úředníky do pojišťovny přivedly, byly i výsledky kontroly, kterou ve VZP provedlo v roce 2012 ministerstvo zdravotnictví. To tehdy vyslovilo mimo jiné pochyby, zda VZP neporušuje zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů. Jak sdělil Oldřich Tichý, současná důsledná kontrola finančního úřadu to nyní vyvrátila.

V poslední době jde již o několikátou prověrku ze strany státní správy. Antimonopolní úřad se například zabýval podnětem, zda VZP neporušila zákon při veřejné zakázce na pobyt nemocných dětí u Egejského moře v rámci projektu Mořský koník. I v tomto případě však úřad v polovině září rozhodl, že postup VZP byl v souladu s platnými předpisy.

(klu)

VZP zlepší dostupnost kochleárních implantátů

Od ledna 2015 budou mít sluchově postižení klienti s kochleárním implantátem vždy po 10 letech nárok na výměnu řečového procesoru, který dosud Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) hradila jen v případě jeho poruchy. Pojišťovna tak vyhověla žádosti Sdružení uživatelů kochleárního implantátu.

Požadavek, který sdružení vznesl na jednání Pacientské rady VZP, pojišťovna uznala a bez průtahů mu vyhověla.

Řečový procesor, který je zevní částí kochleárního implantátu, byl doposud pacientům vyměněn pouze v případě, kdy již nebyla možná oprava přístroje. Jak informoval mluvčí pojišťovny Oldřich Tichý, VZP nyní odstranila z metodiky k Úhradovému katalogu zdravotnických prostředků podmínku, že procesor musí být nefunkční, aby mohl být po deseti letech vyměněn.

Zástupci pacientů změnu vítají. „Jedná se skutečně o průlom v jednání s VZP a osobně z toho mám velkou radost. Jako pacientská organizace jsme v minulosti již mnohokrát kontaktovali písemně poslance, ministerstvo zdravotnictví, VZP. Teprve jednání Pacientské rady VZP z počátku října přineslo poměrně rychle první pozitivní výsledek," uvedla pro Zdravotnictví a medicínu předsedkyně výkonného výboru Sdružení uživatelů kochleárního implantátu Věra Skopová a dodala, že dosavadní praxe znevýhodňovala i pacienty ostatních pojišťoven, které se doposud metodikou VZP tvrdošíjně řídily, i když sama VZP na podmínce neopravitelnosti procesoru zpravidla netrvala.

Následují další jednání

„Úprava výměny *(upgrade)* zvukových procesorů je pro české uživatele kochleárních implantátů velmi svízelná. V ČR jsou pro ně skutečně nejhorší podmínky v Evropě a chceme o nich s VZP dále jednat. Jde hlavně o zkrácení doby pro výměnu procesoru z 10 na 5 až 8 let a zvýšení úhrady z veřejného zdravotního pojištění ze stávajících 75 procent na 90 až 100 procent ceny procesoru," dodala předsedkyně Skopová.

Pacientská rada VZP, kterou letos pojišťovna založila společně s obecně prospěšnou společností Koalice pro zdraví, před časem vyhověla žádosti zástupců společnosti Parkinson o rychlejší nasazování speciálního léčiva Duodopa u indikovaných pacientů s Parkinsonovou chorobou nebo žádosti občanského sdružení Mygra o rozšíření preskripce pro dechové rehabilitační pomůcky.

(klu)

Sestry pardubické nemocnice: Počítejte s námi!

Zdravotnický personál Pardubické krajské nemocnice (PKN) inicioval vznik petice „Počítejte s námi". Její signatáři upozorňují na vysoké nároky své práce, kterou však již několik let nenásleduje zvýšení platů. Ředitel nemocnice považuje jejich požadavek za adekvátní. Bude se vyjednávat o kolektivní smlouvě.

„Nelékařští pracovníci jsou vyhořelí, přetěžovaní narůstajícím množstvím administrativy, obzvláště ve vypjatém předakreditačním období. Nároky na ně stoupají a absence navyšování mezd je velmi demotivující. Při přeměně nemocnice v akciovou společnost v roce 2008, kdy byl vydán nový mzdový předpis, nebyly i přes neustále rostoucí inflaci tarify středního, technického a nižšího zdravotnického personálu navýšeny. Personál je prakticky bez odměn," upozorňuje v petici její iniciátorka Jana Tichá. Podepsaní zaměstnanci pardubické nemocnice svými podpisy vyjádřili plnou podporu návrhu nové kolektivní smlouvy na rok 2015–2016.

Záleží na kolektivní smlouvě

Zaměstnanci předali petici se sedmi sty podpisy řediteli PKN Tomáši Gottvaldovi, který byl před nedávnem zvolen generálním ředitelem nástupnické organizace Nemocnice Pardubického kraje, hlavní sestře Lucii Mlatečkové a prvnímu náměstkovi hejtmana Pardubického kraje Romanu Línkovi.

„Od roku 2009 se objem mzdových prostředků pro sestry skutečně nezměnil a rozevřely se tak nůžky mezi lékaři a ostatními zaměstnanci nemocnice. A my si nemůžeme dovolit přijít o erudovaný personál. Požadavek na zvýšení platů obsažený v petici vnímám jako legitimní," uvedl pro ZaM ředitel nemocnice Gottvald. Zatím je ale podle něj předčasné hovořit o konkrétním procentuálním navýšení, protože dosud nebyla schválena úhradová vyhláška na rok 2015. Jak Tomáš Gottvald dodal, míra navýšení platů bude předmětem jednání o kolektivní smlouvě.

(klu)

Inzerce M141001524

Spolupráce VZP a ČLK: Pojišťovna splní, k čemu se zavázala

MUDr. et JUDr. Petr Honěk

Zvýšení hodnoty bodu, bonifikace vzdělávání a omezení regulací. Výsledky dohod, které uzavřely Všeobecná zdravotní pojišťovna a Česká lékařská komora, mohou při vyúčtování roku 2014 znamenat pro ambulance přínos stovek milionů. Při ohlédnutí za uplynulými měsíci jsem přesvědčen, že jde o přínos zasloužený – spolupráce ČLK a VZP se zkvalitňuje a jsou to v neposlední řadě právě lékaři, díky nimž se VZP těší rostoucí důvěře klientů i dobrým ekonomickým výsledkům. Pojišťovna proto teď neváhá potvrdit, že všechny dohody respektuje a svému slovu dostojí.

Bonus za vzdělávání

VZP deklarovala, že chce pro klienty kvalitní péči. Pro její zajištění je nezbytné, aby se lékaři neustále vzdělávali. Vedení VZP a ČLK se proto dohodly na bonifikaci 1 haléř ke každému bodu pro všechny ambulantní specialisty a ambulantní gynekology, kteří jsou držitelem Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK. A to navíc k tomu, že už předtím pojišťovna přislíbila bez dalších podmínek zvýšit ambulantním specialistům a gynekologům hodnotu bodu o 1 haléř oproti úhradové vyhlášce. VZP rovněž zohlednila námitku ČLK, že praktici vykazují méně výkonů v porovnání se specialisty či gynekology. Praktičtí lékaři, kteří jsou držiteli platného Diplomu celoživotního vzdělávání ČLK, proto vedle bonifikace prostřednictvím zvýšení hodnoty bodu o 1 haléř získají i zvýšení kapitační platby o 50 haléřů. Diplom museli lékaři doložit do 31. března 2014.

Za bod zaplatí VZP více

Množství referenčních bodů bylo pro rok 2014 oproti úhradové vyhlášce navýšeno o 50 % těch bodů, které byly v roce 2012 uhrazeny v sestupné hodnotě. Rok 2012 zde slouží jako referenční období. Dohoda se týká všech ambulantních specialistů, kteří podepsali na rok 2014 úhradový dodatek vycházející z uzavřené dohody mezi VZP a ČLK. Toto ujednání bude zohledněno ve vyúčtování za rok 2014, zůstávají tudíž v platnosti úhradové dodatky, včetně záloh ve výši 98 %. Vyúčtování bude provedeno v souladu s dodatky do 30. 4. 2015.

Omezení regulací

Bonifikaci za vzdělávání a navýšení hodnoty bodu poznají lékaři na svých příjmech až příští rok, kdy jim pojišťovna vyúčtuje rok 2014. Už letos jim ale VZP poslala peníze navíc díky tomu, že po dohodě s ČLK dramaticky omezila regulace při vyúčtování roku 2013. Pokud ambulantní lékaři nepřekročili limit stanovený vyhláškou o více než 200 tisíc korun, nebyla nijak regulována indikace za předepsané léky a zdravotnické prostředky, za vyžádanou péči a za zvlášť účtovaný materiál.

MUDr. et JUDr. Petr Honěk,
náměstek ředitele VZP pro zdravotní péči

Nový systém kontroly padělků v Evropě

Naději pro boj s padělky představuje celoevropský model ESM (European Stakeholder Model), který by se měl stát nástrojem ověřování pravosti léčiv. Redakci ZaM o tom informoval tajemník asociace velkodistributorů léčiv (AVEL) Michal Krejsta.

Ilustrační foto: Shutterstock

„Kontrola pravosti by měla probíhat prostřednictvím 2D matrix kódu, jenž bude obsahovat všechny podstatné informace o daném přípravku a umožní sledovat jeho pohyb od výrobce až po vydání pacientovi. Původ každého balení tak bude možné ověřit," informoval ZaM Michal Krejsta. Systém na evropské úrovni sdružuje Evropskou federaci farmaceutického průmyslu a asociací (EFPIA), Svaz lékárníků Evropské unie (PGEU), Evropskou asociaci paralelních distributorů (EAEPC) a Evropskou asociaci farmaceutických velkodistributorů (GIRP). Hlavním cílem ESM je v současné době implementace 10 hlavních zásad, na kterých se účastníci modelu dohodli na evropské úrovni, a následné uvedení systému do praxe. Centrálou modelu ESM by se mělo stát evropské ústředí napojené na řadu národních či regionálních datových úložišť. Informace z nich by pak pro ověření pravosti léčiv mohli využívat všichni členové modelu ESM, dodává Michal Krejsta.

10 základních zásad celoevropského modelu ověřování léčivých přípravků:

1. Obaly s jedinečným sériovým číslem, které odhalí, zda s balením bylo manipulováno.
2. Zajištění kontinuity ochrany v rámci celého dodavatelského řetězce.
3. Zajištění jednotného kódovacího a identifikačního systému na každém balení v celé EU.
4. Zajištění, aby databázové systémy pro ověřování přípravků mohly spolupracovat v rámci celé EU.
5. Ověření každého serializovaného balení na úrovni lékárny.
6. Maximalizace všech potenciálních přínosů hromadné serializace.
7. Zaměření na zajištění bezpečnosti pacientů a ochrany jejich soukromí.
8. Použití bezpečnostních prvků, které jsou jednoduché, robustní a efektivní.
9. Spolupráce v zájmu bezpečnosti pacientů.
10. Zapojení dalších zainteresovaných subjektů.

Většina lidí padělky nepozná

V letech 2005 až 2010 se počet zadržených padělků zdvojnásobil. Jak uvádí Generální ředitelství pro cla a celní unii, v těchto letech bylo celníky zadrženo 30 milionů balení padělaných léků. V západní Africe se počet padělaných léků odhaduje na 60 % celkového trhu s léčivy.

V ČR veškeré aktivity spojené s bojem proti padělkům zastřešuje AIFP, pro niž – stejně jako pro EFPIA – je tato činnost dobrovolnou iniciativou, která reaguje na evropskou směrnici o zabránění vstupu padělaných léčivých přípravku na trh.

Jak naší redakci potvrdil výkonný ředitel AIFP Jakub Dvořáček, v roce 2015 se budou připravovat delegované akty a rozeběhne se proces implementace systému. Z průzkumu, který si AIFP nechala vypracovat od agentury STEM/MARK, vyplynulo, že s padělky léčiv mají osobní zkušenost jen 2 % Čechů, více než polovina dotazovaných nicméně uvedla, že o problematice a nebezpečí těchto přípravků ví. Drtivá většina účastníků průzkumu (95 %) si uvědomuje, že užívání padělků může být rizikové. Odlišit od originálních léků je ovšem nedokáže 76 % dotázaných. Výsledky průzkumu potvrzují, že všeobecná znalost v oblasti padělků léčiv je nízká.

Internet a lékárny

Nebezpečí užívání padělaných léků je nesporné, autoři evropského projektu proto upozorňují, že boj proti nim musí být systematický. Negativní úlohu sehrává internetový prodej, který je obtížně regulovatelný. S nabídkou padělků se oslovení lidé nejčastěji setkali prostřednictvím e-mailu (32 %) či webových stránek (30 %). Právě lékárny a lékárníci by měli hrát jednu z klíčových rolí v modelu ESM, protože s padělky léčiv by se nejvíce lidí obrátilo právě na lékárníky. V případě pochybnosti o pravosti léku by se 30 % respondentů obrátilo na Státní ústav pro kontrolu léčiv, více než třetina respondentů na svého ošetřujícího lékaře (36 %), nejvíce ale dotazovaní věří svým lékárníkům. V případě setkání s padělkem by se na ně obrátila více než polovina z nich (54 %). **(klu)**

Spor nad kompenzací zrušených poplatků v lékárnách

Prezident České lékařské komory (ČLK) Milan Kubek uvedl, že by lékárníkům neměly být zrušené regulační poplatky kompenzovány ani ve výši 12 korun za recept namísto aktuálních 30 korun. „Jedná se o čistě vyhozené peníze," řekl pro ČT a dodal, že „lékárny kvůli konkurenčnímu boji regulační poplatky dávno nevybírají".

Milan Kubek tuto tezi zdůvodňuje faktem, že plnou kompenzaci nedostali ani praktičtí lékaři pro děti a dorost. Zástupci České lékárnické komory (ČLnK) se proti takovému přístupu ohrazují. „Nepřísluší mi hodnotit schopnost lékařské komory prosadit spravedlivou kompenzaci pro část svých členů. Zásadně ale odmítám přízemní požadavek, aby tedy ‚chcípla koza' i těm ostatním, v tomto případě lékárníkům," uvedl prezident ČlnK Lubomír Chudoba a připomněl, že lékárny regulační poplatky vybírají, část z nich je pak pacientům kompenzuje.

„S touto primitivní marketingovou praktikou začaly kraje a rychle se přidal i největší lékárenský řetězec. Státními orgány bylo bohužel toto obcházení zákona posvěceno. V nastalé situaci byly okolní lékárny nuceny reagovat, často za velmi drastických personálních a provozních podmínek. Jinak by byla ohrožena jejich vlastní existence. Doktor Kubek, pro něj naštěstí, evidentně nikdy nic takového nezažil. Vyjadřuje se opět k tématu, kterému nerozumí. Není to poprvé a pravděpodobně ani naposledy. Je to škoda, neboť zmíněné vyjádření může devalvovat mnohé rozumné a oprávněné požadavky lékařů," dodal prezident Chudoba.

O osud kompenzace poplatků v lékárnách se obává také Unie zaměstnavatelských svazů (UZS). Jak uvedl její prezident Jiří Horecký, UZS vyjadřuje obavu nad hladkým a včasným vytvoření úhradového mechanismu pro kompenzaci zrušených poplatků za recept. **(klu)**

Krizový štáb přijal ministerskou záruku tříprocentního zvýšení úhrad

Krizový štáb vyjádřil znepokojení nad návrhem úhradové vyhlášky pro rok 2015, kde navýšení úhrad nebylo jasně zakotveno. Ministr proto přislíbil doplnit vyhlášku o ustanovení, které bude zajišťovat zvýšení úhrad všem nemocnicím akutní péče o 3 % oproti roku 2014. Štáb tento postup považuje za dostatečný.

„Krizový štáb, který sdružuje Asociaci českých a moravských nemocnic (AČMN), Asociaci krajských nemocnic, Svaz pacientů ČR, Národní radu osob se zdravotním postižením ČR, Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR, Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů, vyjádřil počátkem prosince znepokojení nad skutečností, že dosavadní návrh úhradové vyhlášky pro rok 2015 připravený ministerstvem zdravotnictví nezabezpečoval nemocnicím dostatečné finanční prostředky na zvýšení platů a mezd přislíbené zaměstnancům ve zdravotnictví pro rok 2015," uvedl mluvčí štábu Petr Fiala, který je zároveň místopředsedou AČMN.

Ustanovení ve vyhlášce

Jak ale mluvčí Fiala dále dodal, krizovému štábu byl 2. 12. 2014 tlumočen návrh ministra zdravotnictví Svatopluka Němečka na doplnění úhradové vyhlášky o ustanovení zajišťující zvýšení úhrad všem nemocnicím akutní péče o 3 % oproti úhradám roku 2014. „Krizový štáb považuje úhradovou vyhláškou garantované zvýšení úhrad pro každou nemocnici akutní péče nejméně o 3 % oproti úhradě roku 2014 včetně uhrazené kompenzace hospitalizačních poplatků, nedeformované žádnými koeficienty, za řešení postačující ke zvýšení platů a mezd ve všech nemocnicích," informoval o předběžné shodě Petr Fiala s tím, že krizový štáb proto přerušil své zasedání do doby, než se bude moci seznámit s doplněným zněním návrhu úhradové vyhlášky.

Dále krizový štáb žádá ministra zdravotnictví, aby bylo shodným způsobem garantováno zvýšení platů a mezd i v následné a dlouhodobé péči. Jak štáb současně připomněl, nemocnice jsou v průběhu roku placeny zálohově. Proto upozornil na potřebu stejným způsobem v úhradové vyhlášce garantovat 3% zvýšení předběžných měsíčních úhrad proti předběžným úhradám roku 2014. **(klu)**

ICRC: výzkumné týmy změní strukturu

Vědci z celého světa jednali o dalším směřování brněnského Mezinárodního centra klinického výzkumu Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně (FNUSA-ICRC). Poprvé v jeho historii se sešla jeho vědecká rada dohromady s dozorčí radou a vedoucími jednotlivých vědeckých týmů.

Ilustrační foto: Shutterstock

Jak naší redakci sdělil mluvčí FNUSA-ICRC Pavel Gejdoš, do Brna přicestovali vědci nejen z americké Mayo Clinic, ale například i z University of California San Francisco, Duke University, Yale University, University of Minnesota, University of South Florida, University of Cincinnati, University Medical Centre Ljubljana, britské Cambridge University, University of Edinburgh, University College London, francouzské École normale supérieure či argentinské Universidad de Buenos Aires. Společně jednali o dalším směřování výzkumníků centra.

Záleží na pokroku ve výzkumu

Na základě doporučení vědecké rady a externích poradců představilo vedení výzkumného centra novou strukturu 17 mezinárodních výzkumných týmů ICRC. Dosud byly děleny jen podle zaměření na neurologické, kardiologické a aplikované. Bude více rozlišováno, zda již ve výzkumu pokročily. Některé týmy budou zahrnuty do takzvaného výzkumného inkubátoru. Vedoucí výzkumných týmů také oběma radám představovali plán výzkumů na dalších 5 let. „Cílem bylo navrhnout směry výzkumů, které budou nejen přínosné, ale budou mít i naději na získání grantů z mezinárodních zdrojů," uvedl ředitel ICRC Gorazd B. Stokin.

Profesor Yonas E. Geda z Mayo Clinic, který se věnuje výzkumu stárnutí mozku, demence a předcházení a léčbě Alzheimerovy choroby, ocenil dosavadní spolupráci. „Poprvé jsem navštívil Brno v roce 2007, když se centrum teprve plánovalo, od roku 2011 si výměňujeme zkušenosti oficiálně, jezdím sem nejméně dvakrát ročně. Funguje to obousměrně, poznatky brněnských kolegů dobře doplňují ty naše v USA. Společné výzkumy plánujeme minimálně do roku 2020, protože obdobné vědecké spolupráce fungují 20 a více let," popsal profesor Geda. Společně s brněnskými kolegy se nyní uchází o peníze z *Horizon 2020* (evropského programu na financování vědeckých projektů v letech 2014 až 2020) v celkové hodnotě přes pět milionů eur (cca 140 milionů korun).

Úspěšní postgraduální studenti

Ředitel Stokin přiblížil úspěšnost plnění cílů stanovených na období 2011–2015. Většinu už centrum nyní plní. Například v oblasti vědeckých publikací se již podařilo dosáhnout 185 % původního plánovaného počtu. Ředitel ICRC nyní očekává splnění i v počtu patentů a využití výsledků výzkumů v praxi. Rostou také příjmy od průmyslového sektoru. Zvláště úspěšní jsou zaměstnanci ICRC při postgraduálním studiu na renomovaných pracovištích – namísto plánovaných 12 jich získalo další vědeckou hodnost 30, což činí 250 %. Ačkoli do hodnocení úspěšnosti této etapy projektu zbývá více než rok, jednotlivých výzkumných cílů se už podařilo splnit 73 %.

Vedení centra připomnělo i pečlivou kontrolu hospodaření ICRC. „Za poslední dobu jsme prošli 26 audity, kontroloři u nás byli 79 dní, přesně 176 hodin společné práce. Pokud mám informace, nenašli žádné významnější pochybení," uvedl Gorazd Stokin, jehož centrum, s celkovým rozpočtem zhruba 4,5 mld. Kč na období 2011–2015, je financováno ze Strukturálních fondů EU, ministerstvem školství, ministerstvem zdravotnictví a Jihomoravským krajem. V současné době pracuje v ICRC více než 300 zaměstnanců, z toho v mezinárodních vědeckých týmech působí přibližně 260 odborníků.

(red)

Inzerce M141000987

Z REGIONŮ

FN Plzeň pod novým vedením inovuje

Nový ředitel FN Plzeň Václav Šimánek je ve funkci již přes 100 dní. Své dosavadní působení v nemocnici hodnotí kladně. Zařízení čeká výstavba nového chirurgického pavilonu, otevření denního stacionáře pro seniory i významné investice do přístrojového vybavení.

Podle ředitele Šimánka může nyní nemocnice uskutečnit velké rekonstrukce lůžkových oddělení a dalších provozů, má totiž podporu premiéra.

Nákupy za desítky milionů

Fakultní nemocnice Plzeň v posledním období investovala nemalé prostředky do nového přístrojového vybavení. Novinkou je například nové PET/CT pro Kliniku zobrazovacích metod v hodnotě 65 milionů korun. Byla také otevřena lůžková část neurorehabilitace, která je součástí interního oddělení v borské části FN Plzeň. „Toto pracoviště přijímá pacienty s neurologickým onemocněním v rámci Cerebrovaskulárního centra a je permanentně plně obsazené," uvedla ve svém vyjádření mluvčí nemocnice Gabriela Levorová. Ústav klinické biochemie a hematologie zprovoznil rozšířené prostory s moderním přístrojovým vybavením. V rámci prevence nozokomiálních nákaz zakoupila nemocnice i tunelovou pračku v hodnotě 18 milionů korun. V nemocnici nyní nově funguje také potrubní pošta, kterou zaměstnanci využívají k transportu vzorků biologického materiálu do laboratoří.

Spolupráce ve výzkumu

FN Plzeň klade velký důraz i na podporu výzkumné činnosti. Díky novým poznatkům tak mohli například lékaři na chirurgické klinice zavést nové léčebné postupy při léčbě jaterních metastáz a také nové způsoby diagnostiky u karcinomu plic a prostaty. FN Plzeň spolupracuje na výzkumu v oblasti onkologie a laboratorní diagnostiky nádorových onemocnění také s dalšími světovými výzkumnými pracovišti. „Jedná se například o Evropskou společnost pro nádorové markery a Evropskou společnost preventivní personalizované medicíny EPMA se sídlem v Bruselu či s pracovišti v Izraeli," uvedla mluvčí Levorová.

Plány pro rok 2015

V příštím roce chce nemocnice jako první v České republice zakoupit diagnostickou techniku PET/MR za 110 milionů korun. Dalších cca 80 milionů vedení investuje do nákupu CT a MR v již probíhajícím projektu, který má za úkol zkvalitnit péči na pohotovosti. V borském areálu se na jaře plánuje zprovoznění nové magnetické rezonance. Nemocnice plánuje i výstavbu heliportu a parkovacího domu. Zásadní však bude projekt nového chirurgického pavilonu. „Tato myšlenka dostala jasnější obrysy ve chvíli, kdy naši nemocnici navštívil premiér České republiky Bohuslav Sobotka a přislíbil podporu tomuto projektu. Pět let starou studii začínáme aktualizovat. Samozřejmě, vše je závislé na financích. Finanční rozměr je v rozmezí 1,5 až 2 miliardy korun," uvedl ve vyjádření ředitel Václav Šimánek.

(iso)

Vsetínská nemocnice snížila náklady a vykazuje zisk

Nemocnice Vsetín, a. s., je podle průzkumu organizace HealthCare Institute (HCI) Nejlepší nemocnicí Zlínského kraje roku 2014, a to jak v kategorii spokojenosti ambulantních, tak i hospitalizovaných pacientů. Obhájila tak prvenství z loňského roku.

„K 30. září vykazovala nemocnice zisk 8,871 milionu Kč. Není to jediné pozitivní číslo. Celkové náklady se meziročně snížily o 1,532 milionu korun, výnosy vzrostly o 29,33 milionu Kč. Závazky vůči dodavatelům se snížily o 34,9 milionu Kč. Oproti roku 2013 je počet hospitalizovaných pacientů vyšší o 315, obložnost se zvýšila na 78 procent, bylo provedeno o 144 operací více," uvedla předsedkyně představenstva Nemocnice Vsetín Věra Prousková.

Zásadní je přitom podle jejích slov naplněnost zařízení, od které se odvíjí její výkonnost a výše tržeb od zdravotních pojišťoven. „Jedná se tedy především o větší objem péče, kterou naši zdravotníci poskytli. Za tyto výsledky patří – nejen zdravotníkům, ale všem zaměstnancům – obrovský dík," dodala předsedkyně představenstva.

Úspěšný recertifikační audit

Před několika dny vsetínská nemocnice dosáhla dalšího výborného výsledku: úspěšně zvládla náročný, v pořadí již třetí recertifikační audit podle mezinárodní normy ISO 9001:2008. Předmětem certifikace bylo poskytování ambulantní a lůžkové, základní a specializované, diagnostické, léčebné, preventivní a lékárenské péče, služeb centrální sterilizace a dalších služeb souvisejících s poskytováním zdravotní péče. „Zvýšená pozornost byla věnována právě postupům systému kvality na centrální sterilizaci, kde byla konstatována jediná odchylka během celého auditu. V závěrečném hodnocení bylo vysloveno několik doporučení, která jsou pro nemocnici cennými podněty v rámci kontinuálního zvyšování kvality a bezpečí pro pacienty," uvedl manažer kvality vsetínské nemocnice Ing. Libor Czeffer. Auditoři MUDr. Michal Krutský a Ing. Zdeněk Vitouš ocenili neustále se zvyšující úroveň systému managementu kvality v nemocnici, velké množství realizovaných projektů pro pacienty, veřejnost i zaměstnance, propracovaný a funkční systém interní komunikace, připravenost zaměstnanců i celkovou atmosféru během auditu.

Vsetínská nemocnice letos také dokončila projekt zateplení budov polikliniky, finišuje rovněž rekonstrukce tepelného hospodářství, kde je investorem Zlínský kraj. Vznikají i nové prostory pro lékárnu u vstupu do hlavního areálu.

(klu, iso)

Krátce z regionů

• Krajská nemocnice Liberec v zisku 59 milionů

Průběžný hospodářský výsledek Krajské nemocnice Liberec (KNL), pod kterou spadá i Panochova nemocnice Turnov, je za prvních 10 měsíců letošního roku ve výši 59 milionů korun. Zisk liberecké nemocnice činí 51 milionu korun a turnovské dalších 8 milionů korun.

„Finanční situace KNL je dobrá. Díky tomu jsme mohli některým kategoriím zaměstnanců zvýšit mzdy. Jedná se především o sestry a dělnické profese," řekl generální ředitel a předseda představenstva KNL Luděk Nečesaný. Průměrná mzda v turnovské nemocnici tak lékařům vzrostla o 230 korun na 60 398 Kč. Všeobecným sestrám pak o 1221 korun na 26 155 Kč. Laborantům a nelékařským pracovníkům vzrostl plat o 700 Kč na 25 653 Kč. Polepšili si také ošetřovatelé a sanitáři o 878 Kč se současným průměrným platem 17 175. V řádech desítek korun se naopak snížil příjem technicko-hospodářským pracovníkům, méně dostávají také logopedi a psychologové. V Krajské nemocnici Liberec berou lékaři o 185 korun více, jejich průměrná mzda je tedy 69 556 Kč. Výrazně si polepšili farmaceuti, o cca 3700 korun na 53 640 Kč. Všeobecné sestry berou o 324 korun více a jejich průměrná mzda je 28 556 korun. Laboranti v libereckém nemocnici si polepšili o 322 korun na 28 592 Kč. V řádech korun a desítek korun se snížil plat klinickým psychologům, ošetřovatelům a sanitářům.

• Nemocnice Havlíčkův Brod znovu obhájila akreditaci SAK ČR

Nemocnice Havlíčkův Brod letos již potřetí obhájila akreditaci u Spojené akreditační komise ČR. Certifikát bude platit následující 3 roky. Šetření auditorů Spojené akreditační komise (SAK) probíhalo ve všech zdravotnických i nezdravotnických provozech. „Auditoři se velmi podrobně zabývali nastavením všech důležitých procesů péče o pacienta. Audit prokázal neustále se zvyšující úroveň a kvalitu péče o pacienty v naší nemocnici," uvedla mluvčí nemocnice Petra Černo. Nemocnice v Havlíčkově Brodě získala poprvé akreditaci v roce 2008 a stala se tehdy prvním akreditovaným zdravotnických zařízením na Vysočině.

Akreditační šetření ověřuje, zda zdravotnické zařízení naplnilo požadavky akreditačních standardů. Šetření jsou prováděna auditory, mezi nimiž jsou jak lékaři, tak nelékařští zdravotničtí pracovníci a administrátoři ve zdravotnictví. Akreditační šetření probíhá podle tzv. metodiky Stopař – při ní se posuzuje, zda péče o auditory vybrané pacienty probíhá v souladu s vnitřními předpisy zařízení, resp. v souladu s akreditačními standardy SAK. „Jde o soustavný a dá se říci nikdy nekončící proces, kterým se snažíme zvyšovat úroveň a kvalitu poskytování péče," uzavřela mluvčí Černo.

• Vrchlabská nemocnice hrozí VZP exekucí

Soukromá Česko-německá horská nemocnice Krkonoše ve Vrchlabí pohrozila Všeobecné zdravotní pojišťovně (VZP) exekucí. Pojišťovna jí údajně dluží téměř 4,5 milionu korun za neproplacené služby v roce 2013. VZP to odmítá. Nemocnice údajně požaduje proplacení služeb nad rámec smlouvy. Vrchlabská nemocnice včele s ředitelem Vladimírem Drymlem už vyzvala ministra zdravotnictví Svatopluka Němečka, aby situaci prověřil. „Pan ministr zadá příslušnému odboru analýzu situace, kterou ředitel nemocnice v dopise popsal," uvedla na dotaz ČTK mluvčí ministerstva Štěpánka Čechová. Vrchlabská nemocnice je kvůli nezaplacené péči ve sporu také s Oborovou zdravotní pojišťovnou zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP). Nemocnice s pojišťovnou kvůli dluhu vypověděla počátkem listopadu smlouvu. OZP jakékoli pochybení odmítá. **(iso)**

Inzerce M141001523 ▶

PORADNA Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR

Všeobecná zdravotní pojišťovna má zájem o maximálně korektní vztahy se smluvními partnery. Rozhodla se proto čas od času přicházet s konkrétními radami pro praxi. Podrobnější informace najdete na www.vzp.cz.

Kdy pojišťovna nemusí uhradit péči fyzioterapeuta

Zdravotní služby v odbornosti fyzioterapie poskytují odborní zdravotničtí pracovníci – fyzioterapeuti, a to výhradně po indikaci ošetřujícího lékaře. Stejně jako je nutné správné a úplné vyplnění příslušného indikačního dokladu, je důležitá i dokumentace fyzioterapeuta. Jaké jsou nejčastější chyby?

Doklad, kterým lékař indikuje fyzioterapeutickou péči (06/FT)

1. Nedostatečně specifikovaná požadovaná péče

Pokud převezme fyzioterapeut neúplně či nepřesně vyplněný doklad 06/FT, hrozí mu, že poskytnutá péče nebude uhrazena. Nespecifikovaný doklad je třeba lékaři vrátit k doplnění a upřesnění. Například při indikaci reflexních technik musí být na dokladu 06/FT uveden název a jaké oblasti či svalové skupiny mají být léčeny. Současně musí být uvedena délka procedury a jejich celkový počet.

2. Neautorizované opravy dokladu

Změnit nebo doplnit doklad může pouze indikující lékař. Další nedostatky v dokladu 06/FT sice nevedou k zamítnutí úhrady, mohou ovšem ovlivnit bezpečnost provedené léčby – nejčastěji hovoříme o neuvedení možných rizik na straně pacienta. Fyzioterapeut by neměl nikdy převzít pacienta do péče bez těchto údajů.

Dokumentace fyzioterapeuta

1. Poskytnutá péče není průkazně dokumentována

Nejčastěji dochází k tomu, že nejsou uvedeny jednoznačné a úplné parametry. Například u ultrazvuku musí být uvedeno, jaká hlavice a příp. frekvence byla použita, u LTV musí být uvedeno, jaká cvičební technika byla použita. U reflexních technik bývá nedostatkem to, že je uvedeno pouze název bez uvedení oblastí či svalů, které byly léčeny, u mobilizace není uvedeno, kterým směrem byl segment páteře či kloubu omezen, jakou technikou a kterým směrem byla mobilizace provedena.

2. U výkonů účtovaných u pacienta v jeden den v násobcích není uveden čas

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

V dokumentaci často chybí uvedení času zahájení a ukončení těchto výkonů. Pokud nelze čas z dokumentace určit, uhradí zdravotní pojišťovna v souladu s vyhláškou pouze jeden výkon. Vykázat a uhradit lze výkon jen tolikrát, kolikrát je při vícečetném provedení naplněn celý jeho čas.

3. Zdravotní péče nehrazená z veřejného zdravotního pojištění

Při přijetí dokladu 06/FT je třeba zkontrolovat, jestli nejsou požadovány nehrazené úkony, jako např. klasické masáže, masáže pomocí přístrojů, perličkové koupele, laserové terapie a další. Z masáží jsou hrazeny pouze reflexní masáže, a to jen u indikací ve vymezených případech. Z koupelí jsou hrazeny vodoléčebné procedury aplikované na končetiny, tedy například vzestupné končetinové koupele, vířivé koupele, střídavé nožní koupele, studené zapařovací koupele, nebo střídavé skotské střiky.

4. Zápisy nejsou opatřeny razítkem a podpisem

Podle zákona musí být z dokumentace zřejmé, kdo, kdy, jakému pacientovi a jak poskytl vykázané zdravotní služby. Musí být možné v případě potřeby zkontrolovat, že péči poskytl k tomu adekvátně způsobilý fyzioterapeut, který je uveden v Příloze č. 2 platné Smlouvy.

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

VZP POJIŠŤOVNA NA CELÝ ŽIVOT

infolinka: 952 222 222
www.vzp.cz

ZE ZAHRANIČÍ

Jiná pracovní doba – a co platy?

V lednu příštího roku musí být naprosto jasné, jak budou řešeny pracovní služby v nemocnicích a s jakou mzdou, uvádí vedení Rakouské lékařské komory. I Rakousko se totiž musí vypořádat s novými předpisy EU ohledně délky pracovní doby a počtu přesčasových hodin.

Ilustrační foto: Shutterstock

Nyní se ovšem lékaři obávají, že v nemocnicích zavládne chaos, podle nich chybí koncepce, jak se s novými pravidly vyrovnat. Dosud týdenní pracovní zátěž mnohých z nich představovala až 72 hodin. Při stejném počtu lékařů by však do budoucna měla být týdenní pracovní doba limitována maximálně do 48 hodin, v přechodném období do roku 2018 pak do 60 hodin.

Minus 15 až 20 % výdělku

Na pacienty bude méně času a existuje i riziko snížení počtu operací, obává se komora. Zároveň poukazuje na to, že v žádném případě nesmí dojít k poklesu výše mezd. S redukcí pracovních hodin, včetně nočních služeb a přesčasů by lékaři mohli přijít až o 15 až 20 % svého výdělku. Budeme bojovat všemi prostředky za to, aby základní mzda do budoucna odpovídala 60 hodinám pracovního týdne, prohlašuje vedení komory. V současnosti si začínající nemocniční lékaři vydělají 1300 až 1600 eur čistého. Kvůli zlepšení příjmu si zvláště ti mladší berou více nočních či víkendových služeb. Pokud tyto možnosti přivýdělku ztratí, o to více se budou snažit utéct do zahraničí, varuje profesní organizace. V problematice figuruje i fakt, že ne všechny odbornosti „dosáhnou“ na služby navíc.

Pomohou asistenti?

Vídeňská pobočka komory vyzvala k urychlenému jednání se zemským úřadem a zřizovateli nemocnic. Stěžuje si na to, že v jiných rakouských zemích se o nových pracovních podmínkách už debatuje, zatímco město Vídeň zřejmě „zaspalo“. Ovšem rektorát vídeňské univerzity písemně vyzval lékaře všeobecné nemocnice spolupracující s lékařskou fakultou, aby se k novým podmínkám práce závazně vyjádřili – mohou se zatím dobrovolně rozhodnout pro 60hodinový pracovní týden. Komora si ale stěžuje, že zasílání písemných vzkazů a formulářů nemůže nahradit osobní jednání a že zůstávají některé nejasnosti. Vedle přizpůsobení mezd novým podmínkám jsou nutné i některé strukturální změny, například na všech odděleních by bylo vhodné zavést tzv. staniční asistenty, kteří by z lékařů sňali zátěž administrativy. V Salcburku se mimo jiné „vzbouřili“ lékaři působící v intenzivní péči – také oni požadují vyjasnění nových pracovních podmínek a výše platů. Navíc přišel salcburskou zemskou nemocnici zkontrolovat inspektorát práce, právě na podnět protestujících zaměstnanců. Nyní probíhají jednání mezi lékaři a vedením nemocnice.

Vladimíra Bošková

Platy nemocničních lékařů stále v jednání

Němečtí lékaři a jejich odbory (Marburger Bund) se zlobí na ministerstvo práce a sociálních věcí, jehož šéfka Andrea Nahlesová (sociální demokratka) chce prosadit zákon, který by více sjednotil vyjednávání o mzdách zaměstnanců.

Vysloužila si tím mj. kritiku od prezidenta lékařské komory Franka Ulricha Montgomeryho a stejně tak od předsedy lékařských odborů Rudolfa Henkeho. Ti návrh zákona označili za masivní útok na ústavní práva zaměstnanců. „Budeme proti tomuto návrhu bojovat všemi prostředky,“ uvádějí zástupci lékařů s tím, že stát nesmí části občanů odejmout právo vyjednávat o jejich pracovních podmínkách nezávisle. Podle komory a odborů směřuje navržený zákon k tomu, že by o platových tarifech nakonec rozhodla vždy největší odborová organizace. Ovšem lékaři, ale i ostatní nemocniční personál jsou menšinovou skupinou, navíc se zcela specifickými pracovními podmínkami.

Tarifní autonomie?

Podíl lékařů mezi zaměstnanci činí stěží 15 %, uvádí Henke. Lékaři sice jsou schopni se více organizovat (ze 60 až 90 %), ale další jejich spolupracovníci v ústavech se zapojují do činnosti organizací s oprávněním jednat o mzdách mnohem méně (zhruba jeden z pěti). „Lobby zaměstnavatelů“ si nad touto problematikou prý „myje ruce“, strefuje se komora i do vedení nemocnic či zemských úřadů jako jejich zřizovatelů.

Naproti tomu ministryně práce tvrdí, že zákon zajistí „tarifní autonomii“ a údajně povede ke zmírnění konfliktů mezi zaměstnavateli a odbory. Pokud se jednotlivé organizace zastupující zaměstnance spolu neshodnou, měl by zvítězit „většinový názor“, ale i pak může menšina požádat soud o přezkoumání dohody o mzdách, uvádí Nahlesová.

Některé informační zdroje (např. *www.oeffentlicher-dienst.info*) zveřejnily přehledy o platech mj. lékařů v obecních či městských nemocnicích SRN. V roce 2013 se jejich výdělek v závislosti na pracovní pozici, věku atd. pohyboval mezi 3944 eur až 8218 eur (měsíční hrubá mzda). Nejnižší uvedená částka představuje platovou skupinu I, stupeň 1. Nejvyšší částka se týká platové skupiny IV., stupeň 2. Vyjednávání o platech se vede zvlášť podle jednotlivých typů zaměstnavatelů, např. se jedná zvlášť s vedením soukromých nemocnic. **(vla)**

Prolamování povinné mlčenlivosti

Švýcarská lékařská komora (FMH) vytrvale bojuje proti snahám politiků oslabit v některých případech lékařské tajemství.

V reakci na úmrtí sociální terapeutky Adeline M., kterou loni zavraždil uprchlý duševně nemocný vězeň, se tři švýcarské kantony rozhodly zavést nově koncipovaná povinná hlášení lékařů ve vztahu k pachatelům trestných činů.

Kontraproduktivní snaha

Po přibrání expertů k diskusi se zdá, že dva kantony si svůj záměr chtějí ještě rozmyslet či od něho ustoupily, avšak kanton Wallis má na stole jednoznačné prolomení profesní mlčenlivosti lékařů u osob, které se již dopustily trestného činu. FMH hlasitě zdůrazňuje, že jde o kontraproduktivní snahu politiků – případ zavražděné terapeutky nijak nesouvisel s povinnou mlčenlivostí. Současné předpisy podle profesní organizace dostatečně umožňují lékařům oznámit podezření na závažné riziko pro veřejnost. Novela těchto předpisů podle kantonu Wallis by však údajně většinu rizikových jedinců odradila od včasného vyhledání léčby. Paradoxně by tak veřejnost mohla být ze strany (faktických i potenciálních) pachatelů trestných činů ohrožena silněji než dnes, argumentují lékaři. Výjimky z povinné mlčenlivosti je třeba zachovat i nadále v užším pojetí, aby se zachoval vztah důvěry mezi lékařem a pacientem, nelze lékařské tajemství zcela odstranit, byť by se to vztahovalo pouze na osoby již z trestných činů usvědčené. **(vla)**

Primární péče ne bez praktiků

Devadesát šest procent Rakušanů je spokojeno s praktickými lékaři. Z průzkumu názorů pacientů podle vedení Rakouské lékařské komory jasně vyplývá, že si občané přejí mít „svého“ rodinného lékaře, od něhož se pak v případě potřeby odvíjejí další druhy zdravotní péče.

Ve zdravotnickém systému má mít rodinný lékař výraznou roli, musí mít také mimo jiné dostatečné podmínky k tomu, aby mohl stanovit přesnou diagnózu (respektive vše, co pacient potřebuje i mimo jeho ordinaci). Tak komentuje výsledky průzkumu Johannes Steinhart. Upozorňuje na to, že se stárnoucím obyvatelstvem stárnou i lékaři. Komora opakovaně požaduje, aby svaz zdravotních pojišťoven poskytl smlouvy dalším 1300 ambulantním lékařům, z toho 300 smluvních lékařů navíc by potřebovala Vídeň. Ve skutečnosti ambulantních smluvních lékařů ubylo – oproti roku 2000 je jich o 900 méně. Přitom dvě třetiny ambulantních lékařů je starších 50 let a věk 45 % praktiků přesahuje 55 let.

Ve Vídni je z 1400 ambulantních lékařů 340 starších 61 let, zatímco jen 19 z nich je mladších než 35 let. Kromě posílení počtu smluvních lékařů si komora přeje zlepšit také rámcové podmínky pro jejich práci, včetně nové úpravy povinností tzv. šéflékařů. Profesní organizace chce zvýraznit roli jednotlivých ordinací a současně zavést nové modely spolupráce lékařů v síti ambulantní péče. Jako jeden z problémů označuje komora tzv. centra primární péče, která pro rakouské pacienty „nejsou žádoucí alternativou“, neboť by takováto zařízení podle některých zahraničních vzorů mohla oslabit svobodnou volbu rodinného lékaře a anonymizovala by vztah mezi nemocným a jeho lékařem. Dále komora apeluje na politiky, že by měli spolu s pojišťovnami více přihlížet i k názorům jejích členů, respektive k analýzám, jež profesní organizace předloží, než rozhodnou o reformních změnách. **(vla)**

Inzerce M141001538 ▶

TERINVEST

Naše společnost je vyhledávaným dodavatelem technické realizace kongresů a eventů v ČR, včetně lékařských.

Zajišťujeme jak kompletní dodávku služeb pro organizátora, tak i realizaci jednotlivých expozic přímo pro vystavovatele.

Expozice nabízíme od ekonomicky výhodné varianty ze stavebnice, až po náročné atypy, včetně vybavení luxusním, designovým nábytkem.

Terinvest spol. s r.o.
divize II realizace

Bruselská 266/14, 120 00 Praha 2

www.terinvest-realizace.cz

email: info@terinvest-realizace.cz

najdete nás také na

Krátce **ze světa**

● **Americké** nemocnice se v loňském roce dopustily o 17 % méně omylů a chyb v léčbě pacientů než v roce 2010. Vyplývá to z informace amerického ministerstva zdravotnictví. Mezi lety 2012 a 2013 se počet infekcí, dekubitů či zápalů plic mezi pacienty amerických zdravotnických zařízení snížil o 9 %. Problémy nemocnic se dostaly do ohniska veřejného zájmu v roce 1999, kdy tamní úřady oznámily, že kvůli chybám nemocničních týmů ročně zemře 98 tisíc lidí. V roce 2010 vyšla zpráva, podle níž se chyby v lékařské péči podepsaly na smrti 180 tisíc nemohoucích pacientů nebo osob starších 65 let.
Zlepšení situace je podle ministryně zdravotnictví Sylvie Burwellové výsledkem zdravotnické reformy prezidenta Obamy a programu Medicare, který mimo jiné postihuje nemocnice, jež vykazují vyšší podíl pacientů přijatých zpět do léčebného zařízení do 30 dnů po propuštění. Nemocnice také o pacienty lépe pečují: Loni například ve zdravotnických zařízeních ochořelo o 1,3 milionu pacientů méně než v roce 2010. Náklady na lékařskou péči se snížily o 12 miliard dolarů.

● Zaměstnanci **britské** Národní zdravotní služby (NHS) opět stávkovali za zvýšení platů. Podle odborů se k protestu připojily statisíce lidí. Olej do ohně přilil nedávno ministr zdravotnictví Jeremy Hunt, který odmítl doporučení nezávislého orgánu, aby se zaměstnancům ve zdravotnictví zvýšily mzdy alespoň o 1 procento. Podle ministra si státní pokladna nemůže dovolit ani toto zvýšení, jedině že by se v resortu zrušily nějaké posty. Odbory ale soudí, že nastal čas, aby zaměstnanci státního zdravotnictví (NHS), kteří přistoupili na velké oběti v době krize, měli užitek z nového růstu britského hospodářství. Ten by podle odhadů mohl letos překročit tři procenta.

● **Španělská** ministryně zdravotnictví Ana Matoová podala demisi kvůli nepřímému zapojení do rozsáhlého korupčního skandálu kolem vládní Lidové strany (PP), do kterého byl zapleten její bývalý manžel. Podle místního vyšetřujícího soudce měla Ana Matoová prospěch z existence černého konta, kam přispívali nejrůznější podnikatelé a další osoby, které profitovaly z veřejných zakázek, a z něhož se přerozdělovaly prostředky do kapes straníků. Bývalá ministryně všechna nařčení odmítá.

Ana Matoová

● Několik tisíc lidí pochodovalo centrem **Moskvy** na protest proti zamýšlené reformě ruského zdravotnického systému. Demonstranti zároveň žádali lepší pracovní podmínky a vyšší mzdy pro lékaře. Podle některých (především zahraničních) médií šlo o jeden z největších sociálních protestů v posledních letech. Reforma údajně počítá s likvidací více než 7 tisíc pracovních míst ve zdravotnictví. Jen v Moskvě má být během několika měsíců uzavřeno 28 nemocnic a klinik, kterých je nyní v ruské metropoli zhruba sedm desítek. Podle ruských tiskových agentur se podobné protestní akce uskutečnily i v Petrohradě, Vladivostoku, Nižním Novgorodu a dalších městech.

● Za údajnou korupci zadržela **italská** policie 12 dětských lékařů, kteří prý přijímali luxusní dárky a drahé dovolené od firem vyrábějících náhražku mateřského mléka. Odrazovali za to prý matky od kojení. Kromě lékařů, z nichž dva působili jako primáři dětských oddělení v renomovaných nemocnicích, policie zadržela také jednoho úředníka a pět obchodních zástupců pracujících pro tři různé společnosti vyrábějící umělou stravu. Podle policie kontaktovali pediatry a přesvědčovali je, aby předepisovali novorozencům dětskou výživu, a to „v rozporu se všeobecně přijímaným vědeckým názorem o potřebnosti mateřského mléka“. Podle policie není zatím jasné, zda zástupci jednali na pokyn firem, nebo z vlastní iniciativy.

● **Čína** 1. ledna ukončí kontroverzní praktiku odebírání orgánů k transplantacím od popravených vězňů. Agentura AFP nicméně připomíná, že Peking snižování své závislosti na orgánech od popravených vězňů sliboval v minulosti opakovaně a že stále není jasné, jakým způsobem by měl být tento zdroj nahrazen. Oficiální statistiky čínského ministerstva zdravotnictví ukazují, že zhruba 1,5 milionu Číňanů potřebuje transplantaci, z toho 300 tisíc naléhavě. Ročně je ale provedeno jen 10 tisíc takovýchto zákroků. Podle agentury AFP dá v Číně souhlas k posmrtnému odběru orgánů pouze 0,6 člověka na milion obyvatel. Po vytvoření nového dárcovského systému v Číně letos darovalo orgány asi 1500 lidí, což je víc než za předchozí 4 roky dohromady.

● Počet obětí **Eboly** v západní **Africe** už překonal hranici 6 tisíc, více než 17 tisíc lidí se nemocí nakazilo. Novou bilanci zveřejnila Světová zdravotnická organizace (WHO). Epidemie zasáhla ve větší či menší míře již 8 zemí světa. Nejpostiženějšími zeměmi zůstávají Libérie, Sierra Leone a Guinea. V těchto státech podlehlo Ebole 6 055 z dosavadních 6 070 obětí. Celosvětově se nakazilo 17 145 lidí.

● Nejméně 10 dětí se v **Pákistánu** nakazilo virem HIV při pravidelné krevní transfuzi, kterou podstoupily kvůli talasemii. Pákistánské zákony nařizují, aby krev od dárců byla před transfuzí prověřena kvůli případnému přenosu nemocí. „Uplatňování tohoto zákona je ale velmi laxní,“ cituje agentura Reuters Džavída Akrama z pákistánského ústavu lékařských věd. „Většina pravidelných dárců krve jsou narkomani. Domnívám se, že tyto případy jsou jen špičkou ledovce,“ dodal s tím, že on sám ví o 16 dětech nakažených HIV. Většina krevních bank v Pákistánu je v soukromých rukou a kvalita, stáří a cena krve se v nich velmi liší.

(Zdroj: ČTK) **(kha)**

VIABLE má prvního amerického pacienta

Biotechnologická společnost Sotio, patřící do skupiny PPF, oznámila zařazení prvního pacienta z USA do mezinárodní studie VIABLE, fáze III klinického hodnocení aktivní buněčné imunoterapie v léčbě pacientů s karcinomem prostaty přípravkem DCVAC/PCa.

První pacienti byli do klinické studie v posledních týdnech zařazeni rovněž v Itálii, Velké Británii, Nizozemí či na Slovensku.

První z 250

„Zahájení naší klinické studie v USA je klíčovým krokem naší globální strategie zaměřené na budoucí zpřístupnění nového způsobu léčby nádorových onemocnění pacientům po celém světě. Je to vůbec poprvé v moderní historii, kdy se firma z České republiky dostala až do fáze III klinického hodnocení,“ uvedl generální ředitel společnosti Ladislav Bartoníček.
Americký pacient, který je zároveň prvním mimoevropským pacientem, byl do studie VIABLE zařazen ve spolupracujícím léčebném centru v Rockville (Maryland, USA). Sotio plánuje ve spolupráci s více než 80 léčebnými centry po celých USA do studie zařadit okolo 250 amerických pacientů. Celkově bude do studie zařazeno 1170 pacientů s karcinomem prostaty, a to ve spolupráci se zdravotnickými centry ve 25 evropských zemích, v USA a Kanadě. Vůbec první pacient byl do studie VIABLE zařazen v Maďarské vojenské nemocnici v Budapešti letos v květnu.
„Věříme, že pokud chceme být v léčbě pokročilých stadií nádorových onemocnění úspěšní, měla by být imunoterapie kombinována s dalšími léčebnými postupy. V souladu s touto strategií jsme navrhli klinickou studii kombinované chemo-imunoterapie, která testuje kombinaci standardní léčby chemoterapií s imunoterapií na bázi dendritických buněk pomocí přípravku DCVAC/PCa,“ řekl ředitel pro vědu a výzkum společnosti Sotio Radek Špíšek.

(Zdroj: Sotio) **(red)**

V Brně začíná výroba cytostatik

Společnost VUAB Pharma, a. s., patřící do průmyslové skupiny Safichem Group, oznámila spuštění komerční výroby cytostatických léčivých látek ve svém závodě v Brně.

V průběhu několikaletého procesu došlo k rozsáhlé rekonstrukci závodu, zajištění nových technologií na odborná pracoviště i získání všech potřebných certifikátů a zákonných povolení. Závod v Brně bude vyrábět cytostatika Oxaliplatin a Dacarbazin určená pro chemoterapeutickou léčbu rakoviny. VUAB Pharma je jedinou českou společností, jež na místním trhu připravuje cytostatické substance.

Nové postupy

„Závod v Brně jsme koupili v roce 2010, abychom rozšířili naše možnosti v rámci VUAB Pharma a posílili synergie v rámci celé skupiny Safichem Group,“ vysvětlil generální ředitel a předseda představenstva VUAB Pharma Jan Mengler. „Ačkoliv v závodě v minulosti již probíhala výroba léčivých látek, museli jsme znovu získat všechna předepsaná povolení, vyvinout vlastní, patentově chráněné výrobní postupy, zajistit všechny podmínky správné výrobní praxe potvrzené Státním ústavem pro kontrolu léčiv a projít zahraničními zákaznickými audity. To vše je nyní úspěšně dokončeno.“ Investice do rekonstrukce závodu činila několik desítek milionů Kč. Závod byl dovybaven zařízeními pro výrobu a kontrolu jakosti, samostatnou vysoce výkonnou kotelnou a tepelnými čerpadly pro úsporu energií a úpravami vzduchotechniky, zajišťujícími předepsanou čistotu prostor pro práci s cytostatiky.
V současné době se VUAB Pharma specializuje na tři hlavní výrobní sektory: biotechnologická výroba léčivé látky Nystatin, v níž patří mezi tři největší výrobce na světě; výroba suchých injekcí ve formě sterilního prášku (např. hydrokortizon); a výroba cytostatik ve formě léčivých látek (tzv. active pharmaceutical ingredient, API). Společnost se zaměřuje na komplexní řešení problematiky cytostatických léčiv, a to jak na vlastní vývoj a výrobu cytostatických léčiv, tak nově i na diagnostiku nádorových onemocnění a na řešení ekologických dopadů výroby a použití platinových léčiv. Má již k dispozici i technologii a zařízení na regeneraci platiny z výrobních odpadů i z nevyužitých a prošlých platinových léčivých přípravků. Kromě České republiky VUAB Pharma buduje odběratelskou síť převážně na evropských trzích.

(Zdroj: VUAB Pharma) **(red)**

Inzerce M141001039 ▶

Fortes fortuna adiuvat!

Vy jste specialisté v medicínském oboru a disponujete moderními klinikami a vysoce vzdělaným personálem.

My máme know-how o médiích, která čtou Vaši finančně silní pacienti v zahraničí (např. Německo, Rakousko, Švýcarsko, Nizozemsko, Saúdská Arábie, Rusko atd.).

Naši konzultanti mluví česky a slovensky. My Vám zdarma poradíme, sestavíme nabídky a uveřejníme Vaši inzerci v zahraničních médiích. Prosím kontaktujte nás e-mailem: **vienna@publicitas.com**

publicitas

O nás: Publicitas je **exkluzivní reprezentant globálně vedoucích médií v tisku a on-line**. S námi zjednodušíte Vaše mediální plánování a nákup médií na mezinárodní úrovni účinně a efektivně. S pomocí naší sítě a našich rozsáhlých odborných znalostí je Publicitas Austria přední adresou pro inzerenty a agentury po celém světě **v plánování, vyjednávání a umístění kampaně**. Pro více informací navštivte naše webové stránky **www.publicitas.at**

ZE SPOLEČNOSTI

Cena jako „předplatné“

Česká lékařská komora uspořádala v pražském Kaiserštejnském paláci již VII. ročník mimořádného výročního semináře „Perspektivy celoživotního vzdělávání lékařů“.

Vedoucí oddělení vzdělávání PhDr. Radek Ptáček úvodem slavnostního setkání podotkl, že tato akce se již stává tradicí, o jejímž významu vypovídá i seznam oceněných. Zdůraznil, že systém vzdělávání České lékařské komory (ČLK) je největším a nejlépe organizovaným vzdělávacím systémem pro lékaře. Jak uvedl, komora ročně pořádá 3500 akcí, včetně takových, jakou je konference „Etické problémy medicíny na prahu 21. století“, která se letos konala již počtvrté.

Cena pro prof. Žaloudíka

V rámci akce byla udělena Cena prezidenta České lékařské komory za přínos v oblasti celoživotního vzdělávání lékařů. Letošní ocenění z rukou prezidenta ČLK MUDr. Milana Kubka převzal prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc. Milan Kubek laureáta krátce představil jako klinického onkologa a dvouatestovaného chirurga, jako děkana Lékařské fakulty Masarykovy univerzity a ředitele Masarykova onkologického ústavu v Brně, kterým se stal od letošního října. Uvedl, že jeho největším přínosem je nepochybně 30 let práce v Masarykově onkologickém ústavu. „Profesor Žaloudík patří k nejaktivnějším členům ČLK v Brně, je garantem vzdělávacích akcí a velkou měrou přispěl ke vzniku Asociace pro celoživotní vzdělávání lékařů. Svojí autoritou přispívá k posílení kreditu ČLK,“ vyzdvihl prezident ČLK.

Foto: Ondřej Deml

Profesor Žaloudík s humorem sobě vlastním řekl, že cenu bere jako předplatné toho, co nás čeká především v oblasti celoživotního vzdělávání lékařů, které dnes není v popředí zájmu. Zkonstatoval, že drahé přístroje nám nebudou k ničemu, nebudeme-li mít vzdělané lékaře.

Slavnostní atmosféru večera umocnilo vystoupení hudebního tělesa Quartetto Concertante. Hosty zaujala rovněž americká zpěvačka Edel Sanders, která roztomilou češtinou zazpívala árii z Rusalky. **(eta)**

Advent na oddělení dlouhodobě nemocných

Průměrná ošetřovací doba je na oddělení dlouhodobě nemocných v havlíčkobrodské nemocnici 34 dní. Spousta pacientů je tu i během adventu. Snahou personálu oddělení je zapojit pacienty do dění a v rámci možností jim tu zpříjemnit pobyt.

Již se stalo tradicí, že na oddělení dlouhodobě nemocných (ODN) pořádají v adventu „vánoční dílničku“ pro pacienty. Dílnička letos proběhla 9. 12. (ODN stanice A) a 10. 12. (ODN stanice B) a jako pokaždé to byly dvě krásné odpolední hodiny. Vyráběla se tu vánoční přáníčka, dekorace a došlo i na vánoční výzdobu oddělení. Pacientům při práci pomáhali dobrovolníci, které zajišťuje Oblastní charita Havlíčkův Brod. „Cílem akce je zaměstnat naše pacienty, nabídnout jim zpestření času tráveného v nemocničním prostředí a v neposlední řadě vytvořit na oddělení tu správnou vánoční atmosféru,“ říká tisková mluvčí Nemocnice Havlíčkův Brod Petra Černo a přidává ještě pozvánku: „Ke zpříjemnění vánoční atmosféry určitě patří i hudba. Proto pro naše pacienty chystáme na 21. prosince od 14:30 hodin vánoční koncert havlíčkobrodské skupiny WorWani. Koncert se uskuteční na ODN stanici B. Srdečně zveme i rodinné příslušníky a přátele našich pacientů. Pokud máte čas, přijďte našim seniorům zpestřit předvánoční čas i vy!“ **(red)**

Hokejisté a Mikuláš ve Fakultní nemocnici Plzeň

Děti, které začátek prosince trávily v plzeňské fakultní nemocnici, čekalo hned několik příjemných překvapení.

Už 3. prosince za dětmi zavítala „hokejová návštěva“. Plzeňští hokejisté přinesli malým pacientům oddělení ORL a Urologické kliniky dárky a strávili společně s nimi jedno adventní odpoledne. Hokejisté HC Plzeň se totiž stali patrony nemocných dětí a pravidelně navštěvují pracoviště s malými marody, kteří se na ně velmi těší. Společné setkání je pro děti velkým zážitkem. Dalším dnem, kdy děti čekala milá předvánoční návštěva s dárečky, byl pátek 5. prosince. To ve čtyři odpoledne zachrastily čertovské řetízky u dětských lůžek po celé nemocnici. Nejvíce postýlek navštívili Čert, Anděl a Mikuláš s dárky na odděleních Dětské kliniky. **(red)**

Návštěva na oddělení dětské ortopedie. | Foto: FN Plzeň

Vítej, kulíšku

Nedoklubko vydalo další krásnou knížku. Obsahuje *Sedm duhových pohádek, Průvodce na cestě domů* a spoustu krásných obrázků.

Ve spolupráci s neonatology přišla na svět knížka pro rodiče předčasně narozených dětí. Kromě pohádek určených pro ta úplně nejmenší ouška tu najdete spoustu užitečných informací o tom, jak přijmout novou situaci, sžít se s ní a být zde pro své děťátko, které maminku co nejvíc u sebe potřebuje neméně než děti bez handicapu v podobě předčasného příchodu na svět a fyziologické nepřipravenosti na něj.

Knížka je k dispozici rodičům po předčasném porodu zdarma na příslušných odděleních ARO, JIP a intermedial. Koupit ji lze za 290 Kč na e-shopu Nedoklubka: *www.dvojcatka.cz*. Celá částka putuje na dotisk. **(red)**

Pekelník a nebešťané v lázních

Oficiální zahájení zimní lázeňské sezóny proběhlo v jáchymovských lázních společně s oslavou Mikuláše, tedy 5. prosince navečer.

Letošní zimní sezóna je tu vedena pod heslem „Z kopce rovnou do wellnessu“. Zdejší Skiareál Klínovec prošel během posledního roku významnou proměnou. Vybudováním nové sjezdovky a lanovky z Klínovce do Jáchymova se rozloha sjezdovek téměř zdvojnásobila. Krušnohorská lyžařská destinace nabývá na atraktivnosti dobudováním 33 km sjezdovek a z Klínovce (1244 m) na Fichtelberg (1215 m) a zpět. Všechno už funguje, takže kdyby se trojce Mikuláš, Anděl, Čert zachtělo, mohou si vyvézt nůši s dárky lanovkou až na vršek Klínovce, rychle vysypat dárečky hodným dětem, zajezdit si na sjezdovkách nebo na běžkách a sjet skibusem nebo na lyžích téměř až k aquaparku, případně do některého hotelu či penzionu. Ani evropské dotace nedokážou na pomezí Čech a Saska vztyčit třítisícovky nebo zaručit přírodní sníh po celou zimu, ale kvalitně realizované rozvojové projekty Jáchymovu rozhodně pomáhají dostat se na špičku toho, co lze nabídnout lázeňským hostům, a to i v zimě. **(jj)**

České ILCO hodnotí výsledky dvouletého projektu mezinárodní spolupráce

V prosinci 2014 končí mezinárodní projekt Život bez omezení, v němž České ILCO – dobrovolné sdružení stomiků porovnávalo kvalitu předoperační a doživotní pooperační péče o stomiky v Německu, na Slovensku a v České republice.

Projekt byl financován Evropským sociálním fondem prostřednictvím operačního programu Lidské zdroje a zaměstnanost.

Úspěchy ILCO

Ve dnech 21.–22. listopadu 2014 proběhla Závěrečná mezinárodní konference, na níž byla představena zjištění z tohoto projektu. K této příležitosti je také vydána závěrečná zpráva se srovnávacími grafy péče o stomiky ve jmenovaných zemích a fotografiemi z akcí. Dále byly vydány manuály pro zaměstnavatele osob se zdravotním postižením, pro stomiky i zdravotníky a sedmnáctijazyčný slovníček pro stomiky. Projekt je všeobecně považován za úspěšný. Pomohl například 7 stomikům v produktivním věku na trh práce.

Dalším úspěchem je pilotní projekt Smlouva mezi Českým ILCO a Všeobecnou fakultní nemocnicí v Praze, na jejímž základě navštěvují dobrovolníci (zkušení stomici) nové pacienty v nemocnici a pomáhají tak zmírnit jejich strach z operace či ze života se stomií. České ILCO při svých cestách do Německa a na Slovensko získalo i řadu námětů jak zlepšit život stomiků v ČR. Poznatky byly zpracovány a budou uplatňovány při jednáních s ministerstvy, zdravotními pojišťovnami, distributory pomůcek a dalšími zainteresovanými organizacemi.

Cíle sdružení

České ILCO se také během realizace projektu stalo známější a uznávanější pacientskou organizací, je aktivní v Pacientské radě ministra zdravotnictví a v Pacientské radě VZP, spolupracuje s legislativci a velmi kompetentně vystupuje na nejrůznějších odborných akcích. Cílem sdružení je nejen zajistit všem stomikům „normální život“, tedy dostupnost stomických pomůcek v potřebném množství, možnost řešení případných problémů se zkušenými stoma sestrami a stoma terapeuty, ale soustředit se i na prevenci onemocnění, která k založení stomie vedou.

Ať žijí stomici

Na konferenci byla pokřtěna kniha „Ať žijí stomici“ (Maxdorf ve spolupráci s nadací T-SOFT ETERNITY), která vznikla během práce na projektu. Autoři si vzali za cíl ukázat, že pohled na život se stomií je třeba změnit, že život tím nekončí, jen se trochu promění, a také zdůraznit, že stomie je často dobrým řešením zdravotního problému. Publikaci slavnostně pokřtili Boris Hybner, Oldřich Kaiser a Jiří Lábus. Kromě rozhovoru s Borisem Hybnerem v knížce najdete i 21 dalších příběhů, jejichž autoři někdy vážně, jindy s mírnou nadsázkou a s humorem popisují své zkušenosti ze života se stomií. **(eta)**

Inzerce M141001555

Předplaťte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU

a získejte
RAŠELINOVOU KOUPEL NATURAL
v hodnotě 395 Kč. Přírodní rašelinová koupel NATURAL je vyrobena unikátní technologií z kvalitní české slatinné rašeliny.

Neváhejte!
Tato nabídka platí jen do 25. 1. 2015.
Předplatné na rok pouze za 299 Kč.

Předplaťte si bezpečně e-mailem
na e-mailovou schránku **mladafronta@predplatne.cz**, uveďte své **jméno, doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 1314.** Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách **www.mf.cz**

Volejte zdarma 800 248 248
Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM 1314**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

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

PRÁVNÍ PORADNA

Propuštění **pacienta bez přístřeší**

odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc

Pokud je v nemocnici hospitalizován pacient, který je bez přístřeší, tzn. nemá se kam vrátit, jak se postupuje při jeho propouštění? Odesílá se takový člověk zpět na ulici, nebo mu musí být zajištěna následná péče (např. v azylovém domě, na ubytovně)? Jakými předpisy se nemocnice má v tomto případě řídit?

Pokud jde o pacienta, který se po propuštění z nemocnice nemá kam vrátit, neboť je bez domova, řídí se nemocnice jakožto poskytovatel zdravotních služeb zákonem o zdravotních službách. Tento zákon, jak již z jeho názvu a účelu vyplývá, řeší problematiku zdravotních, nikoli sociálních služeb poskytovaných pacientům. Zákon tedy prioritně klade důraz na zajištění zdravotních služeb pacientům a neřeší jejich sociální, či dokonce bytové potřeby. Přesto však zákon v některých ustanoveních propojuje poskytování zdravotních a sociálních služeb pacientům.

Zákon tak například definuje vlastní sociální prostředí pacienta jako domácí prostředí pacienta nebo prostředí nahrazující domácí prostředí pacienta (například zařízení sociálních služeb). V návaznosti na tuto definici pak zákon dále stanovuje, jaká zdravotní péče je pacientovi poskytována v jeho vlastním sociálním prostředí. Jedná se o takové zdravotní výkony, jejichž poskytnutí není podmíněno technickým a věcným vybavením nutným k jejich provedení ve zdravotnickém zařízení.

Nemocnice informuje, ale bydlení neřeší

Zákon dále stanovuje, že poskytovatel zdravotních služeb je povinen předat zprávu o poskytnutých zdravotních službách registrujícímu poskytovateli v oboru všeobecné praktické lékařství, jakož i předat jiným poskytovatelům zdravotních služeb nebo poskytovatelům sociálních služeb informace o zdravotním stavu pacienta nezbytné k zajištění návaznosti dalších zdravotních a sociálních služeb poskytovaných pacientovi. Zákon ukládá nemocnici, aby pacienta při propuštění vybavila léčivými přípravky a zdravotnickými prostředky na tři dny nebo v odůvodněných případech i na delší nezbytně nutnou dobu.

Pokud není pacient vzhledem ke svému zdravotnímu stavu schopen obejít se bez pomoci další osoby, může být propuštěn z nemocnice až po předchozím včasném vyrozumění osoby, která tuto péči zajistí. Má-li být propuštěn pacient, u něhož není zajištěna další péče, nemocnice o tom včas informuje obecní úřad obce s rozšířenou působností příslušný podle adresy místa trvalého pobytu pacienta.

Z výše uvedeného je zřejmé, že při propouštění pacienta bez přístřeší z nemocnice je nemocnice povinna jiným poskytovatelům zdravotních a sociálních služeb poskytnout informace potřebné k zajištění následné zdravotní péče o pacienta a v některých případech uvedených výše vyrozumět osoby, které další péči zajistí. Nemocnice však není povinna řešit bytové potřeby propuštěného pacienta.

Ilustrační foto: Petr Topič

Práva a povinnosti zákonných zástupců dítěte

odpovídá
JUDr. Lenka Lamková, Ph.D.

Mají osvojitel dítěte, poručník, pěstoun a opatrovník stejná práva a povinnosti k nezletilému dítěti při zajišťování zdravotní péče jako rodiče? Mohou např. všichni tito zákonní zástupci dítěte poskytovat informovaný souhlas s provedením lékařského zákroku a mají stejnou povinnost docházet s dítětem na očkování a všeobecné preventivní prohlídky?

Než začneme se samotnou odpovědí na položenou otázku, je nutné si vyložit rozdíl mezi jednotlivými osobami zastupujícími nezletilé dítě.

Vymezení pojmů

Nejčastější případ zastoupení je zastoupení zákonným zástupcem – typicky rodičem, který zastupuje nezletilého (nebo jinou nesvéprávnou osobu) v plném rozsahu.

- **Osvojením** (lidově nazýváno adopcí) se rozumí přijetí cizí osoby za vlastní, o kterém musí rozhodnout soud. Na základě rozhodnutí soudu o osvojení se osvojitel, popřípadě osvojitelé, zapíší do matriky jako rodič, popřípadě rodiče dítěte.
- **Poručníkem** je pak osoba, která nezletilého vychovává, zastupuje a spravuje jeho majetek místo rodičů, například pokud rodiče zemřeli (často se poručníkem stává osoba, kterou sami určili). Poručník má vůči dítěti všechny povinnosti a práva jako rodič, ale nemá vyživovací povinnost. Poručníka jmenuje soud.
- **Pěstounství** pak přichází v úvahu v situaci, kdy nemůže o dítě osobně pečovat žádný z rodičů ani poručník. Zde taktéž o svěření dítěte rozhoduje soud, a to i na přechodnou dobu. Pěstoun má právo zastupovat dítě a spravovat jeho záležitosti jen v běžných věcech, k výkonu mimořádných záležitostí (např. vyřízení cestovního pasu) je nutný souhlas zákonného zástupce dítěte.
- **Opatrovnictví** je další forma náhradní rodinné péče. Opatrovníka taktéž jmenuje soud, a to v případě, že je to třeba k ochraně zájmů nezletilého nebo vyžaduje-li to veřejný zájem. Opatrovník vykonává pouze některá, rozhodnutím soudu stanovená práva, není zákonným zástupcem dítěte.

Péče o zdraví svěřené osoby

K položenému dotazu a s poukazem na výše uvedené uvádím, že zákonný zástupce (rodič), osvojitel a poručník mají ve vztahu k nezletilému stejná práva a povinnosti, mezi které spadá například povinnost docházet s nezletilým na pravidelné preventivní prohlídky a povinné očkování. Co se pěstounství týče, pak se domnívám, že i pěstoun má tyto povinnosti ve vztahu k péči o zdraví svěřené osoby. Pokud však jde o (slovy zákona) „mimořádné záležitosti“ (např. důležitá operace), pak by podle mého názoru byl v případě pěstounství nezbytný souhlas zákonných zástupců. U opatrovnictví pak záleží na tom, pro jaký účel byl opatrovník soudem ustanoven. Pokud se jedná o opatrovníka pro správu jmění dítěte, pak tomuto nepřísluší plnit povinnosti ve vztahu k docházení dítěte na preventivní prohlídky nebo povinné očkování.

Zrušení nástupu do zaměstnání

odpovídá
Mgr. Petra Maryšková

V červnu jsem se dohodl na nástupu v nemocnici od 1. července 2014 a podepsal jsem pracovní smlouvu. Pak jsem však dostal výhodnější nabídku a do dohodnutého zaměstnání jsem nenastoupil. Nemocnici jsem to oznámil těsně před plánovaným nástupem. Teď mi vyhrožují žalobou. Prý se mnou napevno počítali a než si za mě seženou náhradu, musí pokrýt provoz se stávajícími zaměstnanci, což si vyžádá náklady navíc – a ty jim prý budu muset zaplatit. Mohou ode mě toto vymáhat?

Pracovní poměr fakticky vzniká až dnem, který byl sjednán v pracovní smlouvě jako den nástupu. Samotná práva a povinnosti vyplývající z pracovního poměru, jakož i Váš závazek do práce nastoupit v určitý den však vznikají (resp. se zakládají) již uzavřením pracovní smlouvy. Pokud tedy do práce nenastoupíte, je zaměstnavatel po Vás oprávněn požadovat náhradu škody, která mu Vaším nenastoupením vznikla, v rozsahu dle ustanovení zákoníku práce upravujícího obecnou odpovědnost za škodu, tedy dle § 250 a následujících. Vyčíslení, stanovení škody a příčinné souvislosti mezi nenastoupením do práce a vznikem škody v těchto případech bývá velmi složité, zejména z důvodu, že velkou roli hraje i skutečnost, v jaké době před nástupem jste uvedenou skutečnost oznámil, jak byl mezi vámi závazek vyplývající z pracovní smlouvy ukončen a jak složité a náročné bylo najít náhradu. K tomuto kroku tedy zaměstnavatel často nepřistupuje, ale není možné jej vyloučit.

NOVÉ KNIHY

Karel Pavelka, Ladislav Šenolt, Jiří Vencovský a kolektiv

Biologická léčba zánětlivých autoimunitních onemocnění

v revmatologii, gastroenterologii a dermatologii

Rozsah: 388 stran
Cena: 590 Kč
ISBN: 978-80-247-5048-4
Vydavatel: Grada

Biologická léčba přinesla zásadní zlom do léčby autoimunitních onemocnění v revmatologii, gastroenterologii, dermatologii, osteologii a v dalších oborech. Její vznik byl umožněn pochopením patogeneze těchto onemocnění až na molekulární úrovni a rozvojem biotechnologií v rámci genetického inženýrství. Kniha je první interdisciplinární monografií u nás, která se komplexně zabývá touto problematikou.

Martin Kupka

Psychosociální aspekty paliativní péče

Rozsah: 216 stran
Cena: 359 Kč
ISBN: 978-80-247-4650-0
Vydavatel: Grada

Publikace se zabývá paliativní péčí o pacienty v terminálním stadiu nemoci a procesem umírání v souvislosti se ztrátou blízkého člověka. Pozornost věnuje i psychosociálním aspektům života pacientů v léčebnách pro dlouhodobě nemocné a v hospicích. Je laděna optimisticky s důrazem na jedinečnost šťastného prožívání každodenního života. Osvětlení podstaty života a smrti je užitečné a povzbuzující zejména pro ty, kteří o nemocné pečují, a dodává smysl jejich nesnadnému počínání.

Naděžda Špatenková a kolektiv

O posledních věcech člověka

Vybrané kapitoly z thanatologie

Rozsah: 315 stran
Cena: 300 Kč
ISBN: 978-80-7492-138-4
Vydavatel: Galén

Umírání, smrt, pohřbívání a truchlení představují hluboká lidská témata, která je možné pojímat z různých hledisek. Autoři postihují danou problematiku komplexně: od fáze pre finem přes fázi in finem až po fázi post finem, která zahrnuje péči o mrtvé tělo, pohřební rituály a doprovázení pozůstalých. Publikace vymezuje základní tanatologické pojmy, popisuje potřeby umírajících i pozůstalých a také společenské představy o důstojné i nedůstojné smrti. Je pojednáno o infamii sebevrahů, poradenství pro pozůstalé, pohřebních a smutečních rituálech i o tanatopraktickém zaopatření mrtvého těla. Nejsou opomenuta ani témata dědictví a projektování obřadních síní či hřbitovů. Monografie předkládá argumenty a relevantní informace vztahující se k posledním věcem člověka a umožňuje čtenářům (z řad odborníků i dalších zájemců) nacházet informace, inspiraci a seznamovat se s nejrůznějšími jevy, procesy a principy v oblasti tanatologie, klást si otázky, hledat odpovědi a najít potřebné zkušenosti a doporučení. Snahou autorů je přiblížit odborné i široké veřejnosti témata umírání, smrti, pohřbívání a truchlení, oproštěná od tabuizovaných klišé.

Felix Irmiš

Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou

Příklady, příčiny, psychosomatika, etika

Rozsah: 139 stran
Cena: 250 Kč
ISBN: 978-80-7492-130-8
Vydavatel: Galén

Komunikace mezi lékařem, pacientem a zdravým člověkem se při důrazu na pomocné objektivní diagnostické metody spíše zhoršuje. Neexistuje vždy přímý vztah mezi laboratorními hodnotami, klinickým stavem a subjektivními potížemi, jejichž průběh a intenzita se nemusí podrobně sledovat. Pohled vědecký, stanovisko praktické medicíny a individuální zkušenost pacienta se mohou lišit, což může vyvolávat stresové situace. Ty jsou závislé též na osobnosti lékaře i pacienta, jejich emocích a temperamentu, informačních šumech, různých interpretacích výsledků, na neznalosti přesné diagnózy a individuální reakce pacienta na nemoc a léčbu, na etice, neznalosti životního příběhu pacienta a jeho sociálního prostředí aj. Práce uvádí řadu příkladů zátěžových situací a stresových výroků mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou. Hledá příčiny uvedených nedostatků a upozorňuje na často zanedbávaný rozbor dynamiky nemoci. Monografie rovněž rozebírá spirituální (duchovní) přístup v psychosomatické medicíně z biopsychosociálního pohledu a popisuje význam spirituality pro hledání smyslu života pacienta, adaptaci, humanitu, etiku a zlepšení vztahu lékař – pacient.

Marie Vágnerová

Současná psychopatologie pro pomáhající profese

Rozsah: 816 stran
Cena: 1049 Kč
ISBN: 978-80-262-0696-5
Vydavatel: Portál

Kniha přináší přehled různých psychických problémů, jejich příčin a dopadů na život jedince či skupiny. Postihuje rozličné situace, které mohou s větší či menší pravděpodobností v běžném životě nastat, ať už jde o psychický dopad somatických onemocnění a trvalejších zdravotních postižení, nebo o primárně psychické poruchy a choroby. Zahrnuje i informace o sociálních důsledcích takových potíží a orientační nabídku možné pomoci.
Publikace navazuje na titul Psychopatologie pro pomáhající profese, ale je značně inovována, např. o pojednání o genetickém přenosu dispozic k rozvoji uvedených potíží a o výklad způsobů, jak se různé dědičné vlohy uplatňují a jak ovlivňují vývoj a fungování CNS. Samostatná část textu je věnována psychologii nemocných a zdravotně postižených. Inovováno je pojednání o psychosomatických chorobách, zejména informace o příčinách jejich rozvoje. Nově je uvedena podkapitola o sebepoškozování a řada dalších.

Jean Starobinski

Tři figury posedlosti

Rozsah: 134 stran
Cena: 150 Kč
ISBN: 978-80-246-2268-2
Vydavatel: Karolinum

„Tři figury posedlosti. Tři noční výjevy, trojí šílenství." Jean Starobinski, švýcarský profesor francouzské literatury a dějin medicíny, jeden z nejvýznamnějších literárních kritiků současnosti, přistupuje k trojici extrémních psychických situací – bludu, posedlosti a noční můře – z trojí hermeneutické perspektivy a rozvíjí tři způsoby performativního „čtení", jež jsou ovšem pointována výraznou jednotící myšlenkou. Podkladem těchto „diskurzů" jinakosti však nejsou pro autora, lékaře-psychiatra a historika lékařství, anamnézy skutečných pacientů, nýbrž fiktivní anamnézy literárních textů. Starobinski zde vychází z historicky i žánrově rozdílných typů literárních památek (starořecká tragédie a epos, novozákonní evangelický text) a dokonce médií, neboť východiskem jeho interpretace třetí figury šílenství se stal známý obraz v Anglii naturalizovaného Švýcara J.-H. Füssliho Noční můra.
První kapitola tak podává podrobnou interpretaci Sofoklovy tragédie Aiás, neprávem opomíjené hry, která – jak zdůrazňuje a předvádí Starobinski – osvědčuje zvláště jemné a strukturované porozumění pro motivaci sebevraha. Druhá kapitola patří epizodě vyhnání démonů z posedlého v Gerase podle Markova evangelia; démoni vstoupí do prasat a ta se vrhnou do moře. Starobinski epizodu pojímá jako vzor Ježíšova spásonosného díla, jak je podáno v evangeliích, a odhaluje na něm celkové strategie evangelijního textu. V závěrečné stati patřící obrazu Noční můra je pak probíranou podobou ztráty rozumu zlý sen.

Oldřich Matoušek, Hana Pazlarová a kolektiv

Podpora rodiny

Manuál pro pomáhající profese

Rozsah: 176 stran
Cena: 329 Kč
ISBN: 978-80-262-0697-2
Vydavatel: Portál

Záměrem manuálu je formulovat pragmatické východisko pro práci s tzv. mnohoproblémovými rodinami. Manuál poskytuje praktické instrukce týkající se procesu práce s rodinou (mj. navázání kontaktu, práce s obranami, ochrana pracovníka, spolupráce organizací), dále instrukce pro intervenci v hlavních sférách fungování rodiny (zaměstnání, bydlení, výživa, ochrana zdraví, vedení domácnosti, výchova dětí aj.) a konečně vodítka pro práci s rodinami, v nichž dominuje jeden vážný problém (např. domácí násilí, závislost na návykových látkách, pobyt ve vězení, duševní nemoc).

František Emmert

Československí legionáři za první světové války

Rozsah: 224 stran
Cena: 399 Kč
ISBN: 978-80-204-3283-4
Vydavatel: Mladá fronta

Výpravná publikace čtenáře provází pohnutou historií československých legií od založení prvních malých a nesourodých jednotek dobrovolníků ve Francii a Rusku na počátku konfliktu až po vytvoření stotisícového kompaktního legionářského vojska, které v závěrečné fázi války rozhodující měrou přispělo ke vzniku samostatného československého státu a stalo se v evropském měřítku významnou vojenskou veličinou. Jako důležitý aktér zasáhlo mj. do politických a vojenských událostí na území Ruska po tamní bolševické revoluci (1918–1920) a jeho sibiřská anabáze se později stala téměř legendou. Kromě základního přehledu faktů kniha přináší celou řadu zajímavostí a věnuje se i méně známým událostem a souvislostem. Vše zasazuje do širšího historického kontextu a poskytuje tak ucelený obraz této významné kapitoly našich dějin, která zejména pro dnešní mladou generaci zůstává téměř neznámou. Text doprovázejí ukázky historických dokumentů a velký počet dobových fotografií, z nichž mnohé dosud nebyly publikovány. Výsledkem je strhující dílo, s jehož pomocí mohou čtenáři všech věkových skupin znovu prožít tuto slavnou kapitolu našich novodobých dějin.
František Emmert (1974) je uznávaný a oceňovaný autor literatury faktu, který se prosadil zejména originálně pojatými publikacemi komponovanými jako „muzeum v knize". K jeho nejúspěšnějším titulům patří Holocaust (2006), Rok 1968 v Československu (2007), Osudové osmičky v našich dějinách (2008) či Václav Havel 1936–2011 (2012).

SERVIS

Kalendář akcí odborných lékařských společností – leden 2015

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**

Prague Angio 2015

6. 1. 2015/Praha
Místo konání: Sál Autoklubu ČR, Opletalova 29
Pořadatelé: Česká angiologická společnost ČLS JEP, 2. interní klinika – klinika kardiologie a angiologie 1. LF UK a VFN za podpory Nadačního fondu VFN
Kontakt: http://int2.lf1.cuni.cz/pragueangio

Třeboňské revmatologické dny 2015

Reaktivní artritidy, imunodeficience u revmatických chorob, hematologická manifestace autoimunitních onemocnění, virová onemocnění a artritida, zobrazovací metody a punkční technika, revmatochirurgie, pracovní kazuistiky
7.–9. 1. 2015/Třeboň
Místo konání: Konferenční centrum městských slatinných lázní Aurora
Pořadatelé: Česká revmatologická společnost ČLS JEP, interní oddělení Nemocnice České Budějovice, Lázně Aurora Třeboň
Kontakt: www.revmatologicka-spolecnost.cz; www.congressprague.cz

57. česko-slovenská psychofarmakologická konference

7.–11. 1. 2015/Jeseník
Místo konání: Priessnitzovy léčebné lázně Jeseník
Pořadatel: Česká neuropsychofarmakologická společnost
Kontakt: www.cnps.cz

Prevence ischemické choroby srdeční od dětského věku

28. celostátní seminář
8.–10. 1. 2015/Poděbrady
Místo konání: Hotel Lázeňská kolonáda
Pořadatel: Galén-Symposion, s. r. o., pod odbornou záštitou pracovní skupiny pediatrické kardiologie České kardiologické společnosti a ve spolupráci s Českou společností pro aterosklerózu
Kontakt: www.gsymposion.cz

15. konference fetální medicíny

9. 1. 2015/Praha
Místo konání: Kongresový sál Nemocnice Na Homolce
Pořadatel: Česká společnost pro ultrazvuk v porodnictví a gynekologii ČLS JEP
Kontakt: www.csupg.cz

12. zimní urologické sympozium

Andrologie, karcinom prostaty, inkontinence, neurourologie, pánevní bolest, nádory ledvin, infekce, litiáza, pedourologie, nádory varlat a penisu, nádory močového měchýře
11.–15. 1. 2015/Špindlerův Mlýn – Bedřichov
Místo konání: Harmony Club Hotel
Pořadatelé: Urologická klinika 1. LF UK a VFN v Praze, Urologická klinika 2. LF UK a FN Motol v Praze
Kontakt: www.congressprague.cz/zus2015

23. třeboňský mezioborový seminář

Infekce vyvolané mykobakteriemi a stafylokoky, antibiotika proti multirezistentním bakteriím
12.–14. 1. 2015/Třeboň
Místo konání: Kongresové centrum městských slatinných lázní Aurora
Pořadatel: Společnost infekčního lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.tmos.cz

Balintovská skupina intenzivní

13. 1. 2015/Praha
Místo konání: Středisko psychoterapeutických služeb Břehová
Pořadatel: Balintovská sekce České psychoterapeutické společnosti ČLS JEP
Kontakt: www.cls.cz

Inzerce M141001081

Kabrhelův večer

Data a znalosti v elektronickém zdravotnictví, multicentrické studie výskytu nádorů ledvin, slinivky břišní a hlavy/krku, zvláštní očkování proti virové hepatitidě B u studentů 1. LF UK, závislost na tabáku – epidemiologické a terapeutické hledisko, riziko expozice azbestu v praxi…
14. 1. 2015/Praha
Místo konání: Velký sál Lékařského domu
Pořadatel: Ústav hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN, ve spolupráci s pracovní skupinou pro prevenci a léčbu závislosti na tabáku ČLS JEP
Kontakt: www.cls.cz

20. dny RAPPL

Dny rinologie, alergologie, pneumologie, praktického lékařství a lázeňství: neobvyklé případy nádorů dýchacích cest, ušní šelesty a poruchy sluchu – jak postupovat, akutní stavy
15.–17. 1. 2015/Karlova Studánka
Pořadatelé: Česká lékařská komora, rinologická sekce České společnosti ORL a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP, Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP, Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS JEP, Státní léčebné lázně Karlova Studánka
Kontakt: www.otolaryngologie.cz

Arytmologie pro praxi

Implantabilní kardioverter – defibrilátory: kdy, u koho a jak
16. 1. 2015/Praha
Místo konání: FN Motol, kinosál v budově ředitelství, 2. patro
Pořadatel: Kardiologická klinika 2. LF UK a FN Motol Praha
Kontakt: www.gsymposion.cz

Otologický a otoneurologický kurz

Anatomie spánkové kosti, rozdělení chirurgických přístupů v otologii, myringoplastika, tympanoplastika, vyšetřovací algoritmus pacientů se závratí, tinitus, kochleární implantace, vestibulární schwannom, otogenní komplikace…
19.–22. 1. 2015/Praha
Místo konání: Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN Motol, Modrý pavilon, komunikační uzel „B“, podlaží minus 1, posluchárna
Pořadatelé: Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN Motol, katedra ORL IPVZ, otologická sekce České společnosti ORL a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP
Kontakt: www.otolaryngologie.cz

Prague ONCO 2015

6. pražské mezioborové onkologické kolokvium: genomika, imunoterapie, karcinom prsu, kolorektální karcinom, karcinom plic, hematoonkologie, onkogynekologie, karcinom prostaty…
21.–23. 1. 2015/Praha
Místo konání: Clarion Congress Hotel
Pořadatel: 1. LF UK Praha, ve spolupráci s 2. a 3. LF UK Praha
Kontakt: www.pragueonco.cz

8. středomoravské dny laboratorní medicíny

22.–23. 1. 2015/Kouty nad Desnou
Pořadatelé: Česká společnost klinické biochemie ČLS JEP, Šumperská nemocnice, a. s.
Kontakt: Ing. Luděk Šprongl; e-mail: ludek.sprongl@sun.agel.cz; www.cskb.cz

15th Live and Video Surgery

23.–24. 1. 2015/Praha
Místo konání: Kongresový sál Ústřední vojenské nemocnice
Pořadatelé: Česká oftalmologická společnost ČLS JEP, Ústřední vojenská nemocnice Praha
Kontakt: doc. MUDr. Jiří Pašta, CSc., FEBO; e-mail: jiri.pasta@uvn.cz; www.oftalmologie.com

16. dny dětské endokrinologie

Kazuistický seminář pro lékaře i sestry
23.–24. 1. 2015/Ostrava
Místo konání: Clarion Congress Hotel
Pořadatelé: Pracovní skupina dětské endokrinologie České pediatrické společnosti ČLS JEP, Klinika dětského lékařství FN Ostrava, LF Ostravské univerzity v Ostravě
Kontakt: www.detskylekar.cz

Základy radiologie / Novinky v radiologii

Specializační kurz: RTG, CT, skiaskopicko-skiagrafická vyšetření, popis radiologického vyšetření, prostý snímek skeletu…
26.–30. 1. 2015/Brno, Olomouc
Místo konání: Výuková místnost Radiologické kliniky LF MU a FN Brno (2. nadzemní podlaží výškové budovy), posluchárna Radiologické kliniky LF UP a FN Olomouc (budova B, přízemí)
Pořadatelé: Radiologická klinika LF MU a FN Brno, Radiologická klinika LF UP a FN Olomouc
Kontakt: www.crs.cz

2. konference Neurologie pro praxi

Demence a Alzheimerova nemoc, Parkinsonova nemoc, nádorová onemocnění, neuroonkologie, kontroverze, neuromuskulární problematika, ischemické ikty, léčba bolesti…
28.–29. 1. 2015/Plzeň
Místo konání: Kongresové centrum Parkhotelu
Pořadatelé: Solen, s. r. o., časopis Neurologie pro praxi
Kontakt: www.solen.cz

18. olomoucké onkologické dny

29.–30. 1. 2015/Olomouc
Místo konání: Velká posluchárna Teoretických ústavů LF UP Olomouc
Pořadatelé: Klinika ústní, čelistní a obličejové chirurgie LF UP a FN Olomouc, Česká společnost maxilofaciální chirurgie ČLS JEP, oblastní stomatologická komora v Olomouci
Kontakt: www.mfch.cz

Masterclass in Molecular Oncology

29.–31. 1. 2015/Praha
Místo konání: Hotel Park Inn
Kontakt: www.linkos.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Choroby komplikující kardiovaskulární onemocnění. Léčba a prevence osteoporózy.
Termíny a místa konání:
5. 1. 2015 Zlín
8. 1. 2015 Liberec, Ústí nad Labem, Karlovy Vary
10. 1. 2015 Brno, Olomouc
13. 1. 2015 Pardubice
14. 1. 2015 Jihlava
15. 1. 2015 Hradec Králové, Praha
17. 1. 2015 Plzeň
21. 1. 2015 Praha, České Budějovice
22. 1. 2015 Ostrava
Kontakt: www.svl.cz

(sta)

www.sestra.cz

Sestra

odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky

Vážené čtenářky a čtenáři,

přinášíme vám nové číslo měsíčníku Zdravotnictví a medicína s nabídkou ošetřovatelských témat. Najdete zde svoje články, které u nás publikujete, abyste se o své zkušenosti podělili s ostatními čtenáři zdravotníky. A protože je čas nadělování, rozšířili jsme toto číslo o EXTRA téma Porodnictví a neonatologie.

Hezké Vánoce a hodně zdraví do nového roku Vám přeje

Markéta Mikšová

Překážky beru jako výzvu

Foto: Leoš Chodura

Sestra **Mgr. Lucie Karalová** téměř 6 let pracovala v King Abdulaziz Medical City – National Guard Health Affairs Hospital (KAMC-NGHA) v saúdskoarabské Džiddě. Začínala jako sestra na ortopedickém oddělení a později se vypracovala na pozici staniční sestry na VIP oddělení nemocnice.

Co to znamená VIP oddělení?
Vyznačuje se péčí o pacienty, kteří mají status VIP. Jedná se o členy královské rodiny, pracovníky nemocnice a národní gardy a jejich rodiny.

Jaké zvláštnosti má péče o královskou rodinu?
Do naší nemocnice přicházejí členové královské rodiny na vyšetření či k hospitalizaci. Jistou zvláštností tohoto oddělení je, že se o jednoho pacienta starají dvě sestry. Jednak kvůli pohodlí nemocného, ale hlavně jde o dvojí kontrolu, zejména v případě podání léků a podobně, aby se v žádném případě nemohlo stát, že dojde k omylu. Samozřejmě se tu velmi výrazně dbá na přístup personálu ke klientům. Co se týká bontonu, například v žádné situaci bychom neměli říct NE, ať už jde o cokoli. Když nevím, odpovím: „Ano, nejsem si jistá, ale okamžitě zjistím.“ Také neříkat, že něco nejde, protože VŠECHNO jde. Pacienti jsou zde na prvním místě a úkolem personálu je jim ve všem vyhovět. Členové královské rodiny jsou vzdělaní lidé, kteří žádných zvláštních ohledů nevyžadují. Jsou to lidé noblesní, kteří většinou hovoří perfektní angličtinou a vyznačují se bezvadným chováním a jednáním. Nesetkala jsem se s nějakými nevrlými reakcemi, mají úroveň a totéž pochopitelně očekávají od nás.

Liší se nějak ošetřovatelské postupy na běžném a na VIP oddělení?
Ošetřovatelské postupy se v zásadě neliší, ale více se dbá na nadstandardní přístup ke klientovi. Na oddělení je více sester na jednoho pacienta a provádí se komplexní vyšetření. Velmi důležité je ale dodržování bontonu. Přicházejí k nám pacienti s nejrůznějšími diagnózami (interní, chirurgické, gynekologické či oční), protože mají status VIP klienta.

Jak jste se k tomuto privilegiu pečovat o významné pacienty dostala?
Je známo, že členové královské rodiny preferují jako ošetřovatelky Evropanky. Jednou, když jsem ještě pracovala na ortopedii a zrovna měla noční službu, na VIP oddělení přijali jednu z princezen. Poslali za ní mě, protože vedení nemocnice usoudilo, že po roce práce tady už budu dostatečně zaběhnutá, abych to zvládla. Zřejmě jsem se osvědčila, protože mě následující den přeložili na VIP oddělení.

Jsou tito pacienti náročnější než pacienti na běžném oddělení?
Kolikrát mi pacient na běžném oddělení přijde mnohem náročnější než klient z královské rodiny. Jsou to lidé s kvalitním vzděláním a podle toho se chovají a jednají. Za dobu svého působení v nemocnici jsem se s ničím negativním ze strany pacientů královské rodiny nesetkala.

Existuje nějaký zásadní rozdíl mezi českým a saúdskoarabským pacientem?
Práva pacientů jsou všude stejná. Řekla bych, že čeští pacienti jsou disciplinovanější. V Saúdské Arábii je na prvním místě víra, prostě se dá říct, že mají jinak srovnané hodnoty. Za saúdskými pacienty často chodí rodina, která bývá početná, všude pobíhají děti, je tady mnohem větší ruch. V době ramadánu, kdy od slunce východu do slunce západu Saúdové drží půst, si někdy přes den odmítají vzít i léky. V podstatě celý chod oddělení je tomuto přizpůsoben. Je zde jiná disciplína. Opět zde platí, že pacient a v tomto případě i jeho rodina jsou na prvním místě, někdy je tudíž potřeba počítat i s tím, že za vámi přijdou na sesternu a budou s vámi chtít něco řešit. Pak byste měli zanechat toho, co zrovna děláte, a věnovat se pouze jim. Někteří Arabové umí být hodně urputní, ale ne všichni, hodně záleží na prostředí, z něhož pocházejí. Pacienti jsou rádi, že se o ně starají lidé z jiné země, a naší péče si váží. Vždycky se ptají, odkud jsme. Někteří vědí, kde Česká republika leží, že tu jsou lázně a že máme dobrou rehabilitaci, za níž sem někteří i přijíždějí.

V České republice jste začínala jako sestra na oddělení plastické chirurgie FN Královské Vinohrady. V čem je práce v Saúdské Arábii jiná než v Česku?
Pokud se dobře pamatuji, byly jsme na plastice dvě sestry na ranní směně – staniční sestra a sestra u lůžka. Odpolední, noční a víkendy jsme sloužily jen v jedné osobě. Měla jsem na starosti kompletní péči o 11 pacientů a všechno jsem musela zvládnout. Jenomže už je to taky pár let zpátky, v té době tam nebyly počítačové systémy jako dnes, což představuje celkové zjednodušení práce. Za mě jsme ještě používali například rtuťové teploměry a obyčejné tlakoměry pro měření krevního tlaku. Když jsem pak přijela do Saúdské Arábie (SA), všechno bylo úplně jiné, nový systém, počítačová technika, nejmodernější přístroje a pomůcky, musela jsem se dorozumívat anglicky, co nejrychleji se naučit alespoň základy arabštiny, spolupracovat s kolegy různých národností, respektovat pro mě novou kulturu a tradice.

Jak to vypadá v KAMC-NGHA na běžném oddělení? Co všechno sestra musí dělat?
Jako *nurse in charge* neboli staniční sestra jsem dělala všechno, co dělá sestra u lůžka. Navíc jsem musela zvládat management, tedy vedení kolegyň, takzvaných *staff nurse*, u nás jsou to ošetřovatelky. Ty pracují jen u lůžka a nezastávají vedoucí pozice. V rámci managementu jsem také řešila situace, kdy například došlo k nějakému problému u některé ze sester.
V SA je v porovnání s ČR úplně jiný systém, možná komplikovanější, ale sestry tam mají větší pravomoci a zodpovědnost. Toto je na jednu stranu velká výhoda, protože vám to umožní naučit se věcem, díky kterým pak můžete po návratu do své země získat lepší pracovní pozici.

Liší se chod oddělení?
Pracovali jsme ve dvanáctihodinových službách, denních a nočních, tedy stejně jako u nás. Rozpis se připravoval na měsíc dopředu a schvaloval nám ho management. Někdy nastala situace, kdy jsme si potřebovali službu vyměnit, ale to bohužel nebylo možné příliš často. Na denní službu jsem nastoupila ráno v sedm, noční služba mi předala veškeré informace o pacientech. Všechny změny, které po čas služby u pacientů nastaly, jsme zapisovali do speciální karty příslušného pacienta. Staniční sestry si zkontrolovaly opiáty. Noční sestra ještě určila, o které pacienty bude která denní sestra pečovat. Službu konající sestry si šly zkontrolovat všechny pacienty společně a pak jsme každá začala pracovat u svých svěřených pacientů. Začaly jsme celkovým zhodnocením stavu pacienta, takzvaný *assessment*, změřením veškerých vitálních funkcí, pak se připravily léky. Mezitím jsme zařizovaly, co bylo právě třeba – odvézt na vyšetření, na operační sál, zařídit jídlo, prostě podle toho, co se ten den dělo.

Kolik pacientů má sestra na oddělení na starosti?
Záleží na tom, kde pracujete. Jak už jsem zmínila, na královském

Foto: archiv Mgr. Karalové

oddělení se staráme dvě sestry o jednoho pacienta, na VIP mám maximálně 3 pacienty, na jiných odděleních je to 5 až 6 pacientů. V každém případě je to méně, než jsem mívala v Praze, ale jak už jsem řekla, i přesto je občas náročné to zvládnout vzhledem k systému, který je v SA nastaven.

Má na oddělení službu lékař?
Ano, z každého týmu (například interna, chirurgie, ortopedie, oční) je alespoň jeden lékař ve službě v nemocnici, další má službu na telefonu. Máme rozepsaný seznam lékařů, koho kdy volat. Jako první se volá *junior* doktor, v případě závažnějšího problému voláme takzvaný *second level* a až pak voláme konzultantům. Když situaci vyřeší doktor na nejnižší úrovni, nikoho dalšího už nevoláme. Lékařské pokoje jsou umístěny úplně jinde, než sídlíme my, takže jim voláme na pager a oni se hned ozvou zpět.

Můžete samostatně rozhodovat o dalším postupu péče, nebo může rozhodnout pouze lékař?
Záleží na konkrétní situaci. Na spoustu úkonů jsou vypracovány standardy, tedy kroky jak postupovat. V jiných případech může sestra postup navrhnout, ale většinou rozhoduje lékař. Rozdíl je v tom, že sestra v SA pacientovi udělá základní vyšetření. Zjistí rodinnou anamnézu, připraví a zpracuje základní informace, které pak předá lékaři. Sestry připravují průvodní vyšetření, vážení, měření, ale mohou třeba i prohmatat břicho nebo udělat základní neurologické vyšetření. Samozřejmě, komplikovaný případ patří vždy do rukou specialisty neurologa. V Čechách tato primární vyšetření zpravidla dělá lékař.

Jak může lékař vyšetřovat zahalenou ženu? Musí být u toho někdo z jejího příbuzenstva?
Po dobu hospitalizace pacienta většinou bývá přítomen někdo z rodiny, je to takzvaný *sitter*, který pomáhá s péčí, dohlíží na léčbu a dělá nemocnému společnost. Zahalené pacientky se samozřejmě dle potřeby odhalí. Sestra je vždy přítomna.

Ženy se kvůli vyšetření odhalí, nebo ji lékař vyšetřuje přes abáju?
Jak kdy a dle potřeby. Zcestovalé ženy, s větším rozhledem, se většinou nestydí a svléknou se. Ono to někdy ani jinak nejde. Před některými operacemi si lékař musí namalovat na tělo pacientky, kudy povede řezy. Vždycky je u toho ale sestra. Jiným případem jsou starší ženy, beduínky, které jsou velice ortodoxní a nerady se odhalují. Pokud to tedy není nezbytně nutné, může lékař své vyšetření provézt i přes abáju.

V případě operačního výkonu je žena také zahalená?
Ne, má nemocniční kalhotky, plášť a čepici.

Jaké oblečení mají sestry pracující u lůžka? Bývají zahalené?
Sestry nosí uniformu, což představuje kalhoty a volnější halenu s delším rukávem. Šátek nosit nemusíme. Zahalují se jenom konzervativní Arabky – sestřičky i lékařky. Některá má jen zahalené vlasy, jiná nosí i burku. Zase záleží na tom, v jaké rodině dotyčná vyrůstala.

Z jakých zemí jsou zdravotníci na vašem oddělení?
Největší zastoupení mají Filipínky, pak asi Indky, dívky z Malajsie a Jižní Afriky. Také s námi pracuje pár Britek a nějaké Češky. V nemocnici pracují i Slovenky, ale ne momentálně na našem oddělení.

V nemocnici jste oblečená do uniformy. Jak chodíte oblečená venku?
Abája je v SA povinná pro všechny ženy, ale zahalování do šátku není úplně vyžadované, mám na mysli po nás, Evropankách a nemuslimkách. Záleží na tom, kde se pohybujete a jaký máte pocit. Třeba na trhu je určitě lepší šátek mít. Objevuje se tam náboženská policie neboli *mutawa*, která na zahalenost žen dohlíží. Je zbytečné provokovat. Zvykla jsem si nosit šátek stále kolem krku, abych se v případě nutnosti vždycky mohla včas zahalit. Třeba v období ramadánu nebo v době modlitby je to určitě lepší.

Jak se modlitby řeší na operačním sále? Čeká se s operací, až se pacient domodlí?
V SA je víra natolik silná, že se skutečně počká, až pacient modlitbu dokončí. Výjimkou jsou samozřejmě urgentní situace.

Odnesla jste si ze Saúdské Arábie nějaký vyloženě negativní zážitek?
Nemohu říct. Tím, že jsem tam už tak dlouho, jsem si na všechno časem zvykla a rozdílnosti s naší kulturou respektuji. Jestli kdy co bylo, tak už to zahojil čas. Samozřejmě, nepříjemné je odloučení od rodiny, ale díky moderním komunikačním technologiím, jako je třeba Skype nebo e-mail, se to dá snadno překonat.

Nestýská se vám tam? Jak často se podíváte domů?
Stýskalo se mi hlavně zpočátku. Dá se říct, že první půlrok byl nejhorší. Pak jsem se seznámila s jinými cizinci, kteří tam pracovali, vzájemně jsme se vždycky podrželi a už to bylo lepší. Dvakrát za rok máme dovolenou. Vždycky jsem jela domů, ale také jsem stihla procestovat i jiné zajímavé země.

Proč jste se vlastně rozhodla jet do Saúdské Arábie?
Mám ráda výzvy. Arabské země mě vždycky přitahovaly, lákalo mě podohalit roušku tajemství tamních tradic a poznat jinou kulturu. Je to úplně jiný svět a jsem moc ráda, že jsem tento pomyslný krok do neznáma udělala. Díky své odvaze mám zážitky a zkušenosti na celý život.

Markéta Mikšová

České sestry mají u nás dveře otevřené

Nada Massoudi žije a pracuje v Saúdské Arábii. V Security Forces Hospital (SFH) v Rijádu zastává funkci *Director of Nursing* neboli náměstkyně pro ošetřovatelskou péči. V roce 1998 byla první saúdskou sestrou, která v této nemocnici začala pracovat, a po 14 letech byla jako vůbec první saúdská žena jmenována do funkce, v níž aktuálně působí.

Foto: Leoš Chodura

Více než pětinu obyvatel Saúdskoarabského království tvoří cizinci. Co je hlavním důvodem zaměstnávání zdravotníků ze zahraničí?
Záleží na tom, o jakých profesích ve zdravotnictví mluvíme. Největší část tvoří sestry. Zatím jich nemáme dostatek z vlastních zdrojů, tak je musíme dovážet z jiných zemí. Ostatní profese ve zdravotnictví už jsme schopni pokrýt vlastními silami. Lékařské a další profese už v naší nemocnici zastávají Saúdové.

Vaši zdravotníci mají možnost získávat vzdělání v Saúdské Arábii, nebo studují v zahraničí?
Mají dvě možnosti. Vzdělání v oblasti zdravotnictví mohou získat jednak u nás, na lékařských fakultách univerzit v Saúdské Arábii. Kromě vysokých škol zde máme také vyšší odborné školy pro sestry i pro lékaře či farmaceuty. Ale na druhé straně si velice ceníme toho, když lékař po absolutoriu zdejší univerzity ještě získá postgraduální vzdělání v zahraničí. Doplní si znalosti, získá zkušenosti a navíc se mu pobytem v zahraničí otevře další úhel pohledu na medicínu a zdravotnickou problematiku. Samozřejmě magisterské, doktorské i doktorandské programy je možné studovat v Saúdské Arábii, ale snažíme se, aby si absolventi rozšířili znalosti i o poznatky, které mohou získat v jiných zemích.

V kterých například?
Oblíbenými destinacemi pro rozšíření zdravotnického vzdělání jsou pro nás státy, jako je Kanada, USA, Velká Británie, Německo, částečně také Austrálie, ale jsou to dnes i země Blízkého východu, jako například Egypt. Dá se říct, že naši mladí lékaři studují téměř po celém světě.

Studují také na lékařských fakultách v České republice?
Ano, byla jsem překvapená, když jsem začátkem listopadu v rámci česko-saúdského obchodního fóra na pražském Žofíně potkala několik saúdských studentů, kteří tady v České republice studují. Naši lidé ale nestudují u vás jen na lékařských fakultách, věnují se i jiným oborům. Potkala jsem v Praze také studenta inženýrství.

Pracují v SFH saúdští lékaři, nebo jen cizinci?
Osmdesát procent lékařů jsou Saúdové.

A co ženy v pozici lékařů? Jsou ve vaší nemocnici také lékařky?
Ano, ale na pozicích lékařů konzultantů máme jen Saúdky. Pracují v oborech, jako jsou plastická chirurgie, chirurgie, neurochirurgie, dermatologie či gynekologie. I když dnes už je u nás obecně přijatelný i mužský gynekolog.

Pracujete jako ředitelka ošetřovatelství, což je obdoba našich náměstků pro ošetřovatelskou péči...
Ano, jsem zodpovědná za ošetřovatelskou péči na všech odděleních naší nemocnice.

Kolik má SFH celkem zaměstnanců a kolik lidí řídíte?
Celkem zde pracuje 3200 lidí a já mám na starosti 1200 sester.

Převažují ve zdravotnických pozicích cizinci?
Mluvíme-li o lékařích, jak jsem již řekla, 80 procent jsou Saúdové. Za zahraničních tu máme hodně Indy. Také máme poměrně dost fyzioterapeutů z České republiky. V ošetřovatelských pozicích zde působí celkem 28 národností.

Jaká je vaše hlavní zodpovědnost?
Zodpovídám za všechno, co se týká sester a ošetřovatelství, tedy i za veškerou administrativu přes příjem nových sester, jejich umisťování na jednotlivé pozice a oddělení, za nastavování ošetřovatelských procesů a jejich dodržování, vytváření a řízení struktur a samozřejmě také plánování s ohledem na vývoj do budoucna. Jsem členem Rady nemocnice neboli strategického managementu, takže pochopitelně zde mám své slovo.

Jaké máte vzdělání a délku praxe?
Absolvovala jsem bakalářské studium ošetřovatelství na Univerzitě King Saud v Rijádu v roce

1998. Nějakou dobu jsem pracovala jako sestra u lůžka, potom jsem se postupně stala *charge nurse* (staniční sestra) a pak vrchní sestrou. Dále jsem vystudovala obor řízení lidských zdrojů v ošetřovatelství v rámci King Faisal Specialist Hospital a poté jsem zde pracovala jako manažer pro kontrolu infekcí a nozokomiálních nákaz. V roce 2005 jsem vycestovala do USA, abych tam získala Osvědčení ke kontrole infekčních nemocí. V roce 2009 jsem odjela do Austrálie, kde jsem absolvovala magisterské studium v oblasti infekčních chorob. A v současné době si dodělávám doktorát Ph.D. z managementu v ošetřovatelství na univerzitě v San Francisku.

Lékařské povolání má ve vaší zemi velkou prestiž. Platí to i pro lékaře ze zahraničí?
Zahraniční lékaři někdy mají dokonce vyšší prestiž než tuzemští, záleží na tom, odkud jsou. Lékaři z Kanady a ze Spojených států amerických jsou u nás ceněni ještě více než Saúdové.

Jak se díváte na zaměstnance z České republiky. Jste spokojena s prací našich sester?
Chtěla bych říct, že především jsou to naši pacienti, kteří tolik oceňují české sestry. A právě to je ten hlavní důvod, proč v naší nemocnici české sestry zaměstnáváme a proč je o ně takový zájem. Pacienti si jejich přístup k nemocným velice pochvalují. České sestry jsou k nim milé a příjemné, dobře se o ně starají. Moc si toho vážíme.

Obstojí české sestry ve srovnání se sestrami třeba z USA či z Británie?
Co se týká vzdělání, pracovních dovedností a zkušeností, v porovnání se sestrami z Evropy české sestry určitě patří mezi špičku. Hlavním důvodem, proč v naší nemocnici není více sester z Česka, je jejich nedostatečná znalost angličtiny. Hodnotíme-li osobnost českých sester, nemůžeme si stěžovat. Jsou velmi milé, příjemné, empatické... Ale nejsou tolik zvyklé pracovat v manažerských pozicích, což je škoda, protože bych je ráda viděla i na těchto náročných postech. Češky by měly být káznější a sebevědomější, měly by získat více zkušeností právě v oblasti managementu, což jim z mého pohledu teď trochu chybí.

Co pro to mohou udělat?
České sestry, které chtějí v Saúdské Arábii pracovat i na vyšších pozicích, by se měly více zaměřit na studium managementu a vedení lidí. Potřebují také získat více zkušeností v naší zemi, protože tady jsou součástí mezinárodního týmu. Jako manažerky by měly být silnější, přísnější, u vás nejste příliš zvyklí pracovat s jinými národnostmi, takže je pak někdy složitější se v tomto prostředí začít bez problémů pohybovat. V naší nemocnici se v pracovním procesu prolínají různé rasy a odlišné kultury. Pro sestry, které k nám přišly ze západní Evropy nebo z USA, toto nebývá problém, protože v těchto zemích žije mnoho národů, jež jsou různě promíchané. Jsou tedy na mezinárodní týmy zvyklé, jsou zvyklé multikulturně jednat a uvažovat. Saúdská Arábie dává českým sestrám příležitost zvýšit si sebevědomí a naučit se řídit mezinárodní tým. Prostě naučit se vycházet s lidmi, kteří mají v hlavě jiný „software“, jiné nastavení. A není to jen jiným kulturním zázemím. Je to tím, že české sestry jsou zvyklé v práci být jenom mezi sebou, mezi Češkami, mezi svými se stejným „softwarem“ v hlavě. Češi jsou velice příjemní, hodní a jemní lidé a problém je právě v tom, že některé národnosti s touto povahou a přístupem prostě nemůžete uřídit. Chce to více razance.

Líbí se vám v České republice?
Líbí se mi především Praha, má krásnou historii, která na vás dýchne na každém kroku. V létě i v zimě je tu příjemná atmosféra, která dává prostor pro výbornou relaxaci. A jsou tady také velmi milí lidé.

Měla jste příležitost navštívit nějakou českou nemocnici?
Navštívila jsem Fakultní nemocnici Motol v Praze a pak jsem byla v lázních Karlovy Vary, ale to nebylo pracovně, užila jsem si tam *wellness* pobyt.

Je něco, co vás v motolské nemocnici opravdu překvapilo?
Motolská nemocnice je obrovská, však je největší ve střední Evropě. Velice příjemně mě překvapila organizovanost procesů, všechno hladce funguje. Líbilo se mi především klidné prostředí, ne jako u nás, kde pacienti a jejich rodina jsou všude. V této nemocnici panuje klid, což samozřejmě není tím, že by nemocnice měla málo pacientů, ale protože je všechno dobře zorganizované.

Markéta Mikšová

Sociální poradna

V příštím roce bych měla jít do starobního důchodu. Po škole jsem necelých 5 let pracovala na chirurgickém oddělení. Postupně jsem pak byla doma se dvěma dětmi. Po druhé mateřské jsem se vrátila do nemocnice. Někdy v letech 1995–96 jsem byla asi 3 měsíce bez práce, avšak zaevidovaná na úřadu práce. Důvodem bylo, že jsem nemohla najít žádnou práci dostupnou mému bydlišti, proto jsem pracovala jako pečovatelka u jedné starší paní kousek od Vídně. Ráda bych věděla, zda se mi tato doba započítává do důchodu. V tuto chvíli si ale nejsem úplně jistá, zda skutečně do důchodu odejdu. Pracuji teď u soukromého lékaře, kde jsem zatím spokojená. Závěrem bych se chtěla ještě zeptat. Moje dcera dostala nabídku na práci v zahraničí na dobu 3–5 let. Podle mého názoru by se měla nějak připojistit, aby se jí práce mimo republiku započítala do důchodu. **Jitka Ch.**

Na odchod do starobního důchodu má vliv několik zásadních faktorů, k nimž patří počet odpracovaných let (resp. doba účasti na důchodovém pojištění) a tzv. důchodový věk, na který má vliv počet vychovaných dětí. Krátce popisujete svoji pracovní historii, ze které zcela nevyplývá, zda jste i v době výkonu práce byla účastna důchodového pojištění. Doporučuji vám obrátit se na kontaktní pracoviště Okresní správy sociální zabezpečení (OSSZ), kde se informujete na započtené pojistné doby, a tím si i zkontrolujete, zda za vás bylo řádně odváděno pojistné. Přehled dosavadní doby důchodového pojištění lze získat i písemně na základě vaší žádosti. V případně nesouhlasu můžete činit kroky k nápravě – předložením náhradních dokladů –, pokud zjistíte, že vám některé doby pojištění chybí (např. doložením pracovní smlouvy, předložením tzv. výplatnice, svědeckým prohlášením jiné zaměstnance apod.).

Pilíře důchodového systému

Donedávna bylo možné rozložení do 3 pilířů důchodového systému. Důchodová reforma byla vystavěna ve 3 pilířích – tzv. průběžném důchodovém systému, důchodovém spoření a doplňkovém penzijním spoření.

- **Základní důchodové pojištění** (I. pilíř), tzv. průběžný důchodový systém, odkud se poskytují starobní (včetně tzv. předčasného starobního důchodu), invalidní, vdovský a vdovecký, sirotčí důchody. Jde o dosavadní „povinný systém“.
- **Důchodové spoření** (II. pilíř), byl zaveden v lednu 2013 a nyní se vyjednává jeho ukončení.
- A **doplňkové penzijní připojištění** (III. pilíř) známé také pod pojmem penzijní spoření či připojištění, které vzniklo v roce 1994.

V současné době pracuje Komise pro důchodovou reformu na úpravě pravidel a kritérií celého důchodového systému. Mimo jiné jde právě o ukončení II. pilíře a nastavení pravidel pro III. pilíř. Ale tématem je i tzv. důchodový věk a valorizace důchodů.

Dobrovolné důchodové pojištění

Mnoho lidí neví, že do I. pilíře důchodového pojištění mohou přispívat i dobrovolně. Na základě podání přihlášky k účasti na **dobrovolném důchodovém pojištění**. Zjednodušeně řečeno jsou to pak roky, které se jim tzv. započítávají do důchodu. Dobrovolné důchodové pojištění je vhodné právě v případech práce v zahraničí, kde Česká republika nemá uzavřenou smlouvu o sociálním zabezpečení. Od letošního roku lze využít této možnosti dobrovolného důchodového pojištění v rozsahu nejvýše 15 let po dobu života (doposud to bylo jen 10 let). Pro rok 2014 se minimální částka pro dobrovolné důchodové pojištění pohybuje řádově do 2000 Kč. Dobrovolné důchodové pojištění je vhodné také v situacích, kdy občan pobírá invalidní důchod I. či II. stupně (ty se nepočítají do náhradní doby pro účely výpočtu starobního důchodu) a nevykonává výdělečnou činnost s účastí na důchodovém pojištění, příp. není v evidenci uchazečů o zaměstnání, pro ženy v domácnosti, které se starají o dítě starší 4 let věku, pro studenty na stážích, kteří odkládají vstup na trh práce. Lze ho využít i v případech osob dlouhodobě evidovaných na Úřadu práce, protože není pravdou, že celá doba evidence se započítává do důchodu. Jde pouze o dobu, kdy je vyplácena podpora v nezaměstnanosti nebo při rekvalifikaci.

Výše důchodu

Jen pro zajímavost, průměrná výše starobního důchodu k září 2014 činila 11 081 Kč. Jedná se o výši důchodu vypláceného samostatně, bez současně vypláceného pozůstalostního důchodu *(zdroj: MPSV)*.
V šetřeních a výzkumech vyplývá, že Češi si na dobu důchodu snaží šetřit. Pochopitelně existují rozdíly v přístupu. Jistou roli hraje věk respondentů, dosažené vzdělání a bezpochyby příjmy, ze kterých lze spořit. Nicméně není vždy pravidlem, že nižší příjem znamená vždy adekvátně nižší položku pro úspory na důchod. Lidé si už čím dál více uvědomují potřebu zajistit se na stáří. Vědí, že nelze spoléhat jen na jeden příjem.

V případě, že pracujete v době pobírání starobního důchodu, tak si po odpracování 360 kalendářních dní můžete požádat o **přepočet starobního důchodu**. Tady se také často setkáváme s tím, že se lidé domnívají, že „k přepočtu a navýšení“ starobního důchodu dochází automaticky, ale není tomu tak. Problematika vyplácení důchodů je pochopitelně mnohem složitější, než jsem se ji zde snažila alespoň schematicky naznačit. V případě konkrétních dotazů či nejasností vám vřele doporučuji obrátit se na pracoviště Okresní správy sociálního zabezpečení (OSSZ).
V závěru bych si ještě dovolila odkázat na publikaci vydanou Českou správou sociálního zabezpečení „Příručka budoucího důchodce v roce 2014“, která je veřejně dostupná pod odkazem: *http://www.cssz.cz/NR/rdonlyres/C68C5F9F-D3BD-4D57-A0F9-DF7FBBD3E803/0/P_BD_2014.pdf*, kde naleznete řadu základních informací i modelových příkladů.

Bc. Jana Bednářová, sociální pracovnice

Legislativní rámec

- Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, ve znění pozdějších předpisů
- Zákon č. 427/2011 Sb., o doplňkovém penzijním spoření, ve znění pozdějších předpisů

Odkazy na organizace

- Česká správa sociální zabezpečení – *www.cssz.cz*
- Kontakty na OSSZ - *www.cssz.cz/cz/kontakty*
- Ministerstvo práce a sociálních věcí ČR – *www.mpsv.cz*

Zpráva z podzimních onkologických konferencí

Česká asociace sester (ČAS) se začátkem podzimu zúčastnila dvou významných mezinárodních onkologických konferencí. 18. mezinárodní konferenci onkologického ošetřovatelství (ICCN) hostila panamská metropole Panama City, 9. kongres Evropské onkologické společnosti sester (EONS) proběhl v tureckém Instanbulu.

Mezinárodní konference onkologického ošetřovatelství

Konferenci onkologického ošetřovatelství pořádá Mezinárodní společnost sester v onkologické péči (ISNCC). Letošním tématem bylo „Posilování leadershipu, jednoty a soucitu v onkologické péči“. Sešlo se téměř 400 delegátů ze 40 zemí světa.

Během čtyř dnů byla v rámci 152 přednášek a 153 vystavených posterů prezentována témata, jako jsou nádorová onemocnění u všech věkových kategorií, kulturní diverzifikace, symptomatická léčba, kvalita života, paliativní péče, ale také problematika rozvoje leadershipu, vzdělávání, ošetřovatelského výzkumu a péče založené na důkazech.

Publikum zaujalo například sdělení na téma „Alopecie způsobená chemoterapií má obrovský dopad – pojďme jí zabránit“. Firma Paxman (Velká Británie) vyvinula speciální ochlazovací kryt – čepici, která se pečlivě nasazuje na celou oblast hlavy 30 minut před začátkem terapie a zůstává na hlavě během celé infuze a 90 minut po skončení terapie. Aplikací studeného vzduchu se pokožka hlavy ochlazuje přibližně na 15–18 °C, nastává vazokonstrikce, při které dochází ke sníženému prokrvení vlasových váčků během nejvyšších koncentrací chemoterapeutických léků v plasmě. Tím se snižuje biochemická aktivita, jež zabraňuje nežádoucím dopadům léčby na buňky vlasových váčků. Ze studií vyplývá, že typ a dávka chemoterapie není signifikantní, ale čím delší infuzní doba, tím lepší jsou výsledky v prevenci ztráty vlasů při ochlazování vlasové části hlavy. Britská studie ukázala 89% úspěšnost u pacientů s nádorem prsu, kdy pouze 11 % nemocných zaznamenalo významnou ztrátu vlasů vyžadující paruku. Observační studie provedená v Holandsku zaznamenala 48% úspěšnost u celkového počtu 1411 pacientů s různým onkologickým onemocněním. Přístroj se v současné době používá ve 32 zemích světa (u nás zatím ne), nejvíce v Holandsku, kde s ním pracuje asi 80 % onkologických pracovišť.

Národní onkologický institut (NCI) a ISNCC nabídly zajímavý workshop na téma „Podpora onkologické ošetřovatelské komunity v zemích s nízkými a středními příjmy prostřednictvím vzdělávání: vytváření výzvy k činům“. Pracovní skupina vyvinula návrh s doporučením pro 1) ministerstva zdravotnictví, 2) ministerstva školství a školy vzdělávající zdravotnický personál, 3) pro organizace zabývající se vývojem onkologického kurikula a vzdělávacích programů a 4) pro sesterské profesní organizace. Workshop, jehož cílem bylo získat kriticky objektivní zpětnou vazbu a názory přítomných účastníků, zaujal především svým konceptem, který zahrnoval 20minutové úvodní představení návrhu všech doporučení s následnou individuální diskusí u kulatých stolů (8 náhodně seskupených delegátů z různých zemí). Diskusi zakončila prezentace komentářů k tématu.

Ilustrační foto: Shutterstock

9. kongres Evropské onkologické společnosti sester

Dvoudenní konference se zúčastnilo na 400 delegátů. Z řady zajímavých prezentací lze uvést například téma reintegrace a rehabilitace po onkologické léčbě, vzrůstající komplexnost péče v ambulantní sféře, složitost péče u vzácných nádorů, životní styl po léčbě z dlouhodobé perspektivy či komplementární a alternativní terapie. Z workshopů zaujala především témata: zahrnutí zátěže zdravotnického personálu do preventivního monitorování, zvládání následků vlivu onkologické léčby na pohlavní život nebo jak postupovat na evropské úrovni při prosazování uznání onkologické profese jako specializace.

EONS vůbec poprvé uvedla přednáškový blok nazvaný „Nový onkologický výzkum“. Jednalo se o dvě vybrané práce sester-novicek v onkologickém výzkumu. Jde o novou kategorii ocenění s cílem podpořit začínající výzkumníky v ošetřovatelství. V tomto prvním ročníku bylo přihlášeno 40 prací. První prezentovaná práce pocházela z Holandska a zabývala se poradenstvím v problematice zachování plodnosti žen s nádorem prsu. Druhá práce od tureckých autorů se zabývala tématem syndromu vyhoření u onkologických sester v Turecku.

Katarina Lokarová ze Slovinska referovala o úspěšném prosazení onkologického ošetřovatelství jako samostatné specializace v rámci Slovinského národního onkologického program. Přítomní ocenili, že tato náročná práce, která zahrnovala i nutnost legislativních úprav, zabrala multidisciplinárnímu týmu pouhých 14 měsíců. Zde máme nejen vzor, ale jistě i mentory.

Další zajímavou prezentací bylo téma o průkazné efektivnosti a přínosu samostatné práce klinické sestry-specialistky (sestra s pokročilou pravomocí) na Urologické klinice King's College (NHS Foundation Trust) v Londýně (pracují zde pouze sestry). Urologická sestra-specialista (v tomto případě šlo o muže) zde vyšetřuje (případně včetně biopsie) pacienty, podle potřeby indikuje další diagnostické vyšetření a dle nálezu navrhuje léčbu. V nutných případech, například z důvodu podezření na onkologické onemocnění, pacienty referuje dále. Na zmíněné klinice pacienty vyšetří většinou týž den, ale nejdéle do 5 pracovních dnů od doporučení (celkové snížení doby čekání o 63 %). Může tak dojít k úspoře 30 liber na pacienta, protože vyšetření neprovádí lékař, ale klinická sestra-specialistka.

Obě dvě konference byly dobrou příležitostí k networkingu, navazování nových pracovních kontaktů i upevnění dlouhodobých osobních a profesních přátelství.

Mgr. Iveta Nohavová,
onkologická sekce České asociace sester

KOMERČNÍ PREZENTACE

Ceny pro mladé české **vědce a inovátory**

Discovery znamená objevovat a věda je cesta k objevování léčby onemocnění.

Prestižní cena Discovery Award, podporovaná společností Novartis, každoročně upozorňuje na skutečnost, že inovativní postupy jsou jednou z cest, kterou se vyplatí jít – dokážou totiž mnohdy vrátit zdraví nebo alespoň podstatně zvýšit kvalitu života pacientů. Obzvláště v dnešním světě, kde mezi lidmi v produktivním věku přibývá výskytu zákeřných nemocí, jsou inovace nadějí, že se nemocné podaří vrátit do pracovního procesu.

Cena Discovery Award byla založena v roce 2011 mezinárodní farmaceutickou společností Novartis a o jejím udělení rozhoduje tým odborníků. Mezi hlavní kritéria patří originalita, aplikovatelnost, společenský přínos a ekonomický dopad.

Ocenění byla udělena v těchto oblastech:

Základní výzkum v oblasti biomedicíny v roce 2014

Oceněni byli:

- **Ing. Matyáš Flemr, Ph.D.,** z Ústavu molekulární genetiky AV ČR za publikaci ojedinělého výsledku práce postgraduálního studenta dosaženého na českém pracovišti v prestižním zahraničním časopise. Publikace vysvětluje molekulární mechanismus vzniku vysoce aktivní RNA interference (RNAi) v myším vajíčku.
- **MUDr. Mgr. Marek Mráz, Ph.D.,** z CEITEC MU a FN Brno, který se zabývá studiem chronické lymfatické leukemie, což je nejčastější leukemie dospělé populace v Evropě. Porota ocenila výzkum, který poprvé objasnil význam nekódujících RNA v (de)regulaci molekulární dráhy, která v nádorových buňkách řídí jejich množení a přežití, tzv. signalizace přes B buněčný receptor (BCR).

Inovativní klinické, diagnostické a preventivní přístupy v roce 2014

Ocenění získal:

- **MUDr. Luděk Stehlík** z Pneumologické kliniky 1. LF UK a Thomayerovy nemocnice Praha, za biodegradabilní stenty v řešení stenóz velkých dýchacích cest.

Zleva: MUDr. Petr Svoboda (převzal cenu místo Ing. Flemra), Mgr. Kateřina Černá (místo MUDr. Mráze) a MUDr. Luděk Stehlík | Foto: archiv

(red)

Domácí prostředí po transplantaci krvetvorných buněk

Pacienti po autologní transplantaci krvetvorných buněk zůstávají po celou dobu potransplantačního období hospitalizováni v nemocnici. Několik vybraných pacientů jsme na pár dní po transplantaci pustili domů a sledovali nejen jejich reakce, ale i případné komplikace.

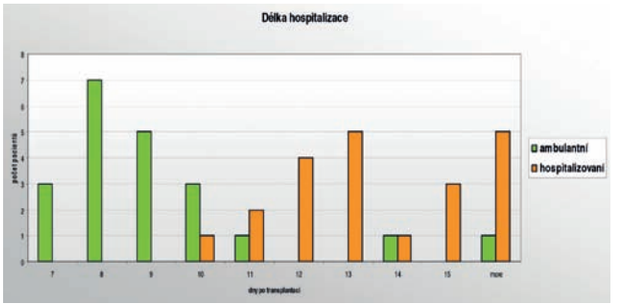
Na Interní hematologické a onkologické klinice LF MU a FN Brno se ročně provádí více než sto autologních transplantací krvetvorných buněk, a to převážně u pacientů s mnohočetným myelomem, Hodgkinovým a non-Hodgkinovým lymfomem. Pacienti s těmito diagnózami podstupují několik cyklů chemoterapie a v některých případech jejich léčba vyžaduje nutnost podání vysokodávkované chemoterapie a periferních krvetvorných buněk – autologní transplantaci.

Pacienti, kteří dospějí k potřebě autologní transplantace, dostanou v průběhu léčby různé chemoterapie, jedna z nich se nazývá mobilizační. Po jejím podání dojde ke krátkodobému dřeňovému útlumu, po němž následuje obnova krvetvorby podpořená podáním růstových faktorů. V období bouřlivé obnovy krvetvorby provádíme sběr periferních kmenových buněk v separačním středisku. Sběr na separačním přístroji probíhá obvykle 1–3 dny a trvá 5 hodin. Po sběru se odebraná buněčná suspenze odešle do tkáňové banky, kde se zpracuje a zamrazí pomocí tekutého dusíku při -196 °C pro případné další využití.

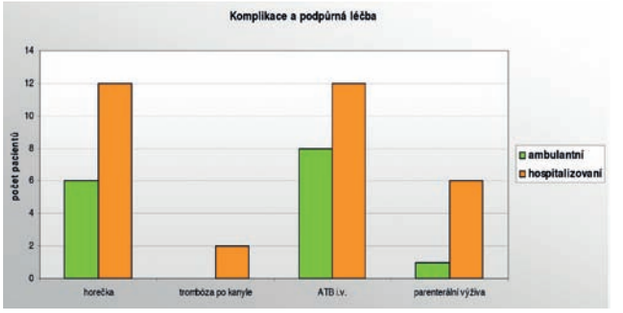
Transplantace

Po několika týdnech dochází k podání vysokodávkované chemoterapie. Tato chemoterapie má za úkol zničit nádorové bujení v těle pacienta. Kromě nádorového onemocnění zničí i některé zárodečné buňky v těle nemocného a také krvetvorbu.

Z důvodu možnosti dlouhodobého dřeňového útlumu, který by mohl vést k fatálním následkům, se pacientům po absolvování vysokodávkované chemoterapie podávají jejich vlastní periferní krvetvorné buňky. Tyto buňky způsobí rychlejší obnovení krvetvorby. Nemají tedy za cíl vyléčit pacienta, ale podpořit jeho léčbu a rekonvalescenci.



Graf 1



Graf 2

Pacienti po autologní separaci periferních kmenových buněk jsou po dobu 14 dní ubytováni na „ostrovech života" v izolačním režimu.

Co se děje v těle pacienta

Po podání vysokodávkované chemoterapie a následné aplikaci periferních krvetvorných buněk dochází pozvolna ode dne 0 (den transplantace) do dne přibližně +5 k poklesu krvetvorby. Z toho plyne, že obranyschopnost těchto pacientů je ještě pár dní po transplantaci zachována. Po dni +5 dojde k výraznému poklesu leukocytů, granulocytů a trombocytů až k nulovým hodnotám a vlivem přihojení krvetvorných buněk v těle pacienta nastává přibližně ode dne +11 vzestup těchto krevních řad.

Domácí vs. nemocniční prostředí

Na našem pracovišti jsme porovnali 21 pacientů s diagnózou mnohočetný myelom, které jsme propustili po transplantaci na 4–5 dní do domácího prostředí, s pacienty se stejnou diagnózou, kteří zůstali po celou dobu potransplantačního období v nemocnici.

- **Propuštění pacienti**

Tito pacienti vnímali možnost jít domů velmi pozitivně, a to převážně proto, že jim potransplantační období rychleji ubíhá a v domácím prostředí se cítí lépe. Z 21 propuštěných pacientů pouze 4 měli doma zdravotní problémy (nevolnost, průjem). Ani jeden z těchto pacientů neměl žádné komplikace ze zavedeného centrálního žilního katétru, jelikož jim byl hned po transplantaci extrahován a již nebyl znovu zaváděn.

- **Hospitalizovaní pacienti**

Na dotaz, zda by ti, kteří neměli možnost jít na pár dní domů, o tuto možnost stáli, reagovali převážně kladně. Pouze 4 pacienti by domů nechtěli (báli by se infekce nebo to mají domů daleko). U jednoho pacienta jsme se názor nedozvěděli. Tito pacienti měli po celou dobu zavedený centrální žilní katétr. Dva pacienti z 21 porovnávaných měli komplikaci v podobě hluboké žilní trombózy a jeden pacient měl hnisavou infekci v okolí vstupu katétru.

U obou skupin pacientů jsme srovnali délku hospitalizace, která má vliv nejen na psychiku pacienta, ale i na finanční stránku. Počet dní hospitalizace po transplantaci se u pacientů propuštěných domů podstatně snížil *(viz graf 1)*.

Zajímavostí pro nás byla komplikace v podobě febrilií, dále pak potřeba umělé výživy a intravenózně podávaných antibiotik. První skupina propuštěných pacientů má ve všech případech lepší výsledky *(viz graf 2)*.

Závěr

Srovnání bylo pro nás samotné překvapením. Pacienti byli vybráni náhodně, měli stejnou diagnózu, přibližně stejný počet transplantací a dávky vysokodávkované chemoterapie.

Tato problematika je velmi individuální, nelze bez rozmyslu posílat všechny pacienty po transplantaci domů (strach, špatné sociální zázemí atd.), avšak po pečlivém uvážení je to možnost pro zkvalitnění života v potransplantačním období, snížení komplikací a délky hospitalizace, a tím následně snížení finanční náročnosti této léčby.

Mgr. Helena Švábová,
Interní hematologická a onkologická klinika
LF MU a FN Brno,
whel@seznam.cz

Informovanost zájemců o vstup do registru dárců kostní dřeně

V České republice každoročně onemocní stovky lidí těžkými útlumy krvetvorby, leukemií, zhoubnými nádory a jinými závažnými chorobami, které se dají vyléčit právě transplantací kostní dřeně. Stačí relativně málo, abychom mohli těmto lidem pomoci – zapsat se do Českého národního registru dárců dřeně (ČNRDD).

Zápisem do registru dáváme naději lidem na úplné uzdravení a návrat do plnohodnotného života.

Cílem naší práce bylo zjistit informovanost potenciálních dárců kostní dřeně o ČNRDD, nejčastější důvody pro vstup do registru a dále úroveň znalostí respondentů v oblasti dárcovství kostní dřeně. Pro práci jsme použily kvantitativní sběr dat, pomocí dotazníkového šetření. Anonymní dotazník obsahoval 23 otázek a byl určen pro zájemce o vstup do registru na transfuzní stanici Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně. Průzkumné šetření probíhalo od 14. února do 11. dubna 2014 a zúčastnilo se ho celkem 90 respondentů.

Výsledky průzkumu

Nejvíce respondentů bylo ve věku 18–35 let (73 %), častěji se do registru zapisují muži (59 %). Mezi nejčastější důvody pro vstup do registru byly uvedeny: snaha někomu pomoci (51 %), vstup z vlastního přesvědčení (33 %) a nemocný člověk v rodině (16 %). Nejčastěji se respondenti dozvěděli o dárcovství kostní dřeně z internetu (57 %), dále pak z TV a tisku (56 %), 48 % dotázaných informoval personál transfuzní stanice. Mezi méně časté odpovědi patřily např. informace od rodiny, získání informací ve škole nebo z letáků a brožur. Pouze 54 % respondentů vědělo, že odběr kostní dřeně se může provádět z lopaty kosti kyčelní. Z průzkumu dále vyplynulo, že pouze 27 % respondentů zná některé z 39 náběrových center v České republice. V nejbližším okolí je to Zlín, Vsetín, Uherské Hradiště a Kroměříž. Na otázku, co by mohlo zvýšit počet přihlášených v registrech dárců kostní dřeně, nejvíce respondentů uvedlo, že tento počet by ovlivnila větší propagace této problematiky v médiích, dále pak vzdělávací programy v rámci zaměstnání a škol, ale podle dotazovaných by pomohla i finanční odměna za dárcovství. Na otázku, zda jsou podle respondentů jejich vědomosti o dárcovství kostní dřeně dostatečné, 39 % respondentů odpovědělo, že jsou jejich vědomosti spíše nedostatečné.

Ke dni 31. 10. 2014 bylo v Českém registru dárců kostní dřeně zaregistrováno 50 526 dobrovolných dárců kostní dřeně, i přesto se vhodný dárce nemusí najít. V našem průzkumu jsme zjistily, že veřejnost není dostatečně informována o této problematice.

MUDr. Jana Pelková, Michaela Ostravská,
Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně,
michaela.ostravska@seznam.cz

Švýcarsko: Nechceme levnější kolegy

Ve Švýcarsku se zájemcům o studium oboru sestra/ošetřovatel (Pflegefachfrau/Pflegefachmann) doporučuje absolvovat ještě před podáním přihlášky praktikum ve zdravotnictví, aby každý lépe věděl, do čeho jde.

Ilustrační foto: Shutterstock

„Uvědomte si, že někdy budete muset pacientovi v jeho zájmu dělat i nepříjemné věci, například aplikovat injekci – snesete to?“ Tak a podobně informují veřejnost jednotlivé školy, zvou mládež na dny otevřených dveří a rovněž doporučují, aby se zájemce o studium předem dobře vyptal na finanční podmínky. Nechybí ani upozornění na to, že pokud student zklame – upustí od vzdělání, rozváže smlouvu se školicí institucí –, může ho postihnout povinnost náhrady škody (a není korektní připravit jiné zájemce o šanci na vzdělání a pak si studia nevážit, dodávají školy).

Zájemce musí být nejen tělesně a duševně zdatný, ale zkoumají se i jeho povahové rysy – zda bude dostatečně vnímat pocity druhého člověka, mít úctu k nemocnému. Švýcarsko si vůbec potrpí na pojem „mravnost“ (jedinec hodlající pracovat ve zdravotnictví musí mít celkově dobrou pověst, nestačí čistý trestní rejstřík).

Nedotknutelné soukromí pacienta

Během tříletého studia (5 400 hodin) se žáci seznámí důkladně nejen se všemi zdravotnickými součástmi své budoucí profese (význam se přikládá mj. nácviku život zachraňujících úkonů), ale také s psychologií, sociologií, pedagogikou, právem a ekonomikou. Zdůrazňují se rovněž znalosti z oblasti hájení soukromé sféry pacientů, jejich právo na maximální ohled vůči jejich celkovému založení, včetně náboženského přesvědčení. Pokud jde o medicínskou část výuky, školenci se ve vysoké míře učí „samostatnosti“ či „vysokému stupni kvalifikace a odpovědnosti“, ať už jde o plánování, organizaci a poskytování péče, kontrolu nebo o „strategii kvality“. Budoucí sestry se v rámci praktického školení ve vysoké míře seznamují mj. s prostředím hospiců a ošetřovatelsko-pečovatelských zařízení, aby se ukázalo, jak zvládnou utrpení a smrt. Nikdo neskrývá, že jde o mimořádnou zátěž pro personál, a inzeráty, v nichž tato pracoviště stále hledají nové pracovní síly, prozrazují, že ne každý vydrží v těchto službách delší dobu.

Studium není zdarma. Například v Lucernu (existují kantonální rozdíly) vyjdou 3 roky vzdělávání na 6 tisíc franků. Platí se vždy předem před zahájením semestru (po tisíci CHF). Výdaje za knihy jsou odhadovány na 600 CHF, závěrečná zkouška představuje poplatek 250 CHF, další poplatek 80 CHF je za registraci diplomu. Nicméně „zaměstnavatel“, pro něhož student v rámci praktického školení pracuje, za tuto práci platí cca 13 tisíc CHF za rok. Podobně je tomu v ostatních kantonech, i když částky se liší v závislosti na „drahosti“ příslušné lokality.

Pomoc státu

Kantony se ale zpravidla snaží chránit vlastní občany. Například Curych se zaručil, že od osob žijících zde alespoň 2 roky nebudou vybírány žádné peníze na studium. Pro poplatky vybírané od studentů z jiných lokalit byla vypracována pravidla. Někdy spolu část kantonů uzavře dohodu tak, aby ani při „přeshraničním“ vzdělávání nebyli žáci nadměrně finančně zatíženi. Pokud by stát nezajistil tuto pomoc, celkové náklady na získání vzdělání pro vstup do profese sestry se mohou vyšplhat na 40 tisíc franků. Švýcarský stát tuto oblast subvencuje tak, že poskytuje kantonům příspěvky. Existuje také speciální fond na podporu podniků či pracovišť, jež mohou za určitých podmínek usilovat o přiznání dotace.

Sestra může být lékařem

Část středně zdravotnických pracovníků se dále vzdělává, prohlubuje si specializaci pro jednotlivé obory. Celoživotní vzdělávání je samozřejmou nutností. Vytrvalým nadaným jedincům instituce nabízejí kariérní postup přes vysokoškolská studia: sestra může získat prestižní uplatnění v organizaci zdravotnictví (např. ve státní správě), ve vědě a výzkumu, ve vedoucích pozicích v nemocnicích, ale může se rozhodnout i pro studium lékařství.

Profesní zastoupení

Švýcarská asociace sester (resp. profesní svaz) sdružuje absolventy tříletého a dalšího vzdělání i jedince, kteří mají za sebou alespoň tříletou pracovní činnost v nemocnicích a složili zkoušku z oboru. Za tuto organizaci mluví na veřejnosti často i právníci, které si sestry najaly, aby pregnantně formulovali jejich poznatky a požadavky. Organizace vytrvale usiluje o zkvalitnění péče o pacienty, včetně zlepšování přípravy na profesi a posilování prestiže sester. Transparentně před veřejností rozkrývá náklady na ošetřovatelskou péči. Při komunikaci s politiky a úředníky předkládá mj. výzkumné studie, které například prokazují, že pokud stát neuváženě šetří na zdravotnickém personálu, vede to k četnějším pooperačním komplikacím, úrazům a větším problémům s bolestí pacientů. Jedna z takto zveřejněných studií porovnala situaci ve 28 nemocnicích a ukázala velké rozdíly v počtu personálu. Asociace v této oblasti spolupracuje s vědeckým institutem pro ošetřovatelství.

„Krácení peněz na zdravotnictví nepřináší faktické úspory a rozhodně nesnižuje počet stížností pacientů,“ uvádí asociace. Stejně tak se sestry brání záměrům politiků, podle nichž by ve zdravotnických či zdravotně sociálních zařízeních dražší kvalifikovanou sílu zčásti nahradili levnější, ale méně erudovaní pracovníci. „Nechceme snižovat kvalitu péče,“ trvá na svém asociace. Dále se tato organizace věnuje (kromě masivní záplavy školicích akcí) také tématu optimálního sestavování pracovních týmů na jednotlivých pracovištích s rovnovážným vyvažováním kompetencí jejich členů.

Ani profesi sestry se nevyhýbají soudní spory. Ke kuriozitám patří případ, kdy sestra podala po úmrtí svého bratra trestní oznámení na chiruržku, která údajně nedodržela vyjádřené přání nemocného.

Finanční ohodnocení

Plat švýcarských sester se odvíjí v závislosti na jejich vzdělání, délce praxe, typu pracoviště a lokalitě výkonu profese a rovněž na délce pracovního úvazku (výjimkou nejsou zkrácené úvazky) v průměru mezi tisícem až 2400 eur čistého. Další zdroje, vč. německých, uvádějí průměrný roční hrubý plat 75 tisíc CHF (*www.lohnanalyse.de*). Při plném úvazku – od 30 hodin týdně – může roční hrubý příjem činit 76 700 CHF, při částečném úvazku (do 9 hodin týdně) by roční průměrný hrubý plat představoval jen 13 tisíc CHF. Za předpokladu, že se jedná o sestru ve věku 36 let, po 12 letech praxe. Pracovní úvazek se vypočítává ze 40,3 dnů.

Další poznatky lze čerpat například na *www.usz.ch* (curyšská univerzitní nemocnice, Centrum pro vzdělávání ve zdravotnictví), *www.swissinfo.ch* nebo *www.sbfi.admin.ch* (profesní vzdělávání a jeho reforma), dále *www.hfgz.ch* (Lucern).

Vladimíra Bošková

V USA je vzdělání drahé

Rozbor 200 školicích programů pro (budoucí) sestry potvrdil, že příprava na povolání je v USA pro zájemce finančně náročná. Platí se i za *on-line* programy.

Například zdroj *www.midlevelu.com* uvádí, že dosáhnutí na sesterskou profesi stojí 18 tisíc až 45 tisíc dolarů. V průměru musí člověk získat alespoň 45 kreditů a za jeden tento kredit se platí – opět v průměru – 700 USD. Průměrná finanční zátěž zájemce o povolání sestry/ošetřovatele tak vychází na 31 500 dolarů. V Americe ovšem lze na vzdělávání získat půjčky či stipendium a také mnozí zdravotničtí zaměstnavatelé jsou ochotni alespoň část nákladů studenta převzít. Podle různých informačních zdrojů (např. *www.lpncareer.com*) je ovšem americká sestra – pokud není finančně zatížena jinými okolnostmi – schopna svá studia, resp. případnou půjčku, později splatit. Ve všeobecných nemocnicích nebo v ošetřovatelských zařízeních, či dokonce pečovatelských, se její roční plat či příjem pohybuje kolem 40 tisíc USD, o něco méně si vydělá sestra v ordinaci lékaře. Naopak nejvíce vydělávají samostatně praktikující sestry – 57 tisíc USD. Tato statistika se opírá o data za rok 2012. **(vla)**

Jak probíhá odborné zdravotnické vzdělávání v Estonsku

Skupina pedagogů ze Střední zdravotnické školy v Ruské ulici na Praze 10 se v rámci projektu Leonardo Da Vinci letos na jaře zúčastnila odborné stáže ve Zdravotnické škole – Healthcare College v Tallinnu.

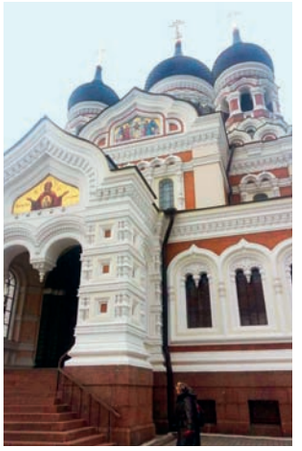
Cílem bylo poznání systému vzdělávání v odborných předmětech, především v ošetřovatelství (např. vyučovací metody). Pedagogové se seznámili i se způsobem praktického vyučování ve zdravotnických zařízeních.

Vzdělávání pracovníků ve zdravotnictví

Vzhledem k implementaci evropských směrnic do právního systému pro vzdělávání kopíruje estonský systém model vzdělávání většiny zemí EU. Na škole studuje v současné době 1900 studentů, kteří se vzdělávají v následujících oborech:

- farmaceutický asistent (3 roky),
- zubní technik (3,5 roku),
- sestra (3,5 roku),
- porodní asistentka (po absolvování všech sesterských modulů, 4,5 roku),
- ergoterapeut (4 roky),
- optik (3,5 roku),
- specializace pro podporu zdraví (3 roky),
- specializace pro sestru (např. intenzivní péče, 1 rok).

Budova školy prochází od roku 2010 rozsáhlou rekonstrukcí. Učebny a další prostory jsou dnes vybaveny podle nejnovějších trendů. Výuka probíhá v relativně dlouhých blocích (např. „ošetřovatelské postupy“ od 8.00 do 16.00 hodin) a v součinnosti s ECTS – European Credit Transfer System. Celé studium se skládá z jednotlivých povinných modulů. Hlavní jsou společné pro všechny předměty (např. anatomie, komunikace), ostatní moduly jsou specifické pro jednotlivé obory (ošetřovatelské postupy, tvorba zubních náhrad). Výuka tvoří 30–50 % doby studia dle jednotlivých kurikul v oborech. V rámci stáže jsme se několika vyučovacích bloků zúčastnili. Studenti při výuce teorie ošetřovatelství pracují s NANDA klasifikací i s Příručkou ošetřovatelských diagnóz. Často jsou využívány frontální metody výuky. Při výuce ošetřovatelských postupů je ve skupině průměrně 15 studentů, kteří během výuky používají tablety. Studenti i učitelé během vyučování nosí uniformy a nenosí hodinky, šperky ani nalakované nehty. Nevyužívají interaktivní techniku ani tabule. Studenti převážně pracují s okopírovanými texty učebnic.



Chrám Alexandra Nevského v Tallinnu

Ukončení studia je obdobné jako na našich vyšších odborných školách. Studenti skládají zkoušku, která má část praktickou a teoretickou (teoretická zkouška má formu testu složeného ze dvou částí). Po úspěšném ukončení studia student získá tzv. Atestat (diplom opravňující k práci v celé EU).

Pedagogičtí pracovníci mají pracovní dobu, která se dělí na přímou a nepřímou pedagogickou činnost. Vzhledem k systému modulů může být týdenní přímá pedagogická činnost i 40 hodin. Nepřímá pedagogická činnost musí být rovněž prokazatelně doložitelná. Pedagogický pracovník má v rámci svého pracovního úvazku 56 dní řádné dovolené, nepedagogický 28 dní.

Postřehy ze zdravotnických zařízení

V rámci projektu jsme navštívili několik zdravotnických a sociálních pracovišť v Tallinnu, kde probíhá praktická výuka studentů připravujících se k výkonu zdravotnické profese (např. zařízení pro dlouhodobou ošetřovatelskou péči). Praktické vyučování na těchto pracovištích probíhá především v prvních ročnících, kdy mají v plánu výuky složení zkoušky z ošetřovatelských postupů, ale ještě nemají dostatek odborných znalostí z klinických předmětů.

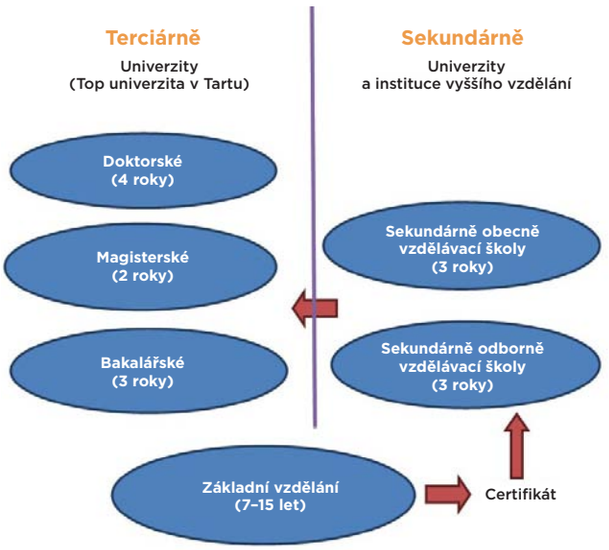
Na ošetřovatelské klinice v Tallinnu nás přivítala náměstkyně pro ošetřovatelskou péči (v Estonsku hlavní sestra) Mare Leppik. Zařízení odpovídalo standardům pro provádění moderní ošetřovatelské péče dlouhodobě nemocných. Z rozhovoru s náměstkyní vyplynulo, že profesionální komora sester v Estonsku vznikla až v roce 2008, kdy byly také sjednoceny kompetence sester a minimální požadavky na jejich vzdělání. V předchozích letech kurikulum pro vzdělávání zdravotnických profesí bylo nastaveno tak, že teorie nenavazovala na provádění ošetřovatelských činností v praxi. Od reformy ve vzdělávání odborné předměty v oboru ošetřovatelství vyučují sestry, nikoli lékaři. Praktická výuka v nemocnicích probíhá pod dohledem mentora odborné praxe. Dozvěděli jsme se, že ve zdravotnických zařízeních akreditační proces dosud neprobíhá.

Plat zdravotní sestry specialistky v Estonsku činí průměrně 4,85–4,90 eur za hodinu. Příplatky za služby jsou jen za noční a svátky a činí 30 %. V Estonsku mají sestry 28 dní dovolené a 5 dní navíc za rizikové činnosti. Na ošetřovatelské klinice v Tallinnu byla pracovní doba sester od 8.00 do 20.00 hodin. Mají tedy 24hodinové služby, po nichž následují 2–3 dny volna. V navštíveném zdravotnickém zařízení neužívají ošetřovatelskou dokumentaci dle Gordonové či Hendersonové. Veškerou ošetřovatelskou dokumentaci mají jen v elektronické podobě a užívají model dle Nancy Roperové, který se používá často ve Velké Británii. Model popisuje, že jednotliví lidé se liší v tom, jakým způsobem realizují aktivity. Sestra identifikuje základní kvality života klienta, problémy a jejich příčiny a pomáhá v okamžiku, kdy se některá z aktivit stává pro klienta problémem. Zajišťuje aktivity, které si klient není schopen zajistit sám, a to z hlediska jeho priorit.

Závěrem lze uvést, že Estonsko je země charakteristická svým srdečným přístupem k hostům. Lidé se snaží svou zemi prezentovat v tom nejlepším světle. Bylo pro nás příjemným zjištěním, že zdravotničtí a pedagogičtí pracovníci i přes značnou zaneprázdněnost (24hodinové služby, skupinovou péči o 15 pacientů) jsou pozitivně ladění, navzájem kolegiální, přátelští a optimističtí.

Zdravotní škola v Tallinnu - Health Care College (zde proběhla odborná stáž)

Zleva: Mgr. Veronika Ludvíková, Eve Epner, PhDr. Ivanka Kohoutová, Ph.D., Mgr. Patrik Burda, spolupráce SZŠ Ruská s Estonskou stranou



Informační zdroje: Webové stránky Ministerstva zahraničních věcí ČR, Webové stránky Ministerstva vnitra ČR, Wikipedie

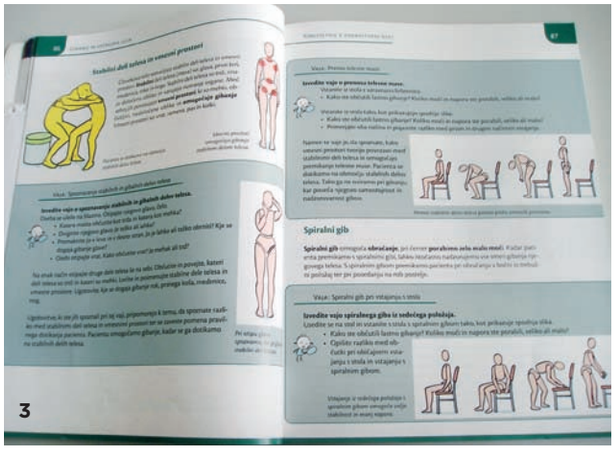
PhDr. Ivanka Kohoutová, Ph.D., Mgr. Veronika Chaloupková, Mgr. Patrik Burda, Střední zdravotnická škola, Praha 10, kohoutova@szs-ruska.cz

Slovinská střední zdravotnická škola v Lublani

Na jaře jsme navštívili Střední zdravotnickou školu v Lublani v rámci projektu Leonardo da Vinci, který realizuje naše škola a je zaměřen na vyučovací metody v ošetřovatelství a odborných předmětech v zemích Evropské Unie.

Zdravotnická škola, která se nachází v širším centru hlavního města *(viz obr. 1)*, poskytuje vzdělání v oboru zdravotnický asistent ve čtyřletém studijním programu s maturitou a v tříletém učebním oboru ošetřovatel – přibližně 1000 studentům v denní a večerní formě. Vzdělávací systém země je prakticky shodný s Českou republikou. Absolventi této školy v oboru zdravotnický asistent mohou pokračovat ve studiu v bakalářských programech oboru všeobecná sestra, absolventi ošetřovatele mohou dosáhnout úplného středoškolského vzdělání absolvováním 2letého programu ukončeného maturitní zkouškou. Maturitní zkouška ve Slovinsku zahrnuje 4 povinné předměty (slovinština, matematika nebo cizí jazyk, ošetřovatelství a praktická zkouška) – na rozdíl od české maturity, která má zkoušek 5. Zásadně odlišná je pro žáky možnost studia na univerzitách, kdy po složení maturitní zkoušky na zdravotnické škole si musí ročním studiem doplňovat tzv. všeobecnou maturitu, teprve po jejím absolvování je jim umožněno studium univerzitní.

Škola vychází ze skutečnosti, že připravuje především budoucí pracovníky do klinických a sociálních provozů. Tento systém ošetřovatelského vzdělávání se ve Slovinsku využívá již pátým rokem a vznikl po vzoru finského modelu vzdělávání.



Vzhledem k našemu cíli, v jehož rámci jsme sledovali způsoby a metody výuky odborných předmětů, jsme dospěli k závěru, že životní úrovní je Slovinsko velmi srovnatelné s Českou republikou, stejně tak i výuka na střední zdravotnické škole je srovnatelná s naší školou. Ve vybavených odborných učebnách *(viz obr. 2)* se využívají různé alternativní metody s důrazem na získávání co nejkvalitnějších odborných vědomostí, vedoucích k osvojování a upevňování manuálních dovedností žáků, které později využívají na odborné praxi v nemocnicích a na dalších klinických pracovištích. Ošetřovatelskou péči se zde učí a poskytují ošetřovatelským procesem v rozsahu svých kompetencí, které odpovídají zdravotnickému asistentovi. Škola má vytvořenu vlastní ošetřovatelskou dokumentaci dle modelu Virginie Hendersonové.

Pro žáky mají velmi dobře vypracované učebnice, jejichž autory jsou odborní učitelé školy. Učebnice, možná na rozdíl od u nás používaných, jsou velmi názorné, komplexní a s velkým množstvím obrázků, které zachycují nejen jevy samotné, ale především názorné potupy jednotlivých ošetřovatelských činností. Žáci s nimi často pracují i v rámci vyučovacích hodin, nejenže text čtou a reprodukují, ale především podle učebnic praktikují. Pro maturitní ročníky

1

2

jsou připraveny ještě soubory samostatných skript s velkým množstvím otázek včetně jejich řešení *(viz obr. 3)*, které umožňují prohlubování vědomostí a soustavnější přípravu k maturitě.

Návštěva slovinské školy ukázala, že české odborné vzdělávání je konkurenceschopné a zároveň nás motivovala k dalšímu zkvalitňování naší výuky.

Mgr. Pavla Hřebíková, odborná učitelka,
hrebikova@szs-ruska.cz,
Mgr. Jana Mašková, vedoucí oborů,
maskova@szs-ruska.cz,
PhDr. Zuzana Pohlová, zástupce ředitelky,
pohlova@szs-ruska.cz,
SZŠ Ruská, Praha

Získávání pedagogických zkušeností v odborném vzdělávání – Litevská republika

V rámci programu celoživotního vzdělávání jsme se zúčastnily projektu Leonardo da Vinci – VETPRO, přičemž jsme navštívily své litevské kolegy. Ve Vilniusu jsme strávily týden na zdejší univerzitě.

Renesanční komplex Vilniuské univerzity vznikl v roce 1579 a patří k nejstarším univerzitám ve východní Evropě. Lékařská fakulta byla založena až v roce 1781. Dnes má univerzita 14 fakult (22 tisíc studentů). Nabízí tři úrovně studijních programů v oblasti humanitních, přírodních, biomedicínských, technologických a společenských věd. Absolvent může získat vzdělání bakalářské, magisterské nebo postgraduální.

Kde sestry mohou studovat

Povinná školní docházka v Litvě je desetiletá a probíhá na ZŠ. Po jejím ukončení žáci přecházejí na střední odborné školy nebo gymnázia, kde mají možnost složit maturitní zkoušku a přihlásit se na VŠ. V Litvě mohou sestry získat svou kvalifikaci pouze na vysokých školách univerzitního a neuniverzitního typu. Musí ovšem doložit úspěšné absolvování předmětů z biologie, chemie a fyziky. Přijímací řízení je na základě prospěchu. Bakalářský program je v současné době zakončen pouze vypracováním a obhajobou bakalářské práce. Připravuje se změna, kdy kromě bakalářské práce budou studenti vykonávat závě-

rečné zkoušky z vybraných předmětů. Po ukončení bakalářského programu mají možnost pokračovat v magisterském a dále doktorandském studiu. V Litvě je 6 škol, které umožňují vzdělávání sester (lit. slaugytoja). Studijní program ošetřovatelství je zařazen do oboru „biomedicinálních věd“, který je jedním z oborů vyučovaných na LF. Součástí LF Vilniuské univerzity je Ošetřovatelské centrum, založené v roce 1990. Ředitelkou je dr. Aldona Mikaliūkštienė, s níž jsme měly možnost spolupracovat. Studium v bakalářském programu trvá 4 roky, do každého ročníku je přijato přibližně 30 studentů. V průběhu studia se získávají kreditní body. Pro splnění programu je nutné mít 240 kreditních bodů, což odpovídá 6 400 hodinám, z čehož praktická výuka činí 3200 hodin. Za jeden semestr student tedy musí získat 30 kreditů.

Na studia si můžete půjčit

Na této univerzitě se platí roční školné v přepočtu ve výši 1500 eur. Je zde zaveden systém stipendií dle prospěchu. Existuje i možnost zvýhodněných státních půjček na úhradu studia. Po absolvování studia je možno se ještě specializovat v oborech: Anaesthesia and Intensive Care Nursing, Mental Health Care (Nursing), Operating nursing, Community Nursing, Emergency Medical Nursing. V bakalářském programu vyučují 4 profesoři, 13 docentů, 11 odborných lektorů a 12 asistentů. Výuka ošetřovatelství probíhá v odborné učebně, která je umístěna na klinice Žalgirio. Současné podmínky k výuce nejsou dle vyučujících ideální, v příštím roce se plánuje otevření samostatné budovy Ošetřovatelského centra. Zúčastnily jsme se několika vyučovacích hodin zaměřených na praktický nácvik odborných výkonů (např. aplikace i. v. injekcí). Pro výuku je zatím k dispozici jen jedna menší odborná učebna. Pomůcky k daným výkonům se příliš neliší od pomůcek používaných na našich zdravotnických školách.

Teoretická výuka probíhá převážně v posluchárnách LF, které jsou součástí univerzitních nemocnic. Častou metodou výuky je výklad, který je následován diskusí. Velmi nás zaujal vzhled jedné z poslucháren, která zobrazuje významné lékaře od doby Hippokrata až do 20. století. Praktická výuka probíhá zejména na klinice Santariškių. Studenti nosí stejné uniformy jako ostatní sestry, nejčastěji v bílé barvě, preferují halenu s kalhotami. Standardní ošetřovací jednotka mívá kolem 50 lůžek, na které pracuje 6–8 sester na směně (noční služba 2 sestry). Pracují pouze ve třísměnném provozu a mají k dispozici nižší ošetřovatelský personál, tato kategorie zdravotnických pracovníků se vzdělává v 3měsíčním kurzu (360 hod.).

Finanční ohodnocení sester v Litvě se pohybuje kolem 600 eur (v závislosti na oboru a délce praxe). Odborní vyučující v bakalářském programu mají nižší plat než sestry ve směnném provozu.

Mgr. Gabriela Anisová, odborná učitelka,
anisova@szs-ruska.cz,
Mgr. Simona Bernardyová, odborná učitelka,
bernardyova@szs-ruska.cz,
Mgr. Martina Paclíková, odborná učitelka,
paclikova@szs-ruska.cz,
SZŠ Ruská, Praha 10á

Na stáži v Norsku

Na přelomu září a října 2014 jsem se zúčastnila jako pedagogický doprovod 8 žákyň Střední zdravotnické školy na Praze 10 odborné stáže v Norsku, která byla realizovaná díky mezinárodnímu projektu ERASMUS+.

Téma projektu znělo „Specifika ošetřovatelské a nutriční péče seniorů v zahraničí“. Projekt byl koncipován jako mezioborový. Stážistky byly rozděleny do dvojic – zdravotnický asistent a ošetřovatel. Každá dvojice pracovala na jednom z oddělení Domu pro seniory ve městě Førde a v domácí péči na základě svých kompetencí.

Důsledně dodržovaná intimita

Stážistky pracovaly na zadaných ošetřovatelských problémech, které v průběhu celé stáže zpracovávaly. Naše postřehy vycházejí z osobních zkušeností, s diskusí s ošetřujícím personálem a rozhovorů s náměstkyní pro ošetřovatelskou péči pro oblast Sogn og Fjordane. Díky těmto zdrojům jsem získala základní přehled o specifických ošetřovatelské a nutriční péče u seniorů v Norsku. Stejně jako v České republice mají možnost norští senioři využít péči v sociálních zařízeních. Tato péče je zcela hrazena státem. Každý senior bydlí sám ve velmi útulně zařízeném pokoji, kde má kromě lůžka k dispozici sedací soupravu, malou kuchyňskou linku a koupelnu. Všechny pokoje jsou bezbariérové, vybaveny závěsným zařízením, které spojuje jednotlivé místnosti. Obyvatelé nejsou ráno buzeni hromadně, ošetřující personál se přizpůsobuje jejich individuálnímu biorytmu. Zdravotníci velmi striktně dbají na dodržování intimity a důsledně zahalují partie, které právě neošetřují. Při manipulaci se seniory aktivně využívají znalosti z ergonomie, aby šetřili svůj pohybový aparát. Pokud má klient problém s vyprazdňováním, je mu podán dle ordinace čípek a důsledně se sleduje doba jeho účinku. Poté je odveden nebo přesunut pomocí závěsného systému na WC či pojízdný klozet, aby se mohl spontánně vyprázdnit. Na rozdíl od českých zvyklostí pracovníci mnohem méně používají ochranné rukavice při práci. V rámci prevence imobilizačního syndromu se všichni klienti po ranní hygieně přemísťují do jídelny, takže se žádný obyvatel nestravuje na lůžku. K snídani i k obědu mají na výběr z nabízených jídel podle své chuti a potřeby. Personál se snaží potraviny kombinovat tak, aby bylo umožněno pravidelné vyprazdňování.

České stážistky se osvědčily

Velký důraz je kladen na aktivizaci seniorů, ke které využívají různé metody: zpěv, tanec, ruční práce, vycházky do blízkého okolí, na nákup nebo do místního kostela. Za věřícími klienty pravidelně dochází kněz. Rodinní příslušníci, kteří přichází za svými blízkými, mají možnost je kdykoli navštívit a mohou v zařízení i přespat. Pro rodinu klienta, který se nachází v terminálním stadiu, je k dispozici velmi útulně zařízený pokoj, kde s ním mohou nerušeně trávit poslední chvíle jeho života.

Cílem norské sociální péče je, pokud to zdravotní stav dovolí, umožnit lidem vyššího věku být v přirozeném domácím prostředí. To zajišťují pomocí propracovaného systému domácí péče. Pracovníci pravidelně i několikrát za den navštěvují seniory doma a poskytují jim potřebnou péči. U někoho je to zajištění hygieny, kontrola funkčnosti stomie, aplikace léků nebo dopomoc při drobných běžných úkonech. Celkově na mě dům pro seniory působil velmi útulně a přátelsky. Ošetřující týmy byly velmi milé a ochotné odpovídat na naše dotazy. Zároveň staniční sestry velmi chválily naše stážistky za jejich pracovitost, zvídavost, aktivitu a snahu učit se novým poznatkům. Díky naší pracovní stáži mohu konstatovat, že Norsko poskytuje svým seniorům vysokou sociální jistotu.

Mgr. Radka Líbalová, odborná učitelka,
SZŠ Ruská, Praha,
libalova@szs-ruska.cz

17. BŘEZNA 2015
PRAHA, HUDEBNÍ DIVADLO KARLÍN

Sestra roku 14

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

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

Přihlaste svého kandidáta!

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

Titul Sestra roku je udělován ve dvou kategoriích:

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

Redakce časopisu Zdravotnictví a medicína uděluje mimořádnou cenu:

- Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetřovatelství

Uzávěrka přihlášek 31. 12. 2014

Stručná pravidla soutěže

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

PRŮBĚH SOUTĚŽE:
Navrhovatel zašle kompletně vyplněnou přihlášku spolu s písemným odůvodněním návrhu nominace jedním z následujících způsobů:
– e-mailem na adresu sestraroku@mf.cz
– vložením na www.sestraroku.cz
– v obálce označené heslem „Sestra roku 2014“ na adresu redakce časopisu Zdravotnictví a medicína, Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4.
Akceptovány budou pouze přihlášky doručené nejpozději do 31. 12. 2014. Formulář přihlášky do soutěže „Sestra roku 2014“ najdete v titulu Zdravotnictví a medicína a na internetových stránkách www.sestraroku.cz. Též si o něj můžete zažádat prostřednictvím e-mailu sestraroku@mf.cz.
Soutěž probíhá ve dvou kolech. V prvním kole, zahájeném dnem uzávěrky soutěže, vybere první nezávislá odborná porota tři finalisty pro každou kategorii. Druhé kolo proběhne na slavnostním galavečeru v březnu 2015 v Praze. Navrhovatelé mají možnost zúčastnit se tohoto večera spolu s finalisty. V tomto závěrečném kole vybere vítěze druhá nezávislá odborná porota složená z významných osobností našeho lékařství, ošetřovatelství, zástupců sponzorů, politické sféry a výherců uplynulých ročníků soutěže Sestra roku.

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

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

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

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

Generální partner: HARTMANN

Hlavní partneři: AGEL, PRO.MED.CS Praha a.s., BAYER Science For A Better Life

Partner galavečera: Cadenza®

Záštita: Ministerstvo zdravotnictví České republiky, MPSV, Nadace Dagmar a Václava Havlových VIZE 97, Praha Prague Praga

Garant: Česká asociace sester ČAS

www.sestraroku.cz

MEDICAL SERVICES

MLADÁ FRONTA

Sestra roku 14

Přihláška do soutěže

Přihlašuji kandidáta do soutěže Sestra roku 2014 v kategorii:

☐ **Sestra v přímé ošetřovatelské péči**

☐ **Sestra v managementu a vzdělávání**

(vybranou kategorii označte křížkem)

Navrhovatel

Jméno a příjmení navrhovatele .....

Kontaktní adresa ..... PSČ ☐☐☐ ☐☐

E-mail ..... Telefon .....

Soutěžící

Jméno a příjmení soutěžící(ho) .....

Kontaktní adresa ..... PSČ ☐☐☐ ☐☐

E-mail ..... Telefon .....

Obor, ve kterém soutěžící působí .....

Funkce .....

Pracoviště (název zařízení včetně oddělení) .....

.....

Nejvyšší dosažené vzdělání, kvalifikace .....

Registrovaná sestra: ano ☐ ne ☐ Počet let ve zdravotnictví .....

Publikační činnost .....

Přednášková činnost .....

Jazykové znalosti .....

Zahraniční stáže .....

Podpis soutěžícího: ..... **Podpis navrhovatele:** ..... **Datum:** .....

Základní informace o soutěži

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

Navrhovatel má povinnost informovat soutěžícího o jeho nominaci, přičemž soutěžící musí s nominací, údaji uvedenými na přihlášce i pravidly soutěže souhlasit.
Soutěžící i navrhovatel berou na vědomí, že s nimi mohou být pořizovány fotografické snímky, videozáznamy a rozhovory v rámci dokumentace akce, které mohou být přiměřeně využity organizátorem soutěže pro účely prezentace této akce a reklamou spojenou s ní a dalšími ročníky této akce, a s pořizováním takových záznamů souhlasí.
Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na **www.sestraroku.cz**

Odesláním přihlášky do soutěže uděluje navrhovatel i soutěžící souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správcem a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zasílání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., o některých službách informační společnosti, a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Navrhovatel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména že poskytnutí údajů je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů.

Kde jste se o soutěži dozvěděli? .....

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

diagnostika a léčba metabolických poruch a nutriční podpora v současné době prochází významnými změnami, které jsou založeny na nových poznatcích v oblasti nutriční farmakologie, mediátorových mechanismů a interakce endogenně vznikajících intermediárních metabolitů a nutrientů s farmakologickým účinkem. Tyto interakce se projevují zejména v následujících oblastech: a) podpora anabolických dějů v kritických stavech a u nádorových onemocnění; b) studium a praktická aplikace řízení rovnováhy mezi přestřelenou inflamatorní reakcí (SIRS) a tlumící antiinflamatorní reakcí (CARS), které patří mezi nejzávažnější aplikace mediátorových mechanismů v metabolismu a výživě v poslední době; c) léčba sarkopenie ve stáří a v akutním stavu.

Mezi nová specifická opatření založená na principu farmakonutrice a orgánově specifické výživě patří využití beta-hydroxy-beta-methylbutyrátu (HMB). Využití tohoto orgánově specifického nutrientu vychází ze skutečnosti, že rozvětvené aminokyseliny leucin, izoleucin a valin tvoří více než 1/3 svalového proteinu. Mezi nejsledovanější z těchto aminokyselin patří leucin, který má široký efekt na metabolismus proteinů, glukózovou homeostázu a inzulinovou senzitivitu. Mechanismus, který hraje velkou roli v pozitivním účinku na potlačení sarkopenie a zvýšení svalové hmoty, je tvorba alfa-ketoizokaproátu (KIC). Studie poslední doby ukazují, že hydroxy-methylbutyrát spouští proteinoanabolický a lipolytický proces, který zlepšuje energetickou rovnováhu svalu a zvyšuje jeho aerobní kapacitu. Mechanismus účinku HMB sice není do detailu prozkoumán, předpokládá se však, že vede ke stabilizaci a zvýšení syntézy cholesterolu ve svalové sarkolemě a současně regulačním účinkem na ubikvitin – proteazomový komplex. Průkazný je v tomto smyslu zejména účinek HMB u nádorové kachexie s úbytkem svalové hmoty, kde byl prokázán inhibiční účinek na ubikvitin proteázomovou proteolytickou cestu.

Umělá výživa a především nutriční farmakologie přináší v posledních letech významný pokrok, který je soustředěn jednak na poznání metabolických reakcí v průběhu život ohrožujících stavů, jako je MODS, SIRS, nádorová kachexie, a současně dovoluje významné praktické rozšíření terapeutických možností.

Více se o novinkách v této oblasti dočtete v aktuálním a lednovém vydání Zdravotnictví a medicína.

prof. MUDr. Zdeněk Zadák, CSc.,
Společnost klinické výživy a intenzivní metabolické péče

Malnutrice – stále aktuální medicínský i ekonomický problém

Pod pojmem malnutrice je shrnut široký soubor poruch výživy. V nejširším pojetí jde o poruchu výživy v souvislosti s nadbytečnou výživou – z tohoto hlediska sem patří i nutričně vzniklá obezita a metabolický syndrom. V užším slova smyslu malnutrici vnímáme jako poruchu výživy spojenou s širokým deficitem hlavních nutričních substrátů, tj. zdrojů energie (sacharidů a tuků) a deficitem proteinů, které hrají roli jak energetickou (zejména při stavech významné stresové zátěže), tak substrátovou – pro výstavbu a regulaci funkce tkání a orgánů.

Od pojmu malnutrice je třeba odlišit pojem karence, který vyjadřuje deficit jedné nebo více specifických složek výživy, jako jsou vitaminy, stopové prvky a esenciální polyenové mastné kyseliny, do určité míry sem můžeme zařadit i karenci proteinů, vyjádřenou deficitem esenciálních aminokyselin.

Typy malnutrice

Nejčastěji chápeme malnutrici coby podvýživu charakterizovanou deficitem energetických substrátů všech hlavních energetických složek (sacharidů, tuků, proteinů) – malnutrice proteino-energetická. Jindy jde o malnutrici charakterizovanou převážným deficitem biologicky hodnotného proteinu – proteinová malnutrice kwashiorkorového typu. Proteinová malnutrice se vyskytuje u jedinců žijících v potravně nevyhovujících podmínkách (chudých rozvojových zemích, v industriální společnosti pak u osob žijících na okraji společnosti). Užívá se i termín chronická energetická deficience (CED), která však zřídka existuje ve své nejčistší formě a spíše ji vídáme ve formě smíšené – proteino-energetická malnutrice (PEM). Také proteinový deficit s vyjádřením kwashiorkorového typu malnutrice vídáme zřídka v čisté formě. Jde sice o typ podvýživy typický pro chudé rozvojové země, ale ve skutečnosti se častěji vyskytuje v bohatých industriálně rozvinutých zemích včetně České republiky. Jedná se o stav, kdy je pacient v kritickém stavu po těžkých traumatech, popáleninách či rozsáhlých operacích živen nedostatečně, zejména co se týče biologicky hodnotných proteinů s vysokým obsahem esenciálních aminokyselin.

Tento typ „*kwashiorkor-like* malnutrice“ je projevem buď nedostatečně zvládnutého nutričního postupu v intenzivní péči, nebo důsledkem protrahovaného kritického stavu spojeného s těžkými infekčními epizodami a rozsáhlým katabolismem. V takových případech se může rozvinout proteinová malnutrice (kwashiorkorového typu) i při dobře vedené nutriční podpoře a je to vždy projevem závažného a protrahovaného život ohrožujícího stavu. Nejčastějším spouštěcím mechanismem bývá kombinace nedostatečně zvládnuté nutriční podpory a opakovaných, závažných infekčních epizod.

Proteino-energetická malnutrice s významně převažujícím deficitem v oblasti energetických substrátů (cukrů a tuků) se manifestuje klinickým obrazem, který je zejména ve starší literatuře označován jako marasmus a kachexie. Tento stav je charakteristický významným úbytkem tělesné hmotnosti, deficitem tukové tkáně i svalové hmoty a syndromem kachexie. V závislosti na příčině se liší klinický obraz u jednotlivých onemocnění – nádorová kachexie, kardiální kachexie, kachexie při chronických infekcích a zánětech (marasmus pacientů trpících AIDS).

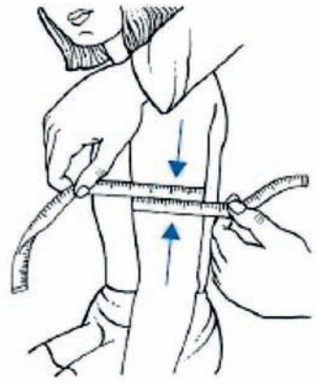
Diagnóza malnutrice

Pro diagnózu malnutrice užíváme dva typy metod:

- metody antropometrické,
- metody biochemické, metabolické a funkční.

Důležité je nejprve odebrat anamnézu, podle níž zjišťujeme podíl hmotnostního úbytku v procentech z výchozí tělesné hmotnosti, a dobu, za kterou došlo k poklesu tělesné hmotnosti. Při fyzikálním antropometrickém vyšetření odhadujeme tělesné zásoby proteinů reprezentovaných zejména svalovou hmotou a zásobu tuku. Tukové tělesné zásoby je možné odhadnout stiskem kožní řasy nad bicepsem či tricepsem mezi palcem a ukazovákem. Pokud vyšetřující cítí pouze kůži a nehmatá podkožní tukovou tkáň, je zásoba tuku v organismu menší než 10 % tělesné hmotnosti. Tyto změny lze objektivizovat běžným antropometrickým vyšetřením, jako je

VÝŽIVA



	standard	90 % standardu	80 % standardu	70 % standardu	60 % standardu
muži	29,3 mm	26,3 mm	23,4 mm	20,5 mm	17,6 mm
ženy	28,5 mm	25,7 mm	22,8 mm	20,0 mm	17,1 mm

Obr. 1 Měření středního obvodu paže (v polovině vzdálenosti acromion a epicondylus radialis) – normální hodnota a procento standardu.
Zdroj: Zadák Z.: Výživa v intenzivní péči, 2008.

Tab. 1 Hodnocení BMI

	Muži	Ženy
Těžká malnutrice	< 16	< 16
Malnutrice	< 17	< 17
Podváha	< 20	< 19
Normální	20,0–24,9	19,0–23,9
Nadváha	25–29,9	24,0–28,9
Obezita	30 a více	29 a více

Zdroj: Zadák Z, Květina J.: Metodologie předklinického a klinického výzkumu v metabolismu, výživě, imunologii a farmakologii, 2011.

měření kožní řasy kaliperem a měření obvodu paže, kdy hodnotíme současně svalovou hmotu. Měření středního obvodu paže se provádí běžným krejčovským metrem v polovině vzdálenosti *acromion a epicondylus radialis (viz obr. 1)*.
Pokud pacient není oteklý, jako je tomu při stresovém hladovění, vyjadřuje stupeň malnutrice vcelku spolehlivě index tělesné hmotnosti BMI (BMI = m/v²; m = hmotnost v kg; v = výška v m). Stupeň malnutrice pak dobře vyjadřuje hodnota BMI, jak je zřejmé z *tab. 1*.
Složitější je interpretace BMI u pacienta, který při kwashiorkovém typu malnutrice retinuje tekutinu a má generalizovaný otok. V diferenciální diagnóze nám v tomto případě pomáhá biochemické vyšetření současně s posouzením klinického stavu. Pokles albuminu jako parametru s delším poločasem (21 dní) a prealbuminu (2 dny) je velmi důležitým ukazatelem nejenom katabolismu a stresového hladovění, ale při stabilizované dlouhodobé situaci pacienta i deficitu proteinových zásob. V akutním stavu je však nutné vždy konfrontovat hladiny plasmatických proteinů s mírou hydratace nemocného a s hodnotou reaktantů zánětu, kde při vyčerpání a přenosu proteinových zásob mají tyto reaktanty (zejména CRP) prioritu a dochází k významnému přesunu zásob albuminu, prealbuminu a transferinu do reaktantů zánětu, které jsou v akutním stavu prioritně důležité pro přežití jedince. Vztah tělesných zásob a biochemických nutričních parametrů u prostého stabilizovaného hladovění a stresového hladovění v akutním stavu znázorňuje *tab. 2*.

Hodnocení stavu svalové hmoty v malnutrici a při katabolismu

Hladiny plasmatických proteinů, albuminu, transferinu a dalších proteinů odrážejí zásoby viscerálního proteinu a úroveň stresu např. při traumatu a infekci. Ukazatelem stavu somatického proteinu, který je představován především kosterním svalstvem, je vylučování kreatininu (z toho odvozený kreatinin-výškový index) a 3-metyl-histidinu.
Kreatinin se tvoří v konstantním množství a každý den zhruba 1,7 % z celkového kreatininu je vylučován močí a nemůže být zapojen do kreatin-fosfátového metabolismu. Denní vylučování kreatininu tedy může být za předpokladu jeho konstantní tvorby a normální funkce ledvin užit jako měřítko svalové hmoty. Tento vztah byl prokázán populačními studiemi na velkých skupinách probandů. Vyloučení 1 g kreatininu denně je ekvivalentní hmotě asi 17–20 kg svalstva. Hmota kosterního svalstva bez tuku představuje u zdravého jedince průměrně 49 % tělesné hmotnosti. Hodnota vylučování kreatininu do moči bohužel může být použita jen pro stabilní jedince a při standardním příjmu bílkovin potravou. Přes tyto nevýhody je množství vylučování kreatininu dobrým ukazatelem svalové hmoty, pokud sběr moči trvá celých 24 hodin, případně byl opakován. Tím se vyloučí i cirkadiální kolísání vylučování kreatininu do moči. Vylučování kreatininu může být pak vyjádřeno ve vztahu k tělesné hmotnosti nebo ve vztahu k výšce (kreatinin-výškový index).
Pro každodenní klinickou praxi se osvědčilo využití kritéria definovaného systémem MUST (malnutrition universal screening tool). Toto jednoduché neinvazivní vyšetření umožní v běžné ambulantní praxi rozhodnout o riziku malnutrice a definuje i nutnost zahájení nutriční intervence *(viz obr. 2)*.
Neposkytnutí nutriční intervence nemocnému v malnutrici a při rozvoji sarkopenie (které je možné velmi jednoduše i s využitím tohoto schématu identifikovat) znamená ohrožení nemocného a je porušením lékařské etiky i správné léčebné praxe.

Závěr

Malnutrice je častým jevem vyskytujícím se nejen v rozvojových zemích, ale také v industriálně a ekonomicky rozvinutých státech. Statistiky ukazují, že přes veškeré možnosti diagnostiky a léčby stále v řadě nemocnic (a to i ve státech střední Evropy) umírá kolem 5 % nemocných na důsledky nepoznané, případně neléčené malnutrice.
Rovněž kwashiorkorový typ není pouze jevem zemí s nedostatkem kvalitního proteinu. *Kwashiorkor-like* malnutrici nacházíme také v evropských nemocnicích, u mnoha pacientů v intenzivní péči. Výskyt i mortalita na malnutrici zřetelně stoupají s věkem, a proto ohrožují nejvíce pacienty v geriatrických zařízeních a institucích určených pro seniory.
Důsledná diagnostika malnutrice v nemocnicích i v ambulantních zařízeních má zásadní dopad na snížení mortality a morbidity, v neposlední řadě pak vede k významným ekonomickým úsporám v pooperační chirurgické péči, snížení pooperačních komplikací i nozokomiálních infekcí a zkrácení pobytu v nemocnici.

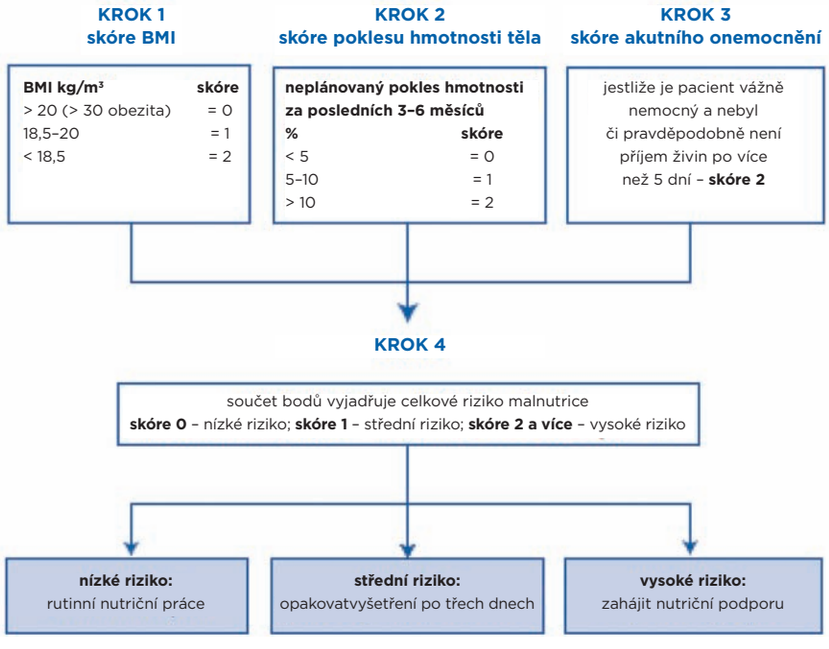
Podpořeno MZ ČR-RVO (FNHK, 00179906)

prof. MUDr. Zdeněk Zadák, CSc.,
Centrum pro výzkum a vývoj, FN Hradec Králové

Tab. 2 Laboratorní a klinické rozdíly mezi prostým hladověním a stresovým hladověním.

	Prosté hladovění	Stresové hladovění
	nemožnost přijímat potravu, malabsorpce, nemožnost polykání, obstrukce GIT	**sepse, MODS, trauma, popálení, trauma hlavy**
albumin	N	↓
C-reaktivní protein	N	↑↑
transferin	↓	↓↓↓
prealbumin	↓	↓↓↓
tělesná hmotnost	↓	N–↑↑
tělesný tuk	↓↓	N–↓
tělesný protein	↓	↓↓↓
tělesná voda	N–↑	↑↑
dusíková bilance	↓	↓↓↓
energetická spotřeba	↓	↑

Zdroj: Zadák Z.: Výživa v intenzivní péči, 2008.
N – normální, ↑ – zvýšení, ↑↑ – střední zvýšení, ↑↑↑ – významné zvýšení, ↓ – snížení, ↓↓ – střední snížení, ↓↓↓ – významné snížení



Obr. 2 Malnutrition universal screening tool (MUST). Zdroj: Kondrup J. et al.: Clin Nutr 2003

Nutriční farmakologie – cesta od naděje k realitě

Poškození jednotlivých orgánů a rozvoj orgánové dysfunkce až multiorgánového selhání vedlo k vývoji specifických metod výživy v parenterální i enterální oblasti s cílem zajistit podporu poškozeného orgánu, a to zejména s využitím farmakologického efektu nutrientů.

Uvedená oblast je do té míry specifická a indikace těchto typů výživy natolik odlišné od běžné „konfekční" nutriční podpory, že v jistých oblastech nutriční podpory založené na farmakologickém účinku nutrientů docházelo a dochází k pochybnostem účinnosti tohoto přístupu. Zkušenosti z poslední doby však jednoznačně potvrzují, že farmakologický účinek nutričních substrátů je v mnoha směrech významný, a to nejen z hlediska nutriční podpory, ale také z hlediska farmakologického a mediátorového účinku nutrientů. Tím vznikla oblast, která je definována jako nutriční farmakologie nebo orgánově specifická výživa. Někdy se v anglosaské literatuře používá i termín *„disease specific nutrition"*.

Orgánově specifická výživa by měla umožnit využití nutrientů v situaci, kdy nemocný trpí poruchami krevní cirkulace a perfuze orgánů, hypoxií nebo je jeho metabolismus narušen toxickými produkty bakterií v sepsi nebo v nekrotických tkáních při těžkých polytraumatech a po rozsáhlých operacích.

Zásady farmakonutrice

Specifická nutriční podpora typu farmakonutrice využívá v poslední době následující mechanismy:

1. Anaplerotické substráty (náhradní metabolické substráty), jejichž účinek se zakládá na tom, že pokud nemocný má v metabolické kaskádě vlivem choroby vytvořen blok, který nedovolí normální využití metabolitu, podává se nejbližší substrát za místem bloku a tím se porucha metabolicky i nutričně obchází.
2. Další metodou nutriční farmakologie je využívání vysokých dávek čistých nutričních substrátů, které se v tomto množství v normální výživě nevyskytují. Typickým příkladem je podávání rozvětvených aminokyselin (valin, leucin, izoleucin), které zajistí dostatečnou energetickou rovnováhu pomocí tvorby ketolátek i v případě, kdy je nemocný postižen těžkým katabolismem.
3. Využití nutričních substrátů, které v organismu hrají roli mediátorů nebo mají specifické účinky v metabolismu buněk. Do této skupiny patří zejména některé esenciální aminokyseliny, které jsou zásadní pro tvorbu regulačních mediátorů (lysin, tryptofan), nebo jde o neesenciální aminokyseliny, které však při výrazné stresové a metabolické zátěži nejsou v dostatečné míře v těle syntetizovány a vzniká tak **fenomén potenciálně esenciálních složek výživy.**

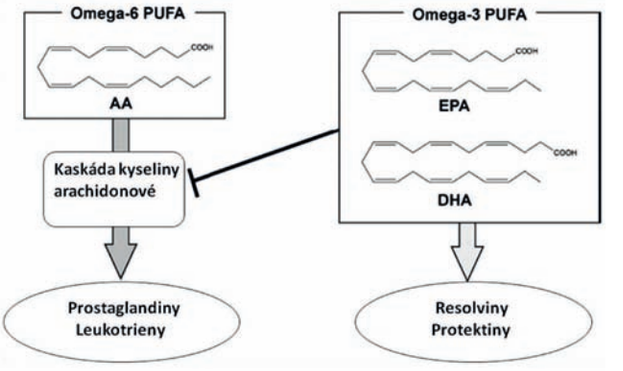
Přehled hlavních orgánově-specifických substrátů u kritických pacientů:

- arginin
- glutamin
- threonin
- mastné kyseliny se středním řetězcem (MCT)
- monoenové mastné kyseliny (MUFA)
- polyenové mastné kyseliny omega-3 a omega-6 (PUFA)

Specifická role aminokyselin

- **Arginin** vzniká při syntéze urey, a přestože patří mezi neesenciální aminokyseliny, jeho deficit se vyvíjí při malnutrici, traumatu a sepsi. Je nezbytný pro tvorbu oxidu dusnatého (NO) a stimuluje funkce T lymfocytů v průběhu infekcí a zvyšuje fagocytózu. Při farmakologických dávkách je nutné počítat s tím, že může zmenšovat zpětnou resorpci lysinu v renálních tubulech a tím podporovat deficit esenciální aminokyseliny lysin.

Deplece argininu má za následek nedostatečnou tvorbu oxidu dusnatého jako mediátoru při obraně proti virům, bakteriím a s vysokou pravděpodobností i při destrukci nádorových buněk. Při depleci argininu dochází k snížení až vymizení obvyklé klinické reakce na zánětlivý proces (leukocytóza, pokles albuminu, vzestup CRP, tvorba hnisu) a tyto projevy se nemanifestují ani při fulminantní sepsi. Současně chybí i hojení tkání, tvorba granulační tkáně, ztluštění serózních blan (peritonea, pleury) jako obranné reakce a mechanismu izolace zánětu, není lokální zánětlivá reakce a chybí produkce fibrinu a tvorba adhezí. Tento obraz je podobný terapii kortikosteroidy a při trvalém nedostatku argininu v průběhu kritického stavu dochází k pomalému, ale neodvratnému zhoršování stavu, který má plíživý charakter a vzniká opožděná, ale vysoká mortalita.



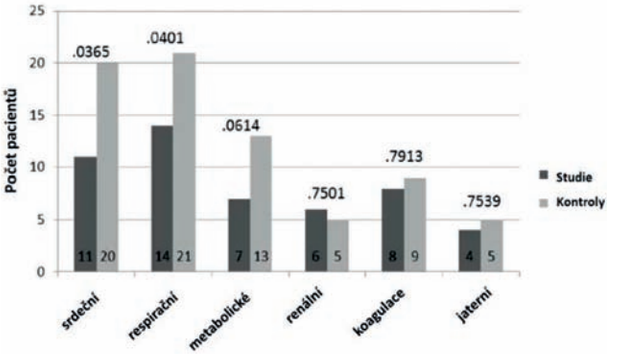
Obr. 1 Tvorba leukotrienů, resolvinů a protektinů

- **Taurin** je rovněž podmíněně esenciální aminokyselina, která má poměrně vysokou koncentraci intracelulárně a podle nových dat hraje významnou roli nejen při vývoji a ochraně sítnice u novorozenců, ale má zásadní úlohu v transportu kalcia, čímž projevuje pozitivní antiarytmický a pozitivně inotropní účinek. Při traumatu je pozorována deplece taurinu v trombocytech a s tím spojená dysfunkce trombocytů. Taurin se podílí na supresi TNF-α a produkci oxidu dusnatého vlivem působení endotoxinu.
- **Serin** je neesenciální aminokyselina syntetizovaná z glycinu a aktivního acetátu, jeho spotřeba významně stoupá ve stresu, takže endogenní tvorba nestačí, což se projeví jeho nedostatkem v proteosyntéze, kterou tím limituje. Tak se serin rovněž zařazuje mezi potenciálně esenciální složky výživy.
- Typickým příkladem potenciálně esenciálního nutrientu je **glutamin**, který je převažující aminokyselinou tělesných proteinů a jednoznačně patří mezi neesenciální aminokyseliny, které jsou za normální situace v organismu v nadbytku a snadno dosažitelné. Ve stresu a katabolismu, kdy dochází k rozpadu tkání, které musí být nahrazeny zvýšenou proliferací buněk, je tato jinak v nadbytku přítomná aminokyselina nedostatková, vytváří se její potenciální deficit, který snižuje nebo zamezuje proliferaci buněk v procesu reparace tkání a hojení. Je velmi důležitá zejména v udržení správné funkce tkání, kde dochází k rychlé obměně buněk, jako je střevní sliznice, buňky kostní dřeně, případně rychle se dělící buňky kožních adnex.

PUFA n-3 a n-6

Velmi specifickou roli hraje v nutriční farmakologii skupina polyenových mastných kyselin (PUFA) řady omega-3 a omega-6. Tyto mastné kyseliny jsou důležitými prekurzory v regulaci inflamatorního procesu, imunitních reakcích a udržení fluidokoagulační rovnováhy.

Zatímco skupina polyenových mastných kyselin řady omega-6 je zdrojem proinflamatorních a prokoagulačních mediátorů, je řada mastných kyselin omega-3 protiváhou, která tvorbou vyšších mastných kyselin dokosahexaenové a eikosapentaenové (DHA, EPA) umožní zabrzdit rozvoj v určité fázi onemocnění již neúčelné inflamatorní reakce specifickými mediátory typu resolvinů, protektinů a maresinů *(viz obr. 1)*. Vzhledem k tomu, že jak zdroj proinflamatorních mediátorů z řady omega-6, tak prekurzory antiinflamatorních a antikoagulačních mediátorů mají charakter esenciálních složek výživy, je jejich potřeba i zásoba v těle zajišťována výhradně z nutričních zdrojů. Proinflamatorní a antiinflamatorní rovnováha zajišťovaná těmito dvěma skupinami polyenových mastných kyselin hraje mimořádnou úlohu v kritické péči a závisí na ní např. rozvoj celé symptomatologie sepse, multiorgánové dysfunkce až multiorgánového selhání i selhání jednotlivých orgánových systémů, jako je vznik šokové plíce, rozvoj diseminované intravaskulární koagulace, případně systému inflamatorní reakce. Protiváhou, která je významně ovlivněna přívodem esenciálních polyenových mastných omega-3, je vytvoření tlumícího nárazníkového antiinflamatorního systému typu kompenzatorní antiinflamatorní odpovědi (compensatory antiinflammatory respon-



Obr. 2 Vznik systémového selhání. Studie PUFA n-3 vs. kontroly (Pontes-Arruda A, 2011)

Tab. 1 Výsledky klinických studií využívajících PUFA n-3

Doporučená dávka	Účinek	Studie
1,5–7 g/70 kg/den	↓ inflamatorní proces	Calder PC. Proc Nutr Soc 2002; 61: 345–358.
0,05–0,15 g/kg/den	↓ infekce a účinku endotoxinu	Koch T, Heller AR. Clinical Nutrition Suppl 2005; 1: 17–24.
0,1 g/kg/den	↓ mortality na JIP	Heller AR, Striebel JP, Koch T: Eur J Anaesthesiol 2003; 20: 157. Mayer K, Fegbeutel C, Hattar K et al. Intensive Care Med 2003; 29: 1472–1481. Koch T, Heller AR. Clinical Nutrition Suppl 2005; 1: 17–24.
7,1–9,0 g/70 kg/den	↓ ARDS a MODS v desítkách hodin	Pontes-Arruda A et al. Crit Care Med 2006; 34: 2325–2333.

se syndrome, CARS). Poznatky z této oblasti vedly v poslední době k vývoji četných nutričních přípravků pro parenterální i enterální výživu s antiinflamatorním efektem, které jsou schopné snížit výskyt komplikací a snížit mortalitu v kritických stavech *(viz obr. 2, tab. 1)*.
Mezi další účinky n-3 PUFA patří i efekt snižující citlivost myokardu k arytmiím, dále potlačují steatózu svalstva, čímž zlepšují citlivost tkání na inzulin, a současně zlepšují steatózu jater různé etiologie od steatózy způsobené parenterální výživou s vyšší dávkou glukózy až po steatózu jater vznikající při syndromu krátkého střeva.
Mezi velmi významné účinky polyenových mastných kyselin řady n-3 je i snížená tvorba kolagenu. Tento účinek je velmi nadějný v aplikaci potlačení fibrózy plic např. po poškození plicního parenchymu nešetrnou ventilací s vysokou hodnotou FiO2 a vysokou hodnotu PEEP.

Závěr

Zavedení nutriční farmakologie do arzenálu parenterální a enterální výživy je značným přínosem, který je podpořen četnými studiemi, jež splňují požadavky randomizovaných zaslepených, kontrolovaných prospektivních studií. Pokud jde o dávky polyenových mastných kyselin omega-3, změnila se strategie v tom smyslu, že dávky pro intenzivní péči vysoce přesahují hodnoty doporučených dávek u zdravých jedinců a pohybují se podle současných doporučení v hodnotách 100 mg na kilogram tělesné hmotnosti a den a více.

Podpořeno MZ ČR – RVO (FNHK, 00179906).

prof. MUDr. Zdeněk Zadák, CSc.,
Centrum pro výzkum a vývoj FN Hradec Králové

Nádorová anorexie a kachexie u nemocných v programu paliativní onkologické péče

Paliativní onkologická péče je aktivní komplexní léčebnou a ošetřovatelskou intervencí, jejímž hlavním cílem je zajistit co nejlepší možnou úroveň kvality života onkologicky nemocným pacientům i jejich rodinných příslušníků.

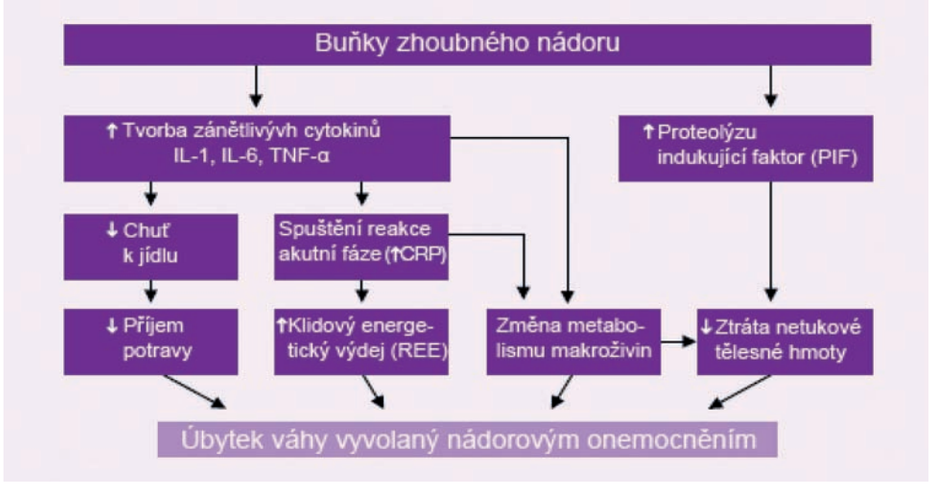
Zásadní význam v paliativní onkologické péči má léčba symptomů vznikající v důsledku léčebně neodvratitelné progrese onkologického onemocnění a předchozí onkologické léčbě. **Mezi nejdůležitější patří léčba nádorové bolesti a nutriční intervence.**
V České republice každoročně umírá z příčiny zhoubného novotvaru (dále jen ZN) více než 27 tisíc osob. Je známo, že průměrný věk české populace se prodlužuje, a tudíž i celková incidence ZN setrvale roste. Tato epidemiologická data jednoznačně poukazují na potřebu reálně dostupné paliativní onkologické péče nemocným v okamžiku, kdy jsou možnosti jejich protinádorové léčby vyčerpány v důsledku léčebně neodvratitelné progrese ZN.

Paliativní onkologická péče

Paliativní onkologická péče (dále jen POP) je aktivní komplexní a na kvalitu života zaměřená léčebná a ošetřovatelská intervence o nemocné s ukončenou protinádorovou léčbou v důsledku léčebně neodvratitelné progrese ZN nebo o pacienty, kteří k náročné prodinárodorové léčbě nejsou indikování (snížený výkonnostní stav, přidružená závažná somatická onemocnění). Hlavním cílem POP je zajistit co nejlepší možnou úroveň kvality života onkologicky nemocného a také jeho rodinných příslušníků. Zásadní význam v POP má léčba symptomů vznikající v důsledku léčebně neodvratitelné progrese ZN či předchozí protinádorové léčbě. Mezi nejdůležitější patří léčba nádorové bolesti, dyspepsie, dušnosti, insomnie a v neposlední řadě léčba nádorové anorexie s kachexií.

Nádorová anorexie a kachexie

Až 80 % nemocných s pokročilým či metastazujícím ZN trpí nádorovou anorexií s projevy nádorové kachexie, které zhoršují celkovou prognózu přežití pacienta. Nádorovou kachexii způsobují faktory, které jsou uvolňovány samotnými ZN, a zánětlivou reakcí hostitele na přítomnost ZN *(viz obr. 1)*. Tyto faktory snižují chuť k jídlu, narušují metabolismus tuků, cukrů a bílkovin. Jednotlivá stadia kachexie zahrnují: prekachexii, syndrom kachexie a terminální kachexii. Prekachexie je charakterizována hubnutím. Syndrom kachexie pak hubnutím, sníženým příjmem stravy a systémovým zánětem. Terminální kachexie je charakterizována závažným úbytkem svalstva (sarkopenie), ztrátou tuku a poruchami imunity.



Obr. 1 Faktory způsobující rozvoj nádorové anorexie a kachexie

Léčebné možnosti

Nutriční intervence zahrnuje:

- **Dietní poradenství**, které zajišťuje lékař-onkolog, nutriční terapeut, střední a vyšší zdravotnický personál. Zásadní význam v dietním poradenství mají neúčelná dietní omezení, tj. jíst častěji (6–8x denně), malé porce, konzistence stravy podle typu převažujících obtíží, vhodné jsou chlazené potraviny a nápoje, mléčné výrobky. Důležitou součástí dietních opatření je i léčba symptomů doprovázejících léčebně neodvratitelnou progresi ZN znemožňujících příjem stravy a tekutin. Jedná se zejména o nechutenství, polykací obtíže, nevolnost, zvracení, xerostomii, kariézní či insuficientní chrup, nedostatečně léčenou nádorovou bolest, insomnii, projevy úzkosti a deprese, průjem, zácpu.
- **Orální nutriční přípravky**, tzv. sipping. Sipping je farmaceutická enterální výživa popíjená po malých dávkách mezi jídly a nad rámec normální stravy (energetické obohacení). Pro déletrvající užívání je doporučováno denní množství 400–500 ml výživy.
- **Umělou klinickou výživu** (enterální, parenterální). Enterální výživu rozdělujeme z časového hlediska na krátkodobou (do 4 týdnů) a dlouhodobou (více než 4 týdny). Krátkodobá enterální výživa je zajišťována cestou nasogastrické či nasojejunální sondy. Dlouhodobá enterální výživa je zajišťována cestou perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG) či perkutánní endoskopické jeju-

Tab. 1 POP o nemocné v terminálním stadiu onkologického onemocnění

Stadium onemocnění	Hydratace a nutrice	Symptomatická léčba	Ošetřovatelská intervence
Pacient při vědomí, s pocitem hladu a žízně	Perorální příjem potravy a tekutin podle přání pacienta. Není-li pacient schopen perorálního příjmu stravy a tekutin, je indikována podpůrná parenterální hydratace 500–1000 ml tekutin denně (obvykle krystaloidy).	Nevolnost (antiemetika, prokinetika) Bolest (potentní opioidy) Nespavost (hypnotika) Psychomotorický neklid (psychofarmaka)	Kontrola příjmu stravy a tekutin Kontrola nastavení analgetické terapie Kontrola, prevence a léčba dekubitů Polohování nemocného, dechová gymnastika Péče o vyprazdňování Péče o permanentní močový katétr, perkutánní transhepatální drén, derivační stomii, periferní či centrální žilní katétr Péče o dutinu ústní a dýchací cesty
Pacient při vědomí, bez pocitu hladu a žízně	Parenterální hydratace 500–1000 ml tekutin denně (krystaloidy).	Nevolnost (antiemetika, prokinetika) Bolest (potentní opioidy) Nespavost (hypnotika) Psychomotorický neklid (psychofarmaka)	Kontrola příjmu stravy a tekutin Kontrola nastavení analgetické terapie Kontrola, prevence a léčba dekubitů Polohování nemocného, dechová gymnastika Péče o vyprazdňování Péče o permanentní močový katétr, perkutánní transhepatální drén, derivační stomii, periferní či centrální žilní katétr Péče o dutinu ústní a dýchací cesty
Pacient v bezvědomí	Výtěry dutiny ústní s cílem zvlhčit bukální sliznici. Parenterální hydratace minimální (do 250 ml tekutin – obvykle jsou tekutiny využívány jako nosné medium pro potentní opioid, event. další medikamenty užívané u pacienta v terminalitě). Hovoříme o pozitivním efektu terminální hypohydratace (snížená bronchiální sekrece, regrese otoků, event. anasarky).	Nevolnost (antiemetika, prokinetika) Bolest (potentní opioidy) Psychomotorický neklid (psychofarmaka)	Kontrola nastavení analgetické terapie Kontrola, prevence a léčba dekubitů Polohování nemocného Péče o vyprazdňování Péče o permanentní močový katétr, perkutánní transhepatální drén, derivační stomii, periferní či centrální žilní katétr Péče o dutinu ústní a dýchací cesty

nostomie (PEJ). Enterální výživa je indikována u nemocných, u kterých se nedaří zlepšit či udržet nutriční stav.
Parenterální výživu rozdělujeme z časového hlediska na krátkodobou a dlouhodobou a je obvykle zajišťována cestou centrálního žilního vstupu (centrální žilní katétr, implantabilní podkožní nitrožilní port, periferně zaváděný centrální žilní katétr). Dlouhodobá parenterální výživa je indikována při selhání funkce gastrointestinálního traktu, postižení žaludku, střevní obstrukce, těžké malabsorpci živin.
Farmakologická intervence zahrnuje aplikaci stimulátorů chuti, tzv. orexigenní medikace. Do této skupiny jsou řazeny hormonální přípravky, kortikosteroidy a psychofarmaka.

- **Hormonální preparáty**
  - megestrolacetát (suspenze nebo tableta) v dávce 160–800 mg denně,
  - medroxyprogesteronacetát (tableta) v dávce 300–1000 mg denně.
- **Kortikosteroidy** s několikatýdenním příznivým efektem na zlepšení chuti k jídlu i příjmu stravy. Dalším pozitivním efektem kortikosteroidů je účinek koantiemetický a koanalgetický.
  - prednison (tableta) v dávce 5 mg denně,
  - dexamethason (tableta) 3–6 mg denně.

Psychofarmaka

a) Antidepresiva

- mirtazapin (tableta) v dávce 15–30 mg denně. Jedná se o duální antidepresivum, antagonistu serotoninergních a noradrenergních receptorů. U mirtazapinu je využíváno i mírného antihistaminového účinku, tj. dochází k mírné sedaci pacienta a ke zkvalitnění spánku, čímž dochází i ke zvýšení chuti k jídlu a nárůstu hmotnosti.
- trazodon (tableta) 150 mg denně. Jedná se o antidepresivum ze skupiny SARI (serotoninový antagonista + reuptake inhibitor).

b) Atypická neuroleptika

- olanzapin (tableta) 5–10 mg denně
- guetiapin (tableta) do 200 mg denně

c) Benzodiazepiny krátkodobě působící především u pacientů s projevy anticipační úzkosti (obavy pacienta z příjmu stravy a tekutin, aby neměl ataky nevolnosti a nezvracel).

- oxazepam (tableta) v dávce až 3x 10 mg denně
- alprazolam (tableta) v dávce až 3x 0,5 mg denně, u starších nemocných 3x 0,25 mg denně
- bromazepam (tableta) v dávce až 3x 1,5 mg denně

Onkologicky nemocní v terminálním stadiu

U nemocných v terminálním stadiu ZN je cílem POP zajistit důstojné umírání, tj. minimalizovat diskomfort a neprodlužovat proces umírání (dysthanazie). Nemocné v terminálním stadiu ZN lze klasifikovat do 3 kategorií s ohledem na rozsah POP: 1. nemocní při vědomí, s pocitem hladu a žízně, 2. nemocní při vědomí, bez pocitu hladu a žízně a 3. nemocní v agonii (s poruchou vědomí). Cílem nutriční intervence u těchto nemocných je především kontrola nad příjmem stravy a tekutin s případnou podpůrnou parenterální infuzní terapií do maximálního objemu 500–1000 ml/den bez suplementace minerálů, vitaminů a stopových prvků (nemá žádný benefit pro pacienta v terminalitě), kontrola nad účinně nastavenou analgetickou terapii obvykle potentním opioidem a především pak aktivní ošetřovatelská intervence *(viz tab. 1)*.

Závěr

Léčebné ovlivnění nádorové anorexie a kachexie u nemocných v programu POP vyžaduje provádění pravidelných kontrol nutričního stavu pacienta. Máme na mysli zhodnocení nutriční anamnézy, zhodnocení Karnofského výkonnostního stavu (performance status), kontrolní antropometrická měření – váha, výška, body mass index – a zhodnocení celkové kvality života nemocného.

Podpořeno Výzkumný projektem MZ ČR No. 00179906

doc. MUDr. Ladislav Slováček, Ph.D.,
ambulance paliativní onkologické péče,
Klinika onkologie a radioterapie LF UK
a FN Hradec Králové

Nutriční podpora **v onkologii**

Nutriční a metabolická péče je nedílnou součástí podpůrné léčby napříč odbornostmi. Onkologie představuje obor, ve kterém je nutriční péči věnována mimořádná pozornost, neboť prognóza malnutričních pacientů je evidentně horší ve srovnání se skupinou nemocných bez podvýživy.

Z dat Národního onkologického registru vyplývá, že každoročně onemocní v České republice rakovinou více než 77 tisíc lidí (data za rok 2010). Specifická protinádorová modalita je indikována zhruba u 75 % pacientů, nicméně i pacient na symptomatické terapii profituje z podpůrných postupů shrnovaných pod pojem BSC (best supportive care). V průběhu protinádorové terapie je pacient vystaven celé řadě faktorů, které znemožňují adekvátní příjem stravy a/nebo optimální asimilaci živin s následným uplatněním ve výstavbových či metabolických procesech organismu.

Nutriční screening

Co by nás mělo zajímat ve vztahu k nutrici u nového pacienta před zahájením protinádorové terapie? V první řadě musíme být schopni stanovit, je-li u pacienta přítomna malnutrice nebo je v riziku jejího rozvoje. Nepostradatelným nástrojem je v této situaci nutriční screening, který stratifikuje pacienty podle míry rizika rozvoje malnutrice. Pro praxi se v našich podmínkách nejvíce osvědčil dotazník Pracovní skupiny nutriční péče v onkologii (PSNPO) při České onkologické společnosti (ČOS), který je navržen pro použití v onkologických ambulancích. Dotazník je k dispozici na webových stránkách ČOS.
Z dat získaných přibližně od 10 tisíc ambulantních onkologických pacientů v letech 2011 a 2012 vyplynulo, že průměrný český onkologický pacient má 71,4% riziko malnutrice (přičemž 28,2 % pacientů má střední až extrémní riziko podvýživy). Téměř 60 % pacientů během léčby nechtěně zhubne a čtvrtina má malý příjem stravy. Malnutričního pacienta nemusíme navíc „na první pohled" poznat, protože průměrný body mass index (BMI) těchto pacientů je 26,8, nachází se tedy v oblasti nadváhy. Provedení screeningu je jedinou možností, jak získat informaci o stavu výživy.

Ilustrační foto: Shutterstock

Nádorová kachexie a sarkopenie

Nádorová kachexie se ztrátou svalové hmoty a bílkovin (sarkopenií)

VÝŽIVA

Ilustrační foto: Shutterstock

má už v iniciální fázi závažné důsledky. Je zde zvýšené riziko selhání protinádorové léčby s nižší pravděpodobností dosažení remise, pozorujeme zvýšený výskyt komplikací, závažnější nežádoucí účinky onkologické léčby, pokles výkonnosti a zvýšenou morbiditu i mortalitu. Deplece proteinů zapříčiňuje oslabení svalstva (včetně dechového s následným rozvojem bronchopneumonie), poruchy iontového hospodářství, poruchu transportu substancí závislých na bílkovinách, rozvíjí se acidóza a imunosuprese. Sarkopenie je spojena s horšími výsledky protinádorové terapie, adekvátní nutriční podpora naopak snižuje riziko komplikací v průběhu protinádorové terapie. Směrodatná není jen samotná vyhublost, definovaná nízkým BMI, ale především údaj o dynamice v čase, tedy hubnutí za danou časovou jednotku (optimálně za poslední 3 měsíce) a posouzení příjmu stravy. A to kvantitativně i kvalitativně. Nejde tedy o to, „kolik" toho pacient sní, ale rovněž „co" sní.

Už v roce 1980 se panel expertů ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) zabýval otázkou, jaký je prognostický efekt váhového úbytku před zahájením chemoterapie u onkologicky nemocných. Například ve skupině pacientů s nádory tlustého střeva byl rozdíl celkového přežití mezi pacienty, kteří nehubli, ve srovnání s těmi, kteří zhubli do 5 % z původní hmotnosti, takřka dvojnásobný v neprospěch nemocných s váhovým úbytkem (46 vs. 26 týdnů). Studie je stará takřka 35 let a medián přežití pacientů s generalizovaným kolorektální karcinomem je v dnešní době pětinásobný – až 30 měsíců. Každopádně efekt váhového úbytku byl řešen již tehdy. Zajímavým momentem uvedené studie je navíc to, že celkové přežití pacientů ve skupině s váhovým úbytkem nad 10 % nebylo kratší než u skupiny s váhovým úbytkem 5–10 %, ba dokonce pacienti přežívali déle. Tato data jen podporují fakt, že již malá ztráta hmotnosti má závažné důsledky. Navíc může být tato skutečnost snadno přehlédnuta, uvědomíme-li si, že 5% váhový úbytek je například přítomen již u pacienta, který zhubl z původních 80 na 76 kg.

„Maskovaná" malnutrice

Přibývá také prací, které neřeší pouze numerický pokles hodnoty hmotnosti, ale zabývají se i podílem tkání zastoupených v organismu (především tukové tkáně na úkor svalstva). Pro pacienty s malignitou je totiž příznačná právě ztráta svalové hmoty (sarkopenie). Ta se vyskytuje u pacientů na všech úrovních BMI, známe rovněž pojem „sarkopenická obezita". Malnutrice je tedy maskována. V práci francouzských autorů z roku 2012 bylo prokázáno, že u pacientů s metastatickým kolorektálním karcinomem podstupujících chemoterapii byla sarkopenie mnohem častější (68 %) než „viditelná" malnutrice (4 %). Stupeň sarkopenie byl stanoven s využitím výpočetní tomografie (CT) v úrovni třetího bederního obratle, kdy je pomocí speciálního softwaru hodnocena plocha svalové tkáně, viscerální i podkožní tukové tkáně. Postup hodnocení stavu malnutrice pomocí posuzování úrovně sarkopenie pomocí CT je velmi pokrokový, vycházíme-li z faktu, že restagingová CT vyšetření jsou prováděna v pravidelných intervalech a vyšetření tedy pro pacienta není více zatěžující. Dávky cytostatik jsou většinou kalkulovány podle tělesného povrchu, méně často pouze podle hmotnosti, a při znalosti naprosto odlišného metabolismu svalové a tukové tkáně se pak nelze divit, že sarkopenie je spojena s větší toxicitou chemoterapie. Ztráta svalové hmoty je mnohdy také spojena s nádorovou progresí. Ztráta svalu může být potencována specifickým efektem protinádorových léčiv (např. sorafenib), androgenní supresí nebo jinou (neonkologickou) léčbou (statiny).

Příčiny rizika malnutrice během protinádorové léčby jsou multifaktoriální a obecně rozlišujeme faktory v přímém vztahu s malignitou (lokalita nádoru, humorální působení, další negativní vlivy interferující s příjmem stravy jako bolest nebo psychická alterace apod.) a faktory vyplývající z diagnosticko-terapeutického procesu (lačnění během vyšetřovacích procedur, nevolnost a emeze způsobená protinádorovou léčbou, mukositida atd.).

Prevence malnutrice

Před zahájením protinádorové léčby je vhodné zodpovědět několik stěžejních otázek ve vztahu k nutričnímu stavu pacienta:

1. Je přítomna malnutrice (anebo riziko rozvoje)?
2. Ovlivňuje lokalita nádoru příjem stravy nebo pasáž gastrointestinálním traktem?
3. Má onemocnění potenciál ovlivňovat negativně metabolismus?
4. Jsou přítomny symptomy interferující negativně s příjmem stravy?
5. Je přítomno iatrogenní hladovění během diagnostiky a následné terapie?
6. Je dobře vedena profylaxe nevolnosti a emeze?
7. Je dobře léčena mukositida?

O nutnosti screeningu bylo pojednáno v úvodu tohoto článku. Dále bychom si měli položit otázku, zda lokalita nádoru ovlivňuje příjem stravy, případně pasáž zažívacím traktem. Řešením je provedení perkutánní endoskopické gastrostomie (PEG) profylakticky (např. u nádorů hlavy a krku), provedení spojkové operace k překlenutí obstrukce (nádory gastrointestinálního traktu – GIT, pankreatu atd.) anebo časné založení protektivní stomie před zahájením radiochemoterapie (např. u nádorů kolorekta).

Zhoubné onemocnění má někdy potenciál ovlivňovat výrazně negativně metabolismus hostitele. Stává se to především v případě tzv. nutričně rizikových diagnóz, kam patří například nádory GIT, pankreatu, nádory plic či hlavy a krku. V těchto případech bývá sarkopenie přítomna ještě před zahájením protinádorové léčby. Pouhá suplementace výživovými doplňky nemusí být dostatečná a řešením je snaha o zvrat syndromu kachexie/anorexie farmakologicky. V některých případech může pacient profitovat z užívání megestrolu, existují rovněž data o příznivém účinku nesteroidních antiflogistik. Ibuprofen v dávce 3x 400 mg/den snižuje hladiny bílkovin akutní fáze, IL-6 upravuje kinetiku bílkovin u kachetizujících nemocných s kolorektálním nádorem. Nesteroidní antiflogistika snižují klidový energetický výdej u nemocných s pokročilým nádorovým onemocněním. Při podávání indometacinu v dávce 2x 50 mg denně nemocným s metastazujícími solidními nádory bylo dokonce popsáno prodloužené přežívání při stabilizaci výkonnostního stavu nemocných.

Léčba symptomů

Pro dosažení adekvátního příjmu stravy je nutné rovněž léčit symptomy interferující negativně s jejím příjmem. Bolest, žízeň, dušnost a úzkost jsou symptomy, které svou intenzitou staví udržení dobrého nutričního stavu do pozadí. Každý z nás se dokáže vcítit do situace, kdy například onemocní chřipkou. Člověka s chřipkou nepřesvědčíte k dostatečnému příjmu stravy, jestliže se mu špatně dýchá, má teplotu, bolest v krku a je rozladěný. Obdobná situace, ale mnohem komplexnější povahy, vzniká v onkologii. Řešením je adekvátní analgoterapie, dostatečná hydratace, komplexní terapie dušnosti a samozřejmě psychologická intervence včetně farmakoterapie anxiety.

Samostatným tématem je iatrogenní hladovění během diagnostiky a následné terapie. Je vždy nutné lačnění před laboratorními odběry nebo zobrazovacími vyšetřeními? Většina laboratorních krevních testů nevyžaduje lačnění pacienta, samozřejmě až na výjimky (hladina triacylglycerolů, glykemie, sedimentace apod.). Říkejme pacientům, že před laboratorním odběrem nemusí být vždy nalačno. V některých situacích je samozřejmě lačnění krátkodobě nutné, je však třeba mít na mysli, že energetický příjem lze „dohnat během dne", lze rovněž využít parenterální alimentaci.

Management antiemetik

Antiemetická profylaxe je asi nejvýznamnější kapitolou podpůrné léčby, která může výrazně interferovat s úspěchem nutriční intervence. Pacient totiž může mít správně vedenou profylaxi nevolnosti a zvracení, bez navazující nutriční podpory však nemusí být výsledný efekt uspokojivý. Stejně tak pacient, který má odborně vedenou suplementaci výživy, nebude profitovat v případě, že antiemetická prevence bude nedostatečná. Analogická situace vzniká v případě, když například pacientovi s nádorem ORL oblasti je zaveden před radikální radioterapií profylakticky PEG, nicméně nutriční intervence je insuficientní a pacient se propadá do sarkopenie se všemi navazujícími důsledky. Komplexní strategie musí zahrnovat analýzu pravděpodobných komplikací, které bude protinádorová léčba přinášet. Správně uvažující onkolog si je vědom nezbytnosti opatření, která je nutné splnit již před zahájením léčby a pravidelně vyhodnocuje průběh terapie. Jen tak se lze vyhnout rozvoji komplikací, jejichž zvrat už následně není možný. Význam antiemetické profylaxe je stěžejní, protože nauzea a zvracení jsou nejčastější nežádoucí účinky v protinádorové terapii. U známé emetogenní terapie musíme včas zahájit profylaxi zvracení, jinak se jedná o postup non *lege artis*. Nauzea a následné zvracení mohou zapříčinit nedodržení dávkové intenzity onkologické léčby, popř. pacientovo odmítnutí pokračovat v terapii.

U každého cytostatického režimu je jasně definováno emetogenní riziko (vysoké > 90 %, střední 90–30 %, nízké 30–10 % a minimální < 10 %). Tomu také odpovídá doporučená antiemetická profylaxe. Ve skupině vysokého a středního rizika je adekvátní antiemetická profylaxe logicky vyžadována nejvíce a kombinujeme preparáty několika lékových skupin. Především jde o setrony (antagonisté 5-HT-3 receptorů), kortikosteroidy a antagonisty neurokininových (NK-1) receptorů. Podle potřeby lze případně kombinovat další preparáty – antagonisty dopaminergních (D_2) receptorů, prokinetika, neuroleptika, anticholinergika, H1 antihistaminika a benzodiazepiny. S nástupem nových preparátů v posledních deseti letech poklesl významně podíl pacientů, kteří jsou nuceni zažít negativní zkušenost charakteru nevolnosti a zvracení. Především zavedení aprepitantu do antiemetické profylaxe u pacientů s vysoce emetogenní chemoterapií přineslo nesporný benefit. Významná je interakce s kortikoidy, neboť aprepitant zvyšuje hladiny dexamethasonu, a lze tedy redukovat dávky kortikoidů (při perorální léčbě o 50 %, při intravenózní

o 25 %). Aprepitant je indikován v prevenci akutní a pozdní nevolnosti a zvracení u dospělých v souvislosti s vysoce emetogenní protinádorovou chemoterapií založenou na bázi cisplatiny a středně emetogenní protinádorovou chemoterapií. Podává se jako součást kombinační terapie s dalšími antiemetiky. Režimy na bázi platinových derivátů jsou navíc podávány především u pacientů, kteří onemocněli tzv. nutričně rizikovou malignitou (nádory plic, karcinomy jícnu, nádory hlavy a krku atd.).

U pacienta v průběhu radioterapie nebo chemoterapie je nutné vždy provést diferenciální diagnostiku nevolnosti a/nebo emeze, neboť existuje celá řada jiných příčin zvracení, jejichž opominutí může mít za následek chybné určení příčiny potíží a nesprávně zvolenou léčbu. Především je nutné vyloučit maligní hyperkalcemii, uremii, dekompenzaci diabetu a interkurentní infekci. Je nutná úvaha nad rizikem generalizace do CNS s rozvojem intrakraniální hypertenze.

V průběhu protinádorové léčby je pacient rovněž vystaven zvýšenému riziku mukositidy a je třeba na ni pamatovat i v případě, že není zcela evidentní (např. ezofagitida se nemusí projevit jen odynodysfagií, mnohdy pacient popisuje jen příznaky nevolnosti a časné plnosti). Pokročilá mukositida je rovněž jednou z indikací pro dočasnou opioidní analgetizaci!

Preskripce sippingu

Od roku 2010 působí při České onkologické společnosti pracovní skupina nutriční péče v onkologii (PSNPO), která aktuálně sdružuje odborníky různých odborností (onkologové, internisti pracující na onkologii, gastroenterologové, nutricionisté, nutriční terapeuti atd.). Na základě snah PSNPO byla získána relevantní data, dokládající efektivitu časné nutriční intervence. Kalkulací panelu odborníků z řad vedení ČOS i PSNPO byl s využitím statistických dat *(www.svod.cz)* proveden odhad počtu nemocných, na které by se vztahovala preskripce sippingu. Podmínkou byla aktivní protinádorová léčba a dokladovaná malnutrice (2–4 body dle dotazníku PSNPO).

Panel se shodl na 10 000 pacientech, kteří by byli teoreticky indikování k preskripci z rukou onkologa na dobu 4 týdnů, což při denní úhradě 60 Kč ze strany plátců péče představuje úhrnnou sumu 16 800 000 Kč. Byl podán a následně schválen návrh na možnost preskripce sippingu onkologem, který je na podnět plátců péče podmíněn dokumentovaným nutričním rizikem (2–4 body dle dotazníku PSNPO), množstvím (600 kcal/den) a dobou (maximálně na 4 týdny).

Je několik důvodů, proč jsme usilovali o možnosti preskripce sippingu onkologem. Nákladná léčba je často zmařena podvýživou, přičemž náklady na nutriční intervenci mohou představovat zhruba 1 % nákladů na specifickou protinádorovou terapii, především cílenou (asi 1–2 tisíce Kč na nutriční intervenci vs. 100–200 tisíc Kč na specifickou onkologickou léčba). Dále je přítomno vysoké riziko z prodlení. Má-li být podpora výživovými doplňky poskytnuta včas, musí být dostupnost nutričních ambulancí dostatečná (časově a/nebo místně). Přibližně 10–14 dní nutriční péče má obvykle dostatečně pozitivní efekt. Máme důkazy o efektu výživy na náklady (doba hospitalizace, pooperační komplikace). V neposlední řadě jde o to, že v onkologii je vysoký výskyt malnutrice a výživa může významně pomoci efektivitě léčby.

Náklady na sipping a onkologickou léčbu

Uvedené skutečnosti nás vedly k tomu, že byla zahájena jednání s plátci péče a ambulantní onkolog má dnes možnost předepsat takřka všechny druhy sippingu. Je tak eliminováno riziko z prodlení. Optimálně objedná preskribující onkolog pacienta do nutriční ambulance, kde pak léčba dále pokračuje. Úhrada sippingu pojišťovnou je ve výši asi 1680 Kč/měsíc, přičemž doplatek pro pacienta představuje 200–1000 Kč/měsíc (podle druhu sippingu).

Ve srovnání s náklady vynaloženými na podání léčiv a řešení nežádoucích účinků léčby se jedná o relativně malé finanční částky. Kalkulovaná cena měsíční cílené protinádorové léčby cetuximabem v týdenním režimu představuje přibližně 120 000 Kč, stejně tak terapie sunitinibem (1 tableta denně stojí asi 4000 Kč). Léčba bevacizumabem v třítýdenním režimu u 70kilogramového pacienta vychází na více než 50 000 Kč měsíčně. Nicméně ani „běžná“ cytostatika nejsou lacinou záležitostí, obvykle se pohybujeme v částkách okolo 20 000 Kč měsíčně. Antiemetická profylaxe na jeden cyklus chemoterapie představuje náklady 680–4500 Kč (závisí na druhu a kombinaci antiemetik). Cena pegfilgrastimu, podávaného u režimů rizikových pro vznik febrilní neutropenie, je zhruba 23 000 Kč, přičemž i samotná terapie febrilní neutropenie u hospitalizovaného pacienta představuje náklady 20–80 000 Kč (data autora). Za nejmodernější protinádorové léky se v Česku ročně utratí asi 2,2 miliardy Kč, přičemž podle dat Všeobecné zdravotní pojišťovny je evidentní, že k největšímu nárůstu došlo mezi lety 2005–2009, kdy výdaje vzrostly z 80 milionů na 906 milionů korun, což bylo dáno výrazným nárůstem počtu pacientů (cca desetinásobným).

„Ekonomický pohled“ na znalost nutričního stavu nám může pomoci vytipovat skupiny pacientů, u nichž lze očekávat větší komplikace v průběhu léčby, dokonce můžeme zvažovat i nezahájení specifické protinádorové terapie. Existují data potvrzující, že ekonomicky nákladná cílená léčba nemusí přinášet benefit u pacientů se špatným nutričním stavem. Ten se v průběhu léčby mnohdy ještě zhorší. Úskalí při kalkulaci nákladové efektivity nutriční intervence jsou však značná. Jednak nelze z etického hlediska provést studii, která by srovnávala pacienty s nutriční podporou a bez ní, jednak jsou náklady na terapii komplikací způsobených podvýživou maskovány za onemocnění, která nejsou dávána do souvislosti s malnutricí (pneumonie, omezení pohyblivosti, srdeční selhání, opakované infekce, proleženiny, demence, nehojící se rány, tromboembolická nemoc atd.).

Data z české studie

Důkazem ekonomické smysluplnosti tekuté enterální výživy (sippingu) je projekt provedený v ČR. Posuzovali jsme efekt časné enterální výživy s vysokým obsahem bílkovin na komplikace a náklady léčby pacientů s kolorektálním karcinomem. Primárním cílem bylo zhodnotit efektivitu před- a pooperační nutriční podpory na výskyt komplikací bez závislosti na stavu výživy. Sekundárním cílem pak bylo zhodnocení ekonomického benefitu nutriční podpory. Prospektivní data studijní skupiny byla porovnána s retrospektivními daty kontrolní skupiny, která byla získána ve spolupráci s konkrétní zdravotní pojišťovnou. Ve sledované skupině pacientů indikovaných k perioperačnímu sippingu v dávce 40 g proteinů denně, bylo zaznamenáno 2,3x snížení výskytu dehiscence rány, 2,9x snížené riziko dehiscence anastomózy, poloviční výskyt infekčních komplikací a 1,8x méně častá nutnost rehospitalizace. Byly redukovány celkové náklady na léčbu, a to jak snížením počtu výkonů, tak redukcí potřeby materiálu a léků včetně antibiotik. Délka hospitalizace se zkrátila přibližně o 2 dny. Podstatným faktem je to, že celkové náklady dále klesaly v čase, a to i při kalkulaci provedené 180 dní po propuštění pacienta.

Nutriční podpora – součást komplexní péče

Současné situaci by jistě pomohlo dodržování logického algoritmu péče. Má-li pacient bolest, samozřejmostí jsou opatření vedoucí k analgezii. Má-li stomii, je k dispozici stomická sestra. Trpí-li nemocný insuficiencí periferního žilního systému, je nabídnuta možnost permanentního centrálního vstupu (port, PICC apod.). A konečně, je-li přítomna malnutrice (nebo je zde riziko jejího rozvoje), disponuje pracoviště nutričním týmem realizujícím nutriční intervenci v návaznosti na rutinní nutriční screening. Bez adekvátní nutriční intervence nejsme schopni dosáhnout skutečně komplexní protinádorové strategie. Nutriční podpora není v tomto smyslu „podávání drahého jídla“, ale forma terapie optimalizující metabolické funkce a umožňující dosažení efektivní protinádorové léčby. Udržení stávajícího stavu výživy je mnohem snadnější než odborně, časově i ekonomicky náročná terapie malnutrice, která je v některých případech i nemožná.

MUDr. Viktor Mañásek,
Komplexní onkologické centrum Nový Jičín,
Pracovní skupina nutriční péče v onkologii

Inzerce M141001503

TRENDY V ORL

Počítačem navigovaná chirurgie paranazálních dutin a rinobaze

Počítačem navigovaná chirurgie významně zvyšuje množství informací a usnadňuje orientaci v anatomicky složité oblasti paranazálních dutin a baze lební. Její použití, zejména u komplikovaných výkonů, znamená větší bezpečnost a radikalitu endoskopického výkonu. V žádném případě však nemůže nahradit znalosti a erudici operatéra.

Endoskopická endonazální chirurgie zaznamenala v posledních 30 letech bouřlivý rozvoj a její vznik představuje významný mezník v rinologii. Původní indikace, tj. zejména rinosinusitidy, jsou postupně rozšiřovány i na ostatní onemocnění paranazálních dutin a dutiny nosní (zákroky na septu, nosních skořepách, v nosohltanu, benigní i maligní tumory atd.). Pokrok v zobrazovacích metodách, rozvoj endoskopů, videořetězců a instrumentaria je postupně využíván i mimo hranice sinonazálního traktu. Dnes jsou již běžné endonazální operace slzných cest, uzávěry likvorových píštělí a další výkony v oblasti rinobaze, rozvíjí se výkony za hranicí baze lební (rino-neurochirurgie) a endoskopická transnazální chirurgie očnice, *fossa pterygopalatina* a *fossa infratemporalis*.

Anatomie výše uvedených oblastí je velmi komplikovaná a vyžaduje detailní teoretické znalosti, které musí být doplněny preparací kadaverů. Adepti endonazální chirurgie se učí nejprve jednoduché výkony, od kterých pomalu postupují ke složitějším, vždy pod dohledem zkušeného chirurga. Komplikace, které při tomto typu chirurgie hrozí, mohou být vzhledem ke strukturám, jež se v této oblasti vyskytují, závažné až život ohrožující. Je tedy logická snaha pokusit se operatérům usnadnit orientaci a přidat k předoperačním CT snímkům, endoskopickému pohledu a modelu, který si na základě anatomických znalostí a obrazové dokumentace chirurg musí vytvořit ve své hlavě, další opěrný bod.

První pokusy o propojení CT snímků se stereotaktickými rámy se objevují v 70. letech minulého století s cílem zpřesnění stereotaktických výkonů v neurochirurgii. Od té doby pokračuje vývoj technologií do současnosti se snahou o zpřesnění a zjednodušení celého systému počítačem navigované chirurgie (computer-assisted surgery, CAS), umožňujícího jeho použití v každodenní praxi. První použití CAS v otorinolaryngologii je publikováno v roce 1987 Schlondorffem.

Základní principy

Počítačem navigovaná chirurgie umožňuje operatérovi lokalizovat pozici nástroje v operačním poli ve vztahu k předoperačně provedené obrazové dokumentaci (CT, MR nebo jejich fúze) ve třech rovinách (axiální, koronální a sagitální), čímž zcela zásadně zlepšuje orientaci během výkonu, zvyšuje jeho bezpečnost a zlepšuje radikalitu.

Je třeba zdůraznit, že vlastní navigace probíhá na základě předoperačně získané obrazové dokumentace, a nemůže tedy postihnout změny anatomických poměrů, které vznikly během operace (na rozdíl od peroperačního zobrazování).

V současné době jsou v ORL používány dva systémy CAS: elektromagnetický a optický. Při elektromagnetickém systému vytváří emitér elektromagnetické pole v operované oblasti a hroty operačních nástrojů (senzory) jsou v tomto poli detekovány a digitálně korelovány s předoperační obrazovou dokumentací. V optickém systému jsou signály ze speciálních diod, které jsou umístěny na nástrojích, snímány kamerou a digitálně zpracovávány.

Před vlastním výkonem s použitím CAS je nejprve nutné provedení zobrazovacího vyšetření dle speciálních požadavků pro potřeby CAS. Základem pro operace paranazálních dutin a baze lební je obvykle vyšetření CT, kde jsou dokonale zobrazeny zejména kostěné struktury ohraničující jednotlivé prostory. Při výkonech za hranicemi dutin je vhodné doplnění MR, které umožňuje lepší znázornění měkkých tkání, přičemž moderní přístroje disponují softwarem, jenž dovoluje propojit oba typy zobrazení. Velmi zjednodušeně lze říci, že základními požadavky na provedení zobrazovacího vyšetření je pokrytí celé vyšetřované oblasti včetně měkkých tkání obličeje a dostatečný počet jednotlivých řezů (tloušťka řezů musí být menší než 2 mm).

Druhým nezbytným krokem je tzv. registrace. Pod tímto pojmem si představujeme propojení obrazové dokumentace a jednotlivých bodů v operačním poli, které se provádí těsně před vlastním výkonem. Nejprve počítač na základě zobrazovacího vyšetření zkonstruuje 3D model. Každému bodu v operačním poli odpovídá bod v obrazové dokumentaci, který je určen unikátními koordinátami v osách x, y, z.

Registraci lze provést několika způsoby: automatickou registrací (pomocí čelenky se speciálními body, kterou má pacient při provedení CT i při výkonu), registrací pomocí párování definovaných anatomických bodů, ze které vychází, nyní patrně nejvíce používaný, způsob registrace *contour-based registration*, kdy speciální sondou (trackerem) operatér konturuje povrch obličeje a získává velký počet bodů, ze kterých je kalkulována registrace.

Další krok po provedené registraci je ověření přesnosti systému na některé dobře definované struktuře jako například přední okraj dolní skořepy, okraj choany nebo zadní stěna čelistní dutiny. V praxi se nám osvědčilo se takto opakovaně ujišťovat o přesnosti i opakovaně během výkonu. Obecně akceptovatelná chyba pro většinu operačních rozhodnutí je literaturou uváděna maximálně do 1,5–2 mm.

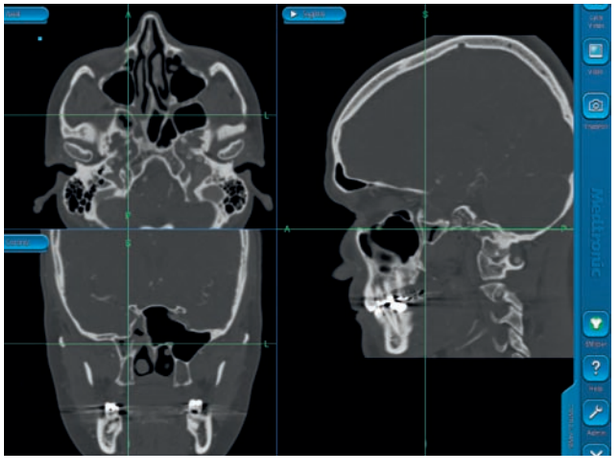
Indikace

Klinické použití CAS se výrazně liší mezi jednotlivými pracovišti. V zahraničí existují pracoviště, která používají CAS rutinně i u standardních výkonů. Většinou je však CAS rezervována pro složitější případy a v literatuře je použití navigace obvykle udáváno u 10–20 % endonazálních operací. Na našem pracovišti používáme tento systém v následujících indikacích:

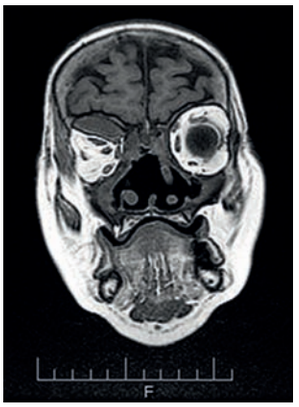
- revizní výkony,
- alterované anatomické poměry (úrazy, předchozí výkony, vývojové anomálie),
- extenzivní sinonazální polypóza,
- patologické procesy v oblasti frontální a klínové dutiny (*viz obr. 1*),
- onemocnění postihující bazi lební, očnici a zrakový nerv (*viz obr. 2*),
- likvorea,
- benigní a maligní tumory.

Do indikací k použití systému mohou vstupovat odborné společnosti v jednotlivých zemích a rovněž zdravotní pojišťovny. Již dnes je například patrná snaha v některých zemích omezit pracoviště provádějící například revizní výkony v oblasti frontálního sinu na pouze ta disponující CAS.

Rozhodně však neplatí pravidlo, že CAS je indikována u méně zkušených chirurgů, kdy může nahradit letitou erudici a usnadnit orientaci i u běžných výkonů. CAS zvyšuje míru informací během výkonu, ale spíše představuje jakousi přidanou hodnotu u zkušenějších operatérů. Naopak začínající rinochirurg, který by spoléhal pouze na navigaci jako na základní orientační kritérium, je na nejlepší cestě „navigovat se ke komplikaci“. Jistě však má CAS své místo v edukačním procesu.



Obr. 1 Použití CAS u patologického procesu v oblasti pravé klínové dutiny. Průsečík čar označuje hrot nástroje. | Foto: archiv autora



Obr. 2 Pacient s abscesem pravé očnice, který byl evakuován transnazálně s použitím CAS. | Foto: archiv autora

Výsledky

Z literatury nevyplývá, že by bylo s použitím CAS dosaženo výrazně lepších výsledků než bez navigačního systému. Toto je však dáno určitou nehomogenitou jednotlivých studií, která pramení zejména z různých indikací CAS. Nelze srovnávat výsledky, víme-li, že CAS je často rezervována pro nejsložitější a nejvíce komplikované případy. Lze předpokládat i zmenšení rizika komplikací při použití CAS, je však třeba randomizovaných studií, studií s větším počtem výkonů a metaanalýz pro jednoznačné potvrzení tohoto faktu.

Hlavní smysl CAS vidíme ve větším komfortu zkušeného operatéra i při složitějších endoskopických výkonech. Častá námitka na výraznější časovou náročnost výkonů prováděných s CAS již v dnešní době moderních přístrojů nemá výraznější opodstatnění. Na ORL klinice FNKV používáme elektromagnetický systém, jehož příprava včetně registrace obvykle netrvá déle než 10 minut. Naopak, použití CAS může v indikovaných případech usnadnit řadu peroperačních rozhodnutí a tím celkový čas výkonu zkrátit. Za hlavní, a v zásadě jedinou, nevýhodu lze tedy považovat určitou ekonomickou náročnost zařízení.

MUDr. Petr Schalek, Ph.D.,
ORL klinika 3. LF UK a FNKV Praha

Využití laserů **v očním lékařství**

Laser se stává stále populárnějším pojmem i nástrojem a používá se v mnoha odvětvích a oborech, medicínu nevyjímaje. Také v oftalmologii mají lasery široké využití, a to jak v diagnostice, tak v léčbě.

Laser. Fantastický technický vynález, který pro mnoho lidí představuje zázrak a zázraky od něho i čekají. Co však toto slovo znamená a jaký přístroj se pod ním skrývá? Jsou to počáteční písmena anglického názvu pro světelný kvantový generátor. LASER = light amplification by stimulated emission of radiation. Volně přeloženo to znamená zesílení světla pomocí nuceného uvolnění záření. Čili je to přístroj, který přetváří dodanou energii ve světelný paprsek výjimečných kvalit.

Lasery se v současnosti používají snad ve všech oborech lidské činnosti. Měří vzdálenosti, zaměřují cíl, mapují, vrtají, přesně opracovávají různé materiály, vytvářejí hologramy, snímají informace nebo hudbu z kompaktních disků, byly využity pro technologie Hvězdných válek a tak bych mohl pokračovat dál. I pro medicínu a tradičně pro oční lékařství jsou lasery velmi důležité. Již v roce 1960 byl k léčbě onemocnění sítnice použit rubínový laser a později byly postupně využity i další druhy laserů paralelně s tím, jak byly objeveny.

Diagnostika i léčba

Využití laserů v oftalmologii je velmi široké. V diagnostice očních onemocnění se mohou uplatnit pro výjimečné charakteristiky svého paprsku. Jejich světlo dovolí například zmapovat rohovku a sítnici, změřit sílu zánětu v přední komoře oční nebo rychlost proudění krve v očních cévách. Zajímavější, známější a velmi důležitá je laserová léčba očních onemocnění. K této léčbě můžeme použít více druhů laserů a můžeme je používat i různým způsobem.

Rozeznáváme několik základních způsobů laserového působení na tkáň. Jedná se o biostimulaci, fotodynamickou léčbu, fototermickou léčbu, fotoablaci a fotodisrupci. Biostimulační laserová léčba nízkoenergetickým laserovým světlem urychluje tkáňové pochody, působí protizánětlivě a urychluje hojení. V oční medicíně se nepoužívá.

Fotodynamická a fototermická funkce

Při léčbě fotodynamické zvýšíme citlivost cílové tkáně na příslušné laserové záření. Buď cílovou tkáň obarvíme, nebo zvýšíme její citlivost lékem, který se v ní cíleně vychytává. Poté využijeme zvýšené citlivosti cílové tkáně, která je působením laserového záření selektivně zničena, zatímco okolní tkáň přežívá. Tento způsob léčby nám dnes pomáhá při léčbě určitého typu věkem podmíněné degenerace žluté skvrny sítnice (VPMD).

Velmi důležitá a v očním lékařství tradiční je léčba fototermická. Při ní se laserová energie přemění v cílovém prostoru v teplo. V ozářeném místě vznikne zánět a až posléze třeba i pevná jizva. Takto se zelené, žluté nebo červené světlo Nd-YAG nebo diodového laseru používá k léčbě onemocnění sítnice postižené např. cukrovkou, zánětem, odchlípením nebo pozdní formou VPMD. Neupravené světlo diodového nebo Nd-YAG laseru o vysokém výkonu se může u zeleného zákalu s vysokou produkcí nitrooční tekutiny použít ke zmírnění její produkce. Ozářením místa produkce tekutiny v dostatečném rozsahu a následným jizvením produkci tekutiny a tím i nitrooční tlak snížíme. Vydává-li laser vyšší energii, která se stoprocentně vychytá ve tkáni, je možno takovým paprskem tkáň řezat. Typicky se k tomuto účelu používá vysokoenergetických CO_2 a Nd-YAG laserů. Řez tkání je naprosto přesný, hladký a velmi málo krvácí. Takto se dají operovat například převislá víčka.

Vysokovýkonné lasery Nd-YAG, Er-YAG a CO_2 laser se používají i ke kosmetické chirurgii. Podstata účinku spočívá v odpaření povrchové vrstvičky kůže, která se tím napne a zbaví vrásek. Tak se dají vyhladit např. vrásky u očních koutků. Zášlehem vysoké laserové energie lze ničit pigmentové skvrny nebo odpařovat nezhoubné kožní novotvary.

Fotodisrupce a femtosekundový laser

Při fotodisruptivní léčbě vytváří vysokoenergetický Nd-YAG laser v cílové tkáni plasmatickou jiskrou mikrovýbuch. Touto „mikroexplozí“ lze rozbíjet jemné oční struktury obdobně, jako bychom v cílovém prostoru měli k dispozici špičku velmi ostré jehly. Tímto způsobem nejčastěji léčíme zelený nebo druhotný šedý zákal. Při operaci šedého zákalu se totiž nejprve otevře přední pouzdro zkalené čočky, tímto otvorem se rozbije a odsaje zkalený obsah a do takto vyčištěného zbytku pouzdra původní oční čočky se vloží čočka umělá. Zadní část původního pouzdra čočky, která je po operaci čirá, se bohužel někdy za čas opět zkalí a vznikne druhotný šedý zákal. Tento problém se potom řeší právě plasmatickou jiskrou fotodisruptivního Nd-YAG laseru. Jednoduše se v centru zkaleného zadního pouzdra, tedy uvnitř oka a za umělou nitrooční čočkou, „vystřílí“ sérií plasmatických výbuchů otvor, který zprůhlední optickou osu a opět umožní vidění. Nyní se tohoto druhu laseru, tzv. femtosekundového laseru, začíná používat i k asistované operaci prvotního šedého zákalu. V pevném spojení s okem je tento laser schopen vytvářet sumací svých mikrovýbuchů dvourozměrné tvary. Připraví chirurgovi řezy v rohovce, otevře přední pouzdro zkalené čočky, změkčí vnitřní obsah, provede řezy v rohovce ke snížení astigmatismu. Pomáhá tak chirurgovi zpřesnit operaci šedého zákalu, ale stále to nezvládne sám, chirurg musí laserem připravenou operaci zrealizovat a dokončit. Takže stále je to operace při otevřeném oku a laser pouze snižuje použití ultrazvuku, který se k rozbití a odsátí zkaleného vnitřku čočky stále s úspěchem používá.

Fotodisruptivně lze řešit i některé druhy zeleného zákalu. Pomocí mikrovýbuchů se vytváří komunikační otvory v různých očních tkáních. Vytvoříme-li např. u zeleného zákalu s úzkým úhlem otvor v periferii duhovky, předcházíme možnosti záchvatovitého zvýšení nitroočního tlaku u tohoto typu zeleného zákalu.

Fotoablace, excimerové lasery

Poslední způsob použití laseru v očním lékařství je fotoablace.

Ilustrační foto: Shutterstock

Je to vysoce energetická záležitost. Laserové záření při fotoablaci tkáň prostě v určité vrstvičce dokonale rozloží. Efekt laseru při fotoablaci si můžeme představit jako superrychlou sublimaci. Využívá se v tzv. refrakční chirurgii – chirurgii refrakčních zrakových vad. Provádí se excimerovými lasery. Ty jsou schopné „vysoustruhovat“ v rohovce optickou plochu předem spočítaného tvaru. V rohovce se tak vytvoří jakoby trvalá kontaktní čočka a nemocný je zbaven nutnosti nosit brýle. U krátkozrakosti do -2 až -4 D se může zákrok provádět na povrchu rohovky a úspěšnost je velmi vysoká, komplikací je minimum. U těžší krátkozrakosti (-3 až -6 D) se provádí odpaření tkáně pod odkrytou povrchovou rohovkovou lamelou, tzv. LASIK, opět s vysokou úspěšností. I u přidruženého astigmatismu do 5–6 D jsou výsledky výborné. Horší je situace u dalekozrakosti, kde se zatím daří snížit hodnotu oční vady jen o asi 3–4 D a v některých případech není výsledek trvalý. Na řešení stařecké vetchozrakosti pomocí laseru se intenzivně pracuje.

V oblasti refrakční chirurgie se v poslední době začaly využívat i femtosekundové lasery. Jsou schopny zastoupit mechanický mikronůž při tvorbě rohovkové lamely u metody LASIK. Dnes již lze krátkozrakost operovat i jen s pomocí femtosekundového laseru – metoda ReLEx. Při ní se uvnitř stromatu rohovky vyřízne pomoci femtosekundového laseru drobná čočka, jejímž odstraněním dosáhneme vypočítaného dioptrického efektu.

Refrakční operace očních vad femtosekundovým nebo excimerovým laserem jsou zákroky kosmetické, protože podstatu choroby neléčí, jen oko dioptricky upravují. Zdravotní pojišťovny je z těchto důvodů nehradí a nemocný musí za výkon zaplatit sám. Tyto lasery samotné, ale i jejich provoz, jsou velice drahé a využívají je většinou soukromé společnosti.

Závěr

Jak je z předchozího zřejmé, laser, tento moderní přístroj, významně pomáhá očním lékařům v jejich úsilí zachovat nebo navrátit zrak a možnosti jeho použití jsou čím dál rozsáhlejší. Nevýhodou je rozmanitost oční laserové léčby a nutnost speciálních laserů pro různé druhy laserové oční léčby. Cena této techniky je vysoká, což – při současném obecném trendu šetření v našem zdravotnictví – výrazně omezuje její rozšiřování a velmi ztěžuje její obnovu.

O používání laserů v očním lékařství by se dalo napsat daleko více a podrobněji, ale snad tento stručný přehled umožní alespoň základní orientaci. Více účelem tohoto článku není.

doc. MUDr. Jiří Pašta, CSc., FEBO,
Oční klinika 1. LF UK a ÚVN Praha

ODBORNÉ AKCE

MZ ČR vypracuje strategii pro řešení dekubitů

Docentka Andrea Pokorná

Dvacátý listopad byl Evropským poradním panelem pro otázky dekubitů (EPUAP) vyhlášen Světovým dnem „Stop dekubitům“. Ministerstvo zdravotnictví ČR podporuje tuto výzvu s cílem upozornit odbornou veřejnost na problém s dekubity a vytvořit národní strategii pro jeho řešení. V rámci mediální podpory akce uspořádala divize Medical Services Mladé fronty, a. s., 20. listopadu tiskovou konferenci zaměřenou na tuto problematiku.

Dekubity představují závažný problém ve zdravotnictví i domácí péči. Dlouhodobým prevalenčním šetřením Národního referenčního centra v 10 sledovaných nemocnicích bylo zjištěno, že ročně je dekubity postiženo 3–5 % hospitalizovaných pacientů. Ačkoli jsou průběžně zaváděny mezinárodně uznávané metody využívající nové pomůcky a materiály, vzniku dekubitů nelze zcela zabránit. Vyšší stupeň poškození je pak spojen nejen se strádáním nemocného, ale také s podstatně vyššími náklady na jeho léčbu. Jednou z priorit ošetřovatelské péče je Návrh národní strategie v oblasti prevence, sledování, míry rizika a výskytu dekubitů a jejich ošetřování, který podpoří kvalitu poskytovaných zdravotních služeb.

Kulatý stůl

V souvislosti s připravovanou strategií proběhl v červnu tohoto roku Kulatý stůl, kterého se účastnili hlavní sestra MZ ČR, ředitel ÚZIS a zástupci Národního referenčního centra, České asociace sester,

MUDr. Ivo Bureš | Foto: archiv MF

České společnosti pro léčbu rány, poskytovatelů zdravotních služeb a vzdělávacích institucí. Z jednání vyplynuly závazky a cíle, jako je průběžné zvyšování povědomí o problematice dekubitů u profesionálů i laické veřejnosti, povinnost poskytovatele péče zavést systém evidence výskytu dekubitů či vypracovat jednotný systém hlášení výskytu dekubitů. „Společně usilujeme o naplnění sloganu EPUAP pro rok 2014, který zní: ‚Více společně realizovaných aktivit přinese více výhod pro naše pacienty.‘ a přiblížení se k naplnění práva pacientů na život bez dekubitů,“ uvedla ředitelka odboru ošetřovatelství a nelékařských povolání a hlavní sestra Ministerstva zdravotnictví ČR Mgr. Alena Šmídová.

Motivovat k hlášení

Na význam monitorování a hlášení výskytu dekubitů upozornila doc. PhDr. Andrea Pokorná, Ph.D., z katedry ošetřovatelství LF MU v Brně. „Dekubity představují nežádoucí událost ve zdravotnickém systému, ale jejich výskyt nelze dávat jen za vinu zdravotnickému zařízení a nejsou jediným indikátorem zdravotní péče. Vzniku dekubitů nelze zcela zabránit, můžeme však zmírnit jejich průběh. V žádném případě by se zdravotníci neměli obávat trestu za jejich hlášení,“ vysvětlila doc. Pokorná. Hlášení dekubitů podle ní musí být povinné a současně je třeba ošetřující naučit dekubity správně diagnostikovat, klasifikovat a léčit.

„Dekubity jsou nepříjemnou záležitostí jak pro pacienta, tak pro zdravotníka. Problémem je i to, že jsou obvykle součástí rozsáhlého onemocnění a zdaleka nepředstavují jen otlaky. Zejména se to týká starých lidí a pacientů v terminálním stadiu nemocí. Jejich výskyt také souvisí se stavem výživy. Někdy se dekubity infikují a je nutno podávat antibiotickou léčbu. Mnohdy jsou rány tak hluboké, že je třeba udělat plastiku, na niž však pacienti čekají i měsíce. Prevence jejich vzniku je zcela zásadní. Rozhodně nejlepší je dekubity vůbec nemít,“ konstatoval místopředseda České společnosti pro léčbu rány MUDr. Ivo Bureš z geriatrického centra Nemocnice Pardubice.

Aktivity FN Plzeň

„V péči o pacienty s dekubitem pomáhají osvědčené postupy, jejichž součástí je správné a pravidelné polohování pacienta, sledování pokožky a péče o kůži, redukce vlhkosti a různé antidekubitní pomůcky,“ uvedla Mgr. Nina Müllerová z Fakultní nemocnice Plzeň, která se s účastníky podělila o zkušenosti se sledováním výskytu dekubitů, jejich prevencí a léčbou na svém pracovišti. FN Plzeň se aktivně zapojuje do projektu Stop dekubitům a ve spolupráci s Českou asociací sester pořádá mimo jiné vzdělávací a certifikační akce pro sestry a edukuje také veřejnost.

Podnětným zpestřením konference bylo závěrečné vystoupení herce Jana Potměšila, který vyprávěl svůj příběh od autonehody a následného ochrnutí přes překážky a výzvy, které s sebou toto poranění nese. Pacient přinesl tak trochu jiný pohled na problematiku dekubitů a poskytl užitečné tipy na jejich prevenci i zkušenosti z každodenní praxe pacientů na vozíku. Jeho výstup ocenila zejména doc. Pokorná, která řekla: „Uvědomila jsem si, jak často my zdravotníci problémy našich pacientů bagatelizujeme. Nepodáváme informace ve správný čas a nerespektujeme autonomii nemocných. Je opravdu důležité, abychom si vzájemně naslouchali.“

Více na: *www.epuap.org, www.cnna.cz/dekubity a www.mzcr.cz*

MUDr. Andrea Skálová

Inzerce M141001422

Pacienti s ADHD **za své chování nemohou**

Problematika poruchy pozornosti s hyperaktivitou (attention deficit hyperactivity disorder, ADHD) byla tématem 1. mezinárodní konference dětské psychologie, která proběhla 21.–25. listopadu v Národní technické knihovně v Praze. Akci nazvanou „ADHD jako osobní a společenská výzva“ pořádal Národní institut pro děti a rodinu.

ADHD je neurovývojovou poruchou postihující přibližně 5–8 % dětské populace v míře, která vyžaduje odbornou pomoc. V ČR se jedná o více než 130 tisíc dětí a dospívajících. U poměrně velké části těchto dětí potíže přetrvávají i v období dospívání a dospělosti. Americká psychiatrická asociace v této souvislosti definuje poruchu již jako celoživotní. V rámci konference byly představeny nejnovější poznatky v oblasti diagnostiky a terapie od předškolního věku, programů úspěšné integrace do vzdělávacího systému základních a středních škol až po intervenční techniky pro dospívající a dospělé. Konference se zúčastnili přednášející z více než 10 zemí světa. Součástí akce byly i dva workshopy, zaměřené na „ADHD v předškolním a školním věku“ a „diagnostiku a terapii ADHD“.

V následujícím textu upozorňujeme na některé zajímavé poznatky, které zazněly v příspěvcích prezidentky ADHD Europe Andrey Bilbowové, ředitele programu pro léčbu a výzkum ADHD na Pensylvánské univerzitě dr. Russela Ramsayho a psychiatra z lékařské fakulty Harvardovy univerzity dr. Craiga Surmana. Konferenci moderoval vedoucí oddělení vzdělávání České lékařské komory PhDr. et PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA.

Proč léčit ADHD?

Andrea Bilbowová, která léta prostřednictvím organizace ADHD Europe usiluje o rozšiřování povědomí rodičů a učitelů o ADHD, je sama matkou syna s touto poruchou. V příspěvku se zamýšlela nad tím, je-li ADHD skutečnou nemocí a proč je třeba ji léčit. „Rodiče dětí s ADHD prožívají velký stres. Často se jim rozpadá rodina, někteří ztrácejí zaměstnání. Neléčené děti mají problémy ve škole i v životě, některé se dostanou do ústavů, mohou se z nich stát delikventi, někteří se stávají se závislými na návykových látkách, hrozí jim uvěznění a vykazují i vysoké riziko sebevraždy. Někdy mají tyto děti současně poruchu autistického spektra, což přináší problém s případnou medikací. Jedna matka mi řekla, že kdyby její dítě bylo pes, nechala by ho utratit,“ uvedla prezidentka ADHD Europe a zároveň zdůraznila, že dotyčná matka tím nevyjádřila nedostatek lásky, ale tíhu, jakou často musí nést rodič takto postiženého dítěte. Na druhé straně, když se rodiče rozhodnou podávat dítěti s ADHD léky, ocitají se nejednou pod palbou kritiky ostatních rodičů, kteří s farmakologickou léčbou nesouhlasí. „V životě jsem čelila různým kritikám. Mnozí rodiče si myslí, že tyto děti jsou prostě zlé nebo nevychované. Ale věřte, že pokud dítě s ADHD léčíte a podaří se vám ho udržet na škole a v zaměstnání, lze to považovat za veliký úspěch. Je třeba je podporovat a věřit v ně,“ doporučila Andrea Bilbowová.

Foto: Marek Podhora

ADHD u dospívajících a dospělých

Dr. Ramsey, který se specializuje na práci s dospělými s ADHD, poukázal na skutečnost, že neléčené děti s ADHD z této poruchy „nevyrostou“ a asi u 40 % z nich přetrvávají symptomy do dospělého věky. Zatímco však v dětství se ADHD projevuje zejména motorickým neklidem, impulzivitou, agresivitou a sníženou frustrační tolerancí, v dospělosti převládá spíše impulzivita verbální, neklid, netrpělivost, střídání činností a snadná znuděnost. Vedle samotné poruchy ADHD se u dospělých často vyskytují komorbidity jako zneužívání návykových látek, anxieta či deprese. ADHD bývá také spojována s vyšší nemocností a úmrtností dospělých pacientů, vyšším výskytem obezity, zranění při nehodách, spánkovými a sexuálními poruchami a vyšším kardiovaskulárním rizikem. „Lidé s ADHD si osvojují negativní pohled na sebe a svět, prožívají životní frustraci, vykazují vyhýbavé chování a mívají problémy se sociálními dovednostmi,“ uvedl Rusell Ramsay. V příspěvku představil některé diagnostické nástroje ADHD vycházející z modelu exekutivních funkcí, tedy sebeřízení.

Fast minds

Podle dr. Craiga Surmana, specializujícího se na intervenční přístupy k terapii ADHD, přicházejí pacienti typicky se symptomy, které lze charakterizovat jako *fast minds* (rychlá mysl). Tyto symptomy jsou: F – *forgetful* (zapomnětlivý), A – *achieving below potential* (nevyužívá plně svůj potenciál), S – *stuck in a rut* (nesnáší stereotyp), T – *time challenged* (problém s dodržováním termínů), M – *motivationally challenged* (problém s motivací), I – *impulsive* (impulzivní), N – *novelty seeing* (vyhledává nové), D – *distractible* (roztržitý), S – *scattered* (špatně se soustředí). „Mnozí tito pacienti viní z uvedených problémů sebe. Je třeba jim vysvětlit, že za svou poruchu nemohou a neměli by se za ni obviňovat,“ zdůraznil dr. Surman. V příspěvku ukázal srovnání jednotlivých farmakologických i nefarmakologických léčebných přístupů. „Stimulancia a nestimulující psychofarmaka mají v léčbě nesporný efekt, samy o sobě nicméně nevyřeší všechny problémy. Farmakologickou léčbu je vhodné doplnit dalšími intervencemi, jako jsou zejména trénink sociálních dovedností, školní intervence, behaviorální terapie, rodinná terapie, dodržování správné životosprávy a další. Nesmírně důležité je v těchto pacientech vzbudit naději v budoucnost, podporovat je, v čem jsou dobří a ubezpečit je, že v ně věříte,“ uzavřel podobně jako Andrea Bilbowová i Craig Surman.

MUDr. Andrea Skálová

V diagnostice a léčbě ADHD dospělých máme rezervy

Na konferenci zazněly zajímavé poznatky ze zahraničí. Jak jsme na tom s diagnostikou a léčbou ADHD v České republice, jsme se zeptali **MUDr. Michala Goetze, Ph.D.**, z Dětské psychiatrické kliniky 2. LF UK a FN Motol v Praze, který vedl konferenční workshop zaměřený na tuto problematiku.

Můžete přiblížit, jak u nás zvládáme péči o pacienty s touto poruchou?

Za posledních 10 let se udělalo obrovské množství práce ve zlepšení diagnostiky a léčby ADHD u dětí. Máme již k dispozici mezinárodní validizované škály pro hodnocení příznaků této poruchy, proběhla řada vzdělávacích seminářů a rodiče začínají chápat, že některé potíže jejich dětí nejsou zlobení nebo výchovné chyby, ale že tyto děti mají poruchu, která se vyvíjí od prenatálního věku a začíná se projevovat především ve věku školním. Velké rezervy jsou určitě v komplexnosti péče, to znamená, že zde chybí specializovaná centra, která by poskytovala nejen farmakoterapii, ale také psychosociální intervenci – tedy individuální práci s dítětem, rehabilitaci potíží se sebeřízením a organizací, práci s rodinou apod.

V oblasti diagnostiky a léčby dospívajících a dospělých pacientů s ADHD jsme zatím příliš nepokročili. Zčásti je to proto, že v dětském věku můžete oslovit rodiče a učitele, čímž výrazně zvýšíte spolupráci s lékařem, zatímco v adolescenci a dospělém věku je těžší potřebné informace dostat k těm, kteří je potřebují. V současnosti se začínáme zaměřovat na ADHD u dospělých, protože, jak zde opakovaně zaznělo, jde o dlouhodobě probíhající neurovývojovou poruchu. Od ledna budeme mít schválenou farmakologickou léčbu pro dospělé s touto poruchou, takže pacientům bude možné nabízet komplexnější péči než dosud. Pořád je před námi ale velké množství práce v rovině vzdělávání o perzistenci ADHD v dospělosti. Koneckonců i o tom byla tato konference. Chceme poukázat mimo jiné na to, že mnozí pacienti jsou již v péči psychiatra pro jinou duševní poruchu,

ale jejich ADHD není dostatečně podchycena.

Kam se mohou obracet lékaři, pokud mají takového pacienta v péči?
Při univerzitních psychiatrických klinikách začínají vznikat specializovaná centra, jedno takové již funguje například na Psychiatrické klinice 1. LF UK v Praze. Další se připravují a doufáme, že informace a zkušenosti se budou šířit do regionálních ambulancí.

Můžete zatím doporučit alespoň zdroje pro vzdělávání, například na internetu?
Na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy proběhl projekt s názvem Nepozorní. Na stejnojmenném webu (*www.nepozorni.cz*) naleznou zájemci potřebné informace včetně edukačního videa, autentických výpovědí dospělých pacientů s ADHD, brožuru pro pacienty apod.

Doktor Surman uvedl ve své přednášce, že v USA je k dispozici 9 léků na ADHD. Jak jsem na tom u nás? A budou výhledově nějaké změny?
Co se týče farmakologické léčby, máme u nás nesrovnatelně horší podmínky než ve Spojených státech amerických. K dispozici je jeden typ stimulancia, který existuje ve dvou lékových formách (s rychlým a pomalým uvolňováním) – Ritalin a Concerta, a jeden nestimulační preparát – Stratera. Dospělým lze předepsat všechny tyto tři léky, nicméně u Ritalinu a Concerty zatím bohužel není u dospělých pacientů výhled na úhradu ze zdravotního pojištění. To bude nutné změnit.

Mají některá další u nás dostupná psychofarmaka pozitivní efekt na ADHD? Nebo jinak, mohli by pacienti léčení pro psychiatrické komorbidity těžit z účinku jiných léků?
Obávám se, že ne. Ostatní psychofarmaka nevykazují přímý efekt na symptomy ADHD. Mohou pomoci pouze s přidruženými (komorbidními poruchami). U pacienta léčeného pro komorbidní poruchy, například depresi, abúzus návykových látek, či úzkosti, přetrvávají symptomy ADHD, což znamená, že stále nemá svůj život pod kontrolou.

Na konferenci byly také zmíněny komorbidity ADHD a autismu u dětí. Může být v praxi problém tyto diagnózy odlišit? Eventuálně zaměnit ADHD s mentální retardací?
Tam problém nevidím. Je pravda, že autismus může paralelně existovat vedle ADHD a také při mentální retardaci se mohou objevovat symptomy ADHD. V diagnostice autismu se díky úsilí kolegů z Dětské psychiatrické kliniky v Motole a sdružení APLA opravdu velmi pokročilo. Dětští psychiatři jsou dnes zvyklí diagnostikovat autismus a potřebné nástroje jsou dostupné v češtině, v případě pochybností mohou své pacienty odkázat do specializovaných center. Zlepšila se také spolupráce s pedagogicko-psychologickými poradnami, středisky výchovné péče a speciálními pedagogickými centry. Ta začínají využívat screeningové škály pro hodnocení symptomů ADHD, stejně jako screeningové škály pro poruchy autistického spektra a zvykla si také rutinně spolupracovat s dětským psychiatrem. Co je však třeba výrazně zlepšit, je dostupnost ambulancí dětské psychiatrie. Jejich počet je katastrofálně nedostatečný, což není vina dětských psychiatrů, ale zdravotních pojišťoven.

MUDr. Andrea Skálová

Ebola 2014: situace v afrických zemích je kritická

Mimořádnou konferenci k aktuálnímu tématu „Ebola“ uspořádala Česká lékařská komora 21. listopadu v Clarion Congress Hotel Prague. Účastníci konference měli možnost vyslechnout si příspěvky zainteresovaných českých odborníků na danou problematiku.

Výtěžek z dobrovolného vstupného ve výši 60 000 Kč putoval na účet organizace Lékaři bez hranic, která se aktivně podílí na boji s Ebolou a dalšími krvácivými horečkami.

Zleva: Milan Kubek, Hana Roháčová, Vladimír Valenta, Michal Kroča a Alena Šteflová | Foto: Andrea Skálová

Vysoce nebezpečné nákazy

Ebola patří mezi vysoce nebezpečné nákazy (VNN), charakterizované vysokou úmrtností a transmisí. Mezi VNN se řadí například cholera, plicní mor, SARS či další virové hemoragické horečky (VHH) – kromě Eboly je to Lassa, Dengue nebo marburgská nemoc. Možnost zavlečení některé z VNN do České republiky je reálná. Riziko šíření nákazy je spojeno s turistikou, migrací obyvatel, vojenskými a humanitárními misemi, nelegálním dovozem zvířat, eventuálně hrozí i zneužití některých patogenů v rámci bioterorismu.
O epidemiologické připravenosti České republiky na možný výskyt některé z VNN hovořil hlavní hygienik ČR MUDr. Vladimír Valenta, Ph.D. „Systém připravenosti na vysoce nebezpečné nákazy vychází z mezinárodních předpisů a můžeme jej v rámci evropského regionu považovat za nadprůměrný. K dispozici jsou směrnice a na několika falešných případech nákazy ověřené podrobné informace, upravující postup všech resortů včetně integrovaného záchranného systému. Uvedené postupy zahrnují i opatření přijímaná v letadlech, na letištích a hraničních přechodech. V případě výskytu vysoce nebezpečné nákazy putuje rychlá informace epidemiologovi a hlavnímu hygienikovi a okamžitě se aktivuje systém, během něhož se realizuje transport pacienta do příslušného zdravotnického zařízení, jeho izolace a poskytnutí adekvátní léčby. Současně jsou přijata karanténní opatření, zahrnující mimo jiné vyhledávání kontaktů nákazy,“ uvedl MUDr. Valenta.
Nesmírně důležité je podle něj odebírání cestovatelské anamnézy a věnování pozornosti symptomům u lidí vracejících se z rizikových zemí. „V současnosti prověřujeme aktuální pobyty českých občanů a zahraničních studentů v zemích postižených epidemií Eboly. Co se týče dalších opatření, průběžně probíhají opakovaná jednání Komise pro řešení výskytu závažných onemocnění a meziresortní jednání, poskytli jsme také finanční a materiální humanitární pomoc do zahraničí,“ informoval hlavní hygienik. V závěru příspěvku vyzdvihl význam práce epidemiologů a hygienické služby, bez nichž by nebylo možné případnou epidemii zvládnout. „Mnozí kolegové pracují obětavě a nad rámec svých povinností. Musím však připomenout, že během posledních 10 let výrazně klesly výdaje na provoz hygienické služby, mzdy našich pracovníků jsou o polovinu nižší než mzdy nemocničních lékařů, navíc lékařů hygienické služby ubývá a zvyšuje se jejich průměrný věk,“ upozornil MUDr. Valenta.

Ebola a zdravotníci

Mezi zdravotníky, kteří jsou nejvíce ohroženi vysoce nebezpečnými nákazami, patří praktičtí lékaři, sestry, pracovníci RZS, personál lůžkových zařízení, patologové a lidé působící v pohřebnictví. Na důsledné zjišťování cestovatelské anamnézy u navrátilců z ciziny a používání ochranných opatření upozornila nejen v souvislosti s probíhající epidemií Eboly také primářka infekčního oddělení Nemocnice Na Bulovce MUDr. Hana Roháčová, Ph.D. „V čekárnách lékařů by mělo viset upozornění pro pacienty: ‚Pokud jste se vrátili z Afriky, okamžitě to nahlaste zdravotnickému personálu!‘ Nakaženého pacienta je nutno izolovat. Zde chci upozornit, že ochrana obyvatel a zdravotníků je nadřazena právům pacienta. Při podezření na vysoce nebezpečnou nákazu je nezbytné použít standardní ochranné pomůcky, které je vhodné mít pro ten případ připravené v ordinaci. Dále je třeba zavřít ordinaci a kontaktovat epidemiologa, který určí další postup. Sestra mezitím sepíše seznam kontaktů nemocného,“ vysvětlila Hana Roháčová.
Jak dále infektoložka uvedla, samotná horečka u cestovatelů může mít pochopitelně více příčin, těmi nejčastějšími je nákaza malárií či Dengue. Pacient také může mít duplicitní nákazu. Podle infektoložky je vždy lepší situaci přecenit než nebezpečí zavlečení Eboly podcenit.

Ebola a WHO

Jakou roli sehrává Světová zdravotnická organizace (WHO) v současné epidemii Eboly, jaké kroky v tomto ohledu podnikla a jakými disponuje prostředky pro potírání nákazy, informovala ředitelka Kanceláře WHO v České republice MUDr. Alena Šteflová, Ph.D., MPH.
WHO se podílí na kontrole ohnisek nákazy, zavádění preventivních opatření, péči o nemocné a dále podporuje vlády a informuje veřejnost o dané problematice. V souvislosti s aktuální epidemií monitoruje epidemiologickou situaci v jednotlivých zemích a rozesílá pravidelné zprávy. „Začátkem srpna vyhlásila WHO stav ohrožení veřejného zdraví mezinárodního významu. Vyhlášení tohoto stavu je spojeno jak s obchodními a turistickými restrikcemi, tak s větším vlivem WHO na vlády jednotlivých zemí a mobilizací zahraniční pomoci,“ vysvětlila MUDr. Šteflová.
Ebola byla v rámci aktuální epidemie hlášena z 8 zemí (probíhala nebo probíhá v 6 afrických státech, importovaná nákaza se objevila ve Španělsku a USA). Z pohledu známých a zachycených epidemií je tato epidemie Eboly první, která překročila hranice jednoho státu a šíří se na další území. Navíc se objevila v lokalitách dosud Ebolou nezasa-

žených. V polovině listopadu tohoto roku měla Ebola na svědomí už 15 tisíc nakažených, z toho 5 tisíc nemoci podlehlo. Nejvíce nemocných hlásí Libérie, Sierra Leone a Guinea. Nakaženo bylo téměř 600 zdravotníků, z nichž více než 3 stovky zemřely. Postižené země se potýkají jak s nedostatkem lůžek pro nemocné, tak s nedostatkem lidských zdrojů. Náklady na zastavení epidemie činí orientačně 490 milionů dolarů, nejsou zde však započítány náklady na širší podporu postižených zemí. Z léčebných možností jsou k dispozici pouze produkty krevních derivátů a podpůrná léčba, ve fázi klinického testování je několik kandidátních vakcín. „Použití těchto vakcín v současné epidemii provázely etické otazníky, nicméně v polovině srpna udělil etický expertní panel souhlas k tomu, že za závažných okolností, jako je tato, může být uvedená experimentální léčba za určitých podmínek použita," řekla Alena Šteflová. Současně upozornila, že Ebola není zdaleka jediným epidemiologickým problémem, který je třeba řešit. Africké země postižené Ebolou devastuje malárie, cholera a HIV, přičemž tyto země v současnosti nemají kapacitu problém řešit, neboť veškeré zdroje byly vloženy do boje s Ebolou.

Specializované centrum v Těchoníně

O aktuálních kapacitách a schopnostech Armády České republiky (AČR) při reakci na výskyt vysoce nebezpečné nákazy informoval ředitel odboru biologické ochrany Těchonín Vojenského zdravotního ústavu Praha pplk. RNDr. Michal Kroča, Ph.D. AČR disponuje od roku 2011 specializovanou infekční nemocnicí, která má 40 lůžek v pohotovostní připravenosti, dále mobilní kapacity s izolačními boxy a personální kapacitu asi 50 lidí, kteří jsou schopni být do 120 minut na pracovišti. Toto zařízení pracuje v režimu biologické ochrany BSL-4, tedy nejvyšším možném režimu pro práci s VNN. AČR je schopna zajistit pozemní i letecký transport pacientů s VNN, disponuje vybavením pro dekontaminaci zamořených prostor a materiálu, stejně jako laboratorní diagnostikou. Zatímco Centrum pro řešení vysoce nebezpečných nákaz je součástí Infekční kliniky Nemocnice Na Bulovce, specializované infekční oddělení v Těchoníně slouží jako záložní pracoviště pro dané účely.

Situace je kritická

Z jiného pohledu pak ředitel pobočky Lékařů bez hranic Mgr. Pavel Gruber a jeho kolegyně MUDr. Dora Jedličková seznámili účastníky konference s aktivitami své organizace v boji s hemoragickými horečkami a zkušenostmi z probíhající epidemie Eboly. „Současná situace v afrických zemích je kritická, neboť centra jsou v situaci, kdy musejí odmítat prokazatelně nakažené pacienty," upozornil Mgr. Gruber. Lékaři bez hranic mají v současnosti v zemích postižených epidemií Eboly kolem 3 tisíc pracovníků (z toho asi 2800 místních a necelých 300 zahraničních), na boj s epidemií Eboly poskytli letos 1000 tun materiálu, výdaje za rok 2014 činily 1 500 000 Kč.

MUDr. Andrea Skálová

Vědci z MENDELU vyvinuli test na rychlou diagnostiku ca prostaty

Vědci z Laboratoře metalomiky a nanotechnologií Mendelovy univerzity v Brně čtyři roky zkoumali látku sarkosin. Výsledkem výzkumu je test podobný těhotenskému. Má upozornit muže na nežádoucí změny jejich prostaty a potřebu včasné návštěvy lékaře. Může tak pomoci včas odhalit především agresivní formy rakoviny.

Přítomnost sarkosinu v moči u zhoubných nádorů prostaty objevili vědci z Michiganské univerzity teprve před 5 lety. Vědecký tým prof. Ing. Reného Kizka, Ph.D., prováděl výzkum, jehož cílem bylo prokázat, zda je sarkosin spolehlivým vodítkem k určení především zhoubných nádorů prostaty. Vědci sledovali množství sarkosinu v moči pacientů s různými nádory prostaty a srovnávali je se zdravými jedinci. „Výsledky, které jsme analýzou vzorků moči získali přibližně od 500 pacientů, ukazují, že sarkosin skutečně může sloužit jako diagnosticky velmi efektivní molekula. Velkou výhodou je navíc jeho jednoduchá analýza," říká Mgr. Zbyněk Heger z Laboratoře metalomiky a nanotechnologií.

Domácí test

V současné době se diagnostika tohoto nádoru zakládá na stanovení prostatického specifického antigenu v krevním séru. Tento způsob diagnostiky je spolehlivý jen asi na 70–80 %, a často tak dochází k falešně pozitivním či negativním výsledkům. Biopsii se pak zbytečně podrobuje až 30 % pacientů. Výzkum brněnských vědců, který potvrzuje důležitost sarkosinu při účinné diagnóze výskytu především agresivnějších forem nádorů prostaty z moči, je pro pacienty i lékaře velmi významný.

Brněnští vědci plánují zhotovení jednoduchého a levného testu, který mohou muži používat sami z domova. „V současné době hledáme partnera z komerční sféry, který by tester uvedl na trh. Jednali jsme už s několika zahraničními firmami, zatím neúspěšně," konstatuje ředitel Centra transferu technologií MENDELU Ing. Robert Plaga, Ph.D.

Význam i v pooperační péči

Vyvinutí jednoduchého testeru pro domácí použití však není jediným cílem brněnských vědců. V Laboratoři metalomiky a nanotechnologií zároveň běží experimentální práce, která zkoumá, nakolik může sarkosin odhadnout pooperační prognózu pacienta. „Jde o pacienty, kterým byla prostata operačně odstraněna. Ukazuje se, že muži, jimž se nádor po zákroku vrátil, měli před operací zvýšenou koncentraci sarkosinu oproti těm, kteří se po odebrání prostaty zcela uzdravili," říká Zbyněk Heger. Pokud výzkum prokáže vliv sarkosinu při rozlišení agresivních forem nádorů proti mírnějším typům ještě před operací, bude pro lékaře významným vodítkem pro plánování další pooperační léčby včetně rozhodnutí, zda je pro pacienta následná chemoterapie nutná, či nikoli. Tento jev je předmětem dalšího zkoumání.

(Zdroj: MENDELU) **(kha)**

Částice pro izolaci sarkosinu z moči | 2x foto: MENDELU

Pozorování buněk nádorů prostaty pod světelným mikroskopem

Zpráva o stavu demence 2014

Na náklady spojené s demencí vydá Česká republika 39 miliard korun ročně. Onemocněním trpí až 150 tisíc obyvatel, přesto Česko nemá dosud vládou schválený plán boje proti demenci.

Podle posledních statistik trpí demencí 143 tisíc Čechů, do konce roku by však mohlo toto číslo narůst až na 154 tisíc. Odhaduje se, že v roce 2023 už počet pacientů dosáhne 200 tisíc, hranici 300 tisíc nemocných ČR překročí v roce 2036. Jak uvedla spoluautorka Zprávy o stavu demence 2014 primářka Gerontocentra doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D., podstatnou část péče o dementní pacienty stále zajišťují rodiny.

Výrazné rozdíly

Česká alzheimerovská společnost zmapovala situaci v ČR a zjistila, že jen čtvrtina lidí s demencí (26 %) využívá ambulantní zdravotní péči, necelých 6 % zdravotní péči lůžkovou. Pětina (19 %) bydlí v domovech pro seniory a přes 6 % v domovech se zvláštním režimem. Pacientů přibývá s věkem, do 65 let trpí demencí každý 866., nad 65 let každý třináctý člověk, nad 80 let každý pátý a nad 90 let téměř každý druhý. Nejvíce lidí s demencí žije v Praze (téměř 19 tisíc), následuje kraj Jihomoravský a Středočeský. Nejméně pacientů s demencí (3600) žije v Karlovarském kraji.

Varující podle docentky Holmerové je, že v krajích jsou zásadní rozdíly v objemu poskytované formální péče, tedy té, již zajišťují instituce. Nejméně jí je v Libereckém a Jihočeském kraji, nejvíce v kraji Moravskoslezském. Pobytová sociální zařízení jsou nejvíce využívána lidmi s demencí v Ústeckém kraji, nejméně v Praze.

Snahou České alzheimerovské společnosti je přispět k diskusi o možnostech řešení demence v Česku. „Cílem Zprávy o stavu demence je přiblížit fakta o výskytu i službách a zároveň upozornit veřejnou správu na chybějící údaje a podpořit propojování zdánlivě nepropojitelných resortů zdravotnictví, sociálních věcí a financí," uzavřela Iva Holmerová. **(ČTK, kha)**

ZAJÍMAVÉ PRACOVIŠTĚ

Děti velké **jen do dlaně**

V neonatologii je nyní největší pozornost věnována vývojové péči. Nejen o ní jsme hovořili s **MUDr. Evou Dortovou** z Neonatologického oddělení FN Plzeň.

Které novorozence klasifikujeme jako nedonošené a čím jsou tyto děti nejvíce ohroženy?
Je to každé dítě narozené před ukončeným 37. týdnem těhotenství. Za jakousi „magickou hranicí" přežití je považován dokončený 24. týden, což ovšem neznamená, že adekvátní péči nedostane i ještě dříve narozené dítě jevící známky života. Děti narozené dříve než v 28. týdnu jsou podle WHO klasifikovány jako extrémně, mezi 28. a 31. týdnem velmi, v rozmezí 32.–33. týdne středně a v intervalu 34.–36. týdne jako mírně nezralí novorozenci. Nejrizikovější skupinou jsou pak ti s porodní hmotností pod 1500 g. Zdravotních rizik hrozí celá řada, kromě podchlazení se u nich často vyskytují například dechové obtíže. S nezralostí plic souvisí syndrom dechové tísně. Z důvodu ne zcela vyvinutého dechového centra v mozku hrozí apnotické stavy. Mezi další komplikace patří hypotenze, anemie, nezralost ledvin či GIT, respirační infekty. Největší obavy jsou vždy o centrální nervový systém a sítnici. Nezralost CNS může způsobit krvácení do mozkových komor či parenchymu, volné kyslíkové radikály mohou poškodit sítnici a způsobit retinopatii nedonošených. Při bronchopulmonální dysplazii jsou tyto děti dlouhodobě závislé na oxygenoterapii.

Proč předčasně narozených dětí přibývá?
Incidence stoupá plynule v celé západní Evropě i v USA. U nás v republice byla v roce 2013 incidence předčasných porodů 8,3 %. V západní Evropě a USA je až 10%. Situaci docela výstižně ilustruje logo rodičovskéhho sdružení Nedoklubko. Je na něm devět „velkých" a jeden mnohem menší pár ponožtiček přikolíčkovaných na prádelní šňůře. Příčin nedonošenosti je řada, ať už současný životní styl, stoupající věk maminek a spolu s ním přibývající zdravotní potíže. Ovšem i zdravá a zdravě žijící maminka po třicítce má předpoklad, že její dítě se narodí v pořádku. Pokud má ale hypertenzi, onemocnění štítné žlázy či třeba diabetes, s věkem rizika přibývá a tyto gravidity se stávají rizikovými. Významnou roli hraje i schopnost koncepce, stoupá incidence párů, které podstupují *in vitro* fertilizaci. S ní souvisí větší výskyt vícečetných gravidit. Redukce se již začíná dařit, ale ještě stále ne zcela dostatečně. Dvojčata samozřejmě představují zvýšené riziko. Spouštěčem předčasného porodu je také velmi často infekce, a to kdekoli v mateřském organismu. Často jde o infekty gynekologické, například streptokokové. Některé nastávající maminky si až přehnaným dodržováním hygieny dokážou i oslabit přirozenou obrannou schopnost sliznic a důsledky narušené mikroflóry jsou pak nasnadě.

MUDr. Eva Dortová | 2x foto: Jana Jílková

Které infekční nemoci nejčastěji postihují samo nedonošené děťátko?
Infekce jako taková by mohla samozřejmě propuknout i na novorozeneckém oddělení, a to přes všechna naše opatření a mimořádně vysoký standard hygieny, nicméně mnohem pravděpodobnější je až po propuštění. Tyto děti jsou zejména v zimní sezóně ohroženy nejrůznějšími respiračními viry, na prvním místě je třeba jmenovat RS viry. Ty zdravému dospělému způsobí zpravidla jen banální infekt, kdežto takto křehké děti mohou dovést na jednotky intenzivní péče dětských klinik na ventilaci. Proto je velice důležitá prevence jak primární, tak i podáváním velice kvalitní monoklonální protilátky. Kúra dítě před infektem RS viry ochrání i v běžném prostředí a i podle našich letitých zkušeností palivizumab nemá nežádoucí účinky.

Na nedávné konferenci ke Světovému dni předčasně narozených dětí jste hovořila o nových trendech péče o ně. Které jsou zásadní?
Na hodně vysoké úrovni už jsou technické záležitosti. Máme sofistikované ventilátory s možností jemného individuálního nastavení. To je nejlepší prevence rozvoje již zmíněné bronchopulmonální dysplazie. Intenzivní péče zůstává základem pro tyto pacienty, ale v současnosti je stále větší pozornost věnována vývojové péči. U nás jsme ji začali zavádět před 15 lety, tehdy se jí říkalo „něžná péče". Jde o to zkusit podmínky pro novorozence v intenzivní péči přizpůsobit alespoň zčásti tomu, co by prožívalo v děloze. V bezpečí *in utero* by přece mělo být třeba ještě 4 měsíce. Tam by bylo v temnu, bez bolestivých podnětů, poslouchalo by maminčin hlas i tep, spokojeně by se vznášelo v plodové vodě… Teď se ale ocitlo uprostřed úplně jiného světa a potřebuje v něm pomoci, aby do něj mohlo postupně vplouvat. To ovšem nejde provádět bez invazivních metod. Trvá týdny, než je dítě schopné začít přijímat normální dávky stravy. Do té doby ho musíme živit parenterální cestou, výživnými roztoky, glukózou, aminokyselinami a tukovými emulzemi, musí dostávat vitaminy, stopové prvky, minerály… Jemnou kůží těchto dětí dochází snadno k jejich dehydrataci, prostředí musí být tedy nejen teplé, ale i dostatečně vlhké. Potřebují velmi šetrné zacházení i při intenzivní péči a co největší komfort, měkké a tiché, ohraničené prostředí. Pro vývoj i těchto dětí je také mimořádně důležité otevřít bránu k nim rodičům, měli by být přítomni procesu léčby. Prvních 12 hodin po porodu je matka přirozeně zaplavena hormony a přiložením dítěte se spouští kaskáda vedoucí ke správnému emočnímu vztahu k dítěti. „Náš" pacient je ale ihned po porodu transportován na JIP a zůstane tam. Jeho matka prožije těžký stres, a že může přijít za dítětem na JIP, a to co nejdříve, a tam se svého dítěte dotýkat, i v ní spustí příslušné mechanismy. Snáze se začíná tvořit to podstatné – pevná citová vazba.

Charta práv dítěte deklaruje i právo hospitalizovaného dítěte na rodičovský doprovod. Je to vždy pozitivum i z provozního hlediska?
Nám maminky vůbec nepřekáží, velice jejich přítomnost vítáme. Řešíme poměrně často opačnou situaci – některé maminky tu být nechtějí. Mají strach z prostředí, případně preferují svoje pohodlí. I jejich děti tady mámu moc potřebují, tak to řešíme alespoň „chovacími asistentkami". Jsou ale i maminky, které přijdou poprvé a jsou vyděšené, ale pak se obrní a jsou ochotné pro své dítě udělat cokoli a třeba celé ty 4 měsíce s ním strávit. Důležitou okolností je samozřejmě dodávat svému nezralému dětátku mateřské mléko a později ho kojit. To bez její přítomnosti na oddělení nejde. Jde o osobní zralost, ne zcela závislou na věku. Řada maminek touto životní zkouškou vyroste v osobnost. Takové jsou i maminky z Nedoklubka. Ony dokázaly situaci zvládnout, zpracovat a ještě díky své empatii dát něco navíc ostatním.

Jedním z velkých úspěchů je vaše Centrum vývojové péče. Je to tak?
Určitě ano. Ve FN Plzeň se podařilo vybudovat samostatné neonatologické oddělení jako součást regionálního perinatologického centra pro západní Čechy a rozvíjíme tu

zmíněné Centrum vývojové péče pro ambulantní dlouhodobé sledování a komplexní péči o děti s ohrožením vývoje nebo s postižením. Děti sledujeme dlouhodobě, je tu kromě nás neonatologů i neurolog, ortoped, psycholog, rehabilitační pracovnice, speciální pedagog, logoped... My nekončíme tím, že dítě předáme praktickému pediatrovi. Konzultujeme ho již před tím, než dítě propustíme do domácího ošetření. Oni nám pak běžně volají, jsou zvyklí radit se s námi, ať už jde například o výživu či očkování. Rádi také navštěvují naše semináře. Víte, já nepodceňuji intenzivní péči o nedonošené děti po narození, ale ono srovnatelně důležité je i to „potom" a „kolem". My jsme první pracoviště této úrovně v České republice. Jsme také výukovým pracovištěm pro pre- a postgraduální výuku lékařských a nelékařských zdravotnických pracovníků v neonatologii.

Co si přejete, aby vám v práci vyšlo příští rok?

Naše Centrum vývojové péče je účastníkem grantového řízení v Norských fondech. Rádi bychom nakoupili nový sonografický přístroj na ambulanci, RET kameru na vyšetřování očí nezralých novorozenců a přejeme si ještě lépe vyladit prostředí. Pak si také přeji, aby tady byl dobrý týmový duch – ale ten tu beztak je, už i historicky. Cítí to i rodiče dětí. A hlavně, hlavně chci co nejvíc uzdravených dětiček.

Jste nositelkou ceny „Purpurového srdce", symbolu zranění v boji. Ta vaše nemohou být jen lehká...

Jistě, chvilky, kdy se něco nepovede, jsou velmi zraňující. Neonatologie je ale nádherný obor a potřebuje od vás nejen celé, ale i dobře šlapající, klidné srdce. Kromě rodiny, máme už i vnoučata, mně sílu dávají i chvíle prožívané s přáteli. Důležitou součástí mojí regenerace je pravidelný pohyb, ať je to cvičení, kolo či lyže, ale i třeba koncerty Plzeňské filharmonie... Život s neonatologií mi přinesl i celoživotní přátele mezi rodiči dětí, s nimiž jako pacienty jsem tu kdysi začínala. Některé z nich jsou i těžce postižené, ale ty rodiny s tím umí žít a pomáhat i ostatním. Taková zkouška člověka hodně naučí.

Jana Jílková

Český národní registr dárců dřeně

V databázi Českého národního registru dárců dřeně už je 50 tisíc lidí a jejich počet přibývá. Je to i výborně vedeným náborem.

Dárců jako ve Švýcarsku nebo Skandinávii

Český národní registr dárců dřeně (ČNRDD) založil průkopník transplantací kostní dřeně v ČR, tehdejší primář hematologicko-onkologického oddělení Fakultní nemocnice Plzeň Vladimír Koza. Stejně jako tehdy, v roce 1992, i nyní jsou k transplantaci kostní dřeně indikování především pacienti s akutní leukemií. V současné době je v registru se sídlem v Plzni 50 tisíc potenciálních dobrovolných dárců, v registru v pražském IKEM je jich zapsáno 20 tisíc. Celkově je co do počtu registrovaných česká situace srovnatelná se Švýcarskem nebo severskými zeměmi. Při přepočtu potenciálních dárců na počet obyvatel patříme mezi úspěšné země.

Letos 6 tisíc nových dárců

Entuziasmus a snaha nezištně pomoci lidem ze zákeřné nemoci zpět ke zdraví se znatelně zvyšuje. „V posledních letech došlo k výraznému počtu nárůstu dárců. Bývalo to běžně 1500 až 2000 lidí ročně, ale loni jsme jich měli 4500 a za letošek to bude 6 000," říká ředitel ČNRDD Daniel Pagáč.

Velkým letošním úspěchem registru je výsledek celostátní kampaně na podporu dárcovství kostní dřeně, kterou realizoval ve spolupráci s Policií ČR. Do kampaně se úspěšně zapojila Hudba hradní stráže a Policie ČR čtrnácti benefičními koncerty spojenými s osvětou i vlastním náborem dárců dřeně. Jen z řad policistů přibylo do registru 1500 z oněch nově zapsaných. Velkého ocenění se ČNRDD dostalo i tím, že se patrony programu dárcovství kostní dřeně stali operní pěvkyně Eva Urbanová, biskup Václav Malý a herec Ondřej Vetchý.

Akreditace světové úrovně

„Naše činnost by se dala shrnout do čtyř částí. Primární je vlastní nábor potenciálních dárců. U těch, kteří se přihlásí, následuje vyšetření transplantačních znaků. Třetím krokem je zařazení do databáze, to znamená do registru. Čtvrtým typem činnosti je zajišťování distribuce kostní dřeně, respektive krvetvorných buněk, od dárce k příjemci," vypočítává Daniel Pagáč.

Důkazem kvality práce tohoto registru je i obhájení akreditace Světové asociace dárců dřeně (WMDA) letos na podzim. Podle Daniela Pagáče k tomuto úspěchu přispěli nejen vlastní zaměstnanci registru, ale i partneři z dárcovských a transplantačních center. Akreditací tak vysoké úrovně se v současné době může pyšnit pouhých 16 národních registrů na světě z celkového počtu 70. ČNRDD je stále jediný ve střední a východní Evropě, kdo toto prestižní ocenění má.

Jana Jílková

Inzerce M141000097

RSV (respirační syncytiální virus) je nejčastější příčinou akutních infekcí dolních dýchacích cest v dětství[1] a hlavní příčinou hospitalizací z důvodu virové bronchiolitidy u dětí do 2 let věku.[2,3] U rizikových skupin dětí Synagis® redukuje počet hospitalizací, délku pobytu v nemocnici a trvání závažné RSV infekce.[4-6] Proto by jim nic nemělo stát v cestě.

SYNAGIS®
PALIVIZUMABUM

Zkrácená informace o léčivém přípravku • Synagis® 50 mg prášek a rozpouštědlo pro injekční roztok, Synagis® 100 mg prášek a rozpouštědlo pro injekční roztok (Palivizumabum)
Složení: Palivizumabum 50 mg nebo 100 mg v jedné lahvičce. Po naředění je koncentrace palivizumabu 100 mg/ml. **Indikace:** Prevence závažného onemocnění dolních cest dýchacích vyžadujícího hospitalizaci, které je způsobeno respiračním syncytiálním virem u dětí, jež se narodily v 35. týdnu těhotenství nebo dříve a jsou v době začátku sezóny RSV mladší než 6 měsíců, nebo u dětí mladších než 2 roky, u nichž byla v posledních 6 měsících nutná léčba pro bronchopulmonální dysplasii a u dětí mladších než 2 roky s hemodynamicky významnou srdeční vadou. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na palivizumab, jinou složku přípravku nebo na jiné humanizované monoklonální protilátky. **Nežádoucí účinky:** Nejzávažnější nežádoucí reakce vyskytující se u palivizumabu jsou anafylaxe a jiné akutní hypersenzitivní reakce. Časté nežádoucí reakce vyskytující se u palivizumabu jsou horečka, vyrážka a reakce v místě vpichu injekce. **Interakce:** Nebyly dosud popsány. **Zvláštní upozornění:** Byly hlášeny alergické reakce. Při středně těžkých až těžkých akutních infekcích nebo horečnatém onemocnění je oprávněné odložení aplikace palivizumabu. Lék je nutno aplikovat opatrně u pacientů s trombocytopenií nebo jinou poruchou hemokoagulace. Nemíchejte kapalnou a lyofilizovanou formu palivizumabu. **Doporučené dávkování:** 15 mg/kg hmotnosti jednou měsíčně v období rizika RSV v komunitě; účinnost v dávkách jiných než 15 mg/kg nebo při dávkování jiném než v měsíčních intervalech během RSV sezóny nebyla hodnocena. První dávka by měla být podána před začátkem sezóny RSV, další v měsíčních intervalech během sezóny. Většina zkušeností byla získána s 5 injekcemi podanými během jedné sezóny. Během postmarketingových zkušeností bylo hlášeno předávkování dávkami až do výše 85 mg/kg, nežádoucí reakce se neliší od nežádoucích reakcí pozorovaných v dávce 15 mg/kg. **Způsob podání:** Intramuskulárně do oblasti stehna. Objem větší než 1 ml musí být aplikován v rozdělených dávkách. **Balení:** Injekční lahvička s obsahem 50 mg nebo 100 mg prášku, lahvička s 1 ml vody na injekci. **Podmínky uchovávání:** V chladničce (2 – 8°C), chránit před mrazem. **Poslední revize textu:** 08/2014. **Držitel rozhodnutí o registraci:** AbbVie Ltd., Maidenhead, Velká Británie. **Registrační číslo:** Synagis 50 mg EU/1/99/117/001, Synagis 100 mg EU/1/99/117/002. **Výdej přípravku** je vázán na lékařský předpis a **je hrazen** z prostředků veřejného zdravotního pojištění smluvním zdravotnickým zařízením formou ZULP. Dříve, než přípravek předepíšete, seznamte se, prosím, s úplnou informací o přípravku.

REFERENCE:
1. Nair H et al. Lancet 2010;375(9725):1545-1555. 2. Stempel H et al. Acta Paediatr 2009;98:123-126. 3. Bonnet D et al. Cardiol Young 2005;15:256-265. 4. The IMpact-RSV Study Group. Pediatr 1998;102:531-537. 5. Feltes TF et al. J Pediatr 2003;143(4):532-540. 6. Souhrn údajů o přípravku Synagis. AbbVie s.r.o. (poslední revize textu 08/2014).

AbbVie s.r.o., Hadovka Office Park, Evropská 2591/33d, 160 00 Praha 6,
tel.: 233 098 111, fax: 233 098 100, www.abbvie.cz

CZSYN140173

abbvie

Z HISTORIE

Anatomie od Vesalia po současnost

Anatomický ústav a Ústav dějin lékařství a cizích jazyků 1. LF UK spolu s Českou anatomickou společností si sympoziem uspořádaným pod záštitou rektora UK, profesora Tomáše Zimy, koncem září důstojně připomněly 500. výročí narození belgického anatoma Andrease Vesalia.

Součástí sympozia bylo představení 1. dílu Anatomického atlasu člověka (Grada), ilustrovaného akademickým malířem Ivanem Helekalem, a publikace Anatomie od Vesalia po současnost, která vznikla s přispěním 1. LF UK a MUDr. Anny Trojanové ze společnosti Kardiologie pro děti a dorost.

Vesalius jako symbol novověké anatomie

Mgr. Jakub Žytek, M.Phil., z Ústavu dějin lékařství a cizích jazyků 1. LF UK představil slavného anatoma a pohovořil o jeho předchůdcích a bezprostředních následovnících. „Andreas Vesalius se narodil v Bruselu. Po úvodních studiích v Lovani studoval medicínu ve francouzském Montpellier a v Paříži, kde byl ovlivněn svým učitelem, stoupencem Galénovy medicíny Jacobem Sylviem, který se později stal jeho velkým odpůrcem. Začal se věnovat pitvám a přednášet anatomii. Medicínské vzdělání zakončil na univerzitě v Padově, kde po doktorské zkoušce přijal nabídku na profesuru anatomie a chirurgie. Sedm let jeho zdejšího působení znamenalo přelom ve vývoji anatomie, chirurgie i celé medicíny. Na rozdíl od dosavadní tradice, kdy pitvy mohli konat jen chirurgové, je Vesalius začal dělat osobně," uvedl Mgr. Žytek. Připomněl také Vesaliovo dílo *„Tabulae anatomicae sex"* – 6 anatomických tabulí určených především medikům. Vesalius zde zachovává některé tradované omyly Galénovské anatomie. Později ale dochází k závěru, že Galénova anatomie je založena výhradně na pitvách na zvířatech, a začal Galéna opravovat.

Vesaliova „Fabrica"

Další Vesaliovo dílo, o němž magistr Žytek hovořil, vyvolalo v roce 1543 v medicíně nesmírnou odezvu. Jedná se o 7 dílů s názvem *„De humani corporis fabrica libri septem"* (Sedm knih o ustrojení lidského těla), v nichž Vesalius koriguje více než 200 omylů dosavadní anatomie. Vyvrací například tvrzení, že lidské *sternum* má sedm segmentů či že játra jsou pětilaločná. Poprvé je zde popsáno *omentum* a jeho napojení na žaludek, slezinu a *colon*. Vesalius rovněž věděl, že krev se musí přesouvat z pravé do levé část srdce, nedokázal ale vysvětit, jak k tomu dochází. Dílo je vybaveno technicky dokonalými kresbami, jejichž autorem byl Jan Stephan van Calcar. Druhé vydání díla *„Fabrica"* v roce 1555 zahrnovalo mnoho Vesaliových oprav a přídavků, zejména s ohledem na orgány v dutině břišní a hrudní. Informace o propojení uší a úst či spekulace, že by oční čočka mohla být posunuta blíže k přední části oka, se měly objevit ve třetím vydání, to však zůstalo jen v rukopise.

Jak závěrem Jakub Žytek shrnul, renesanční epocha a její medicínské objevy dramaticky změnily postavení anatomie jako lékařského odvětví. Zvýšila se její prestiž, stala se standardní naukou a byla začleněna do systému univerzitního vzdělávání lékařů. Pozice anatomie se změnila také v obecném společenském povědomí, důsledkem byl vznik a rozvoj tzv. anatomických divadel.

Morfologie před vznikem vývojových teorií

Srovnávací anatomií se zabýval prof. MUDr. Radomír Čihák, DrSc., z Anatomického ústavu 1. LF a UK Praha. „Srovnávací anatomie v 16.–18. století získávala stále větší množství poznatků. Nejvýznamnějším představitelem třídění přírody se stal přírodovědec Carl von Linné. Vytvořil rozsáhlý systém organismů, sestavený podle strukturální složitosti. Zavedl také binomickou nomenklaturu, kdy každý druh dostal rodový a druhový název," řekl prof. Čihák úvodem. Zmínil dále, že hromadění poznatků o anatomii člověka a srovnávací anatomie vytvářely v 17. a 18. století stále přesnější podklady pro linnéovské třídění. Karl Friedrich Burdach a po něm i básník a zanícený přírodovědec Johann Wolfgang Goethe pak pro soubor znalostí o stavbě organismů zavedli pojem morfologie, který se užívá dodnes.

Profesor Čihák dále připomněl francouzského přírodovědce Georgese Cuviera, který objevil vztahy a vazby mezi orgány téhož živočišného druhu a uznával vliv funkce na orgány a jejich vazby. „Tvarové vztahy orgánů formuloval jako zákon korelací a z něho odvodil zákon podřízenosti orgánů. Svým přístupem k morfologii byl spíše výjimečný. Vědci té doby chtěli přírodu pochopit, ne zkoumat. Zajímavostí je, že na počátku tohoto romantického úsilí stál exaktní přírodovědec Isaac Newton, který uniformitu planetárních systémů přirovnal ke vzájemné podobnosti stavby těl živočichů. Svým učením přispěl také filozof Kant, který studoval přírodní zákonitosti. Příroda byla tehdy považována za filosofii a jejího tajemství bylo třeba se dobrat intelektem. Kant vytvořil představu ‚čistého rozumu', tedy rozumu nedotčeného zkušeností, o němž věřil, že je silou, která dává přírodě zákony," dodal.

Andreas Vesalius

„Vznikal široký filosofický systém přírody, který shrnul přírodu i ducha, vesmír, Boha i člověka. Například Jean Baptiste Lamarck vydal svou teorii funkčních změn pod názvem ‚*Filosofie zoologie*' nebo vzniklo učení ‚*Natur philosophie*'. Historický přístup k biologii jako první použil Lamarck. Johann Friedrich Meckel, ml., pak spojil embryologické poznatky o zárodku se srovnávací morfologií, čímž vznikl základ zformulování vývojové rekapitulace jako základního principu vývoje. Formulaci pak zpřesnil Carl Ernst von Baer. Problém stvoření považoval za základní problém biologie. Vztah zoologického systému a embryonálního vývoje je v jeho pojetí znám jako ‚Baerovo pravidlo'. Odtud byl už jen krok k představě vývoje druhů, kterého však oficiální věda nebyla schopna. Až britský přírodovědec Charles Robert Darwin tento krok učinil, když řekl, že základním problémem biologie je vývoj," zakončil autor přednášky.

Velikáni pražského anatomického ústavu

Výukou anatomie na pražských lékařských fakultách od poloviny 17. století do roku 1945 se zabývala doc. PhDr. Ludmila Hlaváčková, CSc., z Ústavu dějin medicíny a cizích jazyků 1. LF UK. Autorka sdělení uvedla, že *Theatrum anatomicum* neboli Anatomická posluchárna byla v Karolinu zřízena v roce 1688. Pitvy se ale tehdy konaly jen zřídka. Anatomickou posluchárnu v Karolinu nechal zrenovovat profesor Jan Ignác Mayer v roce 1731. Docentka Hlaváčková zmínila rovněž nejvýznamnější přednášející anatomie, jako byli Jiří Procháska, Georg Johann Illg, Josef Hyrtl, Vincenc Bochdalek, Jan Janošík a Karel Weigner. Závěrem připomněla, že v Anatomickém ústavu pracovali také dva velice významní vědci, a to představitel moderní histologie na univerzitě Jan Evangelista Purkyně a Ladislav Borovanský, který stál v čele ústavu až do roku 1970.

Pitva jako historický symbol medicíny

Raná vyobrazení pitvy v Čechách představil přednosta Ústavu dějin lékařství a cizích jazyků doc. Mgr. Karel Černý, Ph.D. Jmenoval tři nejstarší vyobrazení anatomické pitvy v Čechách. První je medaile vydaná k poctě doktora Václava Payera s perokresbou znázorňující pitvu. Dalším takovým vyobrazením je titulní strana první anatomické učebnice *„Somatotomia anthropologica"* (Lidský tělořez), kterou jako první vydal v roce 1686 Sebastian Christian Zeidler. Třetí téma zachycující pitvu se nalézá na zdi studovny v budově bývalé jezuitské koleje v Jindřichově Hradci.

Anatomická ilustrace a její historie

Historii pražské anatomické ilustrace se věnoval emeritní přednosta Anatomického ústavu 1. LF UK prof. MUDr. Miloš Grim, DrSc. Zmínil, že Mikuláš Koperník ve stejné době jako Vesalius vydal spis „O obězích nebeských sfér", který má pro vnímání světa podobný význam jako sedm Vesaliových knih pro poznání anatomie člověka. Dále zmínil rukopis Matouše Dačického. Jak podotkl, těžko si lze představit, že by kresby, jimiž je dílo doprovázeno, mohly vzniknout bez znalostí získaných při pitvě. Dále zmínil další díla a jejich ilustrátory, jako například „Pitevní atlas" doprovázený příručkou „Základové pitvy" Wáclawa Staňka, kresby do tohoto díla vytvořil František Bělopotočný. Wáclaw Staněk se svými díly zapsal do historie jako tvůrce anatomického názvosloví z období národního obrození. Závěrem prof. Grim zmínil anatomické ilustrátory 20. století, mezi něž patří například Josef Rejsek, Emil Illing, Stanislav Macháček, akademický malíř Milan Med, Jan Kacvinský či Ivan Helekal.

Markéta Mikšová

Lékař „pacienta A.“

Führer spáchal sebevraždu 30. dubna 1945. Při péči oblíbeného osobního lékaře, který Adolfa Hitlera ošetřoval posledních devět let, je s podivem, že se Vůdce pádu třetí říše vůbec dožil.

Doktor Morell dostává Rytířský kříž

Na přímluvu dvorního fotografa

Lékaře, který pečoval výhradně o ně, měly vůdčí osobnosti na obou stranách fronty druhé světové války. Winston Churchill zaměstnával jako svého osobního lékaře lorda Morana, Josif Vissarionovič Stalin si vydržoval celý tým lékařů, přičemž vůči mnohým z nich pociťoval osobní předpojatost. Vliv, který tito lidé na své prominentní pacienty mívali, lze jen těžko docenit. Byli pro ně nezbytní – a věděli o tom. Zatímco paranoidní Stalin budil ve svých lékařích děs z pomsty, kdyby se cokoli nepovedlo, Hitlerův vztah k jeho osobnímu lékaři byl na výsost kladný. „Pacient A.“ byl nesporně hypochondr, ale hypochondr povětšinou dbalý rad árijského „vědce“. Tím byl v Hitlerových očích doktor **Theodor Morell**, jenž se k Vůdci a říšskému kancléři propracoval v roce 1937 prostřednictvím dvorního fotografa. Přímluvu si zasloužil tím, že fotografovi, asi úspěšně, vyléčil gonorrhoeu. Prestižní místo dostal navzdory varování, které se až na kancléřství doneslo z akademických kruhů, v nichž bylo známo, že „metody kolegy Morella jsou, eufemisticky vyjádřeno, poněkud neortodoxní“.

Adolf Hitler s Theodorem Morellem

Přípravek na čištění pušek

Nový lékař převzal Hitlera do své péče a začal léčit jeho obtíže se zažíváním, s nimiž si předchozí terapeuté nevěděli rady. Léčbě poruch GIT jistě nepomáhal fakt, že Hitler byl již od roku 1936 extrémní a potrhlý vegetarián. Morell správně odhadl, že potíže jsou neurotického původu, což ovšem svěřil pouze svému deníku. Spasmy se totiž dostavovaly vždy v souvislosti se silným rozrušením, například konfrontačním jednáním s ducem, kdy už bylo jasné, že italská armáda Německo zradí. Kdykoli se situace, ať už vojenská či politická, opět uklidnila, potíže se žaludkem a střevy zpravidla ustaly. První Morellův zákrok jeho lékařským kolegům připomínal spíše pokus o otrávení. Morell Hitlera vyhladověl a pak jej medikoval nevídanou směsicí všeho, co se mu právě zdálo vhodné. S oblibou to byly také preparáty jeho vlastní farmaceutické firmy, kterou Morell řadu let se střídavými úspěchy provozoval. Pro Hitlera volil zejména kombinaci vitaminů, hormonů, fosforu a glukózy, vše v extrémích dávkách.

„Pacientovi A.“ při nejrůznějších a po bitvě u Stalingradu stále se zhoršujících potížích Německa na východní frontě dokázal podávat najednou i 28 různých tablet denně. Z orálně podávaných se v Morellově tajných záznamech velmi často také opakuje přípravek Mutaflor, což byla emulze vyrobená z *Bacillus coli communis*, které měly po vyhubení střevní flóry následně kolonizovat Hitlerovo zažívací ústrojí. Skutečností je, že se Hitler po Morellově léčbě často cítil lépe, což samozřejmě prohlubovalo pacientovu důvěru. Nijak ho nezarazilo ani to, že mu Morell na čištění střev předepsal preparát, jehož účinná látka byla stejná, jakou armáda používala do přípravku na čištění pušek. *Bacillus coli communis* se pak asi musel dost činit.

Zkuste si léčit vůdce

Zdá se, že terapii nevymýšlel pouze lékař, pozoruhodné (a respektované!) podněty přinášel i sám prominentní pacient. Chronickou nespavost, která se s vývojem války prohlubovala, Morell soustavně „léčil“ bromidy a barbituráty. Když se pacient ráno (případně až v poledne) probral a účinky zkombinovaného dryáku přetrvávaly, jejich působení lékař kompenzoval nitrožilně (jehlou otřenou hadrem) podávanou glukózou a pervitinem. Běžně aplikoval extrakty z epifýzy, slinivky, podle vlastní inspirace a uvážení podával estradiol, testosteron a hydrokortizon. Chronickou sinusitidu svého pacienta řešil kokainem. Když mu jeden z adjutantů vyčítal, že nechává Führera přecpávat prášky a rve do něj tolik injekcí, lékař mu odsekl: „Tak to bych rád viděl vás, jak léčíte pacienta, jako je vůdce!“ A na tento argument odpověď neexistovala.

Hitler odmítal odpočívat, byl přesvědčen o svém „poslání“ a zároveň se obával, že ho nestačí naplnit. Po útoku na Sovětský svaz (červen 1941) vyšly najevo důvody, z nichž se dalo usuzovat, že Hitlerův život se skutečně rychle krátí. Morell diagnostikoval koronární sklerózu, což považoval u muže starého 52 let za dosti neobvyklé. Pravdou ale je, že Lenin jí trpěl ve stejném věku. V následujících letech Hitler prodělal několik srdečních příhod a nebylo výjimečné naměřit mu systolický tlak 200 mmHg. Morell mu podával jod, glukózu a podle potřeby nitroglycerin. „Pacient A.“ si na něm vymohl také Cardiazol, lék, který pomáhal Göringovi, jenž mu ho doporučil. Morell nesouhlasil a marně vysvětloval, že Göring je naopak hypotonik, ale maršálkovo doporučení bylo silnějším argumentem.

Hřejivé, příjemné injekce

Výrazné zhoršování zdravotního stavu nastalo v průběhu roku 1943. Vůdce trpěl silnými záchvaty tremoru. Jak lékař později sdělil americkým vyšetřovatelům, záchvaty mohly být „hysterického“ původu, nemohl ale vyloučit možnost, že prapříčinou byla chřipka nebo „mozková horečka“ kterou se Hitler nakazil na Ukrajině. Proti únavě a tremoru Morell nasazoval multivitaminy a již zmíněný pervitin, a když tremorické ataky neustávaly, ke glukóze a jodu přidával intramuskulárně testosteron. Dočasně se Hitlerovi přestala třást levá dolní končetina a ustal třes rukou po nezdařeném atentátu 20. července 1944, ale zlepšení bylo jen dočasné. Ještě nějakou dobu se udržovaly Hitlerovy legendární schopnosti – absolutní paměť, schopnost vyčíst z každé zprávy okamžitě podstatu a hypnotický účinek na ostatní lidi.

Vlastním logickým myšlením však musel postupně dojít k závěru, že válku už vyhrát nelze. I nadále ho ale inspirovala jeho slepá víra. Aby zvrátil situaci, musí žít dostatečně dlouho! K tomu ovšem potřeboval Morella a jeho hřejivé a příjemné injekce. Na začátku roku 1945 se ještě někdy objevoval na veřejnosti. Z filmových týdeníků, které shlédli, si odborníci z řad lékařů povšimli, že se vůdce silně hrbí, rytmicky se mu třesou ruce a při chůzi vrávorá. Vyvodili z toho, že dostal Parkinsonovu nemoc. Váhavě to připustil i Morell. On sám nejpozději na jaře 1945 pochopil, že vůdcův bunkr je i pro něj smrtící pastí, ale ze služby u Hitlera se nevyvázal. 30. dubna Adolf Hitler ukončil své osobní trápení, jakož i trápení celého světa, kulkou vypálenou z automatické pistole Walther, kterou si prohnal pravý spánek. Zároveň rozkousl v zubech fiólu s kyanidem. Jeho lékař se dostal do zajetí, ale válečný soud ho osvobodil. Velký proces s německými lékaři, zahájený v roce 1946, se ho netýkal, protože se nezapletl ani do programu euthanazie, ani do nelidských experimentů v koncentračních táborech. Theodor Morell zemřel 26. května 1948. Jako příčina smrti bylo ve zprávě uvedeno srdeční selhání.

Jana Jílková

Foto: 3x reprodukce z knihy Tajné deníky Hitlerova osobního lékaře; Naše vojsko, 2013

V srpnu 1941 začalo Hitlerovi vypovídat službu srdce

PERSONÁLNÍ INZERCE

Výběrové řízení

Vedoucí Investičního a provozně technického oddělení

Děkan Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Plzni vyhlašuje výběrové řízení na obsazení pracovní pozice:

- vedoucí Investičního a provozně technického oddělení

Náplň práce:
- vedení týmu technických pracovníků,
- koordinace prací, zodpovědnost za dodržování časových harmonogramů,
- zodpovědnost za správu a údržbu budov fakulty, technický stav, servis, opravy,
- zajišťování oprav a servisu přístrojů a zařízení a techniky,
- zajištění provozu firemních motorových vozidel, koordinace jízd řidičů,
- komunikace s dodavateli služeb, energií, vyřizování reklamací,
- spoluzodpovědnost za investiční rozpočet fakulty, plánování investičních činností.

Kvalifikační požadavky:
- vysokoškolské vzdělání,
- prokazatelná zkušenost s řízením pracovního týmu,
- znalost anglického jazyka na komunikační úrovni.

K přihlášce je nutné přiložit:
- doklady o VŠ vzdělání a délce praxe,
- profesní životopis.

Přihlášky do výběrového řízení se přijímají 30 dnů od zveřejnění v hromadném sdělovacím prostředku a na úřední desce fakulty na osobním a mzdovém oddělení děkanátu Lékařské fakulty 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: Vedoucí IPTO

M141001547

Volná místa

Lékař/lékařka

Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a. s., přijme:

- lékaře/lékařku hematologické oddělení

Požadujeme:
- vysokoškolské vzdělání dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- lékaře se základním kmenem interny,
- absolventa se zájmem o obor,
- příjemné vystupování.

Nabízíme:
- práci na akreditovaném pracovišti,
- možnost profesního růstu,
- perspektivu uplatnění v oboru,
- týden dovolené navíc,
- příspěvek na stravování,
- možnost ubytování.

Nástup dle dohody, mzdové podmínky projednány při osobním setkání.
V případě, že Vás naše nabídka zaujala, kontaktujte prosím odbor řízení lidských zdrojů, Ivanu Černouškovou, tel.: 487 954 037, ivana.cernouskova@nemcl.cz.

M141001413

Sestra

Zaměstnám zdravotní sestru v nově otevřené oční ordinaci v Podbořanech. Oční praxe vítána, ale není podmínkou.
Kontakt: ocni@oculex.cz, tel.: 723 784 677

M141001439

Radiologický asistent

Svitavská nemocnice, a. s., přijme radiologického asistenta. Požadujeme odb. způsobilost dle zákona 96/2004 Sb., osvědčení k výkonu zdrav. povolání bez odb. dohledu není podmínkou. Práce na přístrojích Toshiba a GE (skiagrafie, CT – přímá digitalizace) a další přístroje s nepřímou digitalizací. Asistence na operačních sálech. Požadujeme zajištění zdravotního dozoru nad pracovištěm v noci (min. 4–5 služeb měsíčně).
Nabízíme příjemné pracovní prostředí, podporu dalšího vzdělávání zaměstnavatelem, pracovní smlouvu na dobu neurčitou, práci v akreditovaném zařízení.
Kontakt: Zdislava Slintáková, vedoucí radiologický asistent, tel.: 461 569 130 nebo 241, slintakova@nemsy.cz

M141001443

Lékař/psychiatr

Psychiatrická léčebna Lnáře
hledá lékaře, příp. absolventa LF se zájmem o obor psychiatrie. Nabízíme byt 3+1 nebo 2+1 přímo v areálu léčebny, dobré pracovní podmínky, nadstandardní platové ohodnocení, možnost odborného růstu, při stabilizační dohodě významný podíl na nákladech na vzdělání (úhrada seminářů, kurzů atd.).
Kontakt: MUDr. Vladimír Muchl, tel.: 724 002 111, e-mail: vmuchl@email.cz, prim. MUDr. Jana Zahradníková, tel.: 605 164 841, e-mail: sekretariat@pllnare.cz

M141001507

Pediatr

Dětské a novorozenecké oddělení Oblastní nemocnice v Kladně
přijme lékaře s atestací z pediatrie na plný úvazek.
Bližší informace na tel.: 312 606 406, nebo e-mail: petr.lyer@post.cz

M141001510

Více pozic

Soukromé zdravotnické zařízení Poliklinika I. P. Pavlova, s. r. o.,
přijme lékaře/lékařku pro odbornost neurologie, gynekologie a diabetologie v centru Prahy. Úvazek dle dohody, motivační platové ohodnocení.
Kontakt: smidova@poliklinikaippavlova.cz

M141001521

Více pozic

Česko-německá horská nemocnice Krkonoše, s. r. o., ve Vrchlabí
přijme:

- zástupce primáře na ARO
- lékaře na ARO – možno i absolventi
- lékaře na internu

KABEG
KABEG MANAGEMENT

Für die Landeskrankenanstalten-Betriebsgesellschaft – KABEG gelangen ab sofort folgende Stellen zur Besetzung:

Für unseren **Standort Klinikum Klagenfurt a. W., Lungenabteilung** (Vorstand Prim. Dr. Christian Geltner MSc MBA):

Ausbildungsstelle im Sonderfach Lungenkrankheiten sowie
Sekundarärztin/-arzt im Bereich der Lungenabteilung
(Vzdělávací místo v mimořádném oboru plicní choroby stejně jako sekundář lékař/-ka v oboru plicní oddělení)

Nähere Angaben entnehmen Sie bitte unserer Homepage unter www.kabeg.at. Es wird darauf aufmerksam gemacht, dass vor einer evtl. Einstellung eine verpflichtende Deutschprüfung sowie ein Anerkennungsverfahren über die Österr. Ärztekammer zu absolvieren sind.

Informationen hierzu finden Sie unter folgenden Links:
(www.aerztekammer.at/arztliche-tatigkeit-von-eu-burgern-und-drittstaatsangehorigen)
(www.arztakademie.at/pruefungen/oeaek-sprachpruefung-deutsch)

Bitte senden Sie Ihre Bewerbung (Bewerbungsbögen in der Personalabteilung der KABEG und als Download auf unserer Homepage erhältlich) **bis zum 28.12.2014** an die Hauptabteilung Personal, Personalsuche/-auswahl, der KABEG, Feschnigstr. 11, 9020 Klagenfurt am Wörthersee.

Inzerce M141001502

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ ČESKÉ REPUBLIKY

Program implementace švýcarsko-české spolupráce na Ministerstvu zdravotnictví ČR (Program „Zdraví")
Ministerstvo zdravotnictví ČR jako Zprostředkovatel Programu „Zdraví" vyhlašuje VÝZVU č. 3 k předkládání Žádostí o poskytnutí grantu sub-projektů

Alokace pro výzvu z fondů švýcarsko-české spolupráce:	**24 565 000 Kč**
Alokace pro výzvu ze státního rozpočtu:	**4 335 000 Kč**
Alokace pro výzvu celkem:	**28 900 000 Kč**
Termín vyhlášení výzvy:	15. 12. 2014
Termín ukončení příjmu žádostí:	28. 2. 2015

Podporované aktivity:
Aktivita II - Modernizace a obnova zdravotnických prostředků včetně vybudování technického zázemí pro jejich instalaci a používání za účelem podpory rozvoje domácí ošetřovatelské péče se zvláštním důrazem na oblast geriatrické a paliativní péče na území České republiky.
Oprávnění žadatelé:
Poskytovatelé zdravotní péče, kteří mají oprávnění k poskytování zdravotních služeb ve vlastním sociálním prostředí pacienta – domácí péče, podle § 10, odst. 1 písm. b) zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů, tj.: organizace zřizované/zakládané kraji a obcemi, fyzické a právnické osoby, nestátní neziskové organizace.
Aktivita IV – Podpora udržitelnosti zdravotních systémů na národní a regionální úrovni v ČR (území celé ČR).
Oprávnění žadatelé:
Ministerstvo zdravotnictví a jím zřízené organizace
Veškeré informace o vyhlášené výzvě a dokumenty ke stažení naleznete na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví: **www.mzcr.cz** → Mezinárodní vztahy a EU → Evropské fondy → Fondy švýcarsko-české spolupráce 2007–2012

Podpořeno z Programu švýcarsko-české spolupráce
Supported by a grant from Switzerland through the Swiss Contribution to the enlarged European Union

Inzerce M141001561

PERSONÁLNÍ INZERCE

■ primáře, případně zást. primáře na internu

Požadavky: VŠ, II. atestace, příp. spec. způsobilost, praxe (zást. primáře), I. at. vítána.
Nabízíme: výhodné finanční podmínky, možnost ubytování.
Nástup: ihned
Kontakt: tel: 499 502 304 – Srnská J.,
nebo e-mail: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz

Česko-německá horská nemocnice Krkonoše, s. r. o., ve Vrchlabí
přijme od 1. 6. 2015:

■ větší počet RTG laborantů
■ 2 RTG lékaře se zkušeností práce s CT

Požadavky: VŠ, I. nebo II. atestace v oboru, příp. spec. způsobilost, praxe (lékaři), SZŠ nebo VŠ, registrace (sestry)
V případě zájmu prosím kontaktujte personální oddělení nemocnice: tel: 499 502 304 – Srnská J., nebo e-mail: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz

Česko-německá horská nemocnice Krkonoše, s. r. o., ve Vrchlabí
přijme:

■ lékaře-gynekologa na ambulanci

Požadavky: VŠ, I. atestace + special. způsobilost dle z.č.95/2004, případně II. atestace
Práce na gynekol. ambulanci
Nástup možný ihned.
Kontakt: tel: 499 502 304
nebo e-mail: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz

M141001541

Více pozic

Poliklinika Modřany
přijme lékaře/-ky s atestací na plný či zkrácený úvazek na následující pozice: rentgenolog pro SONO a RTG, dermatolog, dětský neurolog, praktický lékař. Pro pracoviště RTG přijmeme radiologickou asistentku na částečný úvazek. Nabízíme zaměstnanecké benefity – příspěvek na stravování, dovolenou, podporu při dalším vzdělávání apod.
Tel.: 241 770 620,
e-mail: nikodemova@poliklinikamodrany.cz

M141001515

Hipoterapeut

Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod
přijme na plný pracovní úvazek:

■ zdravotnického pracovníka pro hiporehabilitaci

Požadujeme:
- vzdělání v oboru všeobecná sestra BOD, nebo sestra se specializací v psychiatrii, nebo fyzioterapeut, nebo ergoterapeut,
- základní jezdecké dovednosti a základní znalosti a dovednosti v péči o koně,
- zájem o práci s lidmi a schopnost týmové spolupráce.

Motivační dopis a struktur. životopis zasílejte do 31. 1. 2015 na adresu: MUDr. A. Mašková, Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod, Rozkošská 2322, 580 23 Havlíčkův Brod,
nebo na e-mail: amaskova@plhb.cz .
Bližší info na tel.: 605 788 109 (MUDr. Mašková).

M141001550

Gynekoložka

Přijmeme gynekoložku do sdružené ambulantní gynekologicko-porodnické praxe v centru Prahy na celý úvazek.
Nabízíme výhodné platové podmínky, výhodnou pracovní dobu, 5 týdnů dovolené a další benefity, možnost vzdělávání atd.
MUDr. Vilém Jelínek,
tel.: 603 404 401, 224 912 250,
vilemjelinek@seznam.cz

M141001554

Psychiatr

Přijmeme do pracovního poměru na plný úvazek psychiatra. Možnost nástupu od 1. 2. 2015. Atestace není podmínkou. Nabízíme práci v erudovaném a kompaktním týmu a zajímavé finanční ohodnocení. Zájemci se mohou hlásit na adrese:
Dětská psychiatrická nemocnice, U stadionu 285, 595 01 Velká Bíteš;
tel.: 566 531 431, 566 531 433;
e-mail: dplvb.reditel@seznam.cz

M141001559

PERSONÁLNÍ INZERCE

je přijímána na adrese:
Jana Schrammová
tel.: 225 276 380,
725 036 036
e-mail: schrammova@mf.cz
personalni.inzerce@mf.cz

Zdravotnictví a medicína
Mladá fronta a. s.,
Mezi Vodami 1952/9
143 00 Praha 4 – Modřany

Inzerce M141001224 ▶

Inzerce M141001556

Představujeme publikaci

Urgentní příjem

Nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu

Určeno pro lékaře pracující na odděleních urgentního příjmu, lékaře, kteří se připravují k atestacím z urgentní medicíny a medicíny katastrof, vnitřního lékařství, ale i zájemce z ostatních oborů o problematiku emergentní medicíny. Kniha rozebírá nejčastější stavy, se kterými se může lékař na oddělení urgentního příjmu setkat. Zaměřuje se především na stavy interní povahy. Součástí publikace jsou kapitoly o třídění pacientů, kteří přicházejí na oddělení urgentního příjmu, dále seznam léků pro urgentní použití, včetně jejich dávkování. Dále je součástí knihy algoritmus pro KPR dospělých, kapitola o dokumentaci na urgentních příjmech, zásadách transportu pacientů v rámci nemocnice a kapitola o péči o pacienty v terminálním stavu. Kniha má formu manuálu, který má být především praktickým pomocníkem lékaře. Součástí každé kapitoly je označení v MKN-10 a kritéria pro přijetí pacienta do nemocniční péče nebo pro převedení do péče ambulantní. Tato kniha v českém písemnictví dosud nebyla vydána. Vzhledem ke skutečnosti, že nemocnice prakticky všech typů již oddělení centrálního příjmu v některé z variant zavádějí, je existence podobného manuálu nezbytná.

Autor: Martin Polák

Doporučená cena 520 Kč

Při objednání na sleva 25%

kniha.cz

MEDICAL SERVICES

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

MLADÁ FRONTA

Mladá fronta a. s. Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany, tel. 225 276 168, www.medical-services.cz, e-mail: knihyms@mf.cz

„Vydáváme knihy, které mají cenu.“

Naše knihy, které získaly ceny:

Alzheimerova demence v praxi, Vanda Franková a kol.
– Národní psychiatrická cena profesora Vladimíra Vondráčka za rok 2012

Dětská alergologie, Vít Petrů a kol.
– Cena předsednictva České lékařské společnosti JEP za nejlepší odborné knižní publikace za rok 2012

Léčba bolesti, Marek Hakl a kol.
– Cena Společnosti pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP za nejlepší knižní publikaci za rok 2011

Léčba pooperační bolesti, Jiří Málek, Pavel Ševčík a kol.
– Cena ČSARIM za nejlepší knižní publikaci za rok 2009

Neonatologie, Jan Janota, Zbyněk Straňák a kol.
Cena předsednictva České lékařské společnosti JEP za nejlepší odborné knižní publikace za rok 2013

O malém vzrůstu, Jaroslav Škvor
– Výroční cena Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem za rok 2010 za vědeckou a publikační činnost v kategorii „Publikace“

Očkovanie v špeciálnych situáciach, Miloš Jeseňák, Ingrid Urbančíková a kol.
– Cena Slovenské infektologické společnosti za publikaci za rok 2013

Psychiatrie v primární péči, Ján Praško, Klára Látalová a kol.
– Kuffnerova cena za nejlepší publikaci s psychiatrickou tematikou vydanou tiskem za rok 2013

Recidivujúce infekcie dýchacích ciest a imunomodulácia u detí, Miloš Jeseňák, Zuzana Rennerová, Peter Bánovčin a kol.
– Cena Slovenské pediatrické společnosti za nejlepší publikaci za rok 2012

Roztroušená skleróza, Eva Havrdová a kol.
– Cena ČNS za nejlepší monografii či učební text za rok 2013

MEDICAL SERVICES

Napsali jste knihu?
Vydejte ji s námi!

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

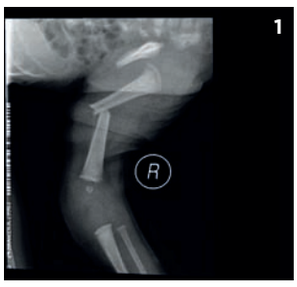
MLADÁ FRONTA

Mladá fronta a. s. Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany, tel. 225 276 168, www.medical-services.cz, e-mail: knihyms@mf.cz

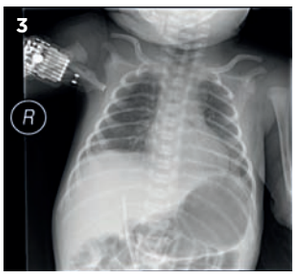
Kazuistika u novorozence po porodním traumatu

Porodní traumatismus je způsoben působením mechanických sil za porodu (tlak, stahy dělohy, tah a točení). Charakter a rozsah porodních poranění je velmi široký. Pohybují se od zcela nezávažných bez trvalých následků až po ta, která se kombinují s hypoxií – následky mohou být pak velmi závažné.

V březnu 2010 se v naší nemocnici rodí chlapec E. B. ve 35 + 5 g. t. s porodní hmotností 2240 g, délka neměřena. Pochází z 2. fyziologické gravidity. Matka přijata na porodní sál pro pobolívání v podbřišku, plodová voda zachována, poloha konec pánevní. Porod se rozbíhá spontánně, dochází však k obtížnému vybavení ramének a hlavičky. Vybaven asfyktický chlapec, nedýchající, atonický s bradykardií. Odsáty horní cesty dýchací, prodýchán ambuvakem. AS se ihned upravuje, spontánní ventilace nastupuje až ve 2. minutě. Na porodním sále běžné ošetření. Chlapec má však nápadný otok pravého stehna – pohmatově pravděpodobně fraktura femuru vpravo. Proto přijat na JIPn.


1

2


3

4

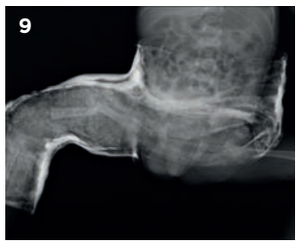
5

6

7

8

Foto: archiv autorky


9

10

● **1. den** – Novorozenec uložen do vyhřátého inkubátoru. Kůže je bledá s poruchou prokrvení, pravá DK výrazně bledá. Po těle jsou patrny četné hematomy – obě DK, pravá HK a na PDK výrazný otok. Při manipulaci chlapec reaguje bolestivostí. Pro rozvíjející se *grunting* s tachypnoí nutno podat inhalačně 28 % kyslíku do inkubátoru, během noci kyslík vysazen. Fyziologické funkce stabilní – AS 130´, TK neinvazivní v normě, je jen mírně termolabilní. Zaveden UVC pro zajištění parenterální výživy, analgosedace proti bolesti. Dle rtg vyšetření fraktura diafýzy vpravo, fraktura *claviculae* vpravo *(viz obr. 1, 2, 3)*. Po telefonické domluvě s ortopedickým lékařem FN Brno dána chlapci tahová náplasťová fixace. Bylo nutné sledovat prokrvení PDK. Chlapec se začíná krmit OMM, stravu zatím toleruje. Močí méně, stolice smolková odešla na porodním sále. Dle sono břicha bez volné tekutiny, játra a slezina bpn. V laboratoři zvýšená hodnota kyseliny močové ukazuje na intrapartální hypoxii.

● **2. den** – Chlapec je růžový, dobře prokrvený, hematomy promazány Heparoidem. Klidný, při manipulaci reaguje bolestivostí – kontinuálně Tralgit v podpůrné kapací infuzi. Po ortopedickém konziliu naloženy obě DK do OVERHEAD TRAKCE (vertikální extenze). Nutno kontrolovat periferie končetin, zda jsou dobře prokrveny, teplota prstíků, hybnost a otok. Zadeček se nesměl dotýkat podložky. Další ortopedické konzilium za 2 dny či dle potřeby. Kontroluje se i PHK – prokrvení a otok, omezená hybnost. Chlapec dán na otevřené výhřevné lůžko s výhřevnou poduškou. FF v normě, stravu toleruje, krmí se sondou. Močí, stolice neodešla. Polohuje se mu jen hlava *(viz obr. 4–7)*.

● **3. a 4. den** – Kojenec začíná být subikterický, klidný, spíše spavý, při manipulaci bolestínský. DK ve vertikální extenzi, prstíky jsou teplé, dobře prokrvené, jen PDK mírně oteklá. PHK mírně oteklá, tonus na ručce snížen, hybnost je omezena. FF jsou v normě. Stravu toleruje s menšími rezidui. Krmí se sondou. Močí, stolice odešla po podání klyzmatu – OMM + glycerol. Při ortopedické kontrole se závěs upravil, další kontrola za 2 dny.

● **5. a 6. den** – Chlapec klidný až apatický. Iktterický dle laboratorních hodnot, naordinována fototerapie 3 hod./3 hod. pauza *(viz obr. 8)*. DK ve vertikální extenzi, prokrvení v normě, hybnost prstíku přítomna. PHK dobře prokrvená, mírně oteklá. Ručkou hýbe, ale hybnost omezena. FF v normě. Parenterální výživa – ionty + Tralgit (UVC zrušen, zavedena periferní žilní linka). Stravu netoleruje, má rezidua. Zkouší se krmit ze savičky, vypije jen malé množství, nutno dosondovat. Močí, dostal opět klyzma – stolice odešla smolková. Ortopedická kontrola – převaz DK, kontrola za 2 dny.

● **7. den** – Chlapec klidný, při manipulaci aktivní. DK ve vertikální extenzi, dobře prokrvené, teplé. Stravu začíná tolerovat, k jídlu se hlásí. Ze savičky pije celé dávky. Ráno ještě parenterální výživa – ionty + kontinuálně Tralgit. Během dne periferní žilní linka zrušena. Močí, stolička bilirubinová odchází. Fototerapie během dne zrušena. Neurologické vyšetření – fraktura claviculy vpravo, pravděpodobně paréza či minimální natažení brachiálního plexu – horní typ. Doporučeny šetrné masáže – hlazení ruky, zahřívání ruky, Pyridoxin tbl.

● **8. až 10. den** – DK ve vertikální extenzi – dobře prokrvené, bez otoku. PHK dobře prokrvená – při manipulaci hlazení pravé ručky a zahřívání. FF v normě. Stravu toleruje. Močí, stolice odchází bilirubinová. Dle potřeby dostává per os Tramal. Ortopedická kontrola – závěs upraven, další kontrola za 2 dny i s rtg snímky. 10. den rtg a ortopedické vyšetření. Dle rtg snímku postavení hraničně uspokojivé. PDK do sádrové spiky *(viz obr. 9 a 10)*. Kontrola za týden s přesádrováním. 10. den překlad na novorozeneckou intermediální péči.

● **11. až 27. den** – Na oddělení IMP na výhřevném lůžku. Klidný, při manipulaci aktivní, k jídlu se hlásí. Na PDK sádrová spika – prstíky růžové, dobře prokrvené, teplé. PHK dobře prokrvená – hlazení a zahřívaní, polohovat

ruku do pravého úhlu. Hybnost omezena. Stravu toleruje. Močí, stolice odchází žlutá. Ortopedická kontrola a rtg – přesádrování. Periferie klidná, osové postavení správné. Nachází se svalek v oblasti diafýzy femuru. Kontrola za týden, fixace ponechána ještě 7–10 dní. Za 10 dní měl rtg PDK, sádrová spika sundána. Na IMP se matka s rehabilitační sestrou učí cvičit Vojtovou metodou. Matka ošetřuje, přebaluje a kojí.

- **28. až 32. den** – 28. den přeložen na novorozenecké oddělení za matkou. Přikládán k prsu, pije dobře. Močí, stolice odchází žlutá. Cvičí Vojtovou metodou. 32. den propuštěn domů. Kontroly v ortopedické a neurologické ambulanci.
- **Ošetření doma:** Během půlroku chlapec podstoupil v Praze operaci parézy brachiálního plexu s dlouhodobou rehabilitací, kterou prováděla matka. S ručkou pohybuje, jen malý náznak parézy – postavení ručky při chůzi v supinaci k trupu. Fraktura femuru bez patologických známek. Výborně motoricky prospívá. Ve dvou letech chlapec chodí, běhá, poskakuje, vše bez známek traumatického porodu.

Literatura u autorky

Anna Vrbová, DiS.,
Novorozenecká JIP Krajská nemocnice T. Bati, Zlín,
sAndulinka@seznam.cz

Psychologické aspekty intenzivní péče

Psychologická problematika je na oddělení intenzivní péče často opomíjená. Z psychologického hlediska je optimálním cílem v intenzivní péči zavedení takového týmu, ve kterém má každý svůj dobře definovaný úkol a snahu o poskytnutí co nejlepší péče nemocnému dítěti.

Stres je na pracovištích intenzivní a resuscitační péče běžnou každodenní záležitostí. Při ošetřování novorozenců, často kriticky nemocných, je tento fenomén ještě znásoben. Umístění dítěte na jednotku intenzivní a resuscitační péče pro novorozence (JIRPn) znamená jeho dočasnou separaci od matky a otce. Naší snahou je proto umožnit rodičům trávit se svými dětmi maximum času v průběhu dne, bez ohledu na další faktory. Jedná se o princip v moderní medicíně obecně uplatňovaný. Jednotka intenzivní péče pro novorozence je dnes vnímána spíše jako prostor pro společný pobyt rodičů a dětí než jako místo koncentrace inkubátorů a monitorů. Možnost své dítě vidět, dotýkat se ho, krmit je, vidět jej růst, mluvit na něj jsou faktory, které jsou psychologicky velmi významné a formují i budoucí vztah a vazbu mezi rodiči a dítětem. Zajištění kontaktu a zahrnutí rodičů do systému péče o dítě je i důležitou metodou prevence citových problémů, které mohou následkem separace vzniknout.

Obecně přijímanou premisou je snaha snižovat pokud možno intenzitu a četnost stresových situací u personálu pracujícího na JIRPn. Důležitá je také interpersonální komunikace, každý by měl mít možnost pravidelnými diskusemi vyjádřit svůj názor, kritiku nebo zájem.

Příběh dítěte se závažnou VVV

Mladým rodičům, kteří čekali své první dítě, bylo na základě ultrazvukového vyšetření sděleno podezření na závažnou vrozenou vývojovou vadu (VVV) dítěte, která je neslučitelná se životem. I další vyšetření potvrdila diagnózu Edwardsův syndrom, tedy trizomii chromozomu 18. Tato genetická porucha má velmi variabilní obraz, běžné jsou poruchy růstu, dysmorfie obličeje, prstů, srdeční vady a psychomotorická retardace. Většina dětí nepřežívá první rok. Ošetřující gynekolog rodičům doporučil předčasné ukončení těhotenství. Co prožívá matka po sdělení takové diagnózy? Šok. Obrovskou bolest. Ve svém břiše cítí pohyby plodu a ví, že když se dítě narodí, doba jeho života je limitována. Neví, zda to bude na minutu, na den, na měsíc. Jak může člověk s touto skutečností bojovat, jak má žít dál? Objevují se pochyby a otázky: „To přece nemůže být pravda!“, „Proč se to stalo právě nám?“ Je to věc, kterou nikdo nikdy nepochopí a nic na světě a nikdo nemá tu moc to změnit.

Rodiče o dalším osudu gravidity diskutovali spíše se svými vrstevníky než s nejbližšími příbuznými. Jak se později ukázalo, jejich rodiče nebyli příliš srozuměni s variantou narození postiženého vnoučete. Oba mladí lidé byli věřící a možná i tento fakt sehrál roli v jejich rozhodnutí pokračovat v graviditě, dítě si ponechat a pečovat o ně bez ohledu na to, jaká bude délka jeho života. Otec to vyjádřil jednoduše: „Je to naše dítě a jako každé má právo na život.“

Rodiče a právo se svobodně rozhodnout

Rodiče začali hledat informace o tomto typu vady, snažili se zjistit, zda v okolí či jinde v republice žijí děti se stejným postižením. V té době kontaktovali i neonatologa, který jejich rozhodnutí zcela akceptoval a na společné schůzce se bavili spíše o možnostech poskytování péče v průběhu porodu a po něm.

V okamžiku, kdy se personál novorozeneckého oddělení a porodnice dozvěděl o rodičce a jejím rozhodnutí, rozpoutala se

Ilustrační foto: Shutterstock

velmi živá a místy vzrušená debata o rozhodnutí rodičů. Ukázalo se, že přestože na oddělení pracuje řada odborníků s mnohaletými zkušenostmi, v otázce etiky poskytování péče postiženým dětem nejsme a pravděpodobně nikdy nebudeme jednotní. Postoje se lišily v řadě aspektů. Jinak reagovali lidé, kteří již sami byli rodiči, jiný postoj měli zase ti, kteří viděli děti se stejným postižením a stejnou diagnózou umírat. Po mnoha hodinách debat jsme se shodli na základním principu respektování vůle a rozhodnutí rodičů. Tento princip je základem naší práce, jen v tomto případě vyvolala existence základní diagnózy u dítěte debatu o způsobu, typu a intenzitě poskytování péče.

Před porodem se znovu sešli lékaři s rodiči, aby společně probrali možnosti zdravotní péče a také šance dítěte. Předem se domluvili na postupu při eventuální resuscitaci. V případě selhání životních funkcí chtěli rodiče, resp. matka, aby dítě dostala do náruče již na porodním sále. Po porodu ale bylo dítě čilé a vitální, nicméně ihned po narození byly patrny všechny známky diagnostikovaného syndromu.

Rodiče se nevzdávali

V průběhu pobytu novorozence na oddělení JIRPn oba rodiče své dítě navštěvovali. Ačkoli byli na situaci předem připraveni, pociťovali při návštěvách zármutek a šok. Projevila se u nich řada negativních emocí včetně úzkosti, beznaděje a strachu z toho, co přijde. V tomto období jsme se snažili s rodiči často komunikovat, dávali jsme jim prostor vyjádřit své pocity, snažili jsme se pomoci jim přenést se přes toto těžké období. Kromě toho jsme se také věnovali problematice péče o dítě. Rodičům jsme předávali své zkušenosti ošetřovatelské, informovali jsme je o chování a projevech dítěte v určitých situacích, o způsobech krmení, přebalování a podobně. Rodiče se na nás často obraceli s různými otázkami, jelikož v této době jsme se stali jejich nejbližšími „partnery“, kteří ošetřují jejich miminko.

V té době jsme s kolegy na oddělení často debatovali o tom, jaký je a má být postoj společnosti k postiženým lidem. Ukázalo se, že na tuto problematiku snad ani nemůžeme mít jednotný názor. Jsme ovlivněni nejen osobními zkušenostmi, ale i svou praxí, bezpochyby i předsudky a obecně přijímanými principy solidarity a sounáležitosti s handicapovanými.

Po narození nemělo dítě diagnostikovány žádné aktuálně život ohrožující vady, byť postižení srdce a rozštěpová vada rtů a patra byly závažné a určitě zhoršující osud dítěte. Rodiče projevovali o své dítě velký zájem, přestože jsme nebyli schopni dát žádnou odpověď na otázku, jak dlouho bude žít. Postupně se začali zapojovat do péče o své dítě, naučili se je přebalovat, krmit a po několika týdnech pobytu na oddělení jsme dítě propustili do domácí péče obou rodičů.

Naše holčička se rozhodla žít

Vývoj holčičky sledují pediatři, neurologové, psychologové, ale i rodina, sousedé a okolí. Rodiče se setkali s mnoha různými názory a reakcemi okolí, a to nejen od laické veřejnosti, ale i od profesionálů, a pojem „ta postižená“ či „ten Edwards“ slýchali často i v ambulancích a při vyšetření kojence. Operační výkony byly odborníky spíše zamítány.

Psychomotorický vývoj holčičky je v současné době na úrovni ročního dítěte s perspektivou dalšího, byť pomalého vývoje. Na určitou dobu dokáže zvednout hlavu, překulí se z břicha na záda a zpátky, s pomocí se posadí, reaguje na své jméno, produkuje nejasné zvuky, umí se smát, má ráda oční kontakt. Přitom se podle lékařských prognóz neměla na své rodiče nikdy usmát, neměla se ani narodit. Kdo ji vidí poprvé, je mu jasné, že „něco“ není v pořádku, má rozštěp rtu, sama nechce jíst a je nutné ji krmit sondou. Přesto letos holčička osladí 7. narozeniny.

Ročně se narodí v České republice asi 6 dětí s Edwardsovým syndromem, ale většinou umírají po několika dnech. „ Naše“ holčička má však štěstí, bortí všechny lékařské hypotézy.

Simona Vyoralová,
JIRPn, KNTB, a. s., Zlín,
simona.vyoralova@bnzlin.cz

Oxytocin – láskyplný hormon

Oxytocin je hormon, který se vyskytuje u savců. Jako hormon funguje v krevním řečišti a jako neurotransmiter v mozku. Významnou roli hraje hlavně v porodním ději, v poporodním období a při kojení.

Je o něm známo, že stimuluje účinek děložních kontrakcí při porodu a způsobuje kontrakce buněk vývodů mléčné žlázy, které vedou k ejekci mléka při kojení.

Uvolňování oxytocinu

Oxytocin je tvořen v magnocelulárních neuronech v supraoptikulárních jádrech a v magno- a parvocelulárních neuronech paraventrikulárních jádrech hypotalamu. Z magnocelulárních neuronů je oxytocin transportován do neurohypofýzy a odtud pomocí krevního řečiště k cílovým orgánům (děloha, prsa). Oxytocin má relativné krátký poločas rozpadu. Cirkulující (vyplavený) oxytocin má poločas rozpadu od přibližně 1 do 2 minut. Z parvocelulárních neuronů je oxytocin přes axony transportován do CNS, kde má přibližný poločas rozpadu 20 minut. Oxytocin je v tělech buňky neuronu produkován a pak pomocí neurofyzínů cestou axonů transportován do krevního řečiště (Ludwig a Leng, 2006). Zvýšenou hladinu oxytocinu lze pozorovat v pupečníkové žíle (je zde mnohem vyšší než u matky), což naznačuje, že je syntetizován plodem a převáděn placentou (Coad, 2012). V roce 1953 americký biochemik Vincent du Vigneaud představil oxytocin v syntetické formě, za což získal Nobelovu cenu. Syntetická forma je používána k indukci porodu, zesílení děložních kontrakcí, při poporodním krvácení nebo jako prevence krvácení po porodu. Syntetický oxytocin má stejné farmakologické vlastnosti jako endogenní. Léčebně se aplikuje i. v., i. m., intramyometrálně a nazálně. Metabolizuje se v játrech a v ledvinách.

Účinky oxytocinu

Při podání oxytocinu (1 gram na kilogram tělesné váhy) klesne hladina kortikosteronu, z čehož lze usuzovat, že oxytocin hraje důležitou roli v potlačení aktivity hypofýzo-nadledvinové osy (vyplavování adrenalinu...). Oxytocin má také vliv na tvorbu bolesti, kdy její práh zvyšuje. Efekt oxytocinu na práh bolesti je zprostředkován endogenními opioidy (Petersson et al., 1999). Vliv tohoto hormonu na chování není patrný pouze u lidí – např. podání malých dávek snižuje strach u krys (Amico, 2004). Oxytocin ovlivňuje aktivitu *nervus vagus*. Vyplavení gastrointestinálních hormonů je ovlivněno oxytocinem a podporuje např. nárůst hmotnosti a růst. Oxytocin zvyšuje také hladinu glukózy a glukagonu. Vyplavení glukagonu patrně souvisí s reakcí na aktivaci oxytocinových receptorů, které se nachází v alfa buňkách pankreatu. Kromě toho má prsní žláza zvýšený počet inzulinových receptorů, které stimulují příjem živin a podporují tvorbu mléka (Uvnäs-Moberg, 2005). Zdá se, že oxytocin je schopen ovlivnit aktivitu i jiných signálních systémů – např. ovoidní, dopaminový, noradrenalinový a serotoninový systém. Neurotransmiter dopamin je také zatažen do procesu bondingu a úzce interaguje s oxytocinem v *nucleus accumbens* – část mozku, která se asociuje s odměnou (Insel, 2003).

Oxytocin a lidské chování

Mnoho studií potvrzuje, že oxytocin řídí sociální chování u lidí. Intranazální podání oxytocinu stimuluje sociální interakci, snižuje strach a oslabuje vyplavení kortizolu po mentálním stresu (Heinrichs et al, 2003, Kirsch, 2005). Kupříkladu intranazální i intravenózní podání oxytocinu zlepšuje sociální schopnosti autistických mužů – mohou lépe interpretovat emocionální význam (důležitost) výrazu obličeje a tónu řeči (Domes 2007, Hollander 2007). Oxytocin také dokáže zvýšit důvěřivost k jiným lidem (Kostfeld 2005).

Porod

Během těhotenství narůstá počet receptorů pro oxytocin (narůstá citlivost myometria vůči oxytocinu), v polovině těhotenství 5x, maxima je dosaženo v termínu porodu – 50x vyšší nárůst oproti netěhotné děloze.

Během porodu je oxytocin vyplavován ve stále kratších intervalech. Během vypuzovací fáze je frekvence přibližně 6 pulsů za 10 minut (Fuchs, 1991). Stoupající frekvence vyplavování oxytocinu patrně souvisí s Fergusonovým reflexem. Zvyšující se tlak hlavičky plodu stimuluje nervové receptory v pánevním dnu, cervixu a horní části pochvy, což vede k aktivaci senzorických neuronů. Tyto nervové impulzy jsou přes míchu transportovány prostřednictvím aferentních senzorických nervů, zvláště díky *nervus hypogastricus* a *nervus pelvicus*. Pak impulzy doputují k buňkám hypotalamu produkující oxytocin a vyplaví jej. Zesílením kontrakcí a tlaku na cervix dochází k mohutnějšímu vyplavení oxytocinu (Ferguson, 1941). Účinek oxytocinu moduluje oxytocináza, specifický těhotenský enzym tvořený v plasmoditrofoblastu. Po 39. týdnu těhotenství dochází k relativnímu poklesu plasmatických hladin oxytocinázy a k relativní převaze oxytocinu. Význam oxytocinázy byl dříve přeceňován, a pokud vůbec, zasahuje do porodního mechanismu komplikovaněji než prostým snížením aktivity.

Časná poporodní fáze

Po porodu je hladina mateřského oxytocinu zvýšená, zvláště v souvislosti s porodem placenty, a trvá přibližně prvních 45 minut po porodu (Nissen, 1995). Pohyby dítěte při přiložení k prsu pak vedou k dalšímu zvýšení hladiny oxytocinu. Tento hormon, vyplavený do krevního oběhu, se s největší pravděpodobností podílí na zvýšení tělesné teploty matky, kterou lze pozorovat při kontaktu *skin-to-skin* mezi matkou a dítětem (Bystrova, 2007, Marshal, 1992). Čím více oxytocinu je vyplaveno, tím intenzivnější je ovlivnění vytvoření vazby matky na dítě.

Kojení

Studie dokládají, že nedostatek oxytocinu zamezí vyplavení prolaktinu jako reakce na sání (Samson, 1986). Během kojení klesá hladina kortizolu u matky (Amico, 1994, Heirichs, 2002), ale i u dítěte, pokud má úzký tělesný kontakt s matkou (Gitau, 2002). Naopak hormonální hladiny gastrinu, cholecystokininu a inzulinu stoupají a vedou k optimálnímu trávení u matky i u novorozence (Uvnäs-Moberg, 1989).

Závěr

Oxytocin je hormon, který ovlivňuje nejen ženy, ale i muže. Podněcuje vznik příjemných pocitů a navozuje pečovatelské a ochranitelské chování, a proto se někdy nazývá hormonem lásky. Jeho význam je stále odbornou veřejností zkoumán a podrobován analýze. Ale již dnes je známo, že by v budoucnu mohl pomoci lidem s autismem a diskutuje se, zda může mít vliv i na vznik a zánik některých karcinomů.

Literatura u autorky

Andrea Lorenz,
Gynekologicko-porodnické oddělení
Krajské nemocnice Liberec, a. s.

Inzerce M141001560

Sestra roku 14

Dárkové balíčky od HARTMANN – RICO a. s. pro včas přihlášené

HARTMANN

Společnost HARTMANN – RICO a. s. s potěšením sleduje vzrůstající zájem o soutěž Sestra roku a chce poděkovat nejen těm sestrám a vůbec všem nelékařským zdravotnickým pracovníkům, kteří prestižní ocenění za letošní rok nakonec získají, ale i ostatním přihlášeným, které se soutěže účastní. Proto společnost do soutěže již teď věnovala **15 dárkových balíčků** pro přihlášené.

Po ukončení příjmu přihlášek do soutěže, tedy **31. 12. 2014**, redakce Zdravotnictví a medicíny ze všech došlých přihlášek vylosuje **15 výherců dárkových balíčků společnosti HARTMANN – RICO a. s.** Tyto balíčky budou v průběhu ledna odeslány poštou na adresu uvedenou v přihlášce do soutěže.

www.sestraroku.cz

MEDICAL SERVICES

MLADÁ FRONTA

Emoční poruchy u žen v postnatálním období

Přechod do mateřství patří k zásadním okamžikům života ženy. Narození dítěte a nová mateřská role je pro každou ženu individuálním druhem prožitku, neboť každé dítě přijde do jiného období v životě ženy.

Ilustrační foto: Shutterstock

Jedním z hlavních a nejdůležitějších přání a životních cílů většiny žen je otěhotnět, donosit a porodit zdravé dítě – stát se matkou. I když představa matky chovající v náručí své dítě působí pozitivně a idylicky, je naprosto jasné, že stát se matkou je obrovský a obtížný úkol, jenž je spojen s velkými změnami v životě ženy. Mění se její vztah s partnerem, rodinou a přáteli, její společenský a pracovní život. Velkých změn doznává také její tělo a jeho funkce. Mění se ženino chování, žebříček hodnot a mnoho dalšího. Těhotenství, porod a následné mateřství jsou pro každou ženu hlubokým osobním prožitkem.

Na emoce není čas

Vztah mezi matkou a jejím dítětem vzniká již během těhotenství, nikoli až po porodu. Těhotenství není pouze dobou biologického vývoje dítěte, ale zároveň obdobím, kdy se v budoucí matce utváří a rozvíjí připravenost a schopnost pečovat a starat se o své dítě. Vytváření vazby během těhotenství je ovlivněno psychosexuální prehistorií každé ženy, v níž hraje významnou roli její vlastní matka – tedy osoba, od níž žena získala prvotní zkušenosti s láskou.

Východní tradice zdůrazňují, že jen veselá a zdravá žena může porodit zdravé a šťastné dítě. A protože být veselá není vždy úplně snadné, staly se součástí těhotenské kultury mnohá doporučení, zákazy a tabu týkající se stravy, oblékání, amuletů, spánku a soulože. Pomoc těhotné ženě poskytovalo společenství žen (matka, tety a sousedky) a tato pomoc byla naprosto samozřejmá. Dokonce i duchovní se starali o psychické a fyzické blaho těhotných a usměrňovali muže a upozorňovali je na jejich povinnosti, pokud se k těhotné ženě nechovali tak, jak se očekávalo.

Velký rozmach a pokrok ve vývoji medicíny ve 20. století, rozvoj zdravotnické techniky (ultrazvuková vyšetření, amnioskopie, fetoskopie, cytologická diagnostika, sledování plodu na porodním sále), zavedení tzv. preventivní péče o těhotné a přesun maximálního množství porodů do porodnic měl za následek významné snížení mateřské a perinatální morbidity a mortality. Ale na význam duševní vyrovnanosti těhotných žen se nějak pozapomnělo. Preventivní vyšetření se ze strany zdravotníků proměnilo v hledání nejrůznějších problémů a odchylek od normy a na psychický stav a prožívání těhotné už nezbyl čas. Zodpovědná budoucí matka musí dodržet termíny všech prohlídek, absolvovat všechna doporučená vyšetření, ale velmi často nedostane odpověď na otázky, které ji znepokojují a trápí. Odchází tak častokrát z ordinace gynekologa nebo porodníka nešťastná a rozrušená. Často pak tyto pocity provázejí ženu celé těhotenství. Hovoří se o nocebo-efektu těchto praktik (nocebo je latinský výraz a znamená „budu škodit“) (Geisel, 2004, s. 45). Zpráva WHO na téma poporodní deprese uvedla, že s jejím vznikem nesouvisí skutečné komplikace těhotenství a porodu, ale jejich subjektivní prožívání. Naslouchat těhotným ženám a rodičkám, dát jim prostor vyjádřit úvahy, obavy, stížnosti a nabízet psychickou podporu by mělo být součástí účinné prevence.

Proč přicházejí poporodní deprese

Veřejnost pak vnímá mateřství jako roli ženy, která je daná a neměnná. Na těhotenství, porod i mateřství pohlíží jako na věc pro ženu naprosto přirozenou, a to po stránce fyzické, psychické i sociální. Jelikož je pro ženu přirozené otěhotnět a porodit dítě, je od ní také zcela automaticky očekáváno, že bude schopna bezchybně pečovat o své dítě a vychovávat je. Každodenní realita mateřské péče je přehlížena, přestože má mateřství významné postavení ve společnosti. Ženy mohou mít zvláštní povinnosti, ale už nemají odpovídající práva vybrat si, jak budou o své dítě pečovat. Vše je podřízeno společenskému diktátu, normám a pravidlům, jež většinou tvoří muži. Dalo by se předpokládat, že mateřství je spojeno pouze s pozitivními emocemi a že se žena bez problémů nové roli přizpůsobí. Ale stále více výzkumů ukazuje, že řada nových matek trpí postpartální depresí (PPD). Otázkami, proč vzniká, co způsobuje a proč nepostihne všechny matky, se zabývá mnoho odborníků. Poporodní období je v životě ženy časem zvýšeného rizika vzniku psychického onemocnění. V raném šestinedělí se můžeme setkat i s velmi závažnou psychickou poruchou, tzv. poporodní psychózou. Vzniká zpravidla v prvním týdnu po porodu a vyskytuje se u 0,1–0,2 % „nedělek“ (Sobotková, Štembera, 2003, s. 358). Čech (2006, s. 256) uvádí, že první dny po porodu se psychózy prakticky neobjevují. Vzestup však začíná 3. až 4. den. V období šestinedělí dochází k adaptaci těla matky na novou situaci po ukončení těhotenství.

Provedli jsme výzkum

Cílem výzkumu bylo zjistit výskyt emocí u žen v raném postnatálním období a riziko vzniku postpartální deprese. Dílčími cíli bylo ověřit, zda riziko vzniku postpartální deprese souvisí se sociodemografickými charakteristikami a paritou respondentek, s plánovaným nebo neplánovaným těhotenstvím a způsobem vedení a ukončení porodu.

Respondentky výzkumu tvořily klientky hospitalizované na porodním oddělení Porodnicko-gynekologické kliniky Fakultní nemocnice Ostrava. Dotazníky byly klientkám rozdávány 3.– 4. den po porodu a respondentky je anonymně vracely při propuštění z porodnice do předem připravené schránky. Výzkumu se zúčastnilo celkem 207 šestinedělek. Ke splnění cílů výzkumu byla použita Edinburská škála postnatální deprese, která je oficiálně přeložena a poskytnuta autory k použití (Cox, Holden, 1994, in Honzák, 1999, s. 52–53). Ženy hodnotily 10 pocitů ve dnech po porodu volbou jedné ze čtyř variant odpovědí. Každé z těchto variant je podle závažnosti přiřazena bodová hodnota od 0 do 3 bodů (0 – není příznak, 3 – nejzávažnější intenzita příznaku). Hranice, při níž dochází k riziku vzniku postpartální deprese, je 10 bodů. Při dosažení 10–12 bodů by měl být test opakován s časovým odstupem. Kritická hranice, kdy je vhodná konzultace psychiatra k posouzení možné přítomnosti postpartální deprese, je 13 bodů. Zvláštní pozornost by měla být věnována odpovědi na poslední 10. otázku – suicidální myšlenky.

Struktura respondentek

Věkové složení respondentek bylo různorodé. Nejmladší bylo 17, nejstarší 44 let. Věkové rozložení je následující: 1 respondentka (0,97 %) ve věku do 17 let včetně, 40 žen (19,32 %) ve věku 18–25 let, 136 žen (65,70 %) ve věku 26–35 let a 29 žen (14,01 %) ve věkové kategorii 36–45 let. Průměrný věk dotazovaných byl 29,7 let. U prvorodiček to bylo 27,2 let, u druhorodiček 31 let a u vícerodiček 33,6 let.

Z celkového počtu 207 odpovídajících bylo 61 (29,47 %) svobodných žijících s partnerem, 9 žen (4,35 %) svobodných žijících bez partnera. 115 žen (55,56 %) bylo vdaných, 21 žen (10,14 %) rozvedených a 1 žena (0,48 %) byla vdova. Nejpočetnější část tvořily ženy s vyšším odborným nebo vysokoškolským vzděláním, a to 72 (34,78 %), 69 účastnic (33,33 %) mělo ukončené středoškolské vzdělání s maturitou, 51 (24,64 %) mělo středoškolské vzdělání bez maturity a 15 (7,25 %) mělo vzdělání základní. Nejvíce respondentek 92 (44,44 %) byly prvorodičky, 86 (41,55 %) byly druhorodičky, 24 z nich (11,59 %) byly třetirodičky a 5 respondentek byly (2,42 %) vícerodičky. Převážná většina dotazovaných 134 (64,73 %) odpověděla, že jejich těhotenství bylo chtěné a plánované. 71 žen (34,30 %) uvedlo, že těhotenství bylo chtěné avšak neplánované a pouze 2 těhotenství (0,97 %) byla neplánovaná a nechtěná.

Plánované vs. neplánované

Výsledky výzkumu ukazují, že 140 (67,63 %) porodů bylo vedeno a ukončeno spontánně, 8 (3,86 %) bylo ukončeno akutní vaginální porodnickou operací (porodnickými kleštěmi, vakuumextraktorem), 31 (14,98 %) porodů bylo ukončeno plánovaným císařským řezem a 28 (13,53 %) akutním císařským řezem.

105 (50,72 %) respondentek dosáhlo na Edinburské škále postnatální deprese 9 a méně bodů, což znamená, že nejsou aktuálně

ohroženy vznikem postpartální deprese. 37 (17,87 %) žen dosáhlo skóre 10–12 bodů. U těchto klientek již riziko vzniku postpartální deprese existuje. Dále 65 (31,40 %) dotázaných dosáhlo kritické hranice 13 a více bodů a měly by absolvovat psychiatrickou konzultaci k posouzení přítomnosti postpartální deprese. U jedné z položek dotazníku, „napadaly mě myšlenky, že si něco udělám“, odpovědělo 17 zpovídaných kladně. 6 (2,9 %) respondentek uvedlo, že „někdy“ (hodnota 2 body), 11 (5,31 %) rodiček odpovědělo, že „sotva kdy“ (hodnota 1 bod). Všechny tyto ženy dosáhly na EPDS skóre 13 a více bodů. Ve výzkumu respondentky dosáhly 13 a více bodů na EPDS, což činí celkem 31,4 %.

Při zjišťování vztahu mezi sociodemografickými charakteristikami respondentek a rizikem vzniku postpartální deprese nebyl zjištěn statisticky významný rozdíl. Na vznik postpartální deprese nemá vliv dokonce ani to, zda porod probíhal v pořádku, nebo se vyskytly komplikace a bylo nutné akutní operační řešení. Naproti tomu ženy s neplánovaným těhotenstvím jsou vznikem postpartální deprese ohroženy více než ženy, jejichž těhotenství bylo plánované. Také byla nalezena souvislost mezi rizikem vzniku postpartální deprese a výskytem deprese v anamnéze, kdy bylo zjištěno, že ženy vnímající sociální podporu od partnera, rodiny a přátel jako nižší, dosahují vyššího skóre na EPDS. Z těchto uvedených výsledků nelze nikdy předem určit, která žena bude postižena postpartální depresí, která je riziková, ani podle věku, vzdělání, počtu dětí, jež porodila. Je tedy třeba se ptát, co pro nové matky můžeme udělat my – zdravotníci v porodnicích –, abychom je nevystavovali dalším zbytečným stresům a riziko vzniku postpartální deprese u nich dále nezvyšovali.

Podpora bondingu

Předpokládáme, že jedním z kroků ke snížení postpartální deprese je rozšíření a dodržování zásad bondingu v českých porodnicích. Termín „bonding“ neboli připoutání poprvé zmínili v 70. letech 20. století američtí pediatři Marschal Klaus a John Kennel v teorii vysvětlující význam prvního kontaktu matky s dítětem. Uvedli, že prvních 12 hodin po porodu je nejdůležitějších. Dochází k budování emočních vazeb mezi matkou a novorozencem. Správně probíhající bonding má obrovský význam nejen pro fyziologii matky a dítěte (větší úspěšnost kojení), ale má také zásadní psychologické důsledky, které mohou matku i dítě provázet v dalších obdobích života. U dítěte, které bylo od matky odloučeno, se může projevovat separační úzkost (panický strach ze vzdálení se matky od něj) a neurotické poruchy. U matek se pak může objevit postpartální deprese, kterou prohlubuje ztráta kontroly nad procesem porodu, tedy i ztráta kontroly nad dítětem a jeho vzdálení od matky. Bylo by tedy pro matky a jejich děti prospěšnější odložit všechny rutinní zásahy (ošetření, měření, vážení) na pozdější dobu a dopřát jim chvíle klidu, kdy se navzájem poznávají. V případech, kdy není nutný život zachraňující zásah, neměli bychom dítě od matky oddělovat, ale měli bychom dodržovat zásady k podpoře bondingu.

Úloha porodní asistentky na oddělení šestinedělí je nezastupitelná. Měla by mít dostatek empatie, schopnosti umět jednat s matkou i s otcem dítěte. Je potřebné budovat důvěryhodný vztah s ženou po porodu již od prvního kontaktu na základě otevřené a podpůrné komunikace. Porodní asistentka radí ženě po porodu při řadě potíží, edukuje ji o kojení, podporuje její mateřské kompetence a povzbuzuje v nové mateřské roli. Poporodní systém péče je třeba zaměřit na vztah matka-dítě, respektování potřeb matek, např. potřeba odpočinku, tlumení bolesti a psychické podpory. Také je potřebné sledovat patologické psychické projevy ženy. Žena by měla odcházet domů s dítětem dobře připravená s možností kdykoli se obrátit na porodní asistentku v primární nebo sekundární péči, gynekologa či laktačního poradce (Ratislavová, 2008, s. 3).

Izolace matek

S rozvojem vědy a medicíny ve 20. století bylo ženám umožněno rozhodnout se, kdy, kolik a jestli vůbec mít děti. Modernizace přístrojové techniky, zavedení nových metod sledování stavu matky a plodu mělo za následek snížení mateřské a perinatální morbidity a mortality. Došlo však také k tomu, že při množství všech možných povinných a doporučených vyšetření a testů se péče o budoucí matku omezila pouze na vyhledávání odchylek od normy a na péči o psychickou pohodu ženy už nezbyl čas. Žena tak se svým prožíváním těhotenství a mateřství, se svými obavami a úzkostmi v dnešním světě osaměla a zůstala odkázaná sama na sebe. Tato izolace matek je v dějinách lidstva novinkou. Není to tak dávno, kdy žena nebyla po porodu nikdy odkázána sama na sebe a byla naopak obklopena příbuznými, kteří ji podporovali, pomáhali jí s péčí o domácnost a starali se o její fyzickou a psychickou pohodu. V dnešní době, kdy se neustále zvyšuje věk odchodu do důchodu, nemá nová matka možnost využít pomoc a podporu svých blízkých, neboť ti musí chodit do zaměstnání a jak už je pro naši společnost typické, nemají čas. Dochází tak k tomu, že žena pociťuje nedostatek sociální a emocionální podpory, což je jedním z rizikových faktorů vzniku postpartální deprese. Matky musí dostát mnoha nárokům, což vede k nadměrné únavě a přetížení, které se může proměnit v přemrštěné reakce.

Ať už je nazveme jakkoli, poporodním blues nebo postpartální depresí, je důležité si uvědomit, že mateřská role je nesmírně náročná a její úspěšné zvládnutí vyžaduje pomoc partnera, rodiny, ale také veškerého zdravotnického personálu, který ženu během těhotenství, porodu a v počátcích mateřství provází.

Literatura u autorek

Mgr. Vendula Svachová,
PhDr. Bohdana Dušová, Ph.D.,
Porodnicko-gynekologická klinika, FN Ostrava,
vensvach@centrum.cz,
bohdana.dusova@email.cz

Specifika psychosociálního přístupu v porodnictví

Porodnictví je jednou z oblastí zdravotnictví, kde prožívání zdravotního stavu je zásadně ovlivněno kvalitou terapeuticko-ošetřovatelských procesů. Uplatňování psychologie v porodnictví úzce souvisí s bio-psycho-sociálním vývojem ženy a s identifikací s ženskou rolí, kterou by si měla správně osvojit.

Příspěvek se věnuje problematice psychosociálního přístupu zdravotníků v oblasti porodní a poporodní péče.

Úvod

Těhotenství a porod jsou fyziologické děje, v jejichž průběhu se mohou vyskytnout různě závažné komplikace. Především porod je velmi ovlivnitelný psychosociálními okolnostmi, které jej mohou zpomalit až zastavit, nebo naopak aktivně podpořit. V komplexní péči by mělo být cílem postihnout somatický, psychický stav ženy, ale i sociální pozadí jejího života. Cílem psychosociální anamnézy je pak vytipovat ženy, které potřebují pomoc psychologa.

V lékařské sociologii jsou uváděny dva modely zdravotní péče v těhotenství a při porodu, a to lékařský a porodně-asistentský nebo také sociální. Lékařský model je popisován jako mužský a zaměřený na lékaře. Vyzdvihuje objektivitu, dualismus těla a duše, intervence, lékařské statistiky a vnímá těhotenství a porod jako fyziologický děj vyžadující neustálý lékařský dohled a zásah při sebemenším náznaku patologie. Sociální model je popisován jako ženský, subjektivní, holistický a zaměřený na ženu-pacientku, vyzdvihuje individuální přístup a navíc k lékařskému modelu, jehož cílem je zdravá a živá matka a dítě, usiluje i o uspokojení individuálních potřeb matky a dítěte.

V ČR převládá lékařský přístup

Některé aspekty péče v minulosti se sice změnily a nadále mění dle požadavků rodiček (přítomnost otců u porodu, jistá možnost volby polohy při porodu), postupné ustupování od některých rutinních praktik (například nálev, holení či separace dítěte od matky) v posledních 20 letech nezaznamenalo větších systémových změn. Většině žen v ČR tento model vyhovuje.

Psychologický přístup v péči o ženu v ženském lékařství vychází z pozitivního vztahu mezi zdravotnickým personálem a pacientkou. Důležitou součástí péče je připravit ženy na těhotenství obecně, pak na průběh porodu a poporodní období. Ženy-rodičky trpí vysokým stupněm strachu a úzkosti nejen z porodu a s ním spojenými bolestmi, ale také z nezvládnutí rodičovské role a péče o dítě. Samozřejmostí by mělo být ohleduplné a taktní jednání. Zdravotníci by měli být schopni poskytnout dostatek informací o zdravotním stavu rodičky i dítěte a umožnit ženě a blízkým osobám pravidelný kontakt.

Psychosociální aspekty

Těhotenství a porod patří mezi vrcholné a neopakovatelné zážitky v životě ženy. Je známo, že dobrý psychický stav těhotné a rodící ženy se pozitivně podílí na fyziologickém průběhu gravidity a porodu a následně významně ovlivňuje psychosomatický stav narozeného dítěte. Provázanost porodního procesu s emocemi a prožíváním je velmi složitá. V první řadě do procesu vstupuje osobnost rodící matky, její tendence určitým způsobem reagovat a prožívat sociální interakce s okolím. Tyto tendence společně určují, do jaké míry žena vyhodnotí prostředí, v němž rodí, jako bezpečné.

Cítí-li žena při porodu bezpečí, mohou se optimálně vyplavovat hormon oxytocin a endorfiny, které porodní proces spouštějí a podporují, a vedou tak k jeho plynulosti. Naopak při pocitu ohrožení dochází k vyplavování

katecholaminů (stresových hormonů), které porodní proces, zvlášť v první době porodní, zpomalují či zastavují. Pocity úzkosti a ohrožení v průběhu porodu mohou vést až k ohrožení plodu. Rodička potřebuje intenzivně cítit, že její chování a rozhodnutí mají vliv na to, co se s ní děje. Pocit kontroly nad procesem porodu je pro porodní zážitek důležitější než např. tlumení bolesti, které oproti očekáváním vede u většiny žen k negativnímu hodnocení porodního zážitku. Pokud je rodička ve fyzické či psychické nepohodě, stoupá riziko hypoxie plodu či zpomalení porodu. Ten je pak častěji ukončen císařským řezem. Komplikace pro novorozence po porodu císařským řezem jsou dobře známy. Také častá separace novorozence od matky, v českém porodnictví rutinně daná ošetřováním obou odděleně, z psychologického hlediska zásadně negativně ovlivňuje navázání vztahu mezi matkou a dítětem a z fyziologického hlediska ohrožuje zahájení laktace.

Ohrožení vztahu matky a dítěte

Období bezprostředně po narození dítěte je i z hlediska psychologie obzvláště citlivé. Čtvrtá doba porodní, tzv. bonding (připoutání k matce, hlavně prvních 12 hodin po porodu, okamžité přiložení dítěte k matčinu prsu bezprostředně po porodu apod.) a podpora rané vazby mezi matkou a dítětem velmi silně ovlivňují prožívání pocitu kontroly nad porodním procesem. Rodící žena nutně potřebuje mít kontrolu nejen nad tím, co se děje při porodu s jejím tělem, ale také nad tím, co se děje s jejím dítětem. Dle závěrů pozorování odborníků z oblasti klinické psychologie se u nás při narození dítěte stále upřednostňují hygienická rutina a klasické zdravotnické postupy vedoucí k separaci dítěte od matky před psychologickými potřebami matky a dítěte. Tato situace se ale zlepšuje, například formou hospitalizace *rooming-in*. Po fyziologickém porodu nestojí nepřerušovanému kontaktu matky s novorozencem v cestě nic kromě rutinních postupů zdravotníků. Strach o novorozené dítě vede personál k jeho ošetřování a zajišťování základních fyziologických potřeb (např. potřeby tepelné pohody) technickými postupy (vyhřívané podložky) namísto využití tepla z matčina těla a podporování vzájemné vazby matky a dítěte (bonding). Mateřské chování přitom stimuluje i oční kontakt matky s dítětem.

Neporozumění mezi rodičkou a zdravotníky

V Lékařských listech č. 9/2009 vyšel článek soukromého gynekologa a porodníka, který si přál zůstat v anonymitě. Autor článku popisuje „katastrofální zhoršení vztahů“ mezi porodníky a rodičkami slovy „rodička nevěří porodníkovi“ a „porodník nevěří rodičce“.

V posledních 20 letech prostory většiny porodnic prodělaly proměnu směrem k domáčtějšímu stylu a doprovod u porodu (i když za poplatek a většinou pouze jedna osoba) se stal téměř normou. Stále se však jedná o tzv. vnější změny v porodnictví. Přístup personálu (vnitřní změny) prošel změnou minimální. Jde přitom o významný prvek vedoucí k „zlidštění porodnictví“.

Je pochopitelné, že je situace pro zdravotníky účastnící se porodu náročná. Často nabízejí analgezii, urychlení porodu či jiné metody, kterými se snaží dovést porod k rychlému a zdárnému konci. Žena však v tuto chvíli potřebuje mnohem více emoční přijetí a ubezpečení, že si vede dobře. Vzniká tak paradoxní situace, v níž každý mluví jiným jazykem, rodička instinkty a personál racionálně.

Zdravotníci, kteří se cítí ženiným chováním frustrováni ve svém úsilí jí pomoci, označují rodící ženu za nespolupracující a mohou na ni reagovat až agresivně. Obecně a ideálně by měl systém péče směřovat k modelu péče *one-to-one*, kdy jeden zdravotník (porodní asistentka či lékař) pečuje o ženu a následně i dítě v průběhu těhotenství, porodu a šestinedělí, jak je obvyklé v zahraničí. Tento systém poskytuje zdravotníkovi i ženě prostor pro vzájemnou důvěru a lepší spolupráci.

Strategie komunikace v porodnictví

Komunikace s rodičkou by měla vycházet ze zásad vzájemného vztahu.

1. Informovat ženu o průběhu porodu a jeho jednotlivých fázích, umožnit účast v předporodní psychoprofylaktické přípravě.
2. Pokud to bude možné, promítnout rodičce videofilm s průběhem porodu i tím, co se děje bezprostředně po něm (výzkumy ukázaly, že po promítnutí videozáznamu s tím, co je čeká, se stres pacientek až trojnásobně snižuje).
3. Zdravotníci by měli odpovídat pravdivě na všechny ženiny dotazy.
4. V případě celkové i epidurální formy anestezie při plánovaném císařském řezu je třeba ženě vysvětlit postup anestezie a další pooperační průběh.
5. V případě epidurální anestezie na žádost rodičky je stejně důležité vysvětlit možná rizika této aplikace.
6. V případě spontánního porodu vysvětlit možný způsob úlevy od bolesti.
7. Doporučit nacvičení postupů, jako jsou dýchání, relaxace, speciální uvolňovací cviky, masáže, apod.
8. Zdůraznit časovou přechodnost jednotlivých nepříjemných úseků ve fázích porodu.
9. Pokud je to možné, je vhodné vyjádřit přesvědčení o normálním průběhu porodu.
10. Podporovat rodičku.

Komunikace během porodu by se měla odvíjet od následujících zásad:

1. Během porodu komunikujeme s pacientkou klidným, vstřícným tónem.
2. Vyjadřujeme podporu a porozumění.
3. Pravdivě informujeme rodičku o průběhu a stavu dítěte.
4. Šetrně provádíme vyšetření a informativně je komentujeme.
5. Ženu uklidňujeme a podporujeme.
6. Dáváme přesné, klidné, sugestivní a krátké instrukce a informujeme o výsledku.
7. V poslední fázi upozorňujeme na časovou ohraničenost nepříjemných pocitů.
8. Informujeme ženu o postupu probíhajícího porodu („už vidím hlavičku, už máme venku rameno…“).
9. Bezprostředně po porodu ukážeme dítě matce a dáme jí ho do náruče ihned, jakmile to bude možné.
10. Informujeme matku o dalším postupu.
11. Porod ukončíme i slovně.

Závěr

Vytváření pozitivního vztahu mezi zdravotníkem a pacientem patří k základům profesního zrání personálu. Správný psychologický přístup v péči o ženu v oblasti předporodní, porodní a poporodní péče pomáhá všem zvládnout novou náročnou životní situaci. Na tuto činnost musí být připraveni nejen zdravotníci, ale i ženy připravující se na novou sociální roli, roli matky. Základem vzájemné spolupráce a zdárného průběhu tohoto terapeuticko-ošetřovatelského procesu je vzájemná důvěra, ohleduplné, taktní a odborné jednání, vhodná komunikace zaměřená na dostatek informací, snižování strachu a úzkosti, pocitů nejistoty a emocionální lability. Správný přístup a respekt k pacientům zůstává stále jednou z nejdůležitějších složek profesionálního chování zdravotníků.

Literatura u autorky

doc. PaedDr. et Mgr. Eva Zacharová, Ph.D.,
Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě,
eva.zacharova@seznam.cz

Banka ženského–materského mlieka

Banka ženského-materského mlieka má obrovský prínos v možnostiach podávania ženského- materského mlieka deťom s nízkou pôrodnou hmotnosťou, hlavne extrémne nezrelým novorodencom a chorým novorodencom, a to nielen od vlastnej matky, ale aj od darkyne s prebytočným množstvom mlieka. Vzhľadom na stúpajúci trend alergických ochorení je vhodné podávať pasterizované ženské mlieko všetkým novorodencom prvé dni po narodení až do rozvoja laktácie matky.

História banky ženského mlieka

Prvá mliečna banka bola založená v Nemecku v roku 1919. Od roku 1921 sa vykonáva pasterizácia podľa Holdera.

Medzinárodné združenia, ktoré vydávajú záväzné nariadenia pre činnosť bánk sú:

- The Human Milk Banking Association of North America – založená v roku 1985
- United Kingdom Association for Milk Banking (UKAMB)

Indikácie pre podávanie ženského mlieka sú:

(The Human Milk Banking Association of North America)

1. Nutričné: nezrelosť, malabsorpcia, renálne zlyhanie, intolerancia stravy, vrodené metabolické poruchy, popáleniny, tiež po chirurgických výkonoch
2. Liečebné:
   a. Liečba infekčných ochorení – závažné hnačky, gastroenteritída, ulcerózna kolitída, botulizmus, sepsa, pneumónia, hemoragická konjuktivitída
   b. Po chirurgických výkonoch – omfalokéla, gastroschíza, črevné obštrukcie, po kolostómii
   c. Imunodeficientné ochorenia – pacienti pod imunosupresívnou liečbou, alergie, IgA deficiencia
3. Preventívne: prevencia AIDS, NEC, Crohnova choroba, colitída, alergia na umelú mliečnu výživu
4. Použitie v dospelosti: pri cirhóze pečene, doplnková výživa v starobe, preventívne pri autoimunitných ochoreniach (napr. lupus), pri liečbe AIDS, artritídy, pri ochoreniach oka, popáleninách – lokálny epidermal growth factor, pri liečbe rán

Vo Veľkej Británii a v USA je ženské mlieko spoločne mixované od 2 – 3 darkýň.

Mlieko darkýň, ktoré porodili pred 36. týždňom sa podáva nezrelým novorodencom a novorodencom do 4. týždňa života.

V súčasnosti sa sústreďuje pozornosť na proteíny v ženskom mlieku (hlavne human lactoferrin), ktoré sa skúšajú pri liečbe rakoviny, astmy a neurologických ochorení. V USA a Japonsku sa pri liečbe AIDS využíva recombinant human lactoferrin (rhLF).

Darkyňou môže byť zdravá žena, ktorá:

- nemá vlastné dieťa staršie ako 6 mesiacov,
- nemá alergické ochorenie,
- nemá žiadne chronické či systémové ochorenie,
- neužíva dlhodobo žiadne lieky, ani homeopatiká,
- nemá žiadne infekčné ochorenie (ani matka, ani dieťa),
- nesmie fajčiť a piť alkoholické nápoje,
- nesmie užívať omamné látky,
- neprekonala infekčnú žltačku typu B a C,
- nedostala za posledných 12 mesiacov transfúziu krvi,
- nebola liečená pred rokom 1985 ľudským rastovým hormónom,
- dodržuje správnu životosprávu,
- nesmie viesť promiskuitný život.

Darkyňa musí mať vlastnú chladničku s výparníkom alebo mrazničku. n Darkyňa nesmie odovzdávať mlieko počas akútnej infekcie, ani počas liečby antibiotikami. Od ukončenia liečby antibiotikami kvôli infekcii môže mlieko odovzdávať až po 2 týždňoch. Od ukončenia liečby antibiotikami kvôli miestnej infekcii prsníka môže mlieko odovzdávať po 48. hodinách. Darkyňa je poučená o zásadách odstriekavania materského mlieka v domácnosti: ruky si umyje mydlom a vodou, prsníky opláchne vodou, pri každom odstriekavaní prvých 5 ml mlieka vyleje, aby nedošlo k bakteriálnej kontaminácii, uprednostňuje ručné odsávanie pred odsávačkou, odstriekava priamo do sterilnej fľaše z banky, fľašu plní do výšky 3 cm od povrchu fľaše, po odstriekaní menšieho množstva mlieka dá fľašu do mrazničky a doplní ju pri ďalšom odstriekavaní, odstriekané mlieko uskladní v mrazničke v samostatnom priestore oddelene od ostatných potravín.

Vyšetrenie darkyne ženského mlieka pred začatím darcovstva:

1. výter z nosa, tonzíl a z konečníka, ktoré sa opakuje o 3 mesiace,
2. odber krvi zo žily – vyšetrenie na syfilis, AIDS a hepatitídu B (RPR, HIV, HBsAg), ktoré sa opakuje o 3 mesiace.

Vyšetrenie ženského mlieka z prvej vzorky novej darkyne:

1. mikrobiologické vyšetrenie nepasterizovaného mlieka, ktoré sa opakuje o 1 mesiac,
2. mikrobiologické vyšetrenie pasterizovaného mlieka, ktoré sa opakuje o 1 mesiac,
3. fyzikálno-chemické vyšetrenie – vyšetrenie bielkovín, sacharidov, tuku, sušiny, kalcia a energetickej hodnoty, ktoré sa opakuje o 1 mesiac,
4. vyšetrenie polychlorovaných bifenylov,
5. vyšetrenie tukov – krematokrit, ktoré vyšetruje banka každý týždeň,
6. vyšetrenie na prítomnosť bielkoviny kravského mlieka – pomocou antiséra sklíčkovou metódou, vyšetruje banka podľa potreby (napr. pri nápadne veľkých množstvách odovzdaného mlieka).

Ilustrační foto: Shutterstock

Pri mikrobiologickom vyšetrení nepasterizovaného a pasterizovaného mlieka sa stanovuje celkový počet mikroorganizmov, koliformné baktérie, salmonella, *Staphylococcus aureus* a koagulázopozitívne stafylokoky, mezofilné anaeróbne sporulujúce mikróby a sulfitredukujúce klostrídie, kvasinky, plesne, *Bacillus cereus, Listeria monocytogenes*. Všetky tieto vyšetrenia sú finančne náročné. Ženské mlieko sa nemixuje a vedie sa záznam, od ktorej darkyne dieťa mlieko dostalo. Pasterizované ženské mlieko od darkyne s predčasne narodeným dieťaťom sa podáva novorodencom počas prvých dní života a deťom s nízkou pôrodnou hmotnosťou. Vzhľadom na stúpajúci trend alergických ochorení je vhodné podávať pasterizované ženské mlieko všetkým novorodencom prvé dni po narodení až do rozvoja laktácie matky. Pasterizácia ženského mlieka podľa HOLDERA trvá 30 minút pri teplote 62,5 °C, zohrievacia fáza trvá 20 minút. Po pasterizácii sa fľaše s mliekom schladia na teplotu +4 °C pod tečúcou vodou počas 20 minút. Zmrazené pasterizované mlieko sa môže použiť do 1 mesiaca. Rozmrazuje sa vo vodnom kúpeli pri 37 °C. Rozmrazené pasterizované mlieko sa musí použiť do 24 hodín.

Literatúra u autoriek

PhDr. Iveta Ondriová PhD.,
MUDr. Anna Sinaiová PhD.,
Katedra ošetrovateľstva Fakulty zdravotníckych odborov PU v Prešove,
Perinatologické centrum FNsP, Prešov,
ondrioi0@unipo.sk

Zázraky se dějí aneb odložený porod

Vícečetné těhotenství dvojčat je až ve 40 % komplikováno hrozícím předčasným porodem, ke kterému nakonec dojde ve 48 % ohrožených případů. Porod nebo potrat jednoho plodu vede v drtivé většině případů k vyprázdnění celého obsahu dutiny děložní, a tedy k vypuzení druhého plodu. Ve vybraných případech je možné se pokusit o udržení druhého plodu v děloze a zvýšení jeho šancí na neonatální záchranu.

Odložený porod druhého plodu je počin velmi odvážný, avšak s nepředvídatelným výsledkem. Optimální postup se nedá přesně určit a úspěšnost je u většiny těhotných velmi malá. Nám se podařilo uskutečnit úspěšný odložený porod již podruhé.

Proč se rodí více dvojčat

Čím dál častěji potkáváme v ulicích maminky, které před sebou tlačí kočárek pro dvojčata. Je to náhoda? Kdepak! Na svět jich přichází mnohem víc než v minulosti. Příčina je podle lékařů zřejmá – paradoxně za ní stojí zvyšující se počty párů, které mají problémy s početím, a v souvislosti s tím léčba neplodnosti. Ještě před dvaceti lety připadala jedna dvojčata na 80 porodů. V současné době se počet narozených dvojčat téměř zdvojnásobil. Důvodem je tedy hormonální léčba, asistovaná reprodukce, ale také otěhotnění do půl roku po vysazení antikoncepce.

Na začátku vzniku každého z nás byly nejprve dvě pohlavní buňky – vajíčko a spermie. Po splynutí vzniká buňka – zygota. V průběhu normálního cyklu dochází k ovulaci pouze jednoho vajíčka. Spermií může k vajíčku proniknout mnohem více, ovšem pouze jedna za normálních okolností proniká do vajíčka a předá svou část genetické informace. U člověka vede oplození standardně k vývoji jednoho lidského jedince.

Někdy proces proběhne mírně odlišně a narodí se ne jedno, ale hned dvě nebo vzácně i více dětí. Vícečetná gravidita u člověka není jev fyziologický, neboť lidská děloha je stavěna tak, aby vyhovovala potřebám plného vývoje jediného zárodku.

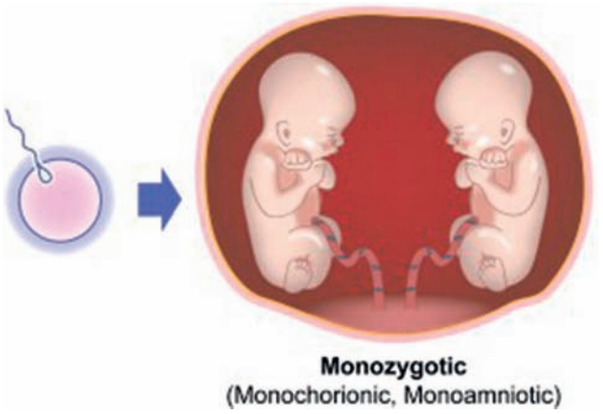
Jaké jsou typy dvojčat

Máme dva základní typy dvojčat. Dvojčata jednovaječná (monozygotní) nebo dvouvaječná (dizygotní). Už z názvu vyplývá mechanismus jejich vzniku. Monozygotní vznikají pouze z jedné zygoty a dizygotní vznikají ze dvou samostatných zygot, přičemž každá vznikla z jednoho vajíčka a jedné spermie. Vzácně se mohou vyskytnout i případy srostlých dvojčat.

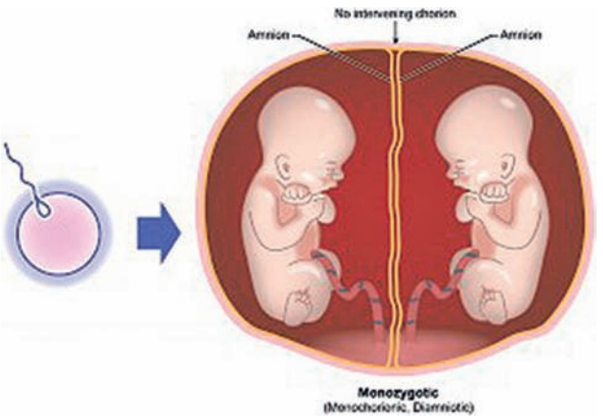
Jednovaječná dvojčata vznikají z jedné zygoty, kdy došlo k jejímu rozdělení na dvě plnohodnotné části, ze kterých se vyvíjejí dvě embrya. Protože jsou z jedné zygoty, mají stejnou genetickou výbavu a stejné pohlaví. Fenotypově si jsou velmi podobná a děti mohou mít i podobné povahové rysy. Podle vztahů plodů a plodových obalů je rozdělujeme na monochoriální monoamniální = mají společný amnion (plodovou vodu) i chorion (placentu), nebo monochoriální biamniální = mají společný chorion, ale každé má svůj vlastní amnion.

Dvouvaječná dvojčata vznikají oplodněním dvou vajíček dvěma spermiemi. Během ovulace muselo dojít k uvolnění ne jednoho, ale dvou vajíček. Takováto dvojčata nemají stejnou genetickou informaci, a proto nemusejí mít stejné pohlaví a nemusejí si být ani podobná. Každé má svůj amnion a svůj chorion = bichoriální biamniální. Sklon k rození dizygotních dvojčat může být do jisté míry dědičně podmíněný a šířit se v ženské linii rodu.

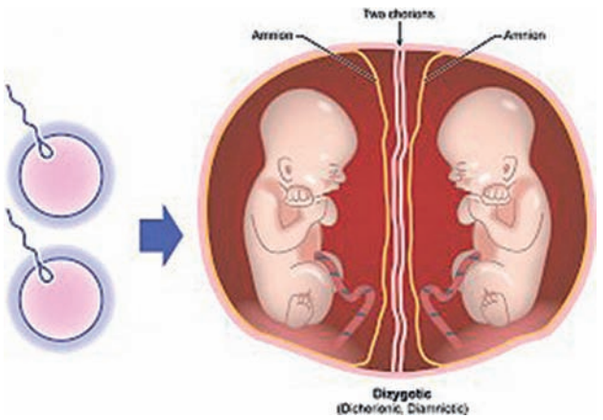
Přestože novorozená dvojčata mohou přinést rodičům dvakrát



Gemini monochoriati monoamniati | Foto: 4 x archiv autorky



Gemini monochoriati biamniati



Gemini bichoriati biamniati

více radostí, porodníkům přinášejí naopak dvakrát více starostí. Vícečetná těhotenství jsou považována za riziková. Vícečetné gravidity jsou obecně zatíženy vyšším rizikem předčasného porodu, nižší porodní hmotností plodů i častějším výskytem vrozených vývojových vad. Rizikovější jsou z pohledu porodníka jednovaječná dvojčata. Specificky se u nich může vyskytnout např. syndrom fetofetální transfuze, kdy mezi krevními oběhy plodů existuje spojení, což vede k asymetrickému toku krve, a tedy přetěžování jednoho velkým objemem krve a naopak.

Odložený porod

Odložený porod je stav velmi ojedinělý a každý pokus o zachování životaschopnosti plodu je riskantní a nejistý a patří k raritním příhodám. Jeden plod bývá z různých důvodů potracen (často pro předčasný odtok plodové vody), druhý, je-li vitální a zdravý, se může za dodržení léčebných opatření vyvíjet dále. Z hlediska prognózy je nejpříznivější situace, kdy se jedná o *gemini biamniati bichoriati*.

A kdy se nelze pokusit porod odložit? Za zřejmé kontraindikace je třeba považovat fetální patologie, monochorionicitidu, placentu praevii, abrupci placenty a preeklampsii, odtok plodové vody u druhého dvojčete, porod prvního plodu císařským řezem a infekce (ačkoli ta nepatří mezi absolutní kontraindikace, její zvládnutí je ovšem zásadní krok k možnému pokračování těhotenství). Po odložení porodu je ohrožena infekční komplikací i matka. V literatuře je popisovaná septická pánevní tromboflebitida, septický šok, sepse nebo endometritida.

Tato práce popisuje už druhý pokus o oddálení porodu druhého dvojčete na našem pracovišti. V prvním případě se nám podařilo těhotenství prodloužit o 70 dní a porodit 1830 g vážící zdravé děvče. Holčičce je v současné době již 6 let a jde do první třídy.

Kazuistika

Pacientka, 28 let, primigravida, byla přijata na naše oddělení 12. 5. 2012 v 12.25 hod. s diagnózou: grav. hebd. (týden těhotenství) 23 + 3, *gemini bichoriati biamniati* po spontánní koncepci, *partus praematurus incipiens* (počínající předčasný porod).

RA: bezvýznamná; OA: bezvýznamná; GA: 2001 ovariální cysta – laparoskopicky odstraněno.

- **Nynější onemocnění:** grav. hebd. 23 + 3, gemini po spontánní koncepci, dosud bez potíží, od včera bolesti v podbřišku, pohyby cítí, voda plodová neodtekla.
- **Nález při přijetí:** děloha do grav. hebd. 23, kontraktibilní, čípek na zajití, branka volně pro prst prostupná, hlavička plodu A ve vaku blan, těsně naléhá na vchod pánevní, nekrvácí.
- **Laboratoř:** Hb 156 g/l, HTK 0,42, leukocyty 12,4 x 109/l, CRP 60,2 mg/l, výtěry z hrdla děložního a pochvy jsou bez patologického nálezu.
- **Terapie:** tokolýza – infuze 500 ml F 1/1 + tokolytikum (Gynipral 50 µg) + MgSO4 20% 4 g i. v. rychlostí 90 ml/hod. Cefuroxim 1,5 g i. v. + 100 ml F 1/1 iniciálně, dále Cefuroxim 750 mg + 100 ml F 1/1 i. v. po 8 hodinách. Zahájena indukce plicního zrání kortikoidy (Diprophos 14 mg i. m. po 24 hodinách 2krát).
- Ve **22.00 hod.** je děloha normotonická, palpačně nebolestivá, nekrvácí, těhotná je subjektivně bez potíží. Pokračování v nasazené terapii. Kontrola zánětlivých markerů jednou za 24 hodin (CRP 13. 5. – 40,6 mg/l, 14. 5. – 18,6 mg/l, 15. 5. – 9,6 mg/l, leukocyty 13. 5. – 12,2 x 109/l, 14. 5. – 10,5 x 109/l, 15. 5. – 9,8 x 109/l).
- **16. 5.** v **11.55 hod.** (4. den hospitalizace) dochází k spontánnímu odtoku plodové vody, kontrakce žádné. Vaginální vyšetření – čípek zašlý, branka 2–3 cm, tenká, naléhá velká část plodu.
- **14.55 hod.** jsou kontrakce děložní po 3 minutách, v pochvě hmatná vstouplá velká část plodu, branka zašlá. S pacientkou je konzultována možnost pokusit se o odložení porodu plodu B. Souhlasí.
- **15.35 hod.** byl porozen plod A v poloze koncem pánevním nožkami, 440 g, 33 cm, extrémně nezralý, Apgar skóre 4–7–7. Umírá po 24 hodinách. Pupečník podvázán vstřebatelnou ligaturou. Po odstřižení dochází k jeho repozici do hrdla. Po porodu plodu A je hrdlo zformované, dlouhé na falangu, prostupné, měkké, v něm pupečník. Vysoko hmatný vak blan. Pokračujeme v tokolýze 120 ml/h, ATB terapii a přidán Metronidazol 2x 500 mg i. v.
- **17.00 hod.** opakováno laboratorní vyšetření – zánětlivé markery – CRP 1,9 mg/l, leukocyty 10,5 x 109/l; normotonus děložní, terapie ponechána.
- **17. 5.** (1. pooperační den): děloha normotonická, vaginální nález stejný, zánětlivé markery negativní, pokračujeme v terapii, kontrola zánětlivých markerů po 24 hodinách.
- **18. 5.** (2. pooperační den): normotonus, zánětlivé markery negativní, tokolýza snížena na 90 ml/hod., přidán progesteron (Utrogestan 2–0–2), provedeny kontrolní výtěry z hrdla děložního a pochvy.
- **22. 5.** (6. pooperační den): změněna ATB podle citlivosti z výtěrů na gentamicin 240 mg + 500 ml F 1/1 i. v. a Macmiror vag. tbl na noc.
- **23. 5. grav. hebd. 25 + 0** (7. pooperační den): při močení vypadl z pochvy pahýl pupečníku, děloha normotonická, hrdlo přikrácené, velká část plodu hmatná ve vaku blan, pupečník nehmatný.
- **Další průběh:** 3krát týdně monitorovány zánětlivé markery, týdně se prováděla kontrolní kultivační vyšetření hrdla děložního a pochvy. Podle nálezu a citlivosti se nasadila ATB. Po zaléčení byla kultivace negativní. Ultrazvukové vyšetření, které jsme dělali jednou týdně, vždy ukazovalo prosperující plod, přiměřené množství plodové vody, flowmetrie v normě.
- **Grav. hebd. 29 + 1:** Změněna dosavadní tokolýza na Indometacin supp. 2x 50 mg per rectum. Ta ponechána do celkového množství užití 1,5 g. Poté vysazena a ponechána pouze terapie Utrogestan 2–0–2 tbl. a Magnesii lactici 2–0–2 tbl.
- **Grav. hebd. 32 + 0:** mírný vzestup CRP na 11,4 mg/l, ve výtěrech vykultivována *Klebsiella pneumoniae* a *Escherichia coli*, nasazen podle citlivosti Amoksiklav 1,2 g à 8 hodin. Děloha je mírně tonizovaná, ale vaginální nález se nemění. Nasazena tokolýza 500 ml F 1/1 + MgSO4 4 g + Gynipral 50 µg rychlostí 90 ml/hod.
- **Grav. hebd. 33 + 2:** CRP 9,4 mg/l, ve výtěrech opět vykultivovaná *Klebsiella pneumoniae*, která, i když byla nasazena cíleně ATB terapie podle citlivosti, na ATB terapii nereaguje. Proto ATB vysazena a těhotenství se povede k ukončení. Denní kontrola zánětlivých markerů (CRP se pohybovalo v hodnotách 8,1 mg/l), tokolýza ponechána.
- **24. 7. grav. hebd. 33 + 6:** i přes tokolýzu nástup nepravidelných kontrakcí.
- **26. 7. grav. hebd. 34 + 1:** ukončena tokolýza a nasazen Cefuroxim 750 mg + 100 ml FR i. v. V 17.00 hod. nástup pravidelných děložních kontrakcí, kardiotokografický záznam je fyziologický. Ve 23.00 hod. provedena dirupce vaku blan, odtéká větší množství čiré plodové vody.
- **27. 7. v 0.10 hod.** porozeno děvčátko, 2050 g, 45 cm, Apgar skóre 9–9–9. Pro adherující placentu provedena manuální lýza placenty. Histologie placenty: zánětlivé změny na placentě nebyly nalezeny. Stěr z placenty: *Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus epidermidis*. Porod druhého plodu se podařilo odložit o 71 dní.

Pacientka byla s holčičkou vážící 2400 g dne 21. 8., tedy 23. den po porodu, propuštěna domů. Obě byly a jsou v pořádku.

Ultrazvuk dvojčat

Literatura u autorky

Bc. Dana Polanská,
Krajská zdravotní, a. s., Nemocnice Most, o. z.,
danapolanska@email.cz

Intenzivní péče u novorozence

Naším sledovaným a popisovaným novorozencem je chlapec V. P., narozený v listopadu 2009 v 41. týdnu těhotenství akutním císařským řezem. Vážil 4350 gramů, měřil 53 cm, AS 4–6–7.

Anamnestická data o rodičích v době přijetí chlapečka na oddělení patologických novorozenců (OPN) nejsou známa, později zjišťujeme, že anamnéza je bezvýznamná. Víme jen, že jde o první těhotenství, první porod, SAG (*Streptococcus agalactiae)* matky je pozitivní a matka má CRP 40.

Pozitivní SAG znamená přítomnost streptokoka skupiny B v pochvě ženy. Odběr se provádí v 36. týdnu gravidity. Tato bakterie většinou ženě nezpůsobuje žádné problémy, ale může způsobit onemocnění plodu, který se jí nakazí při porodu. Přítomnost streptokoka ještě není důvodem k panice, v případě pozitivního výsledku se provedou během porodu preventivní opatření – aplikace ATB intravenózně do těla rodící ženy za účelem ochrany plodu před nákazou při průchodu porodními cestami. Tímto způsobem snížíme pravděpodobnost infekce novorozence. Nejlépe je podat antibiotikum 4 hodiny před porodem, aby splnilo očekávaný efekt. Tato maminka dostala ATB 12 a 6 hodin před porodem a dále je pobírala po 6 hodinách do 6. dne hospitalizace pro vyšší hodnotu CRP.

Průběh porodu a poporodní adaptace

K akutnímu porodu císařským řezem jsme voláni gynekologem, důvodem je nepostupující porod většího plodu a alterace ozev. Přivoláme si vlastního pediatra a jedna ze sester odchází na operační sál s ne moc dobrým pocitem, přemýšlí jak to asi všechno dopadne, hlavně, aby to dopadlo dobře. Pediatr přichází současně s ní a myšlenky má podobné. Kontrola boxu pro ošetření miminka je vždy na místě. Je třeba připravit peřinku, kyslík, ambuvak, fonendoskop, laryngoskop, ET kanyly, roušku pro novorozence, sterilní nůžky k odstřižení pupečního pahýlu a sterilní gumu k podvázání, cutasept k ošetření pupečního pahýlku, sterilní tamponky ke kredeizaci. Řádně si omyjeme ruce a převlečeme se do sterilního sálového oblečení. Operační tým je připraven a v 16.35 je vybaven novorozenec mužského pohlaví, nedýchající a hypotonický. Po přenesení na novorozenecký box opakovaně odsáváme horní cesty dýchací (HCD), lékař pomáhá dýchat chlapečkovi ambuvakem a sestra provádí nepřímou masáž srdeční. Současně přikládá sluchátko fonendoskopu na jeho hrudníček, aby pediatr mohl poslouchat akci srdeční. Zpočátku slyší bradykardii – 40 úderů za minutu, akce kolem 100 za minutu nastupuje asi po jedné minutě nepřímé masáže srdeční.

Nastupuje dýchání a krmení

Dýchání nenastupuje, proto anesteziolog chlapečka intubuje a prodýchává ambuvakem přes ET kanylu, ze které opakovaně odsáváme husté hleny. První spontánní nepravidelné, lapavé, namáhavé dechy vidíme až po páté minutě, kdy se zkouší s ambuvakem přestat. Dýchání je nepravidelné, střídavě se zhoršuje, muselo se začít opět prodýchávat ambuvakem přes ET kanylu. Kredeizace O-septonexem provedena, pupík ošetřen Cutaseptem, ponechán delší pahýl pro případnou kanylaci umbilikální vény. V 17.30 hodin přenesen bledý chlapeček na nedonošenecké oddělení a uložen do inkubátoru s kyslíkovou atmosférou. Opakovaně odsáván a prodýcháván. Spontánní pravidelné dýchání nastupuje po 20 minutách. Extubace provedena po 30 minutách, kdy již chlapeček v 60% kyslíku v inkubátoru dýchá sám. Saturace se drží nad 93 %. FF měříme monitorem permanentně, zapisujeme každou hodinu. Vážíme pleny a sledujeme, zda je bilance tekutin vyrovnaná, řádně značíme. Po dvou hodinách ho vykoupeme, odebereme základní odběry a aplikujeme i. v. flexilou infuzi 10% glukózy rychlostí 8ml/hodinu. Podáme i. m. 0,1 ml Kanavitu jako prevenci krvácivých projevů novorozence. Pro celkové zklidnění organismu podáme dle ordinace lékaře 10 mg Luminalu i. v. Na základě informace od gynekologů o vyšším CRP matky a pozitivním vyšetření na SAG naordinuje lékař podání 130 mg ampicilinu i. v. po 8 hodinách. Z odběrů je patrné vyšší CRP (30,1), podání antibiotik je tedy na místě. KO, astrup a ostatní biochemická vyšetření jsou uspokojivá. Stravu zkoušíme podávat ve 23.00, začínáme 5% glukózou, která nezatěžuje zažívací trakt novorozence. Moc mu ale nestačí, po půlnoci je hladový a neklidný. Neblinká, příkrm si bere s chutí. Zpočátku 5% glukózu, později asi po dvou dávkách počáteční mléko v množství do 10 ml na dávku. Je opět velmi hladový, dávky mu musíme přidávat. Smolku i moč měl. Pupeční pahýl nebyl na kanylaci potřeba, ráno byl podvázán, odstřižen na kratší délku, ošetřen Cutaseptem a sterilně překryt, nekrvácí, neprosakuje a nejeví známky infekce.

Maminka je na gynekologické JIP kvůli sledování po operačním výkonu, což je standardní postup po všech běžných operacích.

Po 12 dnech jsou maminka i miminko propuštěni domů. Chlapec váží 4310 g a je kojený + dokrm. Doporučeny kontroly na rehabilitaci a neurologii, je zařazen do rizikové poradny a zván na pravidelné návštěvy, kde se sleduje jeho psychomotorický vývoj.

Michaela Radmilová, všeobecná sestra,
Oddělení ošetřovatelské péče, Nemocnice Kyjov,
misaradmilova@seznam.cz

Ošetřovatelská péče o ženu po císařském řezu

Císařský řez je velký invazivní chirurgický výkon, který nese řadu rizik a komplikací. Specifika ošetřovatelské péče o ženu po operačním ukončení těhotenství císařským řezem spočívá především v prevenci tromboembolické nemoci, prevenci infekce v operačním poli, tlumení bolesti, dále v péči o vyprazdňování močového měchýře a tlustého střeva související i s dietními opatřeními. Důležité je neopomenout psychologickou podporu rodičky.

Úvod

Císařský řez je dnes velmi častým způsobem ukončování těhotenství a počet těchto porodů stále roste. Spousta žen je přesvědčena, že císařský řez je bezbolestný způsob porodu. Bojí se spontánního porodu, který je ale fyziologický a je po něm rychlejší rekonvalescence. Tyto ženy nejsou seznámeny s komplikacemi a možnými riziky spojenými nejen s císařským řezem, ale i s anestezií. I anestezie může negativně působit na plod. Budoucí matky by měly znát jednoznačné důvody, které vedou k císařskému řezu, a měly by se informovat i o délce následné rekonvalescence.

Císařský řez, latinsky *sectio caesarae* (s. c.), je operativní metoda porodu, kdy lékař vybaví plod z dělohy matky přes stěnu břišní. Je indikován jako plánovaný, prováděný v začátku porodu, kdy nejsou přítomny kontrakce. Nebo se indikuje jako akutní, k němuž se přechází v průběhu porodu. Patologických stavů, vedoucích k císařskému řezu, je mnoho. Nejčastějšími jsou fetopelvický a kefalopelvický nepoměr, tedy nepoměr mezi rozměry hlavičky a pánve, kdy je pánev zúžena, jsou přítomny deformity nebo je plod příliš velký. Dále to jsou stavy po operaci dělohy a malé pánve, krvácení při porodu, abrupce placenty (předčasné odloučení placenty), nepravidelná poloha plodu, závažná onemocnění matky a stavy ohrožující život či zdraví plodu. K císařskému řezu se také přistupuje při umírání rodičky nebo v případě, kdy rodička již zemřela.

Informovaná rodička

Ženy, které mají indikovaný porod císařským řezem, musí být informovány o možných komplikacích spojených s tímto výkonem. Mezi nejčastější komplikace patří krvácení z *arterie uteriae,* z pánevních plexů, roztržení dělohy nebo porucha koagulace. Dále může dojít k embolii krevní sraženinou, vzduchové embolii, k infekci a následné sterilitě s poškozením nitrobřišních orgánů, nejčastěji močového měchýře. Pozdější komplikací může být vytvoření kýly v jizvě. Ošetřovatelská péče o ženu po císařském řezu má svá specifika. Prolíná se s klasickou pooperační péčí na chirurgickém oddělení. Jejím cílem je předejít pooperačním komplikacím, časná mobilizace, eliminace nebo potlačování bolesti, zajistit plné kojení a schopnost postarat se o novorozence. Do zmíněných specifik patří prevence tromboembolické nemoci, antibiotická profylaxe, tlumení bolesti, péče o laparotomickou ránu, péče o drenáž, péče o vyprazdňování močového měchýře či tlustého střeva, péče o stravování, rehabilitace, psychologická podpora, potřeba informací a nácvik kojení. Pooperační péči po císařském řezu vždy lépe zvládají informované ženy. To znamená, že jim musíme poskytnout dostatek informací a zodpovědět všechny jejich otázky.

Prevence nejčastějších komplikací

Tromboembolické nemoci se dá předejít bandáží dolních končetin, dostatečnou hydratací ženy a časnou mobilizací. U žen s vyšším rizikem vzniku tromboembolické nemoci (například u žen

s varixy) lékař indikuje aplikaci nízkomolekulárního heparinu. Žena po císařském řezu je mobilizována první pooperační den.
Pro tlumení bolesti je po regionální anestezii výhodou nechat zavedený epidurální katétr, jímž jsou kontinuálně podávána analgetika až 24 hodin po operaci. Analgetika lze také podávat intravenózně, intramuskulárně a později perorálně. Lékař by měl volit taková, která nemají negativní vliv na organismus dítěte.
Péče o drenáž po císařském řezu není pravidlem, ale většinou bývá zavedena podtlaková drenáž, u které je důležité sledovat množství a charakter tekutiny v nádobě odvádějící drén. Délka zavedení drénů je individuální, obvykle 1–2 dny a dle ordinace lékaře se musí sterilně převazovat. Jejich odstranění indikuje lékař.
Po operaci sledujeme retrakci neboli zavinování dělohy. Také sledujeme očistky, které by zpočátku měly být krvavé a neměly by zapáchat. Laparotomická rána musí být sterilně krytá. První den po operaci se již ošetřuje otevřeně. Ošetří se dezinfekčním prostředkem s krycím filmem a poté si ji pacientka může osprchovat.
U obézních žen je důležité, aby se mezi kožní laloky vkládala sterilní longeta. Pátý pooperační den se odstraňuje polovina stehů (ob jeden steh) a zbylé se odstraňují sedmý den.
Dle zdravotního stavu se podávají antibiotika jako antibiotická profylaxe zejména u žen se zvýšeným rizikem infekce po porodu. Tedy v případě zkalení plodové vody, poranění dělohy, krevní ztráty nad 1000 ml a zvýšení zánětlivých markérů (Leu, CRP). Rodičky mají často po dobu 24 hodin po operaci zaveden močový katétr. Do 6 hodin po jeho odstranění by se pacientka měla vymočit, jinak je nutné přejít k jednorázovému cévkování a množství rezidua zaznamenat do ošetřovatelské dokumentace. Důležitý je dostatek tekutin. Pro prevenci pooperačních komplikací gastrointestinálního traktu se podávají parasympatomimetika, která zvyšují tonus hladké svaloviny, a tím navozují peristaltiku. Pro prevenci těchto komplikací je důležitý dostatek tekutin a časná mobilizace. Pokud nedojde k vyprázdnění do 72 hodin, přechází se k podání klyzmatu nebo laxativ. Je důležité také pečovat o stravu rodičky. Dieta je určena dle typu anestezie a je nutné trávicí trakt zatěžovat postupně. Nepodáváme žádná nadýmavá a dráždivá jídla. Pro lepší regeneraci matky a nástup laktace je nutný zvýšený příjem minerálů a bílkovin. Důležité je, aby matka byla také dostatečně informována o stravování v průběhu kojení.

Změny nálad jsou přirozené

V péči o ženu po císařském řezu je důležitá včasná rehabilitace – fyzická i psychická. Rodičku mobilizujeme hned první pooperační den. Je důležité ji naučit správnému vstávání z lůžka, kdy by si vleže na zádech měla podepřít rukou laparotomickou ránu a za stálého držení rány se přesunout na bok. Z polohy na boku si za pomoci podepření rukou může sednout. Psychická rehabilitace snižuje poporodní dysfonii neboli střídání nálad a podporuje adaptaci s novorozencem, zvýší sebedůvěru a navodí pocit štěstí. Poporodní dysfonie se obvykle objevuje třetí až šestý den po porodu. Projevuje se zmíněnou změnou nálad, plačtivostí, podrážděností, zmateností a neklidem. Je to přirozená reakce způsobená poporodní prudkou změnou hladiny hormonů, a proto je důležitý klidný, empatický přístup a podpora při získávání dovedností v péči o dítě. Pacientka musí mít stále dostatek informací o dítěti, vyšetřeních, další péči, návštěvních hodinách, denním režimu či o právech pacienta.

Důležitý je nácvik kojení

Těsně po porodu je dítě přiloženo k prsu, aby se nastartovala laktace. Techniku kojení je velmi důležité matce důkladně vysvětlit a názorně ji předvést. Ukázat jí správné držení prsu, kdy se prsty nesmí dotýkat prsního dvorce. Palec je položen vysoko nad dvorcem, a tak pomůže napřímit bradavku. Novorozenec by měl uchopit bradavku a největší část dvorce. Sestra by měla techniku přisátí matku dobře naučit. Matka musí podráždit bradavkou ústa dítěte a tím vyvolat hledací reflex. Dítě by mělo otevřít ústa a matka musí nabídnout prs k přisátí. Známky správného přisátí jsou: nos a brada novorozence se dotýká prsu, ústa široce otevřená, bradavka a dvorec na jazyku, větší část dvorce je vidět nad ústy než pod ústy a dolní ret je ohrnutý ven. Správné sátí matka pozná, když bradavka a dvorec jsou na jazyku, jehož vlnkovitý pohyb posunuje bradavku i dvorec na patro dítěte, které polyká vysáté mléko.

Závěr

V současné době se ze zdravotních indikací i požadavků rodiček k císařskému řezu přistupuje stále častěji. Je velmi důležité, aby nejen porodní asistentky a ostatní ošetřovatelský personál pečující o rodičku po porodu, ale i samy rodičky byly dostatečně informovány o specifické péči po tomto operačním výkonu. A také neopomenout, že rekonvalescence je delší než po přirozeném porodu a matka není fyzicky schopna se časně o dítě starat, což se často odráží na jejím psychickém stavu.

Literatura u autorek

Bc. Kateřina Podrouzková, DiS.,
studentka, VŠZ Praha 5,
KPodrouzkova@seznam.cz,
PhDr. Martina Muknšnáblová,
odborná učitelka, VOŠZ SŘMR Praha 2,
m.muknsnablova@worldonline.cz

Jak žijí děti s epilepsií

Při onemocnění epilepsií dochází ke změnám stran fyzického i psychického zdraví, v oblasti sociální a jiných. Cílem našeho výzkumu bylo zjistit, do jaké míry epileptické onemocnění zasahuje do kvality života dětí s tímto onemocněním podle jejich věku, kdy nastal jejich první epileptický záchvat, podle frekvence záchvatů a genetické zátěže.

Epilepsie je chronické onemocnění mozku, které se projevuje opakovanými epileptickými záchvaty (Muntau 2009, s. 497). Život s epilepsií doprovázejí určitá omezení, mezi která patří porucha osobnosti, soustředění, zákaz řízení dopravních prostředků, užívání léků, pravidelné kontroly u lékaře. Z těchto důvodů může docházet k sociálním problémům a ke změně kvality života u dítěte s epilepsií (Kalina 2007, s. 2).

Cíle a výsledky šetření

Výzkumné šetření probíhalo v dětských neurologických ambulancích Moravskoslezského kraje, kam děti s diagnostikovanou epilepsií ve věku 12–18 let docházely na pravidelné lékařské kontroly. Výzkumný soubor tvořilo celkem 57 dívek a 43 chlapců s epilepsií. Pro získání dat od těchto dětí byly použity dva dotazníky zaměřené na kvalitu života dětí v tomto věkovém rozmezí a na samotné epileptické onemocnění.

- **1. Hodnocení kvality života dětí s epilepsií**

Prvním výzkumným záměrem bylo zjistit rozdíly v kvalitě života dětí s epilepsií ve srovnání s běžnou dětskou populací. Výzkumným šetřením se zjistilo, že kvalita života epileptických dětí je na rozdíl od běžné dětské populace nižší v oblasti „fyzické aktivity a zdraví". Tento výsledek může poukazovat na pocity dítěte v této oblasti v rámci možných omezení v provozování fyzické aktivity a popřípadě na nedostatek energie. V dnešní společnosti se však pro tyto děti a jejich rodiny nabízí různé organizace, které se touto problematikou specializují, formou osvěty, edukace a také setkáváním v klubu epileptiků.

- **2. Hodnocení kvality života u chlapců a dívek s epilepsií**

V roce 2009 byl proveden výzkum zaměřený na kvalitu života dětí ve věku 8–18 a bylo zjištěno, že u chlapců i dívek je kvalita života v nižším věku totožná, ale postupným stárnutím dětské populace dochází k rozdílnému hodnocení kvality života.
V tomto výzkumu bylo ze získaných dat od dětí s epilepsií zjištěno, že horší kvalitu života pociťovala kategorie chlapců v oblasti zaměřené na „celkovou náladu a pocity ze sebe". Někteří odborníci však uvádějí, že rozdílnost postupem času může vymizet.

- **3. Hodnocení kvality života u dětí s epilepsií podle věku prvního záchvatu**

Rozborem získaných dat od respondentů byly vytvořeny a porovnány kategorie dětí, které byly rozděleny podle věku: a) 0–7 let, b) 8–13 let, c) 14–18 let.
V první kategorii byla kvalita života dětmi hodnocena téměř totožně a jako uspokojující. U druhé kategorie ale bylo zjištěno, že tyto děti se nemusí vždy cítit dobře po stránce fyzické a mohou mít někdy špatnou náladu. A to nejspíše z důvodu, že starší dítě si uvědomuje své onemocnění více než dítě nižšího věku.
Děti s prvním epileptickým záchvatem ve věku 14 a více let se cítily hůře po stránce fyzické, kam lze začlenit fyzickou aktivitu, jejich kondici, ale také možné potíže ve zvládání studia, což s sebou nese negativní dopad na kvalitu jejich života.

- **4. Hodnocení kvality života dětí s epilepsií podle období bez záchvatů**

Získaná data od epileptiků byla rozdělena do příslušných kategorií, vyjadřující časové úseky bez epileptických záchvatů. První kategorie měla rozmezí do 12 měsíců, druhá 13–36 měsíců a třetí 37 a více měsíců. Tento výzkum však poukázal na skutečnost, že neexistuje žádný rozdíl v kvalitě života u dětí s epilepsií v jednotlivém časovém rozmezí ve srovnání s běžnou dětskou populací.

- **5. Hodnocení kvality života dětí s epilepsií podle genetické zátěže**

Epilepsie není dědičné onemocnění, ale u některých rodin jsou dispozice zvýšené, pokud trpí epilepsií více členů rodiny, a za předpokladu, že se přidá spouštěcí faktor tohoto onemocnění.
V tomto výzkumu však bylo statistickým rozborem zjištěno, že rozdílnost v kvalitě života u dětí s genetickou zátěží a u dětí bez genetické zátěže neexistuje.

Závěr

Výsledky tohoto šetření poukazují na skutečnost, že je nutné, aby děti s epilepsií dodržovaly léčbu, byly spolu se svou rodinou dostatečně edukované a docházely na pravidelné kontroly ke svému neurologovi. Nezbytnou součástí je také, aby osoby, které jsou s dítětem s epilepsií v kontaktu, byly o tomto onemocnění edukovány a aby ve společnosti bylo toto onemocnění medializované. Důvodem je, aby lidé v naší společnosti byli schopni těmto osobám pomoci.

Literatura u autora

Mgr. Josef Lhoťan,
Ústav ošetřovatelství a porodní asistence,
Lékařská fakulta, Ostravská univerzita v Ostravě,
JosefLhotan@seznam.cz

Kvalita života u žen po spontánním porodu a císařském řezu

Hodnocení kvality života vyjadřuje klíčovou změnu v přístupu ke klientovi. Poporodní období bývá spojováno se značnými změnami v tělesné, psychické, sociální i ekonomické oblasti, což může mít negativní vliv na vnímání kvality života. Z tohoto důvodu je potřeba věnovat této problematice náležitou pozornost.

V posledních 20 letech se koncept kvality života stává nedílnou součástí mnoha vědních oborů, včetně lékařství a ošetřovatelství, a stále roste zájem o tento fenomén. Zavádění hodnocení a měření kvality života navíc značí zásadní změnu, kterou zdravotní péče v poslední době prochází, a prokazuje tak orientaci na individualitu a subjektivní stránku člověka.

I když je těhotenství a porod fyziologickým obdobím v životě ženy, představuje zároveň všestrannou zátěž celého jejího organismu, včetně psychosociální sféry. Rovněž šestinedělí s sebou nese dalekosáhlé změny v tělesné i psychické oblasti, dále změny v rodinných vztazích, v sociálních potřebách nebo ve složce ekonomické. Právě proto by se do centra pozornosti měla dostávat kvalita života matek po porodu. Trendem posledních let je navíc stoupající počet císařských řezů, proto je důležité věnovat pozornost odlišnostem ve vnímání kvality života žen v závislosti na způsobu ukončení jejich těhotenství.

Z dostupných zdrojů bylo nalezeno jen velmi málo zahraničních výzkumů věnujících se této problematice. V České republice byl dle dostupných zdrojů proveden pouze jeden výzkum nesoucí název „Kvalita života žen v poporodním období“. Autor v něm však uvádí prevalenci vybraných následků fyziologického jevu – porodu –, jakými jsou např. močová a anální inkontinence, nadváha po porodu, problémy v oblasti sexuality ženy a jejich rizikové faktory. Uvedené stavy mohou bezprostředně či s jistou latencí ovlivnit pocit zdraví a kvalitu života žen.

Tab. 1 Struktura standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF

Položky a domény standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF			
Q1 kvalita života			
Q2 spokojenost se zdravím			
Doména 1: Fyzické zdraví			
bolest a nepohodlí			
závislost na lékařské péči			
energie a únava			
pohyblivost			
spokojenost se spánkem			
spokojenost s prováděním každodenních činností			
spokojenost s pracovním výkonem			
Doména 2: Prožívání			
potěšení ze života			
smysl života			
soustředěnost			
akceptace tělesného vzhledu			
spokojenost se sebou samým			
negativní pocity v životě			
Doména 3: Sociální vztahy			
spokojenost s osobními vztahy			
spokojenost se sexuálním životem			
spokojenost s podporou přátel			
pocit bezpečí v životě			
Doména 4: Prostředí			
kvalitní životní prostředí			
finanční situace			
přístup k informacím			
možnost věnovat se zálibám			
spokojenost s prostředím v okolí bydliště			
spokojenost s dostupností zdravotní péče			
spokojenost s dopravou			

Cíle výzkumu

Námi realizovaný výzkum byl zaměřen na hodnocení kvality života žen po spontánním porodu a po císařském řezu. Cílem šetření bylo zjistit a následně porovnat kvalitu života u žen po spontánním porodu a po porodu císařským řezem. Dále zjistit rozdílnost v hodnocení kvality života u žen po porodu v závislosti na jejich věku a také na faktorech, jakými jsou počet dětí, pohlaví dítěte nebo cvičení v šestinedělí. Cílem bylo rovněž porovnat zjištěnou kvalitu života v závislosti na způsobu porodu s populačními normami stanovenými pro Českou republiku.

Metodika

Výzkumný soubor tvořily všechny ženy po porodu, které navštívily svého gynekologa po období šestinedělí ve vybraných gynekologických ambulancích města Ostravy od 1. 8. 2011 do 31. 1. 2012 a které splňovaly kritéria pro zařazení do souboru. Konečný soubor prezentovalo 147 žen po porodu, z nichž 92 porodilo své dítě spontánně a 55 podstoupilo císařský řez. Pro sběr dat byl použit standardizovaný dotazník Světové zdravotnické organizace WHOQOL-BREF, kterému předcházely demografické a doplňující otázky.

Ilustrační foto: Shutterstock

Výsledky

Pro lepší orientaci ve výsledcích výzkumu uvádíme tabulku *(viz tab. 1)*, která prezentuje strukturu standardizovaného dotazníku WHOQOL-BREF.

Výsledky výzkumu nepoukazují na jednoznačně lepší hodnocení kvality života v závislosti na typu porodu. Ženy po spontánním porodu totiž signifikantně hůře hodnotily doménu sociální vztahy v porovnání se ženami po operativním porodu a u žen po císařském řezu bylo zase skóre domény fyzické zdraví významně nižší než u žen, které rodily spontánně. Výsledky dále prezentují fakt, že věk žen statisticky významně ovlivňuje některé oblasti kvality života (spokojenost se zdravím, doména prostředí), avšak vyšší věk žen není předpokladem pro jejich negativní hodnocení. Z výsledků dále plyne, že vyšší počet dětí může významně negativně ovlivňovat některé aspekty kvality života matek (celková kvalita života, doména sociální vztahy). Pohlaví narozeného dítěte ani fakt, zda žena v šestinedělí cvičila, nemají signifikantní vliv na hodnocení kvality života. Ženy po spontánním porodu i po císařském řezu hodnotily kvalitu života lépe než běžná populace, mnohdy i statisticky významně. Výjimku ovšem tvoří ženy po císařském řezu ve věku 30 a více let, které hodnotily své fyzické zdraví signifikantně hůře než běžná populace téže věkové kategorie.

Závěr

Poporodní období přináší řadu změn, které mohou ovlivnit vnímání poporodní kvality života žen, již není věnována takřka žádná pozornost. Přestože je kvalita života velmi individuálně vnímanou oblastí, mohou nás výsledky orientačně upozornit na potřeby žen v tomto období a na oblasti, na které je potřeba více se zaměřit.

Doporučení pro praxi

Na základě výsledků šetření lze stanovit několik návrhů či doporučení, které by mohly přispět ke zlepšení vnímání kvality života žen v poporodním období. Těhotným ženám by měly být doporučovány návštěvy kurzů předporodní přípravy, jejichž hlavním smyslem je získání informací i praktických dovedností. Ty by měly nastávajícím rodičům pomoci zvládnout těhotenství, porod, šestinedělí i péči o dítě. Správně zvládnutá příprava by měla pomoci lépe snášet tělesné a psychosociální změny, které mohou těhotenství, porod i období po něm provázet. Rovněž po propuštění z nemocnice do domácího prostředí ženy potřebují poradit, pomoci, mohou se také objevit zdravotní potíže či jiné problémy. Z těchto důvodů má návštěvní služba porodní asistentkou v domácím prostředí své opodstatnění. V současné době je dle zákona a souvisejících vyhlášek hrazena péče v rozsahu 1 návštěva před porodem a 3 návštěvy po porodu. Porodní asistentka by tak mohla přispět ke zlepšení poporodní kvality života žen.

Literatura u autorek

Mgr. Jana Seidlerová,
jancasei@seznam.cz,
PhDr. Bohdana Dušová, Ph.D.,
bohdana.dusova@email.cz,
Porodnicko-gynekologická klinika FN Ostrava

Převazy komplikovaných ran v ambulantní péči praktického lékaře

Lidé si často myslí, že pacienti si chodí do ordinace praktického lékaře „jen změřit tlak“. Bohužel v naší ambulanci máme čím dál víc komplikovaných, nezhojených (pooperačních) ran. Jednu takovou bych vám chtěla popsat ve své kazuistice.

Proces hojení ran je přirozeným fenoménem. Ve fyziologickém stavu probíhá podle schématu, které začíná srážením krve, pokračuje katabolickými procesy, jež ránu čistí od devitalizované tkáně, cizích těles a choroboplodných zárodků, a končí výstavbou nové tkáně, která vyplňuje defekt a časem se přeměňuje v odolnou jizevnatou tkáň. Tyto kaskádovitě probíhající procesy vyžadují od organismu velkou reparační schopnost.

Hojení ran spočívá ve schopnosti kůže regenerovat epitel a obnovovat vazivovou a podpůrnou tkáň. Tato schopnost je komplexem navzájem se překrývajících buněčných aktivit, které krok za krokem posunují proces hojení rány dopředu. Přesné regulační mechanismy tohoto dění nejsou dosud zcela objasněny. Základem pro porozumění procesu hojení ran jsou především dostatečné znalosti o kůži, její funkci, stavbě a cévním zásobení.

Funkce kůže

Kůže je hraniční vrstvou mezi organismem a jeho okolím. Na tomto exponovaném místě funguje na jedné straně jako bariéra, na druhé jako spojení mezi vnějším světem a vnitřními orgány. Svojí plochou cca 2 m² je největším orgánem lidského těla a plní celou řadu životně důležitých funkcí. Při intaktním povrchu kůže zabraňuje ztrátě tělesných tekutin. Vykazuje vysokou mechanickou odolnost a chrání vnitřní orgány před poškozením. Poskytuje ochranu před pronikáním mikroorganismů do těla a až do určitého stupně chrání před škodlivými vlivy chemikálií a ultrafialového záření. Svojí schopností termoregulace významným způsobem přispívá k udržování nezbytné tělesné teploty 37 °C. Na stavu kůže se, díky jejímu úzkému funkčnímu propojení s vnitřními orgány, odráží i celkový stav těla. Existencí volných nervových zakončení a speciálních receptorů umožňuje jakožto smyslový orgán vnímání a lokalizací mechanických podmětů, jako jsou tlak, dotyk, vibrace či teplota, a senzitivních podnětů, jako jsou bolest nebo svědění. Díky tomuto poskytuje kůže organismu takové informace, bez nichž by se nemohl uskutečňovat vývojový proces. Kůže je schopna mimo jiné ukládat v podkoží tuk, který má izolující a modelující funkci a který může lidskému organismu v případě potřeby sloužit i jako energetický zdroj.

Kůže se skládá ze tří vrstev: pokožka *(epidermis)*, škára *(dermis nebo korium)* a podkoží *(subcutis)*. Pokožka a škára vytvářejí *cutis* (kůži) ve vlastním smyslu. Ke kůži patří i kožní adnexa jako vlasy, chlupy, nehty a potní a mazové žlázy.

Rány a druhy ran

Pod označením **rána** se rozumí porušení integrity tělesného krytu, což je většinou spojeno i se ztrátou hmoty. Hlubší poškození, která postihují též svalovou tkáň, kosterní soustavu nebo vnitřní orgány, se označují jako **komplikované rány**. Podle způsobu jejich vzniku, ale také podle hloubky a rozsahu defektu se rány dělí na rány: **mechanické**, popř. **traumatické, termické a chemické** a na rány **chronické – vředy.**

Mechanické/traumatické rány

Mechanické rány vznikají působením mechanických faktorů a zahrnují např. plánované operační rány, rány způsobené úrazem nebo též válečná zranění. Klasifikace druhu traumatu a rozsahu poškození jsou důležité pro prognózu a způsob ošetření. Mechanismus vzniku rány je od samého počátku obzvláště důležitý pro posouzení, zda rána bude považována za čistou nebo nečistou a/nebo za ránu primárně infikovanou. Toto posouzení má zásadní význam pro následný postup při jejím léčení.

Termické a chemické rány

Tyto rány vznikají působením tepla a chladu, tkáň poškozujícím zářením či působením kyselin nebo louhů. Dochází k různým typům poškození tkáně, v závislosti na délce a intenzitě působení těchto nox a také na výši působící teploty. Rozdělení popálenin a omrzlin do tří až čtyř stupňů podle závažnosti slouží k prognostickému posouzení a vytvoření léčebného plánu.

Chronické rány – vředy

Na rozdíl od ran akutních většinou nevznikají působením zevních traumatických faktorů, ale lokálními poruchami výživy kůže, které mohou být vyvolány cévními nebo neurologickými poruchami či při dlouhodobém lokálním působení tlaku. Vřed může být též projevem systémového onemocnění, např. v důsledku nádorového procesu, infekčního onemocnění kůže nebo onemocněním krve. Podle stupně závažnosti může poškození postihovat všechny vrstvy kůže a zasahovat až ke kostem. Chronické vředy – ulcerace – trvají déle než 8 týdnů, jsou proto označovány jako rány chronické.

Chronický průběh hojení rány

Chronické rány většinou vznikají z pokročilých destrukcí tkáně v důsledku cévního onemocnění nejrůznějšího původu, jako jsou např. *diabetes mellitus*, defekty způsobené zářením či nádory.

Kvantitativní rozdělení procesu hojení ran

- **Primární hojení (*per primam intentionem*)**

Čím méně tkáně bylo poškozeno, tím příznivější jsou předpoklady pro úspěšné zhojení rány. Nejlepší vyhlídky na zhojení jsou u hladkých řezných ran bez ztráty tkáně s těsně na sebe naléhajícími okraji a bez přítomnosti cizích těles v oblasti těla, která je dobře zásobená krevními cévami. V takových případech dochází při absenci infekce k primárnímu zhojení. *Per prima*m hojení je obvykle u ran po chirurgických výkonech nebo u ran, které byly způsobeny předměty s ostrými hranami. Rány schopné primárního hojení se uzavírají stehem, svorkami nebo svorkovacími páskami.

- **Sekundární hojení ran (*per secundam intentionem*)**

Sekundární hojení rány nastává tehdy, když je nutno doplnit chybějící tkáň, popř. když infekce brání přímému spojení okrajů. Okraje rány neleží těsně u sebe, ale rozestupují se. Aby se rána mohla uzavřít, je nutno ji vyplnit granulační tkání.

Kazuistika

Muž J. J., narozen 1949.

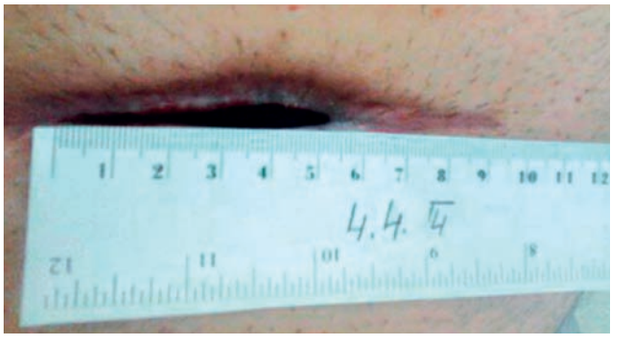
- **OA:** Tu ves. Urinace – řešeno endoskopicky, hypertenze, stp. operaci plotének, steatóza jater, *H. umbilikalis*, porucha gluk. tolerance, obezita, nekouří, alkohol neužívá.

Dne 5. 2. 2014 byl přijat k plánovanému operačnímu výkonu na chirurgické odd. pro zvětšující se hernii *umbilikalis* velikosti 4 x 4 cm.

- **Průběh hospitalizace:** Dne **6. 2. 2014** byla provedena klasická operace *hernia umbilikalis*, pooperační průběh se zkomplikoval hnisáním v operační ráně, kterou kompletně rozpustili a provedli nekrektomii celé spodiny defektu. **10. 2.** 2014 stěr z dutiny břišní (operační rány): *Staphylococcus hominid +, Staphylococcus aureus* ojediněle, *Peptostreptococcus +++, Bacteroides+++*. Po masivní terapii ATB, propuštěn dne 20. 2. 2014 do domácího léčení.
- **Dne 21. 2. 2014** pacient přichází po propuštění z chirurgického odd. na kontrolu (*viz obr. 1*): rána velikosti: 15 x 6 cm, hloubka 8 cm, mohutně prosáklá, žlutozelený po-

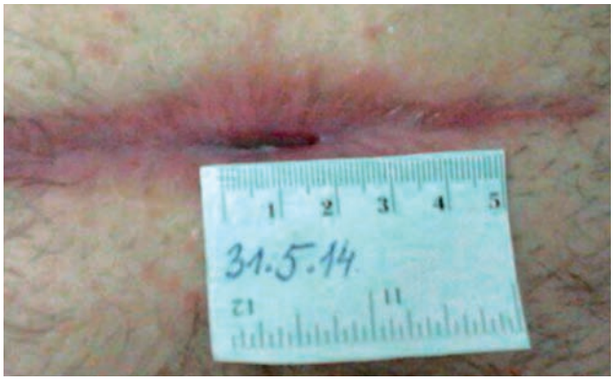
Obr. 1

Obr. 2


Obr. 3

vlak, silně zapáchající. Převaz pooperační rány: des.: proplach + obklad Prontosan roztok,TW24, okraje rány: tuhé, bolestivé, Ialugen mast, sterilní krytí Zetuvit. Pacient docházel denně na převazy s obavami o průběh hojení.

Dne 3. 3. 2014: rána zmenšena *(viz obr. 2)* na velikost 10 x 4 cm, čistící se, granulující, bez zápachu, provedeny stěry z dutiny břišní (operační rány) s nálezem: **neg.** Převaz pooperační rány: des. Prontosan roztok, Hydrosorb gel, Atrauman Ag, okraje rány bolestivé jen ve spodní části, Ialugen mast, sterilní krytí. Pacient přicházel na převazy obden s úsměvem a pozitivně naladěn.



Obr. 4

- **Dne 4. 4. 2014:** rána zmenšena *(viz obr. 3)* na velikost 5 x 2 cm, pac. doporučena sprcha operační rány vždy před ošetřením. Převaz pooperační rány: des. Prontosan roztok, Atrauman Ag, okolí rány + jizva Infadolan mast, sterilní krytí. Pacient docházel 3x týdně na převaz.
- **Dne 31. 5. 1014:** rána téměř zhojena *(viz obr. 4)*. Pacientovi doporučeno jizvu pravidelně masírovat a promazávat. U nás kontrola dlp.

Závěr

Díky pozitivnímu přístupu pacienta a vstřícností MUDr. Tibora Kalmára, který zajišťoval materiál pro vlhké hojení ran, jsem docílila rychlejších, čistějších a netraumatizujících převazů. Tím se splnil můj cíl: **zhojený a spokojený pacient**.

Literatura u autorky

Jaroslava Marková, ml.,
bohunovice@seznam.cz,
sestra, pracoviště Všeobecný praktický lékař MUDr. Tibor Kalmár,
Moravský Beroun, kalmar.t@seznam.cz

Bezpečnost práce sestry v ambulantním zdravotnickém zařízení

Vzhledem ke zkušenostem z praxe jsme se zamyslely nad problematiku bezpečnosti práce sestry v ambulantním zdravotnickém zařízení (ZZ) státního i soukromého typu.

Zajímala nás úroveň informovanosti sester o bezpečnosti práce a o rizicích vyplývajících z výkonu profese sestry. Na základě zjištěných informací jsme vypracovaly informační bulletin, který by zprostředkoval sestrám dostatečné množství informací o dané problematice.

Úvod

K zamyšlení nad problematikou bezpečnosti práce sester pracujících v ambulantním ZZ nás přivedlo hned několik důvodů. V první řadě to byl fakt, že bezpečnost práce sester je vedle bezpečnosti pacientů současnou prioritou či středem zájmu ZZ a je jedním z ukazatelů kvality poskytované zdravotní péče a zároveň ukazatelem vyšší konkurenceschopnosti daného ZZ. Management bezpečnosti a ochrany zdraví při práci je spolu s managementem jakosti a environmentálním managementem způsobem jak udržet trvalý rozvoj společností a firem. Uvědomujeme si, že nároky na kvalitu poskytované ošetřovatelské péče a s tím spojená zodpovědnost sester se neustále zvyšují, kvalita péče je podrobována kritice, je měřena a hodnocena jak samotnými pacienty, tak širokou odbornou veřejností. Podíváme-li se však na situaci z druhé strany, z pohledu sester, jsme nuceny zamyslet se nad podmínkami, za kterých sestry svoji profesi vykonávají. Je otázkou, zda jsou v praxi sestrám vytvářeny podmínky pro „bezpečnou" práci, a pokud ano, zda sestry samy svým chováním zvyšují či naopak snižují úroveň vlastní bezpečnosti práce. V praxi se setkáváme s tím, že pojem bezpečnost práce bývá vnímán negativně, někdy vzbuzuje dojem hanlivého výrazu, přestože k zajišťování a sledování bezpečného prostředí na pracovišti sestry vyzývá i Etický kodex sester vypracovaný Mezinárodní radou sester.

Co ovlivňuje bezpečnost práce sestry?

Bezpečnost práce sestry ovlivňuje celá řada faktorů. V první řadě je to legislativa České republiky a Evropské unie, počínaje Listinou práv a svobod, ve které se uvádí právo na pracovní podmínky respektující zdraví, bezpečnost a důstojnost člověka, přes Zákoník práce až po Směrnice rady Evropské unie o minimálních požadavcích na bezpečnost a ochranu zdraví na pracovišti. Dále programy Světové zdravotnické organizace a Ministerstva zdravotnictví ČR, Etický kodex sester a v neposlední řadě konkrétní ZZ, ve kterých sestry pracují. Zde sehrávají významnou roli nejen vnitřní předpisy, ale také pracovní podmínky a firemní kultura dané organizace. Uvědomujeme si ale, že bezpečnost práce sester ovlivňují také sestry samotné, jejich osobní přístup a zodpovědnost.

Oblasti bezpečnosti práce

Oblast bezpečnost práce sester můžeme rozdělit do tří skupin:

- intrapersonální (vědomosti, dovednosti, zkušenosti, dodržování nařízení a předpisů),
- interpersonální (vztahy – pacient, kolegové, média),
- extrapersonální (pracovní prostředí, chemické látky, léčiva, přístroje, záření).

Průzkumné šetření

Zajímal nás výsledek porovnání dodržování zásad bezpečnosti práce mezi různými ZZ (ambulantní pracoviště), oslovily jsme jich 6 (celkově 42 respondentů), z toho 3 státní a 3 soukromá. Z 6 navštívených pracovišť měla 3 nastavený systém řízení kvality a úspěšně se podrobila akreditačnímu šetření Spojené akreditační komise. K realizaci šetření jsme zvolily metodu pozorování a rozhovoru. Zaměřily jsme se na oblasti bezpečnosti práce, které považujeme za kritické, např. používání pracovního oděvu, obuvi a osobních ochranných pracovních prostředků, dodržování bezpečnosti dveří, bezpečnosti informací a dodržování hygienicko-epidemiologických opatření (hygiena rukou, nošení prstenů a konzumace potravin na pracovišti). Dále nás zajímaly faktory ovlivňující dodržování zásad bezpečnosti práce (časový, prostorový, materiální, personální, osobnostní), znalost související legislativy, znalost postupu při poranění ostrým předmětem, postup při poskytování informací médiím a znalost konkrétní osoby pověřené pro oblast bezpečnosti a ochrany zdraví při práci v daném zdravotnickém zařízení.

Výsledky šetření

Z důvodu zachování anonymity jednotlivých oslovených pracovišť uvádíme pouze celkové zhodnocení výsledků. Na námi navštívených pracovištích jsme zaznamenaly stoprocentní používání pracovního oděvu a obuvi. U 16 % respondentek jsme zaznamenaly nepoužívání osobních ochranných prostředků – rukavic. Posuzovaly jsme souvislost mezi úrovní dosaženého vzdělání a dodržováním zásad bezpečnosti práce a dospěly jsme k názoru, že stupeň dosaženého vzdělání nelze považovat za „záruku" dodržování zásad bezpečnosti práce. Dále jsme se dotazovaly sester na jejich názor na důvody nedodržování zásad bezpečnosti práce. Překvapením bylo, že sestry nejčastěji uváděly osobní přístup (osobnostní faktor) a dále prostorové uspořádání pracoviště. Nedostatek personálu, materiálu a času nikdo neuvedl. Zajímavé bylo také porovnání úrovně vědomostí sester z oblasti bezpečnosti práce mezi ZZ se systémem řízení kvality a bez systému řízení kvality. Dobrých výsledků dosáhla i neakreditovaná pracoviště, naopak ne všechna akreditovaná pracoviště byla bez chyby. Za deficitní jsme označily oblast hygieny rukou, včetně nošení prstenů, a znalost postupu při poranění ostrým předmětem.

Shrnutí zjištěných faktů

V průběhu šetření jsme zaznamenaly nežádoucí variabilitu ve způsobu školení sester. V jednotlivých ZZ jsme zaznamenaly metodu e-learningu, metodu přednášky či pouhé „samostudium" souvisejících předpisů. Domníváme se, že obsah a rozsah školení sester v oblasti bezpečnosti práce je v některých zařízeních příliš obecného charakteru a mnohdy postrádá zaměření na prevenci rizik práce sester. Velkou roli hraje také určitá benevolence vedoucích pracovníků při vyžadování dodržování zásad bezpečnosti práce včetně používání osobních ochranných pracovních prostředků (vlastní příklad, nízká úroveň kontroly, chybějící přehled spotřeby osobních ochranných pracovních prostředků a dezinfekčních prostředků).

Závěrem lze říci, že sestrám-manažerkám doporučujeme vypracovat pro potřebu sester konkrétního zdravotnického pracoviště informační materiál ke zlepšení orientace v dané problematice, pravidelně pořádat přednášky, spolupracovat s technikem BOZP daného ZZ, seznamovat sestry s novými postupy a důsledně vyžadovat jejich dodržování.

Mgr. Klára Staňková,
I. klinika tuberkulózy a respiračních nemocí, Všeobecná fakultní nemocnice Praha,
klara.stankova@vfn.cz,
PhDr. Viera Hulková, Ph.D.,
Vysoká škola zdravotníctva a sociálnej práce sv. Alžbety Bratislava,
viera.hulkova@centrum.sk

Algoritmus posudzovania odkázanosti pacienta na sociálnu intervenciu

Úvod do problematiky

Teoretickým východiskom pri tvorbe algoritmu boli asumpcie: impairment – disabilita – handicap (medzinárodná klasifikácia podľa WHO), Oremovej konceptuálny rámec sebaopatery, Maslowa hierarchia usporiadania potrieb jedinca a poznatky z klinickej propedeutiky. V našom zdravotníckom zariadení sa uplatňujú testy vzťahujúce sa na kognitívny impairment: Mini-Mental State Examination, Glasgow Coma Scale a pod. V rovine disability sa v praxi stretávame s rozmanitými posudzovacími škálami zameranými na určenie miery poruchy vykonávania činnosti na úrovni jednotlivca ako sú Barthel index – ADL, IADL a Katzov index. Javí sa, že jednotlivé testy nezobrazujú fenomén disability pacienta vo všetkých dimenziách (niektoré testy mapujú len určitú oblasť sebestačnosti, ako je napr. mobilita, tá však nemusí nevyhnutne korelovať s odkázanosťou pacienta na sociálnu službu po ukončení hospitalizácie), a tiež nevypovedajú o špecifických sociálnych potrebách jedinca v dimenziách sociálnej starostlivosti a sociálnej politiky štátu.

Hlavný cieľ: Získanie validných a porovnateľných údajov o počte pacientov, hospitalizovaných na internej klinike, vyžadujúcich okrem zdravotnej starostlivosti i sociálnu.

Cieľom pilotnej štúdie bolo zistiť aplikovateľnosť a reliabilitu algoritmu.

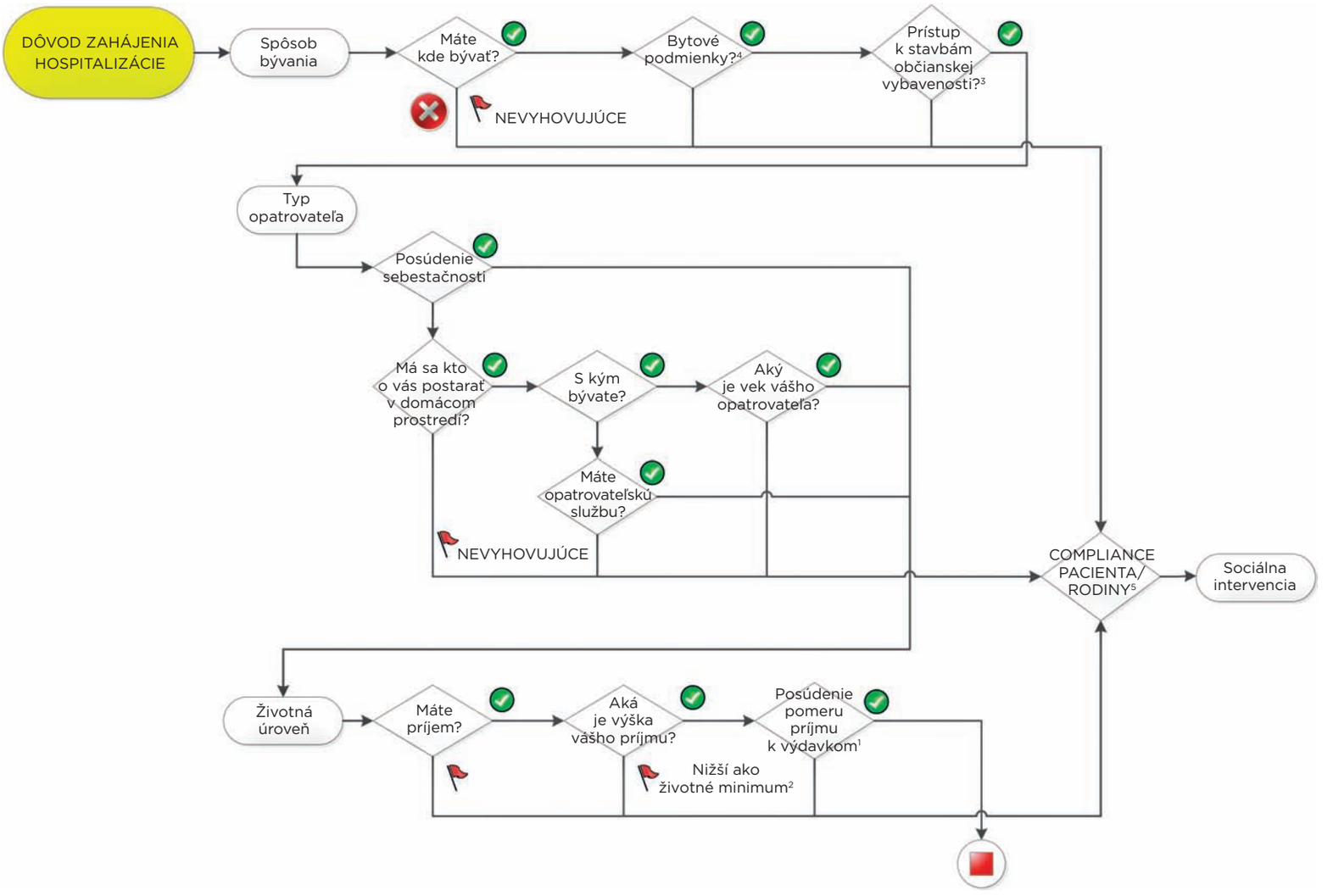
Metodika

Na základe stanoveného cieľa bol vytvorený merací nástroj – algoritmus zahrňujúci základné oblasti sociálneho zabezpečenia (spôsob bývania, typ opatrovateľa, životná úroveň, hodnotenie sebestačnosti, participácia pacienta a rodinného príslušníka). Algoritmus bol použitý v rámci pilotného zisťovania na súbore 400 pacientov hospitalizovaných na internej klinike v marci 2014 v rámci úsekov: všeobecné interné oddelenie (42 lôžok), hepatogastroenterologické oddelenie (21 lôžok), nefrologické oddelenie (21 lôžok) a oddelenie dlhodobo chorých (20 lôžok). Overila sa aplikovateľnosť algoritmu a následný zápis do elektronickej podoby. Pre zber dát bol vybraný tím pracovníkov internej kliniky, ktorý bol najskôr zaškolený o spôsobe zberu dát. Princíp novej metodiky je ten, že pokiaľ aspoň jedna z oblastí sledovaných parametrov nie je splnená, dochádza k sociálnej odkázanosti pacienta. Uvedeným meracím nástrojom tak boli zachytení pacienti so sociálnou odkázanosťou (n = 52).

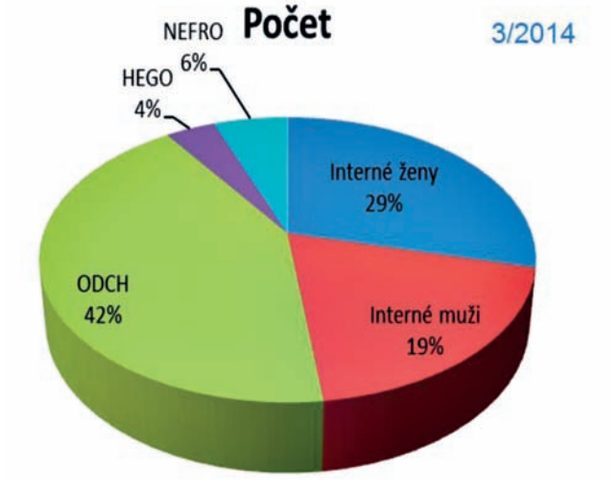
Získané empirické dáta boli spracované percentuálne a početne. Vzťah medzi výsledkami meracieho nástroja a kategóriami vek, pohlavie, rodinný stav, sa nezisťovali, pretože nie je dostatok dát pre validné vyhodnotenie.

Výsledky

Primárnym cieľom pilotnej štúdie je poukázať na sociálnu



Obr. 1. Algoritmus posudzovania odkázanosti pacienta na sociálnu službu
Ad 1. Posúdenie pomeru príjmu k výdavkompredstavuje vyjadrenie pomeru príjmu k mesačným fixným nákladom na bývanie a výdavkom na lieky. Ad 2. Výška životného minima na 1 plnoletú osobu je 194,58 €/mesiac, na ďalšiu spoločne posudzovanú plnoletú osobu je 135, 74€/mesiac a 88,82€/mesiac zaopatrené neplnoleté/nezaopatrené dieťa. Ad 3. Stavby občianskej vybavenosti – obchod, úrad miestnej samosprávy. Ad 4. architektonické bariéry (poschodie/výťah), druh vykurovania, vodovod. Ad 5. s výnimkou § 8 ods. 2 a 3 zákona o sociálnych službách, ak ide o fyzickú osobu, ktorej život alebo zdravie je vážne ohrozené.



	2014 n	2013 n	Rozdiel v %
Interná klinika – ženy	15	3	400 %
Interná klinika – muži	10	2	400 %
Interná klinika – ODCH	22	4	450 %
Interná klinika – HEGITO	2	2	0 %
Interná klinika – NEFRO	3	3	0 %

Zdroj: KST

Graf č. 1 a tab. č. 1

odkázanosť pacientov – početný výskyt tohto javu u pacientov internej kliniky zobrazený v *grafe č. 1 a tab. č. 1.*

Vzhľadom ku skutočnosti, že algoritmus ako nástroj objektívneho hodnotenia odkázanosti na sociálnu pomoc sa v praxi osvedčil, o čom svedčí aj 400% nárast sledovaného javu oproti depistáži za marec 2013, je potrebné ďalej pokračovať v posudzovaní sociálnej odkázanosti pacientov, a pokiaľ sa získa väčší počet dát, bude možné ich spracovať štatistickými metódami.

- Algoritmus môže slúžiť ako myšlienková mapa v rámci holistického posudzovania pac. pri prijímaní a zároveň sa javí ako objektívny merací nástroj na zdokumentovanie početného zastúpenia soc. odkázaných pac. vzhľadom k počtu lôžok ošetrovacej jednotky.
- „Včasnou diagnostikou" možno predchádzať protrahovaniu hospitalizácie pacienta zo sociálneho dôvodu.

Záver

Algoritmus sa osvedčil ako spoľahlivý merací nástroj pre včasné zachytenie sociálneho problému u hospitalizovaného pacienta. Svoju rolu zohralo aj načasovanie zberu dát, ktoré sa realizovalo ihneď pri prijímaní pacienta.

Pilotná štúdia odhalila 400% nárast algoritmom zachytených sociálnych problémov u pacientov hospitalizovaných na internej klinike oproti depistážou sledovanému javu, za rovnaké obdobie. Pritom ide nie len o merací nástroj, ale aj o pracovný rámec, ktorý by mal byť zaradení do vstupnej anamnézy pacienta, jeho plusom je, že je modifikovateľný.

V dôsledku nedostatočného záujmu o túto oblasť entity pacienta sa spätnou väzbou stretávame v zdravotnckych zariadeniach s rehospitalizáciami pacientov s rovnakou resp. obdobnou diagnózou pre nedodržiavanie terapie z rôznych dôvodov (predovšetkým sú to však finančné možnosti a neschopnosť postarať sa o seba, predovšetkým u pacientov s narastajúcim vekom vzrastá počet diagnoz a klesá schopnosť nadobudnúť výkonnosť spred hospitalizácie), tiež dochádza k protrahovaniu dĺžky hospitazácie, čo v konečnom dôsledku zvyšuje náklady na poskytovanie zdravotnej starostliovsti.

Absenduje systémový prístup k tomuto spoločenskému javu aj napriek tomu, že sa hovorí o stárnutí populácii, či progresii demogragfickej krivky, neodráža sa to v nejakých zmenách v logistike zdravotnej starostlivosti, či v nastavení sociálneho systému, ktorým by spoločnosť reflektovala na zmenu.

Odporúčania pre prax

- Samotný algoritmus ako myšlienková mapa pri posudzovaní pac. pri prijímaní„včasná diagnostika" sociálneho problému, a tým predchádzanie protrahovaniu hospitalizácie pacientov.
- Početné a percentuálne vyjadrenie sledovaného javu.
- Objektívny merací nástroj na zdokumentovanie/početné zastúpenie soc. odkázaných pacientov vzhľadom k počtu lôžok ošetrovacej jednotky/počet dní.

Literatura u autorky

PhDr. Zuzana Murínová,
Úsek námestníčky pre ošetrovateľstvo,
FNsP F. D. Roosevelta, Banská Bystrica,
zmurinova@nspbb.sk

Příběh sestry v Saúdské Arábii, díl 12/12 – Návrat domů

Uběhlo pět let a blížil se termín, kdy jsem se musela rozhodnout, zda budu smlouvu opět prodlužovat na další rok, nebo už je přeci jen na čase vrátit se domů a usadit se.

Vzhledem k tomu, že jsem byla obklopena spoustou skvělých přátel z celého světa, kteří mě nechtěli pustit, a na zdejší zaběhnutý a pohodlný život jsem si zvykla, bylo rozhodování nesmírně těžké. Přiznávám, že jsem se návratu dokonce trochu bála, protože po tom, co jsem si v Saúdské Arábii vybudovala určitou kariéru a zázemí, mi bylo jasné, že nový začátek v České republice nemusí být úplně jednoduchý. Zvítězila rodina!

Chtěli, abych zůstala

S těžkým srdcem, ale na druhé straně s jistým pocitem úlevy, že už jsem se konečně nějak rozhodla, jsem podala výpověď. Dokonce i moji nadřízení chtěli, abych zůstala, a několikrát mě žádali, abych si vše ještě promyslela…

Po zvážení všech pro a proti jsem nakonec svůj pobyt prodloužila až do června, protože jsem si říkala, že určitě bude příjemnější vrátit se na léto. Můj poslední pracovní den připadl na 4. června a letenku jsem si rezervovala až o dva týdny později, abych měla dostatek času se sbalit a rozloučit se s přáteli.

Vše nabralo rychlý spád a rozběhl se kolotoč papírování nutný ke konečnému výjezdu ze země. S každou službou v práci jsem si zároveň uvědomovala, že už je jednou z posledních. Na jednu stranu to byl příjemný pocit, ale na stranu druhou jsem zjišťovala, že mi ta práce bude chybět. Poslední den byl – jak jinak – hektický. Po skončení služby jsem připravila pohoštění a se všemi jsem se rozloučila. Od svých kolegů jsem dostala na památku milý dárek.

Před sebou jsem měla poslední dva týdny volna, které jsem si maximálně užívala s přáteli. Nevyhnula jsem se ani stresům s balením. Bylo náročné vměstnat skoro 6 let života v Saúdské Arábii do dvou kufrů. Rozhodnout se co si vzít a čeho se vzdát. Mísily se ve mně všechny možné emoce, od smutku z toho, že opouštím zemi, kterou jsem si tak oblíbila, přes euforii očekávání velkých změn a nového života.

Po smutném loučení nadešel den D

Nikdy nezapomenu, co jsem prožívala, když letadlo vzlétlo a já jsem pozorovala, jak se Džidda pode mnou vzdaluje. Uvědomila jsem si, že už se tam možná nikdy nevrátím. To bylo docela skličující, stejně tak jako přivítání v Česku, kde panovalo nevlídné počasí a déšť. Všechno mi přišlo tak trochu zvláštní a najednou jsem se v rodné zemi cítila jakoby cizinkou. Řekla bych, že jsem po příletu domů procházela podobným kulturním šokem jako v prvních dnech pobytu v Saúdské Arábii (SA), jen to bylo obráceně. Raději jsem se hned vypravila pro psychickou podporu k rodičům na Moravu a naplánovala si alespoň půlroční pracovní odpočinek.

V současné době si sháním byt v Praze, na který jsem si původně letěla do SA vydělat. Užívám si cestování. Nedávno jsem se vrátila z Kanárských ostrovů. Obnovuji kontakty s přáteli tady, ale v podstatě zjišťuji, že nejvíce času trávím na Skypu a jiných sociálních sítích s kamarády v Džiddě, kteří mě samozřejmě lákají zpět. Musím přiznat, že si s tou myšlenkou pohrávám. Stýská se mi a momentálně vedu vnitřní boj. Na Vánoce chci určitě zůstat doma, protože jsem je s rodinou neslavila už 5 let. Ale co dál? Je pravda, že jsem v SA získala spoustu zkušeností, díky kterým bych i tady u nás mohla najít skvělé uplatnění, ale i přesto mě to láká zpět.

Znovu jsem zkontaktovala „svoji" agenturu G5 Plus a momentálně řešíme možnosti mého opětovného vycestování. Třeba se mě moji přátelé z Džiddy přeci jen dočkají…

Mgr. Lucie Karalová

Nemocnice Security Forces Hospital (SFH), jeden z nejpopulárnějších zahraničních zaměstnavatelů českých a slovenských sester, nabízí mzdové ohodnocení více než 1.000.000,- Kč čistého ročně a atraktivní zaměstnanecké výhody, jako bezplatné nadstandardní ubytování apod. Nemocnice SFH je sponzorem 12dílného seriálu „Příběh sestry v Saúdské Arábii" a jedním z hlavních partnerů soutěže Sestra roku.

Společnost G5 Plus je partnerem nemocnice SFH a tradičním zprostředkovatelem zaměstnání českých a slovenských zdravotníků do zahraničí. Autorka seriálu je jednou ze stovek úspěšně vyslaných uchazeček. Více informací o možnostech prožití podobného „Příběhu sestry" získáte na: www.g5plus.com, info@g5plus.com, zelená linka ČR: 800 88 88 96, SR: 0800 700 123, mimo ČR/SR: (+420) 733 581 244. (Pozn.: Veškeré informace a zprostředkovatelské služby jsou uchazečům poskytovány ZDARMA)

برنامج مستشفى قوى الأمن
Security Forces Hospital Program
G5+ G5 Plus Making the world your home

Moje hospicová zkušenost

Dobrovolnictví je jednou z forem pomoci. Dobrovolník je člověk, který ze své vůle pomáhá ve svém vlastním volnu bez nároků na odměnu. Už je to skoro tři roky, kdy jsem se také stala členem dobrovolnické „rodiny“, a vždy budu za toto rozhodnutí a přijetí moc ráda.

Jako dobrovolník do hospice jsem se přihlásila na podzim roku 2011. K tomuto rozhodnutí mě vedla hlavně dlouhotrvající potřeba být prospěšná, zpestřit někomu život a v neposlední řadě být někomu, kdo to opravdu potřebuje, nablízku.

Dobrý pocit namísto tísně

V hospici je různorodá skupina pacientů, jeho podstatou je kvalitní komplexní péče nejen o pacienty s nevyléčitelnou diagnózou, ale často i o pacienty s dlouhodobým vleklým onemocněním, které nemá dobrou prognózu. Někteří pacienti jsou v hospici na takzvanou odlehčovací péči. Rodina se o tyto lidi stará doma, ale potřebují si něco zařídit nebo odpočinout od neustálé péče, a tak svého blízkého dají k péči do hospice. Tato péče je možná až na 3 měsíce. Kromě péče o často nevyléčitelné pacienty se hospic stará a podporuje příbuzné, a to často i po smrti blízkého člověka.

Již při příchodu do hospice na člověka nepadá tíseň, ale naopak dobrý pocit z pěkného prostředí. Na vrátnici jsou položené domácí výrobky, jako med, svíčky, často tam hraje hudba.

Dobrovolníci v hospici mají svoji vlastní vedoucí, která tuto práci dělá srdcem, a takových pracovníků není v hospici jen pár, ale mohu tvrdit, že většina. Naše dobrovolnická vedoucí sídlí v dobrovolnické místnosti, kde nikdy nechybí dobrý čaj a něco malého k zakousnutí. Tam se dobrovolnicí scházejí, mohou si popovídat či odpočinout.

Každý člověk, který se chce stát dobrovolníkem v hospici, prochází pohovorem s vedoucí dobrovolníků a pak i s psychologem. Následuje celodenní kurz, na kterém se dobrovolník učí být dobrovolníkem, a to dobrým, s velkou trpělivostí, zájmem a srdcem na dlani. Pravidelně se pořádají supervize – sezení dobrovolníků s psychology, na kterých se řeší jednotlivé situace, potřeby a přání pacientů i dobrovolníků.

Jak dobrovolníci pomáhají

Forem pomoci je několik. Sám dobrovolník si může vybrat, co je pro něj příjemné a přijatelné. Jde o činnosti jako pomoc s provozem hospice, příprava na různé akce nebo pomoc pracovníkům hospice. Dále pak pořádání a účastnění se různých činností s pacienty – výtvarná činnost nebo promítání. I když jsou tito lidé často připoutaní na lůžko a neschopni většího pohybu, výtvarných i jiných činností se účastní velmi rádi. Dobrovolník slouží jako jejich ruce, oči, pomáhá jim a plně se jim věnuje. Pacienti si pak výrobky často nechávají, mají z nich radost nebo je dají příbuzným jako dárek. Klienti mají i možnost navštěvovat pravidelné mše, často se zde sejde několik desítek pacientů hospice i dobrovolníků. Opět není výjimkou, že je kaple plná nejen sedících lidí, ale i těch ležících. V hospici není důležitý čas, podstatná je kvalita života a splněná přání. Nedaleko stojící domov důchodců pravidelně pořádá oslavy narozenin svých seniorů a na tuto akci zve i naše hospicové pacienty. Toto posezení je i s hudbou a malým občerstvením. Stejně tak naopak, i hospic zve klienty z domu seniorů na své akce. Nezapomenutelná akce, kterou pořádá hospic, je opékání špekáčků a turnaj v kuželkách. Samozřejmostí je možnost účasti rodinných příslušníků, a to nejen při velkých akcích, ale i běžných denních aktivitách. Příbuzní, kteří jsou zdaleka, se mohou v hospici ubytovat a být tak svému příbuznému stále na blízku. Formou pomoci v hospici je i scházení se přímo s pacienty. Dobrovolník čte, naslouchá, povídá si nebo jen dělá tichou společnost. Tato forma pomoci je pro hodně dobrovolníků velmi náročná, člověk si k lidem v hospici vytvoří pouto a občas jsou chvíle strávené s pacienty, nebo i vzpomínky na ně velmi silné.

Ilustrační foto: Shutterstock

Z hospice mám velmi mnoho vzpomínek, je v nich ukrytá hodnota lidského života a jsem za ně moc ráda.

Vzpomínka první

K panu Karlovi jsem chodila skoro rok. Trpěl onemocněním, při němž mu postupně ochrnovalo tělo. Hodně jsem jej navštěvovala a postupně jsme se dostali až k detailnímu vyprávění životních příběhů. I já jsem se pánovi svěřila se svými trápeními a on byl rád, že může někomu slovem pomoci. Společně jsme měli radost z každých kroků v chodítku, které ze začátku zvládal. Postupně však sil ubývalo, on měl přesto radost i z toho, že se sám bez pomoci nají a že stále dýchá. Tu vůli a smíření se s osudem jsem na něm velmi obdivovala. Jeho dobrým společníkem byl počítač, skrze který komunikoval nejen s rodinou, která mu byla celou dobu velkou oporou, ale pár jednoduchých emailů jedním prstem naťukal i mně. Celý život byl velmi aktivní a postupné ochrnutí těla zvládal až obdivuhodně dobře a s velkou trpělivostí. Bylo to na Vánoce, kdy se s rodinou rozloučil, a po Vánocích v tichu odešel.

Vzpomínka druhá

Paní Olgu si pamatuji jako milou, usměvavou paní, plnou energie. V hospici se starala o svého manžela, který měl onkologickou diagnózu a medicína již pro něj vyčerpala své možnosti. Paní byla ubytovaná přímo v hospici a s manželem trávila většinu dne. Vždy když jsem přišla na návštěvu, předčítala mu zrovna noviny nebo knížku.

Na Silvestra jsem šla do hospice a na chodbě jsem se potkala s paní Olgou. Vyprávěla mi, jaké měli Vánoce v hospici. Děti přinesly kapra a bramborový salát a v jedné z místností si udělali pěkný vánoční večer i přesto, že její muž už byl v závěru svého života. Vykládala mi to s takovým nadšením, které zažije jen málokdo, i když mu nikdo neumírá. Věděli, že jsou to jedny z posledních chvil s jejich milovaným člověkem. Na konci povídání se však rozplakala. Objala jsem ji a jen jsme chvíli stály v tichém smutku budoucích nejistých dní. Za pár minut si paní otřela oči a zase plná elánu vyrazila doprovodit manžela na jeho poslední cestě životem.

Vzpomínka třetí

Bylo krásné jarní sobotní odpoledne, šla jsem na návštěvu za paní Marií. Ležela v posteli a povídaly jsme si. Po chvilce mě napadlo jí navrhnout, zda by nechtěla jet na vozíčku ven. V očích paní se zasvítilo a jen se mě zeptala: „To můžu?“ V hospici je možné vše, co umožní zdravotní stav pacienta, takže jsem se dovolila sestřiček, ty mi potom paní oblékly, posadily na vozík a vyrazily jsme. Dodneška paní Marii vidím, jak si plnými doušky užívá čistý jarní vzduch, jak ožila a co to pro ni bylo za zázrak. Před ubytováním v hospici byla totiž několik měsíců hospitalizovaná a ven se dostala prakticky jen při převozu do hospice.

Byla mi natolik vděčná, až plakala radostí, že jsem jí dala za posledních pár měsíců ten největší dar – možnost podívat se ven.

Tento článek bych chtěla věnovat všem statečným pacientům, dobrovolníkům i personálu hospice a myslím, že zakončení citátem bude nejvíce vystihovat, co pro mě hospic znamená:

„Život není o počtu nadechnutí, ale o chvílích, co nám dech berou.“

Jména osob v textu byla změněna.

Helena Švábová

Úspěch studenta FVZ UO na celostátní vědecké konferenci

Ve dnech 20.–21. 11. se na Lékařské fakultě UK v Hradci Králové konala Celostátní konference SVOČ českých lékařských fakult.

Vítězové fakultních kol soutěžili v celostátním kole ve třech oblastech. Jednalo se o lékařské teoretické a preklinické obory, lékařské klinické obory a nelékařské obory. Za fakultu Vojenského zdravotnictví Univerzity obrany, která tradičně vysílá své studenty, se v první sekci letos zúčastnili Martin Jedlička s prací „Radioprotektivní efekt ortovanadu sodného“ a František Saňák s tématem „Efektory přirozené imunity“. V sekci lékařských klinických oborů nás reprezentovala Hana Čápová s prací „Prognostické markery u akutních leukemií a jejich využití při individualizované terapii“. V nelékařských oborech to pak byla Jana Kočí s tématem „Výskyt rizikových faktorů u civilizačních onemocnění ve vybrané subpopulaci“.

František Saňák ve své sekci zvítězil a navázal tak na svého předchůdce v minulých letech Martina Bortlíka. Oba studenti pracovali na svých projektech pod vedením prof. MUDr. Pavla Boštíka, Ph.D., a oběma náleží velká gratulace stejně jako další školitelce Mgr. Monice Schmidt, Ph.D., kolegům z pracovního týmu a gynekologicko-porodnického oddělení FNHK, které na projektu dlouhodobě spolupracuje pod vedením doc. MUDr. Mariana Kacerovského, Ph.D.

doc. RNDr. Vanda Boštíková, Ph.D.,
Katedra epidemiologie FVZ UO, Hradec Králové