

ZDRAVOTNICTVÍ MEDICÍNA



4/2016

MĚSÍČNÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ, FARMACII A OŠETŘOVATELSTVÍ

Toto číslo vyšlo 18. 4. 2016



Z DOMOVA
K zajištění provozu
nemocnic chybí lékaři

STRANA 5



Z MEDICÍNY
Léčba dyslipidemií
Čeho jsme dosáhli
a co nás čeká

STRANA 42



SESTRA
Sestra roku 2015
Mimořádná příloha
věnovaná slavnostnímu
vyhlášení výsledků

STRANA 15



Pavel Pafko:
Kvůli přesčasům
není 92 procent primářů
chirurgie schopno
dodržet zákoník práce.

(více viz str. 5)

Foto: Petr Topič

Jak české zdravotnictví zvládá migraci **a kdo z ní těží?**

Na příkladu tuberkulózy, zasazení její léčby do české legislativy, jejím financování, problematice poskytovatelů této péče či zdravotního pojištění pacientů-cizinců je patrné, že pohyb cizinců po území ČR neovlivňuje jen úzký výsek medicíny, kterým je v ČR zvládnutá TBC.

Česká republika je na tom v kontrole TBC dlouhodobě dobře. Patříme k evropským špičkám nejen nejnižším počtem nakažených, ale i díky dobrým léčebným výsledkům, a to i u multirezistentních kmenů TBC. Vysoká úspěšnost je také v prevenci onemocnění. Jejím synonymem je vakcína, která je od roku 2010 podávána selektivně - dětem ze specifických rizikových skupin (narodily se v zemi s vysokým výskytem TBC, jejich rodiče měli TBC, byly v kontaktu s nemocným). Za úspěch považují pneumologové také výběr nové vakcíny (BCG10, brazilský kmen Moreau) z Polska, ta nahradila výpadkovou dánskou (BCG) vakcínu. „Výskyt komplikací u polské vakcíny je velmi malý. Dokumentuje to naše zkušenost z roku 2015, kdy jsme u dobíhající dánské vakcíny zaznamenali 17 vedlejších reakcí a u polské pouze 2 nevýznamné. Dánská vakcína zapříčiňovala 50 procent všech vedlejších účinků u očkování dětí celkem,“ uvedl předseda České pneumologické a fti-zeologické společnosti prof. Vítězslav Kolek s tím, že kvůli nejisté epidemiologické situaci považují pneumologové za vhodné děti z rizikových skupin i nadále očkovat.

Pozitivem je také fakt, že se zrušení plošné vakcinace negativně nepromítlo do počtu nakažených. Jak připomněl Jiří Wallenfels z Národní jednotky dohledu nad TBC, v roce 2015 bylo v ČR zdokumentováno 486 případů TBC - poprvé je to méně než 500 případů za rok a v ČR jde o historicky nejnižší počet nemocných vůbec. Neměnným trendem je ale také pětina (v loňském roce 100 případů) pacientů-cizinců, kteří nejčastěji pocházejí ze Slovenska, Ukrajiny, Rumunska, Vietnamu a Mongolska. Vzrůstající tendenci, již se pneumologové nejvíce obávají, má multirezistence TBC na dvě nejúčinnější antituberkulotika - isoniazid a rifampicin. Loni šlo o 11 případů oproti 7 pacientům v roce 2014.

20 lůžek na 100 případů

„Dle výskytu TBC jsme na tom velmi dobře, nicméně setrvalými importéry tuberkulózy do ČR jsou naši východní sousedé ze zemí bývalého Sovětského svazu,“ uvedla primářka Pneumologické kliniky 1. LF UK a Thomayerovy nemocnice prof. Martina Vašáková. Připomněla, že v Praze je diagnostikována čtvrtina všech nemocných a na její klinice jsou léčeni všichni pacienti s multirezistentními kmeny TBC. „Přesto má Pra-

ha od konce roku 2015 pouze jediné zařízení pro léčbu tuberkulózy, takže 20 lůžek pro citlivou TBC a 15 pro multirezistentní je všechno, co mají Praha a Středočeský kraj k dispozici,“ upozornila pneumoložka a dodala, že na jejím domovském pracovišti již kapacitu lůžek nelze navýšit kvůli striktním stavebním i hygienickým pravidlům, která se k oddělení s rizikovými nákazami vztahují. K dispozici není ani 9 lůžek pro TBC v Nemocnici Na Bulovce (NNB). Jak uvedl tiskový mluvčí Martin Šálek, lůžka byla uzavřena kvůli nedostatku sester a z 9 zde nyní funguje pouze jediné, přičemž není obsazeno. V případě potřeby je podle mluvčího nemocnice připravena umístit pacienty na přílehlou Infekční kliniku NNB. K 1. 4. uzavřela všechna svá doléčovací tuberkulózní lůžka také Praze nejbližší Plicní léčebna Humpolec.

Léčíme ze zákona

Jak prof. Vašáková vysvětlila, při naplnění kapacity musí klinika obvolávat plicní léčebny a přesvědčovat je, aby přijaly do péče rozléčené pacienty. „Je to problematické, protože plicní léčebny nemají úhradu pro pacienty, kteří nejsou pojištěni. (pokračování na straně 2)

Z DOMOVA

Jak české zdravotnictví zvládá migraci a kdo z ní těží?

(pokračování ze str. 1)

Přitom třetina našich pacientů není pojištěna vůbec. Mezi pacienty ze zemí bývalého Sovětského svazu spočítáte na prstech jedné ruky ty, kteří jsou pojištěni. Přijetí k léčbě ovšem není o ochotě. Podle zákona o ochraně veřejného zdraví máme povinnost tyto osoby izolovat a léčit, pak žádáme ministerstvo zdravotnictví o úhradu péče, ale od nás už je žádná jiná nemocnice nepřevzme, " vysvětlila pneumoložka Vašáková. V okolních státech taková legislativně daná péče – tedy povinnost izolovat – stanovena není. Primářka Vašáková popsala případ pacienta s TBC vyslaného z Německa. „Na kliniku byl dopraven Rumun ve velice špatném stavu, ukázalo se, že jde o TBC, a pacient sám uvedl, že mu diagnózu sdělili v Německu, kde ho po tomto zjištění posadili do vlaku a vyhostili jej. Nezapomínám na to. V české legislativě je zakotveno, že pokud se na území ČR vyskytne takový pacient, musí být izolován a odléčen, ať je odkudkoli,“ popsala praxi primářka. Multirezistentní kmeny podle ní nejčastěji přivážejí právě migranti z Ukrajiny a zemí bývalého Sovětského svazu. Většina je léčena na náklady ČR. Aspekt nepojištěných pacientů se ale promítá i do neúměrně dlouhé doby jejich hospitalizace. „Na našem oddělení pacienti zůstávají na náklady státu hospitalizo-

vání i 2 roky, protože je nikdo nechce. Jsou nepojištěni a poté, co se vyléčí a jsou již TBC-negativní, by mohli být léčeni ambulantně, jenže bez pojištění jim nikdo léky v pokračovací léčbě nevydá. Jeden lůžkoden na specializované jednotce je samozřejmě extrémně nákladný a celkově se léčba pohybuje v desítkách až stovkách tisíc korun na pacienta. Navíc jsou často léčeny i přidružené komplikace jako drogová závislost či HIV-pozitivita.“

Dvě TBC mezi migranty a azylanty

Zástupce ředitele Zdravotnického zařízení Ministerstva vnitra Pavel Zbořil má na starost dva druhy cizinců, kteří do ČR přicházejí – žadatele o azyl (zůstávají v přijímacích střediscích Zastávka u Brna a Praha-Ruzyně) a nelegální migranty (pokud je zadržela cizinecká policie, jsou umístěni v Bělé pod Bezdězem, Drahonicích a Vyšních Lhotách). Eliminace chorob včetně TBC je jedním z úkolů tamních zdravotnických zařízení. Všichni přijatí se musí podrobit vstupnímu vyšetření, jehož součástí je i rentgen plic. Pokud je na snímků nález, střediska spolupracují s civilními zdravotnickými zařízeními, kde je na plicním oddělení provedena diagnostika.

„Za rok 2015 prošlo zařízeními 3150 migrantů a 1300 žadatelů o azyl a celkem byla TBC diagnostikována pouze dvakrát. Šlo o pacienty

původem z Ukrajiny a Číny. Oba byli po vyléčení vyhoštěni,“ uvedl Pavel Zbořil a dodal, že TBC nebyla diagnostikována u žádného Syrřana, Afghánce či Pákistánce. Výskyt chorob u těchto migrantů je obecně nižší. Rozdílný je také princip úhrady za zdravotní péči o tyto pacienty. Pokud jde o nelegální migranty, jdou náklady na léčbu na vrub ministerstva vnitra. Azylantům hradí ministerstvo vnitra pouze vstupní prohlídku a žadatelé si poté vyberou zdravotní pojišťovnu.

Nový zákon o pojištění cizinců

Většina z přibližně půl milionu migrantů dlouhodobě žijících v ČR se účastní veřejného zdravotního pojištění. Část migrantů ze zemí mimo EU, kteří nemají v ČR trvalý pobyt a nejsou zaměstnanci (mají v ČR dlouhodobý pobyt), je pojištěna u českých komerčních pojišťoven formou tzv. zdravotního pojištění cizinců. Na dotaz naší redakce, zda toto komerční pojištění pokrývá léčbu, odpovídá prof. Vašáková, že nikoli: „Na celou léčbu jsou tyto prostředky hůře vymahatelné, nicméně jde alespoň o částečné pokrytí léčebných výloh.“ Aktuálně ministerstva financí, vnitra a zdravotnictví připravují v rámci zákona o pobytu cizinců také právní úpravy zdravotního pojištění cizinců. V návrhu, který bude koncem dubna předložen Legislativní radě vlády, je zařaze-

no téměř 30 paragrafů, které zdravotní pojištění cizinců upravují. Jak pro naši redakci uvedla mluvčí ministerstva financí Kateřina Vaidišová, novelu zákona o pobytu cizinců dostala ministerstva za úkol usnesením vlády č. 992 již v prosinci 2014. Návrh nové právní úpravy povinného zdravotního pojištění cizinců by dle usnesení měla tvořit samostatnou hlavu zákona o pobytu cizinců. „Vláda rozhodla, že ministr zdravotnictví ve spolupráci s ministrem vnitra vymezí kategorie cizinců, na které se bude vztahovat systém veřejného zdravotního pojištění, a kategorie cizinců, na které se bude vztahovat povinnost mít sjednáno zdravotní pojištění cizinců, a dále že ministr financí ve spolupráci s ministrem zdravotnictví vymezí rozsah a náležitosti povinného zdravotního pojištění cizinců,“ uvedla mluvčí Vaidišová. To naši redakci potvrdila i mluvčí ministerstva zdravotnictví Štěpánka Čechová: „Nově dojde k rozšíření kategorií osob, za které bude zdravotní péči hradit stát.“ Konkrétní kategorie neuvedla.

Nevýhodné pro systém?

Dle současného návrhu nové legislativy bude komerční zdravotní pojištění pro migranty ze zemí mimo EU zákonně zakotveno a přiřkne tak komerčním pojišťovnám (v ČR jde o 6 subjektů, z nichž největší podíl na trhu má Pojišťovna VZP, a. s., dceřiná společnost Všeobecné zdravotní pojišťovny) státem garantovaný obchod, namísto zapojení alespoň části cizinců, kteří zde odvádějí daně z podnikání, do systému veřejného zdravotního pojištění.

Tento přístup státu kritizuje například Analýza zdravotního pojištění cizinců. Ta uvádí, že komerční pojištění je nevýhodné pro rozpočty veřejných zdravotních pojišťoven, protože vyvádí z veřejného systému nemalé prostředky, jež by mohli migranti do systému přinést, a zisky zůstávají soukromým pojišťovnám. Komerční pojištění cizinců může být nevýhodné i pro zdravotnická zařízení, protože při často uplatňovaných výlukách v pojistných podmínkách nemusí být proplacena ani péče, kterou zdravotnické zařízení poskytlo z důvodu záchrany života nebo dle zákona o ochraně veřejného zdraví (viz výše



Ilustrace foto: Shutterstock

vyjádření prof. Vašákové). Analýza také popisuje ekonomickou stránku zdravotního pojištění cizinců. Jak uvádí, jde o ekonomicky výhodné a velmi rentabilní produkty, kdy výběr pojistného vysoce převyšuje pojistné plnění.

Kvadratura kruhu

Podle ministerstva financí by ale přesun podnikajících cizinců do veřejného zdravotního pojištění v žádném případě nepřinesl ekonomickou výhodu. „Je třeba vzít v úvahu, že pojistné by odváděli cizinci podle výše svých příjmů jako OSVČ, jejich rodinní příslušníci bez příjmů by byli státními pojištěnci. Pominout nelze ani snahu využít daného pojištění pro získání konkrétní formy zdravotní péče pro cizince jinak nedostupné,“ domnívá se mluvčí ministerstva financí Kateřina Vaidišová.

To ale pro redakci ZaM částečně rozporuje ředitel Kanceláře zdravotního pojištění Ladislav Švec: „Je opravdu možné věřit tomu, že na zajištění stejného rozsahu služeb pro stejně definovaný okruh osob by veřejné zdravotní pojištění významně prodělávalo a ohrožovalo tím solidární systém, když ze stejného plnění dokáže komerční zdravotní pojištění cizinců i přes náklady na vytvoření a udržování paralelního systému smluv s poskytovateli generovat zisk? Není to nějaká kvadratura kruhu?“ táže se ředitel Švec a dodává: „Upozorňuji, že naprostá většina cizinců je zcela běžně a bez problémů pojištěna v systému veřejného zdravotního pojištění a pro 28 zemí jsme už před 12 lety zavedli bez větších problémů a dopadů systém odvozeného rodinného pojištění a pojištění OSVČ bez trvalého pobytu v ČR. Nikdo, myslím, hlavně důkladně nezážil, zda a jak by bylo možné využít potenciál dosud veřejně nepojištěných osob pro zvýšení příjmů veřejného zdravotního pojištění, například zavedením jinak definovaného pojistného pro tuto potenciální skupinu mimounijních pojištěnců bez trvalého pobytu.“

Petra Klusáková

Výroční sjezd České kardiologické společnosti se blíží

Již XXIV. výroční sjezd České kardiologické společnosti (ČSK) se bude ve dnech 15.–18. května 2016 tradičně konat v Brně.

Zástupci ČKS v čele s předsedou České kardiologické společnosti prof. MUDr. Milošem Táborským, CSc, FESC, MBA, slibují sjezd naplněný jako každoročně spoustou užitečných a praktických informací a také příjemnými společenskými zážitky.

Výroční sjezd ČKS 2016 bude mít mírně inovovanou strukturu. „Budeme usilovat o kompaktní program naplněný maximem přehledných vzdělávacích sdělení a praktických informací. Program zahájíme tradičně nedělním odpolednem. Proti minulým ročníkům však bude i neděle bo-

hatší o přehledná sdělení, na která navážeme již tradičními přímými přednosy z vybraných pracovišť,“ uvedli organizátoři sjezdu.

Na přípravě odborného programu se budou podílet všechny pracovní skupiny a nově vzniklé asociace ČKS, které spolu s pozvanými spřátelenými odbornými lékařskými společnostmi připraví programové bloky nejružnějších formátů s vybranými postgraduálními přednáškami našich předních odborníků v kardiologii. Tyto předem připravené programové bloky by měly pokrývat celou šíři moderní kardiologie i přidruže-

ných onemocnění a jsou základem vysoké odborné úrovně postgraduálního vzdělávání, které výroční sjezd všem účastníkům nabízí.

V bloku „To nejlepší z české kardiologie“ bude sjezd pokračovat ve veřejné prezentaci prací českých kardiologů, které byly publikovány v prestižních mezinárodních časopisech. Tradiční soutěž mladých kardiologů bude mít tentokrát nový formát a významné místo v programu sjezdu.

Více informací naleznete na inovovaném portálu ČKS: www.kardio-cz.cz.

(red)

Předvolební ryk

O slovo se hlásí velmi důležití aktéři v českém zdravotnictví. Rozumnou debatu o budoucnosti zdravotnictví ale zkaží volby.

Když si dva posílají otevřené dopisy, mohl by se třetí smát. Jenže v tomto konkrétním případě má i ten třetí starosti nad hlavu. Těmi dvěma fanoušky epistolárního umu jsou ministr financí Andrej Babiš a prezident České lékařské komory Milan Kubek. Jejich spor by mohl vystlat docela příjemnou pozici pro ministra zdravotnictví Svatopluka Němečka, jenže toho zase začínají dohánět jeho nesčetné a nesplněné sliby. A do toho všeho se blíží ostrá předvolební kampaň.

(Ne)jde o peníze?

Ministr Babiš zareagoval hned z kraje na akci ČLK s názvem „Zdravotnictví volá o pomoc“. V otevřeném dopise šéfovi komory odmítl argumenty o podfinancování zdravotnictví a zahrnul Kubka všelijakými statistikami. V několika případech páčil hodně mimo terč. Například když zpochybňoval legitimitu Kubkova prezidentství, která byla opakovaně, nepochybnitelně a demokraticky potvrzena komorovými sjezdy. Že je Kubek jako prezident velmi úzce tematicky zaměřený, je pravda, ale legitimity ho to nezabavuje, stejně jako fakt, že opozice uvnitř komory spíše rezignovala na svůj boj, než že by neexistovala.

V jiných pasážích dopisu ale Babiš nemířil špatně. Například když Kubka upozornil na to, že podíl veřejných výdajů na zdravotnictví na HDP je mezi zeměmi OECD jen malý kousek pod průměrem. A že podíl veřejných výdajů na celkových výdajích na zdravotnictví je naopak vysoko nad průměrem. No ale protože jsou za rohem ty volby, tak Babiš raději polkl ono B, totiž fakt,



Martin Čaban

že jestliže zdravotnictví potřebuje více peněz, měly by přitéci z kapes pacientů. Prezident Kubek Babišovi odpověděl, sepsul ho za neznalost, zmíněné statistiky bohorovně nechal „bez komentáře“ a jal se ministra přesvědčovat, že mu nejde jen o peníze. Kdoví jak přesvědčivý nebyl, pořád se mu to k penězům nějak vracelo: „Cílem naší informační kampaně je ukázat na skutečný stav českého zdravotnictví, které je v hluboké personální krizi (...). Samozřejmě s vědomím, že bez valorizace ceny práce (...), bez spravedlivého odměňování a bez dodržování zákoníku práce žádné řešení neexistuje“.

Ministr v kleštích

Ministr Němeček by z tohoto střetu mohl před volbami leccos vytěžit – postavit se za Kubka a ze svého politického soka udělat držgrešli, která lékařům nepřeje jejich platy, a tudíž pacientům péči. Nebyla by to první a asi ani poslední efektivní předvolební spolupráce ČLK a ČSSD. Jenže jak se blíží ty volby, vycítili svou příležitost i jiní. A na Němečka nastoupila Koalice soukromých lékařů. Té už ministr také ve své funkci nasliboval leccos, ale skutek nikde. Soukromníci se vymezili proti mnoha požadavkům ČLK, zpochybnili její tvrzení o personální devastaci nemocnic a zcela právem osočili Němečka, že se stará jen o nemocnice a ostatní segmenty zanedbává. Tím Němečka dostali do nepříjemných kleštů a ministr teď bude muset hodně kličkovat, aby se vymanil z nelibosti dvou důležitých profesních organizací. Úplně všechno totiž na Babiše svést nelze.

Možná by to všechno mohlo směřovat k nějaké komplexnější debatě o českém zdravotnictví, do níž se zapojí skutečně důležití aktéři, jenže je velmi pravděpodobné, že se to celé zvrhne spíše v předvolební přehazování viny. Ve skutečné debatě by totiž muselo zaznít několik tezí na téma spoluúčasti a rozměrů nemocniční sítě. A to jsou věci, které se před volbami říkat nesmějí.



Foto: Michael Tomáš

Inserce M161000289

www.helios-kliniken.de

HELIOS je daleko více, než jen souhrn jednotlivých poboček. Rozsáhlá síť našich 111 klinik, intenzivní mezioborová výměna vědeckých informací mezi našimi pracovníky a rychlá realizace inovací, zaručují našim pacientům tu nejlepší možnou péči. Hodnotíme kvalitu našeho lékařského ošetření, kterou využíváme jako základ našeho neustálého dalšího zlepšování. Péče, transparentnost a poctivost jsou nejdůležitějšími faktory naší každodenní činnosti.

Klinika **HELIOS v Pirně**, která leží ve spolkové zemi Saské Švýcarsko, zajišťuje provoz 390 nemocničních a 20 ambulantičních lůžek.

Klinika HELIOS v Pirně zajišťuje péči o pacienty v úzké mezioborové spolupráci na odděleních interní medicíny, chirurgie, gynekologie/porodnictví, pediatrie, ORL, urologie, anestezie/intenzivní medicíny, jakož i psychiatrie a psychoterapie. Naše somatická oddělení provozujeme v perfektně vybavené nové nemocniční budově, kde je k dispozici osm operačních sálů, moderně vybavená odborná oddělení, jakož i mezioborová jednotka intenzivní a následné péče. Kromě toho se zde nachází kompletně digitalizované radiologické oddělení s běžnou rentgenovou technikou, angiografie, CT s možností skenování 64 vrstev těla pacienta, magnetická rezonance a katetrizační laboratoř.

O naše pacienty na porodním sále a na stanici C3 pečují 10 porodních asistentek a 4 diplomované porodní asistentky. Procentuální poměr císařských řezů je výrazně pod průměrem jak v Sasku, tak i v celé zemi. Na klinice HELIOS v Pirně přijde každoročně na svět více jak 750 dětí.

Po technické stránce splňuje naše nemocnice všechny předpoklady pro bezproblémový porod: velkoryse uspořádaná ambulantní část je vybavena všemi běžnými vyšetřovacími přístroji; kromě toho se v naší nemocnici HELIOS v Pirně nachází také skvěle vybavená dětská klinika, kde pečujeme o nedonošené děti.

Na doplnění našeho týmu hledáme s nástupem ihned

○ Porodní asistentku/asistenta

Nabízíme

zajímavou a mnohotvárnou práci, příjemné pracovní prostředí s možností dalšího vzdělávání a školení. Pracovní poměr na dobu neurčitou je možné vykonávat také na zkrácený pracovní úvazek a je zde rovněž možnost vedlejší činnosti na volné noze.

Naši zaměstnanci mají připojištění HELIOS, které se nazývá „HELIOS plus“, kde mají možnost výběru ošetření/ošetření primářem a výběr plnění.

Váš profil

máte ukončené vzdělání v oboru porodní asistent/asistentka se státní závěrečnou zkouškou a můžete předložit doklad o několikaleté praxi.

Očekáváme angažovaného, vnímavého a odpovědného pracovníka se zájmem o pacienta, který bude orientován na práci v týmu. Musí disponovat sociálními a komunikačními dovednostmi, jakož i organizačními schopnostmi. Dále je pro nás důležitá obětavost, spolehlivost a připravenost pracovat na oddělení pohotovosti.

Kontaktujte nás

V případě dotazů vám jsou k dispozici vrchní sestra oddělení porodních asistentek/asistentů Renate Grahl, tel.: +49 (0)3501/7118-2451 a vedoucí našeho personálního oddělení, pan Gubsch, tel.: +49 (0)3501/7118-1221.

Podnítli jsme váš zájem?

Zašlete nám prosím vaši žádost o místo přes portál volných pracovních míst nebo přímo vedoucímu našeho personálního oddělení panu André Gubschovi (andre.gubsch@helios-kliniken.de).

HELIOS klinika Pirna

personální oddělení
Struppener Straße 13
D-01796 Pirna

Z DOMOVA

Zahraníční lékaři zde kvůli penězům nezůstávají

„Zdravotnictví je v krizi. Nemocnice proto přijímají také lékaře z mimounijních zemí. Vzniká tak riziko ohrožení pacientů,“ varuje prezident České lékařské komory (ČLK) Milan Kubek. Z reakcí náhodně vybraných lékařů z cizích zemí však vyplývá, že se s nedůvěrou ze strany pacientů, kolegů ani zaměstnavatele nesetkali.

Ještě dnes si asi každý vzpomene na černobílou sanitku – pohřební vůz, na které bylo napsáno „Náš exodus, váš exitus“. Vůz podporoval před 5 lety protestní akci „Děkujeme, odcházíme“. Tehdy hrozily téměř 4 tisíce lékařů odchodem ze zdravotnictví, pokud jim nebudou zvýšeny platy. V současnosti hrozí lékaři opět.

Prezident České lékařské komory Milan Kubek na konci března uvedl, že českému zdravotnictví chybí zdravotnický personál a některá oddělení se musí uzavírat. Důvody jsou tři: nedostatek peněz, málo zdravotníků a nedodržování zákonů.

Zdravotníci jsou u nás podle prezidenta ČLK nedobrovolní spon-

zoři zdravotnictví. „Výdaje do zdravotnictví v České republice patří k nejnižším v Evropě. Je to 7,1 procenta HDP, státy OECD přitom investují průměrně 8,9 procenta a například Německo 11 procent HDP. Zdravotníci proto hlasují nohama. Buď vyjždějí pracovat na Západ, loni to bylo téměř šest stovek lidí, nebo si na-

jdou uplatnění mimo obor. Personál, který v nemocnici zůstává, tak vytváří spirálu smrti. Je jich stále méně, jsou přepracovanější, takže dochází k chybám v péči a musí porušovat zákony, protože absolvují delší služby, než povoluje zákoník práce,“ upozorňuje Milan Kubek a poukazuje na fakt, že lékaři odcházející do zahraničí jsou mnohdy nahrazováni cizinci. „Ne že by žádný cizinec neuměl medicínu, ale vždy je tu určitá pochybnost o jejich kvalitách,“ uvedl.



Illustrace foto: Shutterstock

z Ukrajiny, Ruska, Uzbekistánu, Běloruska nebo Kazachstánu začne pracovat a připravovat se na složení aprobační zkoušky. Pokud neuspěje, pak práci přeruší a přihlásí se znovu. Někteří cizinci prý ke zkouškám ani nechodí,“ tvrdí Milan Kubek. „Nemocnice situaci řeší náborem lékařů ze zemí mimo Evropskou unii. Někteří dokonce pracují bez nutné aprobační zkoušky, kterou prokazují svou erudovanost. V našich očích nejde o lékaře, když nemají složené potřebné zkoušky, ale o mediky, kteří nemohou jako lékaři pracovat. Vzniká tak riziko ohrožení pacientů,“ uvádí MUDr. Kubek. Pokud k tomuto stavu opravdu dochází, žádná nemocnice to nepřizná.

Musí tady pracovat? Ale kdepak...

Co vlastně nutí lékaře-cizince k tomu, aby u nás žili a pracovali? Pokud by cítili xenofobii, nebo jim pacienti nedůvěřovali, určitě by se v Česku nezdrželi dlouho. Ani peníze v jejich postojích nehrají hlavní roli.



MUDr. Tomáš Andrašína (původem ze Slovenska), 33 let, FN Brno
Tomáš Andrašína je lékařem na Radiologické klinice FN Brno. Přiznává, že zpočátku musel stále odpovídat na nepříjemnou otázku, proč v ČR studuje tolik lidí ze Slovenska. Ze strany pacientů ale nedůvěru necítí ani ji nezkoumá. Zaměstnávání mimounijních lékařů vidí jako otázku možnosti společenosti. „U absolventů lékařských fakult ve Švýcarsku a USA problém nevidím. Úroveň lékařských fakult a standardy zdravotnictví jsou ale ve světě velmi rozdílné. Kvalitní práce pro českou společnost je potom možná až po adaptaci na prostředí a kvalitu zdravotní péče,“ míní MUDr. Andrašína.

slovosledu v češtině se hodně liší od mongolského jazyka,“ říká Togtohjargal Ariunjargal, který bez problémů přijal, že se mu pro zjednodušení říká doktor Ari. Říká, že ze strany pacientů příliš nedůvěru necítí. „Jsem s prací v České republice spokojený.“



MUDr. Talal Saloum (původem ze Sýrie), 53 let
Talal Saloum začal v Československu studovat medicínu, protože jeho otec zde pracoval jako diplomat na syrské ambasádě. Promoval v roce 1988. Poté odešel na čas do Sýrie a vrátil se v roce 1990. Nastoupil do Nemocnice Jihlava na gynekologicko-porodnickém oddělení. Tam také absolvoval dvě atestace. „V Jihlavě jsem se seznámil se svou ženou, vzali jsme se v roce 1993, doposud jsme spolu a máme tři kluky,“ říká MUDr. Saloum. Pracoval pak i jinde, například ve Spojených arabských emirátech nebo Ománu. „Důvodem, proč pracuji v České republice, je rodina. Finanční hodnocení lékaře v Česku je podstatně nižší než jinde, kde jsem pracoval,“ přiznává Talal Saloum. Nesetkal se u nás s žádnými projevy xenofobie ani s nedůvěrou ze strany pacientek. Když potřeboval vydělat víc peněz, odjel do některé z arabských zemí. „Mnohdy je tam práce lékaře ohodnocená i lépe než

na západ od Česka. Proto si dovolím říci, že nával arabských lékařů, kteří by chtěli pracovat v České republice, nehrozí,“ upozorňuje MUDr. Saloum.



Doc. MUDr. Ishraq Dhaifalah, PhD. (původem z Jemenu), 51 let
Ishraq Dhaifalah se narodila v Jemenu. Medicínu studovala v rodné zemi a v Belgii. Pár let po promoci odjela do České republiky, kde byl její otec velvyslanec. Našla zaměstnání ve FN Olomouc (FNOL). Musela ale napřed podrobně prokázat průběh svého studia. Ve FNOL získala Ishraq Dhaifalah v roce 1996 také atestaci z porodnictví v angličtině. „V roce 1997 jsem začala pracovat v Ústavu lékařské genetiky FNOL, o pár let později jsem absolvovala atestaci z lékařské genetiky,“ říká doc. Dhaifalah. V roce 2004 se podílela na zavedení nové metody velmi přesného prenatalního screeningu nejčastějších typů chromozomálních změn a anomálií. „V roce 2014 jsem z FNOL odešla, protože jsem cítila nedůvěru ke své práci,“ připomíná doc. Dhaifalah nelehké a smutné ukončení dvacetileté činnosti pro olomouckou nemocnici. „Zažila jsem jediný případ, kdy mi někdo připomněl, že pocházím z arabského světa, ale byl to jen úmysl mě nějak ranit, xenofobii v tom nespatřuji.“

la v rodné zemi a v Belgii. Pár let po promoci odjela do České republiky, kde byl její otec velvyslanec. Našla zaměstnání ve FN Olomouc (FNOL). Musela ale napřed podrobně prokázat průběh svého studia. Ve FNOL získala Ishraq Dhaifalah v roce 1996 také atestaci z porodnictví v angličtině. „V roce 1997 jsem začala pracovat v Ústavu lékařské genetiky FNOL, o pár let později jsem absolvovala atestaci z lékařské genetiky,“ říká doc. Dhaifalah. V roce 2004 se podílela na zavedení nové metody velmi přesného prenatalního screeningu nejčastějších typů chromozomálních změn a anomálií. „V roce 2014 jsem z FNOL odešla, protože jsem cítila nedůvěru ke své práci,“ připomíná doc. Dhaifalah nelehké a smutné ukončení dvacetileté činnosti pro olomouckou nemocnici. „Zažila jsem jediný případ, kdy mi někdo připomněl, že pocházím z arabského světa, ale byl to jen úmysl mě nějak ranit, xenofobii v tom nespatřuji.“

(maj)



MUDr. Togtohjargal Ariunjargal (původem z Mongolska), 28 let, FN Ostrava
Togtohjargal Ariunjargal, který pracuje jako lékař na Neurologické klinice FN Ostrava, se rozhodl studovat medicínu u nás díky kvalitě vzdělávání, která je podle jeho slov na vysoké evropské úrovni. Žije zde s manželkou a dcerou již 8 let. „Po příjezdu do střední Evropy mi dělal největší problém jazyk. Vztahy mezi slovy a správné vytvoření

práce lékaře v Česku je podstatně nižší než jinde, kde jsem pracoval,“ přiznává Talal Saloum. Nesetkal se u nás s žádnými projevy xenofobie ani s nedůvěrou ze strany pacientek. Když potřeboval vydělat víc peněz, odjel do některé z arabských zemí. „Mnohdy je tam práce lékaře ohodnocená i lépe než

Jak se stanou erudovanými lékaři?

V rámci Evropské unie je vzdělávání lékařů standardizováno. Všechny lékařské fakulty musí splňovat minimální požadavky na rozsah a kvalitu studia. Díky tomu mohou absolventi medicíny z jakékoli členské země EU automaticky pracovat ve všech ostatních členských státech. Stačí, pokud umí jazyk. U cizinců ze států mimo EU tato základní podmínka splněná není. Proto musí nejprve složit aprobační zkoušku, která je svojí náročností na úrovni státních závěrečných zkoušek na našich lékařských fakultách. Složením zkoušky prokáží, že jsou opravdu erudovanými lékaři.

Přijmou kohokoli

Každoročně u nás absolvuje lékařskou fakultu asi tisíc studentů. Z nich podle prezidenta ČLK odjede pracovat za hranice 200, mladých lékařů s praxí emigruje je za práci každý rok stejný počet. Za posledních 5 let se počet našich lékařů jenom v Německu zdvojnásobil. Řada regionálních nemocnic je podle Milana Kubka personálně zdevastovaná. „Jejich ředitelé shánějí prostřednictvím inzerátů více než 800 lékařů, a pokud by skončilo plošné porušování zákoníku práce, které ohrožuje bezpečnost pacientů, musely by nemocnice přijmout další 2,5 až 3 tisíce lékařů. Ti ale nejsou. Proto nemocnice přijmou prakticky kohokoli. Lékař-cizinec přicházející třeba

K zajištění provozu nemocnic **chybí lékaři**

Jak se shodly špičky svých oborů, celkem 92 % chirurgických, 75 % interních a 63 % gynekologicko-porodnických oddělení nedokáže zajistit plný provoz, aniž by lékaři neporušovali zákon. Česká lékařská komora (ČLK) varovala před ohrožením bezpečnosti pacientů. Akce „Zdravotnictví volá o pomoc“ začala.

„Na otázku, zda jsou schopni primáři zajistit provoz oddělení a současně dodržovat zákoník práce, který dovoluje 416 přesčasových hodin za rok, 92 procent řeklo, že toho schopni nejsou, a tedy porušují zákon. Prezident ČLK Milan Kubek proto vyzval ministerstvo práce a sociálních věcí, aby jeho úřady práce personální zajištění nemocnic kontrolovaly.

Svá oddělení omezují či úplně zavírají především malé nemocnice, jde také o stěžejní interní oddělení. Podle předsedy České internistické společnosti profesora Richarda Česky by uzavírání interen v menších zařízeních bylo možné, kdyby naopak velká zařízení počty lůžek navyšovala, k tomu ale nedochází. „V Praze bylo uzavřeno 170 lůžek, kritické je, že šlo i o lůžka jednotek intenzivní péče,“ varoval prof. Česka. Nejhorší situace je v Karlovarském, Libereckém a Středočeském kraji. Nedostatek lůžek je způsoben nedostatkem lékařů, ale i sester. „Jako příčinu omezení provozu uvedlo nedostatek lékařů 75 procent oslovených primářů,“ shrnul prof. Česka.

Předseda České gynekologické a porodnické společnosti Jaroslav Feyreisl dodal, že v jeho oboru chybí minimálně 209 plných úvazků. „To má dopad na to, jak jsou postaveny služby, především noční. Více než 60 procent odpovídajících uvedlo, že jsou extrémně pod tlakem, aby péči zajistili, nebo ji zajišťují tím, že nedodrží povinné přestávky po pohotovostní službě,“ uvedl doc. Feyreisl. Vedle omezení provozu některých z nich je ale pro většinu českých nemocnic problém udržet kvůli nedostatku lékařů kvalitu poskytované péče. „Myslím, že to je velmi nebezpečná věc, která v sobě nese riziko možného omylu,“ řekl Jaroslav Feyreisl. V gynekologii na rozdíl od chirurgie a interny nejsou zásadním problémem odchody do ciziny, ale odchody do soukromých praxí, nejen kvůli financím, ale i menšímu riziku soudních sporů s pacientkami.

Více i pro ambulance

Organizace sdružené v Koalici soukromých lékařů (KSL) shodně s ČLK konstatují, že práce lékaře je v České republice nedostatečně ohodnocena. Proto opakovaně doporučují navýšení ocenění práce lékaře prostřednictvím změn v Seznamu zdravotních výkonů, případně navýšením kapitáční platby. „Zástupci KSL ale považují za nevhodné současné mediální vystupování prezidenta ČLK Kubka, protože v občanech ČR vyvolává dojem, že vše by vyřešilo prosté navýšení platů nemocničních lékařů. To ale jistě není pravda. Stejně jako není pravda, že by se peníze ušetřily redukcí počtu zdravotních pojištěnec a omezením autonomie zdravotního pojištění s posílením pravomocí ministerstva zdravotnictví,“ uvedla KSL ve svém prohlášení.

Ambulantní lékaři zásadně nesouhlasí s tím, že problémy ve zdravotnictví se týkají především lůžkových zařízení. „Opakovaně konstatujeme, že podíl veřejných prostředků, které v ČR směřují do lůžkových zařízení, kontinuálně stoupá – ze 47,75 procenta v roce 2000 na 53,42 procenta v roce 2015. Tak velký objem ani tento trend nejsou v zemích EU ani mimo ni obvyklé. Za chybu považujeme, že nedošlo k dostatečné redukci a restrukturalizaci lůžkových zařízení,“ uvedli zástupci KSL s tím, že doporučují zrušit a už vůbec nově nezavádět tarifní tabulky, které považují za relikty předlistopadové éry. „Pokud je personální situace v některých nemocnicích opravdu vážná, bylo by vhodné zrušit nemocniční ambulance kromě pohotovostních, příjmových a superspecializovaných. V naprosté většině regionů ČR by ambulantní zařízení byla schopna péči převzít,“ uvedli ambulantní lékaři, kteří podotýkají, že ambulantní péče včetně péče primární je dlouhodobě podfinancována a její problémy neřešeny. „V rámci zachování kvality a dostupnosti péče žádáme důrazně všechny zainteresované, aby se věnovali zdravotnictví jako celku, ne pouze jedné jeho složce. Žádáme rovněž o posílení role pacienta v systému zdravotnictví včetně spoluúčasti srovnatelné

s průměrem zemí EU. Zrušení minimální spoluúčasti – regulačních poplatků – považujeme za vážnou chybu ohrožující finanční stabilitu systému,“ uzavírají soukromí lékaři.

Odbory žalují stát

V souvislosti s platy lékařů přistoupil Lékařský odborový klub – Svaz českých lékařů (LOK-SČL) k návrhu žaloby na Českou republiku. Odbory žádají splnění memoranda, podle kterého měly nejpozději k 1. lednu 2013 dosáhnout platy lékařů v nemocnicích 1,5- až 3násobku průměrné mzdy. Průměrný plat lékařů ve státních nemocnicích byl loni necelých 63 tisíc korun, z toho však byla polovina za přesčasy a služby. Základní plat byl 32 450 korun. „Závazek memoranda Česká republika k 1. lednu 2013 nesplnila a neplní ho dodnes. Pokud by tomu tak bylo, byl by loni minimální garan-

taný základní plat od 36 325 korun měsíčně pro lékaře absolventa a do 72 650 korun měsíčně pro plně kvalifikovaného lékaře. Toho lékaři nedosahují ani náhodou, a to jsou ještě oficiální statistiky zakresleny obrovským rozsahem přesčasové práce,“ uvedl místopředseda LOK-SČL Miloš Voleman.

Odbory proto navrhuje k Obvodnímu soudu pro Prahu 2 znění rozsudku, že je ČR povinna do tří měsíců od právní moci tohoto rozsudku zajistit, že plat lékařů v přímé úměře k dosažené kvalifikaci a praxi dosáhne 1,5- až 3násobku průměrné mzdy v národním hospodářství vyhlášené Českým statistickým úřadem za rok 2013.

Ministr Svatopluk Němeček memorandum nepovažuje za právně závaznou smlouvu se sankcemi. „Jde o výsledek někdejší dohody mezi ministrem Hegelem a LOK. Z právního hlediska



Ilustrační foto: Shutterstock

tedy ani neočekáváme, že by LOK s žalobou u soudu uspěl,“ uvedl ministr. Zdůraznil, že navyšování platů zdravotníků je pro vládu prioritou, na skokové navýšení ovšem systém nemá. „Současná vláda zvýšila zdravotníkům platy dvakrát o 5 procent, o dalším navyšování se jedná, rozhodně chceme finanční ohodnocení zdravotníků dále zvyšovat. Souvisí to i s pravidelnou valorizací plateb za státní pojištěnce, kterou prosazujeme,“ řekl ministr. Premiér Bohuslav Sobotka (ČSSD) uvedl, že důvodům žaloby nerozumí. „Myslím si, že je zbytečné, aby se komplikoval dialog mezi zdravotníky a vládou prostřednictvím této žaloby,“ řekl Bohuslav Sobotka s tím, že nyní platy ve zdravotnictví rostou. (Klu, ČTK)

Inzerce M151001014

NĚKDO MUSÍ BÝT LÍDR...

- Hradíme zdravotní péči za téměř 60 % obyvatel ČR
- Zdravotnickým zařízením letos vyplatíme více než 152 miliardy korun
- Za péči o jednoho klienta jsme připraveni zaplatit nejlépe ze všech pojišťoven
- Máme uzavřené smlouvy s nejvíce lékaři, nemocnicemi a dalšími zařízeními
- Přes VZP Point s námi mohou zdravotníci i plátcí komunikovat elektronicky

Partnerství s námi
se vám vyplatí!

www.vzp.cz



Z DOMOVA

Senioři v domovech ohrožení nevhodnými léky

Klienti v zařízeních sociální péče užívají vysoký počet léků i jejich nevhodné kombinace. Domovy seniorů se potýkají s nedostatkem praktických lékařů a specialistů, kteří by mohli zdravotní stav klientů adekvátně sledovat.

Situaci mapovala nezisková organizace Ústav lékového průvodce ve spolupráci s klinickými farmaceuty Nemocnice Na Homolce (NNH) v 7 domovech pro seniory po celé ČR. Formou anonymních dotazníků se do něj zapojilo přes 850 klientů. Ve 3 zařízeních proběhl audit, v němž tým klinických farmaceutů vyhodnotil farmakoterapii ze zdravotní dokumentace u 151 klientů. „Senioři v domovech užívají v průměru 6 až 8 druhů léků na předpis denně. Jde o kritickou hranici,

kdy by měli být pravidelně sledováni lékařem z důvodů přehodnocení účelnosti a bezpečnosti medikace. Praxe však ukazuje, že většina klientů se dostává ke konzultaci s praktickým lékařem, až když se objeví problém. Proaktivní přístup a pravidelná revize medikace není z kapacitních důvodů možná,“ shrnuje vedoucí oddělení klinické farmacie NNH Milada Halačová. Klienti zařízení sociální péče jsou ve většině případů polymorbidní senioři starší 80 let, kteří vyžadují

péči specialistů. Až 80 % z nich je při užívání léků kvůli sníženým rozhodovacím schopnostem nebo demenci zcela závislých na ošetřujícím personálu. „Nejčastěji jsme narazili na to, že lidé užívají léky nevhodně vzhledem k jejich věku či diagnóze, naopak chyběla léčiva s jasně prokázaným pozitivním vlivem na vývoj nemoci či délku přežití nebo byly voleny nevhodné dávky léků, které následně způsobovaly rozvoj nežádoucích vedlejších účinků,“ vysvětlila Milada Halačová.

Aktivitu projektu podpořil také Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL). „Jako kontrolní a regulační orgán v oblasti léčivých přípravků podporujeme aktivity, které přispívají k větší bezpečnosti a účelnosti užívání léků. Počet seniorů bude stále narůstat, navíc jde o velmi křehkou a zranitelnou skupinu, která potřebuje naši ochranu, a proto považujeme za důležité na situaci upozornit,“ uvedl ředitel SÚKL Zdeněk Blahuta.

Ústav lékového průvodce se chce při řešení problému inspirovat úspěšnými příklady v zahraničí. „Tam pomáhají domovům pro seniory speciální týmy, ve kterých je vedle předepisujícího lékaře zapojen také geriatr a klinický farmaceut, který úzce spolupracuje s ošetřujícím lékařem a sleduje celkovou medikaci pacienta, včetně možných nežádoucích účinků. Model s úspěchem funguje ve Velké Británii, něco podobného bychom proto chtěli zkusit i u nás, v první fázi třeba formou telefonické konzultace. Zájem o pilotní projekt potvrdilo už několik domovů,“ potvrdila ředitelka ústavu Ivana Plechatá. (red)

VZP loni vydala přes 3 miliardy za péči v LDN

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) připomněla strukturu plateb za zdravotní péči v seniorském věku a pro naši redakci uvedla, kolik peněz v jednotlivých typech zařízení v loňském roce vydala.

Vedle péče o seniory v nemocnicích poskytujících akutní lůžkovou péči pojišťovna uhradila celkem 3,7 miliardy korun za zdravotní péči v léčebných dlouhodobě nemocných. Na dlouhodobou lůžkovou péči v začleněných LDN (jsou součástí zařízení s dalšími typy lůžkové péče) VZP loni vydala 2 miliardy. Samostatným LDN zaplatila 1,7 miliardy korun. V rámci plateb z prostředků veřejného zdra-

vovního pojištění je v těchto typech smluvních zařízení hrazena veškerá zdravotní péče i tzv. sociální náklady na ubytování a stravu. „O umístění pacienta do zdravotnického zařízení může rozhodnout jen lékař, a to na základě zdravotního stavu pacienta. Důvodem nemůže být sociální situace dotyčného. Řešením je v takovém případě zařízení sociální,“ uvedl mluvčí VZP Oldřich Tichý.

V pobytových zařízeních sociálních služeb (domovech pro seniory, soukromých zařízeních pro pacienty s Alzheimerovou chorobou) jsou z prostředků veřejného zdravotního pojištění hrazeny pouze zdravotní služby, nikoli péče sociální (neplatí se ubytování, strava či nezdravotnické úkony). V sociálních zařízeních je z zdravotního pojištění hrazena péče ambulantních specialistů a praktiků a lékařem in-

dikovaná ošetrovatelská zdravotní péče poskytovaná všeobecnými sestrami v sociálních službách. Vloni za zdravotní péči v pobytových zařízeních sociálních služeb pojišťovna zaplatila 800 milionů. „Náklady na klienty se v rámci každého zdravotnického či sociálního zařízení liší dle zdravotního stavu jednotlivce, v případě Alzheimerovy choroby záleží na stupni postižení

a dále na dalších onemocněních, jež klient má. Úhrady od pojišťovny se řídí úhradovou vyhláškou,“ uvedl mluvčí Tichý a připomněl, že VZP hradí i zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta – návštěvní službu lékaře doma a domácí péči (home care), kterou je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče poskytovaná na základě lékařské indikace. Na domácí péči VZP loni vydala 1,16 miliardy korun. (klu)

Nemocnice a pojišťovny nenalézají shodu v dohodovacím řízení

Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN) po dohodovacím řízení o výši úhrad pro příští rok nesouhlasí s přístupem zdravotních pojišťoven. AČMN kritizuje pojišťovny navrženou výši plateb za péči i jejich pasivitu při boji o zvýšení plateb státu za státní pojištěnce. Pojišťovny kritiku odmítají.

Jak AČMN uvedla, personální krize v nemocnicích zablokovala dohodovací řízení o úhradách nemocnicím v roce 2017. „Neustále se zhoršující personální situace v nemocnicích vedla k tomu, že všechny asociace nemocnic, odborové organizace, pacientské organizace, Česká lékařská komora a ministr zdravotnictví se postupně shodli, že k řešení jsou nutné zásadní kroky. V první řadě razantní a skokové zvýšení mezd a platů, a to nejméně o 10 procent po několika letech,“ uvedla za AČMN Jana Popovičová a dodala, že zdravotní pojišťovny na dohodovacím řízení předložily návrhy na nepatrné až nulové zvýšení úhrad v roce 2017, kdežto poskytovatelé požadují navýšení umožňující skokové zvýšení mezd a platů. „O tak rozdílných návrzích se

nemohlo vážně diskutovat ani o nich hlasovat. Proto bylo dohodnuto další jednání na 26. května 2016,“ sdělila Jana Popovičová. Pojišťovny to popírají. Nepatrné až nulové navýšení odmítá například Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP). „Musí jít nejspíš o nedorozumění, zástupci asociace se snad museli splést. Jen VZP totiž počítá s tím, že v letošním roce uhradí nemocnicím za péči o své klienty o 3 miliardy a 162 milionů korun více než v roce 2015. A to i přesto, že jí v meziročním srovnání klientů mírně ubylo. Za méně práce tedy zaplatíme nemocnicím výrazně více peněz. To ovšem není žádná novinka, VZP to zveřejnila už před koncem roku ve svém zdravotně pojistném plánu,“ uvedl mluvčí Oldřich Tichý

s tím, že za ostatní pojišťovny nemůže mluvit, ale pokud by i ony přidaly nemocnicím adekvátně k počtu klientů, šlo by o dalších zhruba 2,1 miliardy korun. Zástupci asociace nemocnic kritizují také fakt, že za zvýšení příjmů zdravotních pojišťoven za tzv. státní pojištěnce bojují nemocnice a další, kdežto samy zdravotní pojišťovny mlčí. „Zdravotní pojišťovny buď nedoceňují, co se v nemocnicích děje, nebo nejsou připraveny na udržení úrovně péče v nemocnicích vydat téměř nic navíc. Navzdory tomu, že jejich příjmy jen za první tři měsíce letošního roku vzrostly o 3,3 miliardy, tedy více než o miliardu každý měsíc, což by bohatě stačilo na zvýšení úhrad,“ podotkla Jana Popovičová. (klu)

Nejen lékaři, ale i lékárnici a stomatologové

Prezidenti České lékařnické komory (ČLkN) a České stomatologické komory (ČSK) poslali předsedovi vlády Bohuslavu Sobotkovi otevřený dopis s žádostí o jeho setkání se všemi třemi ze zákona zřízenými komorami – lékařskou, lékárnickou a stomatologickou. Premiér zatím na výzvu neodpověděl.

Prezident ČLkN Lubomír Chudoba a prezident ČSK Pavel Chrz chtějí projednat problematiku jednotlivých segmentů českého zdravotnictví a její možná řešení. „S ekonomickými problémy se nepotýkají jen některé lékařské odbornosti. Postiženy jsou i další obory včetně lékárenské a stomatologické péče,“ uvedli zástupci dvou komor v dopise a dále premiéra informovali, že v oblasti lékárenství je zásadním problémem zejména nepředvídatelná výše spoluúčasti pacientů, podfinancování a nevyhovující systém odměňování lékárenské péče, ztížení až faktická nedostupnost vybraných léčivých přípravků pro pacienty ve značné části lékáren, ohrožená je také síť lékáren na venkově.

Zubní lékařství jako převážně ambulantní sektor trpí podle prezidentů komor tím, že stát celkově upřednostňuje poskytovatele lůžkových služeb před ambulancemi. „Tento trend se projevuje jak v otázkách úhrad, tak i v další zdravotnické legislativě. Poskytovatelé ambulantní péče jsou přítomnými a velmi důležitými prvky systému zdravotnictví. Mimo jiné proto, že jsou blíž pacientovi a jejich služby jsou v porovnání se službami lůžkových poskytovatelů nepoměrně levnější. Situaci zubních lékařů dále komplikuje paušalizující přístup státu, který nejenže nechápe specifika zubní péče, ale často na existenci zubních lékařů doslova zapomíná,“ vysvětlili prezidenti komor Bohuslavu Sobotkovi, kterému chtějí předložit detailní řešení. (klu)



PORADNA

Všeobecné zdravotní
pojišťovny ČR

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

Jak je to s preskripcí a úhradou pomůcek pro inkontinenci

Ročně vydá VZP za pomůcky předepsané na poukaz pro ambulantní péči u inkontinentních pacientů téměř 2 miliardy korun. Je to suma, která se blíží nákladům např. na centrovou péči o onkologické pacienty. Pomůcky pro inkontinenci představují základní hygienicko-sociální standard péče o inkontinentního pacienta v každé civilizované společnosti. Zároveň je však zcela namístě řádná kontrola, zda jsou z veřejných peněz hrazeny vždy u těch pacientů a v takovém rozsahu, jak to stanoví platné předpisy.

Množstevní a finanční limity pro úhradu jednotlivých druhů zdravotnických prostředků stanoví zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, konkrétně jeho Příloha č. 3, oddíl C. Vedle toho vydává VZP mnoho let Úhradový katalog zdravotnických prostředků (dříve Číselník PZT), ve kterém je také uvedena bližší metodika pro předepisování nejen těchto pomůcek.

Úhrada nepodléhá předchozímu souhlasu revizního lékaře a zákonem stanovené úhradové limity jsou pro všechny účastníky systému veřejného zdravotního pojištění závazné – tedy jak pro lékaře, tak pro pacienty i zdravotní pojišťovnu. Přesto se setkáváme s požadavky lékařů i pacientů na povolení úhrady pomůcek nad rámec těchto limitů, třebaže výjimky zákon nepřipouští. V těchto případech nelze navíc nikdy použít ani institut § 16 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění.

Kdo, kdy a jak může pomůcky předepsat

Inkontinenční pomůcky může předepsat smluvní lékař pojišťovny odbornosti praktický lékař, urolog, neurolog, dětský neurolog, gynekolog, geriatr. Nárok na předpis vzniká od 3 let věku pojištěnce. Ovšem pozor – pouze při prokázané patologické inkontinenci.

Zdravotnické pomůcky jsou předepsány na tzv. **Poukaz na léčebnou a ortopedickou pomůcku** (dále jen Poukaz) v množství nejvýše na dobu 3 měsíců. Pomůcky **nelze předepsat pojištěncům při poskytování lůžkové zdravotní péče** (ta je vymezena § 9 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách).



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

Na Poukazu (doklad VZP 13/2013) může být předepsán pouze jeden druh inkontinenční pomůcky, je však možno předepsat více Poukazů. Při preskripci nesmí dojít k překročení limitů (množstevního a finančního), platí ten limit, který nastane u pacienta dříve.

O množství předepsaných pomůcek rozhoduje indikující lékař na základě zhodnocení zdravotního stavu pacienta a anamnestických údajů (není nutné, aby předepsal maximální možné množství pomůcek). O vystavení Poukazu musí být vždy proveden záznam v dokumentaci s uvedením stupně inkontinence, druhu a množství předepsaných pomůcek. Podrobnosti k preskripci a limitům u každého stupně inkontinence

najdete v metodice k číselníku zdravotnických prostředků na www.vzp.cz/ciselniky.

Jak vést správně dokumentaci

Ve zdravotní dokumentaci předepisujícího lékaře by měl být doložen záznam o vyšetření pacienta, ze kterého vyplývá jak odůvodněnost stanovení jednotlivého stupně inkontinence, tak preskripce inkontinenčních pomůcek.

Pokud není účelné či dokonce možné provést urologické vyšetření (např. u pacientů upoutaných na lůžko, u polymorbidních seniorů apod.), musí být ve zdravotnické dokumentaci aspoň informace o anamnéze, fyzikálním vyšetření, analýze příjmu a výdeje tekutin, čase močení, počtu úniků, jejich volní kontrole apod., popř. výsledcích laboratorního vyšetření moči k vyloučení infekce, přítomnosti krve nebo jiných směrů a laboratorního vyšetření krve.

Preskripce v domovech důchodců

Většina preskripce pomůcek pro inkontinenci je realizována u pacientů umístěných v ústavech sociální péče (domovy důchodců). Při kontrolách zde sledujeme největší nedostatky. Dochází zde k preskripci bez ohledu na dokumentovanou potřebu a ani spotřeba pomůcek není v dokumentaci evidována. Zjišťujeme, že lékař opatří Poukaz svým razítkem a podpisem, ale o druhu, množství a maximálním čerpání do zákonného limitu konkrétní pomůcky rozhoduje ošetřovatelský personál.

Setkáváme se také s tím, že ve snaze ulehčit práci ošetřovatelskému personálu a minimalizovat riziko vzniku proleženin má pacient současně permanentní močový katétr, plenkové kalhotky a podložky. I když se nám nepodařilo prokázat přímou souvislost, tito pacienti jsou náchylní k opakovaným močovým infekcím a dříve umírají.

S ohledem na zjišťované nedostatky bude VZP pokračovat v systematických kontrolách dodržování zákonem stanovených limitů preskripce inkontinenčních pomůcek, stejně jako odůvodněnosti a účelnosti jejich preskripce.

Z DOMOVA

Evropský sektor sociálních služeb potřebuje jednotnou platformu

Prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb Ing. Jiří Horecký Ph.D., MBA, byl v březnu 2016 jmenován prezidentem Evropské asociace poskytovatelů dlouhodobé péče pro seniory (E.D.E.). Jeho hlavním úkolem bude vytvoření celoevropské základny pro dialog o sociálních službách.

Co vaše volba (kromě prestiže pro ČR) přinese příjemcům dlouhodobé péče?

Hlavním cílem E.D.E. je zlepšovat evropské podmínky pro poskytování dlouhodobé péče a podporovat přenos dobré praxe a tím přispívat ke zvyšování nejen kvality, ale i efektivity. Naplňování tohoto cíle pak vede ke zlepšování kvality a dostupnosti péče. Je to ale pomalý a náročný proces s celoevropským dopadem.

Jaké klíčové úkoly před vámi nyní stojí?

Z těch krátkodobých je to finanční stabilizace E.D.E., přesun její kanceláře z Berlína do Prahy (sídlo E.D.E. je v Lucemburku) a postupné rozšiřování členské základny. Dále zapojení a realizace celoevropských projektů, včetně jejich iniciace.

Velkým úkolem, který si kladu, je vytvoření celoevropské federace zaměstnavatelů v oblasti sociálních služeb za účelem vytvoření

dostatečně reprezentativní platformy. Mým záměrem (ale i některých dalších evropských asociací) je vytvoření sektorové komise na úrovni EU a rozšíření evropského sociálního dialogu o sektor sociálních služeb. Díky absenci takovéto platformy nejsou sociální služby v evropském sociálním dialogu zastoupeny, ale již několik let existují různé aktivity a projekty, které to mají změnit. Budu chtít, aby E.D.E. v tomto hrála klíčovou roli.

Jedním z hlavních úkolů E.D.E. je podpora výměny informací a zkušeností mezi členy a vzájemný přenos dobré praxe v oboru. Jaké jsou v současnosti evropské trendy, které lze do dobré praxe poskytování dlouhodobé péče zahrnout?

Toto je jednou z hlavních aktivit E.D.E. Ať již prostřednictvím nejrozličnějších projektů (ERASMUS, INTERREG apod.), spojováním jednotlivých národních asociací a poskytovatelů nebo pořádáním



Foto: archiv

kongresů či studijních cest. Mezi stále celoevropské trendy patří různé ošetrovatelské koncepty a jejich rozšiřování, speciální přístupy v péči o osoby žijící s demencí, prevence pádů, využívání nových moderních technologií, ale i inovativní vzdělávací programy.

Existuje srovnání ČR a ostatních členských zemí, jak kvalitní péči u nás poskytujeme?

Kvalita v sociálních službách je složitě měřitelná, a tím pádem těžko porovnatelná. Kvalitu sociální služby udávají do jisté míry očekávání a nároky jejich příjemců v daných zemích. Proto není úplně možné komplexně porovnávat kvalitu např. v jižní Itálii a Dánsku, museli bychom porovnávat požadavky na kvalitu a spokojenost s ní u příslušných skupin obyvatelstva.

Pokud bychom však Českou republiku chtěli porovnat v rámci obecných a univerzálnějších standardů kvality, pak patříme mezi nejlepší země střední a východní Evropy, ale kvalitou již převyšujeme i země, jako jsou Řecko, Portugalsko, Itálie apod. Nelze ale paušalizovat, výborné i ne zcela kvalitní sociální služby jsou k nalezení jak u nás, tak v řadě evropských zemí.

Jak se evropské země vyrovnávají s financováním této péče do budoucna? Připravují se na významné stárnutí populace? A jak je na tom Česká republika?

Udržitelnost financování dlouhodobé péče je problémem většiny evropských zemí a řada z nich řeší navíc ještě nedostatek personálu. Existuje několik národních aktivit, ale s celkovou národní koncepcí financování dlouhodobé péče jako strategickým vládním dokumentem jsem se zatím nepotkal. Česká republika má ke schválení připravenou Národní strategii rozvoje sociálních služeb a pracuje na tzv. změnovém zákonu, který by zavedl nový a jednodušší koncept dlouhodobé péče.

Jiná situace je u koncepcí k Alzheimerově chorobě a obdobným onemocněním, kde již zhruba polovina evropských zemí vlastní koncepci má, včetně ČR, kde nyní s napětím očekáváme její naplnění. (td)

Zaměstnavatelé ve zdravotnictví jednali s premiérem o platech

Unie zaměstnavatelských svazů ČR (UZS), která sdružuje téměř 8 tisíc zaměstnavatelů včetně těch ve zdravotnictví, jednala společně s předsedy všech asociací nemocnic a předsedou vlády ČR Bohuslavem Sobotkou o odměňování v nemocnicích a nedostatku zdravotnického personálu.

Zástupci UZS, Asociací českých a moravských nemocnic, Asociací českých nemocnic ČR a Sdružení soukromých nemocnic ČR premiérovi předložili zásadní a rezolutní odmítnutí návrhů odborových svazů zavést v ČR jednotný systém odměňování ve zdravotnictví, tedy aby i soukromá lůžková zdravotnická zařízení musela odměňovat platem (tj. řídit se nařízením vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě) a dodržovat tzv. platové tabulky oproti volnějšímu dojednávání smluvních mezd. „Jde o návrh, který zásadním způsobem překrucuje trh práce ve zdra-

votnictví, diktuje zaměstnavatelům ve zdravotnictví přímo výše platů bez smluvní volnosti a možnosti odměňování s ohledem na výkon a kvalitu práce. Zavedení jednotného systému by bylo krokem zpět před rok 1989, návratem k takzvanému rozpočtovému zdravotnictví,“ uvedl prezident UZS Jiří Horecký. Jak dodal, jednotnému systému odměňování neodpovídá úhradový systém. Segregovat v celkové oblasti zdravotnictví pro účely tohoto návrhu pouze lůžkovou péči je podle něj diskriminační, navíc umělý diktát v oblasti odměňování nevyřeší problémy českého zdravotnictví. „Považujeme tento návrh

spíše za odvádění pozornosti od skutečných problémů českého zdravotnictví,“ zdůraznil prezident Horecký.

UZS odmítá jednotné odměňování

UZS ve svém stanovisku odmítla návrhy na zavedení jednotného systému odměňování, a to jak plošné zavedení povinnosti odměňování dle platu pro všechny nemocnice, tak případné zavádění specifické oborové zaručené mzdy. Mezi zásadní důvody odmítnutí patří zejména návrat do období před rok 1989, kdy byly stanoveny jednotné klasifikační tabulky, čímž stát přebíral úlohu

manažera, respektive hospodáře nad fungováním zdravotnictví. Jak unie zdůraznila, měl by ten, kdo hospodaří, mít možnost svou činnost řídit. „Mzdy tvoří největší nákladovou složku a zavedením jednotného systému odměňování ve zdravotnictví se možnost řízení zásadně omezuje. Smluvní plat odráží i výkonnost a kvalitu práce, ale i výkonnost jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče. Jednotné mzdy by toto znemožnily – nelze zaručit jednotný výkon pracovníků a jednotnou výkonnost nemocnic,“ dodává Jiří Horecký s tím, že ke zvyšování úrovně odměňování dle mezd slouží jiné nástroje

jako kolektivní smlouvy a vyjednávání či jednání s krajskými politickými reprezentacemi.

UZS se obává také zavedení nerovného přístupu jednotlivých poskytovatelů zdravotní péče, zásadního zasahování do řízení zdravotnických zařízení, deformace nejen trhu práce v oblasti zdravotnictví, ale i současného systému úhrad, který by tyto změny neumožňoval, respektive není nastaven tak, aby tyto změny reflektoval. „Stát jednou umožnil diverzifikaci zdravotnických zařízení a jejich privatizaci a tím vytvořil podnikatelské prostředí ve zdravotnictví. Zavedení jednotného systému odměňování by bylo zásadním omezením tohoto podnikatelského prostředí. Obchodní společnosti za sebou mají kraje, tedy silné zřizovatele. Soukromá zařízení nikoli. Došlo by k prohloubení nerovnoměrného postavení jednotlivých subjektů,“ varuje prezident Horecký a domnívá se, že samotné navyšování platů i mezd nevyřeší chronický nedostatek zdravotnického personálu, který je dán zejména nižším počtem absol-

ventů jednotlivých nelékařských i lékařských odborů.

Nedostatek zdravotníků

Druhým bodem jednání mezi UZS a premiérem Sobotkou byla aktuální situace nedostatku zdravotnického personálu. Zástupci zaměstnavatelů apelovali na předsedu vlády ohledně celkového, systémového a dlouhodobého řešení, které se musí skládat z jednotlivých opatření. Je nutné se zaměřit na celkové pracovní zatížení těchto profesí a řešit jeho snížení, dále zvýšení bezpečnosti a snížení administrativní zátěže. Nutné je zajistit růst zdrojů ve zdravotnictví, který by umožňoval trvalý nárůst platů a mezd. Předpokladem pro toto opatření je zvýšení a pravidelná valorizace plateb za státní pojištění a následně pak navýšení platů o 10 %, včetně nezbytného zohlednění této skutečnosti v úhradové vyhlášce na daný rok. Také je nutné zvýšit počty absolventů lékařů a sester a zjednodušit systém jejich vzdělávání. Zazněl také požadavek na snížení administrativní a jiné bariéry vstupu těchto profesí na český pracovní trh (umožnění vstupu pracovníků ze zemí mimo EU) a stanovit a vytvořit koncepci českého zdravotnictví, ve které by mohla být definována základní síť zdravotních služeb. Mezi další nezbytná opatření patří rozšiřování kompetencí středního zdravotnického personálu a zejména tzv. zdravotnických asistentů. Situaci je dle prezidenta Horeckého nutné řešit kooperací více resortů a bez zbytečných odkladů. (klu)

Na ePreskripci SÚKL opět najal firmu Aquasoft

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) spustil náhradní systém elektronické preskripce. Za půlroční přípravu zaplatil 3,6 milionu korun společnosti, jež byla v minulosti spojována s negativním šetřením v auditu, který si pro kontrolu ústavu v roce 2014 zadalo ministerstvo zdravotnictví.

Městský soud v Praze svým rozhodnutím z prosince 2015 zakázal SÚKL používat elektronické aplikace, které pro něj vytvořila a spravovala společnost Tronevia. SÚKL se proti rozhodnutí odvolal a 9. 2. nabylo právní moci usnesení Vrchního soudu v Praze, který osm z devíti dotčených aplikací pro SÚKL uvolnil a zrušil předběžné opatření Městského soudu. „SÚKL může s těmito aplikacemi znovu nakládat,“ uvedl ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček. Jedinou aplikací, jejíž používání měl SÚKL i nadále zakázáno, byla aplikace eRecept. Ministr zdravotnictví se tehdy s ředitelem ústavu Zdeňkem Blahutou shodl na tom, že bude „zajišťovat e-aplikace jinými cestami“.

Nutné úpravy ePreskripce

O znovuzapojení Aquasoft naše redakce informovala již v únoru (na stránkách zdravi.e15.cz). Na dotaz, zda bude v přípravě aplikace figurovat společnost Aquasoft, tehdy mluvčí SÚKL Lucie Šustková uvedla: „SÚKL spolupracuje se společností Aquasoft na

provedení nutných úprav aplikačního softwaru pro centrální úložiště elektronických receptů a souvisejících rozhraní, který byl vytvořen na základě smlouvy uzavřené v roce 2009 mezi SÚKL a touto společností. Tyto úpravy mají za cíl zajistit bezvadnou provozuschopnost této aplikace. Ostatní aplikace SÚKL řeší jiným způsobem – buď vlastními zaměstnanci, nebo novými externími dodavateli, ale vždy s důrazem na to, aby nevznikla obdobná závislost jako na společnosti Tronevia.“

170 eReceptů během 2 dnů

Už během zákazu tedy SÚKL připravoval náhradní řešení s firmou Aquasoft, systém ePreskripce byl spuštěn 31. 3. „Náhradní systém pro SÚKL vytvořila společnost Aquasoft jako tvůrce původního řešení elektronické preskripce. Cena za přípravu náhradního řešení včetně zajištění podpory na 6 měsíců je 3,6 milionu korun bez DPH. Tento systém je připraven tak, aby pro jednotlivé subjekty znamenal co nejmenší komplikace.“

Předepisující lékaři a vydávající lékárníci, kteří již se systémem v minulosti pracovali, nebudou muset provádět žádnou opakovanou registraci, mohou pracovat s platnými přihlašovacími údaji, které od SÚKL v minulosti obdrželi,“ uvedla počátkem dubna mluvčí Šustková a dodala, že během prvních dvou dnů ostrého provozu bylo 22 lékařů ze 17 zdravotnických zařízení vydáno více než 170 eReceptů. V náhradním systému je aktuálně zapojeno 10 lékařských a lékárenských softwarů.

Centrální úložiště do týdne

Firma Aquasoft není ve spolupráci se SÚKL nováčkem. V roce 2008 vyhrála soutěž na tvorbu Centrálního úložiště dat, za nějž tehdy obdržela 30 milionů. Z auditu, který zadal exministr zdravotnictví Leoš Heger v roce 2014, vyplynulo, že Aquasoft vyvinula, otestovala a předala na klíč vytvořený software k elektronickému receptu za osm dní od podpisu smlouvy. Auditóři z toho vyvodili, že k faktickému předání díla v uvedených termí-



nech buď nedošlo, nebo předané části svou kvalitou neodpovídaly fakturované ceně, nebo bylo dílo realizováno už před podpisem smlouvy. Do roku 2014 působil ve společnosti Aquasoft jako obchodní ředitel Miroslav Petřík, bývalý ředitel nemocnice Benešov z let 2005–2008. Jeho jméno je spojováno s policií vyšetřovanými zlatými padáky pro něj a jeho dva náměstky, kteří si na odchodnou nadělili 4 miliony korun, přestože se nemocnice topila v dlužích. (klu)

Inzerce M161000180

Fakultní nemocnice Brno, Interní hematologická a onkologická klinika, přijme

VŠEOBECNÉ SESTRY, ZDRAVOTNICKÉ ASISTENTY, ZDRAVOTNÍ LABORANTY A SANITÁŘE DO NEPŘETRŽITÉHO PROVOZU NA STANDARDNÍ ODDĚLENÍ, JIP A TRANSPLANTAČNÍ JEDNOTKU.

POŽADUJEME:

odbornou způsobilost podle zákona č. 96/2004 Sb., VOŠ, VŠ, PSS v onkologii, interně, ARIP vítáno, není podmínkou.

NABÍZÍME:

vysoce specializovanou práci v příjemném kolektivu, osobní ohodnocení v souladu s právními předpisy, finanční zvýhodnění za práci na onkologii, proplacení přesčasových hodin, zaměstnanecké výhody, možnost ubytování. Finančně podporujeme celoživotní vzdělávání a osobní růst zaměstnanců.



KONTAKTNÍ OSOBA:

Jitka Firešová, tel. 532 233 645, jitka.firesova@fnbrno.cz



FARMABYZNYS

V lékárnách je k dispozici konopí pro léčebné účely

Do lékáren zamířilo první české konopí pro léčebné použití. Smluvní lékárny mohly konopí začít odebírat ze skladu od středy 23. března. Jedná se o konopí *Cannabis sativa L.* s obsahem THC 19 % a CBD méně než 1 %.

Celkem má český pěstitel dodat podle smlouvy 40 kilogramů konopí, další dodávka se očekává na přelomu dubna a května. „Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) se stal vlastníkem první části konopí pro léčebné použití, které vypěstovala společnost Elkoplast Slušovice, s. r. o., na základě veřejné zakázky. První dodávka o objemu 11,2 kilogramu zamířila od pěstitele přímo do distribučního skladu smluvního distributora SÚKL. Odtud už může konopí putovat do jednotlivých lékáren napříč celou Českou republikou,“ uvedla mluvčí ústavu Lucie Šustková. Základ ceny českého konopí pro pacienty tvoří částka, kterou pěsti-

tel nabídl v rámci veřejné zakázky, a to 68 korun za 1 gram. K tomu se připočítávají náklady za distribuci a skladování 9,75 Kč za gram konopí. Výslednou cenu navýší 10% DPH a obchodní přírůžka, její výše závisí na rozhodnutí lékárny.

Otázka úhrady konopí

Konopí je v Česku dostupné výhradně na elektronický recept s omezením. Registr v nové podobě je funkční od ledna 2015, aktuálně je v něm zaregistrováno 8 lékařů a 16 lékárníků. Léčbu konopím povoluje zákon na zmírnění obtíží pacientů s rakovinou, roztroušenou sklerózou či AIDS. Předepisovat ho mohou onkologo-

vé, neurologové, odborníci z oboru paliativní medicíny, léčby bolesti, revmatologové, ortopedi, internisté, oční a kožní lékaři, geriatři a psychiatři. Doposud bylo v Česku dostupné konopí výhradně ze zahraničí, toho bylo loni v lékárnách vydáno 846 gramů. Pacienty odrazovala vysoká cena, gram za 300 korun. Měsíčně dali za dovozové konopí v lékárně v průměru 8000 korun. Levnější ho pořizova-

li na černém trhu nebo si ho sami vypěstovali, dostávali se tak ale do konfliktu se zákonem.

Počty léčených jsou zatím minimální, většina na koupi konopí nemá. Také lékaři mají na léčbu rozdílné názory, někteří ji podporují, jiní soudí, že mají dostatek klasických léčebných prostředků a konopí nepotřebují.

Pacientský spolek pro léčbu konopím KOPAC žádá, aby léčebné ko-

nopí hradily zdravotní pojišťovny. Z 2000 až 3000 pacientů, kterým by pomohlo, si ho loni kupovaly v lékárnách jen dvě desítky. Valná většina na to podle patientského spolku z invalidních důchodů nemá.

Ministr Svatopluk Němeček léčebné využití konopí podporuje. Konopnou vyhláškou zvýšil povolené množství k léčbě z 30 na 180 gramů a rozšířil i spektrum schválených druhů konopí. Úhradu konopí ze zdravotního pojištění ale zatím nenavrhnul.

(Zdroj: ČTK)

(red)

Afatinib schválen k léčbě SqCC plic

Výbor pro humánní léčiva Evropské lékové agentury (CHMP) doporučil registraci afatinibu k léčbě pokročilého dlaždícobuněčného karcinomu plic.

Ve studii LUX-Lung 8 afatinib (Giotrif) významně zlepšil celkové přežití (OS) a přežití bez progresse onemocnění (PFS) ve srovnání s přípravkem erlotinib (Tarceva) u pacientů s pokročilým dlaždícobuněčným karcinomem (*squamous cell carcinoma*, SqCC) plic, u kterých došlo během chemoterapie nebo po chemoterapii na bázi platiny k progresi onemocnění. V případě registrace Evropskou komisí se afatinib stane důležitým novým perorálním přípravkem k léčbě pacientů s tímto obtížně léčitelným karcinomem plic. Afatinib je již ve více než 60 zemích registrován k léčbě pacientů s nemalobuněčným karcinomem plic (NSCLC) s mutacemi receptoru pro epidermální růstový faktor (EGFR).

Souhlasné stanovisko CHMP vychází z výsledků přímé srovnáva-

cí studie LUX-Lung 8 s pacienty se SqCC plic, u kterých došlo během chemoterapie nebo po chemoterapii na bázi platiny k progresi onemocnění. Afatinib ve srovnání s erlotinibem prokazatelně zajistil:

- významné oddálení progresse karcinomu plic (primární cíl - přežití bez progresse onemocnění) se snížením rizika progresse onemocnění o 19 %,
- významné zlepšení celkového přežití (hlavní sekundární cíl - OS) se snížením rizika úmrtí o 19 %,
- zvládnutí příznaků souvisejících s tímto nádorovým onemocněním, jako jsou kašel a dušnost,
- zlepšení kvality života.

Míra závažných nežádoucích příhod byla v obou léčebných ramelech podobná. Rozdíly byly zjiš-

těny v míře výskytu specifických nežádoucích účinků: u afatinibu byla ve srovnání s erlotinibem zaznamenána vyšší míra výskytu závažného průjmu a stomatitidy (průjem stupně 3: 10 % vs. 2 %; stomatitida stupně 3: 4 % vs. 0 %), zatímco u erlotinibu byla ve srovnání s afatinibem zjištěna vyšší míra výskytu závažné vyrážky/akné (vyrážka/akné stupně 3: 10 % vs. 6 %).

SqCC plic vzniká v buňkách sliznice dýchacích cest a představuje přibližně 20 až 30 % případů NSCLC. Je spojen se špatnou prognózou, omezeným přežitím a příznaky, jako je kašel a dušnost. Medián celkového přežití po diagnóze pokročilého SqCC je přibližně jeden rok.

(Zdroj: Boehringer Ingelheim)

(akt)

Pfizer ČR povede John P. Kennedy

Novým generálním ředitelem farmaceutické společnosti Pfizer se v České republice od 1. března 2016 stal John P. Kennedy. Do čela české pobočky přichází ze Spojených států amerických. Ve své funkci bude zodpovědný také za vedení inovativní farmaceutické divize (GIP).

John P. Kennedy vystřídal ve funkci country managera Johna Raneyho, který se po čtyřletém úspěšném vedení české pobočky Pfizer vrátil do USA, kde získal roli globálního marketingového ředitele pro oblast odvykání kouření.

John P. Kennedy začal svou profesní dráhu ve společnosti Pfizer v USA v roce 1999. Během svého sedmnáctiletého působení vystřídal různé pozice. Svou kariéru zahájil jako ředitel pro globál-

ní registrační strategie v oblasti kardiovaskulárních a endokrinnologických programů. Od roku 2003 působil v marketingových pozicích. V letech 2010 až 2013 byl ředitelem marketingové divize US Primary Care. V předchozích třech letech byl obchodním ředitelem divize GIP pro severozápad USA, kde měl mimo jiné na starosti vedení obchodního týmu dvou set zaměstnanců napříč deseti americkými státy.

(Zdroj: Pfizer)

(red)

Agel vlastníkem Hornické polikliniky

Společnost Agel se stala majoritním vlastníkem Hornické polikliniky v Ostravě, která v centru krajského města poskytuje zdravotní péči od roku 1961.

Výše podílu společnosti, která byla dříve minoritním vlastníkem, nyní dosahuje téměř 100 %, potvrdila mluvčí Agelu Radka Miloševská. Cenu transakce společnost nezveřejnila. „Získání majoritního podílu Hornické polikliniky plně koresponduje se strategií naší společnosti dále růst a rozvíjet se,“ uvedl

předseda představenstva Agelu Ján Dudra.

Společnost Agel provozuje zdravotnická zařízení v České republice i na Slovensku, v ČR provozuje 11 nemocnic, 8 poliklinik, síť lékáren, laboratoří, distribuční společnosti a další specializovaná zdravotnická zařízení.

(Zdroj: ČTK)

(red)

EMA zahájila posouzení žádosti o registraci cariprazinu pro léčbu schizofrenie

Společnost Gedeon Richter Plc. oznámila, že Evropská agentura pro léčivé přípravky (EMA) přijala žádost předloženou společností o registraci přípravku cariprazin, nového antipsychotika pro léčbu schizofrenie u dospělých pacientů.

Cariprazin vyvinuli vědci společnosti Richter a držitelem licence pro Kanadu a USA je společnost Allergan. Po schválení americkým Úřadem pro kontrolu léků a potravin (FDA) v září 2015 byl přípravek nedávno uveden na trh v USA k léčbě schizofrenie i bipolární mánie.

Evropská žádost týkající se léčby schizofrenie obsahuje výsledky tří krátkodobých, placebem a částečně aktivním komparátorem kontrolovaných, pozitivně významných studií u více než 1800 pacientů a jedné dlouhodobé studie, jejímiž primárními sledovanými parametry účinnosti jsou změna celkové-

ho skóre PANSS (škála pozitivních a negativních příznaků schizofrenie) od vstupní hodnoty a doba do relapsu. Provedena byla také klinická studie s příznivými výsledky u pacientů s predominantně negativními příznaky schizofrenie.

(Zdroj: Gedeon Richter)

(red)

SVK: Nemocnice se obávají **snížení plateb od soukromých pojišťoven**

Slovenské nemocnice stojí před další potenciální krizí. Obě soukromé zdravotní pojišťovny, které na tamním trhu působí, totiž varovaly, že pokud slovenské ministerstvo zdravotnictví nezajistí pro resort více finančních prostředků, začnou nemocnicím krátiť platby za výkony či hospitalizace.

Asociácie nemocnic Slovenska avizovala, že pokud by se tak skutečně stalo, mohlo by to pro řadu nemocnic znamenat propouštění zdravotníků či rušení zařízení. Finanční prostředky nemocnicím chybějí především na platy, které navíc podle platného zákona mají letos opět růst.

Nové smlouvy

Prezident Asociácie nemocnic Slovenska Marián Petko se obává, že snížení plateb od soukromých pojišťoven může dosáhnout až 10 %. „Pojišťovny Dôvera a Union nám avizovaly, že pokud nedojde k dofinancování či přesunu peněz ve zdravotnictví, k prvnímu květnu tohoto roku dostaneme smlouvy s nižšími platbami za hospitalizaci a výkony,“ potvrdil deníku Pravda Marián Petko. Pokud by se naplnily jeho obavy o 10% snížení plateb, znamenalo by to prý velký problém pro všechny ze 71 slovenských nemocnic, které asociace zastupuje. Její prezident také upozornil, že na to, aby bylo zdravotnictví v letošním roce stabilní, potřebuje resort ještě 95 milionů eur, především na již

zmíněné zákonem garantované navýšení platů.

Pojišťovna Dôvera odpověděla na otázku deníku Pravda, zda se skutečně chystá letos snížit nemocnicím platby, že hodlá do zdravotnictví investovat přibližně stejný objem peněz jako loni. „Stát se rozhodl nenavýšit odvozy za státní pojištění, ačkoli je známo, že nemocnicím budou chybět prostředky na uspokojení mzdových nároků,“ cituje Pravda PR manažera pojišťovny Dôvera Branislava Cehláríka.

Dělení úvazků znovu na scéně?

Zdravotnická zařízení mají se soukromými zdravotními pojišťovnami uzavřené smlouvy jen do konce dubna (se státní Všeobecnou zdravotnou poistovnou do konce září). Pokud by se nemocnice s pojišťovnami do konce měsíce nedohodly, budou muset podle Mariána Petka přistoupit k nepopulárním opatřením, jako je propouštění (týká se podle něho může až 2 tisíc míst) nebo například dělení úvazků.

Prezident Petko připomenul, že k takovému kroku byla sloven-

ská zdravotnická zařízení přinucena již za působení ministryně zdravotnictví Zuzany Zvolenské. „Všichni si dodnes pamatujeme, co z toho vzešlo. Nakonec to mělo politický i soudní dopad,“ uvedl s odkazem na případ sester, které kvůli odmítnutí rozdělit úvazek na zdravotnickou a administrativní činnost dostaly v nemocnicích výpověď – tři zdravotnice se rozhodly proti takovému kroku bránit u soudu, který jim dal zapravdu.

Nemocnice v koncích

Obavy Mariána Petka sdílejí i někteří představitelé nemocnic. „Již nyní se potýkáme s dluhy, a pokud by se nám snížily platby, museli bychom přistoupit k radikálním opatřením – dělit úvazky, propouštět zaměstnance,“ potvrdila deníku Pravda ředitelka nemocnice v Topoľčanech Marta Eckhardtová.

Podobně reagoval i ředitel nemocnice v Dolním Kubíně Jozef Mintál: „I současné platby, které jsou od Nového roku navýšené, nám pokrývají jen 50 procent nárůstu platů.“ Náklady nemocnic kvůli zvýšení minimál-

ní mzdy lékařů i nelékařských pracovníků významně stouply. „Vzhledem k nárůstu mezd by nemocnice po snížení plateb od zdravotních pojišťoven musela přestat platit faktury svým dodavatelům, případně propouštět. Věříme ale, že k takové situaci nedojde,“ svěřil se Jozef Mintál deníku Pravda.

MZ: Nejprve analýza, pak návrh řešení

Na chybějící finanční prostředky upozornil Marián Petko i nového slovenského ministra zdravotnictví Tomáše Druckera. „Ministr vyslechl naše argumenty, vysvětlili jsme mu, že 55 milionů, jež stát vyhradil na navýšení platů sester, nemůže stačit, protože nejde jen o ně,“ komentoval pro Pravdu Marián Petko jednání na ministerstvu s tím, že problém představuje i zvýšená minimální mzda a nárůst platů lékařů a dalšího zdravotnického personálu.

Mluvíci ministerstva Stanislava Pondelová ubezpečila, že ministr napjatou finanční situaci v resortu vnímá, na otázku, zda stát zdravotnictví „dofinancuje“, od-



Ilustrace foto: Shutterstock

pověděla, že Tomáš Drucker chce nejprve prověřit, jakým způsobem se v celém resortu vynakládají peníze, a následně „připraví optimální řešení dané situace“. Prezident Asociácie nemocnic Slovenska Petko varuje, že pokud nemocnice nedostanou řešení ze strany státu, obrátí se na Ústavní soud se žádostí o posouzení, zda jsou zákony o zvyšování platů zdravotníků skutečně v souladu s ústavou. „Nám nezáleží na tom, odkud peníze do systému přitečou, z vnitřních zdrojů to nemocnice nejsou schopny zvládnout. A rady si nevědí ani státní nemocnice, které mají 500milionový dluh, ale jsou jen zticha,“ uzavřel Marián Petko pro deník Pravda.

(Zdroj: Pravda)

(kha)

Inzerce M161000315

Předplaťte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU



a získáte dárek v hodnotě 999 Kč

FC HYDROCEUTICAL 30 ML

Přípravek Hydroceutical, biotechnologické sérum na intenzivní hloubkovou hydrataci s minerály z Mrtvého moře, působí proti vráskám a podporuje přirozenou tvorbu kolagenu v pokožce. Je obohacený o účinný UV filtr. Přípravek je určený pro ženy i muže. Cena 999 Kč.



Předplaťte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku mladafrota@predplatne.cz, uveďte své **jméno, doručovací adresu** a informaci, zdali jste, nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 0416**. Předpláťt 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 0416**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste, či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

Neváhejte!

Tato nabídka platí jen do 22. 5. 2016.

Předplatné na rok pouze za 299 Kč.

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

ZE SPOLEČNOSTI

Otevřeno Centrum lékařských simulací na 1. LF UK

Unikátní Centrum lékařských simulací pro pregraduální výuku studentů lékařství a příbuzných oborů slavnostně otevřela 6. dubna 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze.

Pracoviště, jež 1. LF UK po roce pilotního provozu rozšířila do nynější podoby, je jedním z nejlépe vybavených výukových center svého druhu v ČR. Ročně jím projde více než 700 studentů fakulty. Specializované místnosti věrně napodobující nemocniční prostředí včetně lékařských přístrojů jsou umístěny v budově

Fyziologického ústavu 1. LF UK na Albertově. Roli pacientů plní sofistikované figuríny řízené počítačem, které imitují dech, puls, srdeční aktivitu a další funkce lidského těla. Lze k nim připojit přístroje i provádět léčebné zákroky, na něž simulátory reagují.



Foto: 1. LF UK

Noc s Andersenem pro hospitalizované děti

Prvním místem v České republice, kde byla tradičně 1. dubna zahájena akce na podporu čtení „Noc s Andersenem“, bylo dětské oddělení Uherskohradištské nemocnice.



Foto: Nemocnice Uherské Hradiště

Obvykle děti tráví právě tuto noc v knihovnách, ale tam ty nemocné nemohou. Děti v Uherskohradištské nemocnici ale mají „kliku“. Každoročně je tu 1. dubna pro ně přichystané čtení nebo zajímavé divadlo. A protože se malí pacienti musí léčit a nepocítovat, začínají už odpoledne. Dětem knihovnici přivezli dárky a překvapení – loutkoherečku Lenku Sasínovou. Děti si mohly

užít pohádku Otesánek v jejím originálním pojetí. „V rámci akce Noc s Andersenem jsem v nemocnici poprvé. Jsem ráda, že mohu malým pacientům zpětvit jejich pobyt a trochu je rozveselit,“ řekla Lenka Sasínová. Noc s Andersenem se letos na dětském oddělení v Uherskohradištské nemocnici uskutečnila už po jedenácté.

(red)

Velikonoce v domě pro seniory

Těšit se na Velikonoce, hezky je prožít a také se na ně připravit třeba pečením perníčků pomohli klientům pracovníci havířovského domova pro seniory GrandPark.

„Nejenže pečení naše klienty velmi bavilo, ale mělo pro ně i léčebný přínos. Při hnětení a míchání těsta procvičují motoriku prstů a rukou,“ vysvětluje aktivizační pracovnice Jana Kovaříková. Zdůrazňuje, že si senioři procvičí také paměť, když si podle receptu opakují, kolik a čeho mají do těsta přidat. „Při práci jsme si i společně zazpívali, takže pečení

jsme spojili vlastně i s muzikoterapií,“ dodává s úsměvem a říká, že i pro ni to byl velmi silný zážitek plný emocí a pozitivní energie. Pro klienty Grandparku v Havířově, z nichž někteří trpí Alzheimerovou nemocí či jiným druhem demence, jsou po-

dobné aktivity přichystány na každý den. Mohou se zabavit výtvarnými pracemi, keramikou, zpěvem, cvičením s terapeutkou, společnými vycházkami či reminiscenční terapií, při které cvičí paměť vzpomínáním na prožitá životní události. (red)



Foto: Havířovský domov pro seniory GrandPark

Oprava

V čísle 3/2016 Zdravotnictví a medicína je na str. 17 chyběně uvedeno pracoviště prof. MUDr. Jiřího Galla, Ph.D. Prof. Gallo je přednostou Ortopedické kliniky FN Olomouc. (red)

Doktorfest 2016 již za měsíc

Všichni milovníci hudby jsou zváni na 4. ročník hudebního festivalu Doktorfest, který se uskuteční v sobotu 28. května od 11 do 20 hodin u Písecké brány v Praze 6.

I letos se na Doktorfestu představí renomovaní lékaři v roli hudebníků. Těšit se můžete na rock, blues, rock'n'roll, punk či worldmusic. Vystoupí zde hudební skupiny Bílá nemoc, Bratři v rytmu či Dick O'Brass, kapely Pozdní lítost, Blaženka či Růžová. Součástí letošního ročníku bude benefice a kampaň pro nadaci Dětský mozek, jejíž výtěžek půjde na asistenci pro devítiletou dívku s diagnózou dětská mozková obr-

na. V rámci festivalu se můžete zúčastnit nejrůznějších soutěží, tvůrčí dílny, prohlídky sanitky a dispečinku Zdravotnické záchranné služby hl. m. Prahy. Můžete také podstoupit lékařské vyšetření zdarma. Pro děti je připraven zábavný program se soutěžími či kurzem první pomoci. Festival moderuje Václav Kopta. Akce se koná pod záštitou radního hlavního města Prahy Ing. Radka Lacka. Více informací najdete na: www.doktorfest.cz či facebooku Doktorfest. (eta)

Začala Zdravé plicce tour

Občanské sdružení Onkomaják odstartovalo 7. dubna druhou osvětovou roadshow. Zaměřena je na podporu informovanosti o rakovině plic.

Slavnostní zahájení projektu proběhlo na pražském Karlově náměstí. Třímetrový nafukovací model plic byl v obřím stanu po celý den, stejně jako odborník na plicní choroby z Všeobecné fakultní nemocnice (VFN), který zodpovídal dotazy příchozích. Zdravé plicce tour po Praze pokračuje 35 zastávkami po krajských a okresních městech ČR. Partnerem projektu je VFN v Praze. Symbolickou pásku přestříhla její ředitelka Mgr. Dana Jurásková, spolu s výkonným ředitelem

Onkomajáku Tomášem Kruberem. Zahájení tour oživil svým nevšedním stylem moderování filmový režisér a herec Jakub Kohák a stand up výstupem na téma „plicce“ jej doprovodil Karel Hynek. Svůj vzkaz veřejnosti předal i český badmintonista Petr Koukal. Akce má upozornit na nebezpečného zabijáka, rakovinu plic, jejíž prvotní příznaky lidé často podceňují a neobrací se s nimi na lékaře. Další informace na: www.onkomajak.cz (red)



Jakub Kohák ve stanu Onkomajáku | Foto: Onkomaják

Pozvánka na výstavu

Na pražské Novoměstské radnici bude celý květen otevřená výstava Medicína od dob Karla IV. po současnost.

Výstava se zaměřuje na nejen na rozvoj medicíny, ale i lékařské fakulty od středověku po dnešek. Návštěvníci se budou moci podívat například na ukázky z dobových učebnic, prohlédnout si rozličné lékařské nástroje, které se

dříve využívaly k léčbě, nebo fotografie z historie 1. lékařské fakulty UK. Nebudou chybět také informace o vzniku a vývoji mnoha lékařských vědních oborů a architektonické zajímavosti budov, které patřily či patří k 1. LF UK. (red)

The 2016 Teacher of the Year se stal profesor Temesgen

Prestížní ocenění pro vyučujícího roku získal na návrh Lékařské fakulty UK v Hradci Králové profesor interny na Mayo Clinic.

Zelalem Temesgen, profesor vnitřního lékařství a přednosta kliniky HIV na Mayo Clinic, Rochester, převzal 23. března prestižní ocenění pro vyučujícího roku 2016 The 2016 Teacher of the Year by the Mayo Fellows' Association. Toto ocenění, udělované od roku 2008, obdržel prof. Temesgen za vynikající přístup a angažovanost ve výuce

a vzdělávání, odborné vedení, starostlivou péči a porozumění. Prof. Temesgen pochází z Etiopie, medicínu vystudoval v Praze a od roku 1992 působí v USA. Mimo četné další vědecké a publikační aktivity založil institut pro celosvětové vzdělávání v problematice HIV. S LF UK v Hradci Králové spolupracuje od roku 2005. „Od té doby prof.

Temesgen přijíždí do východních Čech každoročně, přednáší a podílí se na výběru kandidátů pro stáže studentů na Mayo Clinic a zejména vahou své osobnosti zajišťuje pro naše studenty vhodná pracoviště v Rochestru,“ uvedl děkan LF v Hradci Králové prof. MUDr. RNDr. Miroslav Červinka, CSc.

(red)



Zleva: prof. Z. Temesgen, M.D., rektor Univerzity Karlovy prof. MUDr. T. Zima, DrSc., MBA, a děkan Lékařské fakulty UK v Hradci Králové prof. MUDr. RNDr. M. Červinka, CSc. | Foto: LF UK v Hradci Králové

Discovery AWARD letos již popáté

Počátkem dubna byl spuštěn nový ročník Discovery AWARD 2015. Cenu každoročně uděluje společnost Novartis s cílem podpořit výzkumníky v oblasti medicíny a farmacie do 40 let věku a motivovat je k další práci v České republice. Položili jsme několik otázek předsedovi hodnotící komise, přednostovi Onkologické kliniky LF UP a FN Olomouc prof. MUDr. Bohuslavu Melicharovi, Ph.D.

Letos se koná již 5. ročník soutěže. Pro jaké obory je tento ročník vyhlášen?

Jedná se o dvě základní oblasti. První je základní výzkum v oblasti biomedicíny. Druhá kategorie je vypsána pro práce hodnocené z pohledu jejich praktického klinického či organizačního přínosu. Je třeba zdůraznit, že cena není zaměřena pouze na lékařské obory, ale ucházet se mohou i práce, které studují využití moderních technologií či se zaměřují na oblast vzdělávání nebo organizaci zdravotnictví.

Změnilo se něco v podmínkách soutěže?

Na základě zkušeností z posledních dvou ročníků, které proběhly velmi úspěšně, se hodnotitelská komise rozhodla nedělat žádné významné změny v podmínkách soutěže.

Můžete nám stručně říci, jak proces hodnocení probíhá?

Proces hodnocení začíná v moment uzávěrky přihlášek, která proběhne 15. 6. 2016 ve 24.00 hodin (vlastní přihlášky mohou autoři podávat přes internetové rozhraní na stránkách [www](http://www.discoveryaward.eu).

[discoveryaward.eu](http://www.discoveryaward.eu)). Následně organizátoři zpracují podklady tak, aby každý hodnotitel měl možnost prostudovat všechny podklady všech přihlášených prací. Pokud počet prací v kategorii či zaměření přesáhne určitý počet, mají hodnotitelé, respektive předseda hodnotící komise právo požádat jednoho z členů komise o předzpracování podkladů. Následně každý hodnotitel ohodnotí ve čtyřech kritériích každou práci. Součet všech bodů vytvoří primární pořadí, které je podkladem pro zasedání poroty na začátku září.

Toto je klíčový okamžik hodnocení a podle zkušeností z minulých let je to opravdu detailní diskuse všech členů poroty zejména nad nejlépe hodnocenými pracemi v prvním kole. Hlasování pak určí vítěze v obou kategoriích. Porota má právo hlavní ceny rozdělit mezi více autorů.

Kdo nový zasedá v odborné porotě?

V porotě zasedá celkem 12 osobností české medicíny, a to nejen z oblasti klinické medicíny, ale i managementu nemocnic,

zdravotních pojišťoven a poslanecké sněmovny (aktuální seznam členů hodnotící komise je k dispozici na webu www.discoveryaward.eu).

Kde se zájemci mohou přihlásit a do jakého termínu?

Discovery AWARD 2015 byla vyhlášena a přihlášky lze od 4. 4. 2016 posílat, respektive podklady vkládat na www.discoveryaward.eu. Uzávěrka je 15. 6. 2016 ve 24.00 hodin. Tuto lhůtu má předseda komise právo prodloužit o 10 dní podle svého zvážení.

Jaká je letos maximální částka pro udělení ceny a jakou formou bude udělena?

Obě kategorie jsou ohodnoceny částkou 100 000 Kč. Celkem může tedy být mezi soutěžící rozděleno 200 000 Kč. Vítěz není nikterak omezen v nakládání s hlavní cenou a je jen na něm, jak ji použije. (eta)

Inzerce M161000243

Discovery AWARD 2015

INOVATIVNÍ POČIN V OBLASTI MEDICÍNY

SPOLEČNOST NOVARTIS VYHLAŠUJE JIŽ 5. ROČNÍK CENY PRO MLADÉ VÝZKUMNÍKY DO 40 LET, KTERÍ SE ZASLOUŽILI O VÝZNAMNÝ POSUN V OBLASTI MEDICÍNY A FARMACIE.

UZÁVĚRKA PŘIHLÁŠEK JE 15. 6. 2016.

VŠECHNY INFORMACE O PODMÍNKÁCH SOUTĚŽE NALEZNETE NA WWW.DISCOVERYAWARD.EU

NOVÉ KNIHY

Tomáš Vymazal, Pavel Michálek a kolektiv **Anestezie a pooperační péče v hrudní chirurgii**



Rozsah:
464 stran
Cena: 790 Kč
ISBN: 978-80-
-204-3755-6
Vydavatel:
Mladá fronta,
edice Aeskulap

První ryze česká monografie na dané téma vychází díky úzké součinnosti odborníků dvou největších univerzitních pracovišť anesteziologie a intenzivní medicíny v ČR – KARIM 2. LF UK a FN Motol a KARIM 1. LF UK a VFN. Obsahuje současné aktuální postupy v podávání anestezie a poskytování intenzivní péče po výkonech v hrudní chirurgii u dospělých i dětských pacientů, včetně transplantací plic, z pohledu anesteziologa-intenzivisty a hrudního chirurga. Čtenářům poskytne ucelený obraz o postupech, technikách, potřebném vybavení i osobních zkušenostech autorů publikace. Úvodní část knihy je věnována historii hrudní chirurgie a anestezie, anatomii respiračního systému, fyziologii a patofyziologii ventilace, onemocněním respiračního systému, vyšetřovacím metodám včetně předoperační rozvahy, technikám separace plic, obecným principům vedení anestezie u výkonů v hrudní dutině a základům fibrobronchoskopie v perioperační péči. Druhá část se týká samotné anestezie u jednotlivých výkonů, ve třetí části se autoři zabývají pooperační péčí.

Iva Příhodová, Simona Dostálová a kol. **Spánková medicína v kazuistikách**



Rozsah:
176 stran
Cena: 370 Kč
ISBN: 978-80-
-204-4024-2
Vydavatel:
Mladá fronta,
edice Aeskulap

Kniha umožňuje praktickou orientaci v diagnostice a léčbě jednotlivých spánkových poruch u dospělých a u dětí, a to prostřednictvím oblíbených a žádaných kazuistik. Prezentované informace vycházejí z dlouhodobých zkušeností autorek při práci ve spánkových laboratořích a specializovaných ambulancích.

Vznik publikace si vyžádala především stále narůstající incidence nespavosti a obstrukční spánkové apnoe ve všech věkových kategoriích v souvislosti s civilizačními vlivy. Neléčené poruchy spánku představují významný rizikový faktor kardiovaskulárních a metabolických onemocnění. Jsou také častou komorbiditou psychiatrických, interních a neurologických onemocnění. Včasná diagnostika a léčba se tak stává důležitou součástí práce nejen praktického lékaře či pediatra; nezřídka vyžaduje multidisciplinární přístup, který zahrnuje spolupráci odborníků z oblasti neurologie, interního a plicního lékařství, psychiatrie, otorinolaryngologie a stomatology.

Součástí publikace je rovněž úvodní teoretická stať věnovaná základním pojmům a vyšetřovacím metodám. Texty jsou bohatě dokumentovány názornými schémata, grafy, tabulkami a obrázky.

Eva Havrdová a kolektiv **Roztroušená skleróza v praxi**



Rozsah:
161 stran
Cena: 190 Kč
ISBN: 978-80-
-7492-189-6
Vydavatel:
Galén

Publikace slouží jako základ vzdělávacího programu pro specializované RS sestry. Informuje o současných poznatcích o nemoci, léčbě medikamentózní i komplexně rehabilitační včetně spirituálního přesahu.

Markéta Koutná, Ondřej Ulrych a kolektiv **Manuál hojení ran v intenzivní péči**



Rozsah:
200 stran
Cena: 390 Kč
ISBN: 978-80-
-7492-190-2
Vydavatel:
Galén

Spektrum terapeutických krytí obsahuje více než tisíc originálních názvů, pro většinu zdravotníků je proto obtížné se orientovat v indikacích jednotlivých krytí a udržet si kontinuální přehled o nových materiálech. Publikace předkládá základní informace týkající se hojení ran při ošetřování pacienta na všech stupních zdravotnického systému se zaměřením na problematiku intenzivní péče.

Ilija Stříž, Vladimír Holář **Cytokiny v klinické medicíně**



Rozsah:
207 stran
Cena: 595 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-427-2
Vydavatel:
Maxdorf

Cytokiny – látky zajišťující mezibuněčnou komunikaci v oblasti imunitního systému – získaly v posledních dvaceti letech klíčové postavení ve výzkumu a klinice autoimunitních onemocnění (s těžištěm v revmatologii, gastroenterologii, nefrologii, pneumologii či dermatologii) i v onkologii či transplantáční medicíně a jedním z praktických výstupů je rychlý rozvoj biologické a cílené léčby. Její použití však vyžaduje od lékaře dobrou, či spíše rutinní znalost této oblasti...

Jindřiška Perušičová **Diabetes mellitus a respirační systém**



Rozsah:
77 stran
Cena: 195 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-439-5
Vydavatel:
Maxdorf

V již 17. svazku edice Současná diabetologie autorka mj. upozorňuje na skutečnost, že nemocní s diabetem mají ve srovnání s nediabetiky 4,4krát vyšší riziko systémových infekcí, včetně infekcí pneumologických.

Miroslav Průcha, Michal Fedora, Eva Kieslichová, Vladimír Šrámek **Sepse**



Rozsah:
294 stran
Cena: 595 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-448-7
Vydavatel:
Maxdorf

Sepse je nejčastější příčinou úmrtí na nekoronárních jednotkách intenzivní péče a její incidence během posledních dvou desetiletí stoupá na celém světě. Včasná diagnostika má zásadní vliv na konečný klinický výsledek, stanovení diagnózy však zůstává uměním lékaře u lůžka konkrétního pacienta... Kniha je ur-

čena lékařům oboru anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicína, internistům a chirurgům.

Dana Streitová, Renáta Zoubková a kolektiv **Septické stavy v intenzivní péči** Ošetřovatelská péče



Rozsah:
170 stran
Cena: 289 Kč
ISBN: 978-80-
-247-5215-0
Vydavatel:
Grada

Sestry na JIP a ARO jsou nedílnou součástí managementu pro léčbu a prevenci sepse u kriticky nemocných. Publikace představuje souhrn poznatků a zkušeností, které je nutné implementovat do klinické praxe v rámci prevence septických stavů.

Marie Nejedlá **Klinická propedeutika** pro studenty zdravotnických oborů



Rozsah:
240 stran
Cena: 299 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4402-5
Vydavatel:
Grada

Získat co nejvíce informací o pacientovi, sledovat změny v jeho zdravotním stavu, správně je dokumentovat a včas a fundovaně o nich informovat lékaře – základní učebnice pro studenty ošetřovatelské využití i sestry v praxi.

Naděžda Špatenková, Lucie Smékalová **Edukace seniorů**



Rozsah:
232 stran
Cena: 359 Kč
ISBN: 978-80-
-247-5446-8
Vydavatel:
Grada

Kdo je aktérem edukace seniorů a jak by měla konkrétně vypadat? Jaké jsou funkce, cíle, prostředky a specifika tohoto vzdělávání a má vzdělávání seniorů nějaké limity? Publikace odpovídající na tyto otázky je určena především lektorům, vzdělavatelům dospělých a seniorů, animátorům, aktivizač-

ním a osvětovým pracovníkům, odborníkům z oblasti andragogiky, sociální práce, geragogiky, gerontologie, sociální a speciální pedagogiky, včetně studentů těchto oborů.

Ilona Kopecká **Psychologie – 3. díl**

Učebnice pro obor sociální činnost



Rozsah:
268 stran
Cena: 269 Kč
ISBN: 978-80-
-247-3877-2
Vydavatel:
Grada

Třetí díl učebnice zpracovává problematiku psychologie a etiky se zaměřením na sociálně-zdravotnickou oblast. Obsah odpovídá požadavkům školního výukového programu.

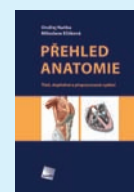
Karel Dušek, Alena Večeřová- Procházková **Diagnostika a terapie duševních poruch** 2., přepracované vydání



Rozsah:
648 stran
Cena: 699 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4826-9
Vydavatel:
Grada

Autoři reflektují nejnovější trendy a výzkumy v oboru. Nabízejí mimo jiné seznámení se správným psychologickým přístupem k pacientovi, informují o psychofarmakoterapii, šokové terapii, rehabilitaci a mnohém dalším.

Ondřej Naňka, Miloslava Elišková **Přehled anatomie** 3., doplněné a přepracované vydání



Rozsah:
416 stran
Cena: 700 Kč
ISBN: 978-80-
-7492-206-0
Vydavatel:
Galén

Každá kapitola zahrnuje obecný úvod k dané orgánové soustavě, na který navazuje popis jednotlivých orgánů doplněný klinickými poznámkami. Díky téměř 400 názorných kreseb není nutné používat další anatomické atlasy.

roku Sestra 15

mimořádná příloha časopisu **Zdravotnictví a medicína**



Zdravice Dagmar Havlové

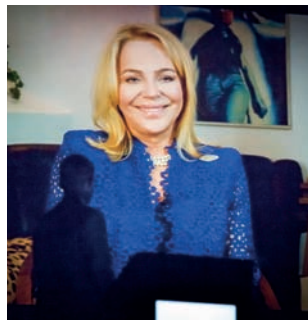


Foto: Tomáš Herczeg

Dagmar Havlová, předsedkyně správní rady Nadace Dagmar a Václava Havlových VIZE 97, pozdravila účastníky galavečera z obrazovky na jevišti.

Vážené zdravotní sestry, vážení lékaři, vážení všichni přítomní zde v sále Hudebního divadla v Karlíně. Od roku 2002 uplynulo 14 let, co se uskutečnil první ročník soutěže Sestra roku, a já jsem u dekorování vítězek téměř nikdy nechyběla. O to víc mě mrzí, že mě dnes naléhavé povin-

nosti vedly jinam a že v takto významný den nemohu být s vámi. Zdravím vás alespoň touto cestou a chci vám říct, že si nesmírně vážím vaší nelehké obětavé práce, kterou jsem - věřte mi - měla možnost důkladně poznat v situacích, které pro mě nebyly vždycky lehké.

V běhu všedních dnů se vám možná zdá, že to, co děláte, je už jen úmorná dřina, ale kromě této úmorné rutinní dřiny má vaše práce hluboký lidský smysl a veliký étos. Všichni si uvědomujeme, že je to práce nesmírně náročná nejenom fyzicky, ale především psychicky, protože její kvalita čas-



to rozhoduje o tom, jestli pacient zemře, nebo bude žít. Proto si vaši práci hluboce, opravdu hluboce vážím. A dovoluji mi, abych vám všem touto cestou ze srdce poděkovala a popřála vám hodně sil a zdravých šťastných pacientů.

Váše Dagmar Havlová

Každá sestra je osobností

Role předsedkyně odborné poroty Sestry roku 2015 se opět ujala prezidentka České asociace sester **PhDr. Martina Šochmanová, MBA**.

Právě proběhlo slavnostní vyhlášení vítězů letošního ročníku prestižní soutěže Sestra roku. Jak byste hodnotila úroveň letošních finalistů?

Všichni finalisté byli skvělí. Do finále soutěže se dostaly skutečně pozoruhodné osobnosti - jak profesně, tak lidsky. Spolu s ostatními porotci jsme měli opravdu těžkou práci vybrat z nich nakonec absolutního vítěze.

Co je na povolání sestry nejtěžší? Především nepravidelný režim, směny v noci, sestra mnohdy nemá volné svátky a rodinná dovolená je téměř vždy v ohrožení. Práce

sestry je náročná fyzicky a psychicky. Její nasazení je maximální, nemůže nic dělat jen napůl. Velmi těžké je i to, že sestry jsou často cílem různých slovních, nebo dokonce i agresivních útoků, a v takovém prostředí se samozřejmě o to hůř pracuje.

A co podle vás sestram dělá největší radost?

Ocenění. A tím nemám na mysli peníze. Hovořím o úsměvu či slovech díky od samotných pacientů. Nebo o pochvalě a uznání od kolegů. Nejvíce každou sestřičku potěší, když si ostatní váží její práce. To v současné době, kvůli některým

českým seriálům, které deklarují sestru do role neinteligentní pavlačové drbny, velmi chybí.

Myslíte si, že české ošetřovatelství má dnes dostatek osobností?

Každá sestra je osobností. Každá, která má ráda svoji práci a nedělá ji jen jako rutinu. Mnoho sester realizuje spoustu dalších aktivit nad rámec své pracovní náplně - ať už pro své kolegy nebo pacienty. Široká veřejnost se to bohužel často vůbec nedozví. A proto jsem moc ráda, že prostřednictvím soutěže Sestra roku o tom můžeme dát ostatním vědět.

Jaké jsou nejžhavější problémy, které v tuto chvíli hýbají sestřským povoláním?

Je to pořád ta stejná písnička - podfinancování celého systému, nedostatek personálu, špatné pracovní podmínky a v neposlední řadě nízká prestiž povolání. Není divu, že se do oboru studenti zrovna nehrnou.

Co byste sestram a ostatním nelékařským zdravotnickým pracovníkům nejvíce přála?

Především vyšší prestiž a společenského uznání. Povolání sestry a všech nelékařů je nesmírně náročné a zaslouží si to. Přála bych jim také adekvátní platové ohodnocení, dostatek kolegů na pracovišti a to nejdůležitější - úsměv na tváři jejich pacientů.

Jak se vám líbil galavečer Sestry roku 2015?



Foto: archiv

Galavečer byl skvělý! Povedl se po všech stránkách, programem počínaje a výběrem účinkujících konče. Celým večerem provázel báječný, kultivovaný Libor Bouček. Celému realizačnímu týmu patří velký dík za bezvadně odvedenou práci. Taková forma ocenění práce českých sester je nesmírně důležitá a jsem ráda, že soutěž Sestra roku se letos konala už po šestnácté. (eta)

Představujeme finalisty a vítězky soutěže Sestra roku 2015

Kategorie Přímá ošetrovatelská péče

- **Dana Krásová** - sestra specialista chirurgie JIP, Ústřední vojenská nemocnice, Praha
- **Mgr. Radim Němec** - vrchní sestra psychiatrického oddělení, FN Ostrava
- **Kateřina Palinčáková** - ARO, hlavní konzultantka týmu chronických ran, Nemocnice Valašské Meziříčí

Kategorie Sestra v managementu a vzdělávání

- **Viera Ivanovová** - vedoucí střediska domácí hospicové péče, Hradec Králové
- **Marie Křížová** - staniční sestra, Rehabilitační ústav, Kladruhy



Foto: Tomáš Herczeg

• **Renata Všečeková** - vrchní sestra, oddělení urgentního příjmu dospělých, FN Motol, Praha

Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství, které uděluje redakce Zdravotnictví a medicína, získala **Mgr. Františka Ertlová** - metodik vzdělávání, Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, Brno.

Držitelky titulu SESTRA ROKU 2015

- Titul Sestra roku 2015 v kategorii Přímá ošetrovatelská péče získala **Kateřina Palinčáková**
- Titul Sestra roku 2015 v kategorii Sestra v managementu a vzdělávání získala **Renata Všečeková**
- V anketě **Sestra mého srdce** získala největší počet hlasů **Kateřina Palinčáková**
- **Druhé místo** v kategorii Přímá ošetrovatelská péče získal **Radim Němec**, na **třetím místě** se umístila **Dana Krásová**.
- V kategorii Sestra v managementu a vzdělávání si **druhé místo** odnesla **Viera Ivanovová**, **třetí místo** patří **Marii Křížové**.

Členové poroty

V letošním roce přijaly místo v odborné porotě tyto významné osobnosti českého zdravotnictví:

- **PhDr. Martina Šochmanová, MBA**, prezidentka České asociace sester (předsedkyně poroty),
- **Ing. Jan Bartošek**, místopředseda Poslanecké sněmovny Parlamentu České republiky,
- **MUDr. Martin Holcát, MBA**, náměstek pro léčebně preventivní péči Fakultní nemocnice Motol,
- **MUDr. Radkin Honzák, CSc.**, psychiatri,
- **MUDr. David Kostka, MBA**, generální ředitel Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra ČR,
- **Mgr. Jindra Kracíková**, vítězka kategorie Management a vzdělávání soutěže Sestra roku 2014,
- **MUDr. Ondřej Měšťák, Ph.D.**, z Kliniky plastické chirurgie Nemocnice Na Bulovce,

- **Mgr. Jana Míkulková, MBA**, ředitelka Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů,
- **Maya Novackova**, ředitelka odboru marketingu Agel,
- **Mgr. Jana Nováková, MBA**, náměstkyně pro ošetrovatelskou péči fakultní nemocnice Motol,
- **JUDr. Radek Policar**, náměstek ministra zdravotnictví ČR pro legislativu,
- **Mgr. Alice Strnadová, MBA**, ředitelka odboru ošetrovatelství a nelékařských povolání MZ ČR, hlavní sestra ČR,
- **prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA**, předseda České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně,
- **Ing. Marek Třeška**, Managing Director HARTMANN - RICO, a. s.,
- **Bc. Tomáš Válek, DiS.**, předseda Profesní a odborové unie zdravotnických pracovníků.

Injekce živé vody

Vítězkou v kategorii Přímá ošetrovatelská péče se stala **Kateřina Palinčáková**, která pracuje na ARO Nemocnice Valašské Meziříčí a je hlavní koordinátorkou týmu chronických ran v téže nemocnici. Právě Kateřina byla zvolena i Sestrou mého srdce, v anketě, ve které hlasuje veřejnost.

Na konci slavnostního gala-večera jste v náručí držela ne jednu, ale dvě trofeje. Je pro vás osobně některé z těch dvou ocenění milejší nebo si ho víc považujete?

Obě ocenění považuji za zcela odlišná a obou si nesmírně vážím. O ocenění Sestra roku 2015 rozhodovala hlasováním odborná porota složená ze zdravotníků a významných osobností, které jsou úzce spjaty se zdravotnictvím. Ocenění Sestra roku je pro mne významné zejména proto, že jsem dokázala odbornou porotu přesvědčit, aniž by mě její členové osobně znali. Dali na své pocity a reakce, které v nich má osoba vyvolala, a ty je dovedly k tomuto závěru. Uvědomění si této skutečnosti je pro mě velmi důležité, protože jak sama doufám, stejně pozitivně působím i na své pacienty a kolegy. A to je v profesi zdravotníka velmi důležité.

Ocenění Sestra mého srdce je pro mě také velmi významné a bylo mi potvrzením, že práci, kterou vykonávám s velkou láskou, dělám dobře. Také se projevil jistý patriotismus, který cítím u nás na Valašsku. Obyvatelé Valašska jsou na své kořeny a spoluobčany nesmírně hrdí, v dobrém slova smyslu jsme tady všichni známi a vidíme si do talíře, a možná proto se zvedla vlna podpory, kterou mi poskytli mí krajané. Velké podpory se mi dostalo také od mé kmenové nemocnice Valašské Meziříčí, kde znám téměř všechny kolegy a lidi, kteří jsou v nemocnici zaměstnáni. Od svých kolegů a kolegyní jsem již v únoru cítila obrovskou podporu a za to jim patří mé obrovské díky. To ale patří také mým pacientům. Myslela jsem si, že laická veřejnost se o hlasování v soutěži Sestra mého srdce tolik nezajímá, ale pravděpodobně již zmiňovaný valašský patriotismus se ukázal jako velké eso v rukávu a mí pacientí se mě sami začali na tuto soutěž vyptávat a utvrzovali se, zda jsem to opravdu já. Musím říct, že během února jsem zažila velkou profesní euforii, bylo to jako injekce živé vody jak ze stran mých kolegů, personálu nemocnice Valašské Meziříčí,

tak ze strany mé rodiny a mých pacientů.

Pracujete v turnusech na ARO, navíc pečujete o lidi s chronickými ranami, školíte sestry, publikujete... Jak to jde vydržet? A jak vám je ve všední den, v zimě, ráno v pět?

Já svou práci velmi miluji. Pokud si tohle uvědomíte, tak se v tu chvíli – po určitém profesním dozrání – stáváte jakýmsi „perpetuum mobile“. Ovšem přiznávám, že si občas procházím jistou formou „burn out“. V takové chvíli mě zachraňuje chvílkové resetování mozku, při kterém zdolávám kopce tady v Beskydech a právě jejich krása a klid mi poskytují velkou psychickou útechu. Relax pro mě znamená i přednášení na odborných fórech, ačkoli příprava je někdy v časovém presu a velmi náročná. Oživením je pro mne i nástup nových kolegů, kterých je bohužel stále méně, ovšem předávání zkušeností je podle mého i předáním sama sebe, svých zkušeností. A to profesionála uklidní, že jeho odkaz a pracovní postupy budou pokračovat, být v jiné osobě.

Co se týče vstávání, kvůli nepřetržitému provozu na oddělení ARO nerozeznávám dny všední a sváteční či víkendové. Snad je mi výhodou, že ve spánkovém režimu jsem „skřivan“, tím pádem mi brzké vstávání nečiní žádný problém. A tak i ve dnech volna vstávám já i má rodina časně a odměnou je mi skutečnost, že rána v Beskydech patří k nejkrásnějším úsekům dne, kdy se vyplatí být vzhůru. Co mi však občas činí problémy, jsou noční služby. S přibývajícím věkem a vysokým pracovním tempem jsou pro mě stále náročnější. Doufám, že v závěru své kariéry budu už pouze v modu ranních služeb. Prozatím mi ovšem směnný provoz vyhovuje, protože ve dnech volna se mohu plně věnovat rodině a svým soukromým aktivitám.

Nechat si ošetřit ránu nejspíš bolí, i když to dělá odborník jako vy. Hojení chronických ran je navíc dlouhodobý a nepřijemný proces. Na vás se ale pacienti usmívají. Jak to?

Chronické rány samozřejmě nejsou zrovna příjemnou a jednoduchou záležitostí. Jedná se ve smyslu o pacienty geriatrické, polymorbidní, ale někdy i o neřešitelné diagnózy. Proto je u nehojících se ran asi nejdůležitější empatie, podrobná opakovaná edukace, ale i důslednost personálu a spolupráce pacienta. Nehojící se rány jsou obecně, ale zejména u pacientů s onkologickým onemocněním a cévním postižením končetin velmi bolestivé procesy, kdy pacienta musíte dokázat přesvědčit o důsledném dodržení osvědčených postupů léčby a o dodržení režimových opatření. Já často narážím na nedodržování režimových a léčebných postupů, obzvláště v ambulanci sféře u ošetřování nehojících se ran, a zde jsem velmi razantní a důsledná a mým pacientům mnohdy do smíchu není. Ovšem troufám si tvrdit, že v mnoha případech jsem léčbu dotáhla do zdárného konce.

Z randomizovaných studií je známo, že základními problémy u nehojících se ran jsou bolest a jistá sociální izolace pacientů, kterou sekundární znaky nehojících se ran, což je výrazná sekrece a často silný zápach, výrazně zhoršují. Pokud se spolu s léčbou odstraní i tyto nepříjemné symptomy, začínají mi pacienti plně důvěřovat a jistý zlom v léčbě se stává pro pacienty optimistickou nadějí. S mnoha pacienty se vídám mnoho měsíců, někdy bohužel i let, a proto zde dochází k vybudování pevných základů vztahu pacient versus zdravotník. Často znám většínu rodinných příslušníků svých pacientů, jejich životní radosti a smutky. Přiznávám se, že tady se hroubí má asertivní povaha a velmi špatně nesu nezdravé a občas i úmrtí pacientů, které tak dobře znám.

Jak jste spokojená s podmínkami, za kterých pracujete?

Na mém kmenovém pracovišti, na ARO, se vždy sešli vysoce erudovaní lékaři a sestry. Mé současné pracoviště je vybaveno stejnou



Foto: Tomáš Hercog

moderní technikou, s jakou jsem pracovala ve fakultní nemocnici. Podmínky pro odbornou práci mám na vysoké úrovni. Obrovskou devizou je zde ovšem personál, kdy vztahy fungují na bázi „náhradní“ rodiny a člověk chodí do práce opravdu rád a s nadšením.

Co se týče podmínek pro práci odborné konzultantky pro léčbu chronických ran, tak zde jsem od vedení nemocnice dostala obrovský prostor působnosti a možnosti rozvoje a zavádění novinek jak pro hodnocení, tak pro léčbu nehojících se ran. Umožnili mi sestavit tým konzultantek a byl mi přidělen lékař-chirurg. V rámci týmu je výborná atmosféra a dokonale se doplňujeme. Tento tým pro léčbu chronických ran považuji za své „dítě“ a jsem na něj patřičně hrdá. Momentálně je náš převazovací tým v pilotním sledování digitalizace fotodokumentace ran, která má posloužit k lepší přehlednosti a úspěšnosti léčby.

A co si myslíte o finančním ohodnocení sester?

Tohle téma má vždy dvě strany. Medializování průměrného platu zdravotníků v ČR dokáže velmi rozčítit a na druhou stranu rozlítostnit. Finanční ohodnocení je mezi zdravotníky pracujícími ve státním sektoru a zdravotníky pracujícími v soukromém sektoru napříč republikou rozdílné a nebojím se říct, že jde o propastný rozdíl. Pokud by zde došlo k jistému dorovnání platů směrem k platovému ohodnocení zdravotníků pracujících ve státním sektoru, jistě by došlo k částečnému zklidnění situace, která teď ohledně finančního ohodnocení a jisté demotivace zdravotníků pracovat v tomto oboru je. Ovšem to je problém, který se musí v zájmu zachování kvality poskytované péče řešit na bázi mini-

sterstva a vlády, protože jinak zlepšení nemůžeme očekávat. V tomto ohledu si nesmírně vážím své také nominované kolegyně Dany Krásové, která je v těchto věcech velmi orientovaná.

Dovedete si představit, že byste si řekla „a dost!“ a šla dělat něco jiného?

Na tuto otázku bude má odpověď velmi krátká. Nedokážu si vůbec představit, že bych pracovala v jiném oboru, a doufám, že u mě nikdy nedojde k razantnímu ztamtění myslí, kdy bych řekla „odcházím a již nikdy více“.

S kým jste vítězství v Sestře roku oslavila po návratu?

Přiznávám se, že já moc slavící typ nejsem. Jsem spíš spontánní a plánované akce nejsou úplně mým šálkem kávy. Navíc poslední dobou vyhledávám klidná a tichá místa, která mi poskytují zdejší hory, já si tam dokonale odpočinu. Vracela jsem se domů ve čtvrtek po galavečeru a cesta trvala bezmála 6 hodin, takže po příjezdu domů, kdy mi nejprve mí milí gratulovali, jsem směřovala do postele a svůj úspěch slavila plnými doušky ve spánku. Další den jsem již měla noční službu. Zatím žádné bujaré oslavy opravdu neproběhly. Užívám si momentálně krásných slunečních dnů a to mi k dokonalému štěstí stačí. Nicméně touto formou bych chtěla dodatečně poděkovat za nominaci hlavní sestře Nemocnice Valašské Meziříčí Mgr. Janě Pelikánové, díky které jsem se mohla zúčastnit galavečera Sestra roku 2015 a následně tuto nominaci proměnit ve vítězství v kategorii přímá ošetrovatelská péče. Neskutečně si tohoto ocenění vážím a považuji ho za jeden z mých vrcholů kariéry práce ve zdravotnictví.

Jana Jílková

Tady nejde hrát na sebe

První místo v kategorii Vzdělávání a management patří vrchní sestře oddělení urgentního příjmu dospělých ve Fakultní nemocnici v Motole **Bc. Renatě Všetečkové**.

Co pro vás znamená ocenění v Sestře roku? A jaký význam podle vás tato soutěž má z hlediska profese?

Ocenění v Sestře roku si vážím, vážila jsem si i nominace a postupu do finále. Soutěž by podle mého názoru měla mít daleko větší mediální podporu, a to již od začátku, kdy se zasílají nominace. Z hlediska znovunabytí prestiže profese je to velmi významné.

Dnes a denně vedete kolektiv 80 lidí. Co od nich chcete především? A co jim jde, či naopak nejde odpustit?

Tolik lidí pohromadě pro mě především znamená být dobrý kouč. Být rázná, spravedlivá, pevná v postojích, zásadová. Po lidech chci kolektivní myšlení, umět spolupracovat, nebát se říct

vlastní názor. Na takovémto typu pracoviště, jako je urgentní příjem, jde především o umění rychle se rozhodnout, nepanikařit. Pro jednotlivce hrající na sebe tu není a ani nemůže být místo. Od každého vyžadují férové jednání, respektování ostatních členů týmu, nasazení a profesionální chování vůči pacientům.

Kromě manažerské činnosti máte řadu dalších aktivit, mimo jiné i přednášíte. Jednou z přednášek je „Urgentní příjem po česku“. Ten vtipný název je narážkou na česká specifika?

Urgentní příjem po česku byla společná čtyřhodinová přednáška. A v názvu byla narážka na to, jak se to dá v Čechách taky udělat. Společně s kolegyní Franzou

a kolegou Válkou jsem seznamovala kolegyně z jiných oborů s tím, co znamená urgentní příjem, jaká jsou pravidla v ostatních zemích (především angloamerického typu) a jak se to dělá „po česku“. V rámci přednášky jsme hovořili i o komunikačních problémech a bariérách mezi jednotlivými zdravotnickými profesemi, o agresivitě na příjmech, o motivačních programech a benefitech pro sestry a záchranáře.

Máte nějaký opravdu hluboký zážitek, který vás v profesi poznamenal, nebo dokonce změnil?

Za 30 let praxe je zážitků mnoho. Některé mnou otřáslы, některé jsou úsměvné. Pamatuji si jména a vybaví se mi tváře některých pacientů, kteří prošli mojí profes-

ní kariérou. Když to shrnu, tak převažují pozitivní zážitky, a to mě uspokojuje. S přibývajícím věkem a zkušenostmi samozřejmě člověk mění priority, přichází víc pokory, rozvážnosti.

Dokážete „nenosit si práci domů“?

V době, kdy jsem sloužila a pracovala ve směnách, jsem to dokázala. Dnes pracuji i doma. Jde to asi ruku v ruce s pozicí vrchní sestry. Nápady, myšlenky, úkoly přicházejí i mimo pracovní dobu. Jsem s tím smířená, patří to k funkci.

Co se vám v práci povedlo, co nepovedlo a co ještě chcete udělat?

Jsem velmi hrdá na to, co jsme kolem našeho oddělení dokázali. Od myšlenky k otevření uběhlo 10



Foto: Tomáš Hercog

let. Poslední rok byl velmi hektický a náročný. Vše i v soukromí se podřízvalo pracovním povinnostem. Jsem pyšná na náš kolektiv. Je v něm síla a bez silného a pevného týmu sester, záchranářů, lékařů i ostatních by to prostě nešlo. A co se nepovedlo? Myslím, že vše je tak, jak má být, a přeji nám všem dalších šťastných 20 let v naší nemocnici.

Jana Jílková

Roky jsem dávno přestala počítat

Držitelkou Čestného ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství se stala **Mgr. Františka Ertlová**, metodik vzdělávání Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů.

Celý život jste zasvětila ošetrovatelství, ale původně jste sestrou být vůbec nechtěla. Proč a kdy vás tahle práce chytila?

Já jsem se o budoucím povolání rozhodovala již ve svých necelých 15 letech, v tom věku jsem však o tom ještě neměla žádnou ucelenou představu. Od druhé třídy základní školy jsem chtěla být učitelkou, mým vzorem byla naše paní učitelka. Přihlásila jsem se tedy na střední pedagogickou školu, jako druhou jsem si napsala střední zdravotnickou školu. Důvod? Hlásila se tam spolužačka, ale já o práci ve zdravotnictví nevěděla nic, v podstatě jsem nikdy nebyla nemocná, nikdo z rodiny nebyl hospitalizován v nemocnici, zkušenosti tedy žádné. Pedagogická škola nevyšla, ale na zdravotnickou jsem nechtěla. Vyvedla jsem si tedy přihlášku a na poslední chvíli jsem ji odnesla na gymnázium, kam mě přijali. Po gymnáziu jsem začala pracovat, původně s představou, že to bude jen na chvíli, ve vojenské ne-

mocnici v Karlových Varech, na operačním sále jako sanitářka. A jak jsem tam tak lítala po sále s koštětem, stačila jsem evidovat vše, co se tam dělo. Každá operace mě zajímala, ptala jsem se sestry i lékařů, co dělali, proč to dělali, s jakým výsledkem a tak dále. A když jsem byla přítomna operaci vojáka, který se chtěl zastřelit a po nějaké době z nemocnice odešel „zdravý“, byla to velká výzva – už vím, co chci dělat! A tak jsem při zaměstnání vystudovala zdravotnickou školu.

Byla to dobrá volba?

Nikdy jsem nezapochoybovala. Práce mě od samého počátku bavila, dělala jsem ji ráda a myslím, že i dobře. Třebaže se občas stalo, že pacientky zpočátku nechtěly, aby je ošetřovala „žákyně“, protože v té době jsem vypadala velmi mladistvě. V Brně, kam jsem se s manželem přestěhovala, jsem prošla různými obory a „zakotvila“ jako anesteziologická sestra se specializací

v oboru Anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče.

Desítky let vyučujete zdravotníky, kteří už jsou sami v praxi. Odnášejí si od vás nejen znalosti, ale i důvěru k vám, a s tou se k vám vracejí. Čím je to?

V roce 1993 jsem nastoupila jako asistentka na katedru akutní medicíny dnešního Národního centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů v Brně. Mé pedagogické začátky byly někdy velmi perné, ale i úsměvné a „moji řidiči“ byli těmi nejlepšími žáky, se kterými jsem se naučila být pedagogem. A tak jsem si splnila dávný sen – zúročila jsem zkušenosti a stala se učitelem na vysoké škole pedagogické v Olomouci.

Myslíte si, že po padesátce se může člověk ještě učit nové věci, akceptovat změny, zapomenout na stereotypy?

Roky jsem dávno přestala počítat, řekla bych tak před třiceti lety. Stereotyp není moje oblíbené



Foto: Tomáš Hercog

slovo, ať již v práci či doma, vše musí být akční, nové nebo alespoň jiné. Dozvídat se nové věci, podílet se na vývoji něčeho pokrokového, mít kontakt s přítomností je samozřejmostí a mělo by být v každém věku. Stejně jak mohu zkušenosti předávat, tak je mohu i přijímat.

Co pro vás znamená ocenění Sestra roku za celoživotní dílo?

Zejména překvapení. Nikdy jsem si nemyslela, že dělám něco výjimečného, jen preferuji dobře od-

vedenou práci, především z mé strany. K tomu, aby byla dobrá, je nutné být neustále v „obrazu“, to znamená učit se a přijímat vše nové, komunikovat, být otevřený, pracovat s lidmi. Získat toto ocenění je pro mne nejen velkou poctou, ale současně i novou výzvou. Nyní je třeba více se učit, odevzdávat dobrou práci a mít na paměti, že ocenění nepatří jen mé osobě, ale všem, kteří svou poctivou a dobrou prací dělají čest svému povolání sestry.

Jana Jílková

Anketa: Má povolání sestry odpovídající prestiž?

Některým významným hostům slavnostního galavečera Sestra roku 2015 a členům odborné poroty jsme položili anketní otázku: „Má podle vás povolání sestry takovou prestiž, jakou si bezesporu zaslouží? Co by mohlo přispět ke zvýšení této prestiže?“



Mgr. Alice Strnadová, MBA,
ředitelka odboru ošetrovatelství a nelékařských povolání MZ ČR, hlavní sestra ČR

Nedomnívám se, že by pojmově sestřské povolání ztratilo prestiž. Je věcí každého poskytovatele zdravotních služeb, jak se jeho

zaměstnanci – tedy lékaři i sestry – prezentují svou práci i vystupováním vůči pacientům a jakou si tím jejich pracoviště i oni sami získají prestiž ve svém regionu. Nicméně je třeba zmínit, že prestiž konkrétně sester je závislá na lidském faktoru, tedy na tom, kdo tuto profesi vykonává, na jeho intelektuálních a morálně volných vlastnostech, přičemž zájem takto kvalifikovaných lidí vykonávat tuto profesi je závislý na jejich společenském ohodnocení, pracovních podmínkách a dalších faktorech, které vytváří společnost. Je tedy věcí všech zúčastněných – ministerstva zdravotnictví, České asociace sester,

odborů i dalších kompetentních orgánů –, aby svůj závazek k vytvoření společenských podmínek vůči sestrám splnili.



Bc. Tomáš Válek, Dis.,
předseda Profesionální a odborové unie zdravotnických pracovníků

Prestiž povolání všeobecné sestry se odvíjí od řady faktorů. Byly prezentovány výsledky studií, které uvádějí, že povolání sestry se pohybuje v první desítku prestižních povolání. Bohužel tyto studie byly prováděny v zahraničí, nikoli v ČR. Prestiž všeobecné sestry v ČR značně upadla, což je dáno zásadními faktory, především vnímáním tohoto povolání laickou i odbornou veřejností. Za posledních 15 let se významně změnilo vzdělávání sester, které mělo být jedním z faktorů zvýšení prestiže povolání. Bohužel se tak nestalo, neboť všeobecná sestra je mnohdy vnímána jako pomocný personál lékaře, tak-

to je navíc prezentována médii (televizní seriály). Lékaři ve velké míře dosud nepochopili (nebo nechtějí pochopit), že všeobecná sestra není jejich podřízenou, ale spolupracovníkem na rovnocenné úrovni, a bez tohoto spolupracovníka se neobejdou. Zákon s navazující vyhláškou přenesl řadu kompetencí z lékařů na sestry, staly se odborníky ve své profesi, ale přistupováno k nim takto není. Čest výjimkám! Dále se prestiž povolání sestry odvíjí od platového postavení, kde bohužel stále velmi pokulháváme ve srovnání s platy lékařů a dalších odborníků nejen ve zdravotnictví. Všeobecná

Inzerce M161000311



Dovolujeme si Vás pozvat na jubilejní

X. SYMPOZIUM AGEL

INFEKCE

6.–7. 10. 2016

HOTEL NH COLLECTION OLOMOUC CONGRESS

SYMPOZIUM SE KONÁ POD ZÁŠTITOU
Ing. Tomáše Chreneka, Ph.D.
předsedy dozorčí rady AGEL a.s.

PŘEDSEDA ORGANIZAČNÍHO VÝBORU
MUDr. Marian Branny, Ph.D.
člen Lékařské rady AGEL a.s.

PREZIDENT SYMPOZIA
MUDr. Ján Dudra, Ph.D., MPH
předseda představenstva AGEL a.s.

PŘEDSEDA VĚDECKÉ RADY
prof. MUDr. Pavel Dungl, DrSc.
Vědecká rada AGEL a.s.

Veškeré informace a možnost registrace najdete na

<http://symposium.agel.cz>





sestra, coby vysokoškolsky vzdělaný pracovník, je neustále srovnávána s ostatními profesemi, což je nesmyslné, neboť pečuje o zdraví člověka. A tou péčí není myšleno jen samotné ošetřování ve zdravotnickém zařízení, ale i edukační činnost u chronicky nemocných, jejich rodinných příslušníků atd. Tuto komplexnost vzdělanosti se MZ snaží degradovat na nejnižší možnou úroveň. Kam se teprve poté posune prestiž tohoto povolání? Zřejmě zpět do dob „nemocnice na kraji města“, kde sestra před lékařem smekne čepce, poběží mu uvařit kávu, nachystá svačinku. POUZP tento krok zpět zásadně odmítá. Abychom dosáhli větší prestiže povolání, potřebujeme zcela opačný trend. Potřebujeme sestru náležitě zaplatit, musíme jí nabídnout kvalitní pracovní podmínky, potřebujeme zajistit adekvátní systém vzdělávání (postgraduálního a celoživotního), potřebujeme všeobecnou sestru prezentovat v médiích jako výsostného odborníka v oboru ošetřovatelství (hovořit o sestřích mají sestry, ne lékaři) a v neposlední řadě potřebujeme stanovit právní ochranu sestry. Neustále hovoříme o právech pacientů, ale o právech sestry nikoli. SESTRA STÁLE MUSÍ... Takže ne, prestiž povolání sestry není adekvátní ani z 10 % tomu, co by zasloužily.



Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA,
prezident Unie zaměstnavatelů sesterských svazů ČR

Povolání sestry nedosahuje v ČR takového společenského uznání, jakého si zaslouží, a to je i jeden z několika důvodů aktuálního nedostatku zdravotních sester v ČR. Na druhou stranu vnímám, že si veřejnost uvědomuje nezbytnost a potřebu tohoto povolání. Prestiž jakékoli profese ovlivňují dvě skutečnosti. První je finanční ohodnocení daného povolání, tedy mimo jiné i jak moc atraktivní je pro nové a potenciální absolventy. Druhou je, jak moc prospěšná je daná profese pro celou společnost. Zatímco o té druhé asi nikdo nepochybuje, první je nutné i nadále zlepšovat.



JUDr. Lenka Teska Arnoštová, Ph.D.,
náměstkyně ministra zdravotnictví ČR

Na prestiž každého povolání můžeme pohlížet z několika úhlů. Například můžeme prestiž hodnotit podle toho, jaký má daná práce celospolečenský přínos. V tomto směru si myslím, že sestry skutečně prestiž mají, protože jejich práce si drtivá většina naší společnosti určitě velmi váží, mě nevyjímaje. Pokud bychom se na to dívali takto, pak i ocenění typu Sestra roku velmi přispívají ke zvýšení prestiže tohoto povolání, protože s ním hlouběji seznamují veřejnost, což je skvělé.

Jenže tak jednoduché to s prestiží asi nebude a nemůžeme si nalhávat, že nakonec není nejdůležitější to, jak jsou sestry finančně ohodnoceny. A já v této věci nejsem pokrytec. Už dříve jsem říkala, že je velmi smutné, když je základní plat sestřičky v podstatě totožný s tím, co se jinde nabízí brigádníkům na benzínové pumpě. Zvýšení platů je tedy bezesporu věc, která k větší prestiži tohoto povolání může přispět. Jen to bohužel není tak jednoduché, aby se to dalo udělat ze dne na den a ve skutečně výrazných hodnotách. Dlouhodobě je to ale pro ministerstvo zdravotnictví prioritou, ostatně za současné vlády už byly platy zdravotníků zvýšeny o celkem 10 % a v této politice budeme určitě pokračovat. Snažíme se také o to, aby nebyly sestry tolik zatíženy administrativou. Sestra má své nezastupitelné místo především u pacienta, kde odvádí úžasnou a nenahraditelnou práci. To musíme zachovat. Ať chceme nebo ne, povolání sestry bude vždy z části také posláním a bylo by nesmyslné takové posláním utopit v haldách papírů.



Mgr. Jana Mikulková, MBA,
ředitelka NCO NZO Brno

Povolání sestry nemá takovou prestiž, jakou si bezesporu zaslouží, a příčin je celá řada. Žijeme ve společnosti a v době, která vše hodnotí podle dosahovaných úspěchů a finančního ocenění, a tak se dostáváme k faktorům, které mají významný vliv. Povolání sestry je finančně podhodnoceno, sestry hledají řešení v odchodech mimo obor, kde jsou stejně nebo lépe finančně ohodnoceny, a přitom nepracují v nepřetržitém provozu, nesdílí lidská trápení a chodí domů s čistou hlavou. Paradoxně si našich sester váží více v zahraničí. O zvýšení společenské prestiže se musíme my sestry zasloužit především svým chováním, znalostmi a praktickými dovednostmi. Je jen na nás, abychom dokázaly přesvědčit o svých schopnostech, profesionalitě, odbornosti a důvěryhodnosti nejen pacienty, ale i lékaře a ostatní zdravotníky. Přispět ke zvýšení prestiže může výchova sester k profesionálnímu chování, také větší respekt ze strany médií (některé seriály zužují náhled na povolání sestry, až tuto profesi degradují) a v neposlední řadě je třeba, aby si sestry vážily své profese, měly úctu k sobě navzájem a držely pospolu. Důležité také je neexperimentovat se zavedenými terminologiemi – zdravotní sestra – všeobecná sestra – upevňovat povědomí laické veřejnosti o tom, kdo je to zdravotní sestra a co od ní mohou čekat. Historický kontext je nesmírně důležitý a promítá se do celkového povědomí a prestiže profese sestry.



MUDr. Ján Dudra, Ph.D., MPH,
generální ředitel skupiny Agel

Povolání sestry je dle mého názoru jedno z nejdůležitějších a nejprestižnějších vůbec. Role sestry je stejně důležitá jako role lékaře, byť to tak na první pohled nemusí působit. Být sestrou je zároveň i životní posláním, které ale zvládnou jen velmi silné osobnosti. Tato práce je totiž nesmírně náročná, a to jak fyzicky, tak psychicky. Ke zlepšení celkové reputace sester přispívají akce jako Sestra roku, při kterých je možno ocenit a vyzdvihnout těžkou práci těchto pracovníků. Je škoda, že

podobných příležitostí, kdy můžeme sestřím slavnostně a veřejně poděkovat, je tak málo.



MUDr. Ondřej Měšťák, Ph.D.,
Klinika plastické chirurgie Nemocnice Na Bulovce

Povolání sestry z mého pohledu prestižní je, jsou to odborníci ve svém oboru. Ale hodnocení tohoto povolání by na tom mohlo být ještě lépe, kdyby sestry byly vzhledem ke své odbornosti více oceněny a měly odpovídající pravomoci. Vzdělání sester se v posledních letech výrazně zvyšuje, v mnoha ohledech by mohly zastat lékařskou práci a díky lepšímu kontaktu s pacientem – a s tím spojené lepší zpětné vazbě – ji provést i lépe (např. ordinace analgetik u chirurgických pacientů).



Mgr. Jana Nováková, MBA,
náměstkyně pro ošetřovatelství FN Motol

Sestra je pilířem moderního ošetřovatelství, které je nedílnou součástí zdravotní péče. Mnoho se změnilo hlavně díky rozvoji v medicíně, technologii i vzdělávání. Ošetřovatelství se neustále vyvíjí a sesterská profese se zdokonaluje. Změnila se i role sestry, jsou samostatnější, iniciativnější a vzdělanější a to se odráží v jejich práci. I když se profese sestry v hodnocení povolání Centrem pro výzkum veřejného mínění objevuje na předním místě, mnohdy si veřejnost ani neuvědomuje, co sesterská profese vyžaduje. K výkonu povolání sestry je potřeba odpovídající kvalifikace, celoživotní vzdělávání a odpovědnost. Nicméně jejich ocenění není takové, jaké by si sestry zasloužily. Jejich práce je nepochybně náročná a nikým nezastupitelná a tomu by mělo odpovídat i společenské postavení. Je potřeba profesi sestry podpořit, zviditelnit a ocenit.

Vytvořit podmínky pro jejich práci a nastavit motivační mechanismy, které zahrnují i kariérní i finanční postup. Na druhé straně jsou to sestry samy, které si svým chováním, znalostmi a praktickými dovednostmi musí vybojovat postavení ve společnosti. Především si musí vážit samy sebe. Brát svou profesi jako jedinečnou a nezastupitelnou. Je na sestřích, aby dokázaly přesvědčit o svých schopnostech, profesionalitě a důvěryhodnosti nejen pacienty, ale i lékaře a ostatní zdravotníky.



Ing. Martin Diviš, MBA,
předseda představenstva,
Kooperativa pojišťovna, a. s.

Sestra v bílém, s milým úsměvem, která pečuje, mění obvazy, utěšuje nemocné či zraněné, se patrně nejvíce blíží lidské představě anděla. Já v tomto ohledu nejsem výjimkou a chci říci, že sestry a lékaři vždy byli v mých očích profesemi velmi obdivovanými a uznávanými. V oblasti zdravotní péče se pohybují spíše výjimečně, i tak bych rád řekl, že dle mého zkušenosti se v ČR lékaři, sestry a další zdravotnický personál těší velkému uznání a důvěře veřejnosti a pacientů. Troufám si však tvrdit, což mi to potvrdilo několik přátel z této sféry, že tato nesmírně zodpovědná, náročná a záslužná práce není adekvátně odměňována. Můžeme se bavit o rozpočtech či omezených možnostech platů ve zdravotnictví, nemůžeme ale pominout, že tyto profese jsou ve vyspělých zemích světa placeny – podle mého názoru zcela po zásluze – lépe. Speciálně sestra dnes není někdo, kdo „pouze“ odebere krev či lepší náplast. Vzdělaná a zkušená sestry můžeme myslím postavit zcela na roveň lékařů jako rovnocenné partnery, jejichž práce je neoddelitelná od té jejich a jejichž znalosti jsou nebo by měly být na stejné úrovni, jen v jiné oblasti léčebné péče. Musíme je ovšem také umět ocenit a odměnit. Jednou z cest jak toho dosáhnout je podle mého názoru umožnit vznik skutečného komerčního zdravotního pojištění, díky němuž by do českého zdravotnictví přiteklo více prostředků, které by mohly být využity na lepší ocenění zejména těch sester a lékařů, na něž již dnes pacienti „stojí fronty“.

Význam sesterského povolání stále poroste

Výkonný ředitel společnosti HARTMANN – RICO Ing. Tomáš Groh pro náš časopis hovořil o podpoře sestry v léčebném procesu, například při léčbě ran. Jak uvedl, jeho společnost chce trvale přispívat k vzrůstající prestiži sesterského povolání.

Vítězka letošního ročníku soutěže Sestra roku založila ve své domovské nemocnici tým chronických ran. Jak vnímáte tuto aktivitu? Inicijujete vznik takových týmů?

Takové aktivity velice vítáme a podporujeme. Sestry zapálené do problematiky hojení chronických ran moderními metodami to bohužel nemají vůbec jednoduché. Z našich údajů víme, že například v Maďarsku jsou tyto formy léčby 7x rozšířenější než u nás. Přestože se například u metody tzv. vlhkého hojení ran jedná o ověřené postupy, které prokazatelně zkracují dobu léčení a mají lepší účinek, nemá tato terapie v České republice dobře nastavený systém a regulaci úhrad. To sestrám a lékařům, kteří tvoří tyto týmy, ve stávající chvíli nenahrává.

Jedním z našich hlavních produktových segmentů jsou právě

výrobky pro moderní hojení ran, které dokáží urychlit proces hojení. Pokud se budeme dívat na jednotkovou cenu výrobků, může se tato léčba jevit jako dražší, ale pokud vezmeme v úvahu celý proces a dobu hojení, vychází tato terapie jednoznačně pozitivně jak z ekonomického, tak medicínského hlediska. Na problematiku hojení ran se ne díváme pouze z pohledu výzkumu a vývoje a toho, co umíme vyrobit, ale jdeme dál a zaměřujeme se na edukaci a sdílení důležitých informací k této problematice s našimi zákazníky. Příkladem je stránka www.lecbarany.cz.

Sestra v přímé ošetrovatelské péči je za současných personálních podmínek více než vytížená, zaměřujete se na vývoj produktů, které sestrám a dalším zdravotníkům jejich práci usnadňují nebo urychlují?

Během volby Sestry roku jedna z finalistek zmiňovala také administrativní zátěž, která dnes sestrám ubírá na efektivitě. Základ naší nabídky tvoří inovativní a kvalitní produkty, ale zaměřujeme se i na celková řešení pro konkrétní situace našich zákazníků a nabídku doplňujeme službami. Konkrétně mohu zmínit podporu řízení procesů na operačních sálech (procesní analýzy a informační systém Operis), systém pro podporu řízení činnosti a vykazování v domácí péči (informační systém DomiCon) a v neposlední řadě ucelenou nabídku konzultantských a vzdělávacích služeb, kterou Hartmann přináší na trh.

Práci zdravotníkům ulehčují a zpřehledňují také informační technologie, sleduje vaše společnost tyto trendy?

Nejenže tyto trendy sledujeme, ale v návaznosti na ně hledáme a využíváme cesty jak zlepšit léčbu, její výsledky a zkušenosti s poskytováním zdravotní péče. Právě informační technologie a systémy mají ve zdravotnictví velký potenciál.

Vyvinuli jsme například aplikaci *i-hojení.cz*. Jedná se o jednoduchý systém, který nabízí zdravotnickému personálu řadu benefitů. Jeho prostřednictvím je možné sbírat a vyhodnocovat klinická a ekonomická data léčby ran. Lze tedy celkem snadno pracovat se správně vyčíslenými náklady na léčbu, což nejenom zefektivní práci sestry a lékařů, ale ušetří čas i peníze.

Ve všech pomůckách a zdravotnických prostředcích vždy musí stát odborný, edukovaný zdravotník. Ve které části ošetrova-



Foto: archiv HARTMANN – RICO

telského procesu vnímáte právě sestru jako nezastupitelnou?

Roli sestry jsem vždy vnímal jako velice důležitou a navíc jsem přesvědčen, že její význam ještě poroste a bude v našem systému zdravotní péče posilovat své kompetence. Myslím, že dnešní sestry jsou profesně na velmi dobré úrovni, ale zaslouží si větší uznání a ocenění jak finanční, tak společenské. Jsme rádi, že partnerstvím při volbě Sestry roku můžeme k růstu této prestiže přispět.

(kdu)

Inzerce M161000308

Proč právě PROFESNÍ ODPOVĚDNOST s námi?!


Kooperativa
VIENNA INSURANCE GROUP

Pro život jaký je
už 25 let

Víte, co všechno pojištění odpovědnosti lékaře na základě VIP rámcových dohod s Kooperativou automaticky zahrnuje?

- ▶ nemajetkovou újmu způsobenou ublížením na zdraví nebo usmrcením poškozenému nebo osobám jemu blízkým (bolestné, duševní útrapy blízkých), včetně nedbalostního úniku dat ze zdravotní dokumentace, mylné informace o zdravotním stavu, nedostatku soukromí při vyšetření
- ▶ pojištění pro případ rozšíření nakažlivých chorob lidí a přenosu viru HIV
- ▶ pojištění za újmu způsobenou vadou výrobku, estetickým zákrokem, s výjimkou zákroků chirurgické povahy
- ▶ odložené věci návštěvníků, úraz pacienta, škody na sousedních prostorách, ...

- ▶ újmu způsobenou v souvislosti s nakládáním s nebezpečnými chemickými látkami, stlačenými nebo zkapalněnými plyny, nebezpečnými odpady poskytovanými zdravotními službami
- ▶ záruku možnosti zahrnutí udržovacího pojištění pro dosavadního poskytovatele
- ▶ odpovědnost pojištěného za tzv. čistotu finanční škodu či při posouzení zdravotního stavu pacienta

Pojištění odpovědnosti lze ještě rozšířit o:

- ▶ pojištění ochrany také pro případ, že působilte při poskytování zdravotní péče v rámci své praxe (nikoli v pracovněprávním vztahu) v jiném zdravotnickém zařízení, a to i lůžkovém (např. při provádění určitého výkonu na základě smlouvy s nemocnicí, v rámci stáže apod.)

Poskytujeme nejen pojištění profesní odpovědnosti, ale díky produktu ORDINACE nabízíme komplexní pojistnou ochranu Vašemu zdravotnickému zařízení. Pojištění ORDINACE myslí na všechna úskalí a rizika, která mohou provoz Vaší ordinace ohrozit.

V případě zájmu o sjednání pojištění či více informací kontaktujte garanta spolupráce:

Renata Pacnerová

Kooperativa pojišťovna, a.s.

Vienna Insurance Group

Pobřežní 665/21

186 00 Praha 8

☎ + 420 602 146 850

✉ rpacnerova@koop.cz

✉ kancelar-vip@koop.cz

Sestra roku 2015

roku
Sestra 15



Zleva Viera Ivanovová, šéfredaktorka Zdravotnictví a medicína Markéta Mikšová, Františka Ertlová, Dana Krásová, Renata Všečeková, ředitel divize Medical Services MF Karel Novotný, Kateřina Palinčáková, Radim Němec a Marie Křížová



Kateřina Palinčáková a předseda představenstva Kooperativa Ing. Martin Diviš



Renata Všečeková a náměstek ministra zdravotnictví MUDr. Tom Philipp



Křišťálové ceny do soutěže vyrobila Nižborská sklárna RÜCKL CRYSTAL, a. s.



Františka Ertlová a ředitel Fakultní nemocnice Motol JUDr. Ing. Miloslav Ludvík



V rámci večera byla pokřtěna publikace Osobnosti současného českého ošetrovatelství. Kmotrami byly Global Marketing Managerka společnosti LINET, s. r. o., Klára Horzinková a modelka Vladka Erbová (vlevo)



Účastníky galavečera pozdravila náměstkyně ministra zdravotnictví ČR JUDr. Lenka Teska Arnoštová.



Ministryně práce a sociálních věcí ČR Mgr. Michaela Marksová převzala záštitu nad akcí.



HARTMANN



O krok dál
pro zdraví

Když vložíme srdce do všeho, co děláme

Dobrá péče o pacienty vychází ze srdce. Stejně jako hledání cest, jak usnadnit život zdravotníkům i pacientům po celém světě.

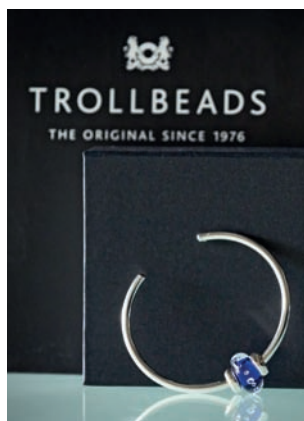
Nadšení, s nímž přijímáme nové výzvy, nám umožňuje posouvat hranice zdravotní péče o krok dál.

Každou minutu, každý den, kdekoliv.

hartmann.cz



Radim Němec a Michaela Marksová



Šperky vítězům věnovala společnost Trollbeads.



Marie Křížová a prezidentka České asociace sester PhDr. Martina Šochmanová



Dana Krásová a Karel Novotný



Viera Ivanovová



Marie Křížová, Viera Ivanovová, Renata Všečeková, Dana Krásová, Radim Němec a Kateřina Palinčáková



Výkonný ředitel HARTMANN - RICO, a. s., Ing. Tomáš Groh společně s Brand Ambasadorkou HARTMANN - RICO, a. s., Taťána Kuchařovou



Obchodní ředitelka Medical Services Kristína Kupcová a Managing Director společnosti HARTMANN - RICO, a. s., Ing. Marek Třeška



O hudební zážitek se hrou na klavír a zpěvem postaral Ondřej Brzobohatý.

Generální partner

Hlavní partneři



O krok dál pro zdraví



Originální šperky do soutěže věnovala společnost Krakatka.



Kulturní program zpestřila přehlídka pánské módy společnosti UOMO NAPOLETANO.



Galavečere provázel moderátor Libor Bouček.



Náměstek ministra zdravotnictví ČR pro legislativu JUDr. Radek Polícar



Ředitel FN Motol Miloslav Ludvík



Psychiatri MUDr. Radkin Honzák



Obchodní ředitel pro ČR společnosti LINET Zdeněk Grimm



Karel Novotný, Kristina Kupcová a přednostka Dermatovenerologické kliniky Nemocnice Na Bulovce prof. MUDr. Jana Hercogová



Šéfredaktorka časopisu Sociální služby Mgr. Veronika Hotová a prezident Unie zaměstnavatelských svazů Ing. Jiří Horecký



Prezidentka ČAS Martina Šochmanová



Zástupkyně šéfredaktorky Zdravotnictví a medicína Petra Klusáková a Ing. Pavol Mazan ze společnosti Pfizer



Plastiční chirurgové doc. Jan Měššák (vlevo) a MUDr. Ondřej Měššák z Kliniky Esthé s partnerkami



Ředitelka odboru marketingu společnosti AGEL, a. s., Maya Novackova



Manažerka korporátní komunikace společnosti HARTMANN - RICO, a. s., Sylwia Říhošková (uprostřed)

roku Sestra 15

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

Děkujeme partnerům soutěže!

Generální partner



O krok dál
pro zdraví

Hlavní partneři



Partner



Partneři galavečera



Záštita



Mediální partneři



Odborný garant



Módní přehlídka



Těšíme se na spolupráci v dalším, již 17. ročníku soutěže!

Sestra

www.sestra.cz



odborný časopis pro nelékařské zdravotnické pracovníky



15 / Mimořádná příloha

Textem i obrazem
o galavečeru Sestra roku 2015



28 / Kazuistika

Rakovina prsu
neznamená konec života



32 / Paliativní medicína

Umírání pohledem sestry
lůžkového hospice

Rakovina prsu neznamená konec života

Karcinom prsu je závažné onemocnění se vzestupnou tendencí incidence, ale klesající mortalitou. Choroby prsu postihují stále mladší generace žen. Včasná diagnóza může postiženým ženám zachránit zdraví i život. Slezská nemocnice v Opavě byla jedním z prvních pracovišť, jež se od počátku zapojila do celoplošného mamologického screeningu, který byl v ČR zaveden v roce 2002.

Díky medializaci se zlepšila osvěta, přesto i dnes mnoho žen vyhledá lékaře až v pokročilém stadiu onemocnění. Statistiky uvádějí, že v ČR karcinomem prsu onemocní každý rok 6500 žen. Na jeho následky každoročně 2000 žen umírá. Rakovina prsu má smutné prvenství mezi příčinami úmrtí žen (ve věku 20–54 let). Ročně je diagnostikováno s karcinomem prsu téměř 100 žen do 35 let věku.

Úspěchy Centra pro choroby prsu

V ČR dnes funguje 68 mamologických screeningových pracovišť. Ve Slezské nemocnici v Opavě funguje jedno z nich. Pokrývá screeningem severozápadní část Moravskoslezského kraje (MSK), což je velmi rozsáhlý region. Kromě Opavy jde o okresy Krnov, Bruntál, Vítkov, Hlučín, Kravaře, Zlaté Hory a Vrbno pod Pradědem. V rámci prevence od roku 2014 rovněž probíhá adrese adresné volání občany zdravotními pojišťovnami. Projekt je preventivním opatřením týkajícím se nejen karcinomu prsu, ale i karcinomu děložního hrdla, karcinomu tlustého střeva a konečníku.

V roce 2012 Slezská nemocnice v Opavě vytvořila speciální Centrum pro choroby prsu. Pacientům s onemocněním prsu nabízí nejmodernější diagnostické i léčebné postupy. Provádí ultrazvukové vyšetření, vyšetření počítačovým tomografem nebo magnetickou rezonancí. Jako jedno z mála pracovišť v MSK má k dispozici také scintigrafické vyšetření na oddělení nukleární medicíny, kde je prováděna diagnostika sentinelové uzliny, peroperačně se pak provádí její biopsie. Spolupracující tým odborníků je tvořen chirurgem, rentgenologem, onkologem a histopatologem. Centrum pro choroby prsu poskytuje pacientkám léčbu včetně chemoterapie a biologické léč-

by. Radioterapii obvykle zajišťuje radioterapeutické oddělení ve FN Ostrava nebo v Nemocnici Nový Jičín. Opavskému mamární poradnu navštíví ročně přes tisíc pacientek. Na chirurgickém oddělení naší nemocnice jsme kvůli potvrzenému karcinomu prsu jen v uplynulém roce operovali 68 z nich.

Vrátit do života soběstačnou ženu

Stanovením maligní diagnózy se ženě během jediného okamžiku změnil dosavadní život. Potřebuje čas na pochopení, zároveň se však musí připravit v krátkém čase k radikálnímu operačnímu řešení. Po náročném operačním výkonu následuje období nejistoty při čekání na konečné výsledky a přímo navazující dlouhodobá komplexní onkologická léčba, která se pohybuje přibližně v ročním časovém horizontu. Všechny tyto skutečnosti ovlivňují pacientku i její blízké. Psychická pohoda je důležitá po celou dobu léčby. Vyrovnaná žena je schopna se smířit s diagnózou, pochopit nastavenou léčbu a po celou dobu aktivně spolupracovat.

Během ošetřovatelského procesu při vzájemné komunikaci monitorujeme potřeby pacientek po operaci prsu. Předáváme jim potřebné informace o léčbě, ošetřovatelských postupech a výkonech, pomocných vyšetřeních nebo pooperační rehabilitaci. Dobře informovanou pacientku pak doma nepřekvapí každodenní činnosti a s nimi spojené problémy. Bude předvídat možné komplikace a bude jím schopna předéjit. Snažíme se v praxi uplatnit model moderního ošetřovatelství. Nesledujeme pouze fyzický stav, ale také psychiku. Jedním z našich ošetřovatelských cílů je vrátit klientky po operaci prsu zpět do sociálního prostředí soběstačné, klidné a dostatečně znalé situací, s nimiž se v domácím prostředí mohou setkat.

Kazuistika

• Mladá žena, 40 let, vdaná, pracuje jako prodavačka.

Porod 1 zdravého dítěte, kojení asi 8 měsíců. Zdravá, pravidelně léky neužívá. Bydlí v rodinném domě společně s manželem a dcerou, má optimální rodinné zázemí a plnou podporu rodiny. Pozitivní rodinná anamnéza karcinomu prsu.

Vloni první vyšetření v mamární poradně, sama si nahmatala několik drobných rezistencí v levém prsu. Indikované ultrazvukové vyšetření rentgenologem uzavřeno jako mastopatický uzlík s doporučením dispenzarizace v mamologické poradně a následná kontrolní sonografie s půlročním odstupem. Při kontrolním vyšetření a ultrazvuku již rentgenolog hodnotí jako benigní fibroadenomy, pacientce je doporučen odběr tkáňového vzorku v celkové anestezii. Toto řešení neakceptuje, proto je pozvána na další kontrolu po půl roce kdykoli při potížích. V závěru roku přichází k plánovanému vyšetření, při klinické kontrole udává již čtyři měsíce trvající sekreci z bradavky druhého prsu. Závěr kontrolního ultrazvuku prokazuje progresi velikosti nálezů v levém prsu. Pacientka je obratem objednána ke *core cut* biopsii. Jde o punkční odběr tkáňového vzorku v místním znecitlivění tlustou jehlou pod ultrazvukovou nebo mamografickou kontrolou. Touto metodou odebíráme vzorky z hmatných ložisek. Vzorky z nehmátných ložisek je třeba odebrat exstirpací tkáně v celkové anestezii. Pozitivní histologie z odebraného vzorku prokazuje dukální karcinom. V krátké době proběhlo mammo-onkologické konzilium, kde byla pacientka seznámena s maligní diagnózou a s navrženou léčbou.

Pláč a beznadějí

Začátkem ledna žena přišla na naše oddělení k plánované mastektomii. Jednalo se o radikál-

ní odstranění celého prsu. Byla naplánovaná oboustranná mastektomie, ale vzhledem k rozsahu operační rány jako dvoudobý operační výkon (po mastektomii je velká operační rána přes celou polovinu hrudníku). V první době jsme odstranili pravý prs současně s preparací sentinelové uzliny, při dalším výkonu pak levý prs.

Strach a obavy z výkonu jsou samozřejmé. Vzhledem k onkologické diagnóze předpokládáme u každé pacientky psychickou dysbalanci. Naše pacientka před operací spolupracovala. Při probuzení z anestezie opakovaně zvracela, stále plakala, udávala nesnesitelné bolesti i přes pravidelné velké dávky analgetik. Další den se rozvinula pooperační deprese. Uzavřela se do sebe, nekomunikovala, v pokoji měla během celého dne tmou, aby na sebe neviděla, nepouštěla si televizi. Již neplakala, ale nemluvila s námi, většinou měla zavřené oči, přestože nespala nebo se strnule dívala do jednoho místa. Informovali jsme ji o pooperační péči, o hygieně operační rány, o vhodnosti včasné rehabilitace. Převazy přetrpěla s hlavou otočenou tak, aby na sebe neviděla, cvičení odložila na později. Další den probíhalo střídání nálad, ale převažovala depresivní nálada. Trpěla nechutenstvím, odmítala veškeré jídlo, málo pila. Udávala variaci psychosomatických příznaků, bolesti hlavy, tlaky v žaludku, bolesti břicha, zimnici... Žádný z udávaných příznaků ale nebyl objektivizován.

Vyrovnat se s realitou není lehké

Zařídili jsme pacientce krizovou intervenci sloužícím psychiatrem, pohovorem byla viditelně uklidněna. Lékaře tlumočila své pocity, obavy z nemoci, kdy si byla vědoma dědičné zátěže v rodině, protože teta zemřela na stejnou diagnózu ve stejném věku,

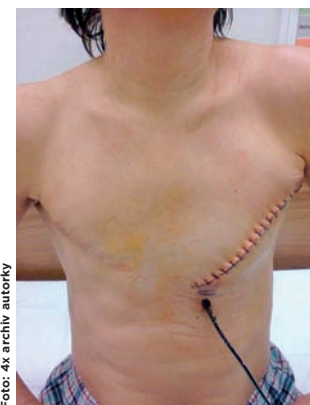
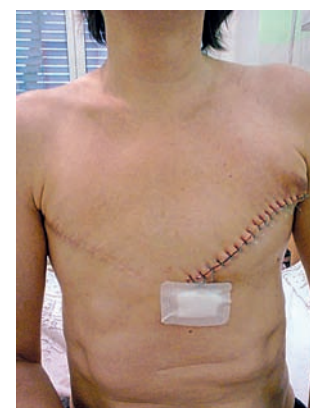
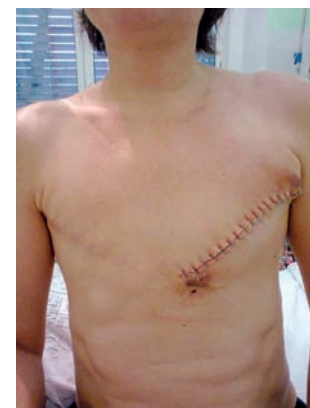


Foto: Ak archív autorky

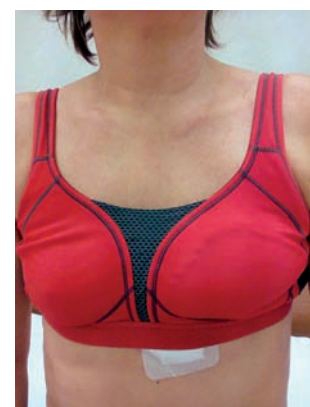
Obr. 1 Jizva po mastektomii vlevo u mladé pacientky (44 let) s pooperační podtlakovou drenáží 2. den po operaci. Zhojená jizva po mastektomii vpravo.



Obr. 2 Jizva po mastektomii vlevo po vytažení drenáže 4. den po operaci



Obr. 3 Propuštění pacientky do domácího léčení 5. den po operaci



Obr. 4 Speciální spodní prádlo (sportovní podprsenka) vyplněná prsní epitézou vpravo i vlevo

jako byla nyní naše pacientka. Celkově byla nadměrně zaměřená na svůj vzhled, přestože pro extrémní vyhublost měla spíše drobnou dívčí postavu s nepřilíživými viditelnými druhotnými pohlavními znaky. Nesnesla pohled na své tělo, nedokázala se dotknout operační rány. Nabízená psychofarmaka po důkladném probrání účinků akceptovala. Lékařka jí předala kontakty na krizové interventy. Další den jsme pozorovali nepatrné zlepšení psychického stavu, ošetřující lékař navrhl víkendovou propustku, aby mohla pacientka být s rodinou v domácím prostředí. Byla vybavena léky a po důkladné edukaci společně s manželem odjela domů. Po domluvě s lékařem byl naplánován návrat na oddělení za 48 hodin.

Pacientka se vrátila cca po 12 hodinách, plačtivá, rozčtřesená, se sklony k hysterii. Udávala progresi bolestí, při kontrole operační rány jsme zjistili zarudnutí a celkové napětí v okolí operační rány. Lékař ji informoval o nutnosti vyčištění rány. Pacientka reagovala až apaticky, obviňovala sebe sama. Oznámila léka-

ři, že psychofarmaka doma neuzívala a ani v budoucnu užívat nebude. Operace druhého prsu byla vzhledem k rané infekci odložena, po přeléčení antibiotiky se postupně, ale velmi pomalu, upravila i psychická dysbalance. Nálady se střídaly – buď byla pacientka nadměrně optimistická až excitovaná, nebo nekomunikovala. Opakovaně probíhaly pohovory s psychiatrem, nadále však odmítala medikamentózní pomoc.

Společná starost pomáhá

Zlom nastal až v době, kdy jsme na pokoj umístili pacientku se stejnou diagnózou. Byla o několik let mladší a připravovali jsme ji ke stejné operaci prsu. Ke své onkologické diagnóze zaujala zcela odlišný postoj než naše pacientka, přestože s ní byla seznámena teprve nedávno. Lačnila po všech dostupných informacích, chtěla o svém problému mluvit, zajímalo ji všechno, co se týkalo operace a pooperační péči. Chtěla být připravená. A svým optimismem a vírou ovlivnila i naši depresivní pacientku. Společně neštěstí je sblí-

žilo. Jako by si naše pacientka teprve tehdy zcela jasně uvědomila, že i jiné ženy mají rakovinu prsu, že i mladší ženy mohou přijít o prs...

Pooperační infekce naší pacientky byla zvládnuta, mohlo se přistoupit k odstranění druhého prsu. Operaci měly obě ženy ve stejný den. Naši pacientku to viditelně uklidnilo, pooperační průběh po druhém výkonu byl zcela bez komplikací, zapojila se i do včasné pooperační rehabilitace. Doporučené sestavy cviků během dne cvičily obě ženy společně. Ale i přes celkové zlepšení psychického stavu se pacientka nedokázala dotknout operační rány a stále se sprchovala, aniž by na sebe pohlédla. Hospitalizace byla ukončena po 3 týdnech, pacientku jsme propustili ve stabilizovaném stavu do domácího léčení a následné péči v onkologické ambulanci.

Čeká ji boj nejenom s nemocí, ale i se sebou. Je mladá, má rodinu, nezletilé dítě, které ji potřebuje. Bude se muset vyrovnat s tělesným handicapem, protože odstranění prsu je pro ženu devastující. Vzhledem



Ilustrační foto: Shutterstock

k věku je naše pacientka v budoucnu vhodným adeptem pro plastickou operaci. Pacientkám po mastektomii je tato plastická operace hrazena zdravotní pojišťovnou. Provádí se ale až po ukončení onkologické léčby, kdy jsou všechny kontrolní nálezy negativní, což je obvykle po dvou letech od operace.

Naše pacientka z pochopitelných důvodů nesouhlasila s publikováním fotografií, proto pro ilustraci používáme fotodokumentaci jiné ženy v podobném věku po oboustranné mastektomii.

Bc. et Bc. Jarmila Čipová,
chirurgické oddělení,
Slezská nemocnice v Opavě,
r.o.x.y@seznam.cz

Inzerce M161000246



Moravskoslezská
SESTRA
2016

Přihlas svého kandidáta!

**Uzávěrka podání
příhlášky je 31. 5. 2016.**

Příhlášku a podmínky ankety naleznete na webových stránkách

<http://sestra.msk.cz>

Anketa je určena pro odbornou veřejnost.

Svou sestru můžete nominovat do těchto kategorií:

1. Sestra u lůžka
2. Ambulantní a domácí péče
3. Paliativní a hospicová péče
4. Porodní asistentka
5. Ocenění za dlouhodobý přínos v ošetrovatelské péči

Anketa je pořádána Moravskoslezským krajem ve spolupráci s Agenturou Orange.

Imobilizačný syndróm a možnosti prevencie

Pri každom závažnejšom ochorení je pokoj na lôžku dôležitou liečebnou metódou. Ak však tento pokoj a nečinnosť trvajú viac dní, začne nastupovať opačný efekt inaktivity, najmä u starých ľudí. Postupne dochádza k zmenám viacerých orgánových systémov označovaných ako imobilizačný syndróm.

Príčinou môžu byť všetky stavy, pri ktorých musí pacient dodržiavať pokoj na lôžku (napr. pooperačné stavy, akútny infarkt myokardu a i.), alebo pri ktorých sa nemôže aktívne pohybovať (napr. hemiplégia, paraplégia a i.). Ku vzniku imobilizačného syndrómu prispievajú i vyšší vek, polymorbidita, podvýživa, výrazné prejavy celkovej artériosklerózy. Imobilita je syndróm s variabilným klinickým obrazom, vždy je následkom vážnej poruchy zdravia, vždy predstavuje vážne zdravotné riziko. Obmedzenie pohybu vyvoláva patologický stav s možnými následkami pre celý organizmus. Dlhodobá imobilizácia je pre ľudský organizmus silným stresorom.

Príčiny vzniku imobilizačného syndrómu

Príčiny sú početné a veľmi rôznorodé. Dajú sa rozdeliť do viacerých skupín:

- **všeobecné rizikové faktory** – polymorbidita s viac ako 3 aktívnymi lekáskymi diagnózami, terminálne stavy ťažkých ochorení;
- **rizikové faktory z lokomočného aparátu** – osteoporóza, pokročilá artróza, pády a úrazy, úbytok svalovej sily, reumatoidná artritída;
- **faktory vyplývajúce z nervového systému** – náhle cievne mozgové príhody, *sclerosis mul-*

*tiple*x, Parkinsonova choroba, centrálné poruchy rovnováhy;

- **psychické príčiny** – demencia, depresia, psychóza;
- **poruchy zmyslových orgánov** – slepota, lézia statoakustiky;
- **lieky a polypragmázia** – psychofarmaká;
- **iné rizikové faktory** – ortostatická hypotenzia, recidivujúce uroinfekty, malígne ochorenia a ťažké anémie.

Z uvedených rizík si zasluhujú mimoriadnu pozornosť **pády a úrazy**. Pády obvykle nastávajú v dôsledku súhry vonkajších a vnútorných rizikových faktorov. Vnútorné faktory sa dotýkajú dvoch kľúčových funkcií, stability a mobility. Patria k nim najmä neurologické ochorenia a postihnutia pohybového systému. K vonkajším rizikovým faktorom patria všetky okolnosti zvyšujúce možnosť úrazu: šmykľavé podlahy, zlé osvetlenie, neočakávané prekážky, pohyblivé schody, nebezpečné verejné komunikácie a ďalšie. Riziko pádu je veľmi závažné, pretože asi tretina zdravých osôb nad 65 rokov a polovica 80 a viacročných ľudí žijúcich v domácnosti najmenej raz za rok spadne. Bez mála k 95 % pádov dochádza pri bežných činnostiach, ako je napríklad chôdza po schodoch, pošmyknutie, stoj na stoličke, rebríku. Ženy padajú častejšie ako muži a výskyt závažných komplikácií je u nich

dvojnásobne vyšší. Zranenia pri pádoch sú 6.-7. hlavnou príčinou smrti u osôb nad 65 rokov. Potencionálne veľmi nebezpečnou sa môže stať i **imobilizačná osteoporóza**. Chorý je ohrozený kompresívnymi zlomeninami stavcov a patologickými zlomeninami vôbec. Opakovane sa tiež preukázal priamy vzťah medzi imobilitou, inkontinenciou a včasnou mortalitou. Prognózu starých ľudí zhoršuje i inkontinencia, ktorá sa vyskytuje až u 83 % pacientov, zatiaľ čo u mobilných len u 11 %.

Medzi ďalšie príčiny vzniku imobilizačného syndrómu patrí i **slabosť, bolesť, strata rovnováhy a psychologické problémy**. Príčinou slabosti môže byť i myopatia, podvýživa, ale aj ťažká obezita alebo poruchy elektrolytovej rovnováhy.

Následky imobilizačného syndrómu

Je možno ich rozdeliť na psychické a somatické.

Psychické následky sa manifestujú apatiou, depresiou, alebo nepokojnosťou a podráždenosťou. Psychická reakcia na stratu fyzickej aktivity sa môže prejavovať ako apatia, strata motivácie a neochota komunikovať, ako depresia a odmietnutie terapeutických postupov či ako strach, podráždenosť a nepokoj, poruchy správanie a akcelerácia demencie.

Somatické následky imobility sa premietajú do funkcie celého radu orgánov a systémov. Výrazné zmeny vznikajú vo **svalovom systéme**. Svalová sila sa následkom nečinnosti znižuje, podľa správ je strata svalovej sily 1-3 % denne alebo 10-15 % za týždeň. Ak nehybnosť trvá dva mesiace, môže svalová hmota atrofovať na polovicu pôvodného objemu, väčšie svaly sú pritom postihnuté viac než tie menšie. Navyše svaly dolných končatín môžu strácať silu dvakrát rýchlejšie ako svaly horných končatín. Vznikajú kontraktúry, ktoré sú klinicky definované ako zníženie alebo nemožnosť plného pasívneho rozsahu pohybu. Kontraktúry sú výsledkom znehybnenia svalu v skrátenej polohe a môžu vzniknúť už po 8 hodinách. Nanešťastie sa kontraktúry vyskytujú i napriek preventívnym opatreniam a rozdeľujú sa do troch skupín na artrogénne, myogénne a kontraktúry mäkkých tkanív. Myogénne a kontraktúry mäkkých tkanív sú najčastejšie spojené s predĺženým pobytom na lôžku. Funkcia **kardiovaskulárneho systému** sa následkom imobility zhoršuje, čo podporuje vznik štyroch nežiadaných javov. Sú nimi ortostatická hypotenzia, zmeny v zložení telesných tekutín, zhoršenie kardiálnej funkcie



Ilustrační foto: Shutterstock

a zvýšenie rizika tromboembolických príhod.

Ortostatická hypotenzia sa môže u starších ľudí objaviť už po niekoľkých dňoch pobytu na lôžku. Keď človek zaujme ležiacu polohu, presunie sa 500-700 ml krvi z dolných končatín do hrudníka, čo spôsobí zníženie pulzovej frekvencie a zvýšenie minútového objemu. Spomalenie venózneho návratu a aterosklerotické zmeny ciev vytvárajú podmienky pre vznik flebotrombózy a tromboflebitíd. Najčastejšie vznikajú na dolných končatinách, v kýptoch po amputáciách a v malej panve. **Zhoršenie srdcovej funkcie** začína po 3-5 dňoch imobility. Dochádza k zníženiu pulzového a minútového objemu, k zníženiu periférneho cievného odporu a systolického krvného tlaku. Často je treba 20-72 dní k obnoveniu kardiovaskulárnej rovnováhy na úrovni pred upútáním na lôžko. **Respiračný systém** je dlhodobou nepohyblivosťou veľmi zatažený, čo má za následok vznik atelektáz, zhoršenie saturácie kyslíka a predispozíciu k vzniku pneumónie. Pri chronickom pobyte na lôžku sa bránica posúva nahor, čím znižuje prúdenie krvi v pľúcnom riečišti. S tým súvisí i zníženie pohybu bránice a medzirebrových svalov, výsledkom je plytké dýchanie a väčšia účasť brušných svalov na dýchaní. Pri dlhodo-

Inzerce M16100041



Srdečne vás zveme na X. ročník konferencie

Stravování a provoz v zařízeních sociálních služeb

2. 6. 2016, Městský dům kultury Elektra, Luhačovice

Na konferenci zazní mimo jiné tato témata:

- Novinky ve výživě seniorů
- Požární ochrana v pobytových zařízeních sociálních služeb
- Povinnosti provozovatelů a zaměstnanců stravovacích služeb
- A mnoho dalších

Cena: od 100 Kč dle ceníku pro členy APSS ČR, 990 Kč pro nečleny APSS ČR

Hlásit se můžete na stránkách www.apsscr.cz, v menu Konference & Kongresy & Semináře



bom pobyte na lôžku sa zhoršuje i funkcia cilií, schopnosť vykašľávať hlien, čo prispieva k stagnácii bronchiálneho sekreátu a zvyšuje sa riziko zápalovej infiltrácie. Pokles ventilácie pľúc a stáza krvi v pľúcach podporujú vznik hypostatickej pneumónie.

V urogenitálnom systéme – zhoršuje sa vyprázdňovanie mechúra, následkom obmedzeného pohybu bránice, neúplnej relaxácie panvového dna a neschopnosti vyvinúť dostatočný brušný lis, čo všetko vedie k retencii moču, inkontinencii, tvorbe konkrementov v močovom mechúre, k infekcii močového traktu. Najbežnejšími dôsledkami nepohyblivosti v **gastrointestinálnom systéme** sú zmenšená chuť do jedla, oslabenie peristaltiky so zápchou a zadržanie stolice. Fyzická nečinnosť v **neurosenzitivnom systéme** podporuje senzoričku a psychosociálnu depriváciu, znižuje kvalitu života a bráni snahe o rehabilitáciu. Absencia fyzikálnej a psychosociálnej stimulácie vyvoláva zreteľný úpadok intelektuálnych i emocionálnych vlastností. Navyše sa pri zmyslovej izolácii objavuje nepokoj, úzkosť, depresia, strach, rýchle zmeny nálady, nespavosť, agresivita. V **kožnom systéme** imobilita predisponuje k tvorbe dekubitálnych vredov. Navyše sa u starších ľudí pripútávaných k posteli často objavuje trhanie a trenie, čo zraňuje ich krehkú kožu a prispieva k jej poškodeniu.

Prevenčia imobilizačného syndrómu

Prevenčia imobilizačného syndrómu spočíva aj v odstránení príčin, ktoré vedú k imobilizácii. Pobyť na lôžku musí byť skrátený na nevyhnutný čas, treba sa vyvarovať zbytočným hospitalizáciám a ústavnému pobytu starých ľudí. Prevenčiu imobilizačného syndrómu môžeme rozdeliť na primárnu prevenčiu a sekundárnu prevenčiu zameranú na prevenciu problémov z imobility.

- Súčasťou **primárnej prevencie** je napríklad povzbudzovanie pacienta k aktivite spojenej s prekonávaním ťažie. To znamená, že pacientovi pomáha vstať z postele a začíname s ním chodiť čo najskôr. Pacient najprv sedí na posteli, potom na jej boku. Neskôr mu pomôžeme z postele vstať a prejsť na stoličku. Napokon chodí s pomocou, pričom vzdialenosť postupne zvyšujeme. Státie alebo chôdza spôsobujú nielen úplnú extenziu bedrových a kolenných kĺbov, ale vyvolávajú

aj gravitačné zaťaženie, ktoré zamedzuje strate kalcia z kostí. Pacientom, ktorí nemajú dost sil na státie či chodenie, alebo neudržia rovnováhu, môžeme pomôcť nácvikom pasívnej antigravitácie použitím sklopnej postele. Postel sa postaví do vertikálnej polohy, čo umožňuje pacientovi stáť a niešť svoju hmotnosť. Program fyzických cvičení zahŕňa pasívne a aktívne cvičenia na rozsah pohybu. Príkladom vhodného cvičenia je používanie trapézového závesu pri zdvíhaní tela z postele. **Aktívne cvičenia na rozsah pohybu** sú cviky, pri ktorých pacient pohybuje každým kĺbom tela, pričom maximálne napína všetky svalové skupiny v okolí kĺbu. Tieto cvičenia udržiavajú alebo zvyšujú svalovú silu a vytrvalosť. Počas nich pacient používa silnejšiu ruku alebo nohu opačnej strany na vykonávanie pohybu kĺbov končatiny neschopnej aktívnej činnosti. Počas **pasívnych cvičení na rozsah pohybov** iná osoba pohybuje so všetkými kĺbmi pacienta v ich kompletnom rozsahu, maximálne napína každú svalovú skupinu každým smerom a nad každým kĺbom. Do oblasti prevencie môžeme zahrnúť aj povzbudzovanie k samostatnému vykonávaniu bežných denných aktivít, ďalej zabezpečenie vhodného príjmu potravy a tekutín, starostlivosť o kožu tak, aby bola čistá a suchá, zabezpečovanie mechanických zariadení na zmiernenie tlaku podložky na oblasti výstupkov kostí, plánovanie stimulačných aktivít.

- **Sekundárna prevencia** je zameraná na prevenciu problémov z imobility. V jednotlivých systémoch sa zameriavame na tieto preventívne opatrenia. Na **prevenciu kardiovaskulárnych komplikácií** vyvolaných imobilitou sú vhodné pohyby a cvičenia každého druhu (najmä s dolnými končatinami), cviky na nezávislosť v bežných aktivitách, otáčanie sa a iné pohyby v posteli. Tieto aktivity spomaľujú frekvenciu srdca a zvyšujú jeho rezervu, stimulujú sympatiko-vý nervový systém k znovuoobnoveniu periférnej vazokonstrikcie počas zmien polohy, zlepšujú svalový tonus, a teda zabraňujú vzniku edému, ako aj trombov a embolov. Ďalším zásahom je posilňovanie periférnej vazokonstrikcie vertikálnou polohou. Patrí sem

postupné zvyšovanie prednej časti postele. Sestra starostlivo sleduje prípadný pokles tlaku, sťažnosti pacienta na závrate či neistotu vo vzpriamenej polohe. Ak sa tieto ťažkosti vyskytnú, je nutné prednú časť postele znížiť.

Prevenčia tromboembolickej choroby zahŕňa používanie elastických pančúch alebo bandáže, ktoré napomáhajú predchádzať ortostatickej hypotenzii a nahromadeniu krvi v žilách dolných končatín, ktoré spôsobuje dilatáciu žíl, ich preplnenie s následným edémom a možnosťou vzniku trombov. Pančuchy treba dvakrát denne vyzliecť na 20–30 minút. Pri podozrení na trombozu pacientovi ukladáme dolné končatiny do zvýšenej polohy. Pacienta upozorníme, aby si nemasíroval lýtka, lebo masáž by mohla uvoľniť prípadný trombus. Súčasťou prevencie tromboembolickej príhody je i aplikácia nízkych dávok warfarínu alebo subkutánna aplikácia heparínu.

Cvičenia hlbokého dýchania a kašľania predstavujú efektívny spôsob na dosiahnutie správneho dýchania. Príjem tekutín najmenej 2000 ml denne uľah-

čuje expektoráciu. Bránicovo-brušné dychové cvičenia znižujú množstvo nevymieňajúceho sa a stagnujúceho vzduchu v alveolách a redukujú úsilie potrebné na dýchanie. Pri týchto cvikoch pacient leží na chrbte a sleduje pohyby brucha, brucho dvíha s hlbokými vdychmi, s pomalými úsilnými kontrakciami abdominálnych svalov zase brucho klesá.

Prevenčia **metabolických a výživových problémov** vyžaduje, aby pacient prijímal dostatočné množstvo proteínov, tukov a vláknin. Vysokoenergetická strava napomáha znovuzískaniu spotrebovanej energie a hojeniu tkanív. Vlákna je dôležitá na prevenciu zápchy. Pacient tiež potrebuje dostatočné množstvo minerálnych látok a vitamínov, ktoré napomáhajú obnoveniu bielkovinových zásob.

Na prevenciu **močových a endokrinných problémov** je vhodné časté otáčanie a polohovanie, ktoré znižuje množstvo stagnujúceho moču v obličkách a močovom mechúre a napomáha lepšiemu vyprázdňovaniu pri každom močení. Pacientovi odporúčame piť aspoň 2000 ml tekutín denne. Tekutiny zvyšujú

objem moču, znižujú jeho stagnáciu a znižujú riziko tvorby obličkových kameňov a močových infekcií.

Preventívne opatrenia na **zníženie rizika vzniku preležanín** zahŕňajú úpravu prostredia, správne polohovanie, výživu a úzkostlivú hygienu. Poloha pacienta by sa mala meniť každé dve hodiny, ak je potrebné aj častejšie. Pacient sa musí dvíhať, nikdy nie ťahať do sediacej polohy. Ak je viacero predisponujúcich faktorov, je vhodný antidekubitový matrac.

Záver

Najväčšie komplikácie hroziace imobilnému starému pacientovi sú hypostatická pneumónia, dekubity, tromboembolickej príhody, psychická deprivácia, kontraktúry a osteoporóza s jej dôsledkami a adaptačné zlyhanie. Preto je potrebné realizovať všetky preventívne opatrenia tak, aby sa riziká a následky IS eliminovali.

Literatúra u autoriek

Jarmila Dućaiová,

Blažena Litvínová,

Stredná odborná škola, Vranov, SR,

jducaiova@centrum.sk

Inzerce M161000175

Práce pro zdravotní sestry – získejte nadstandardní plat a benefity

G5 Plus je největší český zprostředkovatel práce zdravotníkům do zahraničí.

NABÍZÍME

Vysoký výběr ověřených pracovních nabídek
Čistý měsíční plat v rozmezí 60.000 – 120.000 Kč + další prémie
Přípravné kurzy v angličtině (i pro začátečníky)
Asistence po odletu a průběžné poradenství
Vyřízení cestovní administrativy



www.g5plus.cz

G5+

Mezinárodní kariéra
ve zdravotnictví

Ritualizované vs. institucionalizované umírání pohledem sestry lůžkového hospice

Umírání a smrt jsou dvě slova, která řada lidí nechce vyslovit, a pokud je mají číst, raději je nečtou. Bojí se a mají strach. Toto téma je v České republice stále ještě trochu tabuizované. Mnoho se o něm nemluví. Literatury už bylo napsáno poměrně dost, ale nikdo tyto publikace nevyhledává.

Pojem umírání je v lékařské terminologii synonymem terminálního stavu. Ten je definován jako postupné a nevratné selhávání životně důležitých funkcí orgánů s následkem smrti individua. Terminální stav bývá časově ohraničen dobou několika hodin, dnů, popř. týdnů. Smrt je jediná fakticita, která je člověku dána už v okamžiku narození. Tato jistota je ale zahalena do nejistoty. Nikdo neví, kdy a jak přijde. Jak sdělit, že se lidský život chýlí ke konci nebo byl ukončen? Otázky související s etikou umírání a smrti patří k lidsky a profesně nejnáročnějším.

Ritualizované vs. institucionalizované

V roce 1999 na shromáždění Papežské akademie Pro vita bylo zdůrazněno, že umírající nesmí být sám, že doprovázení umírajícího je nesmírně důležité pro samotného pacienta i pro členy jeho rodiny. Poslední úsek cesty má být založen na křesťanských tradicích, jimiž jsou:

- láska k člověku,
- respektování života,
- smysluplnost života až do jeho konce,
- radost a naděje na věčný život.

Humanizace smrti zůstává aktuální již řadu desetiletí. Přístup společnosti k umírání a smrti je součástí kultury dané společností. Zatímco dříve byl umírající ve středu pozornosti své rodiny, nyní je v nemocnici jen případem. Věnuje se mu sice značná pozornost, je však zaměřena profesionálně. Lidé věří, že svým blízkým pomohou nejlépe tehdy, když jim zajistí ty neúčinnější a nejmodernější léčebné postupy. Vypadá to, jako kdyby umírání bylo jen odbornou záležitostí lékařů, sester a dalších zdravotnických profesionálů. Zvykli jsme si totiž umírat „na něco“, nikoli proto, že jsme smrtelní.

Domácí model umírání

Po staletí umírali lidé především doma, v kruhu své rodiny. Předností, která bývá dodnes nostalgicky vzpomínána, byla především určitá jistota „stane se to tak, a ne jinak“. Nezanedbatelný význam měl ritualizovaný scénář umírání. Jinými slovy měl každý ze zúčastněných zřetelně vymezenou

roli, a tudíž věděl, co může a má dělat. Také umírající věděl, jaké jsou dostupné formy pomoci, neboť v minulosti sekundoval u lůžka některého z umírajících ve své rodině. Lékař jako reprezentant odbornosti vstoupil na scénu domácího umírání poměrně pozdě, tj. zhruba před 200 lety. Do té doby byla péče o umírající především laická. Tradiční roli splňoval též duchovní, který se v rámci svých možností staral nejprve o umírajícího, doprovodně a později výlučně také o příbuzné. Nevýhodou domácího modelu byly především značně redukované možnosti odborné pomoci. Lékař mohl bolestný závěr života svých nemocných ovlivňovat především (a někdy dokonce výhradně) morfiem. Kvalitní ošetrovatelská péče neexistovala a praktické ošetřování nemocných i umírajících bylo v rukou laických příbuzných. Ti však s ohledem na tradici ovládali běžné ošetrovatelské techniky vcelku uspokojivě. Dovedně byly využívány zejména metody lidového léčitelství obohacené o individuální zkušenosti. Při pohledu na statistické údaje se ukazuje, že počet pacientů zemřelých doma se mírně zvyšuje. Od roku 2007 Český statistický úřad sleduje počty úmrtí doma. Statistiky nám však nic neříkají o tom, zda tito zemřelí potřebovali pomoc zdravotníků, či nikoli.

Institucionální model

V nemocnicích se nemocným dostává nejlepší možné profesionální péče. Diagnostické a terapeutické možnosti jsou pestré a umožňují i záchranu těch pacientů, které v minulosti čekalo jen strádání a smrt. V období po 2. světové válce zavládl výrazný optimismus a mnozí byli přesvědčeni, že moderní technická specializovaná medicína nemá hranic. Postupně však došlo k rozčarování až skepsi, protože mnohým nemocným nelze vrátit zdraví, nýbrž pouze stav jistého zlepšení. V nemocnicích dnešního typu se dlouhodobě a chronicky nemocným špatně stůně a ještě hůř umírá. Nežřídka je možné i sledovat hostilitu ze strany zdravotníků, kterým dlouhodobě a chronicky nemocný „překáží“ v realizaci

vítěznych postupů akutní medicíny. Umírajícím je sice dopřán standardní léčebný, ošetrovatelský a sociální komfort, ale na naplnění psychických a duchovních potřeb není většinou čas.

Ve 30. letech 20. století se soudilo, že umírající potřebuje především nerušený klid, a tedy i samotu. Novinkou té doby se stala bílá plenta, která zmíněný klid symbolizovala a do jisté míry zabezpečovala. Teprve v 60. letech bylo seriózně prokázáno, že uvedená separace umírajících je neopodstatněná a přináší trpícím výrazný pocit samoty a opuštění. V návaznosti na převažující strategii ničím nerušeného klidu byly totiž ve vyspělých zemích výrazně omezeny návštěvy příbuzných.

I v naší republice se praktikoval návštěvní režim pouze o nedělích a středách, a to pouze ve vymezených hodinách. Tento styl, který byl praktikován po několik desetiletí, však způsobil nemalé škody. Umírající té doby zůstávali ve své těžké hodině sami a příbuzní jim nemohli projevit svou přízeň a lásku. Zdálo se, že možnost kontinuálních návštěv celou situaci poměrně brzy změni a dojde ke kýženému zvratu. Nestalo se tak, neboť příbuzní „zapomněli“, jak se u lůžka nemocného mají chovat a co mají umírajícímu „říkat“. Separace od umírajícího byla tak dlouhá, že přirozené vzorce chování se příbuzný dnes nemá kde naučit. Někteří dokonce setrvávají i na stanovisku, že umírajícímu je nejlépe v náručí profesionálů. Jako perspektivní se jeví každý systém, který kombinuje pozitiva domácího a institucionalizovaného modelu. Buď tedy umírající zůstane v nemocnici a k participaci na péči bude přizvána rodina, nebo se nemocný vrátí domů, ale rodině pomohou profesionálové. Zvláštním a doplňkovým systémem jsou pak hospice.

Hospice

Zařízení, jejichž cílem je maskovat účinky „nevyčísitelné“ choroby, byly zpočátku chápány jako „něco méně než nemocnice“. S rozvojem paliativní medicíny a logickou integrací hospiců do zdravotnického systému jsou dnes uznávány jako „něco víc než nemocnice“.

Hospice vycházejí z úcty k člověku jako jedinečné a neopakovatelné bytosti a z potřeb pacienta – biologických, psychických, sociálních a spirituálních. V zásadě jde o to respektovat priority pacienta, ačkoli s nimi nemusíme souhlasit. Hospic doprovází smrtelně nemocného, jeho blízké, poskytuje pacientovi paliativní, především symptomatickou léčbu. Neslibuje uzdravení, ale nebere naději. Neslibuje vyléčení, slibuje léčitelnost.

Pacient v hospici ví, že:

- nebude trpět nesnesitelnou bolestí,
- bude věnována pozornost všem trýznivým symptomům umírání, jako je např. dušnost, zvracení, úzkost či delirium,
- za všech okolností bude respektována jeho lidská důstojnost,
- v posledních chvílích života nezůstane osamocen.

Do hospice je zpravidla přijímán nemocný, který splňuje tyto čtyři podmínky:

- postupující choroba ohrožuje nemocného na životě,
- potřebuje paliativní, především symptomatickou léčbu a péči,
- momentálně nepotřebuje akutní nemocniční ošetření,
- nestačí nebo není možná péče domácí (eventuálně dočasně – pobyt respitní).

Závěrem

Neexistuje jednoznačná odpověď na otázku, jaké prostředí je pro umírání nejvhodnější. Zastánci domácího modelu jsou nezářídka zdravotníci, tedy lidé, kteří běžně aplikují injekce, znají zásady a význam polohování, není jim cizí přebalovat plenku dospělému inkontinentnímu člověku. Rozpoznají příznaky, které jsou zvládnutelné v domácím prostředí a odliší, kdy je nutná intervence lékaře. Příbuzní umírajícího bývají velmi často nezdravotníci, spousta úkonů je pro ně neznámá a mají z nich obavu. Velkým pomocníkem v péči o nemocné je například elektrické polohovací lůžko s postranicemi, optimálně přístupné ze tří stran nebo jen „obyčejná“ bezbariérová úprava bytu. Je to ale běžnou součástí české domácnosti? Obdiv a nemalá úcta patří všem pečujícím, kteří se o umírajícího starají doma. Zvláště pak těm, kte-

ří tuto pomoc poskytují sami jako jednotlivci, bez podpory ostatních členů rodiny. Nebývá však výjimkou, že po nějaké době přichází do hospice s prosbou o pomoc. Trvale pečující osoba je fyzicky a psychicky zcela vyčerpaná, zejména pokud nevyčísitelně nemocný trpí v řádech týdnů doprovodnými příznaky, jako je bolest nebo dušnost, či vykazuje delirantní stavy. V nemocničním prostředí pak jednoznačně úzdrava vítězí nad úmrtím. Logickým vyústěním této myšlenky je tedy absence jednolůžkových pokojů pro umírajícího, rozlučková místnost pro pozůstalé a snad nejvíce chybí personál vyškolený v oblasti poskytování paliativní medicíny. Na druhou stranu i zde dochází k jistému zlepšování kvality péče, např. zaváděním nových ošetrovatelských standardů do praxe.

Hospice svým charakterem, kde se snoubí péče profesionálů s rodinou a navíc v prostředí, které domov alespoň částečně připomíná, jsou pomyslnou zlatou střední cestou. Pacienti, potažmo jejich blízcí, nejsou limitováni návštěvními hodinami či jakýmsi nastoleným režimem dne. Ten si vytváří pacient sám dle svých možností. Při uspokojivém fyzickém i psychickém stavu může aktivně využívat svůj volný čas.

V chrudimském hospici je možnost rehabilitace, sledování filmů s ostatními pacienty, k dispozici je trvale přístupná malá knihovnička. Nalezneme zde koutek pro posezení u kávy, popř. při pěkném počasí je hojně využívána rozlehlá terasa. Uspokojení zde najdou i pacienti ležící, kteří tento prostor mohou využít také, aniž by opustili své lůžko. Pravidelně se pořádají mše a snad všeobecně nejoblíbenější činnosti, jak pro pacienty, příbuzné i personál, jsou opékání špekáčků a klavírní koncerty. Na druhou stranu je nezbytné pamatovat na pacienty, kteří dávají přednost soukromí a profitují z klidu a ticha, které se jim dostává na jednolůžkovém pokoji. Část nemocných skutečně nevyhledává společnost ani jiné aktivity. V České republice je pomalu budována síť hospicové péče, která je schopna v závěru života, společně s rodinou, zajistit ten nejvyšší odchod z tohoto světa. Význam hospiců vnímám jako poslání a jsem ráda, že mohu být součástí našeho chrudimského hospice.

Literatura u autorky

Bc. Martina Chovanová,
všeobecná sestra,
Hospic Chrudim,
martpav@centrum.cz

Odborná stáž ve Španělsku

Devět žáků oboru „zdravotnický asistent“ a „ošetřovatel“ ze Střední zdravotnické školy v Praze 10 si na odborné stáži v rámci mezinárodního programu Erasmus+ vyzkoušelo, jak o pacienty s demencí pečují ve zdravotnických a sociálních zařízeních ve španělské Granadě.

Čeští studenti, kteří již doma vykonávají odbornou praxi, tak mohli srovnávat ošetřovatelské přístupy se španělskými zařízeními, jež se zaměřují na nutriční péči.

Stážiště v akci

Na přelomu dubna a května 2015 se 9 žáků a dva vyučující zúčastnili projektu „Specifika ošetřovatelské a nutriční péče u seniorů v zahraničí“ v Granadě, v provincii Andalusie. Stáž byla financována z prostředků Evropské unie v rámci programu Erasmus+.

Výběr žáků proběhl na základě bodového hodnocení, které zahrnovalo prospěch, jazykové znalosti, přístup ke studiu a chování během celého studia. Před odjezdem navíc žáci absolvovali kurz ošetřovatelské angličtiny, po kterém následovaly hodiny ošetřovatelské angličtiny, po kterém následovaly hodiny ošetřovatelské angličtiny.

Po celou dobu stáže byl v Granadě studentům k dispozici pracovník, který zajišťoval pracovní místa stážištem a byl společně s pedagogickým doprovodem v kontaktu s vedením daných institucí.

Stážiště byli umístěni v pěti různých zdravotnických a sociálních institucích, především denních stacionářích, kde pracovali většinou ve dvojicích. V každé instituci byl předem určen mentor, který se po celou dobu stáže žákům věnoval (jednalo se vždy o zdravotnického pracovníka konkrétního zařízení, který se žáky komunikoval v anglickém jazyce a zajišťoval komunikaci s klienty).

Pět kroků ošetřovatelského procesu

Díky rozdělení do dvojic žáci i během cestování na stáž zvyšovali svou samostatnost a zlepšovali si jazykové dovednosti. Doprovázející učitelé každý den navštěvovali jednotlivá pracoviště. Víkendy byly vyhrazené kulturnímu programu, který byl součástí projektu.

Během absolvování stáže měli všichni žáci konkrétní úkoly spojené s poskytováním ošetřovatelské péče, jež museli pod vedením vyučujících denně plnit. Každý žák měl v rámci pěti kroků ošetřovatelského procesu postupně získávat informace, stanovit ošetřovatelské problémy, identifikovat priority ošetřovatelské péče, provádět konkrétní činnosti a zhodnotit reakci klienta na tyto činnosti. Stážiště měli všechny tyto činnosti porovnat s péčí poskytovanou v České republice.

Všechny úkoly žáci dokumentovali (fotografie, ošetřovatelská dokumentace, rozhovory s personálem a klienty). Každý večer jednotlivé dvojice seznámily ostatní stážišty se svými novými poznatky z pracovního dne formou krátké prezentace.

Péče o seniory

Stážiště v Granadě pečovali především o klienty s určitým druhem a stupněm demence. Většina klientů měla právě na základě tohoto onemocnění sníženou soběstačnost v péči o sebe sama. Forma péče byla různá - v některých případech šlo o dopomoc, jindy museli žáci všechny základní činnosti s důrazem na udržení



Žákyně SZŠ s klientkou denního stacionáře v Granadě | Foto: archiv autorů

ní soběstačnosti a aktivizaci vykonávat za klienta.

Studenti na základě vyhodnocení nutričního screeningu a doporučení nutričního terapeuta podávali stravu s důrazem na prevenci podvýživy a zajišťovali hydrataci. Pečovali také o základní potřeby klientů s demencí, dominantní složkou byla aktivizace s udržení soběstačnosti pomocí různých technik ergoterapie a kognitivních tréninků. Všechny ošetřovatelské činnosti žáci prováděli na základě svých kompetencí dle jednotlivých oborů.

Porovnání ošetřovatelských přístupů

Stážiště identifikovali rozdíly v ošetřovatelském přístupu a v činnostech mezi Českou republikou a Španělskem. Z konkrétních rozdílů lze na španělské straně uvést jako **pozitivní** zejména:

- personální standardy (k dispo-

zici pro klienty je multidisciplinární tým – sestra, pečovatel, fyzioterapeut, nutriční terapeut, psycholog),

- dodržování kompetencí (personál nebyl nucen překračovat své kompetence, které byly jasně stanoveny),
- počet pracovníků poskytujících přímou péči (mohla být poskytnuta kvalitní péče vzhledem k nízké skupině klientů),
- přístup (až rodinná atmosféra, každé ráno přivítání s klientem objetím; častý fyzický kontakt s klientem – pohlazení, držení za ruku),
- aktivizace (denní program měl za cíl v maximální možné míře aktivizovat klienta, zvyšovat jeho soběstačnost a udržovat ho v mentální kondici).

Jako **negativní** na španělském ošetřovatelském přístupu stážiště definovali:

- opakující se, často monotónní činnosti,



- chybějící individuální plán (všichni klienti za den dříve či později museli projít všemi aktivizačními technikami),
- každý den stejná snídaně (opečený toustový chléb s olivovým olejem),
- podávání tekutin v určitých časových intervalech, nikoli kontinuálně.

Implementace do české výuky

Zpětná vazba ze španělské strany byla jen pozitivní. Při opakovaných návštěvách pedagogů v zařízeních byli žáci chváleni mentory za přístup k poskytované péči, komunikaci s personálem i s klienty. Stážiště si vytvořili nové kontakty s ošetřovatelským managementem jednotlivých institucí, a někteří dokonce uvažují i o budoucí spolupráci po ukončení studia v ČR. Veškeré své nové získané poznatky studenti prezentovali na závěrečném evaluačním semináři v Granadě. Po návratu domů pak konkrétní rozdíly v péči o seniory ilustrovali v rámci svého vystoupení na komisi odborných předmětů, již se zúčastnili všichni odborní učitelé školy. Zde také studenti obdrželi od ředitelky školy PhDr. Ivanky Kohoutové, Ph.D., Europass Mobility. Následně pak stážiště předávali nové informace svým spolužákům v rámci výuky ošetřovatelské, praktické výuky a v hodinách psychologie. Vyučující, kteří se stáže zúčastnili, budou své poznatky implementovat v rámci ŠVP do výuky odborných předmětů.

Mgr. Patrik Burda,
RNDr. Dagmar Kenkušová,
SZŠ Ruská, Praha,
burda@szs-ruska.cz

Inzerce M161000309

 <p>Microdacyn[®] roztok</p> <p>Efektivní roztok a hydrogel k ošetření chronických, infikovaných a akutních ran a popálenin.</p>	 <p>Granulox</p> <p>Hemoglobinový sprej – oxygenátor, výrazně urychluje hojení ran.</p>	 <p>Hcel</p> <p>Absorbční a gelující celulózové krytí.</p>	 <p>Revamil</p> <p>Medové krytí i na chronické rány.</p>
---	---	---	--

Státní zdravotní dozor nad nakládáním s nebezpečnými chemickými látkami a chemickými směsmi ve zdravotnických zařízeních

Článek si klade za cíl seznámit zdravotnickou veřejnost s povinnostmi v oblasti nakládání s nebezpečnými chemickými látkami a směsmi a upozornit na nejčastější nedostatky zjišťované v této oblasti.

Krajské hygienické stanice (KHS) v rámci své kontrolní činnosti dozoruji nakládání s nebezpečnými chemickými látkami a směsmi na různých pracovištích. Kontroly se nevyhýbají ani zdravotnickým zařízením (ZZ), a ne vždy je konstatováno dodržování příslušných právních předpisů. Zdravotníci mnohdy ani netuší, co všechno musejí splnit, pokud nakládají s nebezpečnými chemickými látkami a směsmi na pracovišti.

Kde se nejčastěji používají

Chemické látky a směsi se vyskytují všude kolem nás a zdravotnická pracoviště nejsou žádnou výjimkou. Chemické látky a směsi téměř všech závažných tříd nebezpečnosti pro zdraví se používají ve všech laboratořích nemocnic i dalších ZZ a na specializovaných odděleních, a to k diagnostickým a analytickým účelům. Nejde jen o oddělení klinické biochemie, klinické hematologie, ale také např. oddělení patologie, oddělení soudního lékařství či oddělení lékařské genetiky.

Nebezpečné vlastnosti některých chemických látek se mohou úspěšně využívat např. ke sterilizaci lékařských přístrojů a různých zdravotnických pomůcek na odděleních centrální sterilizace. Nejčastěji se využívá ethylenoxid (oxiran) a formaldehyd (klasifikované jako karcinogeny, žíraviny a látky toxické) a v rámci sterilizace plasmou i peroxid vodíku – jako sterilizační médium (ve vyšších koncentracích žíravý). Prakticky na každém oddělení či ambulanci se používají jak k dezinfekci některých zdravotnických nástrojů, tak i k plošné dezinfekci povrchů dezinfekčními prostředky. Tyto dezinfekční a taky některé čisticí prostředky jsou často klasifikovány jako žíravé. Tam, kde často dochází k zanášení a ucpávání odpadů, zaměstnanci používají prostředky k čištění odpadů, které jsou směsí žíravé.

Právní předpisy

Chránit své zdraví i zdraví všech zaměstnanců je samozřejmě nutné při práci se všemi nebezpečnými chemickými látkami a směsmi, ovšem některé látky a směsi jsou pro své vlastnosti pro lidské zdraví tak nebezpečné, že určité aspekty práce s nimi upravuje právní předpis. Jedná se zejména o látky a směsi klasifikované jako vysoce toxické (akutní toxicita kategorie 1 a 2), toxické (akutní toxicita kategorie 3 a toxicita pro specifické cílové orgány po jednorázové nebo opakované expozici kategorie 1), žíravé (žíravost pro kůži kategorie 1A, 1B, 1C), karcinogenní kategorie 1 a 2 (karcinogenita kategorie 1A, 1B), mutagenita kategorie 1 a 2 (mutagenita v zárodečných buňkách kategorie 1A a 1B) a toxické pro reprodukci kategorie 1 a 2 (toxicita pro reprodukci kategorie 1 a 2).

Právním předpisem upravujícím nakládání s nebezpečnými chemickými látkami a chemickými směsmi na pracovištích je **zákon č. 258/2000 Sb.**, o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon“), ve kterém jsou stanoveny **základní povinnosti právnických a podnikajících fyzických osob, především:**

1. zajistit nakládání s látkami nebo chemickými směsmi klasifikovanými jako vysoce toxické fyzickou osobou odborně způsobilou; jednotlivé činnosti může vykonávat i zaměstnanec, kterého osoba odborně způsobilá prokazatelně zaškolila,
2. vydat pro pracoviště, kde se nakládá s nebezpečnými chemickými látkami a směsmi s výše uvedenými nebezpečnými vlastnostmi, písemná pravidla o bezpečnosti, ochraně zdraví a ochraně životního prostředí a text těchto pravidel projednat s orgánem ochrany veřejného zdraví příslušným podle místa činnosti (KHS),
3. skladovat látky a směsi klasifikované jako vysoce toxické v prostorách, které jsou uzamykatelné, zabezpečené pro-



ilustrace foto: Shutterstock

ti vstupu nepovolaných osob a s vyloučením záměny a vzájemného škodlivého působení uskladněných chemických látek a směsí a zabránit jejich pronikání do životního prostředí a ohrožení zdraví fyzických osob a také vést jejich evidenci,

4. vybavit zaměstnance pro práci s chemickými látkami a směsmi osobními ochrannými pracovními prostředky (OOPP).

Tyto povinnosti se nevztahují na:

- léčivé přípravky vymezené směrnici 2001/83/ES
- zdravotnické prostředky vymezené směrnici 90/385/EHS a 93/42/EHS, které jsou invazivní nebo se používají v přímém fyzickém styku s lidským tělem, a směrnici 98/79/ES.

V této souvislosti je nutno zmínit, že i když se např. v zubních ambulancích nebo laboratořích používají dentální rtuť, amalgámové dentální kapsle, leptací gely (na bázi kyseliny ortofosforečné a fluorovodíkové) pro použití v dutině ústní k naleptání keramických nesnímatelných náhrad a následně opravě keramiky (při odstřípnutí části zubní náhrady apod.), tj. látky a směsi klasifikované jako vysoce toxické, a dále žíravé, jedná se o zdravotnické prostředky, na které se výše uvedené povinnosti nevztahují. Rovněž je vhodné upozornit na skutečnost, že klasifikace **směsí** podle nařízení Evropského parlamentu a rady (ES) č. 1272/2008, o klasifikaci, označování a balení látek a směsí, které vešlo v účinn-

ost k 1. 6. 2015, klasifikuje směsi z hlediska žíravosti daleko přísněji než dřívější právní předpisy. Týká se to třeba dezinfekčních přípravků, u kterých došlo ke změně klasifikace a podstatná část dezinfekčních přípravků klasifikovaných jako dráždivé byla překlasiifikována na žíravé. Jedním z mnoha příkladů je SAVO, obsahující chlornan sodný. Podstatný je fakt, že směsi dráždivé nejsou pro lidské zdraví natolik nebezpečné jako směsi žíravé, neplatí pro ně tak přísná pravidla při práci s nimi, proto doporučujeme tam, kde je to možné, **používat dezinfekční přípravky klasifikované pouze jako dráždivé.**

Státní zdravotní dozor

Při výkonu státního zdravotního dozoru (SZD) v oblasti nakládání s nebezpečnými chemickými látkami a směsmi KHS kontroluje dodržování právních předpisů při práci s chemickými látkami a směsmi právnickými a podnikajícími fyzickými osobami. Při kontrolách v rámci SZD zjišťujeme, že pro pracoviště nemocnic a větší ZZ bývají písemná pravidla vydána a následně na KHS projednána. Ústavní hygienici, eventuálně externí bezpečnostní technici, plnění této povinnosti neopomíjejí. Někdy se ale stává, že pravidla nejsou zpracována pro všechny nebezpečné chemické látky a směsi, s nimiž pracoviště nakládá. U menších zařízení, případně lékařů-zaměstnavatelů naopak zjišťujeme absenci vydání a projednání pra-

videl. Vyplývá to ze skutečnosti, že povědomost o tom, že se pracuje s nebezpečnými chemickými látkami a směsmi, které vyžadují splnění určitých zákonných povinností, v menších zařízeních a tam, kde oblast ochrany zdraví při práci nezaštiťuje externí bezpečnostní technik, je nízká.

Zaměstnanci podle způsobu práce s chemickými látkami a směsmi musí být vybaveni osobními ochrannými pracovními prostředky (OOPP). Zjišťujeme spíše nevhodné OOPP, např. nevhodný typ rukavic pro práci s žíravinami, než že by zaměstnanci nebyli vybaveni OOPP vůbec. Výjimečně jsou opomíjeny ochranné brýle nebo obličejový štít, které jsou nesmírně důležitou ochrannou zrakou před možným potřísněním očí při náhlém vystříknutí žíraviny z obalu.

Problémem nebývá vybavení pracoviště prostředky pro poskytování první pomoci, i když některé chemické látky (zejména v laboratořích) vyžadují mít pro první pomoc přímo na pracovišti k dispozici např. inaktivující látky při potřísnění kůže (nikoli neutralizační látky) nebo antidota.

Nedostatky se často vyskytují ve vybavení pracoviště některými asanačními prostředky pro případ rozsypaní nebo vylití chemických látek a směsí. Musí být pamatováno na to, jak rozlité, popř. vysypané, chemické látky a směsi bezpečně asanovat a následně zlikvidovat.

V laboratořích a odděleních, kde se k analytickým nebo diagnostickým účelům používají chemické látky, ev. směsi, klasifikované jako vysoce toxické, kontrolujeme uskladnění a vedení evidence vysoce toxických látek a také zajištění nakládání s nimi osobou odborně způsobilou. Výhodou zdravotnických zařízení je, že osobou odborně způsobilou podle zákona č. 258/2000 Sb. je každý lékař, farmaceut a vysokoškolský vzdělaný chemik (v laboratořích). V této oblasti v rámci SZD nedostatky prakticky nezjišťujeme.

MUDr. Anna Hrnčířová,
ředitelka odboru hygieny práce,
KHS Moravskoslezského kraje
se sídlem v Ostravě,
anna.hrnairova@khsvo.cz

Nejčastější výjezdy záchranné služby do ordinací praktických lékařů

Praktičtí lékaři (PL) i jejich sestry se každodenně mohou ve svých ordinacích setkat se situací, kdy je nutno poskytnout první lékařskou pomoc. Do ordinace přicházejí také pacienti s kompenzovanými nemocemi, ale ty se mohou během chvíle zhoršit až do situace, kdy je třeba zachraňovat život.

Praktický lékař i nelékařský zdravotnický personál (zvláště ten registrovaný, pracující bez odborného dohledu – všeobecné sestry, porodní asistentky, fyzioterapeuti atd.) musí být schopni zahájit a kvalitně provést kardiopulmonální resuscitaci. Měl by též být schopen zajistit intravenózní přístup s podáváním léků, provádět umělé dýchání pomocí dýchacího vaku s maskou, případně defibrilovat pomocí AED či jiného defibrilátoru, pokud jsou tyto pomůcky dostupné. Ovšem vybavení ordinace PL pro dospělé či děti pro běžný provoz a pro poskytování neodkladné péče není legislativně upraveno. Proto záleží především na možnostech, schopnostech a zkušenostech každého lékaře, provozujícího ordinaci PL, jaké vybavení a jaká léčiva pro svou práci zvolí. Doporučené vybavení též závisí na dostupnosti záchranné služby v dané spádové oblasti a následně na tom, zda je relativně často první pomoc s potřebným vybavením poskytována právě v ordinaci či při návštěvních službách praktického lékaře.

Co ukázal výzkum

Výzkum provedený mezi PL v roce 2015 zjistil, s jakými komplikacemi aktuálního zdravotního stavu, při nichž je nutný urgentní odborný zásah, aby nedošlo k ohrožení života, a posléze je nutné přivolat ještě rychlou zdravotnickou pomoc, se nejčastěji u pacientů setkávají. Jedná

se o tyto stavy: akutní komplikace diabetu mellitu (DM), bolesti na hrudi a dušnost, anafylaktický šok, kolapsové stavy, akutní bolest břicha, hypertenzní krize a cévní mozkové příhody. Problematika diagnostiky jednotlivých nejčastějších akutních stavů je natolik rozsáhlá, že nelze v jednom článku shrnout vše. Proto je dále uveden praktický postup jen u dvou nejčastějších, včetně adekvátní odborné zdravotnické pomoci. Jsou zde instruovány intervence dle současných doporučení pro urgentní medicínu, tedy postupy adekvátní stavu pro co nejlepší prognózu pacienta. Bohužel ale v ordinaci PL nejsou vždy dostatečná farmakologická nebo i přístrojová vybavení.

Akutní komplikace DM

Akutní komplikace diabetu mellitu mohou být buď hypoglykemie, nebo hyperglykemie.

Hypoglykemické akutní stavy spočívají ve snížení hladiny cukru v krvi, zejména pod 2,7 mmol/l. K hypoglykemii může dojít v důsledku nevědomého předávkování inzulinem, zvláště u starších pacientů, nebo nepodání stravy po aplikaci inzulínu (např. ranní aplikace inzulínu a následný odchod k lékaři ještě před snídaní), popřípadě zvýšení fyzické námahy pacienta (pro některé je námahou právě cesta k lékaři). Při hypoglykemii je nedostatečné zásobování mozkové tkáně cukry a z tohoto důvodu nastává postupný rozvoj kvantitativně kvalitativních poruch

vědomí (od zmatenosti až po somnolenci, postupný útlum reakcí až kóma). Nástup klinických příznaků při určité hodnotě glykemie je relativně individuální, záleží na obvyklých dlouhodobých hodnotách glykemie u každého diabetika. Tolerance snížených hodnot je tedy variabilní. Důležitější než absolutní hodnoty jsou rychlost a gradient poklesu. Příznaky se objevují během několika minut až hodin. Pacient je neklidný, nervózní, má poruchy paměti, vidění (diplopie) a bolesti hlavy. Současně se při hypoglykemii v organismu spouštějí kontraregulační procesy, čímž organismus zvyšuje glykemií. Tento stav se klinicky projeví bušením srdce, tachykardií, postupným zvýšením krevního tlaku, parestezií, třesem a zvýšeným pocením s bledou, vlhkou, ale studenou kůží.

Naopak příznaky při **hyperglykemii** nastupují pozvolně, obvykle při zvýšení glykemie nad 15 mmol/l. Bezvědomí vzniká pomalým nástupem až ve fázi metabolické acidózy kompenzované výraznou respirační alkalózou s viditelnou hyperventilací Kussmaulova typu. Příčinou hyperglykemické akutní komplikace může být vynechání nebo velké snížení dávky inzulínu, popřípadě nedodržení diabetické diety velkou konzumací sladkých pokrmů. Klinicky se ketoacidóza i hyperosmolalita u pacienta projeví polyurií, dehydratací se suchou kůží a sliznicemi, žízní, slabostí, mlhavým viděním, ta-

chykardií, eventuálně hypotenzí, acetonovým zápachem z úst, nauzeou a zvracením, kompenzační hyperventilací (Kussmaulovo acidotické dýchání) a somnolencí až posléze kómátem.

Pro diferenciální diagnostiku je důležité nejen změřit glykemií, ale provést celkové vyšetření fyziologických funkcí (krevní tlak, puls, dech, vědomí), natočit EKG a provést fyzikální celkové vyšetření od hlavy k patě, abychom vyloučili jinou příčinu poruchy vědomí (např. neurologickou nebo poúrazovou).

Při hypoglykemii s poruchou vědomí je potřeba zajistit vstup do periferního žilního řečiště. Podat i. v. 20–60 ml 40% glukózy a průběžně monitorovat základní životní funkce. Následně zprostředkovat transport na interní příjem do nemocnice. Při hyperglykemii je opět důležitý vstup do periferního žilního řečiště a podat i. v. krystaloidní Hartmannův roztok 500 ml. Dále průběžně monitorovat základní životní funkce a taktéž transportovat pacienta na interní příjem do nemocnice.

Bolesti na hrudi spojené s dušností

Tyto bolesti mají původ nejčastěji v tzv. koronárním syndromu způsobeném ischemií (nedokrvěním). Ischemická nekróza je patologický důsledek infarktu myokardu. Vzniká po uzavření koronární tepny trvajícím alespoň 20–40 minut. Důvodem jsou aterosklerotické změny v koronárním řečišti, které vrcholí

krvácením do aterosklerotického plátu nebo zanesením embolu. Charakteristickým příznakem infarktu myokardu bývá bolest za hrudní kostí (retrosternální), která zpravidla trvá déle než 20 minut, obvykle do 12 hodin. Může být tlaková, svíravá nebo pálivá. Často se šíří do ramen, do levé horní končetiny, někdy se promítá mezi lopatky nebo do epigastria. Bývá provázena vegetativními příznaky, např. úzkostí, bledostí, chladným pocením, nauzeou a zvracením, dušností, palpitací, slabostí až mdlobami. Podobným stavem může být plicní embolie, kdy se jedná o tromboembolickou obstrukci v plicním řečišti, méně často o embolii tukovou. Zdrojem nejčastější embolizace jsou hluboké žilní záněty dolních končetin (85 %).

Třetím důvodem bolestí na hrudi s dušností je *angina pectoris*, charakterizovaná záchvatovitou svíravou bolestí na hrudníku, často vystřelující do krku a levé horní končetiny. Příčinou je přechodná ischemie myokardu, která vzniká v souvislosti s fyzickou aktivitou, stresem a současně zúžením průsvitu srdeční tepny. Na rozdíl od infarktu myokardu mizí obvykle během několika minut po přerušení zátěže. Bolesti také mizí velmi rychle po podání nitroglycerinu. Následkem akutního srdečního poškození může dojít k srdečnímu selhání opět s nápadnou klidovou či námahovou dušností až bezvědomím. Pacienta je potřeba ke stanovení správné diagnózy podrobit základnímu fyzikálnímu vyšetření (poslech dechu, srdce), změřeni fyziologických funkcí (TK, P, saturace kyslíkem), natočit EKG a stanovit glykemií.

Podezření na akutní koronární syndrom

Péči o pacienta s podezřením na akutní koronární syndrom je optimální zahájit zajištěním intravenózního vstupu a podáme i. v.

Inzerce M16100310



Děk kyčelního kloubu typ BEZDOSKA TRIO

BEZDOSKA s. r. o.
Vracíme radost z pohybu

ČESKÝ TRADIČNÍ VÝROBCE KLOUBNÍCH IMPLANTÁTŮ

BEZDOSKA, s.r.o., Dělnická 2727, 272 01 KLADNO, Česká republika
Tel.: +420 312 660 670 | GSM: +420 602 666 503 | e-mail: mailbox@bezdoska.cz

www.bezdoska.cz

Kardegic (0,5 g) a i. v. heparin (5–10 tisíc jednotek). Jako analgetika je vhodné podat i. v. opioid Sufentu (1 AMP) a i. v. diazepam (1 AMP). Pokud je na EKG přítomen STEMI, podáme per os Plavix (4–8 tablet). Průběžně stále monitorujeme základní životní funkce. Záchraná služba provede následný transport na koronární jednotku.

Při podezření na plicní embolii podáme kyslík maskou a zajistíme intravenózní vstup. Pokud je přítomna náhle vzniklá dušnost, tachypnoe, hyposaturace a žádný specifický poslechový nález, aplikujeme i. v. heparin (5–10 tisíc jednotek, podle velikosti pacienta). Pokud je přítomna ještě hypotenze a rozvíjel se šok, je potřeba navíc zahájit katecholaminovou podporu (např. dobutamin dávkovačem, počáteční dávkou 5–10 µg/kg/min). Při velké dušnosti a vyčerpání uvedou záchranáři pacienta do anestezie s relaxací, s následnou intubací a zahájí umělou plicní ventilaci. Při stálé monitoraci fyziologických funkcí dopraví pacienta na urgentní příjem.

Pacientovi se srdečním selháním podáme kyslík maskou a zajistíme intravenózní vstup. Pokud je krevní tlak v normě, podáme sublingválně Isoket spray, i. v., aplikujeme furosemid (20–40 mg) a opioid morfin (10 mg),

kteří snižuje pocit dušnosti. Pokud pro nízký krevní tlak nelze podat diuretika, podáme pozitivně inotropní látku i. v. (dobutamin, 5–15 µg/kg/min). Při bradykardii provedeme transtorakální stimulaci. Opět za trvalé monitorace následuje transport na urgentní příjem.

Ne všechny ordinace si vědí rady

Na základě výzkumného šetření bylo zjištěno, že ne ve všech ordinacích by si odborný lékařský nebo nelékařský personál dokázal správně poradit s akutními stavby ohrožujícími život pacienta. Např. někteří se mylně domnívají, že se v rámci první pomoci u hyperglykemie v přednemocniční péči má pacientovi podat 20 j. inzulínu, někteří by jej dokonce podali i u hypoglykemie. Dále 2/5 personálu zapomněly změřit glykémii u stavů připomínajících cévní mozkovou příhodu, nebo naopak akutní komplikace diabetu (porucha citlivosti končetin, slabost, bolest hlavy, problémy s artikulací). Polovina personálu by nenatáčela EKG při bolestech v pravém podžebří, předpokládají automaticky břišní problémy a neuvažují nad kardiální příčinou s projekcí do podžebří. Stejně tak necelá polovina při kolapsu pouze volá záchranou službu bez natáčení EKG.

Možnou příčinou všech těchto vědomostních nedostatků je nízká frekvence proškolení personálu právě v poskytování odborné první pomoci. Pouze čtvrtina lékařů či jejich sester navštěvuje kurzy první pomoci. Znalosti lékařů a jejich sester si vždy byly velmi podobné. Nejednalo se o společnou domluvu na odpovědích, ale je z tohoto spíše průkazné, že své znalosti či zkušenosti lékař často předává sestře a i obráceně. Respektive na to, na co klade důraz lékař, klade často důraz i sestra či jiný nelékařský personál daného pracoviště, a pokud lékař nepovažuje za nutné vzdělávat se v dané problematice (zákon mu to nenařizuje), nemotivuje k této činnosti ani zbytek personálu. Naopak lékaři, kteří jsou z nejrůznějších důvodů této problematiky znalí, správně instruuji i svůj podřízený personál. Je patrné, že některé ordinace PL jsou velmi dobře teoreticky i prakticky připraveny zasáhnout, jinde o lékařské první pomoci nelze ani hovořit, neboť přivolání záchrané služby není dostačující odbornou pomocí.

Neposkytnutí první pomoci je chybou

Při sledování teoretických znalostí ohledně poskytnutí adekvátní péče jsme se záměrně za-

měřili na stavy nejčastější podle odpovědí oslovených PL. Očekávali jsme tedy, že tyto stavy nebudou v hledání správných řešení tolik problematické a že jsou lékaři alespoň teoreticky dostatečně připraveni. Ovšem odpovědi jednotlivých lékařů (nejen sester) týkajících se poskytnutí první pomoci se rozcházel a jejich reakce byly někdy velmi nejisté. Například při srdečním selhání by 9 lékařů z 50 nic pacientovi nepodal, ale čekali by na příjezd záchrané služby, 3 lékaři by neřešili příčinu bolesti na hrudi, ale podali by pacientovi analgetika. Chyby s podáním inzulínu byly již uvedeny.

Z pohledu lékařů je nejsložitější poskytovat odbornou první pomoc při neurčitých bolestech břicha. Výzkumem však bylo zjištěno, že nejvíce a nejzávažnější chyby dělají při urgentní péči při podezření na plicní embolii, popřípadě při bolestech na hrudi. Z výzkumu vyplývá, že pokud má PL řešit bolesti na hrudi, popřípadě dušnost, jedná často automaticky, léčí spíše podle příznaků, bez hledání příčiny.

Na základě § 2 odst. 1 a § 3 písm. d), zákona č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchrané službě je záchraná služba povinna poskytnout zejména přednemocniční neodkladnou péči se závažným postižením zdraví nebo v přímém

ohrožení života. Dalším poskytovatelem akutní péče je nejbližší dostupný poskytovatel akutní lůžkové péče, který je způsobilý odborně zajistit pacientovi pokračování v poskytování zdravotní péče odpovídající závažnosti postižení zdraví anebo přímému ohrožení života. Jak je ze zákona patrné, není povinností ambulancí provozů poskytovat akutní péči. Ovšem vzhledem ke vzdělání lékařů i jejich sester by bylo žádoucí, aby alespoň dokázali správně zhodnotit situaci a využít svých dostupných technických, materiálních a právě vědomostně-zkušenostních možností, což se ne vždy děje.

Závěr

Akutní stavy vyžadují nejen teoretickou, ale hlavně praktickou připravenost PL a sester poskytnout první pomoc do příjezdu záchrané služby. Včasná diagnostika, zajištění pacienta a léčba je nedílnou součástí poskytnutí odborné první pomoci, která zlepšuje prognózu pacienta. Pochybení ze strany PL nebo sester, popřípadě neposkytnutí odborné první pomoci, je vážnou chybou, která zhoršuje prognózu pacienta a ohrožuje jeho život.

PhDr. Martina Muknsnábllová,
odborná učitelka SZŠ Ruská Praha
m.muknsnablova@tiscali.cz

Hospitalizace dítěte na chirurgii

Příspěvek si klade za úkol seznámit čtenáře s problematikou hospitalizací dítěte na chirurgickém oddělení a se všemi možnými dopady na psychiku malého pacienta.

Oddělení dětské chirurgie zajišťuje diagnostickou a léčebnou péči o děti do 18 let věku. Dítě zde podstupuje často bolestivé výkony a je vystaveno stresujícím situacím. Pobyt v nemocnici je pro dítě vždy stresující. Je odloučeno od svých blízkých, ocitá se v cizím prostředí, má strach, a proto je třeba mu hospitalizaci co nejvíce ulehčit.

Aby nemělo strach

Na chirurgických pracovištích bývají hospitalizovány děti například s hernií, hydrokélou, vrozenou vývojovou vadou s nutným chirurgickým řešením, pro traumatologické výkony a další. Dítě je v nemocnici s rodinným příslušníkem, nebo samo, obvykle záleží na jeho věku. V nemocnici přichází do kontaktu s novým prostředím, personá-

lem, harmonogramem dne, na který nebylo zvyklé, a všeho se může bát. Pocit strachu vzniká jako reakce na hrozící nebezpečí a bývá doprovázen projevy, jako jsou bledost, dušnost, tachykardie, hypertenze a jiné symptomy, které mohou přecházet až do agresivity.

Jestliže je dítě přijato akutně, tedy za situace, kdy je nutné okamžité chirurgické řešení, není na přípravu dítěte k hospitalizačnímu prostoru. Nelze zamezit zvýšenému vnímání strachu z nemocničního prostředí, které v akutní fázi bývá spojeno s nepříjemnými diagnostickými výkony, například odběrem krve. Pokud je dítě na chirurgické pracoviště přijato plánovaně, rodiče jsou lékaři informováni o průběhu operačního výkonu, a tak mohou dítě na pobyt v nemocnici předem připravit, aby bylo možné výkon provést bez

komplikací. I pro rodiče bývá těžké a stresující akceptovat, že jejich dítě bude operováno.

V rámci péče o malé pacienty spolupracuje Fakultní nemocnice Ostrava s nezávislou organizací Zdravotní klaun. Klauni pravidelně navštěvují dětské oddělení a věnují se hospitalizovaným pacientům. Rodič, který je v nemocnici spolu s dítětem, je často doprovázen až k překladišti pro operační sály, někdy spolu se zdravotním klaunem, který se snaží odpoutat pozornost dítěte od strachu z očekávaného výkonu. Po operaci je dítě přivezeno na dospávací pokoj nebo na oddělení, kde se opět setkává se svým rodičem. Tento kontakt je velice důležitý, aby se malý pacient uklidnil a přestal mít strach. Samozřejmě jsou rodiče i dítě informováni o pooperačním režimu.

Měření a léčba bolesti

Případnou bolest po operačním výkonu sledují lékaři i další ošetřující personál. Bolest je faktor, který v chirurgii dítěti často znepříjemní hospitalizaci. Bývá doprovázena strachem, úzkostí, nechutenstvím či jinými symptomy a je nutné ji okamžitě léčit. V minulosti byla bolest u dětí bagatelizována, v 50. letech se na ni začalo poukazovat, ale teprve v 80. letech vznikaly studie o vnímání a řešení bolesti u dětí. Přestal například platit chybný názor, že kojenci bolest nevnímají, protože nemají dostatečně myelinizované nervové dráhy. Pravdou však je, že si bolest nepamatují.

Při analgetizaci je nutné dostatečně sledovat celkový stav dítěte, zejména v případě podávání opioidů, protože může dojít k útlumu dýchání. Při analgeti-

zaci dětská sestra hodnotí bolest dle vhodného měřicího nástroje pro hodnocení bolesti u dětí s ohledem na jeho věk, intenzitu bolesti a jeho prožívání. Každé dítě má jiný práh bolesti. U dětí do tří let, s nimiž nelze adekvátně komunikovat, lze využít vícedimenzionální nástroje pro hodnocení pooperační bolesti u dětí, jako jsou například CRIES (*cries, requires, increased, expression, sleepless*).

U dětských pacientů je také nutno zajistit zvýšenou bezpečnost jejich pobytu na oddělení. Je třeba počítat i s tím, že po odeznění akutního stavu je dítě mobilní natolik, že může nepovoleně odejít z oddělení i přes snahu sester kontrolovat jeho pohyb na pracovišti. Z tohoto důvodu se ve FN Ostrava na dětské chirurgii využívá signalizačního zařízení, které je dítěti nasazeno při přijetí spolu s identifikačním náramkem na předloktí. Díky tomu je v případě jeho odchodu z oddělení personál okamžitě informován.

Mgr. Josef Lhotan,
Chirurgická klinika LF OU a FN Ostrava,
josef.lhotan@seznam.cz



Escherichia coli

Vážené kolegyně, vážení kolegové,

zatímco problematika ekosystému naší planety je záležitostí politiků, aktivistů a expertů na ekologii, zdravotníci se při své práci setkávají s poruchami mikroekosystémů lidského těla. Fyziologická bakteriální mikroflóra osidluje kožní povrch i duté systémy organismu a zabraňuje kolonizaci patogenními mikroorganismy. Jej

nerovnováha pak zákonitě vede k rozvoji patologických stavů. Delší dobu se pozornost lékařů a vědců upíná k roli bakteriálního mikrosystému střevní sliznice a jeho vlivu na rozvoj různých onemocnění, nevylučuje duševní poruchy. Budoucnost přinese jistě velmi zajímavá zjištění z této oblasti. V tomto čísle jsme se zaměřili na

gynekologickou oblast – význam poševního ekosystému a možnosti léčby chronických zánětů rodidel a zánětlivých onemocnění močových cest. Z dalších příspěvků rubriky medicína pak určitě nevynechte rozhovor s MUDr. Šrámkovou, věnovaný opomíjené problematice sexuality handicapovaných.

MUDr. Andrea Skállová

V ženské pochvě nelze hledat spravedlnost

Dvoudenní odborná konference společnosti Angis, která proběhla ve dnech 18. a 19. března v pražském hotelu Olympik, byla věnována především farmaceutům.

Tématu „Prevence a léčba vaginálních dysmikrobií“ se věnoval doc. MUDr. Tomáš Fait, Ph.D., z Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN Praha. V úvodu svého sdělení vysvětlil funkci poševního ekosystému jako přirozenou ochranu genitálního ústrojí ženy před rozvojem zánětlivého onemocnění. Vaginu označil za složité a zranitelné místo, kde kožní systémy přecházejí ve slizniční systé-

my vnitřního genitálu. Přestože máme k dispozici množství léků na předpis i volně prodejných přípravků, je podle něho velmi složité narušený systém napravit. Fyziologické poševní prostředí, jeho schopnost a funkce jsou dány hormonální situací, slizničním imunitním systémem, endogenní poševní flórou, kyselým poševním pH a trofickou vaginální sliznicí. Málokdy je příčinou narušení poševního prostředí infekce.

Porušení poševního ekosystému

„Společným příznakem poruch poševního ekosystému je výtok,“ uvedl docent Fait. „Objevuje se při akutních a chronických zánětech rodidel, ale i při dysmikrobiích a nádorových onemocněních. Obecně lze říci, že určitá míra fyziologického výtoky v pochvě je normální. Přes poševní sliznici transdukuje tekutina do poševního prostředí, a naopak resorbuje. K tomu se přidává různá

míra hlenu z cervixu. Záleží také na stadiu cyklu. K tomu se přidávají produkty bakterií, které se zde obvykle vyskytují. Často máme bohužel zafixováno, že by v pochvě měl být laktobacil. Nejhorší variantou jak léčit ženu s výtokem je udělat kultivaci a pak ji léčit tak dlouho lokálními či systémovými antibiotiky, dokud se tam laktobacil neobjeví. Takovým postupem většinou narušíme bakteriální vaginální rovnováhu a tím umožníme osíd-

lení bakteriemi, které tam nepatří. V ordinaci se řídíme důležitým pravidlem. Pokud žena nemá vaginální problémy, nepocítuje dyskomfort, do prostředí nezasahujeme. Víme, že vagina je osídlena i bakteriemi, které bychom mohli považovat za patogenní. Je tomu tak ale pouze ve chvíli, kdy se přemnoží. Běžně jsou tam stafylokoky, enterokoky, ale i *Escherichia coli*, což je klasický uropatogen, ale ne všechny její kmeny. Hladiny hormonů také ovlivňují složení a množství bakterií v pochvě. Běžnou součástí poševní flóry jsou také kvasinky. Jejich koncentrace se mění v závislosti na menstruačním cyklu,“ řekl autor sdělení a pokračoval informací, že kultivace je vhodná především v případech rekurentních výtoků. Klasicky by se mělo vyšetřovat pomocí pH-metrie, aminového testu a mikroskopie. Kultivaci lze zjistit normální poševní

ODBORNÉ AKCE



Doc. Tomáš Fait | Foto: 2 x Jana Schrammová

flóru, bakteriální vaginózu nebo hnisavou bakteriální flóru, někdy i trichomonázu, kdy je třeba léčit i partnera. Podle slov doc. Faita jde nejčastěji o kvasinkový zánět, kdy je nutno léčit partnera, má-li nějaké problémy.

Jak dosáhnout rovnováhy

Složení poševního sekretu je ovlivněno hormonálními hladinami, poševní flórou, která je tvořena převážně různými kmeny laktobacilů. Některé z nich produkují peroxid vodíku, jiné bakteriociny, specifické látky, jež likvidují bakterie. Produkci kyseliny mléčné je dosaženo kyselého prostředí a zároveň umravňuje některé bakteriální kmeny, které tam nepatří, pro které kyselý prostředí není vhodné. Laktobacily žijí z glykogenu, který se tvoří z oloupaných buněk z poševní stěny. Obsahuje také množství imunoglobulinu, enzymy, sacharidy. Glykogen je prebiotikum, tedy základní strava pro laktobacily. V případě nového partnera

si obě mikroflóry na sebe musejí zvyknout.

„Ve chvíli, kdy se nevhodné bakterie v pochvě přemnoží, jde o patogen. Proto je nutno rekolonizaci vhodnými bakteriemi podpořit, a to klasicky hormonálně nebo kyselinou hyaluronovou. Možností je nasazení probiotik nebo vytvoření kyselého prostředí, případně oba přístupy. K probiotikům případně přidáme prebiotika, aby bakterie měly stravu, než jim doroste glykogen z poševní sliznice, která je z mikrobiálního zánětu narušená. Léčíme klasicky lokálně *natrii tetraboratis* globulemi, v akutních případech užíváme genciánovou violet, k dispozici máme celou řadu léčiv,“ vypočetl doc. Fait.

Jak uvedl dále, existují antibakteriální přípravky, lokální antibiotika nebo chemoterapeutika nebo je možnost přirozenou poševní flóru podpořit estrogeny či fytoestrogeny a probiotiky. Ta mohou stimulovat imunitní systém a osidlovat vaginálně intestinální trakt. Základním úkolem probiotických kmenů je obsadit vazebná místa, kde by se jinak vázaly potenciální patogeny. Obecně je jedno, zda užijeme probiotika vaginální či perorální. Jako jednu z možností zmínil přednášející přípravek Vagilact, vaginální laktobacil, který obsahuje kyselinu mléčnou, jež potlačuje ostatní bakterie, a sójové isoflavonoidy, které jsou estrogenní, mají antioxidační efekt, napomáhají ke zlepšení stavu vaginální sliznice, hydratují ji a zvyšují elasticitu. Přípravek snižuje pH v pochvě, čímž zastaví růst patogenních bakterií. Může se užívat současně s antibiotiky, v období menopauzy a v době potíží. Je určen k prevenci, neboť podporuje kolonizaci fyziologických bakterií.

Další podpůrnou možností je po-

dle doc. Faita Nagyn. Obsahuje stříbrné ionty, které mají silný antibakteriální účinek na nejčastější bakterie. Jsou schopny zahubit kupříkladu *gardnerellu*, *E. coli*, stafylokoky, vyléčit kandidózu. Mají také antivirotický efekt na herpes simplex či bradavice. Přípravek obsahuje dále aloe vera s řadou enzymů, vitamínů, minerálů, sacharidů či aminokyselin, má hydratační a protizánětlivé účinky. Najdeme v něm i kyselinu hyaluronovou jako nejčastější nehormonální molekulu používanou pro zlepšení trofiky a hydratace poševní sliznice. Účinné látky v pochvě vytvoří ochranný film, který izoluje a chrání poškozenou tkáň před dráždivými vlivy a podporuje normální hojení poševní sliznice.

Systém imunitní obrany MALT

Docent Fait dále uvedl, že základem léčby je, abychom cíleně eradikovali patogen, zabránili jeho přemnožení a obnovili flóru, která do pochvy patří. „Musíme tedy obnovit trofiku poševní sliznice, dodat jí probiotické kmeny nebo tam vytvořit kyselý prostředí. Pokud se záněty opakují, není na škodu, když stimuluje systém MALT (*mucosa-associated lymphoid tissue*). Slizniční imunitní systém je souhrnným označením pro prostředky imunitní obrany nacházející se na povrchu sliznic, které se dokáží bránit ostatním bakteriálním kmenům. Probiotika celkově podporují imunitu, snižují riziko předčasného porodu, tlumí alergické reakce v těhotenství a do budoucna u novorozence. Měla by pomoci v tom, aby se problém neopakoval,“ řekl přednášející a dodal, že dysmikrobií poševního prostředí může vyvolat také přehnaná hygiena, zejména nadměrné užívání dezinfekčních mydel. Připomněl, že užívání antibiotik je dobré doplnit probiotiky, ale také že výtoky mohou být i jedním z příznaků diabetu. Zdůraznil, že zde rovněž hrají roli imunosuprese a genetické vlohy. „Ani v pochvě nelze hledat spravedlnost,“ úsměvně zakončil docent Fait.

Opakované záněty močových cest

Příčinám a řešení rekurentních zánětů močového měchýře se věnoval MUDr. Jiří Emmer. Jak uvedl, na záněty močového měchýře většinou pomohou antibiotika. „Existují lidé, kterým se ale záněty stále vrací,“ upozornil. Ani současná medicína nemá úplně jasno v tom, co s těmito pacienty dělat. Původcem je až v 90 % bakterie *Escherichia coli*. „V tlustém



MUDr. Jiří Emmer

střevě a okolí vstupu do močového měchýře je bakterií spousta, ale tato bakterie umí něco navíc. Studie ukazují, že opakovanými záněty močových cest trpí především ženy v produktivním věku. Je známo, že v 70 procentech se jedná o identický kmen, a proto dnes věříme tomu, že rekurence ve skutečnosti nejsou zvenčí. Téměř jistě se již ví, že rekurentní cystitidy nejsou ani tolik rekurence jako relapsy. Jde tedy o stále tutéž infekci, která se vrací,“ vysvětlil MUDr. Emmer. *E. coli* má řadu různých podkmenů. Dnes se mluví o dalším typu, a to o uropatogenní *E. coli* (UPEC). „Rozdíl je v její přídatné výbavě, ve zvláštních schopnostech, které tato bakterie má,“ předeslal autor přednášky.

Uropatogenní E. coli umí vyčkávat

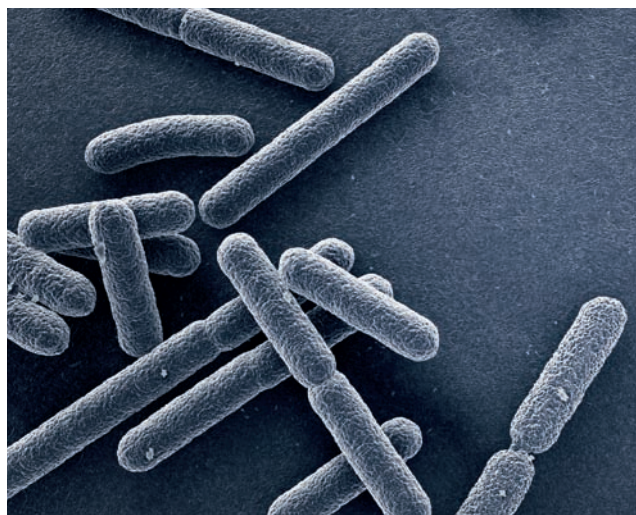
UPEC má kromě chlapatých chapadel, jež mají i ostatní *E. coli*, ještě jedna unikátní, kterým se říká pili typu 1 s FimH zakončením, kterými se umí chemicky vázat na povrch močového měchýře. Fasetové buňky na povrchu měchýře produkují speciální chemickou sloučeninu uroplakin, který zpevňuje jeho povrch a současně chrání povrchové buňky před chemií, jež na ně útočí z moči.

„Na tyto uroplakiny se UPEC umí pili typu 1 pevně navázat. Pomocí těchto organel se dokáže propracovat dovnitř buněk, kde se schová před nepříznivými faktory z moči, ale i před antibiotiky, která jsme podávali. *E. coli* pak v buňkách fungují dvěma způsoby. Množí se, až zaplní celou hostitelskou buňku, tvoří takzvané intracelulární bakteriální komunity, na což tělo reaguje zrychleným odlupováním napadených buněk, což pro bakterie znamená, že musí buňku urychleně opustit, jinak by byly s povr-

chovou buňkou vymočeny z těla. Ale v jiných, hlubších buňkách se záhy množit přestanou, zapouzdří se a vytvářejí takzvané spící ložisko (*quiescent intracellular reservoir*). Bakterie si tam počkají, až doberete antibiotika, a kdykoli mohou udeřit znovu. UPEC je tedy unikátní v tom, že se oproti běžným bakteriím umí speciálními organelami chemicky navázat na povrch močového měchýře a uroplakiny, pronikne do buněk, kde se množí, zapouzdří se a počká si na příznivou situaci, aby po týdnech či měsících mohla způsobit novou infekci. V posledních dvou letech je už známo, že příčinou většiny rekurencí jsou právě tato spící ložiska,“ vysvětlil MUDr. Emmer.

Co se týče léčby, při rekurentních cystitidách se podle přednášejícího zkoušejí různé postupy, od *watchful waiting* neboli sledování po podávání antibiotik intermitentně (čili dlouhodobě chvíli ano a chvíli ne), nebo subinhibičně, což znamená nízkou dávkou antibiotik po dobu řady měsíců či let. Zkouší se brusinky, D-manóza, laktobacily a další přípravky. Zlatým standardem je podávání Furantoinu dlouhodobě každodenně. Podle klinických studií podobně jako tento přípravek funguje také D-manóza. Jde o jednoduchý cukr rozpustný ve vodě. Při perorálním podání se ochotně vstřebá do krevního oběhu a prakticky celý se zhruba do dvou hodin vyloučí do moči. Umí zajímavou věc – jak se *E. coli* chapadýlky navazují na uroplakiny, vážou se na uroplakiny na manóza zakončení. Pokud se nežádoucí bakterie v močovém měchýři setká s vyloučenou manózou, tak podobně, jako se bakterie umí přichytit na uroplakiny, se manóza umí navázat na chapadla bakterie, čímž jí znemožní začátek patologického procesu.

Markéta Míková



Ilustrace Foto: Shutterstock

Nemocných s plicní fibrózou přibývá

Počet zachycených případů onemocnění idiopatické plicní fibrózy (IPF), která je ve většině případů závažnější než karcinom plic, v České republice roste. Zjištění plicní tkáně, která se stává nefunkční pro účely dýchání, je každoročně odhaleno u stovky pacientů. U řady z nich v pokročilém stadiu. Včasné podchycení nemoci má rozhodující význam.



Ilustrační foto: Shutterstock

Pro IPF je typický nezastavitelný pokles plicních funkcí, který vede k jejich selhání a smrti nemocného. Střední přežití pacientů je 2–3 roky. Příčinou smrti je nejčastěji rozvoj IPF (60 %), dále plicní embolie či rakovina plic. Jedním z prvních symptomů IPF mohou být tzv. paličkovité prsty – rozšíření posledních článků prstů na ruce či na noze – a tvar nehtu podobný vypouklému hodinovému sklíčku. IPF patří mezi nejzávažnější a nejobtížněji léčitelné plicní nemoci. Doposud nebyla zjištěna jasná příčina IPF, na jejím vzniku se podílí genetická výbava i okolní vlivy, zejména kouření. Donedávna byla IPF neléčitelnou nemocí. Antifibrotickou léčbou dnes dokážeme nemoc zpomalit a prodloužit pacientovi život. Je však nutné, aby přišel do specializovaného centra včas. V pokročilých fázích nemoci lze pouze vybraným pacientům nabídnout transplantaci plic.

Příznaky nemoci a diagnóza

Nemoc se objevuje především u mužů mezi 60. a 80. rokem života. Mezi nejčastější příznaky IPF patří pocit lapání po dechu při zátěži, pocit, že nemůžeme dodechnout, a kašel. Právě ten způsobuje, že postižený své potíže může přisuzovat zánětu průdušek či opakovanému nachlazení. Pocit zadýchávání je často přičítán nadváze či špatné fyzické kondici. Včasná diagnostika může pacientovi prodloužit život, proto by příznaky neměl podceňovat, zvláště pokud se k plicním potížím přidají nápadné změny na nehtech.

Ani pro odborníka není snadné správné stanovení této diagnózy, jelikož příznaky se velmi často shodují s astmatem či s chronickou obstrukční plicní nemocí (CHOPN). Diagnózu určí CT hrudníku.

(Zdroj: ČPFS)

(red)

Nintedanib zpomaluje progresi IPF a snižuje riziko exacerbací

Souhrnná data ze tří klíčových studií potvrzují, že nintedanib (OFEV) zpomaluje progresi idiopatické plicní fibrózy (IPF) měřenou pomocí poklesu usilovné vitální kapacity (FVC) přibližně o 50 %.

Spojená analýza dat ze studií TOMORROW a INPULSIS dále prokázala, že přípravek významně snižuje riziko akutních exacerbací o 47 %. Nintedanib dále snížil riziko celkové mortality o 30 % a významně snížil mortalitu během léčby o 43 %.

Akutní exacerbace je hlavní příčinou hospitalizace pacientů s IPF. Přibližně polovina pacientů hospitalizovaných kvůli této exacerbaci během hospitalizace zemře. Snižování rizika exacerbací je vzhledem k jejich nepředvídatelnosti a devastujícímu dopadu na prů-

běh onemocnění důležitým terapeutickým cílem při léčbě IPF.

Data z uvedených klinických studií byla podkladem pro registraci nintedanibu ve Spojených státech amerických, v Evropě, Japonsku a dalších zemích.

(Zdroj: Boehringer Ingelheim)

(akt)

Afatinib účinnější než gefitinib

Přípravek afatinib prokázal vyšší účinnost z hlediska přežití bez progresu onemocnění a doby do selhání léčby ve srovnání s gefitinibem v první linii léčby pacientů s pokročilým nemalobuněčným karcinomem plic (NSCLC) s mutacemi EGFR.

Výsledky globální srovnávací studie fáze IIb, studie LUX-Lung 7, prokázaly, že afatinib (Giotrif) významně snížil riziko progresu karcinomu plic a riziko selhání léčby ve srovnání s gefitinibem (Iressa) – obojí o 27 %.

Podíl pacientů, u kterých v průběhu 18, respektive 24 měsíců od zahájení léčby nedošlo k růstu nádoru, byl vyšší při léčbě afatinibem než při léčbě gefitinibem (27 % a 15 %, respektive 18 % a 8 %).

Celková četnost závažných nežádoucích příhod a vysazení léčby z důvodu nežádoucích příhod byla v obou ramenech srovnatelná. Výsledky podle vyjádření odborníků představují důležité vodítko pro volbu první linie léčby pacientů s karcinomem plic s mutacemi EGFR. Data pro třetí primární cíl, celkové přežití (OS), nejsou dosud k dispozici a budou představena po ukončení klinické studie.

„LUX-Lung 7 je druhá studie přímo srovnávající afatinib s EGFR-TKI první generace v léčbě karcinomu plic, která prokazuje, že příprav-



Ilustrační foto: Shutterstock

ky první a druhé generace cílené na EGFR nejsou stejné,” uvedl vedoucí medicínského oddělení pro onkologii solidních nádorů ve společnosti Boehringer Ingelheim dr. Mehdi Shahidi. „Je zajímavé, že rozdíl v přežití bez

progrese onemocnění zjištěný ve studii LUX-Lung 7 se s časem prohluboval, takže přežití bez progresu onemocnění bylo po 24 měsících na afatinibu více než dvojnásobné.”

(Zdroj: Boehringer Ingelheim)

(akt)



Boehringer Ingelheim

Téměř polovina Čechů nezná svou hladinu cholesterolu

Jak vyplývá z březnového průzkumu agentury STEM/MARK pro Českou společnost pro aterosklerózu (ČSAT), 42 % populace České republiky nesleduje svůj cholesterol. Třetina Čechů pak nevěří, že hladinu cholesterolu lze ovlivnit.

Česká populace si je nebezpečnosti zvýšené hladiny cholesterolu vědoma – s tím, že představuje větší či menší riziko, souhlasí 85 % Čechů. Cholesterol v krvi si nechává měřit 57 % Čechů, z toho minimálně jednou ročně 31 % z nich. I když téměř 32 % nevěří, že je možné hladinu cholesterolu snížit, větší část Čechů (68 %) uvedla správně opak. V 90 % se respondenti shodují, že na snížení hladiny cholesterolu v krvi má vliv změna stravovacích návyků. Každý pátý Čech ví, že má svou hladinu cholesterolu v krvi zvýšenou. Znalost hladiny cholesterolu stoupá s věkem respondenta a také s jeho vzděláním. Každý desátý Čech je ale toho názoru, že zvýšená hladina cholesterolu nepředstavuje žádné nebo jenom malé riziko. Více než 46 % Čechů uvedlo, že má svůj cholesterol v normě, což neodpovídá populačním datům. Na pozitivní efekt zvýšení množství pi-

hybu se shoduje 80 % populace. Užívání léků pro snižování cholesterolu v krvi však věří jen 72 % Čechů a 18 % respondentů má pochyby o jejich účinnosti.

Znát hodnotu cholesterolu

„To, že 42 procent Čechů nesleduje průběžně hladinu svého cholesterolu, považují za závažné zjištění,“ říká doc. MUDr. Michal Vrablík, Ph.D., z III. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze a předseda ČSAT. Podle něj by měl znát hodnoty cholesterolu v krvi každý, neboť pro to u nás díky preventivním prohlídkám máme optimální podmínky. „Na druhé straně je příznivé, že si 85 procent dotázaných uvědomuje nebezpečnost zvýšené hladiny cholesterolu. I když by to mělo být celých 100 procent,“ myslí si odborník.

Jako nepříznivou skutečnost vnímá doc. Vrablík i to, že 37 % respondentů má obavy z hypoli-

pidemické léčby. Podle něj se sice mohou vyskytnout nežádoucí účinky, ale nikdy nejsou závažné, nebo dokonce život ohrožující. Navíc lze lék zaměnit za jiný, který bude pacientovi vyhovovat.

Redukovat morbiditu a mortalitu

„Cílem léčby dyslipidemie je redukce morbidity a mortality na kardiovaskulární onemocnění a jejich komplikace,“ připomíná předseda České internistické společnosti (ČIS) a vedoucí Centra preventivní kardiologie III. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze prof. MUDr. Richard Češka, CSc., FACP, FEFIM. Na snížení celkové i kardiovaskulární mortality se významně podílí léčba statiny, ale také například ezetimibem a fibráty. V budoucnu by pak pacienti s vysokou hladinou LDL cholesterolu, která je klíčová pro indikaci hypolipidemické léčby, měli profitovat

i z novějších léků, jakými jsou PCSK9 inhibitory – ty přímo snižují hladinu LDL-ch v plasmě. Některé léky z této skupiny jsou již schválené a pacienti je mohou užívat v rámci probíhajících klinických studií.

Účinná a bezpečná léčba

„Razantní léčba dyslipidemie je bezpečná a neprávem obávaná,“ uvádí vedoucí Laboratoře pro výzkum aterosklerózy IKEM doc. MUDr. Jan Piňha, CSc. Podle jeho slov právě u nejvíce používaných léků na snížení cholesterolu, statinů, máme asi nejkvalitnější data o jejich prospěšnosti v prevenci kardiovaskulárních příhod. „Statiny jsou 50krát bezpečnější než



Ilustrační foto: Shutterstock

aspirin. Chceme proto, aby se jich pacienti přestali bát, neboť tyto léky zachraňují mnoho životů,“ uzavřel doc. Piňha.

Sběr dat proběhl prostřednictvím internetového dotazníku (CAWI) na internetovém panelu agentury STEM/MARK. Terénní sběr dat probíhal od 26. 2. do 3. 3. 2016. Průzkumu se zúčastnilo 507 respondentů ve věku od 15 do 59 let.

(asa)

Ženám po onkologické léčbě lze transplantovat vlastní ovariální tkáň

Pražské centrum reprodukční medicíny Sanatorium Pronatal provedlo první úspěšnou transplantaci ovariální tkáně v České republice. Zárok, po němž došlo k úpravě všech hormonálních parametrů s možností budoucího otěhotnění, podstoupila 32letá žena po léčbě nádoru prsu.

Jednou z nejdynamičtěji se rozvíjejících oblastí reprodukční medicíny jsou postupy umožňující zachování budoucí plodnosti onkologicky nemocných pacientů, u kterých důsledkem cytotoxické léčby (chemoterapie, radioterapie) hrozí závažné poškození či ztráta reprodukčních funkcí.

Zachovat fertilitu

„S úspěchy moderní onkologické léčby umožňující přežití pacientům, kteří prodělali v dětství nebo v mladém věku onkologické onemocnění, se objevuje nový problém. Často totiž po léčbě dochází k nezvratnému poškození reprodukčních funkcí. Ruku v ruce s tím narůstá počet pacientů se zájmem o zachování budoucí fertility před očekávanou léčbou,“ vysvětluje doc. MUDr. Tonko Mardešić, CSc., ze Sanatoria Pronatal. Mezi postupy umožňující zachovat

ženskou reprodukční funkci lze zařadit užití méně toxických protokolů léčby či farmakologickou ochranu gonád. Další možností je pak odebrání části vaječnickové tkáně před zahájením onkologické léčby, její zmrazení a po vyléčení onkologického onemocnění její přenos zpět – buď do tkáně vaječnicku, nebo na jakékoli jiné místo v organismu.

Obnovení funkce vaječnicků

Poslední z postupů užili odborníci v uvedeném reprodukčním centru u pacientky s karcinomem prsu. Před zahájením onkologické léčby jí byla odebrána a zmrazena část pravého vaječnicku se zárodečnými buňkami. Po kombinované chirurgické léčbě (vynětí nádoru a mízních uzlin v podpaží), chemoterapii a radioterapii bylo dosaženo kompletní remise onemocnění, avšak

v důsledku léčby došlo k úplnému selhání ovariální funkce. S odstupem 3,5 let od léčby onkolog souhlasil s transplantací vaječnickové tkáně a případnou graviditou. V říjnu 2015 byla provedena transplantace části zmrazené vaječnickové tkáně do levostranného ovaria. Po třech měsících od transplantace bylo možné dokumentovat normální růst folikulu, ovulaci a kompletní úpravu všech hormonálních parametrů. Pacientka tak má šanci otěhotnět přirozenou cestou.

„Věřím, že z uvedených metod by mohla profitovat řada dalších žen s onkologickým onemocněním,“ domnívá se doc. Mardešić a doplňuje, že zatímco u mužů nenabídnou zmrazení spermií před plánovanou onkologickou léčbou je považováno za postup *non lege artis*, u žen podobná praxe zdaleka není běžná.

MUDr. Andrea Skálová

Zrak lidí, kteří přežili otravu metanolem, se může zregenerovat

Výzkumný tým pod vedením MUDr. Sergeje Zacharova, Ph.D., z Kliniky pracovního lékařství 1. LF UK a VFN v Praze provádí v určitém časovém odstupu sledování zdravotního stavu 50 lidí, kteří se otrávil při tzv. metanolové aféře v letech 2012 a 2013. Vědci zjistili, že zrak lidí, kteří přežili mírně a středně těžkou otravu metanolem, se postupem času zlepšuje.

„Ukázalo se, že námi měřené parametry zrakových funkcí se u většiny pacientů po 1,5 roce od otravy vrátily k normálním hodnotám. Lidé subjektivně pociťovali, že vidí lépe než brzy po propuštění z nemocnice,“ uvedl MUDr. Zacharov. „U těžce postižených pacientů, jichž byla zhruba pětina, jsme však žádné zlepšení zrakových funkcí nezaznamenali, naopak u některých z nich došlo ke zhoršení,“ doplnil.

Kyselina mravenčí vznikající při otravě metanolem poškodila téměř u poloviny pacientů i neuroty v hlubokých strukturách mozku (bazální ganglia). Z dlouhodobého hlediska to může vést k určitému poklesu intelektuálních schopností, paměti, poruchy jemné motoriky. Chronický neurodegenerativní proces je příznačný zejména pro takzvané civilizační nemoci – Parkinsonovu a Alzheimerovu chorobu, jež v současné populaci posti-

hují čím dál mladší lidi. Vědci nyní zkoumají, zda regenerativní a neurodegenerativní procesy podobné těm, co probíhají v zrakovém nervu v letech následujících po otravě metanolem, jsou přítomny i v hlubokých strukturách mozku.

„Ve zkoumání neurodegenerativních procesů u pacientů po akutní otravě metanolem bude tým pokračovat i v příštích letech, protože uspěl ve veřejné soutěži o grant z ministerstva zdravotnictví na roky 2016–2019,“ uvedl děkan 1. lékařské fakulty UK prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc. Doplnil, že na studii se kromě Kliniky pracovního lékařství podílejí lékaři z dalších klinik 1. LF UK a VFN, a to Neurologické, Radiodiagnostické a Oční kliniky a Kliniky adiktologie. Na výzkumu spolupracují rovněž vědci z Institutu klinické a experimentální medicíny a Vysoké školy chemicko-technologické v Praze.

(Zdroj: 1. LF UK)

(red)

AKTUALITY

Léčba dyslipidemií: Čeho jsme dosáhli a co nás čeká

Lékaři by měli usilovat o optimalizaci lipidového spektra u svých pacientů a neměli by podceňovat otázku dobré kompenzace dyslipidemie, která spolu s kompenzací diabetu a hypertenze významně snižuje riziko kardiovaskulárních příhod.

Vsouvislosti se sympoziem Postgraduální akademie „Kardiologie pro interní praxi“, o němž jsme vás informovali v čísle ZAM 3/2016, jsme se v tomto článku rozhodli blíže zaměřit na jeden z přednesených příspěvků – problematiku novinek v léčbě dyslipidemií. Informace o této oblasti nám poskytl předseda České internistické společnosti **prof. MUDr. Richard Češka, CSc., FACP, FEFIM** (na fotografii), z Centra preventivní kardiologie III. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Leptší prognóza pacientů

Epidemiologické a výzkumné studie realizované v minulosti přinesly důkazy o vztahu mezi vyšší hladinou lipidů, zejména cholesterolu, a existencí kardiovaskulárních onemocnění. Na základě toho byla ustanovena hypotéza o hyperlipidemii a hypercholesterolemii coby rizikovém faktoru kardiovaskulárních onemocnění. Následně se odborníci zaměřili na možnosti léčebného ovlivnění zvýšené hladiny lipidů v krvi a ukázalo se, že hypolipidemická léčba vede k významnému snížení kardiovaskulární i celkové morbiditativy a mortality.

„Musíme si uvědomovat, že nám nejde o pouhé snižování laboratorních hodnot cholesterolu a dalších lipoproteinů, ale přede-

vším o lepší prognózu pacientů. Ta je důsledkem ovlivnění kardiovaskulární morbiditativy a mortality“, vysvětluje prof. Češka. Data, jež máme k dispozici, ukazují, že hypolipidemická léčba – zejména léčba statiny a o něco méně to platí pro ezetimib a fibráty – pozitivně ovlivňují nejen hladinu lipidů, ale i výskyt kardiovaskulárních onemocnění.

Cholesterol – čím níže, tím lépe

V souvislosti s hypolipidemickou léčbou se pozornost upíná především k LDL-cholesterolu (LDL-c). Odborníci přitom začínají razit myšlenku „čím níže, tím lépe“. „Do nedávna jsme akceptovali koncept dosahování cílových hodnot celkového a LDL cholesterolu. Recentní práce však naznačují, že hladiny cholesterolu, které se pohybují i pod nejpřísnějšími doporučenými hodnotami pro nejrizikovější pacienty, mají další přídatný efekt ve snižování kardiovaskulárních příhod. Studie IMPROVE IT prokázala, že pacienti s hodnotami pod 1,8 mmol/l profitovali z hypolipidemické léčby významněji než ti, kteří dosáhli „jen“ cílových hodnot. To je velmi důležité zjištění. I když zatím nevíme, jak daleko bychom mohli se snižováním cholesterolu jít, s nadsázkou lze říct, že by to mohlo být až k nu-

le. Na druhé straně víme, že cholesterol potřebujeme, takže cílové hodnoty by se nakonec mohly pohybovat někde kolem 1 mmol/l“, domnívá se profesor Češka. Podle něj jsou však takto nízké hodnoty v běžné klinické praxi nereálné. Hodnoty LDL-c u pacientů, kteří přicházejí do ordinací a prodělali kardiovaskulární příhodu nebo jsou riziková – tj. mají hypertenzi, pozitivní rodinnou anamnézu, diabetes mellitus či kouří –, totiž dosahují kolem 4 nebo 5 mmol/l. „U těchto pacientů usilujeme o dosažení cílových hodnot, nicméně stále platí, že čím níže, tím lépe“, dodává prof. Češka.

Současné léčebné strategie

Základem nefarmakologické léčby dyslipidemií je správná životospráva zahrnující zdravou stravu, dostatek pohybu a nekouření. V širším smyslu se jedná o prevenci kardiovaskulárních onemocnění. Základním stavebním kamenem farmakoterapie jsou pak statiny, o něž se opírá léčba až 99 % nemocných s dyslipidemií. U některých nemocných je vhodná kombinace statinu s ezetimibem či fibrátem, které jsou k dispozici i ve fixních kombinacích.

„V klinických studiích se dále již používají a výhledově se v tera-

pii uplatní i nové léky pro snižování LDL cholesterolu – inhibitory PCSK9. Dvě z těchto látek jsou již schválené. Ve vývoji je řada dalších léků z této skupiny. Jsou to léky velmi slibné, a to z více důvodů. Zejména účinně snižují LDL cholesterol – o více než 50 procent, přičemž se jedná o aditivní účinek k tomu, co dosáhneme statiny“, vysvětluje Richard Češka.

Statinová intolerance

Inhibitory PCSK9 nacházejí uplatnění například u pacientů se statinovou intolerancí. Ta se nejčastěji projevuje svalovými potížemi, jako je únava, bolesti svalů, v řídkých případech se manifestuje jako těžká myopatie – rhabdomyolýza. Uvedené potíže udává asi desetina pacientů užívajících statiny, odhaduje se však, že se jedná spíše o jednotlivá procenta. Statinovou intolerancí může a nemusí provázet vzestup kreatininy, bohužel jsou i pacienti, kteří mají výrazné svalové bolesti a normální hladinu kreatininy. Intolerance sama o sobě může být důvodem vysazení této léčby pacientem s následným opětovným zvýšením hladin lipidů a souvisejícího kardiovaskulárního rizika.

„Podle dostupných dat dochází již během několika týdnů po vysazení léčby statiny k dvojnásobnému až čtyřnásobnému zvýšení kardiovaskulárních příhod u pacientů, kteří je vysadili, oproti těm, kteří statiny užívají dál. Riziko srdečního infarktu se pak podle údajů ze studií zvyšuje až o třetinu i v případě, že pacienti hypolipidemika užívají, ale v nedostatečném dávkování“, upozorňuje profesor Češka.

Negativní vliv na adherenci pacientů k hypolipidemické léčbě mají i různé zastráující kampaně a negativní informace o statinech publikované v médiích a na internetu. Statiny však navzdory tomu zachraňují miliony životů a obavy z intolerance by tedy rozhodně neměly být důvodem k jejich odmítání, varují odborníci. Alternativou při potvrzené statinové intoleranci může být jiný



Foto: archiv MF

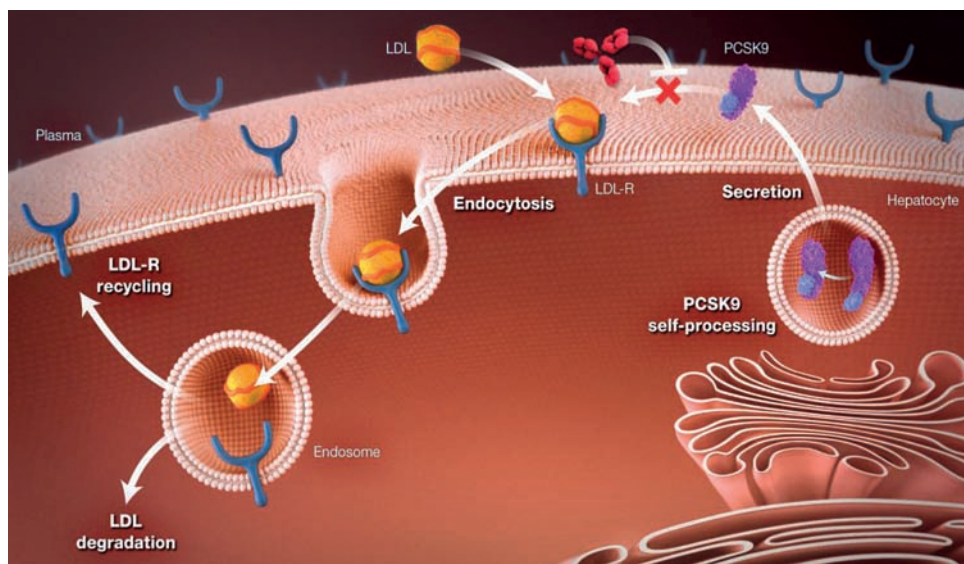
statin nebo jiný lék, včetně zmíněných inhibitorů PCSK9.

Spokojenost s inhibitory PCSK9

„Ukazuje se, že výhodou inhibitorů PCSK9 je i jejich subkutánní podávání jednou či dvakrát měsíčně. Někteří pacienti v našich studiích se již nyní dožadují těchto nových léků a chtějí vysadit prášky“, říká prof. Češka a dodává, že je to překvapivě zjištění, neboť lékaři očekávali, že injekční aplikace bude podobně jako v případě diabetiků přecházejících z perorálních anti-diabetik na léčbu inzulinem pro nemocné spíše překážkou. Pacienti si navíc chválí bezpečnost léčby PCSK9 inhibitory. Spokojenost s touto léčbou a téměř nulový výskyt nežádoucích příhod udávají i pacienti v českých centrech. Podle slov profesora Češky se jedná řádově o stovky pacientů. Hrazená léčba PCSK9 inhibitory je zatím k dispozici jen pacientům zařazeným do klinických studií, probíhají však jednání o úhradě těchto léků. Vzhledem k vysoké ceně těchto přípravků se předpokládá jejich indikace zatím u pacientů s familiární hypercholesterolemií a statinovou intolerancí, z dalších by pak přicházeli na řadu pacienti ve vysokém kardiovaskulárním riziku nedosahující cílových hodnot LDL cholesterolu. Předpokládá se také podávání kombinace statinu s ezetimibem a inhibitorem PCSK9.

Dosavadní studie s inhibitory PCSK9 potvrdily jejich příznivý vliv na kardiovaskulární morbiditu a mortalitu. Ve studii OSLER například došlo k 50% poklesu kardiovaskulárních příhod po roce podávání evolucumabu. Podobně velká metaanalýza s 13 tisíci pacienty potvrdila příznivý efekt inhibitorů PCSK9 s poklesem celkové mortality o 57 %. Podle prof. Češky jsou tyto výsledky ohromující, nelze je však přeceňovat a je třeba vyčkat na výsledky velkých intervenčních studií.

MUDr. Andrea Skálová



Mechanismus účinku inhibitorů PCSK9 | Foto: Zdroj: Chan JC, Piper DE, Cao Q, et al. Proc Natl Acad Sci USA. 2009;106:9820-9825.

Inzulinová senzitivita z pohledu diabetologa a endokrinologa

Problematika inzulinové senzitivity z multidisciplinárního pohledu byla tématem další vzdělávací akce Postgraduální akademie Medical Services. Symposium nazvané „Diabetologie a endokrinologie: inzulinová senzitivita jako společný problém diabetologa a endokrinologa“ proběhlo 17. března v NH Hotelu Praha.

Garanty odborného programu byli doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D., z III. interní kliniky metabolické a gerontologické LF UK a FN Hradec Králové a prof. MUDr. Jan Čáp, CSc., z IV. interní hematologické kliniky téže fakultní nemocnice.

Využití moderní léčby

Inzulinovou senzitivitou rozumíme citlivost diabetika k účinku exogenního inzulínu. Tato citlivost k zevnímu inzulínu je velmi důležitým faktorem ovlivňujícím efektivitu i komplikace inzulinové léčby. U diabetiků 2. typu bývá oproti diabetikům 1. typu snížena a potřeba inzulínu je výraz-

ně vyšší. Míra citlivosti k inzulínu souvisí s řadou faktorů (např. hmotností, cvičením, interkurrentní nemocí apod.). Kolísání inzulinové senzitivity může způsobit dlouhodobou dekompenzaci diabetu, přičemž rizikem jsou zejména hypoglykemie.

Změny citlivosti lze však minimalizovat správnou inzulinovou léčbou s využitím moderních inzulínů (inzulinová analoga), u diabetiků 2. typu vždy v kombinaci (i fixní) s metforminem, případně s dalšími antidiabetiky s příznivým vlivem na inzulinovou senzitivitu (zejména agonisté receptoru GLP1). Příznivé efekty moderních inzulinových přípravků významně snižují jak

riziko hypoglykemie, tak nárůst hmotnosti. Úspěch v léčbě závisí nejen na správné volbě léčebného postupu, ale také na ochotě pacienta spolupracovat a jeho adherenci k vybrané léčbě.

Pestrý odborný program

V programu zazněly příspěvky s názvem Hodnocení inzulinové senzitivity a jeho význam v klinické praxi (MUDr. Jan Škrha, jr.), Význam inzulinové senzitivity ve strategii léčby inzulinovými analogy (doc. MUDr. Alena Šmahelová, Ph.D.), Insuficience růstového hormonu a inzulinová senzitivita (MUDr. Věra Olšovská, Ph.D.), Cushingův syndrom a diabetes mellitus



Garanti odborného programu symposia docentka Alena Šmahelová a profesor Jan Čáp | Foto: archiv

prof. MUDr. Michal Kršek, CSc.), Steroidní diabetes, diagnostika a léčba (MUDr. Jindřich Olšovský, Ph.D.), Mužský hypogonadismus a inzulinová senzitivita (prof. MUDr. Jan Čáp, CSc.) a Kardiovaskulární

studie u gliflozinů a její dopad v praxi (MUDr. Jindřich Olšovský, Ph.D.).

Hlavním partnerem akce byla společnost Boehringer Ingelheim.

(asa)

Otevřeno výzkumné centrum léčby světlem

V Čelákovících bylo otevřeno špičkové středisko aplikovaného výzkumu, které vyvíjí léčebné pomůcky využívající technologii tištěného studeného světla (elektroluminiscenci).

Centrum se zaměří hlavně na léčbu a zpomalení diabetické retinopatie. Později zde vzniknou i ordinace lékařů v oborech psychiatrie, dermatologie či diabetologie, kde lze léčbu světlem také využít. Centrum pro aplikaci světelné terapie Photothera Labs, které provozuje technologická společnost ELON Technologies, zahajuje svou výzkumnou a vývojovou činnost v budově bývalé čelákovické polikliniky. Na projektu, který je svou technologickou unikátností jedinečný v evropském měřítku, se podíleli experti v oboru tištěné elektroniky, lékaři a vědečtí pracovníci z předních klinik. Ředitelem ELON Technologies je Pavel Beneš, přední světový odborník na elektroluminiscenční technologii. Na rozvoji firmy se podílí také bývalý top manažer z předních technologických firem: Pavel Kubů (Healthcare Strategist), který dříve působil jako manažer pro oblast zdravotnictví ve společ-

nosti Intel, a Martin Vobr (výkonný ředitel), bývalý generální ředitel skupiny Newton Media.

Využití světla v medicíně

Elektroluminiscence původně sloužila zejména k podsvícení displejů přístrojů, mobilních telefonů a různých elektronických zařízení. Technologie se postupně uplatňovala také v reklamě při realizaci „svítivých“ billboardů a plakátů. Postupně začíná nacházet uplatnění ve zdravotnictví, kde může podstatně zlevnit léčbu řady chorob či zkrátit dobu terapie. Mezi klíčové partnery projektu patří Oftalmologická klinika FN Královské Vinohrady pod vedením přednosty prof. MUDr. Pavla Kuchyňky, CSc., či Národní centrum pro výzkum duševního zdraví zastoupené týmem MUDr. Filipa Španiela, Ph.D., který vidí v léčbě světlem potenciál pro ovlivnění různých pochodů v mozku. Pacienti s diabetickou retinopatií již mohou využít

v domácí léčbě a proylaxi svého onemocnění světelnou masku, využívající zeleného světla, na vývoji světelné náplasti pro řadu kožních onemocnění se bude podílet Dermatovenerologická klinika FNKV vedená prof. MUDr. Petrem Arenbergerem, DrSc., MBA. Jak udávají odborníci z oblasti medicíny a medicínských technologií, světlo je tradiční prostředek léčby řady chorobných stavů, avšak dosud nemělo tu správnou formu. Diagnostické centrum a elektroluminiscenční světelná maska pro léčbu diabetické retinopatie vznikly kombinací finanční podpory agentury CzechInvest, která poskytla z evropských fondů dotaci ve výši 6,6 milionu korun, a soukromých investorů v čele s investiční společností ASB Prague (11 milionů korun). Zahájením činnosti výzkumného centra je ukázkou úspěchu české vědy v oblasti aplikované elektroniky v lékařství. (asa)



Postgraduální akademie

Postgraduální akademie je společný projekt České lékařské komory a časopisu Postgraduální medicína, Mladá fronta, a. s., dříve Medical Services. Akce jsou evidovány v centrálním registru ČLK a ohodnoceny kredity za celoživotní vzdělávání. Více informací o dalších akcích naleznete na stránkách: www.medical-services.cz

Některé země hlásí nižší počet nakažených virem Zika

Šíření viru Zika v části zemí Latinské Ameriky v posledních týdnech slabne. Výrazně nižší počet nových případů hlásí například Kolumbie, která je druhou nejvíce zasaženou zemí.

V Brazílii, kde byl registrován vůbec nejvyšší počet nakažených, se intenzita šíření viru zásadně nemění. Podle kolumbijského ministerstva zdravotnictví registrovali lékaři v zemi v posledních březnových týdnech okolo 3 tisíc nových případů týdně, zatímco na začátku února šlo o 6 tisíc případů. Kolumbie celkem eviduje téměř 60 tisíc nakažených. Na desetinu z únorového počtu klesl koncem března úhrn nových případů v Salvadoru. Podobně pozitivní vývoj zaznamenaly úřady v sousedním Hondurasu.

„Domníváme se, že v některých zemích, například v Kolumbii, je již virus za vrcholem svého šíření. Je však možné, že nastane druhá v-

na,“ varoval před předčasným optimismem Sylvain Aldighieri z Panamerické zdravotnické organizace. Šíření bude podle něho vrcholit zvláště v karibských zemích. Celosvětově zatím lékaři diagnostikovali již okolo 200 tisíc případů viru Zika. Většina nakažených necítí téměř žádné příznaky a nevyhledává lékaře, proto jsou počty udávaných případů velmi orientační. Vědci doufají, že příznivý trend povede k výrazně mírnějším dopadům viru, než se při začátku jeho šíření obávali. Optimismus však brzdí především údaje z Brazílie, která je s více než 70 tisíci případy na čele žebříčku a nově nakažených tam přibývá stále podobným tempem. (Zdroj: ČTK)

(red)

ROZHOVOR

Trombóza a následná embolie je často smrtelná

V Evropě každý rok umírá půl milionu lidí na tromboembolickou nemoc (TEN). Přitom se jedná o onemocnění, které lze nejen léčit, ale i mu zabránit účinnou profylaxí. „Podstatné ale je, aby ošetřující lékař na možnost vzniku trombózy či embolie vždy myslel,“ říká primář oddělení úrazové chirurgie Pardubické krajské nemocnice **MUDr. Martin Carda**.

Čím je tromboembolická nemoc charakterizovaná? Kde tromb obvykle vzniká, co může způsobit?

Tromboembolickou nemoc charakterizuje vznik krevních sraženin, trombů, v žilách dolních končetin nebo pánve. Jen zřídka vznikají tromby v žilách horních končetin. Tento stav nazýváme trombózou. Její hlavní nebezpečí spočívá v tom, že se sraženiny mohou uvolnit a žilním řečištěm doputovat, embolizovat, do srdce a do plic, kde ucpou plicní tepny. Záleží pak na rozsahu embolizace. Uvolní-li se velký trombus, což bývá většinou ze stehna nebo pánve, může být tento stav velmi vážný a pacienta i ohrozit na životě. Naštěstí u většiny nemocných s trombózou k uvolnění trombů a jejich embolizaci do plic nedochází nebo je jen menšího rozsahu.

Jaké jsou příčiny této obávané nemoci?

Příčin vzniku trombů je více. Obecně vznikají při zpomalení toku krve v žilách dolních končetin nebo u pacientů, kteří mají z různých důvodů zvýšenou srážlivost krve. Hledání příčin trombózy se medicína věnuje velmi dlouho. Už v 19. století popsal profesor Virchow v Berlíně základní triádu podmínek, které ať už samy nebo v souběhu vedou ke vzniku trombózy. Jsou jimi změny hemodynamiky, porušení integrity intímy a trombofilní stavy. Za normálních okolností je v organismu rovnováha mezi vznikem a rozpuštěním trombu, ke vzniku trombózy je obvykle nutný nějaký spouštěcí faktor, který dosud jen potenciální riziko uvede do pohybu.

Která onemocnění a stavy zvyšují riziko vzniku TEN?

Mezi hlavní příčiny vzniku trombózy patří úrazy, zhoubná onemocnění, užívání léků s hormony, například antikoncepce, obezita nebo vrozně zvýšená srážlivost krve, k té má sklony až 10 procent populace. Rizikových faktorů je samozřejmě více

a často se vzájemně kombinují a potencují. Jedním z těch v poslední době často medializovaných, ale fakticky s nepříliš častým výskytem, je „onemocnění ekonomické třídy“ v letadlech. V levnější cestovní „ekonomické třídě“ bývá malý prostor mezi sedadly, důsledkem je pro pasážera déletrvající omezení pohybu, což s sebou samozřejmě nese i omezení svalové pumpy. Možná bychom ještě měli připomenout, že se s trombózou setkáváme častěji u žen než u mužů.

Říkal jste, že TEN často vzniká jako jeden z následků úrazu. Se kterými úrazy bývá spojen nejčastěji a kdy je kritické období?

Obecnou příčinou vzniku trombózy u pacientů s úrazem je jejich snížená pohyblivost a s ní spojené zpomalení toku krve v žilách dolních končetin. Takto jsou postižení pacienti po těžkých úrazech, kteří jsou dlouhodobě upoutáni na lůžko, ale i pacienti s poraněním pánve a dolních končetin, zvláště pokud byli operováni nebo mají končetinu znehýbněnou u sádře či ortéze. Patří sem nejčastěji zlomeniny, ale trombóza může vzniknout i po pouhém podvrtnutí kolene či kotníku. Kritickým obdobím pro vznik trombózy je obecně doba, po kterou pacient nemůže poraněnou nebo operovanou končetinu zatěžovat. To bývá různé, ale v průměru se jedná o interval 2-6 týdnů.

S TEN se poměrně často v ordinaci setká i lékař v první linii – kdy má mít podezření na nějakou formu? A které klinické projevy jsou varovné?

Nejčastějším steskem nemocných s hlubokou žilní trombózou dolních končetin je otok a křečovitá bolest lýtka. Lékař provede několik známých jednoduchých vyšetřovacích manévrů, které mohou svědčit pro přítomnost trombózy. Jen pro připomenutí – jde o takzvané Homansovo znamení, kdy pasivní extenze v hleznu vyvolá bolest lýtka, a dále plantární znamení, kdy je zvy-



Foto: Pardubická krajská nemocnice, a. s.

šeně bolestivý tlak na chodidlo postižené končetiny. Zásadní je vyšetření ultrazvukem, které diagnózu potvrdí, či vyloučí. Je důležité uvědomit si, že pokud u pacienta dojde k plicní embolii, tedy uvolnění sraženin a jejich vyplavení do plic, záleží na množství a velikosti těchto sraženin. Je-li jich málo, nemusí se projevit vůbec. Při větším množství má pacient bolesti na hrudi, špatně se mu dýchá, může vykašlávat krev. Nejtěžší formy se projeví zástavou krevního oběhu a ztrátou vědomí. Zde ani okamžitá resuscitace a napojení pacienta na dýchací přístroj jej nemusí vždy zachránit.

Které diagnostické postupy k určení tohoto onemocnění nejvíce využíváte?

Velký význam má už i to, co obvykle stojí na počátku, tedy pohovor s pacientem a vyslechnutí jeho obtíží. Podstatné je, aby ošetřující lékař na možnost vzniku trombózy či embolie vždy myslel a při sebemenším podezření provedl příslušná vyšetření. K průkazu trombózy končetinových žil je pak ideálním vyšetřením už zmíněný ultrazvuk, pro potvrzení rozsáhlejší plicní embolie vyšetření na počítačovém tomografu, konkrétně CT plicní angiografie. Ke komplexnímu vyšetření při podezření na

plicní embolizaci ale samozřejmě využíváme řadu dalších metod, od laboratorních včetně měření srážlivosti krve až například po měření tlaku v plicních cévách a některých dalších oddělech cévního řečiště.

Co tvoří základ léčby hluboké žilní trombózy a plicní embolizace?

Velmi stručně řečeno jsou základem léčby léky, které snižují srážlivost krve, a zabraňují tak narůstání již vzniklých trombů, tedy antikoagulační terapie. V některých případech je metodou volby i chirurgická terapie, hlavní indikací je *Phlegmasia coerulea dolens*, tedy prudký masivní uzávěr hlubokých i povrchných žil dolní končetiny a hrozící gangréna. I v těchto případech je ovšem nezbytná antikoagulační terapie.

Alfou i omegou tedy jsou antikoagulantia. Jakou roli mají nízkomolekulární hepariny a kdy jsou výhodnější než „klasický“ warfarin?

Nízkomolekulární hepariny jsou dnes nejčastěji používané léky v prevenci a léčbě hluboké žilní trombózy a plicní embolie. Jsou s nimi dobré zkušenosti, a i když jsou ve formě injekcí, jejich podání je snadné a naprostá většina pacientů si je dokáže aplikovat i doma. Oproti warfarinu mají výhodu v tom, že i když za-

braňují tvorbě trombů, nezpůsobují závažnější krvácení, takže nebrání provedení operací. To u pacientů s warfarinem možné není. U warfarinu je vždy třeba vyčkat na vymizení jeho protisrážlivého účinku, což trvá vždy několik dnů. V případě potřeby je sice možné dosáhnout zrušení jeho účinku rychleji, ale pouze za cenu podání drahých léků či transfuzních přípravků.

U pacientů s těžkými úrazy a úrazy dolních končetin je nezbytné provádět prevenci vzniku hluboké žilní trombózy a plicní embolie zvláště tehdy, pokud jsou operováni. Zde využíváme také nízkomolekulární hepariny. Obecně by se měly podat již několik hodin před operací, což ale v případě urgentního zákroku u těžce poraněného pacienta, který je operován ihned po přijetí do nemocnice, není možné. Naštěstí je tu ale přípravek s účinnou látkou bemiparinem, který lze podat ještě 6 hodin po operaci, aniž by se snížil jeho účinek. Tuto jeho vlastnost využíváme nejen v případech urgentního operování, ale i u ostatních operací, kdy takto eliminujeme riziko zvýšeného krvácení během operace po předoperačním podání nízkomolekulárního heparinu. Je tu i efekt ekonomický, kdy vlastně šetříme předoperační dávku léku.

Jaké jsou hlavní zásady prevence TEN po úrazu a po operaci?

Především je třeba, aby byl pacient co nejvíce aktivní, aby mu krev v končetinách proudila dostatečně rychle. Doporučujeme cvičení na lůžku, po úrazu a operaci co nejdříve lůžko opustit a nacvičovat chůzi, třebaže s berlími či jinými pomůckami. U všech rizikových pacientů se podává nízkomolekulární heparin, sníží riziko vzniku trombů na minimum a současně neohrozí pacienta krvácivými komplikacemi.

Krevní sraženina je příčinou 25 procent všech úmrtí, ale v porovnání s hypertenzí nebo nádory vzbuzuje u veřejnosti (a nejen laické) mnohem menší obavy. Jak si to vysvětlujete?

Možná je to proto, že mezi těmi 25 procenty jsou i lidé, u nichž sice bezprostřední příčinou smrti byla plicní embolie, ale kteří současně měli zhoubný nádor. Plicní embolie pak bývá pouze tou poslední komplikací těžkého stavu, kterým tito pacienti prošli a kterého se veřejnost obává.

Mnoho pacientů s hepatitidou C o své nemoci neví

Výsledky studie, která byla provedena Fakultou vojenského zdravotnictví Univerzity obrany (FVZ UO), ukazují, že mezi dospělými v ČR je více případů hepatitidy C, než kolik jich odborníci očekávali.

Chronickou formou onemocnění trpí odhadem přes 80 tisíc Čechů. Mnoho nemocných přitom o své chorobě neví. Naději na úplné uzdravení pacientům dává nová metoda léčby.

Nakažení versus nahlášení

Hepatitida typu C je nejzávažnějším druhem hepatitidy. Není možné se proti ní očkovat, její konečná fáze je přitom v současnosti nejčastějším důvodem transplantace jater. Podle údajů Světové zdravotnické organizace (WHO) jí na celém světě trpí 130 až 150 milionů lidí. Varovná jsou i aktuální data o výskytu žloutenky typu C v České republice.

Jak vyplývá z nové studie FVZ UO v Hradci Králové, počet skutečně nakažených výrazně převyšuje počet nahlášených případů. Výskyt žloutenky C mezi dospělými dle studie činí 1,67 %, u chronické formy tohoto onemocnění se jed-

ná o 0,93 %. V přepočtu na celou populaci jde o 140 tisíc dospělých osob, které prodělaly onemocnění žloutenkou C. Více než 80 tisíc z nich tvoří lidé, kteří s touto infekcí žijí, často aniž by si to uvědomovali. Ve srovnání s posledními daty Státního zdravotního ústavu z roku 2001 je to téměř osminásobný nárůst.

Možnosti nákazy

„Nejvíce chronicky nemocných žloutenkou typu C se vyskytuje ve věkových kategoriích 30 až 44 let a 18 až 29 let. Jelikož se tato nemoc dlouho nemusí vůbec projevit, je možné, že většina nemocných ani neví, že se nakazila,“ říká autor studie prof. MUDr. Roman Chlábek, Ph.D., z FVZ UO v Hradci Králové.

Přenos hepatitidy C je možný primárně krví, velmi vzácně také během porodu z nakažené matky na dítě. S vysokým rizikem přenosu žloutenky C se potýkají zejména narkomani používající

nesterilní jehly. Rizikové však může být i tetování či piercing, pokud byly provedeny v amatérských podmínkách. „Zvláštní skupinu tvoří lidé, kteří obdrželi krevní transfuzi před rokem 1992, kdy ještě nebyl znám virus hepatitidy C. Krevní produkty proto nebyly testovány,“ doplňuje prof. Chlábek.

Nová léčba

Nejnovější metodou léčby žloutenky typu C jsou speciální tablety, které dokáží organismus zbavit viru mnohem rychleji a šetrněji než doposud používané postupy. Nemocného lze tak plně uzdravit do 3 měsíců, přičemž úspěšnost léčby se pohybuje mezi 95 až 100 %. „V hepatologii jde o velký zlom,“ zdůrazňuje předseda České hepatologické spo-



Ilustrační foto: Shutterstock

lečnosti prof. MUDr. Petr Urbánek, CSC.

Neléčená hepatitida C přitom může mít pro pacienta vážné, někdy až fatální následky. Výjimkou není cirhóza nebo rakovina. Léčba doposud probíhala pomocí interferonu v kombinaci s přímo působícími antivirotyky. Interferon dokáže hubit viry a zastavit jejich množení, má však nežádoucí účinky.

„K léčbě interferonem patří příznaky podobné chřipce, poruchy funkce štítné žlázy, krevní poruchy, vyrážky nebo dočasná ztráta vlasů,“ přibližuje prof. Urbánek. Řada pacientů navíc musela takovou léčbu prodělat opakovaně, než se viru skutečně zbavila, a u části z nich se to nepodařilo. V tomto směru nové léky představují významný přínos.

(red)

Kojení snižuje až o 25 % riziko budoucí obezity

Své děti kojí dle Ústavu zdravotnických informací a statistiky 40 % českých matek, 15 % jich ale dítě odstaví už v období šestinedělí. Odborníci doporučují, aby děti přijímaly výlučně mateřskou výživu nejméně prvních šest měsíců života a minimálně dalších šest by mělo být kojení doplněno o příkrmy.

Konzumace mateřského mléka má na správný vývoj dítěte jednoznačně pozitivní vliv. Je snadno stravitelné a nezatěžuje trávicí soustavu novorozence. Studie provedená v Jižní Americe navíc potvrdila, že dlouhodobé kojení má pozitivní vliv také na některé charakteristiky jedince. Výzkumníci sledovali po dobu 30 let 3,5 tisíce dětí a zjistili, že kojené děti mají vyšší IQ. Kromě toho výzkum prokázal i vliv na zvýšení učebních schopností a následné uplatnění v zaměstnání.

Krátkodobé přijímání mateřského mléka zvyšuje riziko obezity. Při krmení mateřským mlékem se rozvinutí obezity snižuje o 15–25 %. Mateřské mléko dodává dítěti potřebné výživné látky a zároveň pú-

sobí jako prevence před některými nemocemi. Kojení má pozitivní vliv také na ženské tělo. Kojící matky prokazují menší ztráty krve, trpí méně chudokrevností a snižuje se u nich výskyt rakoviny prsu, vaječnicků či dělohy. Kojení nemusí žena přerušovat ani z důvodu virózy, angíny nebo zánětu močových či dýchacích cest.

Mateřské mléko se poslední dobou začíná prosazovat i jako potravinový doplněk. Takzvané kolostrum neboli mezivo je charakteristické vysokou koncentrací vitamínů, minerálů, stopových prvků a dalších látek příznivých pro lidský organismus.

(Zdroj: Media Journal)

(red)

Hořčík u pacientů s interním onemocněním

U pacientů s interním onemocněním se setkáváme s rozličnými kombinacemi minerálových dysbalancí při mnoha diagnózách. Nedostatek či nadbytek konkrétního prvku nám může napomoci ke stanovení diagnózy, v opačném případě je při léčbě chronických nemocí nutné počítat s důsledky léčby v podobě minerálové dysbalance, a pokud možno terapii adekvátně upravit.

Nedostatek hořčíku může být dán jeho sníženým příjmem či zvýšeným vylučováním. Vzhledem ke schopnosti ledvin výrazně snížit vylučování hořčíku do moči při jeho ne zcela dostatečném příjmu bývá jeho nedostatek v organismu jedním z důsledků malabsorpce při různých onemocněních (syndrom krátkého střeva, celiakie, chronická zánětlivá onemocnění střev, píštěle, alkoholismus), dlouhodobých zažívacích obtížích či anorexie.

Příčiny nedostatku hořčíku

Mezi pacienty s interním onemocněním je nezbytné pravidelně kontrolovat hladinu hořčíku u diabetiků, kde dochází vlivem osmotické diurézy k jeho zvýšenému vylučování ledvinami. Další početnou skupinou nemocných, kde je nutné myslet na možnou hypomagnesemii, jsou hypertoničtí pacienti léčení diuretiky, jež způsobu-

jí sníženou zpětnou resorpci hořčíku ledvinami, což ústí v jeho zvýšené vylučování. S nedostatkem hořčíku se setkáváme také u endokrinně léčených pacientů, konkrétně v případě hypertyreózy, hyperaldosteronismu a hyperparatyreózy.

Zvýšené vylučování hořčíku pozorujeme rovněž při onemocnění ledvin – s hypomagnesemií jsou spojené vrozené tubulopatie (Bartterův a Gitelmanův syndrom), akutní selhání ledvin, ztráty hořčíku do dialyzační tekutiny či stav po transplantaci ledviny. U pacientů s akutní pankreatitidou dochází v důsledku vzniku tukových nekrotů k tvorbě mýdel a spotřebě hořčíku, což také vede ke snížení jeho hladiny v krvi. Nedostatek hořčíku je nutné vzít v potaz také při léčbě nefrotoxicími léky, jako jsou některá antibiotika (např. gentamycin), tuberkulostatika nebo cytostatika.

Kontrolovat hladiny v krvi

Z pohledu internisty je nutné zmínit i důsledky hypomagnesemie, ať už z jakýchkoli příčin, která může u pacientů s preexistujícím onemocněním srdce ústít v závažné komorové arytmie. Vzhledem k faktu, že až 65 % pacientů hospitalizovaných na jednotce intenzivní péče trpí nedostatkem hořčíku, je třeba tuto skutečnost vzít v potaz a pravidelně hladinu hořčíku kontrolovat.

Je také vhodné upozornit pacienty dispenzarizované pro jiná onemocnění na stavy spojené se zvýšenou potřebou hořčíku v průběhu života, mezi něž patří těhotenství, menstruace, zvýšené pocení či dlouhodobý stres. S nedostatkem hořčíku v organismu se setkáváme rovněž v případě zvýšeného denního příjmu fosfátů (které jsou ve vysokém množství obsaženy např. v tavených sýrech a kolo-

(Zdroj: Meditorial)

(red)

VÝROČÍ

100 let společnosti CSL Behring

25. dubna oslaví společnost CSL Behring 100. výročí svého založení. Společnost je globálním lídrem v oblasti vývoje a výroby bioterapeutik. Zaměřuje se zejména na oblast léčby závažných a vzácných onemocnění. Posláním CSL Behring je přispívat s pomocí nejmodernějších technologií k záchraně života a zlepšování kvality života pacientů s těmito onemocněními.

CSL Behring se zaměřuje na vývoj nových léčebných postupů na bázi proteinů k léčení poruch koagulace, primárních imunodeficiencí, vrozených plicních onemocnění, vrozeného angiodému a některých neurologických poruch, dále na vývoj očkovacích látek proti chřipce. Ve



Z historie CSL Behring

25. dubna 1916

Bakteriolog William Penfold nastupuje na pozici ředitele a prvního zaměstnance společnosti Commonwealth Serum Laboratories (CSL), založené australskou vládou za účelem pokrýt zdravotní potřeby národa separovaného válkou.

1916–1919

Na podkladě výzkumné práce Emila von Behringa a Edwarda Jennera začíná CSL vyrábět produkty, které mají bojovat s následky záškrtu a černých neštovic. Ve stejném období zachvátí svět epidemie španělské chřipky a zanechá za sebou 50 milionů lidských obětí. S cílem ochránit australskou populaci CSL vyrábí 3 miliony dávek vakcín s obsahem chřipkového viru. Společnost tak získává veřejně uznání a deklaruje svou připravenost utkat se s každou další zdravotní hrozbou.

1922

CSL identifikuje potřebu preventivní ochrany zvířat před infekčními nemocemi a zahajuje výrobu veterinárních vakcín. Divize pro veterinární medicínu je vnímána jako vysoce inovativní a komerčně úspěšná.

1923

CSL získává mezinárodní uznání v souvislosti s tím, že je jednou ze 4 společností na světě, které získaly licenci na výrobu inzulínu. Pouhých 6 měsíců poté se naplno rozjíždí produkce a tento stav trvá následujících sedm dekad až do roku 1992, kdy přichází na trh no-

vá generace inzulínů produkovaná farmaceutickými giganty. Příspěvní CSL k léčbě diabetu nicméně zůstává významným milníkem v historii této společnosti.

1930

Po letech spolupráce s Walter and Eliza Hall Institute v Melbourne CSL uvolňuje na trh první protijed. Obsahuje protilátky proti smrtelnému jedu pakobry páskované. Vzniklá výzkumná divize pro vývoj protijedů následně nabídne portfolio antiser proti nejnebezpečnějším australským živočichům, stejně jako první set pro detekci jedů na světě. Coby výhradní producent těchto unikátních látek proniká CSL na trh do tropických rozvojových zemí.

1934

Růst produkce humánních i veterinárních přípravků vede k potřebě rozšíření provozu CSL do dalších prostor, které by mohly sloužit jako přístřešek většímu množství zvířat. V roce 1934 povoluje australský ministr zdravotnictví odkoupení pozemku o výměře 250 akrů naproti kasárnám v oblasti Camp Road, Broadmeadows, za 8 tisíc liber. Provoz zde je ukončen roku 1968, kdy jsou zvířata přestěhována na farmu ve Woodendu. Místo se stává znovu aktivním v roce 1990 v souvislosti s vybudováním zařízení, které se stane světovou špičkou v oblasti zpracování plasmu.

1938–1939

Hrozící válka pro CSL znamená, že se musí připravit na pokrytí před-

pokládaných zdravotních potřeb Australanů. Ve velkém je produkována vakcína proti tetanu. Díky tomu se tetanus nevyskytne ani u jednoho australského vojáka. Austrálie je jedinou zemí na světě, která zavádí rutinní testy na zjištění krevní skupiny u vojenského odvodu. Úzká spolupráce s Červeným křížem, jejíž začátky se datují právě do tohoto období, trvá dodnes.

1943

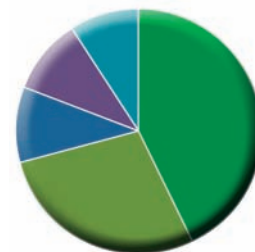
Vlivný výzkumník z CSL Colonel Bill Keogh přesvědčí australskou vládu, že CSL může vyrábět penicilin. Dozoru nad výrobou se ujme Val Bazeley. Během 6 týdnů se tak Austrálie stává po Spojených státech amerických druhou zemí, která poskytuje inzulín armádě. Přibližně v polovině roku 1944 se pak Austrálie stává první zemí na světě, jež nabízí penicilin civilistům.

1944

CSL jako první vyvíjí vakcínu proti chřipce na kuřecích embryích. Tato bivalentní vakcína obsahuje chřipkový virus typu A i kmen nedávno objeveného chřipkového viru typu B. V letech 1944 až 1946 CSL vyrobí přes milion dávek této nové vakcíny a poskytne ji jak australským, tak britským vojenským silám. V tomto období je denně ručně naočkováno 20 tisíc vajec. Pro porovnání, Seqirus aktuálně v Parkville zpracovává 2,1 milionu vajec týdně a produkuje ročně 30 milionů dávek trivalentní protichřipkové vakcíny pro globální trh.

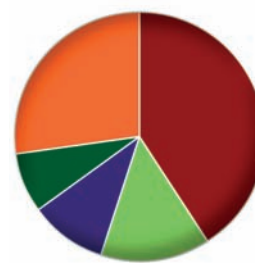
spolupráci s pacienty a mezinárodními biomedicínskými týmy zlepšuje přístup k moderní léčbě a podporuje budoucí lékařský výzkum. Špičkový provoz ve spojení s velkým R&D týmem mu umožňuje identifikovat, vyvíjet a poskytovat inovativní léčebné prostředky, které nemocní a jejich lékaři potřebují. Společnost provozuje jednu z největších sítí na odběr plasmu na světě – CSL Plasma.

CSL Behring plní své sliby. Před 100 lety se její mateřská firma CSL Limited v australském Melbourne zavázala, že bude usilovat o záchranu životů a ochranu lidského zdraví. Dnes má firma 14 000 zaměstnanců a svému slibu tak dostala více než dost. CSL Behring je dceřinou společností CSL, která působí ve více než 30 zemích.



Podle regionu

- 43 % Severní Amerika
- 28 % Evropa
- 10 % Asie
- 10 % Austrálie
- 9 % zbytek světa



Podle produktů

- 41 % imunoglobuliny
- 14 % albumin
- 10 % plasmatické deriváty
- 8 % helixate
- 27 % ostatní

Tržby CSL v období 2014/2015

(red) - 5,5 miliard dolarů

Kdo byl Emil von Behring?

Emil von Behring (1854–1917) byl německý lékař a bakteriolog, zakladatel séroterapie a umělé pasivní imunizace, nositel Nobelovy ceny za fyziologii a medicínu.



Emil von Behring studoval Vojenskou lékařskou akademii v Berlíně, po ukončení studia pracoval několik let v Hygienickém ústavu v Berlíně pod vedením Roberta Kocha. Později se ve spolupráci s japonským kolegou Šibasaburo Kitasatou zabýval studiem imunologie, zejména problematikou záškrtu a tetanu. V roce 1890 vyšel v časopise Deutsche Medizinische Wochenschrift jejich společný článek „O vzniku imunity při onemocnění záškrtem a o proti-

tetanové imunitě u zvířat“. V dalším čísle časopisu Behring publikoval práci popisující léčbu záškrtu pomocí krevního séra. Následně byla v roce 1892 v Německu zahájena masová výroba tohoto séra.

Roku 1893 získal Behring místo profesora hygieny na lékařské fakultě Univerzity v Marburgu a o dva roky později se stal ředitelem Ústavu hygieny v Marburgu. V roce 1901 byl oceněn první Nobelovou cenou za fyziologii a medicínu „za práce týkající se séroterapie a zvláště za její využití proti záškrtu“ a byl povýšen do šlechtického stavu. V roce 1904 založil Behring-Werke, společnost zabývající se vývojem sér a vakcín. V roce 1913 představil preventivní TA (toxin-antitoxin) proti záškrtu na Kongresu vnitřního lékařství ve Wiesbadenu.

Behringovy objevy položily základ pro séroterapii a moderní imunologii, zásluhou jeho práce se snížila míra úmrtnosti v samém počátku používání sérové terapie o polovinu.

Představujeme publikaci

Potravinová alergie a intolerance



Potravinová alergie je podmíněna nežádoucí, výhradně specifickou imunologickou odpovědí na potravinové antigeny. Na rozdíl od jiných alergií jí neustále přibývá, za což nese odpovědnost jak samotný genom, tak především prostředí včetně výživy i západního způsobu života, souhrnně epigenetické mechanismy. Chystaná kniha se zaměřuje rovněž na nejznámější potravinové intolerance, jejichž spouštěčem jsou naopak čistě neimunologické mechanismy.

Obecná část publikace věnuje pozornost epidemiologii, patofyziologii, alergenům, projevům, diagnostice včetně novinek v molekulární diagnostice, léčbě, prognóze a nakonec i legislativě. Druhá, speciální část představí jednotlivé potravinové skupiny, nechybí ani přehledy možných zkřížených reakcí. K hlubšímu pochopení typů potravinových alergií, jejich příznaků i specifických způsobů diagnostiky a léčby by měla zásadně přispět právě tato kniha.

Autoři: Martin Fuchs et al.

Doporučená cena 605 Kč

Při objednání na **knihy.cz** sleva 20%

MEDICAL SERVICES

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

mf
MLADÁ FRONTA

RECENZE

Onkologie v klinické praxi

– Standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů

Poslední dvě desetiletí se vyznačují rychlým rozvojem poznatků o příčinách vzniku a vývoje nádorových onemocnění a také o jejich diagnostice a léčbě. Zaznamenání a využití těchto nových podnětů v klinické praxi je velmi náročné a zvyšuje exponenciálně nároky na kontinuální vzdělávání lékařů.

S rychlým rozvojem internetu je stále obtížnější zaznamenat všechny nové poznatky do specializované monografie, natož do monografie, která je souhrnem poznatků daného oboru. Tento nelehký úkol se autorům monografie „Onkologie v klinické praxi – Standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů“ podařilo. Jedná se o druhé, aktualizované vydání, které zachovává architekturu vydání prvního.

Proto se čtenář, který má již ve své knihovně předchozí monografii, bude v knize velmi dobře orientovat. Nově je publikace rozšířena o část preklinickou a molekulárně biologickou. Protože se jedná o prakticky shodný kolektiv autorů, který se podílel na stejnojmenné publikaci v roce 2012, je zaručena kontinuita a stejná logistika této knihy. Cílovou skupinou čtenářů nejsou jen specialisté v oboru klinické a radiační onkologie,

ale také specialisté příbuzných oborů a praktičtí lékaři. Kniha je rovněž vhodná jako učební materiál pro lékaře v předatestační přípravě.

Členění monografie

Kniha je členěna do tří na sebe navazujících oddílů. Prvním oddílem je „Preklinická část“, která obsahuje celkem sedm kapitol. Autoři se zde věnují základním charakteristikám nádorových onemocnění, mimořádně uceleně je zpracována teorie vzniku a vývoje nádorového onemocnění, včetně poruch genomu, poruch proliferace nádorových buněk a změn nádorového mikroprostředí. Tento přehled je recentní a umožní čtenáři zorientovat se v základních pojmech nádorové genomiky a proteomiky, které jsou následně užívány v klinické části této knihy. Čtenář se také seznámí se základními metodikami klinického výzkumu v onkologii, poruchou eliminace cytostatik a vybraných cílených léčiv a se základy radioterapie.

Druhým oddílem je „Klinická část – léčba dle diagnóz“. Tato část knihy se věnuje klinické charakteristice jednotlivých nádorových lokalizací. Jednotná podoba a prezentace jednotlivých kapitol významně usnadňuje orientaci čtenáře při každodenním využití publikace. V každé kapitole

je vždy popsána základní charakteristika onemocnění, rizikové faktory, klinické příznaky, diagnostický postup, léčebný postup a dispenzární schéma. Velmi užitečným doplňkem jsou grafická schémata klasifikace a určení stadia tumoru a dále jednotlivé algoritmy managementu léčby. Naprosto rovnocenné je zde popsáno využití metod chirurgických, chemoterapeutických, radioterapeutických, včetně recentního doporučení léčby cílené a imunomodulační, s důrazem na důležitost interdisciplinární spolupráce. Jednotlivá doporučení jsou zdůvodněna recentními závěry klinických studií a aktuálními *guidelines* odborných společností.

Třetím oddílem je „Podpůrná léčba v onkologii“, kde se čtenář seznámí s diagnostikou a léčbou nežádoucích účinků protinádorové terapie včetně nežádoucích účinků, které se vyskytují u onkologicky nemocných zcela nově s rozvojem již zmíněné léčby cílené a imunomodulační. Opomenuta není ani speciální péče o onkologicky nemocné, která zahrnuje adekvátní léčbu bolesti, výživu a další aspekty spjaté s optimálním managementem podpůrné péče.

Nesporný přínos

Je třeba konstatovat, že monografie „Onkologie v klinické praxi – Standardní přístupy v diagnostice



Onkologie v klinické praxi

– Standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů

2. vydání

Jan Novotný, Pavel Vítek, Zdeněk Kleibl a kol.

ce a léčbě vybraných zhoubných nádorů“ výjimečně uceleně rozebírá problematiku nádorových onemocnění ve světle nejnovějších vědeckých poznatků a navíc z různých perspektiv, které přesahují i do budoucna. Mimořádná pozornost byla věnována odborné správnosti předkládaných dat, zároveň je však ponechána čtenáři určitá volnost k utvoření vlastního názoru.

Monografie je nesporným přínosem nejen pro klinické a radiační onkology, ale také pro všechny specializované obory, které se mohou s problematikou nádorových onemocnění ve své klinické praxi setkat. Nezbyvá než kolektivu autorů poděkovat a těšit se na další vydání této výjimečné monografie v budoucnu.

Doc. MUDr. Luboš Holubec, Ph.D., MBA,
oddělení klinické onkologie,
Nemocnice Na Homolce, Praha

Pokřtěna publikace „Nádory hlavy a krku“



Docent Pavel Smílek a profesor Pavel Šlampa | Foto: archiv

Monografii, která si klade za cíl vystihnout v 19 kapitolách problematiku zhoubných nádorů hlavy a krku, pokřtili 31. března její autoři prof. MUDr. Pavel

Šlampa, CSc., a doc. MUDr. Pavel Smílek, Ph.D., z Kliniky otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně. Kmotry publikace se stali prof. MUDr. Rom Kostřička, CSc., MUDr. Břetislav Gál, Ph.D., a šéfredaktorka edice Postgraduální medicíny nakladatelství Mladá fronta MUDr. Michaela Lizlerová.

Kolektiv autorů usiloval o to, aby onkologie hlavy a krku byla podána komplexně, do dostatečné hloubky, a přesto přehledně tak, aby byla k dispozici rychlá informace jak pro začínající lékaře, tak pro zkušené odborníky onkologie, otorinolaryngologie i lékaře hraničních oborů. (red)

Inzerce M161000247

OCENIT ZDRAVOTNÍKY A ZVÝŠIT PRESTÍŽ JEJICH POVOLÁNÍ, TO JE CÍLEM I DRUHÉHO ROČNÍKU ANKETY MORAVSKOSLEZSKÁ SESTRA 2016.

Tu vyhlásil a pořádá odbor zdravotnictví Krajského úřadu Moravskoslezského kraje. Anketa se koná pod záštitou moravskoslezského hejtmána Miroslava Nováka, ministra zdravotnictví Svatopluka Němečka a odbornou záštitou prezidentky České asociace sester Martyň Šochmanové.

Nominovat favority na nej... zdravotní sestru Moravskoslezského kraje v pěti kategoriích mohou odborníci do 31. května. Na rozdíl od minulého roku se bude moci do ankety zapojit i veřejnost. Z dvanácti finalistek vybraných odbornou porotou budou moci hlasovat pro jednu svoji favoritku.

Bližší informace k anketě, pravidla, tiskopis nominace a čestné prohlášení zájemci najdou na webových stránkách Moravskoslezského kraje: <http://sestra.msk.cz>.



Moravskoslezská
SESTRA
2016

Přihlas svého kandidáta!

Uzávěrka podání přihlášky je 31. 5. 2016.

Anketa je pořádána Moravskoslezským krajem ve spolupráci s Agenturou Orange.

Svou sestru můžete nominovat do těchto kategorií:

1. Sestra u lůžka
2. Ambulantní a domácí péče
3. Palliativní a hospicová péče
4. Porodní asistentka
5. Ocenění za dlouhodobý přínos v ošetrovatelské péči

PERSONÁLNÍ INZERCE



přijme

LÉKAŘE

DO NEMOCNICE NÁCHOD A BROUMOV NA:
INTERNÍ ODDĚLENÍ • HEMATOLOGII
**• UROLOGII • GYNEKOLOGICKO-
 PORODNICKÉ ODDĚLENÍ • LDN**

Požadujeme:

- vzdělání dle zákona č. 95/2004 Sb.
- specializace v oboru výhodou

Nabízíme:

- NÁSTUP možný ihned
- PRACOVNÍ POMĚR NA DOBU NEURČITOU
- poskytujeme stabilizační odměnu až 60 000 Kč při setrvání v pracovním poměru minimálně dva roky
- poskytujeme příspěvek na ubytování (pro nově přijímané zaměstnance s trvalým bydlištěm mimo Královéhradecký kraj)
- ubytování zajistíme nebo zprostředkujeme
- akreditovaná pracoviště
- umožníme a zajistíme rychlý odborný růst na akreditovaných pracovištích v rámci naší nemocnice a ve spolupráci se smluvními zařízeními
- nástupní mzda: lékař bez praxe od 25 200 Kč + výkonnostní odměny + cca 15 000 Kč příplatky za ústavní služby
- mzda lékaře se specializací minimálně 60 000 Kč včetně ústavních služeb

Příhlášky zasílejte na adresu:

holub.lukas@nemocnicenachod.cz

MUDr. Rostislav Král, primář oddělení INT 2 (kardio),
 tel: 381 606 100,
 e-mail: rostislav.kral@nemta.cz
M161000301

Více pozic

SDRUŽENÍ ZDRAVOTNICKÝCH ZAŘÍZENÍ II BRNO, příspěvková organizace, přijme lékaře/ku se specializovanou způsobilostí v oboru:

- dermatovenerologie pro pracoviště poliklinika Zahradníková
- rehabilitační a fyzikální medicína pro pracoviště: Dětské rehabilitační centrum, Kyjevská 393, Brno - Starý Lískovec

Kontaktní osoba:

MUDr. Kamila Krausová,
 tel: 541 552 363,
 e-mail: kamila.krausova@polza.cz
M161000321

Dermatolog

HLEDÁME DERMATOLOGA PRO KOŽNÍ KLINIKU ACHILLEA v Praze 8, která se specializuje na chronická kožní onemocnění.

Moderní pracoviště, příjemné pracovní prostředí, motivační odměňování a firemní benefity, lidsky fungující tým, dobrá dopravní dostupnost.

Máme akreditaci MZ pro specializační vzdělávání v ambulantní dermatovenerologii, proto nabízíme uplatnění i pro dermatologa před atestací (po dosažení základního kmene). Možnost zaškolení a dalšího vzdělávání v oboru estetické a korektivní dermatologie.

Kontakt: www.achillea.cz,
 tel.: 603 222 123.
M161000280

Anesteziolog

ÚPMD přijme

■ lékaře anesteziologa

Požadujeme ukončený základní kmen, atestace v oboru vítána. Nabízíme zázemí stabilní společnosti s tradicí, 5 týdnů dovolené, jazykové kurzy a další benefity, možnost pronájmu bytu v Praze.

Nástup dle dohody.

Kontakt: personalni@upmd.eu,
 tel: 296 511 240, 800.
M161000286



přijme

FYZIOTERAPEUTA s kurzem Vojtovy reflexní lokomoce pro děti

Požadujeme:

- vzdělání dle zákona č. 96/2004 Sb. v oboru
- kurz Vojtovy reflexní lokomoce pro děti

Nabízíme:

- NÁSTUP možný ihned
- plný NEBO částečný úvazek
- pracovní poměr na dobu NEURČITOU
- nadstandardní mzdové podmínky
- stabilizační odměnu až 30 000 Kč při setrvání v pracovním poměru minimálně dva roky
- zaměstnanecké benefity ve výši 14 000 Kč ročně
- příspěvek na ubytování (pro nově přijímané zaměstnance s trvalým bydlištěm mimo Královéhradecký kraj)
- ubytování zajistíme nebo zprostředkujeme

Příhlášky zasílejte na adresu:

holub.lukas@nemocnicenachod.cz



přijme

lékaře ORTOPEDIE ARO GYNEKOLOGICKO-PORODNICKÉ

do nemocnice Rychnov nad Kněžnou

Požadujeme:

- vzdělání dle zák. 95/2004 Sb.
- specializace v oboru výhodou

Nabízíme:

- NÁSTUP možný ihned
- pracovní poměr na dobu neurčitou
- poskytujeme stabilizační odměnu až 60 000 Kč při setrvání v pracovním poměru minimálně dva roky
- poskytujeme příspěvek na ubytování (pro nově přijímané zaměstnance s trvalým bydlištěm mimo Královéhradecký kraj)
- ubytování zajistíme nebo zprostředkujeme
- akreditované pracoviště (ORTOPEDIE)
- umožníme a zajistíme rychlý odborný růst na akreditovaných pracovištích v rámci naší nemocnice a ve spolupráci se smluvními zařízeními
- nástupní mzda: lékař bez praxe od 25 200 Kč + výkonnostní odměny + cca 15 000 Kč, příplatky za ústavní služby
- mzda lékaře se specializací minimálně 60 000 Kč včetně ústavních služeb

Příhlášky zasílejte na adresu:

holub.lukas@nemocnicenachod.cz

Inzerce M161000159

Nemocnice Písek, a. s. přijme lékaře

Radiologa

Požadujeme: • odbornou způsobilost lékaře • zařazení do oboru či ukončený základní kmen výhodou • spec. způsobilost v oboru vítána
 • morální a občanská bezúhonnost • aktivní přístup k práci

Nabízíme: • moderní provoz 21. století • mamografické centrum
 • pracoviště CT a MR • zajímavé finanční ohodnocení • možnost dalšího rozvoje • zaměstnanecké benefity • zajištění ubytování

Kontakt: Nemocnice Písek, a. s., Karla Čapka 589
 MUDr. Hana Pašková, primářka odd.
 tel. 382 772 390, e-mail: rttg@nemopisek.cz

Inzerce M161000275

Internista

ÚPMD přijme

■ lékaře/-ku internistu

Požadujeme atestaci v oboru interní lékařství, zkušenost s diabetologií velmi vítána. Nabízíme zázemí stabilní společnosti s tradicí, zaměstnanecké benefity, zajištění pronájmu bytu v Praze.

Nástup možný ihned.

Kontakt: personalni@upmd.eu, další informace na tel: 296 511 240, 800.
M161000323

Různé

Přenechání praxe PL

Nabízím k postupnému převzetí prosperující praxi PL pro dospělé nedaleko Prahy.

Ordinace ve vlastní nemovitosti spolu s prostorným bytem, zahrada. Nemovitost je součástí nabídky, ale není podmínkou.

Tel.: 602 324 362,
 e-mail: jpodrasky@tiscali.cz

M161000253

PERSONÁLNÍ INZERCE

NEMOCNICE HRANICE a.s.

Nemocnice Hranice a.s. přijme
**lékaře na doléčovací oddělení
chirurgických a interních oborů**

Požadavky: ●VŠ-lékařská fakulta ●základní interní kmen (nebo kmen všeob. praktické lékařství) nebo v přípravě ●specializovaná způsobilost v oboru geriatrické péče

Nabízíme: ●nástup dle dohody ●možnost ubytování ●dobré pracovní podmínky ●plný úvazek ●příspěvek na oběd ●příspěvek na dovolenou ●příspěvek na rekondiční cvičení

Požadované doklady k přihlášce: ●stručný životopis s přehledem odborné praxe ●kopie dokladů o dosaženém vzdělání

Nemocnice Hranice a.s. dále přijme
**lékaře na pozici
primáře dětského oddělení**

Požadavky: ●atestace II. stupně z pediatrie nebo specializovaná způsobilost ●praxe v oboru 8 let

Nabízíme: ●nástup dle dohody ●možnost ubytování ●plný úvazek

Požadované doklady k přihlášce: ●stručný životopis s přehledem odborné praxe ●kopie dokladů o dosaženém vzdělání

Kontakt:
Nemocnice Hranice a.s., sekretariát
Zborovská 1245, 753 22 Hranice
E-mail: nemocnice@nemocnice-hranice.cz
Tel.č.: +420 581 679 102

NP Přijmeme do pracovního poměru:
lékaře pro následnou ústavní péči

Odborné požadavky:

VŠ vzdělání v oboru všeobecné lékařství (vhodné i pro absolventy), lékař s odbornou způsobilostí – specializovaná způsobilost v oboru se základním kmenem interním, chirurgickým, urologickým, neurologickým, ortopedickým, pediatrickým nebo základním

Ostatní požadavky:

Předpoklady pro týmovou spolupráci – komunikativnost, bezúhonnost, zdravotní způsobilost.

Nabízíme:

- pracovní pozici na plný pracovní úvazek
- stabilní platové podmínky
- náborový příspěvek při setrvání 2 let na tomto pracovišti pro:
 - L3 300 000 Kč, L2 200 000 Kč, L1 100 000 Kč
- služební byt k dispozici

Nástup ihned, popř. dle dohody.

Kontakt: vedeni@nemsem.cz, personální odd. tel. +420 481 661 402



PERSONÁLNÍ INZERCE

je přijímána na adrese:

Zdravotnictví a medicína
Mladá fronta a. s., Mezi Vodami 1952/9
143 00 Praha 4 – Modřany
tel.: 225 276 380
e-mail: personalni.inzerce@mf.cz

Inzerce M161000287

Inzerce M161000328

Statutární město Ostrava

Vyhlášení výběrového řízení na obsazení funkce ředitele Městské nemocnice Ostrava, příspěvková organizace

Rada města Ostravy vyhláší výběrové řízení na obsazení funkce ředitele Městské nemocnice Ostrava, příspěvková organizace, Nemocniční 898/20A, 728 80 Ostrava, IČO: 00635162.

Požadavky na uchazeče:

- ukončené vysokoškolské vzdělání
- manažerská zkušenost v oblasti zdravotnictví
- zkušenost s vedením a řízením zaměstnanců min. 5 let
- znalost finančního řízení organizace
- znalost právní formy, principů řízení a financování příspěvkové organizace
- znalost financování zdravotních služeb
- výborné komunikační, řídicí a organizační schopnosti
- vysoké pracovní nasazení, odolnost vůči stresu
- morální a občanská bezúhonnost.

Příhlaška do výběrového řízení musí obsahovat:

- strukturovaný profesní životopis s kontaktní adresou, telefonem, e-mailem
- ověřené kopie dokladů o nejvyšším dosaženém vzdělání
- výpis z evidence rejstříku trestů ne starší 3 měsíců
- osvědčení (nebo doklad o jeho vyžádání) a čestné prohlášení dle zákona č. 451/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů
- písemně zpracovaný návrh koncepce řízení a rozvoje nemocnice (v rozsahu max. 5 - 7 stran, formát A4), který by měl obsahovat představu o strategickém vývoji nemocnice minimálně na 5 let, vymezení priorit rozvoje nemocnice v oblasti ekonomické, investiční a odborné, stanovení pořadí priorit, představu o spolupráci a vztazích s ostatními poskytovateli lůžkové péče v kraji
- písemný souhlas s nakládáním s osobními údaji v rámci výběrového řízení ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů

Předpokládaný termín nástupu: 01.09.2016

Způsob podání přihlášky:

Příhlašku je nutno zaslat nebo osobně doručit **do 31.05.2016** (rozhoduje datum podacího razítka) na adresu:

Magistrát města Ostravy,
obor sociálních věcí a zdravotnictví, Prokešovo nám. 8, 729 30 Ostrava

Obálku označte: „NEOTVÍRAT - VÝBĚROVÉ ŘÍZENÍ - ŘEDITEL NEMOCNICE“

Vyhlašovateli si vyhrazuje právo kdykoli výběrové řízení zrušit, a to i bez udání důvodu.

Kontaktní osoba pro případné další informace:

Ing. Marcela Adámková, obor sociálních věcí a zdravotnictví,
tel. 599 443 857, e-mail: madamkova@ostrava.cz

www.ostrava.cz

OSTRAVA!!!

Inzerce M161000328

Představujeme chystanou publikaci

Akupunktura ve 21. století



Kniha je první českou moderní publikací svého druhu od listopadu 1989. Má seznámit zájemce o akupunkturu s její historií, tradicí a základy, jakož i s jejím pojetím z hlediska moderní medicíny a praktickými postupy. Součástí publikace je systematika drah a bodů, aurikuloterapie neboli akupunktura ušního boltce, formy a techniky akupunktury či klinická akupunktura – její obecné i speciální indikace v jednotlivých oborech medicíny.

Publikace odpovídá curricula výuky akupunktury na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze pro mediky a na katedře akupunktury a tradiční medicíny Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze pro postgraduální studium tohoto oboru pro lékaře. Je určena akupunkturistům, rehabilitačním lékařům, neurologům, algeziologům, dále fyzioterapeutům, dalším rehabilitačním pracovníkům, medikům, ale i širší veřejnosti, která chce být informována.

Autor: Petr Fiala

Kniha vychází v dubnu 2016

MEDICAL SERVICES

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

mf
MLADÁ FRONTA

Mladá fronta a. s. Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany, www.medical-services.cz

Inzerce M161000104 / M161000324

Motto:

„Abyste mohli dělat věci jinak, musíte je jinak i vidět.“

Paul Allaire

Pracovní pozice sester v dlouhodobé péči a Biografie v procesu změn v dlouhodobé péči

12. května 2016, Hotel NH Collection Olomouc Congress



POŘADATEL, INFORMACE A PŘIHLÁŠKY K ÚČASTI

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

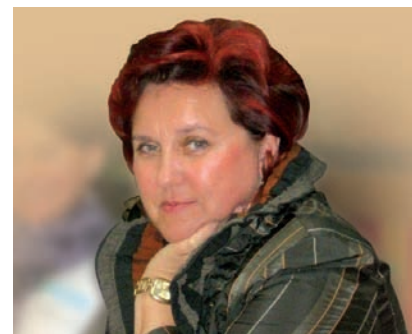
adresa: Mladá fronta a. s., divize Medical Services, Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4 - Modřany

telefon:
+420 225 276 358

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

REGISTRAČNÍ POPLATEK: 950 Kč / 35 EUR

Zvýhodněné vstupné pro studenty: (po předložení studentského průkazu) 200 Kč/8 EUR



Moderace Úvodní zdravice

PhDr. Eva Procházková, PhD.
Karel Novotný, BA (HONS), ředitel divize Medical Services, **PhDr. Eva Procházková, PhD.**, ředitelka Erwin Böhm Institutu s výhradním zastoupením pro ČR/SK, **Mgr. Ilona Antoníčková**, členka prezidia České asociace sester, **Ing. Jiří Horecký, Ph.D., MBA**, prezident Asociace poskytovatelů sociálních služeb České republiky

10.00–10.30

Mgr. David Pospíšil, ředitel odboru sociálních služeb, sociální práce a sociálního bydlení MPSV ČR

Postavení zdravotních sester (odbornosti 913) v zařízení sociálních služeb

10.30–11.00

Mgr. Ilona Antoníčková, ČAS
Kam kráčíš, česká sestro?

11.00–11.30

Mgr. Zdeňka Mikšová, Ph.D., přednostka Ústavu ošetrovatelství Fakulty zdravotnických věd Univerzity Palackého v Olomouci

Vzdělávání a pracovní pozice sester v ČR

11.30–12.00

PhDr. Eva Procházková, PhD., ředitelka Erwin Böhm Institutu ČR/SK

Psychobiografický model péče v kontextu EU + diskuse

12.15–12.45

polední přestávka

12.45–13.15

PhDr. Eva Procházková, PhD., ředitelka Erwin Böhm Institutu ČR/SK

Biografická koncepce péče v ČR

13.15–13.45

Mgr. Lenka Olivová, ředitelka Domova pro seniory Tovačov

Jak začít se změnou

13.45–14.15

Mgr. Alena Sakařová, ředitelka DD Bechyně, **Bc. Alena Bártíková**, mentor odborné praxe

Biografie v plánování péče a mimořádné provozní překážky v praxi

14.15–14.30

Odpolední přestávka, coffee break

14.30–15.00

Mgr. Michaela Hronová, vedoucí projektu „Cesta životem“, DSR Praha, metodik DPS

Projekt DSR Praha – 2013–2020

Metodika práce s biografií

15.00–15.30

Mgr. Eliška Gregorová, sociální pracovnice z Domova pro seniory Velké Meziříčí

Zkušenosti z inspekce přímé péče na základě práce s biografií

15.30–16.00

Kateřina Chlebová, DiS., vedoucí úseku v Domově Palata Praha

Projekt PALATA – Terapie prostředím, aktivizací a harmonogramem dne

16.00–16.15

Mgr. Bc. Radka Maršíková, předsedkyně řídicí rady Profesionálního svazu ZPSS, APSS ČR a staniční sestra

Domova pro seniory Bechyně

Sestra v sociálních službách

Mezinárodní den sester – každá sestra bude odměněna

16.45

Závěr konference

PARTNEŘI:



OŠETŘOVATELSKÁ PÉČE

Česko-slovenský ústav sociálních služeb



ZÁŠTITY:



Univerzita Palackého
v Olomouci



**MEDICAL
SERVICES**

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

