



TEMPUS MEDICORUM

4/2014
ROČNÍK 23

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

DÁLE V TOMTO ČÍSLE:

Na konferenci ČLK
v Poslanecké sněmovně
odborníci rokovali
o 24hodinové dostupnosti
lékařské péče



Manifest k volbám do
Evropského parlamentu

Pozor na správné
poskytování zdravotních
služeb nezletilému



Rytířem českého lékařského stavu
byl pasován
profesor **ROMAN ČERBÁK**

Vychází první číslo inzertní
přílohy Scripta medicorum



Dvoji medicína

Je zde však ještě jeden a mnohem větší paradox. Nutnost takto vysoké specializace lékařů totiž platí pouze v běžných ordináčních hodinách. Pracovní doba ale tvoří pouhou necelou jednu čtvrtinu času. A jak je tomu po ty zbývající tři čtvrtiny, tedy o víkendech, svátcích, v noci a odpoledne po 16. hodině? V této době najednou platí úplně jiná pravidla. Úderem kritické hodiny jako mávnutím kouzelného proutku již specializace nezbytná není. Podle vyhlášky o personálním zajištění zdravotních služeb může totiž sám sloužit lékař se specializovanou způsobilostí i z jiného oboru, pokud mají shodný základní vzdělávací kmen. A těchto kmenů máme dnes sedmnáct.

Ministr Heger šel však svojí vyhláškou ještě dál. Sám totiž může sloužit dokonce i lékař bez specializace, tedy bez jakékoli atestace

po absolvování pouhého základního dvouletého vzdělávacího kmene, a to za předpokladu, že je kvalifikovaný lékař dostupný do dvaceti minut. V porovnání s hrou na dopolední nezbytnost lékařských superspecializací připomíná tato podvečerní medicína rázem ruskou ru-

letu. Pacient nemá tušení, na jakého doktora kde natrefí. Všichni přece nosíme bílé pláště a pacient nic nepozná, tvrdí zákonodárci.

Jsou snad nemoci večer nebo o sobotách a nedělích méně závažné? Asi stěží. Jedna platná vyhláška zpochybňuje druhou a jejich současná účinnost není nic jiného než naprostá fašes. Absurditu situace dobře ilustruje to, čemu já osobně říkám prakticko-interní paradox. V běžné ordináční době smí primární péči zajišťovat pouze praktický lékař, což je lékař s tříletým předatestačním kurikulem, přičemž internista s předatestační praxí o dva roky delší podle praktických lékařů a ministerstva potřebnou kvalifikaci údajně nemá. Po pracovní době, tedy například po čtvrté hodině odpolední, však již může identickou primární péči v příjmové ambulanci nemocnice poskytovat nejenom každý internista, ale dokonce i lékař bez jakékoli atestace. To jsou paradoxy. A co teprve takové umělé dělení na „nepraktické“ nemocniční a vymírající praktické obvodní pediatry.

Milan Kubek

Moderní medicína je stále složitější a bez jakékoli diskuse není již v silách žádného člověka obsáhnout v úplnosti celé to moře vědomostí a dovedností. Každý z nás lékařů se tedy musí na něco specializovat. Je však třeba udržovat rovnováhu mezi vysokou mírou specializace na straně jedné a potřebnou mírou univerzálních znalostí, které jsou nezbytné pro to, abychom nespravovali poškozené orgány, ale léčili nemocné pacienty. A této potřebě by měl odpovídat též systém specializačního vzdělávání a atestačních zkoušek. Troufám si tvrdit, že v ČR tato podmínka v současnosti splněna není.

**Jsou snad nemoci
večer nebo
o sobotách
a nedělích méně
závažné?**

Platná vyhláška dělí lékaře do celkem 96 specializačních oborů, přičemž platí, že pacienta smí samostatně vyšetřovat a léčit pouze odborník se specializovanou způsobilostí v daném oboru. Takové rozkouskování medicíny je sice nesmysl, avšak politici takto nastavili vzdělávací pravidla nikoli ze zlé vůle, ale pod vlivem odborných lékařských společností. Někteří páni profesori totiž trpí pocitem, že pokud jejich specializace nebude základním oborem nebo alespoň certifikovaným kurzem, pak jejich vlastní vážnost nějak utrpí. Skutečnost, že se do řady velmi úzce vymezených oborů prakticky nikdo nehlásí, je nezajímavá. To opravdu musíme být papežštější než papež, když si Evropská unie vystačí s 52 obory? Vždyť čím úžeji vymezený obor si mladý lékař zvolí, tím nižší je jeho cena na trhu práce a více je vystaven na milost a nemilost svým šéfům. Může se někdo divit čerstvým absolventům našich fakult, když odcházejí tam, kde dostanou více zapláceno, kde se k nim budou zaměstnavatelé chovat korektně a kde snáze získají potřebnou specializaci?

OBSAH

24HODINOVÁ DOSTUPNOST PÉČE 3-26

Vzdělávací konference
České lékařské komory v prostorách
Poslanecké sněmovny ČR

RYTÍŘ ČESKÉHO LÉKAŘSKÉHO STAVU 27-29

Jednadvacátým rytířem pasován
prof. MUDr. Roman Čerbák, CSc.
Prof. Čerbák: Česká kardiologie
je na srovnatelné úrovni se světem

EVROPŠTÍ LÉKAŘI 30

Manifest k volbám do
Evropského parlamentu 2014

PRÁVNÍ PORADNA 31-33

Poskytování zdravotních služeb
nezletilému pacientovi

SERVIS 37-41

Vzdělávací kurzy ČLK
Inzerce
Křížovka

SCRIPTA MEDICORUM

Komerční příloha

MĚSÍČNÍK TEMPUS MEDICORUM

Vydává: Česká lékařská komora, Dolní nám. 38, 771 00 Olomouc
Registr. číslo MK ČR 6582 • ISSN 1214-7524 • IČ 43965024
Adresa redakce: Časopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5
tel. +420 257 217 226 • fax +420 257 220 618 •

recepce@clkcr.cz • www.clkcr.cz

Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek

Redakční zpracování: EV public relations, s. r. o., Praha

Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová

Příjem příspěvků: blanka.rokosova@ev-pr.cz

Pro Českou lékařskou komoru připravuje: Mladá fronta a. s.

Generální ředitel: Ing. David Hurta

Ředitel divize Medical Services: Karel Novotný, BA (Hons),
www.medical-services.cz

Art Director: Petr Honzátko

Grafická úprava, sazba: Mgr. Karolína Hejná

Inzerce: inzerce-tempus@clkcr.cz

Ředitelka distribuce a výroby:

Soňa Štarhová, tel. 225 276 252, e-mail: starhova@mfc.cz

Tisk: EUROPRINT a. s.

Uzávěrka čísla 4: 9. 4. 2014 • Vyšlo: 14. 4. 2014

Podávání novinových zásilek povoleno: Česká pošta, s. p.,

odštěpný závod Praha, čj. nov. 6139/96 ze dne 22. 11. 1996

Distribuce: Česká pošta, s. p., Postservis OZ Přeprava

Předplatné pro nečleny ČLK 300 Kč/rok (prijímá redakce)

Příspěvky se nemusejí shodovat se stanoviskem redakce.

Ta si současně vyhrazuje právo na redakční úpravu textů.

Rádková inzerce je pro lékaře do pěti řádků (včetně) zdarma.

Větší rozsah a inzerát nelékaře je zpoplatněn. Při zadávání

inzerátů je proto potřeba zadat fakturační kontaktní adresu,

IČ, DIČ, telefon, e-mail.

Bez těchto informací nebude inzerát zveřejněn.



Foto: Macclani

Různost názorů na konferenci v Poslanecké sněmovně

Nedostatek lékařů v nemocnicích, o kterém se hovoří v souvislosti s nemožností vyhovět Evropské směrnici o pracovní době omezující kvůli ochraně bezpečnosti pacientů množství přesčasové práce na v průměru osm hodin týdně, je pouze jedním z mnoha příznaků dezintegrace, jež postihla naše zdravotnictví. Konference, kterou uspořádala lékařská komora 6. března 2014 v Poslanecké sněmovně, ukázala, jak složitým problémem zajištění dostupnosti čtyřadvacetihodinové lékařské péče vlastně je. Žádné jedno jediné závažné a rychlé řešení přitom neexistuje.

Stanoviska politiků, pojišťoven, lékařů, právníků i pacientů jsou v současnosti značně odlišná a naše konference byla užitečná minimálně proto, že zástupci jednotlivých skupin zde prezentovali své názory a zároveň si mohli vyslechnout argumenty ostatních. Každý má totiž větší či menší díl své pravdy a vzhledem k tomu, že se na řešení problému budeme muset spolupodílet všichni, musíme si naslouchat a snažit se navzájem pochopit své argumenty.

Není možno řešit odděleně problematiku ústavních pohotovostních služeb bez řešení problémů záchranné služby a lékařské služby první pomoci zajišťované praktickými lékaři. Nemocných pacientů je v určitý

čas dané množství a můžeme je přirovnat ke kapalině, která je jak známo nestlačitelná. To znamená, že pokud například zrušíme LSPP jako obsoletní službu, pak si nemocní budou častěji volat zdravotnickou záchrannou službu. Ta bez zvýšení počtu lékařů nebude stíhat a častěji nasazované posádky bez lékařů pak převezou větší množství pacientů do nemocnic. Nemocniční lékaři, jejichž úkolem je především pečovat o hospitalizované pacienty, tento nápor zákonitě nezvládnou... Zajišťování nepřetržité lékařské péče zkrátka tvoří nedělitelný celek. Výpadek či omezení dostupnosti některé ze služeb vyvolá zákonitě zvýšenou potřebu služeb ostatních.

K zajištění čtyřadvacetihodinové dostupnosti lékařské péče je třeba vytvořit odpovídající podmínky finanční, personální i organizační. Za 7,5 % HDP není při evropské kvalitě a bezpečnosti udržitelná ani současná dostupnost zdravotní péče. Pracující lékaři stárnou a některým oborům, například praktickým lékařům pro děti a dorost, hrozí přímo demografická katastrofa. Není možné, aby se na zajišťování nepřetržité péče podílela tak jako dosud pouhá třetina lékařů.

Zdravotnictví je službou pro nemocné lidi, a musí se tedy snažit vycházet vstříc jejich potřebám. Totéž platí pro nás, pro lékaře. Jsme placeni za to, abychom sloužili a pomáhali nemocným lidem. Máme právo být nespokojeni s finančním ohodnocením své práce, ale pacienti na našich problémech vinu nenesou.

Konference se konala pod záštitou předsedy sněmovny Jana Hamáčka a předsedy zdravotního výboru prof. MUDr. Rostislava Vyzuly, CSc. Za vládu přijala účast ministryně práce a sociálních věcí Michaela Marksová a náměstek ministra zdravotnictví pro zdravotní péči prof. MUDr. Josef Vymazal, DSc. Problematiku ve svých vystoupeních podrobně probírali či komentovali zástupci všech segmentů zdravotní péče, zástupci ČLK, státu, krajů či pacientů.

Každého z přednášejících jsme požádali o krátký příspěvek pro Tempus medicorum se základními myšlenkami své prezentace. Konference byla velmi sledovaná, mezi posluchači byli zákonodárci, zástupci zdravotních pojišťoven, novináři, úředníci z různých úrovní státní správy či kolegové. Je jisté, že konference nemohla tak rozsáhlý problém vyřešit; to nebylo ani cílem. Cílem bylo všechny zúčastněné na půdě sněmovny na problémy upozornit a nastínit jim možná řešení. Všechny přednesené prezentace je možno stáhnout na internetové stránce ČLK. **MUDr. Milan Kubek**



Ministryně práce a sociálních věcí Michaela Marksová-Tominová

Za 7,5 procenta HDP nelze zajistit dostupnost kvalitní a bezpečné péče



Foto: Marcliant

Pro zajišťování čtyřadvacetihodinové dostupnosti lékařské péče je třeba vytvořit odpovídající podmínky finanční, personální a organizační. Hlavními a chronicky neřešenými problémy českého zdravotnictví jsou nedostatek peněz a nedostatek kvalifikovaných zdravotníků, zejména lékařů. Tyto dva hlavní nedostatky jsou příčinou, proč není možno bez porušování či obcházení platných právních norem zajistit čtyřadvacetihodinovou dostupnost lékařské péče.

Nedostatek peněz

Ze všech sledovaných států OECD investují menší podíl svého HDP do zdravotnictví pouze Jižní Korea, Polsko, Chile, Turecko a Mexiko. V absolutních částkách, ale ani v paritě kupní síly nesnesou naše výdaje se sousedním Rakouskem nebo Německem vůbec srovnání. Za oběma vyspělými sousedy však výrazně zaostáváme i v tom, kolik svého hrubého domácího produktu do zdravotnictví investujeme. Zatímco Němci v roce 2011 investovali 12 %, Rakušané 11 %, pak my pouhých 7,5 % svého nepoměrně nižšího HDP. A to se ještě s velkou pravděpodobností u nás část těchto peněz rozkrade. Státy EU-15, tedy původní vyspělí členové, investují do

zdravotnictví v průměru 8,9 % svého HDP. V porovnání s ČR je to obrovský rozdíl. Bez ohledu na v současnosti tolik populární korupci, jejíž míra ve zdravotnictví podle mého soudu nepřesahuje obecnou míru korupce v ČR, je naše zdravotnictví katastrofálně podfinancované. Navyšování platby za tzv. státní pojištěnce, ke kterému vláda pod tlakem přistoupila, nepokrývá ani opakované zvyšování sazeb DPH a pokles kurzu koruny. Stále ještě solidní úroveň české medicíny je vykoupena nízkým oceněním kvalifikované lidské práce a další omezování výdajů na zdravotnictví není možné bez toho, aby důsledky pocítili naši pacienti.

DEMOGRAFICKÁ KATASTROFA OBORŮ PRAKTICKÉHO LÉKAŘSTVÍ!

Početně nejsilnější lékařské obory				
Obor	Počet lékařů	Do 40 let	Nad 60 let	Feminizace v %
PL	5 327	603	1 580	62,40 %
Interna	3 580	1 577	685	54,40 %
Chirurgie	2 555	838	534	16,90 %
Gyn.-por.	2 525	757	597	45,70 %
PLDD	2 059	76	711	86,40 %

Stav k 31. 12. 2012
Zdroj: ÚZIS

Nedostatek lékařů

Zatímco v roce 2007 jsme registrovali 46 297 lékařů a lékařek, členů České lékařské komory, pak v roce 2013 již jejich počet dosáhl 50 876. Na první pohled by se tedy mohlo zdát, že lékařů máme dostatek a že je vše v pořádku. Tak to vypadá ale opravdu jen na první a velmi povrchní pohled. Členy ČLK zůstávají i lékaři, kteří pracují v zahraničí, ve státech EU, a členství v ČLK je chrání před placením mnohonásobně vyšších členských příspěvků komorám, v jejichž zemích jsou jako hostující lékaři evidováni. Roste počet nepracujících důchodců a z plateb členských příspěvků vyplývá, že pracuje pouhých 38 624 lékařů, z čehož je 12 982 soukromých (v roce 2007 jich bylo 13 078).

Feminizace české medicíny pokračuje. Zatímco v roce 2007 tvořily ženy 53 %, pak v současnosti již 56 %. V kategorii do 30 let tvoří však lékařky dokonce 68,5 %! V této skupině evidujeme 1249 mužů a 2718 žen. Ve zdravotnictví probíhá to, co se přihodilo ve školství již před léty. Příjem lékaře se stává druhým, doplňkovým příjmem v rodině. Mladí muži, kteří chtějí bez problémů uživit svoji rodinu, spatřují lukrativní budoucnost jinde než v medicíně.

Stárnutí pracujících lékařů

Pracující lékaři stárnou. Zatímco v roce 2005 byl průměrný věk pracujícího lékaře 46,4 roku, v současnosti je již 48,1 roku. Stárnutí se týká všech oborů, ale situaci praktického lékařství pro děti, které se zcela nesmyslně uzavřelo nemocničním pediatriem a zopako-

Průměrný věk pracujících lékařů		
Obor	2005	2012
PL	52,2	54,00
Interna	42,3	44,10
Chirurgie	45,3	47,20
Gyn.-por.	46,8	48,30
PLDD	52,3	55,90
Lékaři celkem	46,4	48,10

Zdroj: ÚZIS

Pracující lékaři stárnou		
	Podíl dané věkové skupiny mezi pracujícími lékaři v %	
	Do 50 let	Nad 60 let
1995		10,50
2000	67,00	11,50
2005		14,10
2010	52,50	18,50
2012		21,10

Zdroj: ÚZIS

Roste závislost na práci cizinců	
	Počet lékařů cizinců
2003	829
2005	1 188
2007	1 849
2009	2 129
2011	2 631

Zdroj: MPSV

valo tak chybu účinnou již před léty praktickými lékaři pro dospělé ve vztahu k interně, nelze nazvat jinak než demografickou katastrofou. Z celkového počtu 2059 praktických obvodních pediatrů je pouhých 76 mladších 40 let, zatímco 711 jich překročilo šedesátku a průměrný věk se blíží hranici 56 let!

Stárnou však lékaři všech oborů, a to až zářející rychlostí. Zatímco v roce 1995 tvořili senioři starší 60 let 10,5 % pracujících lékařů, pak v roce 2012 již více než 21 %.

Závislost na práci cizinců

Naše zdravotnictví je však stále více závislé nejenom na práci lékařů v důchodovém věku, ale také na práci cizinců, jejichž počet v nemocnicích roste. A zdaleka již nejde

NEŽÁDÁME O DALŠÍ PRODLOUŽENÍ VÝJIMKY



Dnem 31. 12. 2013 přestala platit pro Českou republiku výjimka umožňující další dohodnutou práci přesčas ve zdravotnictví (§ 93a zákona č. 262/2006 Sb.). Česká republika bohužel nevyužila dostatečně přechodné období, které tato výjimka umožňovala

a od 1. 1. 2014 se proto ocitá v nelehké situaci, jak přesčasovou práci ve zdravotnictví vyřešit, aby nebyla snížena dostupnost a kvalita péče o pacienty.

V současné době lze tedy vykonat maximálně 416 přesčasových hodin za rok, z toho 266 hodin se souhlasem zaměstnance.

Vedení Ministerstva zdravotnictví ČR si je tohoto závažného problému plně vědomo a chce co nejdříve implementovat kroky, které by vedly ke zlepšení současné situace. Intenzivně v tomto směru jednáme s odbornými společnostmi,

Českou lékařskou komorou, zástupci LOK, se zástupci akademické obce a v neposlední řadě s lékaři, kterých se tato problematika osobně dotýká. Vedení Ministerstva zdravotnictví ČR se rozhodlo dále nežádat o další prodloužení výše zmíněné výjimky. Preferujeme řešení situace dlouhodobými změnami s trvalým dopadem na systém. K takovým změnám bude patřit mimo jiné zjednodušení systému postgraduálního vzdělávání, s jasnou definicí možností vykonávat pohotovostní službu po absolvování tzv. kmene, snaha o navýšení tarifních mezd, aby lékaři nebyli výrazně ekonomicky závislí na přesčasové práci, dále zvýšení počtu absolventů lékařských fakult a vytvoření podmínek, aby tito neodcházel za prací do zahraničí. Jako další možnosti v řešení této problematiky se jeví zefektivnění činnosti v rámci pracoviště, možnost zavedení směnného provozu zvláště v oborech, kde není kontinuita péče o daného pacienta, otevření nemocnic lékařům privátního sektoru ve vybraných oborech. Jsme si však vědomi, že implementace těchto změn bude trvat delší dobu.

Prof. MUDr. Josef Vymazal, DSc.,
náměstek ministra zdravotnictví
pro zdravotní péči

jen o kolegy ze Slovenska, byť tito stále díky faktické absenci jazykové bariéry převažují. V roce 2003 evidovalo Ministerstvo práce a sociálních věcí 829 lékařů cizinců, v roce 2012 jejich počet stoupl na 2631.

Akce „Děkujeme, odcházíme“ dokázala odchody lékařů do zahraničí dočasně přibrzdit, ale nikoli zastavit. Viníkem je jednoznačně vláda, která své závazky vyplývající vůči lékařům z memoranda podepsaného ministrem Hegerem nesplnila.

Závěr

Za 7,5 % českého HDP není možno zajistit dostupnost kvalitní a bezpečné zdravotní péče na dostupném místě a v potřebném čase bez ohledu na ekonomický status pacienta pro každého, kdo tuto péči potřebuje.

Prohlubující se nedostatek lékařů a katastrofální demografická situace některých lékařských oborů, to jsou problémy, jejichž řešení vyžaduje nejenom zvýšené investice do vzdělávání a kvalifikované pracovní síly, ale též zásadní změny v systému specializačního vzdělávání lékařů. Na zajišťování čtyřadvacetihodinové dostupnosti lékařské péče se nemůže tak jako v současnosti účastnit pouhá necelá třetina pracujících lékařů.

Čtyřadvacetihodinová dostupnost lékařské péče je komplexní problém. Není možno izolovaně řešit LSPP, ZZS nebo ÚPS lékařů v nemocnicích. Snížení dostupnosti kterékoli z těchto služeb vyvolá pouze zvýšenou poptávku po službách ostatních.

Milan Kubek

LF V ČR PRODUKUJÍ LÉKAŘE NA EXPORT!

Emigrace lékařů			
	Certifikát o profesní bezúhonnosti	Certifikát o nečlenství v ČLK	Celkem
2008	263	50	313
2009	272	64	336
2010	557	135	692
2011	501	172	673
2012	339	207	546
2013	330	193	523

Zdroj: Registr ČLK

Podstatná je důvěra mezi lékařem a pacientem



Foto: Macciani

Ze zkušenosti patientské ombudsmanky mohu říci, že je velmi důležitá důvěra mezi lékařem a pacientem – pak nic není daleko a nic není problém. Pacient se cítí v ordinaci vůči lékaři vždy ve slabším postavení. Většinou má jakýsi ostych, obavu a přitom očekává, že mu lékař v jeho trápení pomůže.

Objektivní veličina dostupnosti péče je ale čas – čas pro lékaře i pacienta. Právo pacientů je dostupnost medicíny, a tedy plně kvalifikovaně zajištěná péče (podle dělení MUDr. Kubka). To je záležitostí organizace zdravotní péče.

Vracím se ale ke své první tezi – nejdůležitější je vzájemná důvěra mezi lékařem, zdravotnickým zařízením a pacientem. Problém je v současné legislativě. Takzvané reformní Hegerovy zákony jsou kromě jiných vad nastaveny svou nesrozumitelností jen na právní bitvy, které důvěře mezi lékařem a pacientem moc nepomohou, a celý systém prodražují. Například v USA podle toho, co jsem měla možnost slyšet od našich krajanů lékařů, stojí pojištění proti možným právním sporům v běžných oborech 25 tisíc, ve specializacích je to až 50 tisíc dolarů. Tyto parazitující oblasti, jak říkal zlínský primář Bakala, odčerpávají nemalé peníze ze systému zdravotního pojištění a vyvádějí je mimo zdravotní péči. I proto proti 7,5 % v ČR a 11 % v EU stojí americké zdravotnictví 17 % HDP.

Vzhledem k této situaci je nutné vyvážit práva a povinnosti pacientů i zdravotníků. Iniciovala jsem proto ve Svazu pacientů ČR záměr přijmout samostatný zákon. Návrh

pak byl zpracován společně s ČLK se záměrem předložit ho jako senátní návrh. Nyní by měl být předložen jako vládní návrh tak, aby prošel řádným připomínkovým řízením a stal se kvalitní zákonnou normou. Jde nám o to, aby legislativní úprava byla v praxi užitečná. Mimochodem, spolupráce České lékařské komory, Svazu pacientů ČR a dalších subjektů ve zdravotnictví se ukázala jako velmi účinná při akcích jako „Děkujeme, odcházíme“, při zrušení v praxi nezajistitelné povinnosti souhlasu obou rodičů s lékařským zákrokem dítěte i při řešení problémů nemocnic.

Společný návrh zákona o právech a povinnostech pacientů a zdravotníků se týká odpovědnosti lékařů, např. práva volit diagnostický a léčebný postup, vymezení povinnosti poskytnout lékařskou první pomoc, povinnost šetřit důstojnost pacienta, ale také odmítnout zákrok, pokud není v souladu s lékařovým svědomím. Práva pacientů pak vycházejí z evropské Charty práv pacientů a dalších mezinárodních úmluv včetně podmínek pro naplnění dříve vysloveného přání a práv pacientů s duševní poruchou nebo podmínek nedobrovolných hospitalizací, právo na prevenci a ochranu před zbytečným utrpením a bolestí.

Samostatnou kapitolou k řešení je dostupnost kvalitní péče po 24 hodin denně. To je problém složitý, se spoustou obětavé práce zdravotníků, ale také občas ne zrovna hezkých příběhů, se kterými se na mě jako patientskou ombudsmanku lidé obracejí. Vidím tuto problematiku v rovinách zajištění dětské a zubní pohotovosti, a pak lékařské pohotovosti obecně ve vazbě na rychlou záchranou službu. Lidé si v případech dětské pohotovosti stěžují zejména na její nedostupnost. Pro rodiče s nemocným dítětem, zvláště pokud se jedná o samoživitelky, je nedostupnost dětské pohotovosti velkým problémem, který je třeba neodkladně řešit.

Je ovšem nutné vidět souvislosti, vazby, předvídat reakce pacientů na přijímaná organizační opatření. Svaz pacientů ČR, i já osobně, je připraven pomoci a být partnerem při hledání racionálních řešení pro kvalitní péči. Dodávám jen, že bez důvěry, bez spolupráce mezi lékařem a pacientem je úspěch léčby poloviční.

Mimochodem, veřejné zdraví je podle Světového ekonomického fóra jedním z významných prvků konkurenceschopnosti země. To pro ty, kteří slyší jen na ekonomická kritéria. Je naším zájmem rozvíjet vyspělé a všem dostupné vysoce kvalitní zdravotnictví, jakým se ČR doposud chlubila.

Alena Gajdůšková,

1. místopředsedkyně Senátu Parlamentu ČR,

1. viceprezidentka Svazu pacientů ČR,

patientská ombudsmanka

POHLED KRAJE NA NEPŘETRŽITOU PÉČI O PACIENTA



V minulosti právní úprava přistupovala k definování povinností při poskytování a zajištění lékařské pohotovosti, později i odborné lékařské první pomoci, různě. Jasná pravidla stanovoval

zákon o výkonu lékařské praxe z roku 1929. S účinností zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, respektive jeho novelou od roku 1992 a vznikem nestátních zdravotnických zařízení, se jasnost v zajištění nepřetržité péče z právní úpravy postupně vytrácela.

V současné době díky nejasným podmínkám a stanovením paušálních povinností zůstá-

vá zajištění pohotovostní služby na krajích a jejich zdravotnických zařízeních. Nárůsty v počtu ošetřených zdravotnickou záchranou službou také vypovídají o mnohém. Přitom průměrné náklady na ošetření pacienta zdravotnickou záchranou službou jsou ve srovnání s lékařskou pohotovostní službou téměř sedmkrát vyšší.

Poskytování zdravotní péče v oddělených a společně nekomunikujících sektorech není dlouhodobě udržitelné. Kvalitní, efektivní a zároveň hospodárnou i v celkové míře finančně únosnou zdravotní péči můžeme poskytovat především při spolupráci a úzkém propojení lůžkových zařízení, zdravotnické záchrané služby, lékařské pohotovostní služby a nestátních zdravotnických zařízení.

MUDr. Jiří Běhounek,
hejtman Kraje Vysočina

Právní aspekty dostupnosti lékařské péče



Foto: Macchini

Ač dostupnost lékařské péče pro pacienty je považována za záležitost především politickou, má nepochybně své významné právní aspekty a může mít i významné právní důsledky, zejména tehdy, pokud nebyla zajištěna řádná dostupnost lékařské péče tam, kde zajištěna být měla, a v důsledku toho, že někdo zanedbal povinnosti stanové zákonem, došlo k újme na zdraví nebo k úmrtí.

Zájem policie a soudů

Působím řadu let jako lektor Justiční akademie a provádím přednášky pro soudce a státní zástupce z oboru medicínského práva. Zájem posluchačů – soudců a státních zástupců – se zejména v posledních letech soustřeďuje mimo jiné na otázku, jak správně mají být obsazeny lékařské služby zejména v nemocnici o sobotách, nedělích, státních svátcích a v noci, kdo odpovídá za řádné zajištění lékařské pohotovostní služby, ale i jak má probíhat odborný dohled nad lékařem,

kteří není způsobilý samostatně vykonávat profesi. S tím souvisí i otázka, kdo za zajištění náležitého odborného dohledu nad neatestovaným lékařem odpovídá.

Kromě toho Česká lékařská komora v poslední době opakovaně obdržela kvalifikované dotazy některých územních složek Služby kriminální policie a vyšetřování Policie ČR na téma, co je odborný dohled, kdo je odpovědný za jeho zajištění, jak má správně probíhat činnost lékaře, který pracuje pod odborným dohledem, jaká je odpovědnost dohlížejícího lékaře, jaká je v této souvislosti odpovědnost primáře, případně odborného zástupce a ředitele zdravotnického zařízení. Tyto dotazy nejsou teoretické a samovolné, ale vztahují se vždy ke konkrétnímu případu, který policie řeší v trestním řízení.

V poslední době není zkoumána jen odpovědnost lékaře, jenž eventuálně pochybil, zvláště pokud neměl vytvořeny potřebné podmínky k poskytování náležité odborné péče, ale je zkoumána i možná odpovědnost jeho nadřízených, zvláště pokud k chybě do-

šlo vinou systému nedostatečného zajištění lékařské péče o pacienty v daném zdravotnickém zařízení. K těmto situacím, které jsou posléze předmětem zájmu policie a soudů, dochází zpravidla v nemocnicích v rámci výkonu noční či víkendové služby, někdy též v odborných ambulancích, pokud zde samostatně pracuje lékař, který má pracovat pod odborným dohledem.

Ústavní pohotovostní služby po 1. 1. 2014

Dnem 1. 1. 2014 byla zrušena možnost další přesčasové práce ve zdravotnictví, kterou dosud umožňovala směrnice Evropské unie a zákoník práce. Lékaři lze nařídít maximálně 150 hodin přesčas ročně a s jeho souhlasem pak maximálně 416 hodin ročně. To ve většině případů nestačí k zajištění ústavních pohotovostních služeb. Řešení není systémové, protože mnoho let byl tento problém vládami i vedeními Ministerstva zdravotnictví ČR zcela ignorován, jako by neexistoval. Zpravidla se řeší formou dvou pracovních poměrů, jeden na pozici „ordinující lékař“, jiný na pozici „pohotovostní lékař“, případně se uzavírá pracovní poměr na pozici ordinujícího lékaře a současně dohoda o pracovní činnosti na jiný druh práce, než je běžná práce lékaře – práci pohotovostního lékaře. Zda jde, či nejde o dva druhy práce, není předmětem tohoto příspěvku.

Je však třeba poukázat na skutečnost, že tam, kde si vedení nemocnice zjednodušilo situaci tím, že zavádí směnný provoz pro lékaře, jde o jasné a hrubé porušení zákona, jde-li o pracoviště, kde je pečováno o pacienty. Je třeba zdůraznit, že pacient má právo na ošetřujícího zdravotnického pracovníka, v případě lékařské péče ošetřujícího lékaře, který po dohodě s ním stanoví individuální léčebný postup a koordinuje poskytování zdravotních služeb pacientovi. Toto právo pacienta a povinnost poskytovatele zdravotní služby je dáno ustanovením § 3 odst. 2 a § 31 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Ten, kdo zavede směnný provoz lékařů v nemocnici, na oddělení, kde je poskytována zdravotní péče pacientům, tím prakticky vždy znemožní, aby o pacienta pečoval soustavně jeden ošetřující lékař (kterého samozřejmě v době dovolené nebo o víkendu zastoupí jeho zástupce). Lékaři se budou u pacienta střídát, péči o něho nebude nikdo z pozice ošetřujícího lékaře koordinovat a řídit. Ukáže-li se posléze, že nikdo nekoordinoval poskytování zdravot-

ních služeb pacientovi a v důsledku toho došlo k úmrtí nebo k újmě na zdraví, bude případná odpovědnost toho, kdo rozhodl o směnném provozu lékařů, nepochybně aktuální.

Odbornost lékařů vykonávajících ústavní pohotovostní službu

Samostatně může vykonávat své povolání lékař se specializovanou způsobilostí, tedy s atestací z příslušného oboru, ve kterém je zdravotní péče poskytována. Jinak musí lékař konající službu být pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí. Lékař konající odborný dohled má stanovit lékaři pracujícímu pod odborným dohledem rozsah činností, které může vykonávat samostatně, rozsah činností, které by měl předem konzultovat s dohlížejícím lékařem, případně činností, které by sám vykonávat neměl a ke kterým by měl vždy povolovat dohlížejícího lékaře. Lze doporučit, aby tento dokument byl písemný.

Podle vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČR č. 99/2012 Sb., o minimálním personálním zajištění zdravotních služeb, nejde-li o lékaře, který je absolventem základního kmene, musí být odborný dohled přímý a dohlížející lékař musí být přítomen na pracovišti. Slouží-li absolvent základního kmene příslušné odbornosti, vyžaduje se rovněž odborný dohled, který však nemusí spočívat v osobní přítomnosti dohlížejícího lékaře na pracovišti, ale dohlížející lékař musí být fyzicky dosažitelný do 20 minut a podle doporučení České lékařské komory by měl být komunikačně dostupný okamžitě.

Neposkytnutí pomoci a úmrtí

Ve Sbírce soudních rozhodnutí a stanovisek najdeme dva judikáty Nejvyššího soudu ČR, které řeší situaci, kdy lékař věděl, že pacient je ohrožen na životě, a přesto neposkytl neprodleně první pomoc a neodkladné zdravotní služby. V obou případech bylo toto jednání hodnoceno jako tzv. úmysl nepřímý, kdy pachatel byl srozuměn s tím, že pacient případně zemře, nebude-li mu poskytnuta lékařská pomoc, a přesto poskytnutí této pomoci nezajistil ani jí sám neposkytl. Dle stanoviska Nejvyššího soudu ČR může být takové jednání hodnoceno i jako zločin vraždy v úmyslu nepřímém (pachatel ví, že hrozí úmrtí, a pro případ, že k tomuto následku dojde, je s tím srozuměn). I tato judikatura může v některých závažnějších případech zasáhnout vedoucí pracovníky ve zdravotnictví, kteří vědí, že služby v nemocnici nejsou náležitě obsazeny, a v důsledku toho může

dojít k úmrtí nebo k újmě na zdraví a pro případ, že se tak stane, „jsou s tím srozuměni“.

Problémy v praxi

Nejsou zcela ojedinělé případy, kdy samostatně v nemocnici slouží lékař bez atestace, který je ve specializační přípravě s pokynem, že „kdyby něco“, má volat primáře nebo jeho zástupce nebo někoho jiného (pokud se ovšem někoho dovolá). Ten, kdo rozhodl o takovém obsazení služby bez zajištění odborného dohledu nad neatestovaným lékařem, pochopitelně porušil zákon se všemi důsledky, které to může přinést v oblasti právní odpovědnosti.

Dalším případem je situace, kdy samostatně slouží sice lékař s atestací, ale z jiného oboru, než je obor, ve kterém je poskytována zdravotní péče, např. chirurg slouží na ortopedii nebo urologii, tedy v odbornostech, které nemají v současné době ani společný základní kmen. Má se za to, že stačí, že má atestaci z jiného oboru, byť z oboru, kde není ani společný základní kmen, a není třeba zajišťovat nad ním odborný dohled. Tento názor je naprosto chybný, naopak odborný dohled nad takovým lékařem je nezbytný, pokud poskytuje zdravotní služby v jiné odbornosti, než je jeho vlastní odbornost. Pokud by obě odbornosti měly alespoň společný základní kmen, nemusel by být odborný dohled přímý a stačila by fyzická dostupnost dohlížejícího lékaře do 20 minut. Nejde-li o obor, který má společný základní kmen s oborem, ve kterém poskytuje atestovaný lékař zdravotní péči jiné odbornosti, pak by měl být nad ní vykonáván přímý odborný dohled.

Další situací může být, že odborný dohled nad neatestovaným lékařem je sice zajištěn dohlížejícím lékařem, který je na pracovišti přítomen, je však plně zaměstnán a nemůže se věnovat lékaři sloužícímu pod jeho odborným dohledem. Například se zabývá jiným pacientem v akutním stavu, od kterého nemůže odejít, nebo operuje, případně vykonává jiný specializovaný zákrok. Neatestovaný lékař je sice formálně pod odborným dohledem, ale vlastně koná vše samostatně, ač by konat neměl. Pokud taková situace nastane a není na daném pracovišti typická, nastává spíše v důsledku specifických okolností. V takovém případě těžko vinit toho, kdo služby zajišťoval, že je zajistil nesprávně, nebo toho, kdo měl dohlížet nad lékařem bez atestace, že své povinnosti zanedbal, když pečoval o jiného pacienta, kde péče v tu chvíli byla nutná. Stejně tak dojde-li posádka zdravotnické záchranné služby k hromadné nehodě, nelze

poskytnout pomoc všem zraněným najednou a část zraněných, až do příjezdu případné posily zůstává bez pomoci, aniž by za toto nesl někdo odpovědnost. Jde prostě o realitu a specifickou situaci.

Odpovědnost za zajištění ústavní pohotovostní služby

Za zajištění ústavní pohotovostní služby odpovídá vedení nemocnice nebo jiného zdravotnického zařízení. Je-li zjištěno, že výkon ústavní pohotovostní služby bez zajištění řádného odborného dohledu nad lékařem bez specializované způsobilosti je v daném zdravotnickém zařízení běžnou praxí a je běžně trpěn, může být odpovědnost vedení aktuální. V takovém případě ani primář, ani jiný vedoucí pracovník odborného úseku nemá vlastně kvůli vytvořeným podmínkám šanci náležitě zabezpečit služby s řádným odborným dohledem. Těžko vinit tyto podřízené pracovníky a odpovědnost musí nést vedení nemocnice – tedy ten, kdo rozhodoval.

Primář by odpovídal za situace, pokud rozhodl obsadit ústavní pohotovostní službu na noc či víkend lékaři bez specializované způsobilosti, aniž by byl zajištěn odborný dohled lékařem se specializovanou způsobilostí, ač to zajistit měl a mohl.

Lékař vykonávající odborný dohled by byl odpovědný, pokud tento dohled nad neatestovaným lékařem zanedbal.

Lékař bez specializované způsobilosti by odpovídal za to, že konal samostatně činnosti, které podle instrukcí, které obdržel, konat neměl, nebo že se dopustil takového pochybení, jakého se nesmí dopustit ani lékař bez atestace – absolvent lékařské fakulty.

Zajištění lékařské služby v rámci zdravotnické záchranné služby

Ještě nedávno probíhala diskuse o tom, zda výjezdová doba 20 minut neplatí pro rychlou lékařskou pomoc a stačí, když k případu do 20 minut přijede rychlá zdravotnická pomoc bez lékaře. Je otázkou, pokud operační středisko zdravotnické záchranné služby vyhodnotí, že k případu musí jet lékař, zda stačí, když v tomto případě vyjede jen rychlá zdravotnická pomoc bez lékaře. Lékař tedy přijede až „někdy později“. Je otázkou kdy. Nebo není ničím stanoveno, za jak dlouho musí k případu přijet lékař, potřebuje-li pacient v rámci přednemocniční neodkladné péče lékařskou pomoc, kterou mu nemůže poskytnout zdravotnický záchranář? Výklad zákona, že lékař může přijet „kdykoli později“, i když jeho výjezd je indikován okamžitě a stačí,

když k pacientovi přijede nelékařská posádka zdravotnické záchranné služby, se jeví jako absurdní. Pokud soudní znalci vyhodnotí, že kdyby do 20 minut přijel k pacientovi lékař zdravotnické záchranné služby, pacient by přežil, ale pacient nepřežil, protože přijeli nelékařští zdravotničtí pracovníci, kteří mu nedokázali pomoci, je otázka, kdo ponese odpovědnost za nezajištění rychlé lékařské pomoci v rámci zdravotnické záchranné služby. Jaký by byl výsledek případného trestního oznámení nebo žaloby u soudu? Odpovědnost toho, kdo rozhodl, že dvacetiminutová dojezdová doba neplatí pro rychlou lékařskou pomoc a týká se jenom rychlé zdravotnické pomoci, by v takovém případě mohla být aktuální. Skutečnost, že tato dostupnost lékařské pomoci je zajištěna i v Jihomoravském kraji, potvrdil přímo na konferenci ve sněmovně přítomný náměstek ředitele jihomoravské zdravotnické záchranné služby.

Lze velmi kladně hodnotit, že přítomní zástupci Asociace záchranných služeb, kteří hovořili na konferenci České lékařské komory v Poslanecké sněmovně, se ztotožnili s právním názorem České lékařské komory, že dvacetiminutová dojezdová doba platí i pro rychlou lékařskou pomoc v rámci zdravotnické záchranné služby.

Ke kvalitě české legislativy

Nový občanský zákoník jako by nepočítal s tím, že již existuje zákon o zdravotních službách. Diskrepancí mezi oběma zákony je řada. V současné době je naléhavým problémem, který je nutno rychle legislativně řešit novou právní úpravou, problém dvojího výkladu, jaké podmínky musí být splněny pro patologicko-anatomické a zdravotní pitvy. Problémů je však mnohem více. Přestože existuje tzv. harmonizační zákon, který měl uvést do souladu nový občanský zákoník se všemi ostatními zákony a který mimo jiné novelizoval i zákon o zdravotních službách, ve skutečnosti tento „harmonizační zákon nic neharmonizoval“. V daném případě šlo nepochybně o selhání legislativy Ministerstva zdravotnictví ČR, která měla připomínkovat, že některá ustanovení navrhovaného a posléze schvalovaného nového občanského zákoníku jsou v rozporu s přijatým zákonem o zdravotních službách.

Zákon umožňující dvojí či trojí výklad nelze označit jinak než jako legislativní zmetek. Výstižně to vyjádřil předseda senátu Nejvyššího soudu České republiky na semináři České lékařské komory k novému občanské-



mu zákoníku dne 3. 10. 2013: „**Lékař by měl držet v každé ruce jeden zákon, v jedné ruce zákon o zdravotních službách, ve druhé ruce nový občanský zákoník. Ve které ruce bude tedy potom držet skalpel?**“

Široké právní diskuse o tom, jak si vlastně vykládat jednotlivá ustanovení dvou zákonů, která spolu nejen neharmonují, ale někde si i výslovně odporují, nepovedou patrně k ničemu. Pro konkrétní případ může závazný výklad dát soud, obecně závazný výklad může dát pouze zákonodárce formou zákona nebo Ústavní soud formou nálezu. **Kvůli nekvalitě české legislativy se lékaři dostávají do nepřívznivého právního prostředí.**

Co s tím lze udělat?

Bývalá ústavní soudkyně, nyní senátorka JUDr. Eliška Wágnerová na jednom setkání se soudci obecných soudů a specialisty na medicínské právo projevila názor, že nejlépe by bylo ústavním zákonem v České republice na deset let zakázat vydávání jakýchkoli nových zákonů a právních předpisů. Toto vyslovila ještě předtím, než byl vydán nový zákon o zdravotních službách a nový občanský zákoník. Kdyby k takovému zákazu vydávat nové zákony tehdy opravdu došlo (byť v praxi jde jen o úvahu teoretickou a abstraktní), asi by to hodně prospělo příznivému právnímu prostředí v České republice. V současné době platí bohužel opak. Bylo by třeba co nejrych-

leji napravit, co se napravit dá. Odstranit diskrepance mezi novým občanským zákoníkem a zákonem o zdravotních službách a novelizovat i podle mého názoru velmi nekvalitní nový trestní zákoník. Přimlouval bych se za to, aby v rámci novely nového občanského zákoníku byla zrušena všechna ustanovení týkající se právních vztahů, které již řeší jiný zákon – zákon o zdravotních službách.

Z hlediska dostupnosti lékařské péče v České republice jsem ocenil vyjádření nového náměstka ministra zdravotnictví pana profesora MUDr. Josefa Vymazala, DrSc., k otázce, jak zamezit nedostatku lékařů a nedostatečné dostupnosti lékařské péče v České republice. **Dříve „nabízené“ řešení ve stylu „nemocnice bez lékařů – stačí sestry“, „záchranky bez lékařů – stačí záchranáři“ není asi tím, co by bylo ve prospěch pacientů. A pacientem nebo potenciálním pacientem je každý občan. Řešení naznačené panem náměstkem ministra – posílit lékařské fakulty o více posluchačů, umožnit, aby více studentů studovalo na českých lékařských fakultách, ale zejména vytvořit pro ně takové ekonomické podmínky, aby po vystudování neměli důvod „prehat do ciziny, kde budou lépe zaplacení“, je asi jediným správným, byť půjde jistě o běh na dlouhou trať.**

JUDr. Jan Mach,

ředitel právní kanceláře ČLK

Ústavní pohotovostní služby



Všichni ten pojem používáme, ale co vlastně znamená? Definice dle Velkého lékařského slovníku: Ústavní pohotovostní služba – služba, která se zřizuje v zařízeních ústavní péče pro poskytování zdravotnických služeb nemocným v těchto zařízeních a nemocným, kteří byli do těchto zařízení dopraveni nebo se dostavili k přijetí nebo ošetření v době mimo pravidelný provoz zdravotnických zařízení.

Paradoxní je, že takto závažná činnost nemá žádné právní ukotvení. Jedinou normou, která ÚPS zmiňuje, je Směrnice Ministerstva zdravotnictví ČR o pohotovostní zdravotnické službě z roku 1981. Jiná právní úprava neexistuje, přitom nepřetržitá přítomnost lékaře v nemocnici je chápána jako samozřejmost a nezbytnost.

Pracovněprávní zajištění ÚPS – krátký pohled do historie

Od roku 1965 existuje zákoník práce. Od samého začátku platí pravidlo pro přesčasové

hodiny – maximálně 8 hodin týdně a 150 hodin ročně. Vláda však mohla – po projednání s ÚRO – povolit z vážných důvodů a na dobu **přechodnou** vyšší rozsah přesčasové práce a určit, kterých druhů práce se toto týká. Limity mohly být libovolně vyšší. Udělování výjimky postupně přešlo nejprve na Ministerstvo zdravotnictví a pak na úřady práce. Doba „přechodná“ trvala pro nemocniční lékaře celkem 36 let – po celou tuto dobu se k zajištění ÚPS tyto výjimky používaly.

V roce 2001 byly výjimky zrušeny a byl zaveden maximální rozsah práce přesčas 8 hodin týdně (416 hodin ročně) + 400 hodin pohotovosti na pracovišti – pouze se souhlasem zaměstnance. Pohotovost na pracovišti ale neobstála před Evropským soudním dvorem (rozhodnutí ESD padlo v lednu 2007).

Čtvrtého listopadu 2003 byla přijata známá Směrnice Evropského parlamentu o některých aspektech úpravy pracovní doby (platná od 2. 8. 2004). Zavázala členské státy EU přijmout taková opatření, aby průměrná délka pracovní doby pro každé období sedmi dnů včetně přesčasů nepřekračovala 48 hodin. Pro lékaře se povolují odchylky na

pětileté přechodné období od 1. srpna 2004. Umožňovaly týdenní pracovní dobu včetně přesčasů až 56 hodin týdně.

V České republice platí od 1. 1. 2007 nový zákoník práce. Možnost přechodného období v něm ale zohledněna nebyla – povoleno bylo pouze 8 hodin přesčasů týdně (v průměru, tedy celkem 416 hodin v roce) a byla zrušena pracovní pohotovost na pracovišti. Od tohoto data dochází k masivnímu a všeobecnému porušování zákona. Ve velké většině případů byly zavedeny dohody o pracovní činnosti.

Přechodné období bylo v ČR zavedeno až od 1. 9. 2008, kdy byla uzákoněna další dohodnutá práce přesčas ve zdravotnictví (celkem 16 hodin týdně, pro RZS 20 hodin týdně) s limitem platnosti do 31. 12. 2013. V řadě nemocnic ale nebyla uplatňována a pokračovalo se v předchozím systému DPČ.

Současný stav po skončení přechodného období je tedy staronová záležitost, protože stejná právní úprava platila od 1. 1. 2007 do 1. 9. 2008. Pouze se o problému začalo veřejně mluvit.

Současný stav ÚPS

Přístup ke zdravotní péči je ústavní právo občanů. Ale toto právo je po tři čtvrtiny roku zajištěno pouze přes pohotovostní služby. Při tendenci k rušení LSPP se stále více této činnosti přesouvá na nemocniční zařízení. Pravidla poskytování péče se zásadně mění úderem 15.30 hod. S mírnou nadsázkou platí, že do té doby je požadováno, aby nemocného vyšetřil superspecialista, po půl čtvrté stačí, aby měl dotýčný lékař diplom. V 7.00 hodin se situace opět obrací.

Právní zajištění ÚPS není prakticky žádné. Ani personální vyhláška s tímhle nepočítá – ambulantní provozy mají po 24 hodin denně zajišťovat ti samí lékaři, kteří zajišťují péči pro pacienty na lůžkách a operačních sálech.

Situace v jednotlivých nemocnicích – údaje, které má k dispozici LOK (údaje jsou z asi 50 nemocnic):

V zásadě platí „co nemocnice, to originál“. Převládá DPČ (dohoda o pracovní činnosti) či kombinace přesčasové práce a DPČ (asi 60 % nemocnic). Zákoník práce však říká: „Zaměstnanec v dalším základním pracovním vztahu u téhož zaměstnavatele nesmí vykonávat práce, které jsou stejně druhově vymezeny.“ DPČ jsou tedy formálně

uzavřeny na leckdy velmi kuriózní činnosti. Existují i kombinace s DPP (dohody o provedení práce).

V menším počtu nemocnic se čeká na vyčerpání povoleného množství přesčasových hodin a není jasné, co bude potom.

Existují i vyslovené podvody – vykazování ÚPS jako pracovní pohotovosti mimo pracoviště, fiktivní rozpisy směnného provozu, smluvní platy a úplná neexistence výkazů přesčasové práce. Nejde o jednotlivé případy – je to více než u 10 % nemocnic.

Pouze dvě lůžková zařízení dodržují ustanovení ZP (jedno je psychiatrická léčebna, druhé lázeňské zařízení).

Pravidelně po službě domů odcházejí lékaři jen ve 20 % nemocnic. V dalších zhruba 30 % chodí lékaři po službě domů někdy. V polovině nemocnic se po službě domů nechodí. Pouze ve čtvrtině nemocnic nepřesahuje u lékařů nepřetržitě pracovní nasazení 24 hodin. V další třetině nemocnic pak lékaři pracují maximálně 48 hodin bez přerušování. Ve 40 % nemocnic stále existují „směny“ delší než dva dny! V zákoníku práce je ale výslovně uvedeno, že u DPČ „výkon práce však nesmí přesáhnout 12 hodin během 24 hodin po sobě jdoucích“. Takže se zákon porušuje „na druhou“.

Po tři čtvrtiny času mají občané ČR zajištěno jedno ze svých základních práv pouze za cenu všeobecného porušování zákona o podmínkách právního vakua. Komunisti aspoň přiznali, že nemocniční lékaři jsou položeni na „oltář vlasti“. Demokratičtí politici ale nad současnou potěmkinádou dosud zavírali oči.

Výhled do budoucna

Neexistuje rychlé řešení – promrhaných 10 let se nedá nahradit za půl roku. Řešení problému nebude snadné a nebude zadarmo.

V první řadě je třeba přestat s pokusy o pseudořešení. Ze strany vlády (je pravda, že hlavně té minulé) již takové křečovitě snahy zazněly. Například:

- Vyjednat prodloužení přechodného období. Dle směrnice EU o toto bylo možno požádat Komisi EU nejpозději do 30. 6. 2013.
- Redukovat počet lékařů v ÚPS. Většina nemocnic toto z finančních důvodů provedla již v minulých letech. Další redukce by znamenala omezení dostupnosti a kvality péče.
- Přesuny lékařů mezi nemocnicemi, „donucení“ ambulantních specialistů ke službám v nemocnicích – jde spíše o fantazmagorie. I když takové případy existují.
- Omezení dostupnosti péče – to nikdo normální nechce. A už vůbec nikdo za to nechce převzít odpovědnost.

Pro řešení problému je třeba učinit několik opatření, a to neprodleně.

V první řadě je třeba zjistit skutečný rozsah problému. Předchozí vláda tvrdila, že žádný problém není. S tímto přístupem se nic vyřešit nedá. Je třeba otevřeně přiznat, že falešné jsou i oficiální státní statistiky.

Je nutno navýšit počty personálu v nemocnicích. Nepochybně vzrostou finanční nároky. Odměna za ÚPS u řady lékařů činí až 50 % příjmu, skutečné hodinové mzdy jsou stále velmi nízké. Odbourat finanční závislost nemocničních lékařů na ÚPS je zásadní opatření.

Vytvořit podmínky, aby mladí lékaři měli zájem zahájit svou kariéru v nemocnicích.

Současné podmínky finanční i podmínky specializačního vzdělávání jsou pro absolventy LF silně demotivující.

Vytvořit jasná právní pravidla pro fungování ÚPS. Takto závažná činnost prostě nemůže být bez ukotvení v zákoně.

Řešení nemůže být nadiktováno z jednoho místa. Je třeba úzké spolupráce vlády, zákonodárců, krajů, profesních a odborových organizací, odborných společností a vysokých škol.

Variantou je nečekat nic a čekat na sankce EU, případně na zhroutení systému. Příklad Itálie, Francie a Řecka, které již čelí žalobě u Evropského soudního dvora, by měl být pro naši vládu dostatečným varováním.

MUDr. Miloš Voleman

„ZÁKONY JE TŘEBA OBCHÁZET“

Každá více či méně civilizovaná společnost vytváří morální a právní kodexy, kterými je společnost více či méně svazována, avšak ku prospěchu fungování této společnosti. Jedinci z toho plynou povinnosti, ale také mu přináležejí práva, která ho mají chránit před bezohlednými gaunery, podvodníky, zloději, vyděrači a podobnou smetánkou. Určitá část zeměkoule se tak posunula proti kmenům, kde dodnes šéfuje šaman či jiný náčelník s neomezenou mocí, řídí se zvykovým právem a spravedlivě nechává sekat ruce či přímo upalovat.

Česko se svou legislativou a jejím množstvím je na předním místě v popsáném papíru, ale po česku je cool obejít, co se dá. Kdo obejde, je hrdina, často váženým občanem, okolí říká: „Hmm, ten má tah na branku.“ Občan dodržující pravidla je některými považován za směšného, a jak jsem se několikrát dozvěděl – méně dravého.

Od 1. ledna 2014 začal platit nový zákoník práce upravující pracovní dobu, přesčasovou práci ve shodě s evropskou legislativou. S tou Evropou, ke které se hrdě hlásíme a do které jsme tak všichni chtěli. Žel i po 25 letech od odvezení ostatních drátů do sběrných surovin jsme si nezvykli, že ten Západ, ke kterému jsme vzhlíželi, nemá jen svobodu pro úplné vše, ale také pravidla a mantinely pro jednotlivce, skupiny, společnosti, a že se pravidly řídí také a především stát.

O tom, že nová pravidla o přesčasové práci, která mají chránit nejen poskytovatele zdravotní péče, ale především konzumenty této péče, se vědělo deset let. Deset let se vědělo konkrétní datum, kdy pravidla začnou platit, deset let měla Česká republika na přípravu a uvedení věci do souladu. Na ministerském orloji se v různém čase objevilo nemálo tváří, vždy s úsměvem, se slovy útěchy, jak vše je

pod kontrolou, k dokonalosti není již daleko. V únoru roku 2014 jsem si udělal průzkum ve třinácti nemocnicích (lůžkových zdravotnických zařízeních) na severu Moravy, a výsledek je opravdu impozantní. Způsoby a metody obcházení zákona jsou velmi nápadité, zlaté české hlavičky.

Dodržování zákona, který je platný od 1. ledna 2014 a na jehož přípravu jsme měli deset let, jsem bohužel neshledal nikde. Lékaři slouží – zajišťují ústavní pohotovostní služby – úplně stejně jako do 31. prosince 2013. Co je však třeba vyzvednout, pro úřední statistiky je zákonu učiněno zadost. Jak je to možné, jak toho bylo dosaženo? Co není zakázáno, to je dovoleno, logika jde stranou, seriózní řešení problému se nehledá a vypadá to, že ani nemusí. Kombinace přesčasové práce, pohotovosti na jiném dohodnutém místě s faktickou přítomností na pracovišti, dohody o pracovní činnosti na jiný druh práce, přestože lékař vykonává pořád totéž, dohody o provedení práce, náhradní volno na papíře, smluvní platy až po úplné nevykazování služeb. To jsou metody, jak jsme se poprali s českou obcházeničtivou legislativou.

Pokud se vám to zdá absurdní a nemožné, pak vítejte v Česku, zemi Evropské unie, v zemi, která se hlásí k evropským tradicím.

Jste v zemi, kde lékaři v nemocnicích chybějí, jsou přetížení, jako jediní zajišťují péči o pacienty a obyvatelstvo 24 hodin denně po 365 dnů v roce, a přesto statistiky uvádějí úplný opak. Jste v zemi, kde se zákony nedodržují, přesto ročenky ÚZIS uvádějí úplný opak. Jste v zemi, kde je lůžková péče těžce podfinancována, a přesto jsme ujišťováni o úplném opaku. Jste v zemi, kde je to tradicí, kde je to cool. S hrůzou vzhlížím směrem ke Krymu, s nositeli směrem opačným.

MUDr. Martin Sedláček

Zrušit LSPP a nahradit ji jiným systémem

Praktičtí lékaři bývají v debatách o zajištění nepřetržité zdravotní péče často zmiňováni, nezdá se setkáváme s názory, že se o své pacienty starají nedostatečně. Skutečným jádrem problému ale není objem práce praktiků, je jím zcela chybně vnímané očekávání společnosti, že pacient může čerpat jakoukoli péči dle vlastního uvážení, bez sebemenší regulace či omezení.

V našem systému totiž rozhoduje výhradně pacient, kdy, kým a v jakém rozsahu bude ošetřen. Ani praktičtí lékaři samozřejmě nemají žádný nástroj, jak tomuto chování českých pacientů zabránit.

Lékařská služba první pomoci měla v minulosti velký význam v rámci tuzemského zdravotnictví. Na počátku 50. let, kdy byla ustavena, znamenala změnu vskutku revoluční. V té době teprve končila éra potravinových lístků, telefon či automobil patřil mezi ojedinělé jevy, zejména na venkově. Náplň její činnosti se však nezměnila do roku 1997, když již existovala síť zdravotnické záchranné služby (ZZS). Právě kompetenční nejasnosti ve vztahu k ZZS a zneužívání ze strany pacientů charakterizují její novodobou existenci. V době, kdy již má každý občan minimálně jeden telefon, mnohé rodiny dvě auta a české nebe křížují záchranářské vrtulníky, považujeme její přežívání za zbytečné. Navrhujeme

definitivní zrušení LSPP coby přežitku a její nahrazení jiným systémem, zohledňujícím především vývoj odborného pokroku i dostupnosti zdravotní péče. Vedou nás k tomu dva hlavní důvody: nízké využití současné LSPP a vývoj oboru všeobecné praktické lékařství (VPL).

Využití LSPP v čase trvale klesá (obr. 1). První zlom nastal se vznikem krajů, kdy kraje začaly sledovat vytižení služby. Bylo tak nízké, že nevyhnutelně následovala její redukce. Druhým mezníkem se stalo zavedení regulačních poplatků. Od té doby je využití LSPP ustálené, stejně jako se ustálila síť stanovišť. V roce 2012 jsme ji podrobně analyzovali s těmito závěry:

1. Stanoviště LSPP jsou ve většině krajů provozována pro region čítající 100 tisíc obyvatel (odpovídá okresnímu městu),
2. LSPP není provozována v noci,
3. LSPP neposkytuje návštěvy (v terénu již působí výhradně ZZS s kvalitativně nesrovnatelným vybavením).

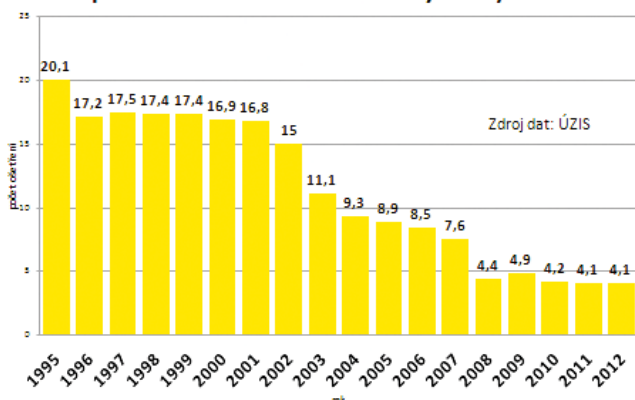
Vzhledem k několika let neměnným počtům ošetřených i ordinačních hodin bylo možné z těchto hodnot stanovit index efektivity (obr. 2). Vyplývá z něj velmi nízké využití LSPP, pro 1,1 ošetřeného za jednu ordinační hodinu udržujeme službu lékaře, sestry a platíme z veřejných zdrojů kromě mezd i náklady spojené s provozem ordinace. Jednoznačně se tím prokazuje, že zadání LSPP je v současné době již výhradně politické, jejím

zrušení brání pouze strach z reakce voličů, přestože argumenty ekonomické, organizační i medicínské hovoří proti její další existenci. Pacienti se ji navíc odnaučili využívat; vždyť mohou volně vcházet do areálů nemocnic a zde, podle vlastního uvážení, čerpat přímo péči příslušných specialistů.

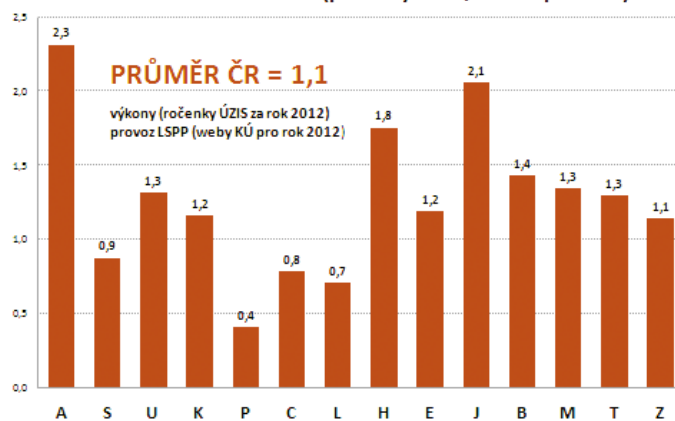
V mnoha ohledech se změnil i samotný obor VPL:

1. I VPL dnes již hojně využívají komplement (EKG, POCT), nezdá se setkáváme s ordinacích. Koncept lékaře s kufříkem, ve kterém má baterku, špátli a injekci s analgetikem, dnes již neodpovídá realitě. Forenzní dopady si VPL uvědomují tím více, že většinou pracují jako soukromí lékaři, případné pochybení je existenčně ohrožuje.
2. Klesá pohyb VPL v terénu (obr. 3). Stojí za tím nejen sdílení pacientů se ZZS, která vyjíždí k akutním stavům i na výzvu VPL v pracovní době (znovu forenzní důvody), ale také působení agentur domácí péče, přebírajících dlouhodobou péči o chronické pacienty, jejichž potíže jsou často více ošetřovatelského rázu. Třetím faktorem je rozšíření ordinačních hodin VPL, jež eliminovalo časté stesky seniorů, že je dopoledne nemá do ordinací kdo odvézt. V novém režimu vozí rodiny své seniory odpoledne i k lékaři, když stejně zvládají nákupy a služby kadeřnice.
3. Základní ordinační doba VPL činí nejméně 30 hodin týdně, jak je zakotveno ve smlou-

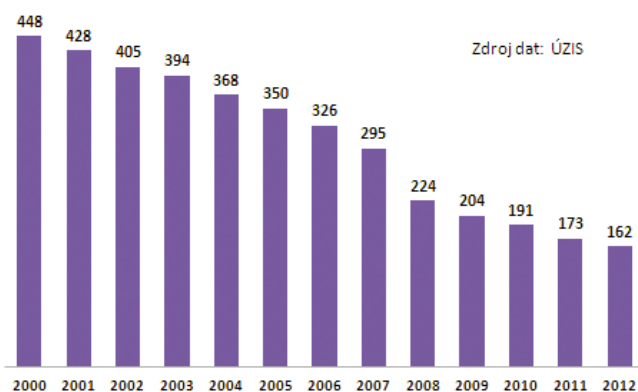
počet ošetření LSPP na 100 obyvatel / rok



INDEX EFEKTIVITY LSPP (počet výkonů / 1 hod. provozu)

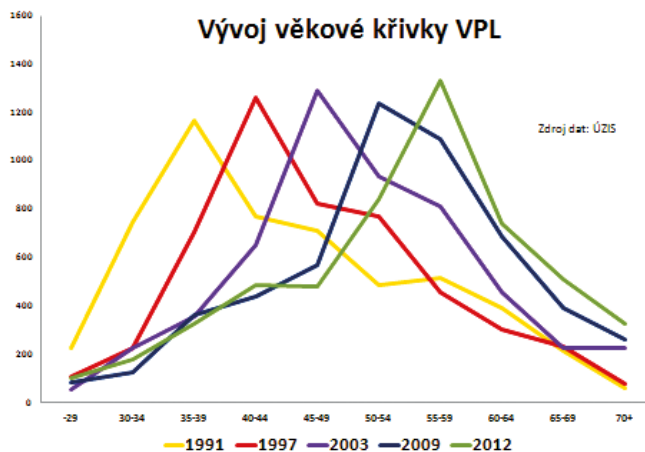


návštěvy VPL - 1 lékař / 1 rok



Zdroj dat: ÚZIS

Vývoj věkové křivky VPL



Zdroj dat: ÚZIS

vách se zdravotními pojišťovnami. Fyzická přítomnost lékařů v ordinacích se tedy prodlužuje, jeden den v týdnu navíc ordinují minimálně do 18 hodin.

4. Další prodloužení pracovní doby zapříčinila neuvážená a nedostatečně diskutovaná ex-tenze pracovní doby lékařských služeb. Největší porce práce tohoto paralelního zdravotnictví, hrazeného z privátních peněz, opět připadla na VPL. Přestože za jeho zavedení lobboval někdo úplně jiný.

Zcela zásadně se ale vyvinula demografie VPL. Jak vyplývá z obr. 4, obor VPL nevyhnutelně stojí před nutností generační výměny. Silná generace, privatizující praxe na počátku 90. let, pracuje nepřetržitě 25 let a dosahuje masivně důchodového věku. Pokud budeme křivku modelově posouvat do roku 2017, bude v ČR působit 25 % VPL v důchodovém věku (v Ústeckém kraji dokonce 33 %). S ohledem na výše řečené tedy nelze v souvislosti se zajištěním čtyřadvacetihodinové péče uvažovat o paušálním zapojení VPL. Jednak jsou již nyní plně vytiženi, navíc jejich věk vzrostl natolik, že úvaha musí směřovat zcela opačným směrem. Tedy vytvářet VPL takové podmínky, aby pokud možno co nejdéle ordinovali alespoň v základním rozsahu ordinčních hodin (nedostatek lékařů již začíná být reálným problémem na periférii, kde je o uvolněné praxe minimální zájem – venkov, pohraničí, severozápadní Čechy).

Tato fakta zásadně mění pohled na budoucnost zajištění zdravotních služeb. Dříve se nedostávalo pouze peněz, situace se řešila prostým opatřením, lékařům se za práci platilo málo. Nyní se začíná nedostávat i lékařů (i kvůli situaci s časovými limity nemocničních lékařů). Změna je tedy nezbytná, jakkoli se do ní nikomu nechce. Systém je jen třeba nastavit efektivněji. VPL se o takové řešení dlouhodobě aktivně zasazují.

Memorandum o společném postupu při uskutečňování změn systému podepsali zástupci organizací VPL (SPL ČR a SVL ČLS JEP) společně se Společností urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP již 15. května 2012. Je třeba zdůraznit, že primárně jde o dohodu příslušných odborných společností. Dalším významným signatářem memoranda je SPL DD. Dokument, který byl v době svého vzniku představen odborné veřejnosti, konstatuje zejména, že: „*Koncept LSPP ... neodpovídá současným požadavkům na plnohodnotnou, lege artis poskytovanou zdravotní péči o občany ČR*“ a dále, že „*vhodným systémovým nástrojem v péči o pacienty s náhlým zhoršením zdravotního stavu jsou pracoviště urgentního příjmu ve vstupních traktech nemocnic...*“

Jedinečnost VPL spočívá ve znalosti vlastní klientely. Pokud má VPL ošetřovat neznámé pacienty v režimu jakékoli pohotovosti, tuto jedinečnost ztrácí. Musí mít

k dispozici zázemí komplementu, aby mohl vyšetřovat v rámci dif. dg., stejně jako lékař jiné odbornosti. Při tomto vědomí nemá smysl rozvíjet ordinace LSPP, pokud víme, že je pacient obchází. Navíc i lékař LSPP odesílá pacienty k dalšímu ošetření, pokud to jejich stav vyžaduje. Vytvoření centrálních příjmových jednotek v nemocnicích by přispělo ke zpřehlednění systému pohotovostí pro pacienty, přirozeně zregulovalo jejich nekontrolovaný pohyb po areálech nemocnic, lékařům by pak usnadnilo práci (sdílení dokumentace, ambulantní vyšetření v jedné době, ne řetězení z ambulance do ambulance). Přítomnost VPL na těchto jednotkách by mohla přinést kvalitu zejména díky jejich znalostem široké dif. dg.

Zájem sloužit v podobném konceptu vnímáme zejména u mladých kolegů, kteří mají přirozený zájem o akutní medicínu. Ve svých praxích se s ní setkávají sporadicky, nemohou získat potřebné zkušenosti, které by mohli dále uplatnit. Vysoké procento mladých VPL by totiž rádo spolupracovalo se ZZS, ale vzdělávací program oboru není tímto směrem nastaven. Služby na příjmových pohotovostech by proto mohly přinést mladým kolegům kontakt s akutní medicínou a vytvářet tím podmínky pro výchovu dorostu ZZS, která s nedostatkem lékařů také bojuje.

Závěrem mi dovoluji poděkovat ČLK za možnost přednést názor SPL ČR na problematiku na tomto významném fóru. Podle našeho názoru nazrál čas na zásadní systémové změny v českém zdravotnictví, VPL se na nich hodlají aktivně podílet. Hlavním kritériem však musí být efektivita služeb i alokace lidských zdrojů, nikoli nereálné představy politiků.

MUDr. Ilona Hülleová
a MUDr. Jan Bělobrádek

Foto: Macchiati

MUDr. Jan Bělobrádek,

člen výboru Sdružení praktických lékařů ČR

Primární péče pro děti a dorost

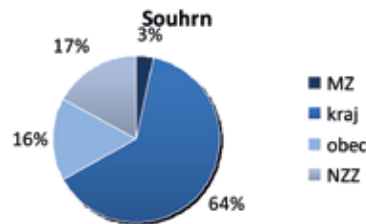
Lékařská pohotovostní služba (LPS dříve LSPP) pro děti má svá specifika. V ČR není jednotný systém. Je velká variabilita podle krajů, v minulých letech proběhla „živelná“ redukce sítě. Některá pracoviště zanikla zcela, a to bez negativního dopadu na časovou a místní dostupnost pro pacienty. Zcela odpadla návštěvní služba, superakutní a naléhavé stavy převzala zdravotnická záchranná služba.

Pokud byla v některých okresech zrušena dětská LSPP, zajišťují ji příslušná dětská oddělení. Dětská LSPP musí mít návaznost zejména na spádová dětská oddělení, ideálně je zřizována v areálu nemocnic. Personálně ji zajišťují lékaři a zdravotní sestry s odpovídajícím vzděláním v péči o děti. Ordinance LSPP musí mít příslušné vybavení, nejlépe s možností využít přístroje rychlé diagnostiky, jako je CRP, močový analyzátor, krevní obraz, musí mít zajištěnu návaznost na komplement (rtg, sonografické vyšetření, laboratoř...), další odborné ambulance a v neposlední řadě i na lékárenskou službu. To vše za podmínek vyhovujícího finančního zajištění. Celkem bylo ošetřeno podle dat z ÚZIS v roce 2012 v rámci LSPP 309 364 dětí, absolutně na 100 obyvatel se jednalo o 2,9 případy.

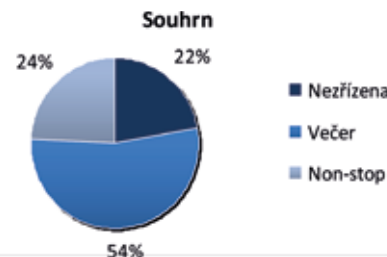
Dne 15. 5. 2012 bylo podepsáno „Memorandum k LSPP“ profesními organizacemi praktických lékařů, Společností urgentní medicíny a medicíny katastrof České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a Společností všeobecného lékařství ČLS JEP o zrušení LSPP jako takové a nahrazení této služby systémem pracovišť urgentních příjmů ve vstupních traktech nemocnic. Toto Memorandum vzbudilo poměrně značný negativní ohlas ze strany zástupců České pediatričké společnosti (ČPS JEP), primářů dětských oddělení, ale i dalších pediatriů, neboť vznikly obavy, že by se celé zajištění lékařské pohotovostní služby přesunulo na jejich bedra. Proto jsme se rozhodli v loňském roce vytvořit společný dotazník SPLDD a ČPS JEP, který by zmapoval a zanalyzoval situaci ohledně zajištění dětské LSPP v ČR. Dotazník byl vyplněn okresními zástupci PLDD (praktických lékařů pro děti a dorost) a následně pak i primáři dětských oddělení v ČR. Společně výstupy zpracovala ČPS JEP a celá prezentace je vyvěšena na webových stránkách ČPS JEP. Dovolím si některé společné výstupy zde prezentovat.

Údaje ČPS byly získány ze 72 pracovišť (z počtu asi 100 pracovišť), údaje SPLDD také ze 72 stanovišť, z toho 52 pracovišť bylo identických. Celkem jsme získali údaje z 95 pracovišť. Uvedu jen některé z otázek a jejich společný výstup.

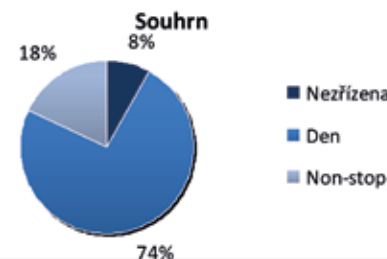
Kdo je zřizovatelem dětské LSPP?
Odpověď najdete v grafu 1.



Jak je zajišťován provoz LSPP ve všední den? V nadpoloviční většině je zajištěn od 17 hod. do 20 hod. či 22 hod. Ve velkých městech, převážně krajských městech, je dětská LSPP od 17 hod. do 7 hod. ráno.

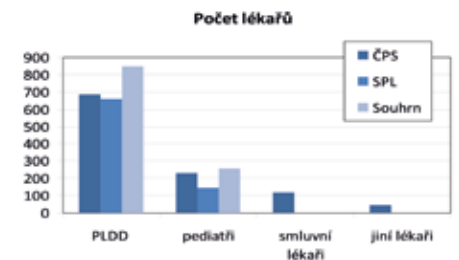


Jak je zajištěna LSPP pro děti ve dnech pracovního volna? Většinou se jedná o LSPP od 8 hod. do 20 či 22 hod., dále je pak LSPP zajištěna v rámci ÚPS na dětských odděleních.



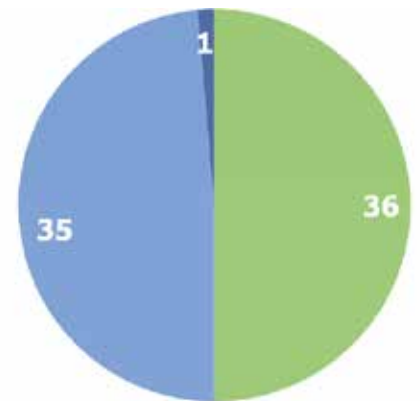
Počty lékařů, kteří zajišťují dětskou LSPP. Na zajištění dětské LSPP se podílí zhruba 850 PLDD (tj. 40 % PLDD), je to dáno i tím, že v některých lokalitách není poptávka po těchto službách u příslušných PLDD. Například Brno má profesionální LSPP, které se PLDD nemusí účastnit. Dále se podílí na

zajištění asi 250 pediatriů z lůžkových zařízení (zhruba 22 % nemocničních pediatriů) a dále jiní smluvní lékaři, např. z jiných odborností.



Jaký je podíl PLDD na ÚPS na dětských odděleních? Překvapivě bylo zjištěno, že téměř na polovině pracovišť dětských oddělení se účastní na zajištění ústavní pohotovostní služby PLDD (jednalo se o 75 lékařů – bez ohledu na to, jakou mají specializovanou způsobilost). Ukazuje se, že bez jejich účasti by některá dětská oddělení nebyla schopna zajistit svůj nepřetržitý provoz.

ANO ÚPS



NE ÚPS

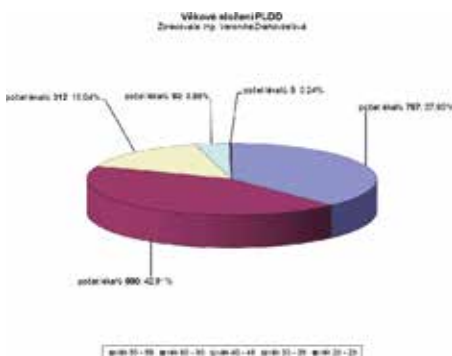
V dotazníku ČPS JEP byla také otázka, zda primáři dětských oddělení podporují zavedení urgentních příjmů pro děti. Podpora byla jen v 6 %. Ukázalo se, že takovéto urgentní příjmy pro děti jsou v současnosti v ČR raritou.

Souhrnně lze konstatovat, že současný stav zajištění dětské LSPP vyhovuje (úplně či částečně) u 85–90 % dotázaných. Některé okresy nemají LSPP pro děti, v řadě okresů existují souběhy ÚPS a LSPP, často bez odpovídajícího finančního ohodnocení sloužících lékařů. PLDD se podílejí na zajištění ÚPS. Nikde není výjezdová LSPP. Hodinová mzda na LSPP se pohybuje ve všední den v průměru 260 Kč/hod., v So + Ne + svátky v průměru 320 Kč/hod.

93 % LSPP je zřízeno v areálu nemocnic, komplement je dostupný v 85 %. Komplement není dostupný často v krajských městech! Existují některá problematická místa, kde není dobře vyřešeno zajištění dětské LSPP, jako například Nemocnice Na Bulovce a v Českých Budějovicích. Zástupci SPLDD ve spolupráci se zástupci ČPS JEP se snaží situaci řešit. Většinou dohodě brání nedostatečné finanční ohodnocení práce lékaře.

Pokud se bavíme v širším kontextu o dostupnosti péče pro děti v ČR, nemohu se nezmínit o alarmujících demografických ukazatelích v oboru PLDD. Máme velmi nepříznivé věkové složení, zájem o obor u mladých lékařů je, ale klesá v okamžiku, kdy se odhalí reálné příjmy běžných praxí PLDD, zejména na vesnicích a malých městech, kde klesá počet narozených dětí. Negativně vnímáme nedostatečnou podporu státu, jak MZ ČR, tak i jiných odpovědných orgánů. Malý počet rezidenčních míst a složitost administrativy s tím spojené jen prohlubují současný problém v budoucím zajištění primární péče o děti. Naproti tomu je velká poptávka ze strany veřejnosti, každý rodič chce pro své dítě dostupného a kvalitního PLDD, každý starosta by chtěl mít pro své občany zajištěnu tuto péči. A tak pokud se situace nezmění, možná už v příštích volbách se budou muset politici tímto problémem zabývat. Vychovat mladé lékaře se však nepodaří ze dne na den. V dnešní době se snažíme navíc ve svých ordinacích rozšiřovat spektrum služeb či výkonů pro své pacienty, vyvíjíme spoustu pacientů ambulantně. Promítlo se to v posledních letech i na tzv. obložnosti některých dětských oddělení. V neposlední řadě je péče PLDD pro zdravotní pojišťovny péčí nejlevnější, na to by se nemělo zapomínat.

Z následujícího grafu je vidět, že nad 50 let věku je 81 % PLDD. Věkový průměr je 58 let. To jsou alarmující čísla.



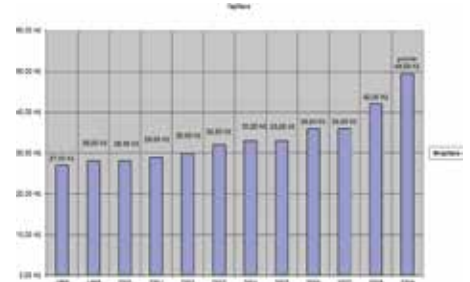
Pokud srovnáme vývoj za poslední tři roky, je vidět, jak prudce se tento negativní trend prohlubuje. V roce 2010 bylo nad 50 let 68 % a v roce 2013 již 81 % PLDD. V roce 2010 bylo do 49 let 25 % PLDD, v roce 2013 jen 19 %.

Pokud se podíváme na počet dětí do 19 let připadajících na 1 PLDD v jednotlivých krajích, můžeme vidět, které kraje budou mít problém s dostupností PLDD mezi prvními. Jedná se o kraj Olomoucký, Liberecký, Středočeský, Moravskoslezský i Kraj Vysočina.



Nemohu se také nezmínit o často diskutované kapitační platbě, která je některými považována za samozřejmý příjem peněz, bez ohledu na množství práce, kterou lékař odvede. Je zavedena od roku 1996 a jedná se o paušální platbu na pacienta. Je kalkulována na osmihodinovou pracovní dobu. Její výše stagnuje od roku 2009! Její vývoj můžeme vidět na níže uvedeném grafu. PLDD navíc byli postiženi tím, že zrušené regulační poplatky u dětí i přes sliby politiků a zástupců MZ ČR nebyly doposud stále řádně vykompenzovány. Pro ordinace PLDD to znamenalo, že průměrně přišly o 6,5 tis. Kč měsíčně. Za rok jsou to nemalé peníze, které mohly být investovány do rozvoje ordinací.

Za poslední léta dochází k výrazným kvalitativním změnám náplně práce u poskytovatelů v oboru PLDD. Jednak došlo ke kvalitativnímu zlepšení diagnostiky s pomocí používání metod rychlé diagnostiky (např. vyš. CRP, streptestu, KO + diff....) v ordinaci. V posledních letech byli PLDD nuceni zajistit nový systém distribuce, skladování, evidence a složitého vykazování očkovacích látek, včetně nákupu očkovacích látek pro nepovinná očkování hrazená z veřejného zdravotního pojištění. Stali se z nás svým způsobem malé lékárny, ale pouze s určitými kompetencemi a povinnostmi týkajícími se vakcín. Přineslo to velkou administrativní zátěž a opět bez odpovídající finanční kompenzace. K další administrativní i časové zátěži postupně dochází vydáváním nových vyhlášek týkajících se posuzování zdravotní způsobilosti dětí téměř ke všemu (školy, ozdravné pobyty, tělesná výchova, sport...). Postupně nám narůstá počet hodin, které jsme nuceni věnovat složitější posudkové činnosti podle těchto vyhlášek.



Když se vrátím k současné situaci LSPP pro děti, je otázkou, zda jde o přežitek, či stav vyhovující, který je nutno pouze kultivovat a napravit tam, kde to nefunguje. Ukazuje se, že je nezbytná spolupráce PLDD a pediatrii dětských oddělení. Měla by být stanovena minimální kritéria na zajištění dětské LSPP. Dostupnost dětských oddělení je více než dobrá, ale problém na některých z nich vidíme v personálním zajištění, chybí lékaři s odpovídajícím vzděláním. Začínáme pocítovat nedostupnost některých odborných ambulancí pro děti a dorost. V neposlední řadě opakovaně upozorňujeme na problém lékařské služby. Chybí její návaznost na LSPP, zejména ve večerních hodinách. Nejsme na LSPP oprávněni vydávat léky, jako jsou např. ATB, často v sirupových formách a s doplňkem.

Závěrem bych chtěla upozornit, že PLDD nemohou zajišťovat čtyřicetihodinovou péči pro děti v ČR, a to z objektivních důvodů (věk, problém generační výměny, financování). Kapitační platba je kalkulována na osmihodinovou pracovní dobu. Jedním z řešení zajištění dětské LSPP je kultivovat stávající stav. Dalším možným řešením je zřídit systém urgentních příjmů, ale ve své podstatě by provoz zajišťovala stávající dětská oddělení s pomocí PLDD, což při nedostatku lékařů, financí a hrozícího zneužívání pacientů při dostupnosti takovéto služby není příliš reálné. Jedná se také o nákladné řešení pro zdravotní pojišťovny. Dalším řešením je možnost „privatizace“ dětské LSPP ze strany PLDD. Opět upozorňuji na nedostatek lékařů, problém financování. Kapitační platba by musela být několikanásobně vyšší, a bez nutné spoluúčasti pacientů si takovouto službu nedovedeme představit. PLDD stále více pocítují tlak na vyšetřování dětí nejlépe ve večerních hodinách, a to nejen z důvodů pracovních. Nejsme militantní skupinou lékařů, trpělivě pracujeme a zajišťujeme – i přes kritiku některých – kvalitní a fungující primární péči pro děti a dorost. Naší snahou je ji zlepšovat a zachovat v ČR. Bude ovšem potřeba i pomoci jiných kompetentních orgánů a osob k tomu, aby se tato péče nestala během příštích let nedostupnou pro děti a jejich rodiče.

MUDr. Ilona Hülleová, předsedkyně SPLDD ČR, o. s.

Praktičtí lékaři nemohou službu zabezpečit

Zákon 372/2011 Sb. ze dne 6. listopadu 2011, o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, § 45 odst. (2) říká: Poskytovatel je povinen ... písmeno l) podílet se na žádost kraje, jehož krajský úřad mu udělil oprávnění, na zajištění lékařské pohotovostní služby, lékárenské pohotovostní služby a pohotovostní služby zubních lékařů; to neplatí, jde-li o Vězeňskou službu.

LPS je zdravotní služba, která musí být poskytována ve zdravotnickém zařízení, jež je k poskytování této služby patřičně technicky vybavené, je obsazené zdravotnickými pracovníky, kteří mají k poskytování této služby patřičnou odbornou způsobilost – kvalifikaci, má rozhodnutí k oprávnění k poskytování této služby.

Současný stav zajišťování LPS

V ČR převládá model, kdy krajské úřady zajišťují LPS prostřednictvím jimi řízených zdravotnických zařízení, zejména nemocnic. Lékaři sloužící LPS se rekrutují jak z praktických, tak z nemocničních lékařů v různém poměru, někde se do systému zapojují i lékaři záchranné služby. Doby zajištění LPS jsou s drobnými odchylkami ve všedních dnech v časech 16–21 hod., o víkendech pak 9–21 hod., někde 9–19 hod. Stále častěji se zejména v oblastech s hustější sítí nemocnic objevuje umístění stanovišť LPS v areálech nebo poblíž areálů nemocnic, což má výhodu v dostupnosti komplementu.

Rozumná výše úhrady za službu lékařů na LPS spolu s patřičným vybavením místa výkonu jeho služby a jeho dostatečným právním krytím při výkonu této služby spontánně řeší většinu problémů týkajících se nedostatku lékařů ochotných se na výkonu této služby podílet.

System, model, ochota, podmínky

V ČR nevznikl historickým vývojem systém, ve kterém by se praktičtí lékaři starali o své pacienty 24 hodin denně. Praktičtí lékaři pro takovou službu nemají vytvořeny podmínky a na zabezpečení takové služby jich není dostatečný počet. Dřívější model LSPP vedl k jejímu zneužívání a není žádný důvod myslet si, že by ke zneužívání návratem k takovému modelu opět nedocházelo. Mnohdy neostře vymezení mezi LPS a ZS vede často k tomu, že ZS řeší i případy LPS. Mnozí nemocniční lékaři jsou ochotni LPS

sloužit, rádi si takovou službou přivydělají a není důvod, aby se do takové služby nemohli zapojit.

Pokud jakékoli ZZ nebo skupina samostatných lékařů splní podmínky registrace, může LPS provozovat. Kraje, které za LPS zodpovídají, logicky oslovily s žádostí o její zajištění spíše nemocnice a ty se často této příležitosti chopily zejména tam, kde není rozlehlá spádová oblast.

Úzká místa – můj pohled praktického lékaře pro dospělé

Mnozí nemocniční lékaři obviňují praktické lékaře, že se nestarají 24 hodin o své pacienty a že nemocniční služba ÚPS nemůže být vnímána jako poskytování nepřetržité péče typu LPS, protože v rámci ÚPS musí tito lékaři plnit povinnosti k oddělení, na kterých slouží.

Na to, že se mají starat o své pacienty 24 hodin, kontrují praktičtí lékaři tím, že výše jejich kapitace je spočítána na běžnou ordinaci dobu, nikoli na 24 hodin nepřetržité péče.

Argument praktických lékařů je pravdivý, stejně jako je pravdivé, že lékaři sloužící ÚPS nemohou v téže době poskytovat plnohodnotně ještě LPS.

Nejsložitější situace je v oboru interny, který je oboru PL pro dospělé nejbližší.

Východiskem je podle mého názoru to, že se do státní zakázky, kterou zajištění LPS je, zapojí podle svých možností lékaři obou těchto odborností.

Jak je to s povinnostmi lékařů sloužit LPS?

Některé kraje si znění zákona začaly vykládat tak, že každý soukromý lékař je povinen se na výkonu LPS podílet, a to na základě pouhé výzvy kraje. Uvedené ustanovení zákona však nestanoví povinnost poskytovatelům podílet se na LPS bez určení bližších podmínek a bezplatně. A právě stanovení bližších podmínek bývá přinejmenším stejně důležité jako výše finanční úhrady za tuto službu.

Málokdo si uvědomuje, že poskytování jakékoli zdravotní služby (a tou poskytování LPS bezesporu je), je zapotřebí podle §19 zákona 372/2011 Sb. Rozhodnutí o udělení oprávnění k poskytování této služby.

Podílet se na zajištění LPS rozhodně neznamená, že by kraj mohl nařídít lékařům, aby LPS sám zajistil a provozoval. Kraj by měl vytvořit všem lékařům sloužícím LPS takové podmínky, aby bez ohrožení jich samotných a jejich pacientů mohli LPS řádně poskytovat a provozovat.

Vždy jde o vzájemnou dohodu

Vše je věcí vzájemné dohody kraje a lékaře nebo skupiny lékařů, kteří budou LPS sloužit, na podmínkách, za jakých budou LPS sloužit. **Bude-li soukromý lékař zajišťovat na základě dohody s krajem lékařskou pohotovostní službu ve své vlastní soukromé ordinaci, se svou zaměstnanou zdravotní sestrou a využívat k tomu věcné a technické vybavení své soukromé ordinace, musí být pochopitelně odměna za takto prováděnou službu podstatně vyšší než odměna za službu prováděnou v ordinaci provozované krajem, tedy v ordinaci, kterou kraj technicky a personálně vybavil.**

Ač ze zákona skutečně vypadla výslovná formulace, že poskytovatel je povinen podílet se na žádost kraje na výkonu LPS „v únosné míře“, mám za to, že je nutné mít tuto únosnou míru stále na zřeteli a že není možné plně vytiženému lékaři proti jeho vůli LPS nařizovat.

Odměna za službu PLS

Odměna za LPS musí být věcí dohody. Samozřejmostí zůstávají příplatky za případnou službu v noci, ve dnech pracovního volna a ve dnech pracovního klidu. Není důvodu, aby v tomto byl soukromý lékař jakkoli diskriminován proti zaměstnancům, kteří tyto příplatky mají zaručeny zákoníkem práce. Bude-li služba probíhat v prostorách vybavených krajským úřadem nebo v nemocnici a službu všeobecné zdravotní sestry zde bude zastávat osoba placená nemocnicí nebo krajským úřadem, bude předmětem odměny pouze práce lékaře. **V žádném případě však nelze odměňovat pouze provedené zdravotní výkony a připustit, aby lékař, který v rámci lékařské pohotovostní služby „čeká na pacienty“ a neprovedl třeba dvě hodiny žádný lékařský výkon, nebyl za tuto dobu nijak odměněn.**

Má se pacient na PLS finančně podílet?

Rozhodně ano, spoluúčast pacienta vidím jako potřebnou zejména proto, aby opět PLS nebyla zneužívána jako v minulosti LSPP. Úhrada ze strany pacienta částkou například 90 Kč mi připadá adekvátní. Toho, kdo bude takovou službu opravdu potřebovat, v přístupu k této službě neomezí. Odradí však pacienty, kteří s mnohdy banálními a déle trvajícím zdravotními problémy, ať již záměrně, nebo ne, nenavštíví v řádných ordinacích dobách své praktické lékaře. A to je správné, protože pacienti by s běžnými záležitostmi by měli navštěvovat své praktické lékaře, kteří znají jejich zdravotní stav, rodinné i sociální zázemí, jejich zdravotní historii i případné agravační tendence – a to v běžných ordinacích hodinách těchto lékařů.

MUDr. Petr Němeček,

praktický lékař pro dospělé, člen představenstva ČLK



Mohu

mít dobrý pocit, protože jsem součástí stejně naladěného týmu zaměstnanců, kde všichni nesou stejnou míru odpovědnosti za kvalitu našich produktů bez ohledu na to, ve které části světa se vyrábějí.

Mohu...

Protože

jako zavedený výrobce a jedna z vedoucích firem podnikajících v oblasti obecné i speciální farmakologie disponuje společnost MYLAN procesy pro kontrolu kvality v plném rozsahu našich aktivit, které splňují, či v některých případech dokonce překračují, oborové normy.

Ve společnosti Mylan je každý stejně důležitý: Vy i Vaši pacienti.

Navštivte YourMylan.com

Veronique

Hlavní ředitelka závodu
Mylan

**Naše
společnost
Mylan
je Vaší
společností
Mylan.**

 **Mylan®**

Seeing
is believing

SAUVETE
DI

Změna koncepce ZZS v některých okresech ČR

Systém rychlé zdravotnické pomoci (RZP) v ČR byl historicky nastaven na přítomnosti lékaře v osádce vozidla. Obdobný systém jako dominantní lze nalézt v okolních zemích, jako je Rakousko nebo Německo. Naopak v USA díky zcela jiné organizaci zdravotnictví a geografickým podmínkám zajišťuje urgentní péči v terénu vždy jen zdravotnický specialista-nelékař. Lékař pak pacienta přebírá vždy až na urgentním příjmu (Emergency room).

Systém „něco mezi“ funguje (nebo spíše nefunguje) ve Velké Británii. Tamní zdravotní systém má se zajištěním akutní péče v terénu značné problémy, do budoucna je proto plánováno i zřízení terénních ambulancí pro specialisty-nelékaře.

V České republice v posledních letech dochází k přesouvání části kompetencí RZP z lékařů na nelékaře. Tento trend má jistě svá pozitiva, pokud je prováděn s rozvahou a po zhodnocení podmínek dané spádové oblasti. Zdravotnický záchranář jistě zvládá značnou část běžné práce v terénu, případně si lékař dodatečně přivolá. Existují však situace, kde je přítomnost lékaře ve výjezdové skupině bezpodmínečně nutná. Pokud v takové situaci

vyjíždí k nemocnému jen zdravotník-nelékař a lékař si přivolá, třeba z jiné základny, až dodatečně, pak hrozí riziko z prodlení. K takovým situacím může docházet zejména v oblastech, kde je počet lékařů oproti minulosti redukován, třeba i jen v nočních hodinách.

Zde je nutno upozornit na stanovisko právní kanceláře ČLK k zákonu o zdravotnické záchranné službě. Z něj vyplývá, že v některých konkrétních situacích platí parametr dostupnosti záchranné služby do 20 minut po dobu 24 hodin denně na celém území ČR i pro lékaře v posádce RZP (viz i Tempus medicorum 1/2014, strana 22).

Důvody pro redukcii počtu lékařů v systému RZP mohou být různé. Zřizovatelé argumentují malým počtem výjezdů, při kterých je bez podmínečně nutný lékař, a úpravou systému tak, že lékař je případně dostupný z jiného stanoviště. Lze ovšem odhadovat, že hlavním důvodem redukce je spíše hledisko ekonomické, kombinované s nedostatkem lékařů s patřičnou odbornou erudicí. Situaci dále komplikuje změna úpravy rozsahu přesčasové práce, tedy konec tzv. opt-out.

Pro patřičnou diskusi se zřizovateli RZP, tedy jednotlivými krajskými úřady, nám dlouhodobě chybí relevantní podklady. Samozřejmě jsou k dispozici obecné údaje z webových

stránek jednotlivých záchranných služeb. Tato data ale neposkytují podrobnější pohled na efektivitu fungování jednotlivých pracovišť zdravotnické záchranné služby. Pro nás, jako členy ČLK, je ovšem výhodný i pohled z roviny lékařů poskytujících péči v daných okresech. Prezident ČLK se proto obrátil na předsedy jednotlivých okresních shromáždění s několika dotazy na fungování ZZS v jejich okresech. Odpovědi jsme obdrželi ze 24 okresů. Z nich vyplývá, že v 19 okresech systém ZZS podle mínění předsedů OS ČLK funguje dobře a neočekávají nějaké negativní změny. V sedmi okresech pak za poslední dva roky došlo ke změnám, které evidentně zhoršily fungování ZZS. Ve třech okresech jsou pak očekávány negativní změny v blízké budoucnosti.

Nadále je otázkou, jak se systém RZP ČR bude vyvíjet. Jistě by bylo velmi vhodné, kdyby ČLK měla možnost účastnit se na přípravě změn. To by pak umožnilo lékařům z praxe dopředu rozporovat případná rizika. Prozatím se zdá, že změny jsou zaváděny spíše shora, rozhodnutím jednotlivých zřizovatelů, a teprve dodatečně sdělovány nám, lidu prostému zdravotnickému.

MUDr. Jiří Matuška,

předseda OS ČLK Hodonín



Scripta Medicorum

ODBORNÝ A KOMERČNÍ ZPRAVODAJ PRO LÉKAŘE

1/2014



2

**Konzervativní léčba
chronického žilního
onemocnění**



5

**Vliv NSAID
na žaludeční sliznici**



8

**Léčba
bolestí zad**



9

**Chondroprotektiva -
perspektiva v léčbě
osteoartrózy**

Vydavatel: Premediapharm s.r.o.

Kontakt: Ing. Renáta Podracká, T: 724 261 177
redakce@premediapharm.cz

Registrováno pod č. MK ČR E 21513

Poradní sbor/redakční rada:

prof. MUDr. Jiří Homolka, CSc., Pneumologická klinika 1. LF UK a TN, Praha
doc. MUDr. Jarmila Drábková, DrSc., KARIM 2. LF UK a FN Motol, Praha
doc. MUDr. Tomáš Büchler, Ph.D., Onkologická klinika 1. LF UK a TN, Praha
doc. MUDr. Zoltán Paluch, Ph.D., MBA, Farmakologický ústav 1. LF UK Praha

KONZERVATIVNÍ LÉČBA CHRONICKÉHO ŽILNÍHO ONEMOCNĚNÍ - JE NĚCO NOVÉHO?



MUDr. Robert Vlachovský, Ph.D.
II. chirurgická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně

Chronické žilní onemocnění (CVD) je v populaci široce rozšířeno, ale poměrně často není vůbec nebo správně diagnostikováno a zůstává tedy i neléčeno. Zahrnuje všechny symptomy a projevy vyplývající z onemocnění žil dolních končetin, progredující až k chronickým stavům. Onemocnění má nízkou mortalitu, ale vysokou morbiditu a velmi nepříznivě ovlivňuje kvalitu života, zejména v pokročilých stádiích. Mezi rizikové faktory jsou označovány vyšší věk, rodinný výskyt, ženské pohlaví, vícečetná těhotenství, obezita, hormonální terapie, aj.

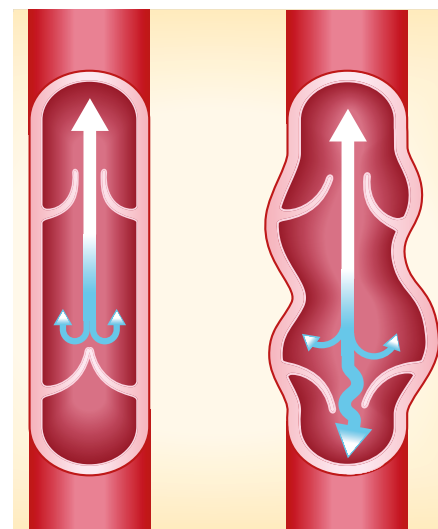
Symptomatologie a žilní bolest

Příznaky jsou velmi různorodé a vzájemně se překrývající, často sezónně závislé (typicky horší v letních měsících), u žen závislé na menstruačním cyklu. Intenzita obtíží velmi často nekoreluje se závažností a stupněm objektivního postižení. Nejčastějšími příznaky jsou pocity napětí, tíhy, pálení a svědění, otoky a bolest, často označovaná jako bolest žilní. Nociceptory uložené v perivaskulární tkáni nebo přímo ve stěnách žil jsou aktivovány zánětlivými mediátory, přičemž spouštěčem zánětlivých mechanismů je místní hypoxie, která vede k aktivaci endoteliálních buněk s následnou syntézou a uvolňováním mediátorů, které modulují bolest a působí prozánětlivě. Tímto mechanismem se vysvětluje vznik žilní bolesti a její časný nástup jako symptomu CVD. Zánětlivá afekce, která primárně postihuje žilní chlopně, vede ke vzniku refluxu s následným zvýšením žilního tlaku – a právě žilní hypertenze je patofyziologickou spojnicí všech projevů chronického žilního onemocnění.

Současný stav v českých ordinacích

V praxi je poměrně podceněna informovanost široké lékařské veřejnosti

o možnostech časně diagnostiky a významu časně prevence. Chronické žilní onemocnění má velmi různé subjektivní příznaky, terapeutické přístupy se u různých medicínských odborností až překvapivě významně liší, a navíc v různých zemích se problematikou tohoto onemocnění zabývají různé odbornosti s různou intenzitou (dermatologie, angiologie, flebologie, chirurgie...) Adaptací mezinárodního průzkumu Vein Consult Program (www.veinconsult.com) proběhl v Česku v červnu 2012 epidemiologický průzkum v ambulancích všeobecných praktických lékařů. Jeho hlavními cíli byla aktualizace epidemiologických dat v české populaci a zvýšení povědomí o CVD jak mezi pacienty, tak mezi lékaři primární péče. Z výsledků vyplývá, že osm z deseti pacientů praktických lékařů má některý ze subjektivních příznaků, nejčastěji pocit těžkých a oteklých nohou, bolesti a noční křeče. Objektivní nálezy má pak šest z deseti pacientů, nejčastěji viditelné varixy a otoky. Potvrzen byl progredující charakter onemocnění, kdy se jeho závažnost zhoršuje s věkem a s počtem rizikových faktorů. Neléčeno (většinou nediodagnostikováno) zůstává asi 25 % pacientů praktických lékařů, což je poměrně vysoké číslo.



V této skupině nediodagnostikovaných nemocných má jistě smysl tyto pacienty zachytit a začít zavčas léčit - zpočátku konzervativně, a následně zvážit v indikovaných případech i chirurgickou intervenci.

Klasifikace a klinické projevy

Nejčastěji se v praxi využívá tzv. CEAP klasifikace, která rozděluje onemocnění do několika kategorií. Klinická složka (C) má několik stupňů, C0 je vyhrazena pro nemocné bez viditelných známek onemocnění, C1-C3 představují méně závažnou formu onemocnění, a C4-C6 je kategorie nemocných, kteří mají již trofické barevné kožní změny (hyperpigmentace, stasis dermatitis, bílá atrofie, hyperkeratóza, ekzém, dermatoskleróza), případně vyléčený (C5) nebo aktivní (C6) bércový vřed a v souhrnu se tato pokročilá stádia označují pojmem chronická žilní insuficience (CVI). C1 kategorie je spojena především s intra-dermálními varikozitami (teleangiektázie s průměrem do 1 mm, tzv. metličky nebo mikrovarixy) a subdermálními varikozitami (dilatované podkožní žilky do 3 mm v průměru). C2 kategorie je typicky u pacientů s kmenovými varixy nebo s varixy jejich větví. Kategorie C3 je pak popisem situace u pacientů, u nichž je

detralex®

MPFF® - mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce

VĚTŠÍ 120 TABLET BALENÍ

PRO ZDRAVÉ NOHY PO CELÝ ROK



JEDINÝ LÉK SE STUPNĚM DOPORUČENÍ

č.1

v nových mezinárodních Guidelines¹

Zkrácená informace o přípravku Detralex. SLOŽENÍ*: Flavonoidurum fractio

purificata micronisata 500 mg (mikronizovaná, purifikovaná flavonoidní frakce - MPFF): Diosminum 450 mg, Flavonoida

50 mg vyjádřené jako Hesperidinum v jedné potahované tabletě. **INDIKACE*:** Léčba příznaků a projevů chronické žilní insuficience dolních končetin, funkčních nebo organických:

pocit tíhy, bolest, noční křeče, edém, trofické změny, včetně bérceového vředu. Léčba akutní ataky hemoroidálního onemocnění, základní léčba subjektivních příznaků a funkčních objektivních projevů hemoroidálního onemocnění.

Přípravek je indikován k léčbě dospělých. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB PODÁNÍ*:** Venolyfatická insuficience: 2 tablety denně. Hemoroidální onemocnění: Akutní ataka: 6 tablet denně během 4 dní, poté 4 tablety denně další 3 dny.

Udržovací dávka: 2 tablety denně. **KONTRAINDIKACE*:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku. **ZVLÁŠTNÍ UPOZORNĚNÍ*:** Podávání přípravku Detralex v symptomatické léčbě akutních hemoroidů

nevyklučuje léčbu dalších onemocnění konečků. Pokud symptomy brzy neodezní, je nutné provést proktologické vyšetření a léčba by měla být přehodnocena. **INTERAKCE*:** Žádné. **FERTILITA*/TĚHOTENSTVÍ, KOJENÍ*:**

V experimentálních studiích na zvířatech nebyly zjištěny teratogenní účinky a nebyly prokázány žádné anatomické anomálie ani potíže v chování mláďat během období kojení; nežádoucí účinky nebyly zaznamenány ani u lidí.

Z dostupných údajů o podávání přípravku těhotným ženám vyplývá, že nedochází k žádnému nepříznivému ovlivnění těhotenství ani plodu. Studie reprodukční toxicity na zvířatech neprokázaly vliv na fertilitu u samic a samic

potkanů. **ÚČINKY NA SCHOPNOST ŘÍDIT A OBSLUHOVAT STROJE*:** Žádné. **NEŽÁDOUCÍ ÚČINKY*:** Časté: průjem, dyspepsie, nauzea, vomitus. **Vzácné:** závrať, bolesti hlavy, pocit neklidu, vyrážka, svědění, kopřivka. **Méně časté:**

kolitida. **Frekvence neznámá:** ojedinelý otok obličeje, rtů, víček. **Výjimečně:** Quinckeho edém. **Abdominální bolest**.** **PŘEDÁVKOVÁNÍ*:** FARMAKOLOGICKÉ VLASTNOSTI*: Venotonikum (venofarmakum) a vazoprotektivum.

Detralex působí na zpětný návrat krve ve vaskulárním systému: snižuje venózní distenzibilitu a redukuje venostázu, na úrovni mikrocirkulace normalizuje kapilární permeabilitu a zvyšuje kapilární rezistenci; zvyšuje lymfatický

průtok. **UCHOVÁVÁNÍ*:** Při teplotě do 30 °C. **VELIKOST BALENÍ*:** 30, 60 a 120 potahovaných tablet. **Datum revize textu:** 4.3.2014. Přípravek je k dispozici v lékárnách na lékařský předpis a je částečně hrazen z prostředků

veřejného zdravotního pojištění. **Registrační číslo:** 85/392/91-C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** LES LABORATOIRES SERVIER 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, Francie. Další informace na adrese: Servier s.r.o., Praha City

Center, Klimentská 46, 110 02 Praha 1, tel.: 222 118 111, fax: 222 118 300, www.servier.cz

*Pro úplnou informaci si prosím přečtěte celý Souhrn údajů o přípravku ** Všimněte si prosím změny v informaci o léčivém přípravku Detralex

1. Perrin M, Nicolaides A. The Updated International Guidelines on 'The Management of Chronic Venous Disorders of the Lower Limbs' and the Place of Venotonic Drugs. *Int Angiol.* 2013;32 (suppl1):106-107. Presented at the Union Internationale de Phlébologie Congress; September 8-13, 2013; Boston, USA.



objektivním nálezem otok. V časných stádiích se objevuje otok perimaleolárně a má reverzibilní charakter, nejvíce bývá vyjádřen večer. Postupně se propaguje i směrem proximálním a stává se trvalým. Celodenní otoky jsou již známkou významně porušené hemodynamiky.

Konzervativní léčba

Smyslem a cílem konzervativní léčby chronického žilního onemocnění je prevence vzniku a fixace žilní hypertenze a odstranění jejích symptomů. Konzervativní postup je základem léčby, který by měl předcházet intervenčnímu zákroku a následně intervenční léčbu doplňovat, u řady pacientů v méně pokročilém stádiu chronické žilní insuficience je metodou často jedinou. Mezi základní dva pilíře konzervativní léčby křečových žil patří kompresivní léčba (nošení zdravotních kompresních punčoch II. kompresní třídy) a medikamentózní léčba ověřenými venofarmaky. Nošení kompresivních punčoch je jednou z velmi účinnou metodou, která zmírňuje otoky postižené končetiny a působí zlepšení parametrů mikrocirkulace, problémem může být nízká compliance pacienta. Doporučované a mnohdy nutné je i nošení kompresivních punčoch v období po operacích na křečových žilách nebo po jiných intervencích, například po sklerotizaci. Druhým pilířem konzervativní léčby je nasazení medikamentózní léčby venofarmaky – tento přístup volíme zejména u symptomatické formy chronické žilní insuficience a v pokročilejších stádiích choroby se změnami v mikrocirkulaci – zejména se zánětlivou složkou, s otoky a poruchami trofiky kůže. S výhodou se jejich podávání kombinuje s kompresivní terapií, nebo ji i střídá v období, kdy je jejich nošení nepříjemné (například v letních měsících). Léčba venofarmaky může představovat i jediný použitelný způsob terapie za situace, kdy chirurgická korekce žilní insuficience není indikována (přílišná rizikovost pacienta), pacient

si ji nepřeje (volba pacienta) a také v situacích, kdy současná ischemická choroba dolních končetin neumožňuje aplikovat kompresivní léčbu. Mnohé aktuální studie ukazují také na fakt, že kombinace MPFF s běžnými typy intervencí na povrchových žilách (s klasickým strippingem, endovenózní operací laserem nebo radiofrekvencí, s pěnovou sklerotizací) přináší redukci pooperační morbidity a zlepšuje kvalitu života pacientů.

Nová mezinárodní doporučení – léčit co nejdříve!

Účinnost většiny venofarmak na našem trhu byla ve velkých studiích dokázána jen omezeně, většinou s průkazem efektu na subjektivní příznaky, nikoliv s pozitivním ovlivněním objektivně měřitelných parametrů (například otoků). Mezi jednotlivými preparáty je mnohdy propastný rozdíl z hlediska kvality průkazu jejich efektivity a úrovně doporučení. Výjimkou je mikronizovaná purifikovaná frakce flavonoidů (MPFF) diosminu a hesperidinu (obchodní název Detralex), jejíž venoprotektivní efekt byl prokázán v randomizovaných studiích na dostatečně velkých souborech. Z tohoto důvodu má právě Detralex nejsilnější stupeň doporučení číslo 1 v nových mezinárodních doporučeních, které byly poprvé prezentovány na světovém flebologickém kongresu UIP (Union Internationale de Phlébologie) v září 2013 v Bostonu. Jako doplňková léčba žilních bérkových vředů je dokonce jediným doporučovaným venofarmakem s nejvyšším stupněm doporučení. Na výše jmenovaném kongresu byla také široce diskutována problematika načasování nasazení terapie, dle nových dat vhodné nasadit venofarmaka již ve stádiu C0s (symptomy bez viditelných objektivních známek CVD) a brát je dlouhodobě. Hesperidin a diosmin jsou hlavními účinnými látkami, Detralex však obsahuje i další flavonoidní frakce se synergickými účinky (isorhoifolin, linarin, diosmetin...), přičemž každá z nich unikátně přispívá k jeho klinické účinnosti.

Léčba žilní bolesti, otoků i bérkových ulcerací

Problematika žilní bolesti jako časného symptomu chronického žilního onemocnění byla tématem mnoha diskuzí na Světovém flebologickém kongresu v Bostonu v září 2013. V časopise Phlebology byla v roce 2012 publikována práce Lenkovic a dalších

autorů, která prokázala účinnost MPFF na snížení žilních symptomů, především bolesti. Prokázala 50% snížení bolesti po 90 dnech užívání MPFF. Práce Allaerta z roku 2012 (metaanalýza prací hodnotících účinek venofarmak posilujících žilní tonus na otok končetiny) prokázala, že Detralex snižuje účinněji než jiná venofarmaka maleolární edém, a potvrdila tak oprávněné postavení tohoto preparátu v mezinárodních doporučeních pro léčbu chronické žilní choroby. Hojení bérkových ulcerací je i za optimálních podmínek dlouhodobý proces a jsou proto stále hledány možnosti, jak jeho průběh medikamentózně ovlivnit. Celá řada farmak, která byla v minulosti k tomuto účelu doporučována (antibiotika, iloprost, kys. acetylsalicylová, diuretika apod.) jsou v současnosti považována za neúčinné látky. MPFF a její doporučení se opírá o metaanalýzu kontrolovaných klinických studií, porovnávajících průběh hojení při obvyklé lokální a kompresivní léčbě se situací, kdy je navíc podávána tato medikace. Ukázalo se, že rychlost hojení bérkových vředů byla významně lepší a počet úplně zhojených ulcerací byl po 6 měsících o více než 30 % vyšší, než u osob bez MPFF.

Závěr

I když medikamentózně samozřejmě nelze docílit vymizení varixů, je pro použití ověřených venofarmak u chronického žilního onemocnění značný prostor, jak mimo jiné vyplývá z faktu, že asi čtvrtina symptomatických pacientů není léčena jen proto, že není diagnostikována. Léčit bychom měli začít co nejdříve a MPFF poskytuje rychlou a dlouhodobě udržitelnou úlevu od žilních symptomů ve všech stádiích CVD. Základním důvodem pro léčbu a intervenci na křečových žilách by měla být redukce symptomů, zlepšení kvality života a prevence progresu onemocnění. Časná intervence také redukuje riziko pokračujících žilních a kožních změn podmíněných žilní hypertenzí. Mezinárodní doporučení pro MPFF jsou silná, a to na základě přínosu, který jasně převáží rizika léčby, a důkazů střední kvality v indikaci zmírnění příznaků CVD u pacientů ve stádiu C0s až C6s a v indikaci zmírnění otoku žilního původu. MPFF si udržela i silné doporučení pro podávání jako doplňková léčba v terapii bérkových žilních vředů.

Literatura:

Literatura u autora



VLIV NSAID NA ŽALUDEČNÍ SLIZNICI



MUDr. Václav Hejda
Oddělení gastroenterologie a hepatologie
I. Interní klinika FN Plzeň

Nesteroidní antirevmatika (NSA) jsou heterogenní skupinou léčiv, která poskytuje nepochybný a jasný profit při léčbě bolesti a inflamace pro svůj analgetický, antipyretický a antiinflamatorní efekt.¹ Z tohoto důvodu patří mezi nejčastěji předepisovaná léčiva, zvláště ve vyšších věkových skupinách a podávání je často dlouhodobé.

Jejich využití je však spojeno s potenciálně závažnými nežádoucími účinky na gastrointestinální (GIT) a kardiovaskulární trakt a některé další orgány. Tyto nežádoucí účinky jsou příčinou signifikantní morbidity i mortality.² Jak pozitivní terapeutický efekt, tak rozvoj nežádoucích účinků mají společnou osu, a to inhibici endogenní biosyntézy prostaglandinů.¹ Prostaglandiny (PG) hrají důležitou roli v řadě buněčných odpovědí a patofyziologických procesů, jako je modulace zánětlivé reakce a její ukončení, v buněčné protekci gastrointestinálního traktu, v ovlivnění angiogeneze, hemostázy, v procesech tvorby trombu a v aterogenezi.³ PG se tvoří intracelulárně z kyseliny arachidonové aktivitou cyclooxygenázy (COX), která existuje ve formě dvou isoenzymů, COX-1 a COX-2. Tyto dva proteiny jsou z 50-60 % homologní, ale jsou kódovány na odlišných chromozómech. COX-1 je konstitutivní enzym s téměř rovnovážnou expresí ve většině buněk organismu. COX-2 je exprimován v řadě buněk organismu až pod vlivem bakteriálních polysacharidů, proinflammatorních cytokinů (např. TNF α , IL-1b) či růstových faktorů, tedy většinou při rozvoji lokální zánětlivé reakce. PG produkované COX-1 tedy hrají důležitou roli v řadě fyziologických funkcí (cytoprotekce v GIT, agregace destiček, modulace tonu hladkého svalstva ve stěně cév). PG produkované COX-2 hrají důležitou roli v procesech inflamace, kancerogeneze, ale i v procesech hojení.^{4,5} V léčbě zánětu a bolesti se uplatňuje tedy především efekt blokady COX-2 produkovaných PG v místě patofyziologického procesu.

NSA můžeme rozdělit dle selektivity vůči oběma COX isoenzymům na:^{6,7}

- Selektivní inhibitory COX-1 (např. kyseliny

na acetylsalicylová do 200 mg/den)

- Neselektivní inhibitory COX-1 a COX-2 (např. ibuprofen, indomethacin, naproxen, piroxicam)
- Selektivní inhibitory COX-2 (např. nabumeton, meloxicam, nimesulid)
- Vysoce selektivní inhibitory COX-2 (např. celecoxib, rofecoxib)

Celá řada funkcí žaludeční sliznice vedoucí k ochraně slizničních buněk žaludku a duodena je řízena endogenními PG. Cytoprotektivní efekt PG v žaludku a duodenu zahrnuje:

- Stimulace sekrece mucinu
- Stimulace sekrece bikarbonátu a fosfolipidů
- Zlepšení cévního zásobení a dodávky kyslíku do epitelálních buněk (lokální vasodilatace)
- Zvýšená migrace epitelálních buněk směrem k lumenální vrstvě
- Zvýšená proliferace epitelálních buněk

První dva mechanismy pomáhají vytvářet na povrchu žaludeční sliznice alkalickou vrstvu, která brání difúzi kyseliny a pepsinu z lumen do buněk mukózy. Deficit PG v důsledku efektu NSA na funkci COX-1 vede k narušení těchto ochranných funkcí a následně k poškození sliznice žaludku



a dvanáctníku kyselinou a pepsinem. Toto iničiální poškození může v případě dalšího trvání inzultu vést k tvorbě žaludečního či duodenálního vředu s možnými závažnými komplikacemi (krvácení, perforace, obstrukce atd.). Poškození žaludeční či duodenální sliznice při užívání NSA je velmi časté a tíže nálezu se pohybuje od drobných slizničních lézí (petechie či eroze) po závažné a endoskopicky detekovatelné poškození (vředy a jejich komplikace). Mírné slizniční změny způsobené NSA jsou poměrně rychle reparovány restitucí sliznice, a pokud není poškozena bazální membrána a změny nepostihují lamina muscularis mucosae, tak se slizniční léze reparují během několika dní. Tento reparační proces je vysoce závislý na funkci PG a oxidu dusného (NO). Restituce žaludeční sliznice je spojena s indukci COX-2 (zde tedy pozitivní efekt).⁸ Negativní vliv lékové inhibice COX-2 na obnovu žaludeční sliznice u NSA indukovaných poškození není zatím jednoznačně definován, nicméně COX-2 hrají zřejmě důležitou roli v hojení preexistujících erozí a vředů. Zdá se tedy, že pro ulcerogenní účinek NSA není důležitá pouze blokáda COX-1, ale rovněž současné zablokování isoenzymu COX-2 (a tím zablokování reparačních procesů žaludeční sliznice).⁹ Studie na zvířatech prokázaly, že v případě poškození žaludeční sliznice aspirinem dochází ke zvýšené produkci protektivního lipoxinu A₄, který je cytoprotektivní. Ev. současnou blokádu COX-2 (např. selektivními COX-2 inhibitory) je tento efekt oslaben a žaludeční sliznice je výrazněji poškozena. Simultánní užití nízké dávky aspirinu v kombinaci se selektivními COX-2 inhibitory vede tedy hlubší depleci PG k závažnějším GIT komplikacím, než užití aspirinu samotného.^{10,11} Závažné poškození sliznice žaludku a duodena (vředy apod.) v důsledku NSA jsou kombinací lokálního efektu NSA na sliznici (lokální iritace a poškození sliznice vedoucí k možnosti průniku HCl a pepsinu ke sliznici) a jejich efektu systémového, který spočívá v celkové depleci PG při COX inhibici. Systémový efekt NSA hraje v patogenezi poškození GIT sliznice dominantní roli. Event. rektální či parenterální podání NSA nemůže tedy být prevencí rozvoje žaludečních a duodenálních vředů a jejich komplikací.¹²

Rizikové faktory gastroduodenální toxicity NSA

Riziky rozvoje gastroduodenálních komplikací NSA se zabývala řada studií, které vyústily v doporučení American College of Cardiology a American College of Gastroenterology.^{13,14} Rizikovými faktory pro signifikantní toxicitu NSA jsou vyšší věk (> 64), anamnéza GIT onemocnění, současné užívání kyseliny acetylsalicylové a kortikoidů. Pacienti mohou být stratifikováni do tří skupin dle výše rizika:¹⁴

Vysoké riziko

- Anamnéza komplikovaného žaludečního vředu
- Mnohočetné (> 2) rizikové faktory (níže)

Střední riziko (1-2 rizikové faktory)

- Věk > 65 let
- Vysoká dávka NSA
- Anamnéza nekomplikovaného žaludečního vředu
- Současné užívání kyseliny acetylsalicylové (včetně menších dávek), kortikoidů, antikoagulancií

Nízké riziko

- Bez rizikových faktorů

V roce 2013 byla publikována metaanalýza, která srovnávala neselektivní NSA s COX-2 inhibitory.¹⁵ Je patrné, že jakákoliv NSA léčba zvyšuje riziko GIT komplikací včetně závažných. Riziko je vyšší v závislosti na délce léčby (v případě indometacinu je vyšší již po sedmi dnech léčby). Riziko stoupá s vyšší dávkou NSA. Z jiných metaanalýz vyplývá, že selektivní COX-2 inhibitory mají nižší riziko GIT krvácení ve srovnání s neselektivními NSA, ale riziko komplikací je stále větší, než při užití placeba. Selektivní COX-2 inhibitory jsou bezpečnější než konvenční (neselektivní) NSA v redukci krvácení do GIT, nicméně stále jsou spojeny s určitým rizikem GIT komplikací. Jejich potenciální efekt ve snížení rizika GIT komplikací může být negován současným užitím kys. acetylsalicylové či jiných COX-1 inhibitorů.¹⁶ Rovněž pacienti užívající warfarin a současně selektivní COX-2 inhibitory měli zvýšené riziko hospitalizace pro krvácení do horní části trávicího traktu (HČTT).¹⁷ Je patrný rovněž pokles v preskripci původně široce užívaných COX-2 selektivních inhibitorů v důsledku kardiovaskulární toxicity (vyšší frekvence nefatálních infarktů myokardu či cévních mozkových příhod), která vedla v řady těchto preparátů ke stažení z trhu.¹⁸

Prevence nežádoucích účinků NSA na žaludeční a duodenální sliznici

Nežádoucí účinky NSA na žaludeční a duodenální sliznici jsou poměrně dobře popsány a definovány a veškeré snahy by tedy měly být zaměřeny na primární prevenci. Iniciální změny ve sliznici jsou většinou asymptomatické a nejsou tedy klinickým vodítkem. Obecně je důležité užívat co nejmenší dávky NSA, co nejkratší dobu, zabránit současné medikaci kortikoidy, antikoagulancií či kyselinou acetylsalicylovou, užívat bezpečnější NSA (COX-2 inhibitory, diclofenac, ibuprofen) a přistoupit k eradikaci infekce *Helicobacter pylori* (HP), je-li přítomná a prokázána. Eradikace HP zřetelně a významně snižuje riziko komplikací při léčbě NSA, zvláště u pacientů s vyšším rizikem komplikací.¹⁹ Dle doporučených postupů (viz výše) lze u pacientů odhadnout riziko komplikací, nicméně ke každému pacientovi je třeba přistupovat zcela individuálně a individuálně event. riziko zhodnotit. U pacientů s vyšším rizikem lze preventivně podávat inhibitory protonové pumpy (PPI) nebo syntetický prostaglandin E (misoprostol). Event. užití blokátorů H₂ receptorů není efektivní a jejich protektivní efekt při prevenci vzniku žaludečního vředu nebyl prokázán²⁰, lze pouze připustit určitý efekt při prevenci duodenálních vředů. Jistý pozitivní efekt byl prokázán pouze při jejich vysokých dávkách. Misoprostol není v běžné klinické praxi užíván pro vyšší cenu a nižší toleranci (především průjem a abdominální dyskomfort). PPI jsou však v prevenci GIT poškození indukovaném NSA vysoce účinné a preferované. V řadě studií pacienti s preventivním podáváním PPI při NSA neměli při endoskopické kontrole žádné vředy.²¹ Počet pacientů s rozvojem vředové komplikace je podobný jak ve skupině léčených PPI a selektivními COX-2 inhibitory, tak ve skupině s PPI a neselektivními NSA. Je tedy možné, že přidání PPI k léčbě NSA do určité míry eliminuje původní výhodu COX-2 inhibitorů.²² I přes tento fakt je zřejmě kombinace PPI se selektivními COX-2 inhibitory nejefektivnějším přístupem k prevenci GIT komplikací. PPI jsou rovněž lékem první volby v případě léčby již vytvořených GIT lézí při léčbě NSA. Během hojení žaludečních a duodenálních vředů by se neměly užívat žádná NSA, tedy ani COX-2 inhibitory, neboť tento isoenzym je přítomný v okrajích a spodině slizničních lézí a souvisí s jejich hojením.

Závěr

Léčba bolesti či zánětlivých onemocnění NSA je velmi účinná a efektivní. Tyto léky proto patří mezi jedny z nejčastěji předepisovaných. Jejich užití je však spojeno s řadou potenciálně závažných komplikací, kterým je však možné správnou indikací NSA a individuálním zhodnocením rizika pro konkrétního pacienta předejít. Rizika užívání NSA je nutné si stále uvědomovat a v případě dlouhodobější léčby NSA zvážit primárně preventivní opatření. Dbát je nutné i na riziko kombinace různých NSA či kombinace NSA s kyselinou acetylsalicylovou.

Literatura:

- Burke A, Smythe E, Fitzgerald GA. Analgesic-antipyretic agents: pharmacotherapy of gout. in: Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics (11th Edition) McGraw-Hill, NY, USA, 673-715. 2006. Ref Type: Abstract
- Wallace JL, Chin BC. Inflammatory mediators in gastrointestinal defense and injury. *Proc Soc Exp Biol Med* 1997;214:192-203.
- Smyth EM, Grosser T, Wang M, Yu Y, Fitzgerald GA. Prostanoids in health and disease. *J Lipid Res* 2009;50 Suppl:S423-S428.
- Simmons DL, Botting RM, Hla T. Cyclooxygenase isozymes: the biology of prostaglandin synthesis and inhibition. *Pharmacol Rev* 2004;56:387-437.
- Patrino C, Patrignani P, Garcia Rodriguez LA. Cyclooxygenase-selective inhibition of prostanoid formation: transducing biochemical selectivity into clinical read-outs. *J Clin Invest* 2001;108:7-13.
- Cryer B, Feldman M. Cyclooxygenase-1 and cyclooxygenase-2 selectivity of widely used nonsteroidal anti-inflammatory drugs. *Am J Med* 1998;104:413-21.
- Capone ML, Tacconelli S, Di FL, Sacchetti A, Sciuilli MG, Patrignani P. Pharmacodynamic of cyclooxygenase inhibitors in humans. *Prostaglandins Other Lipid Mediat* 2007;82:85-94.
- Horie-Sakata K, Shimada T, Hiraisi H, Terano A. Role of cyclooxygenase 2 in hepatocyte growth factor-mediated gastric epithelial restitution. *J Clin Gastroenterol* 1998;27 Suppl 1:S40-S46.
- Wallace JL, McKnight W, Reuter BK, Vergonne N. NSAID-induced gastric damage in rats: requirement for inhibition of both cyclooxygenase 1 and 2. *Gastroenterology* 2000;119:706-14.
- Fiorucci S, de Lima OMJ, Mencarelli A, Palazzetti B, Distrutti E, McKnight W et al. Cyclooxygenase-2-derived lipoxin A₄ increases gastric resistance to aspirin-induced damage. *Gastroenterology* 2002;123:1598-606.
- Masso Gonzalez EL, Patrignani P, Tacconelli S, Garcia Rodriguez LA. Variability among nonsteroidal antiinflammatory drugs in risk of upper gastrointestinal bleeding. *Arthritis Rheum* 2010;62:1592-601.
- van Oijen MG, Dieleman JP, Laheij RJ, Sturkenboom MC, Jansen JB, Verheugt FW. Peptic ulcerations are related to systemic rather than local effects of low-dose aspirin. *Clin Gastroenterol Hepatol* 2008;6:309-13.
- Bhatt DL, Scheiman J, Abraham NS, Antman EM, Chan FK, Furberg CD et al. ACCF/ACG/AHA 2008 expert consensus document on reducing the gastrointestinal risks of antiplatelet therapy and NSAID use: a report of the American College of Cardiology Foundation Task Force on Clinical Expert Consensus Documents. *J Am Coll Cardiol* 2008;52:1502-17.
- Lanza FL, Chan FK, Quigley EM. Guidelines for prevention of NSAID-related ulcer complications. *Am J Gastroenterol* 2009;104:728-38.
- Bhala N, Emberson J, Merhi A, Abramson S, Arber N, Baron JA et al. Vascular and upper gastrointestinal effects of non-steroidal anti-inflammatory drugs: meta-analyses of individual participant data from randomised trials. *Lancet* 2013;382:769-79.
- Silverstein FE, Faich G, Goldstein JL, Simon LS, Pincus T, Whelton A et al. Gastrointestinal toxicity with celecoxib vs nonsteroidal anti-inflammatory drugs for osteoarthritis and rheumatoid arthritis: the CLASS study: A randomized controlled trial. *Celecoxib Long-term Arthritis Safety Study*. *JAMA* 2000;284:1247-55.
- Battistella M, Mamdami MM, Juurlink DN, Rabeneck L, Laupacis A. Risk of upper gastrointestinal hemorrhage in warfarin users treated with nonselective NSAIDs or COX-2 inhibitors. *Arch Intern Med* 2005;165:189-92.
- Garcia Rodriguez LA, Tacconelli S, Patrignani P. Role of dose potency in the prediction of risk of myocardial infarction associated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs in the general population. *J Am Coll Cardiol* 2008;52:1628-36.
- Kiltz U, Zochling J, Schmidt WE, Braun J. Use of NSAIDs and infection with *Helicobacter pylori*—what does the rheumatologist need to know? *Rheumatology (Oxford)* 2008;47:1342-7.
- Koch M, Dezi A, Ferrario F, Capurso L. Prevention of nonsteroidal anti-inflammatory drug-induced gastrointestinal mucosal injury. A meta-analysis of randomized controlled clinical trials. *Arch Intern Med* 1996;156:2321-32.
- Tamura A, Murakami K, Kadota J. Prevalence and independent factors for gastroduodenal ulcers/erosions in asymptomatic patients taking low-dose aspirin and gastroprotective agents: the OITA-GF study. *QJM* 2011;104:133-9.
- Scheiman JM, Yeomans ND, Talley NJ, Vakil N, Chan FK, Tulassay Z et al. Prevention of ulcers by esomeprazole in at-risk patients using non-selective NSAIDs and COX-2 inhibitors. *Am J Gastroenterol* 2006;101:701-10.

Bolest nepočká...

xefo[®]rapid

lornoxicam

Nesteroidní antirevmatikum s vyváženou COX-1/COX-2 inhibicí s rychlým nástupem analgetického účinku¹

- Rychlý nástup analgetického účinku (~30 minut)²
- Rychlé dosažení účinných plasmatických koncentrací (T_{max} ~ 30 minut)³
- Krátký biologický poločas eliminace (T_{1/2} 3-4 hodiny)³



Zkrácená informace o přípravku Xefo Rapid:

Název přípravku: Xefo Rapid 8 mg Složení: Jedna potahovaná tableta obsahuje 8 mg lornoxicamum. **Indikace:** Krátkodobé zmírnění akutní mírné až středně silné bolesti. **Indikační skupina:** Protizánětlivé a antirevmatické přípravky, nesteroidní, oxikamy. **Dávkování a způsob podání:** 8-16 mg lornoxicamum podáváno v dávkách po 8 mg. První den léčby lze podávat počáteční dávku 16 mg a o 12 hodin později 8 mg. Maximální doporučená denní dávka 16 mg. Podávání lornoxicamum dětem a mladistvým do 18 let se nedoporučuje. U pacientů trpících poruchou funkce ledvin nebo jater se doporučuje snížení četnosti dávek přípravku Xefo Rapid 8 mg na jednu dávku denně. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku, přecitlivělost na jiná NSAID včetně kyseliny acetylsalicylové, trombocytopenie, závažná srdeční porucha, krvácení do gastrointestinálního traktu nebo jeho perforace, jiné poruchy krvácivosti, současný nebo v anamnéze uvedený rekurentní peptický vřed nebo hemoragie, závažná porucha jater nebo ledvin, třetí trimestr těhotenství. **Zvláštní upozornění:** Při dlouhodobé léčbě (déle než 3 měsíce) se doporučují pravidelná laboratorní hematologická vyšetření, vyšetření funkce ledvin a jaterních enzymů. Při používání lornoxicamum je zvýšené riziko gastrointestinální ulcerace nebo krvácení. Lornoxicam by se neměl používat souběžně s jinými NSAID, včetně selektivních inhibitorů cyklooxygenázy-2. **Interakce:** Souběžné podávání lornoxicamum může snížit antihypertenzní účinek inhibitorů ACE, beta-adrenergických blokátorů a blokátorů angiotensin-II receptorů, diuretický a antihypertenzní účinek thiazidových a kalium šetřících diuretik. Může dojít ke zvýšení koncentrace cyklosporinu v séru a zvýšení jeho nefrotoxicity, ke zvýšení rizika nefrotoxicity takrolimu v důsledku snížené syntézy prostacyklinu v ledvinách. **Těhotenství a kojení:** Lornoxicam je ve třetím trimestru těhotenství kontraindikován a neměl by být podáván během těhotenství

ani v prvním a druhém trimestru a při porodu, protože klinické údaje o podávání lornoxicamum během těhotenství nejsou k dispozici. Lornoxicam by se neměl podávat kojícím ženám. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji pozorovanými nežádoucími účinky NSAID jsou gastrointestinální potíže: nauzea, zvracení, průjem, dyspepsie a abdominální bolest. Méně často se vyskytovaly zácpa, flatulence, říhání, sucho v ústech, gastritida, žaludeční nebo duodenální vřed, ulcerace v ústech. Vzácně se vyskytovala meléna, hemateméza, ulcerózní stomatitida, gastrointestinální krvácení nebo perforace. Nežádoucí účinky lze minimalizovat užíváním nejnižší účinné dávky po co nejkratší dobu nezbytnou ke zvládnutí symptomů. **Balení:** 10, 30 a 50 potahovaných tablet. **Zvláštní opatření pro uchování:** Neuchovávejte při teplotě nad 30°C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Takeda Austria GmbH, St. Peter str, 25, A- 4020 Linz, Rakousko. **Registrační číslo:** 29/696/08-C. **Datum první registrace/Prodloužení registrace:** 17.12.2008/17.1.2011. **Datum poslední revize textu:** 1.4.2013.

Před použitím se seznamte s úplným zněním Souhrnu údajů o přípravku Xefo Rapid 8 mg. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Balení po 10 tabletách nejsou hrazena a balení po 30 a 50 tabletách jsou hrazena z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Reference:

1. Berg J et al., The analgesic NSAID lornoxicam inhibits cyclooxygenase (COX)-1/-2, inducible nitric oxide synthase (iNOS), and the formation of interleukin (IL)-6 in vitro. *Inflamm.res* 1999;48 (7):369-379.
2. Doležal T., Lornoxicam v léčbě akutní a chronické bolesti, *Farmakoterapie* 2011;7(4):381-484.
3. SPC přípravku XEFO Rapid.



Takeda Pharmaceuticals Czech Republic s.r.o.
Škrétova 490/12, 120 00 Praha 2, www.takeda.cz

LÉČBA BOLESTÍ ZAD



MUDr. Marek Hakl, Ph.D.

Centrum pro léčbu bolesti ARK, LF MU a FN u sv. Anny v Brně

Bolesti zad jsou nejčastěji způsobeny primárním vertebrogenním onemocněním. Roční prevalence výskytu bolestí zad se udává mezi 15-45 %, celoživotní prevalence je 60-90 %. Chronické bolesti bederní páteře se vyskytují u 3-7 % dospělé populace a jsou příčinou 1/3 všech pracovních neschopností. Vzrůstající četnost výskytu onemocnění z nich tvoří významný socio-ekonomický problém.



Podle délky trvání rozdělujeme bolesti páteře na akutní (dny až týdny), subchronické a chronické (měsíce až roky). Podle diagnostických kritérií rozlišujeme:

- Nespecifické bolesti zad, které jsou obvykle bez jasného organického původu.
- Bolesti zad způsobené organickým postižením páteře, jako jsou např. úrazy, nádory, nebo lokální infekce.
- Kořenové bolesti způsobené přímým drážděním nervového kořene.

Léčba bolestí zad se liší podle jejich příčiny a délky.

Akutní bolestivé stavy jsou krátkodobé povahy. Prvotním léčebným opatřením je krátkodobý klidový režim, který by po odeznění akutních příznaků měl být vystřídán vhodnou pohybovou aktivitou. Ve farmakoterapii akutních bolestí vystačíme obvykle s neopioidními analgetiky - paracetamolem v dostatečných dávkách (650 – 1000 mg 3x denně) nebo nesteroidními antiflogistiky (NSA), případně kombinací obojího.

Princip účinku nesteroidních antiflogistik spočívá převážně v blokádě enzymů cyklooxygenázy (COX), která mění kyselinu arachidonovou na prostaglandiny. Existují dva isoenzymy COX-1 a COX-2. Forma COX-1 je syntetizována v řadě orgánů (játra, ledviny, žaludeční sliznice, krevní destičky) a podílí se na jejich fyziologické funkci. Hladina COX-2 výrazně stoupá při traumatu a zánětu a je spoluzodpovědná za zánětlivé a bolestivé

projevy onemocnění. K dispozici máme v současné době řadu NSA, dělicích se podle selektivity blokady obou COX. Optimální NSA pro tlumení akutních bolestí zad má razantní nástup efektu, dobrou účinnost a zvýšenou vazbu na COX-2. K takovým NSA patří například nimesulid nebo na českém trhu relativně nový lornoxicam. Lornoxicam vykazuje vyvážený poměr inhibice obou izoform COX, maximální plazmatické koncentrace je dosaženo za 30 minut, což při srovnání s 20 minutami při i.m. aplikaci je velmi dobrý výsledek. Rychlostí nástupu lornoxicam patří k nejrychleji nastupujícím NSA na trhu.

Spíše vyjímečně je u akutních bolestí zad indikována slabá opioidní medikace, nejčastěji tramadol. Podávání myorelaxancií je diskutabilní, a pokud se pro ně rozhodneme, délka jejich užívání by neměla přesáhnout 5-7 dnů.

Farmakoterapie může být doplněna reflexními obstrukcemi lokálním anestetikem, případně kortikoidem, infuzní terapií, akupunkturou nebo manipulací. Závažnějšími potížemi jsou chronické bolesti zad, kde je multidisciplinární přístup k jejich léčbě nutností. Ve farmakoterapii vycházíme z převažujícího charakteru bolesti. V případě nociceptivní bolesti (převážně lokalizované do oblastí zad) postupujeme dle III. stupňového žebříčku léčby bolesti WHO. U mírných bolestí (VAS 0-4) se doporučuje začínat s analgetiky 1. stupně (neopioidní analgetika). Při nedostatečném efektu (středně silná bolest VAS 4-7) se přidávají slabá opioidní analgetika. Pokud i jejich efekt je nedo-

statečný nebo je bolest příliš intenzivní (silná bolest VAS 7-10), je indikována silná opioidní medikace. V případě převládající neuropatické složky bolesti, patří mezi léky první volby antikonvulziva (gabapentin 900 – 3600 mg, pregabalin 300 – 600 mg denně). Tuto léčbu je vhodné doplňovat o antidepresivní medikaci, psychoterapii a zejména fyzioterapii.

V případě kořenového dráždění je možné farmakoterapii doplnit aplikací kortikoidů, ať již přímo k postiženému kořenu (PRT) nebo do epidurálního prostoru. Dle strukturálního nálezu je zvažována i případná operační léčba.

Základním předpokladem úspěšné léčby bolesti je prevence, založená na změně životního stylu, pohybových stereotypů a především pravidelným cvičení.



CHONDROPROTEKTIVA - PERSPEKTIVA V LÉČBĚ OSTEOARTRÓZY



MUDr. Štefan Dojcsan
privátní ortopedická ambulance, Praha

Revmatická onemocnění se v populaci vyskytují poměrně frekventovaně. V ordinaci praktického lékaře zabírají cca 20 % časového objemu. Obecně je lze rozdělit na zánětlivá a nezánětlivá. K nejčastějším nezánětlivým chorobám patří bezesporu osteoartróza kloubů a páteře, v anglosaské literatuře označovaná jako osteoarthritis.

Epidemiologie

Osteoartróza (OA) postihuje až 15 % obyvatelstva s převahou výskytu u lidí středního a vyššího věku. V populaci nad 65 let věku je rentgenologicky verifikována cca v 50 %, u jedinců nad 75 let pak až v 80 %. Dvakrát častěji postihuje ženy než muže.¹

Etiologie a patogenese

Etiologie není přesně známa, ale uvádějí se rizikové faktory vedoucí ke vzniku OA včetně genetické predispozice. OA atakuje kloubní chrupavku a přilehlé struktury – subchondrální kost, synoviální membránu, kloubní pouzdro, vazy a periartikulární svaly. V popředí nemoci stojí dysbalance mezi anabolickými a katabolickými procesy mezibuněčné hmoty chrupavky ve prospěch degradace a reaktivní změny v okolních tkáních. Nejvíce bývají postiženy nosné klouby (kolena, kyčle) a drobné klouby rukou. Existují dvě formy OA, a to *primární* (idiopatická) a *sekundární*. Sekundární forma vzniká v důsledku jiných (systémových, metabolických, např. diabetes mellitus, arthritis urica) onemocnění, též pozánětlivě a následkem traumatu. Základním a typickým symptomem OA je bolest obtěžující po většinu dne v posledním měsíci, vycházející ze všech kloubních struktur až na chrupavku, a která mnohdy nekoreluje se závažností a rozsahem degenerativních

změn. Bolest mívá zpočátku startovací charakter, v pozdějších stádiích OA postižený kloub bolí i v klidu a v noci. Ráno při vstávání a během dne po delší pasivitě je pozorována ztuhlost kloubů. Otok je projevem hromadění synoviální tekutiny a zánětu vyvolaného uvolněním chrupavkového dendritu do kloubní dutiny. Období relativní kompenzace je střídáno s periodami akutní exacerbace spojené se synovitiidou a hyperémií subchondrální kosti a zvýšenou lokální bolestivostí.^{1,2}

Klasifikace a klinický obraz

Primární OA se dělí na *lokalizovanou* (gonartróza, koxartróza, OA rukou, nohou, páteře) a *generalizovanou* (postihuje alespoň 3 skupiny kloubů). Míra kloubního postižení se označuje pomocí Kellgren-Lawrenceovy škály (I., II., III., IV. stupeň).

Gonartróza (GOA), ať už primární nebo posttraumatická, představuje nejčastější formu OA. *Jednostranná* GOA je frekventovanější u mladších jedinců např. po menisektomii, *oboustranná* spíše u starších osob, zejm. žen, často asociovaná s OA drobných kloubů ruky a obezitou. Onemocnění začíná startovacími nebo námahovými bolestmi, posléze i klidovými a nočními. Na okrajích subchondrální kosti jsou nalézány osteofyty a ztlustění. Kloubní štěrbinu se zužuje a vzácně může dojít až ke vzniku ankylózy.¹

SYSADOA potvrzují svůj význam

V civilizovaných zemích 20 – 30 % populace při chorobách nemocí pohybového aparátu užívá nesteroidní antirevmatika (NSA), která se ale vyznačují řadou nežádoucích účinků (zejména gastro-, hepato-, nefro- a kardiotoxicitou).³ Z hlediska bezpečnosti a účinnosti se proto perspektivnějšími jeví léčiva ze skupiny SYSADOA, reprezentovaná např. glukosamin sulfátem. Tato látka se po p.o. podání dobře vstřebává z GIT; stimuluje syntézu proteoglykanů v chondrocytech, působí antioxidačně a antiflogisticky, potlačuje aktivitu metaloproteináz a prozánětlivých cytokinů poškozujících chrupavku. Působí též nepřímo analgeticky a zmírňuje manifestní projevy OA velkých kloubů.^{4,5}

Literatura:

1. Lukáčová O, Lukáč J, Rovenský J. Osteoartróza: klasifikačné kritériá. *Rheumatologia* 2013; 27:51 – 55.
2. Hakl M et al. Léčba bolesti. Praha: Mladá fronta a. s., 2011.
3. Rovenský J, Stančíková M. Manažment bolesti u pacientov s osobitným zreteľom na kardiovaskulárne riziko pri podávaní nesteroidných antirevmatik. *Rheumatologia* 2013; 27:115 – 118.
4. Remedia compendium. Praha: Panax, 2009.
5. Trnavský K. Příručka farmakoterapie revmatických chorob. Praha: Grada Avicenum 1994.

První lék od Proenzi®

Prubeven 750 mg



- ✓ Na bolest kloubů
- ✓ Na ztuhlost kloubů



K úlevě od příznaků mírné až středně těžké osteoartrózy kolene

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU

Název léčivého přípravku: Prubeven 750 mg potahované tablety **Složení:** Jedna potahovaná tableta obsahuje glucosamini sulfas et natrii chloridum 942 mg, což odpovídá glucosamini sulfas 750 mg nebo glucosaminum 589 mg. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Proenzi s.r.o., Oldřichovice 44, 739 61 Trinec, Česká republika **Indikace:** Úleva od symptomů mírné až středně těžké osteoartrózy kolene. **Dávkování a způsob podání:** *Dospělí a starší pacienti:* 1 tableta přípravku Prubeven 750 mg dvakrát denně nebo 2 tablety přípravku Prubeven 750 mg jednou denně. K úlevě od symptomů onemocnění (zejména k úlevě od bolesti) nemusí dojít dříve než po několika týdnech léčby a v některých případech i po delší době. Pokud nedojde k úlevě od bolesti po 2-3 měsících, je třeba znovu posoudit další léčbu glukosaminem. *Děti a dospívající:* U dětí a dospívajících nebyla stanovena bezpečnost a účinnost přípravku Prubeven 750 mg, proto by tyto tablety neměly užívat osoby mladší 18 let. *Pacienti s poruchou funkce ledvin a/nebo jater:* U pacientů s poruchou funkce ledvin a/nebo jater nelze doporučit dávkování, protože nebyly provedeny žádné studie. Tablety přípravku Prubeven 750 mg by se měly polykat celé. Tablety se mohou užívat s jídlem nebo nezávisle na jídle. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na glukosamin (nebo některý z jeho derivátů), sirany nebo na kteroukoli pomocnou látku přípravku Prubeven 750 mg. Tablety Prubeven 750 mg nesmějí užívat pacienti alergičtí na měkkyše, protože se z nich získává léčivá látka. Tablety Prubeven 750 mg obsahují sójový lecitin. Osoby alergické na sóju nebo arašidy by tedy tento léčivý přípravek neměly užívat. **Interakce:** Byl hlášen zvýšený účinek kumarinových antikoagulancií (např. warfarin) při současné léčbě glukosaminem. Pacienti léčení kumarinovými antikoagulancií by proto měli být pozorně sledováni při zahájení nebo ukončení léčby glukosaminem. U diabetiků užívajících hypoglykemika se doporučuje pečlivé sledování hladiny cukru v krvi. Souběžná léčba glukosaminem může zvýšit absorpci a sérové koncentrace tetracyklinů. **Těhotenství a kojení:** Neexistují adekvátní údaje o podávání glukosaminu těhotným ženám a glukosamin by neměl být užíván během těhotenství. Nejsou k dispozici žádné údaje o vylučování glukosaminu do mateřského mléka a o jeho bezpečnosti pro dítě, proto se jeho užívání během kojení nedoporučuje. **Nežádoucí účinky:** Mezi nejčastější nežádoucí účinky spojené s léčbou glukosaminem patří nevolnost, bolesti břicha, poruchy trávení, zácpa, průjem, bolest hlavy a únava. **Upozornění:** Je třeba vyloučit existenci jiných onemocnění kloubů vyžadujících alternativní léčbu. **Datum poslední revize textu SPC:** 17.1.2014 Přípravek není vázán na lékařský předpis. Přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Dostupnost lékaře v přednemocniční neodkladné péči

Dne 6. března 2014 uspořádala Česká lékařská komora v Pošlanecké sněmovně konferenci s názvem „24hodinová dostupnost lékařské péče“. Jeden z bloků byl věnován i problematice zdravotnické záchranné služby (ZZS). Následující text je shrnutím prezentace, která byla přednesena z podnětu Asociace zdravotnických záchranných služeb České republiky (AZZS ČR).

ZZS je v současné době plně zajišťována kraji, do jejichž samosprávné působnosti byla převedena na základě změn ve státoprávním uspořádání po zániku okresních úřadů ke konci roku 2002. Do této doby byly záchranné služby jako samostatné příspěvkové organizace zřizovány buď Ministerstvem zdravotnictví ČR (jako takzvaná Územní střediska záchranné služby), nebo nejčastěji okresními úřady.

Historicky první zákon (374/2011 Sb., v platném znění, dále jen „Zákon“), který je plně věnován zdravotnické záchranné službě, ustanovil pro ZZS mimo jiné tyto hlavní úkoly a vymezení:

- poskytuje odbornou přednemocniční neodkladnou péči
- zajišťuje provoz tísňové linky 155
- ZZS je základní složkou Integrovaného záchranného systému (IZS)
- zajišťuje také transporty mezi ZZ, včetně transportů orgánů a tkání.

V roce 2012 disponovala ZZS v ČR celkem 295 výjezdovými stanovišti (včetně LZS) a 779 výjezdovými skupinami. Tyto se člení na osádky rychlé lékařské pomoci (RLP), rychlé zdravotnické pomoci (RZP), rychlé lékařské pomoci v setkávacím systému (tzv. „Rendez-vous“ – RLP RV) a letecké záchranné služby (LZS). Ve výjezdových skupinách je evidováno více než 3100 přepočtených pracovních úvazků, z toho téměř 1000 lékařských.

Zákon nově definoval také dostupnost ZZS, stanoví ji především prostřednictvím síťotvorného časového intervalu 20 minut, konkrétně v § 5 Zákona, kde se mimo jiné praví, že:

(1) Dostupnost zdravotnické záchranné služby je dána zejména plánem pokrytí území kraje výjezdovými základnami zdravotnické záchranné služby (dále jen „výjezdová základna“).

(2) Plán pokrytí území kraje výjezdovými základnami stanoví počet a rozmístění výjezdových základen v závislosti na demografických, topografických a rizikových parametrech území jednotlivých obcí a městských částí hlavního města Prahy tak, aby místo události na území jednotlivých obcí a městských částí bylo dosažitelné z nejbližší výjezdové základny v dojezdové době do 20 minut.

(3) Dojezdová doba se počítá od okamžiku převzetí pokynu k výjezdu výjezdovou skupinou od operátora zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska. Dojezdová doba musí být dodržena s výjimkou případů nenadálých nepříznivých dopravních nebo povětrnostních podmínek nebo jiných případů hodných zvláštního zřetele; v těchto případech si poskytovatel zdravotnické záchranné služby vyžádá pomoc od ostatních složek integrovaného záchranného systému podle § 11 odst. 4,

Tabulka 1

	Celkový počet výjezdů	Počet výjezdů úraz. Dg.	Počet výjezdů dopr. neh.	Počet výjezdů AIM	Počet výjezdů CMP	Počet KPR	Počet výjezdů 0-18 let	Počet výjezdů starší 18 let	Počet základen	Počet posádek
ZZS hlavního města Prahy	122 717	26 686	2 627	608	2 980	554	8 463	98 975	19	37
ZZS Moravskoslezského kraje	103 634	19 057	2 267	2 646	3 875	1 055	7 648	95 986	30	61
ZZS Středočeského kraje	100 027	18 729	4 309	2 292	3 350	795	9 116	90 911	43	82
ZZS Jihomoravského kraje	89 234	16 356	2 961	1 113	2 284	639	7 225	82 009	23	47/42*
ZZS Ústeckého kraje	75 546	13 622	2 094	934	1 887	992	6 524	69 022	21	43
ZZS Jihočeského kraje	72 460	14 348	2 493	2 185	1 729	575	6 586	65 874	28	50
ZZS Libereckého kraje	65 492	7 044	2 756	882	1 736	1 097	5 770	59 722	14	31
ZZS Plzeňského kraje	53 033	8 258	1 378	976	1 336	300	4 267	48 766	24	36
ZZS Zlínského kraje	52 214	9 437	1 237	638	2 821	396	2 957	40 715	13	27
ZZS Olomouckého kraje	47 416	9 459	1 274	957	1 759	369	3 637	43 779	15	25
ZZS Královéhradeckého kraje	45 215	9 721	1 166	882	1 115	497	4 284	40 931	15	30
ZZS Pardubického kraje	44 444	7 404	1 560	428	965	410	3 917	40 527	16	27/25*
ZZS Kraje Vysočina	36 800	6 766	1 568	1 301	2 251	541	2 723	34 077	20	28
ZZS Karlovarského kraje	37 566	6 749	864	700	1 157	263	3 272	34 294	12	22
CELKEM ČR	945 798	173 636	28 554	16 542	29 245	8 483	76 389	845 588	293	546/539*
Počet výjezdů za			Vysvětlivky:							
rok	945 798		Úrazové Dg. – všechny výjezdy k úrazům							
měsíc	78 817		AIM – akutní infarkt myokardu							
den	2 591		CMP – cévní mozková příhoda							
hodina	108		KPR – resuscitace při zástavě oběhu							
minuta	1,80		Sloupce jsou vždy vybranou částí celkového počtu.							

* Den/Noč

je-li podle okolností tato pomoc možná a účelná.

Dojezdová doba do 20 minut od převzetí výzvy operátorem je povinným parametrem, který je u záchranných služeb sledován a vyhodnocován.

Zákon ukládá také druh a složení výjezdových skupin ZZS, toto řeší v § 13, kde je určeno, že:

- (1) Výjezdovou skupinu tvoří zdravotničtí pracovníci, vykonávající činnosti zdravotnické záchranné služby uvedené v § 4 písm. d) a f) až j). Výjezdová skupina má nejméně 2 členy; z členů výjezdové skupiny určí poskytovatel zdravotnické záchranné služby jejího vedoucího.
- (2) Podle složení a povahy činnosti se výjezdové skupiny člení na
 - a) výjezdové skupiny rychlé lékařské pomoci, jejichž členem je lékař.
 - b) výjezdové skupiny rychlé zdravotnické pomoci, jejichž členy jsou zdravotničtí pracovníci nelékařského zdravotnického povolání.
- (3) Podle typu dopravních prostředků, které využívají ke své činnosti, se výjezdové skupiny člení na pozemní, letecké a vodní.
- (4) Výjezdové skupiny mohou vykonávat činnost též v rámci setkávacího systému, kdy operátor zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska vysílá na místo události jednu nebo více výjezdových skupin rychlé lékařské pomoci a jednu nebo více výjezdových skupin rychlé zdravotnické pomoci, kde se setkají. Výjezdové skupiny vykonávají činnost na místě události podle situace samostatně nebo společně.
- (5) Podrobnosti o činnosti výjezdových skupin a označení jejich členů v místě mimořádné události s hromadným postižením osob stanoví prováděcí právní předpis.

Výjezdové skupiny s lékařem tvořily

v roce 2012 ČR cca 26 %. V roce 2013 zasahovaly osádky ZZS u bezmála jednoho milionu zásahů, každou hodinu se v ČR odehrálo více než 100 zásahů ZZS. Podrobná data za rok 2013 jsou uvedena v tabulce 1 a grafech č. 1 a 2.

I když se v posledních letech stále mírně snižuje počet výjezdových skupin s lékařem a naopak stoupá zapojení a úloha výjezdových skupin nelékařských (RZP), neznamená to v žádném případě, že lékař není v přednemocniční fázi neodkladné péče potřebný. Je tomu přesně naopak – **úloha lékaře je naprosto nezbytná a nenahraditelná a důvody a argumenty jsou především odborné.** Tento fakt je třeba stále a opakovaně zdůrazňovat, neboť se čas od času (nejinak je tomu v poslední době) objevují názory, že vše vyřeší tzv. „paramedický“ systém po vzoru některých zemí (např. USA), kde prakticky veškerou činnost v terénu vykonávají (až na výjimky) nelékařští zdravotníci. Vyslovení podobného názoru je však možné pouze na základě naprosté neznalosti problematiky, neboť systémy poskytování přednemocniční a nemocniční neodkladné péče mají hluboké historické, geopolitické a mnohé další důvody pro svou současnou podobu, a tudíž jsou mimo oblast, kde vznikly, nepřenositelné.

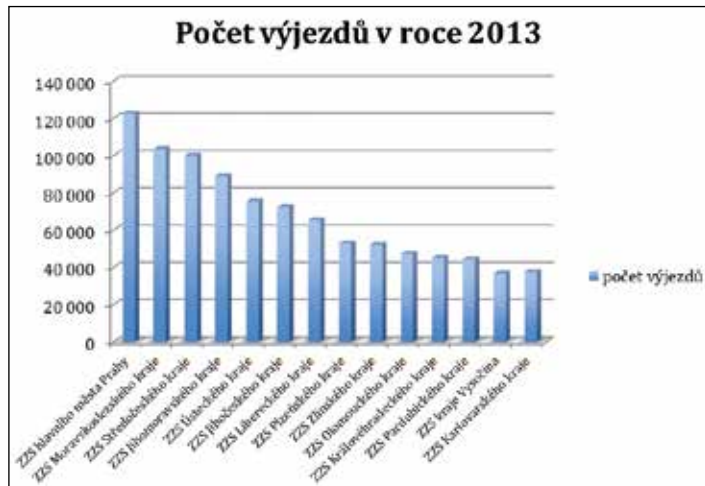
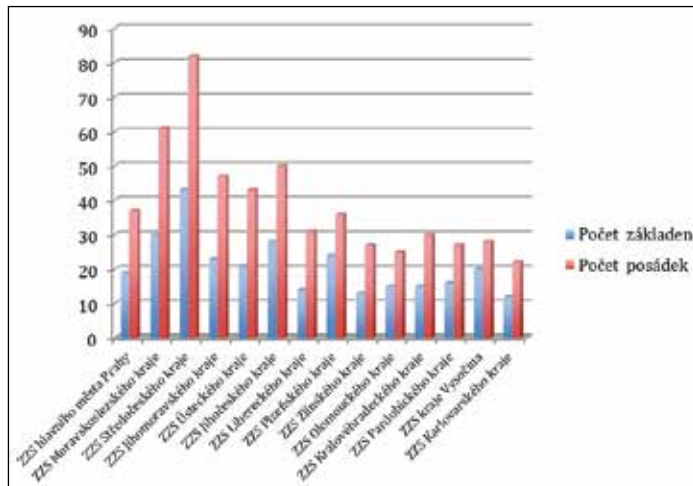
Vysvětlení všech souvislostí je velmi komplexní a překračuje možnosti tohoto článku. Zjednodušeně lze říci, že tam, kde prakticky v každé nemocnici je nízkoprahový urgentní příjem („Emergency“), je možno v terénu provést jen základní život a zdraví zachraňující a stabilizující výkony, neboť pacient bude směřován převážně do nejbližší nemocnice. Veškerá další diagnostika a léčba bude prováděna až na příslušném *emergency*. Na straně druhé ve „staré“ kontinentální Evropě existuje často v jednom městě či regionu několik různých nemoc-

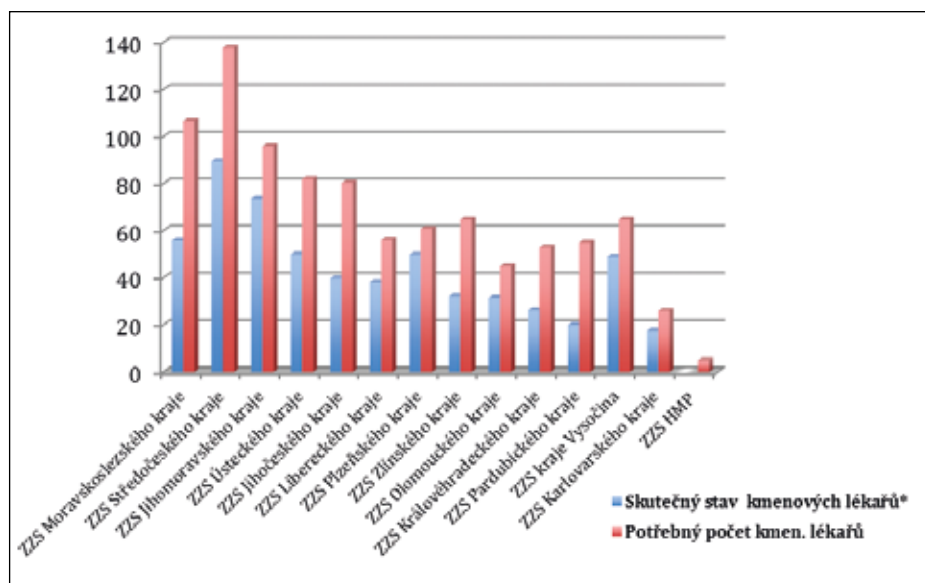
nic, ale řada z nich neposkytuje nepřetržitě služby veškerých oborů a jen některé z nich disponují urgentním příjmem. Je pak nezbytné stanovit již na místě události, jakého druhu je pacientovo postižení, protože podle toho proběhne jeho směrování do různých zdravotnických zařízení, často na zcela opačnou stranu (například bezvědomí úrazového původu do nemocnice A, 30 km na sever, bezvědomí v důsledku cévní mozkové příhody do nemocnice B, 20 km na jih atd.). Rozhodnutí, kam pacienta směřovat (tzv. „triage“), je velmi důležitý nejen odborně diagnostický, ale také forenzní akt, který nelze svěřit nikomu jinému než lékaři.

Počet disponibilních lékařů pro práci v PNP v České republice neustále klesá z mnoha důvodů. Hlavní příčinou je nepoměr mezi stávajícím „poolem“ lékařů, kteří stárnou a odcházejí přirozeným způsobem a lékařů, kteří do systému přicházejí nově. Současná legislativa a především kompletně zdevastovaný systém specializačního vzdělávání v posledních letech velmi limitoval počet lékařů, kteří byli oprávněni pracovat v osádkách ZZS de iure. Počet lékařů, schopných pracovat v náročných podmínkách PNP de facto, je ještě daleko menší, neboť jen malé procento lékařů, splňujících zákonné předpoklady pro práci ve výjezdových skupinách se pro ni nakonec rozhodne (zodpovědnost, řada rizik, vysoký stres a další).

Podíváme-li se na současný stav v personálním obsazení lékařských posádek, vidíme, že závislost jednotlivých ZZS na externích pracovnících je značná, rozdíl mezi ideálním 100% pokrytím lékařských úvazků vlastními kmenovými pracovníky a skutečným stavem ukazuje *tabulka 2 a graf 3* (průměrně je pokryto pouze cca 65 % úvazků).

Situace s disponibilními lékaři na trhu práce se stále mírně, ale konstantně zhoršuje.





Příčin je mnoho, pro náš segment sehrály negativní roli mnohé faktory, například:

- zrušení institutu pohotovosti na pracovišti (nikoli z důvodů finančních)
- omezení maximální délky **plánované** směny na 12 hodin i u externích pracovníků na DPČ
- limit přesčasové práce měl a má určitý vliv, ale není zásadní, speciální výjimka na další dohodnutou práci přesčas v objemu až 12 hodin navíc pro ZZS nebyla reálně využitelná (dodržení přestávek mezi směnami apod.)
- na trhu práce nedobrovolně „soupeříme“ o vhodné lékaře s ostatními ZZ.

Jak již bylo zmíněno, pokles počtu disponibilních lékařů má multifaktoriální etiologii, a není to náhlý a nepředpokládaný jev, nýbrž trvalý trend. Managementy jednotlivých ZZS ve spolupráci se zřizovateli i vrcholné odborné a další orgány (Společnost Urgentní medicíny a medicíny katastrof ČLS JEP, Asociace ZZS ČR) tento problém řeší řadu let. Žádné jednoduché a rychlé řešení neexistuje. Pro udržení lékařů v PNP v České republice je třeba podnikat množství kroků, které se svým synergickým účinkem projeví až za několik let.

Tabulka 2: Personální obsazení lékařských posádek

	Skutečný stav kmenových lékařů*	Počet posádek s lékařem	Potřebný počet kmenových lékařů	Rozdíl potřebný x skutečný počet
ZZS hlavního města Prahy			5,00	
ZZS Moravskoslezského kraje	55,92	23,00	106,60	50,68
ZZS Středočeského kraje	89,50	28,00	137,70	48,20
ZZS Jihomoravského kraje	73,65	20/18***	95,95	22,30
ZZS Ústeckého kraje	50,00	16,00	82,00	32,00
ZZS Jihočeského kraje	39,80	17,00	80,40	40,60
ZZS Libereckého kraje	38,22	11,00	56,10	17,88
ZZS Plzeňského kraje	49,85	13,00	60,83	10,98
ZZS Zlínského kraje	32,22	14,00	65,00	32,78
ZZS Olomouckého kraje	31,50	9,00	45,00	13,50
ZZS Královéhradeckého kraje	26,31	9,00	53/44**	24,60
ZZS Pardubického kraje	20,00	11,00	55,00	35,00
ZZS Kraje Vysočina	48,98	13,00	65,00	16,00
ZZS Karlovarského kraje	17,60	5,00	26,00	8,40
CELKEM ČR	573,55	169,00	880,58	352,92

Pozn.: Jedná se o přepočtené úvazky

Jedno z opatření však po vzoru vyspělých evropských zemí uskutečňuje mnoho ZZS v ČR průběžně. Je jím stále výraznější zapojení lékařů do již zmíněného setkávacího systému („Rendez-vous“). Francouzský termín, znamenající setkání, označuje spolupráci více výjezdových skupin u jednoho případu. Vyvinul se v Německu a následně v řadě vyspělých „západoevropských“ zemí před více než 30 lety a je charakterizován přítomností lékaře v osobním nebo SUV vozidle, nejčastěji ve dvoučlenné osádce spolu s řidičem-záchranářem. Výhod takového zapojení lékaře je několik:

- v menším voze dorazí tým rychleji na místo události
- skoro ve 20 % případů může lékař ponechat pacienta doma, nevyžaduje-li jeho stav bezprostředně další vyšetření či ošetření a případnou hospitalizaci
- pokud je transport do nemocnice nutný, přivolá si osádka RV na místo vozidlo RZP (pokud nebylo vysláno současně, osádky se setkají u pacienta na místě)
- po vyšetření, provedených nezbytných úkonech, medikaci a určení směřování pacienta ve většině případů jej nemusí lékař doprovázet
- po předání pacienta osádce RZP je lékař volný pro další zásah.

Jedná se o neefektivnější způsob zapojení lékaře do PNP. Rendez-vous by v ČR bylo daleko více rozšířeným způsobem práce již nyní, kdyby mu nebránila restriktivní politika zdravotních pojišťoven, které v současné době stále postihují systém RV finančně, protože neproplácují více než jedné výjezdové skupině čas souběžně strávený u jednoho pacienta.

Základním a dlouhodobým cílem všech zainteresovaných je zachovat v podmínkách PNP v ČR dostupnost lékaře. Ve srovnání s lety minulými je a bude méně lékařů, ale dobře erudovaných, ideálně zapojených formou setkávacího systému.

Pominout nelze ani zásadní úlohu nelékařských zdravotnických pracovníků (NLZP) v ZZS, kterými jsou zdravotničtí záchranáři, sestry (obě odbornosti nejen ve výjezdových skupinách, ale také na operačním středisku) a řidiči vozidel ZZS. Nelékařům postupem času narůstají nejen kompetence, ale také erudice a praktické zkušenosti.

NLZP ve vozidlech RZP spolu s lékaři v setkávacím systému tvoří moderní systém poskytování PNP, pružnější a efektivnější než dosavadní modely.

MUDr. Roman Gřeboř,

ředitel ZZS MSK Ostrava-Zábřeh

Dostupnost péče z pohledu Prahy



Foto: Merciant

Zdravotnická záchraná služba hlavního města Prahy (ZZS HMP) slaví v letošním roce 157. výročí své existence. Jako první ZZS v tehdejší Československu začala v roce 1987 provozovat leteckou záchranou službu a současně zahájila provoz v setkávacím systému (randez-vous), tj. výjezdové skupiny lékařů s řidičem v „malém“ voze rychlé lékařské pomoci (RLP) a výjezdové skupiny záchranářů ve „velkém“ sanitním voze rychlé zdravotnické pomoci (RZP), které pracují samostatně nebo společně.

V roce 2011 jsme zavedli posádky samostatně pracujících záchranářů na elektrovozidle Smart pro oblast centra Prahy. Od roku 2012 provozujeme pro celou Prahu systém „Koronera“, tj. výjezdovou skupinu lékařů s řidičem, která provádí ohledávání

těl zemřelých mimo zdravotnická zařízení. Větší část týmu tvoří odborní specialisté lékaři-soudní patologové na dohodu. V roce 2012 jsme vyzkoušeli v letním období záchranářské cyklohlídky pro cyklostezky a centrum města.

V současné době ve 24hodinovém cyklu přijímá naše zdravotnické operační středisko (ZOS) cca 1100 volání na tísňové lince 155. Z toho realizujeme cca 300–350 výjezdů, z nichž je realizováno celkem šesti výjezdovými skupinami (VS) RLP cca 50–70 zásahů. Během dne se pohybuje na území Prahy cca 17–25 VS RZP, které můžeme průběžně navyšovat podle aktuální potřeby a situace nebo při mimořádných událostech navýšit o 100 %. V uplynulém roce VS RLP ošetřily zhruba 15 % pacientů. Zbývajících cca 85 % pacientů ošetřily VS RZP. Koroner během měsíce provede cca 150–180 ohledání.

Výjezdová skupina letecké záchraně

služby je složena z lékaře a záchranáře a sídlí na starém letišti v Ruzyni u Letecké služby Policie ČR, která nám dodává vrtulník včetně pilota a technika. Službu zajišťujeme pro Prahu a Středočeský kraj a v nočních hodinách pro celé Čechy, ale existují i lety na Moravu, kdy transportujeme sekundárně pacienty do Prahy na specializovaná pracoviště.

Ze sledovaných parametrů, které jsou i jakýmsi měřitelným měřítkem kvality fungování ZZS, máme průměrnou dojezdovou dobu k případu kolem 7 minut, kde v nejnáléhavějších případech se průměrná doba pohybuje pod 7 minut a u méně závažných případů se pohybuje kolem 8 minut. Tento trend se nám daří držet více než 15 let. Druhým parametrem, kterým se můžeme chlubit i v mezinárodním měřítku, je úspěšnost přednemocniční KPCR u pacientů s náhlou zástavou oběhu a prokázanou fibrilací komor, kde jsme se v loňském roce přiblížili k hodnotě 51 %! Šance přežít „klinickou smrt“ je tak v Praze skoro dvojnásobná proti průměru Evropy a trojnásobná proti USA!

Stejně tak zajímavý je výsledek našeho statistického sledování poskytování pomoci v Praze, kde jsme loni zaznamenali, že laicky resuscitováno je téměř 80 % obětí s náhlou zástavou oběhu (NZO), počet zachráněných se díky tomu za 10 let zdvojnásobil. Konkrétně jsme loni zachránili čtvrtinu z celkového počtu NZO, tj. 100 lidí. Úspěchu dosahujeme i díky více než 10 let fungujícímu systému TANR = telefonicky asistovaná neodkladná resuscitace a první pomoc, tzn. že naše operátorky volající instruuji, jak správně poskytovat první pomoc a v případě NZO jak správně resuscitovat do příjezdu naší posádky na místo.

Specifika ZZS HMP vůči ostatním ZZS v ČR

Podmínky PNP v hl. m. Praze jsou specifické:

- Velké množství událostí spojených se společensky negativními fenomény (alkohol, drogy, násilné činy), mnoho cizinců (bez pojištění), velké a rizikové politické, kulturní a sportovní události, složitá a intenzivně využívaná dopravní infrastruktura, průmysl a mnoho obyvatel na malém území, potenciální cíl teroristických útoků, přítomnost i zájem médií atd.
- Největším objemem práce při nejmenším počtu zaměstnanců a nejmenším příspěvku zřizovatele, vztaheno na počet obyvatel (v průměru v ČR cca 5,5 výjezdu na posádku a 24 hodin, v Praze máme cca 13).

- Vysoké nároky na přesnou práci operačního střediska. Círka 85 % událostí je řešeno posádkami bez lékaře – RZP, ale v ČR to bývá cca jen 45 %. Jinými slovy, v ostatních krajích lékaři ZZS řeší i případy, které jsou pouze pro záchranáře.

Problémy

- Nedostatek kvalifikovaných zaměstnanců, zejména lékařů, ale bývají období, kdy chybí záchranáři (v Praze s ohledem na charakter práce nemůžou podle předpisů vykonávat činnost záchranářů ženy) a trvale i operátorky ZOS. Odcházejí nám kvalifikovaní a zkušení zaměstnanci na jiné ZZS. Důvodem je velký objem práce (dvoj- až trojnásobným zatížením posádek), náročnost a zodpovědnost v Praze, vyšší nároky (ekonomické) na život, ale i fakt, že 90 % zaměstnanců přišlo jen na dočasnou dobu, dokud se jim neuvolní místo v jejich regionu na ZZS a až si tzv. odpracují nástupní praxi a naučí se svou práci. ZZS HMP dlouhodobě dodržuje ZP a ostatní předpisy, takže neumožňujeme více než 12hodinové směny a překračování limitů přesčasové práce.
- Obtížná spolupráce se zdravotnickými zařízeními – neexistence urgentních příjmů a neochota některých oborů přijímat závažné pacienty z důvodu malé kapacity pražských pracovišť – porodnictví, akutní neurologická a interní – metabolická péče.
- Jsme jediná zdravotnická záchraná služba bez vlastního zázemí – problematická situace z hlediska roztržitého některých provozů po celém území, omezené kapacity ZOS nebo nedostatečné podmínky pro péči o vozový park atd. Chybí vhodné objekty či pozemky k optimalizaci sítě výjezdových základů („ekonomické“ nájemné obvykle zcela mimo možnosti ZZS HMP).

Zajištění dostupnosti zdravotní péče pro občany

Dostupnost zdravotní péče je předpokladem pro realizaci práva na ochranu zdraví a také předpokladem spravedlivě poskytované péče. „Lze ji definovat jako počet nebo podíl obyvatelstva, u něhož lze očekávat, že navštíví určité zdravotnické zařízení za existujících překážek přístupu.“ (Gladkij, 1995).

Negativně lze dostupnost vymezit jako překážky, které pacient má nebo nemá při čerpání zdravotní péče. Zajištění dostupnosti zdravotní péče pak znamená neumožňovat v systému zdravotní péče vznik takových překážek, které by pacient nebyl schopen při

čerpání zdravotní péče překonat, a pokud tyto překážky existují, postupně je odstraňovat.

Dostupnost zdravotní péče:

- geografická
- časová
- finanční
- profesionální.

Standardní a nadstandardní péče

Za **standardní** se považuje taková péče, tj. postupy a metody, které jsou v určité době a v určitém teritoriu obvyklé, relativně ustálené a odborníky uznávané, protože splňují kritéria lege artis i současného obecně dostupného použitelného poznání.

Standardní péče je péče s určitou dohodnutou mírou kvality. Stanovení standardu však bývá obtížné a liší se v různých zemích i v různém čase.

Nadstandardní péče představuje takovou péči, při které se pacientovi na jeho přání poskytují výhody a služby, které nejsou z hlediska aktuálního zdravotního stavu nezbytné. Jedná se buď o služby, jejichž cílem je zvýšení pohodlí pacienta nebo provedení výkonů jinými technologiemi, jinými osobami a za využití jiných pomůcek, než je obvyklé. Z hlediska financování jde o služby, které nejsou ani částečně hrazené ze zdravotního pojištění a pacient si tyto služby hradí buď přímo, nebo zvláště sjednaným připojištěním. Existence nadstandardní péče by neměla v žádném případě omezovat dostupnost kvalitní a účinné standardní péče (Durdisová, 2001).

Ve Velké Británii jsou práva občanů vztahující se k dostupnosti zdravotní péče vymezena takto (Gladkij, 2005):

- právo obdržet zdravotní péči na základě klinických potřeb bez ohledu na platební možnosti
- být registrován u lékaře všeobecné praxe
- obdržet urgentní zdravotní péči v každé době
- mít přístup k vlastní zdravotnické dokumentaci
- v ambulantním zařízení má být pacient ošetřen 30 minut po příchodu do čekárny
- žádný pacient nesmí být propuštěn z nemocničního léčení, aniž bude rozhodnuto o způsobu jeho další léčby.

S dostupností zdravotní péče souvisí i problém ekvity (spravedlnosti) péče (Gladkij, 2002):

- přístup k dosažitelné péči úměrný skutečné potřebě
- spotřeba zdravotní péče úměrná skutečné potřebě
- přiměřená kvalita péče pro všechny.

Evropská zdravotní politika

(Program Zdraví 2020 – MZ ČR)

- usilovat o co nejlepší zdraví svých obyvatel
- prozíravé řízení přispívá ke zdraví
- zdravotní systém, který ponechává zdraví jen na jednotlivcích a řeší zdravotní problémy až v nemocnicích, je málo účinný a zbytečně nákladný.

Hlavní cíl programu:

Zajistit všeobecnou dostupnost zdravotní péče a respektovat právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví.

Hlavní priority Programu Zdraví 2020:

Č. 3: Posilovat zdravotní systémy zaměřené na lidi, rozvíjet kapacity veřejného zdravotnictví, zajistit krizovou připravenost, monitorovat zdravotní situaci a zajistit vhodnou reakci při mimořádných situacích:

- přizpůsobit se měnící se demografii, nemocnosti
- zvyšovat kvalitu a zajistit kontinuitu
- přiblížit lékařskou péči co nejbližší domovu
- zajistit všeobecnou dostupnost zdravotní péče, a to vč. léků a vysoce kvalitní lékařské péče.

Zdravotnictví EU včetně ČR:

Tři dlouhodobé cíle:

1. Dostupnost
2. Listina základních práv EU
3. Podmíněno sociálním postavením jednotlivců

Zlepšit dostupnost pro všechny!

1. Kvalita
2. Udržitelnost

Cíle zdravotnictví EU:

1. Rozvoj prevence
2. Poskytování méně nákladné péče nebo bezplatné péče pro chudé
3. Opatření pro znevýhodněné skupiny
 - mentálně postižení
 - migranti
 - pracující
 - bez bydliště
 - závislí (drogy, alkohol)

Zdravotní systém z pohledu pacienta (občana):

Příklad: nemocné malé dítě samoživitelky, starý nemohoucí člověk, vysoká horečka apod. mimo pracovní dobu.

1. Jaké mají nyní reálné možnosti? Téměř žádné. Pouze vytočit linku 155.
2. Doprava – pokud nemá auto (pouze MHD, která v noci někde ani nefunguje), tak opět jen vytočit linku 155.
3. Noční čas – v některých částech nejedí MHD (okolí Prahy i přes den), takže opět vytočit 155.
4. Zima – sníh nebo i náledí – nereálné, takže opět linka 155.

5. Odlehlý region – do nemocnice a na LSPP, která je též v nemocnici (špatná koncepce), je daleko, takže nezbyvá než vytočit linku 155.
6. LSPP – neposkytuje návštěvní službu a dostupná stejně jako nemocnice, tzn. nedostupná pro velkou část nemocných a funkčnost velmi chabá a diskutabilní její smysl v současné podobě, takže raději volají linku 155.
7. Nemocnice – více nedostatků, kde nejvíce ovlivňuje systém předčasné propouštění i nedolčených pacientů, nepřijímají k hospitalizaci indikované pacienty, odmítají péči nebo i odmítají pacienty od ZZS, což významně komplikuje práci ZZS a zvyšuje náklady ZZS a PNP.
8. ZZS – mnozí uvádějí, že jediná funguje podle jejich požadavků a představ.
9. Ostatní problémy – poplatky, zbytečná vyšetření, nadužívání až zneužívání systému, nedostatečná orientace v systému, nulová edukace občanů jak se chovat v systému a proti tomu „strašení“ lidí spektrem nemocí, kterými je sami nutíme vyhledávat častěji lékaře a využívat systém nebo špatně putovat systémem...

Faktory ovlivňující dostupnost zdravotní péče:

- Soukromé problémy – finance, vlastní uvolnění ze svého programu, čas, dg.
- Obtížná až nemožná orientace v systému – neustále změny
- Jak se k ní dostat – překážky, rajonizace, neochota zdravotníků
- Nemocný musí za péči – vždy X péči ne nabízíme občanům tam, kde ji potřebují a požadují
- Péče za pacientem – pouze ZZS
- Doprava – výrazně omezena, spíše pro firmu než pro pacienty
- Počasí – významně ovlivňuje pacienty a jejich zdravotní stav i naší péči
- Regiony – odlišnosti a rozdíly
- Primární péče selhává a nefunguje, jak by měla (ordinační hodiny, LPS /LSPP/, specialisté, neregistrovaní)
- Nemocnice – omezování péče a struktury poskytované péče
- Následná péče – nedostatečné kapacity a kvalita
- Sociální péče – nelze oddělovat od zdravotní a naopak
- Privátní zařízení chronické péče – spíše pro privat než pro pacienty a systém zdravotnictví

Poznatky z pražského prostředí

Na konferenci jsem ještě na závěr svého vystoupení musel reagovat na několik faktů,

které uvedl ve své prezentaci zástupce praktických lékařů (PL) MUDr. Jan Bělobrádek. **Upozorňuji, že mé poznatky vycházejí z pražského prostředí a mohou být výhradně specifickým Prahy a v jiných regionech se nevyskytují.** Zde jsou v bodech: **1. Málo vytižená (využívaná) LSPP – zbytečná, zrušit úplně...**

Málo využívaná LSPP neznamená, že je k ničemu, ale **je to jen důkaz toho, že funguje špatně.** LSPP musí být tam, kde ji občané (pacienti) potřebují, tzn. blízko svého bydliště a zejména v regionu, kde není nemocnice nebo kde dříve fungovala např. na poliklinice (pražská velká sídliště – Prosek, Ďáblice, Bohnice, Kobylisy, Jižní Město, Stodůlky apod.). Musí fungovat v době, kdy jiná péče není, tj. v nočních hodinách a ve dnech pracovního volna. Občané vyžadují a myslím oprávněně dostupnost péče v případě, kdy mají zdravotní problém nebo kdy mají čas a možnost řešit své obtíže. Mnoho lidí dnes nemůže odejít z práce nebo mají jiné povinnosti, ale také mnohé zdravotní obtíže se projevují převážně v mimopracovní dobu nebo nemocné obtěžují v nočních hodinách, kdy chtějí spát.

2. Návštěvní služba PL je zbytečná

Není. Poptávka není dostatečně pokryta. Vyskytuje se mnoho pacientů, kteří se ze zdravotních důvodů nemohou dostat k lékaři – děti, postižení, nemocní, imobilní, s vysokou horečkou a zesláblí, kachektičtí, onkologičtí na opiátech, asociální, bez prostředků, bez pomoci atd.

3. Pracovní lékařství je zbytečné

Není. PL nejsou schopni pokrýt veškerou péči a potřeby, které zabezpečuje pracovní lékařství, a to jak kvalifikovaně, tak kapacitně. A z praxe mám zkušenosti, kdy pracovní preventivní péče odhalila nemoci a vyřešila obtíže zaměstnanců, na které PL nepřišel. Nelze opominout ani významnou skupinu občanů, kteří mají nedůvěru k PL, kteří k PL nechodí a se svými obtížemi nikoho nekontaktují, ale až preventivní vyšetření v rámci pracovního lékařství zjistí jejich zdravotní problémy a zahájí léčbu.

4. Morální povinnost PL zajistit péči 24 hodin je nesmysl

Zde PL projevili své nepochopení situace a co po nich společnost požaduje. Nikdo nechce, aby PL pracovali 24 hodin denně. Společnost pouze požaduje a potřebuje, aby PL zajistili primární péči 24 hodin denně, tzn. aby, jak je v civilizovaném světě a v Evropě zcela běžné, primární péče byla občanům dostupná nepřetržitě, a to v podobě LSPP vč.

návštěv nebo i ohledávání zemřelých. Aby se nemocní s problémy, které dokážou a mají řešit PL, nezatěžovali nemocnice a ZZS. Primární péči musí zabezpečit PL a není z ekonomických důvodů nadále únosné, aby ji poskytovala ZZS nebo nemocnice a v Praze nemocnice nejvyššího typu.

5. PL chtějí chodit sloužit na urgentní příjmy (UP) nebo centrální příjmy (CP) nemocnic

Ptám se, proč to teda už dávno nedělají? Vždyť tuto možnost dávno měli a mají stejně jako i jiní lékaři, např. lékaři ze ZZS chodí sloužit na CP a UP. Není to jen argument pro výmluvu a obhajobu? Stejně tak měli a mají možnost chodit sloužit na LSPP. Proč to nedělají?

Dále jsem ještě uvedl několik problémů k zamyšlení, které by se měly také řešit nebo kterými jsem reagoval na další vystoupení:

1. Nikdo nevychovává občany (pacienty), jak se v systému zdravotní péče orientovat, pohybovat a chovat. Je to dluh školství, rodinné výchovy i primární péče (PL).

2. Pediatrie by měla mít v nemocnicích UP a CP také.

Naše zkušenost je bohužel i taková, že pediatr sloužící na UP nemocnice se rozčiluje v pondělí po víkendové službě, že mu tam ZZS přivezla za celý víkend 13 dětí, a jak si to dovolujeme... Na dotaz, proč by nemohla ZZS děti přivést a proč se rozčiluje, když 13 dětí za 48 hodin není nic extrémního. Pokud jej trápilo, že děti měly „jen teplotu“, tak se nabízí otázka, proč lékaři teda straší rodiče, že dítě s teplotou může být vážné až smrtelné nemocné a měli by s nemocným dítětem ihned vyhledat lékaře nebo i přivolat ZZS? Lékaři i celý zdravotní systém si budou muset zvyknout na fakt, že občané budou stále častěji vyhledávat odbornou pomoc. Musíme se požadavkům a době přizpůsobit a ne neustále s tímto faktem bojovat a snažit se pacienty zatratit. Oni nezmizí, oni se jen v systému přesouvají jinam a ještě nám neustále jejich počty narůstají. To není problém, to je skutečnost. Každý, kdo si myslí, že pacienti asi zmizí nebo je „vystřelí někam mimo Zemi“, tak by neměl rozhodovat o koncepci zdravotnictví a jeho financování. Už vůbec by neměl být politikem.

3. Léková politika a dostupnost pro občany

Léky by měly být dostupné v místě, kde je občané potřebují a vyžadují. Dostupné v čase, kdy je vyžadují a potřebují. Léky jsou zbožím i nutnou potřebou lidí, stejně jako potraviny

a další potřebné suroviny. Máme-li trvale dostupné potraviny nebo např. městskou hromadnou dopravu, musí být dostupné i léky. Stejně tak máme-li trvale dostupné např. telefonní služby, tak musíme mít dostupnou i zdravotní péči. Je to součást dnešní doby a našich potřeb. Zdravotnictví se musí přizpůsobit lidem a nemůžeme přizpůsobovat lidi zdravotnictví, které si nějak vymyslí a nastaví politici. Pokud není společnost schopná zajistit nepřetržitý provoz lékáren, tak musí uvolnit jejich oběh, tj. dát možnost lékařům vydávat přímo léky pacientům a větší spektrum léků prodávat v obchodech.

4. A jakou péči zajistíme pro neregistrované?

V Praze odhadují odborníci 30–35 % takových občanů (bezdomovci, z jiných regionů za prací, dočasně žijící v Praze – staří nemocní u svých dětí, sociálně slabší a problémové skupiny – Romové, nezaměstnaní, závislí – alkohol, drogy, automaty atd.), kteří také potřebují zdravotní péči. Dokonce ji potřebují ve větším objemu než standardní populace. A jestli jsme civilizovaná společnost a tvrdíme, že péče musí být dostupná pro všechny bez rozdílu a že Ústava ČR zaručuje bezplatnou akutní péči všem, tak

nezbývá než zajistit i takovouto péči těmto lidem. Není nic rasistického nebo diskriminačního, když bude společnost poskytovat individuálně (odděleně) specifickou jednodušší základní péči pro tyto lidi. Pokud musíme šetřit a uvažovat o tom, kde všude se dá a musí šetřit, tak zde je jedna část. Dosud poskytujeme těmto lidem vysoce nákladnou péči, protože nevyužívají primární péči.

5. Standardní a nadstandardní péče

Domnívám se, že péče uvedená v předchozím bodě by se mohla pojmenovat jako péče nestandardní.

Standardní péče by měla obsahovat základní péči nutnou pro záchranu zdraví a života, kterou by měla společnost zajistit pro všechny lidi v daném regionu, a to znamená na všech stupních – obec, město, kraj, ČR.

A nadstandardní péče by měla zahrnovat veškerou péči, která není nutná pro záchranu života a bez které může dále a bezproblémově člověk žít.

A pokud společnost nemá dostatek prostředků nebo není schopna dostatek prostředků pro zdravotnictví zajistit, tak musí rozlišit jednotlivé druhy péče a zajistit ji strukturovaně pro jednotlivé skupiny lidí. Pro upřesnění nebo lepší pochopení uvedu příklady:

Bezdomovec jistě nepotřebuje nejdražší endoprotézu. Stejně tak i člověk požadující nejdražší endoprotézu si ji musí doplatit. Pokud si občan po uplynulém víkendu a pracovním úsilím na chatě způsobí zdravotní potíže, pak musí počítat s tím, že si za takovou poskytnutou péči doplatí. Pokud si někdo s banálními potížemi přivolá ZZS nebo navštíví LSPP a nebude ochoten k lékaři se dopravit sám nebo vyčkat na běžnou ordinaci dobu svého PL, tak by měl počítat s tím, že za to bude též doplácat. Také pokud bude chtít lepší jídlo v nemocnici dle své chuti a zvyklosti (větší porci, cizokrajnou stravu, speciální dietu nebo minutku), tak za to bude muset zaplatit. Není ale správné, když někdo za nadstandard považuje péči stomatologa. Jsme lidé v civilizované společnosti a snad by měl mít každý právo na bezplatnou (hrazenou ze ZP) péči zubaře. Zuby potřebuje k životu každý. Jistě lze uvádět mnohé příklady a vyjmenovat konkrétní příklady standardní a nadstandardní péče nebo co by mělo být hrazeno ze ZP a co z prostředků pacienta. Stejně tak se lze inspirovat v zahraničí, kde to dávno funguje. Přestaňme hledat „českou cestu“.

MUDr. Zdeněk Schwarz,
ředitel ZZS HMP, senátor

Fakta i mýty o pohotovostní službě



Místopředseda AČMN Lukáš Velev, členové představenstva ČLK Miloš Voleman a Martin Sedláček (zleva).

Dne 6. března 2014 jsem se zúčastnil Konference o čtyřia-dvacetihodinové dostupnosti lékařské péče, kterou v Posla-

necké sněmovně pořádala ČLK. Bohužel jsem musel odjet před diskusí. Proto bych se rád podělil o dojmy, z nichž jeden výrazně převažuje.

První část shrnul MUDr. Martin Sedláček: Až na naprosté výjimky je ústavní pohotovostní služba v lůžkových zařízeních řešena za cenu porušování zákona. Tedy 128 hodin týdně je zdravotnictví mimo zákon. Zákodníci, odpovědní úředníci, manažeři nemocnic, lékaři sami, ale i zástupci pacientů a zřejmě i pracovní úřady to nepovažují za alarmující. Navrhovaná řešení se dala vymyslet stejně dobře před dvěma, pěti či deseti lety a mnoho ze zúčastněných se otevřeně nebo v skrytu domnívá, že to bude stejně za dva roky, možná i za pět... Není to však nedostatek invence, nápaditější řešení možná neexistují. Co chybí, je vůle ke změně. Hybnou silou by se mohli stát pacienti nebo snad lékaři?

Z nemocničních lékařů se však stal zvláštní druh zaměstnanec, který považuje zabezpečení pacientů ve služebním režimu formou přesčasů za nedílnou součást své práce a je na službách zřejmě závislý. Uvádí se, že je závislý převážně finančně, ale mnozí z nás i morálně, a to i za cenu existence mimo právní ochranu, za cenu rizika žaloby. Ještě zvláštnějším dru-

hem jsou primáři, kteří mnohdy zodpovídají za nezákonně zabezpečené služby a účastní se nejen služeb, ale i všelijakých příslužeb. Jak jinak než jako podivínství lze posoudit počínání, kdy zkušený lékař přisluhuje na telefonu lékaři, který dle dosažené odbornosti ze zákona sloužit nesmí a který na oddělení léčí pacienty se smlouvou o DPČ či DPP s náplní „poradenská a kontrolní činnost“ nebo s DPČ či DPP s výkonem práce na úplně jiném pracovišti, jak se v mnohých nemocnicích děje.

Ale teď k tomu nejsilnějšímu dojmu, který mě zejména vedl k napsání článku. Byl to projev pana doktora Jana Bělobrádka, který jako reprezentant praktických lékařů snesl argumenty, proč zrušit LSPP. Jak odlišné myšlení, jak odlišný lékařský druh! O té propasti jsem slyšel, ale její hloubka mě ohromila. Pan doktor slíbil, že nám vyjví náhradní řešení za zrušenou LSPP. Poslouchal jsem, ale přeslechl. Žádné náhradní řešení k mým uším nedolehlo. Prosím všechny, kteří chtějí rušit LSPP, aby vždy konstruktivně řekli, kdo pacienty ošetří. Neexistuje kouzelník, který by pacienty na 128 či spíše 138 hodin týdně (40 hodin obvyklá pracovní doba, 30 hodin týdně obvyklá ordinační doba) kouzelnou hůlkou odčaroval.

Naštěstí paní doktorka Ilona Hülleová, zástupce PLDD, pojala svůj příspěvek velmi věcně, analyticky, uvedla přehled podložený fakty a tvrdými daty. V mnoha okresech LSPP funguje ke spokojenosti pacientů, kraji i lékařů. Tak by to mělo být normální. Nevidím důvod, proč to zpochybňovat.

Jako primář dětského oddělení jsem se o LSPP nadiskutoval již hodně a hodně se o ní napřemýšlel. Neodpustím si tedy polemiku s některými tvrzeními, která jsou tak častá, že se z nich stávají mýty. Ne všichni vyslovují někteří z praktických lékařů, zaznívají i odjinud. Považuji za povinnost přispět do diskuse svým názorem. Podívejme se tedy na omílané argumenty-mýty z jiného úhlu.

Nikdo nemůže nutit lékaře, aby se staral o své pacienty 24 hodin denně.

O takové povinnosti nikdo nemluví snad jen s výjimkou některých praktických lékařů. Zákon ukládá a organizátor žádá jen přiměřený podíl lékaře na pohotovostní službě. Spočítejte si, kolik PL a PLDD je v okrese o sto tisících obyvatelích a kolik pohotovostních služeb na jednoho z nich vychází, pokud se podílejí skutečně všichni. Snadno dospějeme zhruba k číslu jedna všední služba za měsíc a asi 6 dnů o víkendech či svátcích za celý rok, možná ještě nadsazují. A to mluvíme de

facto většinou o službě odpolední či denní. Ve 21 či 22 hodin obvykle pohotovost končí, v našem okrese o víkendu již v 19 hodin. Porovnejme to s nemožností zajistit ústavní pohotovostní služby v nemocnicích v rámci zákona a s naprostou samozřejmostí, že jsou tyto služby zabezpečeny.

Pohotovostní služba je pacienty často zneužívána, protože pacienti využívají nabídku. Proto by bylo lépe pohotovost zrušit.

Prostředí Česka je takové, že občané pohotovostní službu využívají. Prohlášeními uvedeného typu se jejich chování nezmění. Oprávněnost pacienta k návštěvě pohotovostní služby je těžké soudit. Zrušením pohotovosti pacienti nezmizí, pouze se přelévají jinam. Úvaha o zrušení pohotovosti by měla být vždy následována úvahou, kde se tito pacienti objeví a kdo bude danou pohotovostní službu suplovat.

Pohotovostní služba je socialistický relikt a pacienta je třeba vychovat.

Od sametové revoluce již uplynulo bezmála čtvrtstoletí, což je jistě jedna generace, ale ke změně chování nedošlo. Pokud se lékaři, ať už praktičtí či nemocniční, snažili pacienta nějakým způsobem „vychovat“, zatím se to nepodařilo.

Pohotovostní služba je málo vytížená, kvůli jednomu pacientovi za hodinu je to neefektivní.

Za organizaci a zajištění pohotovostní služby odpovídají kraje a kraje také tuto službu do značné míry financují. Nejeví se, že by se kraje této povinnosti chtěly zbavit z ekonomických důvodů, je to spíše z důvodu obtížného vyjednávání o personálním zajištění této služby.

Ekonomická motivace lékaře je pak věcí dohody, resp. smlouvy, aby byl za výkon této služby přiměřeně placen. Určitě nejde o platbu za počet ošetřených, ale za platbu hodinovou.

Navíc ve většině okresů není pohotovostní služba v nočních hodinách, které jsou nejméně vytížené. Tyto noční hodiny supluje obvykle lékaři sloužící v nemocnicích.

Dalším jevem je, že řada pacientů i v hodinách pohotovosti končí v nemocnici. Takový pacient se dopraví přímo do nemocnice a je ošetřen, nebo jej tam doveze vůz záchranné služby, což se stává v poslední době stále častěji a ze stále banálnějších důvodů.

Pohotovostní služba je málo vytížená, těch pár pacientů mohou zajistit tam, kde je stejně stále lékař – obvykle je myšleno v nemocnici.

Ústavní pohotovostní služba na lůžkových odděleních není primárně zaměřena na ošetření příchozích ambulantních pacientů. Přednost mají neodkladné stavy na oddělení, akutní příjmy a jejich zajištění, konzilia pro kolegy jiných oborů, kontrola pacientů na oddělení. Pokud lékař není vyčleněn pro ošetření příchozích ambulantních pacientů, nemůže je uspokojivě obsloužit, protože má zcela jiné priority. To vede jen ke stresu lékaře a k nespokojenosti pacientů jak ambulantních, tak i hospitalizovaných. Vytíženost ústavních pohotovostních služeb se navíc s ekonomicky vynucenou redukcí sloužících lékařů stále zvyšuje.

Praktický lékař již dávno neléčí jen s fonendoskopem, špátlí a tužkou.

Vybavení pohotovostní služby je věcí dohody mezi lékaři a krajem, eventuálně ještě zdravotní pojišťovnou. Ale upřímně, složitější případ je z LSPP vždy možné poslat ke konziliu či k přijetí do nemocnice, což se také často děje.

Je lépe, když lékař, který pacienta ošetřuje, zná jeho anamnézu, jeho léčbu, jeho rizika včetně alergií apod.

O tom není sporu. Je to lepší a je samozřejmě snazší takového pacienta léčit. Když však je takový znalý osobní či rodinný lékař v ordinačních hodinách dostupný zhruba 30 hodin týdně a dalších 138 hodin týdně dostupný není, pak je to těžká věc. Zjišťování anamnézy, dosavadní léčby a pacientových rizik je pro většinu lékařů denní chléb, je to nedílná součást lékařského vyšetření. Zda v tomto někdy pomůže elektronická dokumentace kdesi na síti, ukáže čas. Snad se pak praktičtí lékaři o své anamnézy s ostatními lékaři podělí a elektronické databáze patřičnými údaji v zájmu svých pacientů naplní.

Na závěr si dovolím ještě ekonomickou úvahu. O nemocničních lékařích říkáme, že slouží kvůli penězům, že je to podstatná část jejich příjmu. Již jsem i takto finančně závislé nemocniční lékaře slyšel říkat: Dejte těm praktikům klidně víc peněz na hodinu než nám, jen ať tu pohotovost drží, protože jinak se tady z toho zblázníme. Z druhé strany praktici navrhuji rušení pohotovosti, která je hodinově přinejmenším stejně ohodnocena jako služba ústavní a přitom, jak oni tvrdí, velmi málo pacienty vytížená. Jinými slovy odmítají snadno vydělané peníze. Není něco špatně?

MUDr. Luboš Vaněk,

primář dětského oddělení v Sokolově, místopředseda

OS ČLK Sokolov

Sokolov 13. 3. 2014

Prof. Roman Čerbák pasován Rytířem českého lékařského stavu



Foto: Macčani

Jednadecátým Rytířem českého lékařského stavu se stal kardiolog, profesor MUDr. Roman Čerbák, CSc. Do rytířského stavu ho 27. března 2014 v Tereziánském sále Břevnovského kláštera pasoval MUDr. Milan Kubek, prezident České lékařské komory. Titul Rytíř českého lékařského stavu je již od roku 1996 každoročně udělován jedné z osobností české medicíny, která výkonem své lékařské praxe či vědeckou činností významným způsobem přispěla k rozvoji medicíny a která se svým morálním jednáním stala příkladem a vzorem pro kolegy.

„Moudrost, skromnost, nezištnost a pracovitost, spolu s pevnými morálními zásadami zdobí rytíře. Jsem hluboce přesvědčen, že titul Rytíř českého lékařského stavu náleží profesoru Čerbákovi právem,“ řekl prezident komory MUDr. Milan Kubek.

Profesor MUDr. Roman Čerbák, CSc., se narodil 19. 10. 1933 v Moravské Ostravě, avšak rodina se ještě před válkou odstěhovala do Brna. Zde také v roce 1952 maturoval na tehdejším reálném gymnáziu Jiřího Dimitrova v Králově Poli. Medicínu studoval rovněž

v Brně, na Lékařské fakultě Univerzity Jana Evangelisty Purkyně.

Po promoci v roce 1958 tehdejší systém umístěnek zavál čerstvého doktora Čerbáka do Svitav, nejprve na chirurgické oddělení nemocnice a posléze na internu. Právě z vnitřního lékařství složil v roce 1961 první atestaci a interně, přesněji řečeno její dceři kardiologii, zůstává věrný po celý profesní život.

V roce 1963 vyhrál konkurz na místo sekundárního lékaře na I. interní klinice Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně a zde také o rok později složil úspěšně i druhou atestaci z vnitřního lékařství. V té době vše nasvědčovalo tomu, že se bude věnovat gastroenterologii.

Jako plně kvalifikovaný internista byl Roman Čerbák, coby ambulantní lékař zajišťující zároveň konziliární služby pro ostatní kliniky, vyčleněn mimo jiné i pro chirurgickou kliniku, jejímž přednostou byl profesor Uhlíř. Ten se věnoval experimentální chirurgii, zejména kardiochirurgii, a pro svoji práci potřeboval pomocníka – kardiologa. MUDr. Čerbák nabídku přijal a v roce 1969 úspěšně atestoval z kardiologie. Tím mu začal úplně nový profesní život.

Období normalizace v 70. letech minulého století zdrželo MUDr. Čerbáka ve vědeckém

růstu a kariérním postupu. Svoji již dříve vypracovanou kandidátskou práci na téma „Hydrodynamické čerpadlo v asistující cirkulaci“ tak směl obhájit až v roce 1976. O rok později přešel na nově zřízené kardiochirurgické oddělení, které od té doby mnohokrát změnilo jméno až k současnému názvu Centrum kardiotorakální a transplantační chirurgie, ale on mu zůstal věrný.

Po listopadu 1989 mohl MUDr. Čerbák konečně pokračovat v přerušené profesní kariéře. V roce 1990 habilitoval a v roce 1994 dosáhl mety nejvyšší: byl jmenován profesorem v oboru vnitřní lékařství.

Profesor Čerbák byl dvakrát za sebou zvolen předsedou České kardiologické společnosti a ta právě jeho zásluhou začala pořádat v Brně své kongresy, které se postupně vyvinuly v patrně nejvelkolepější odbornou lékařskou akci pořádanou pravidelně v České republice.

Je zakládajícím členem pracovní skupiny invazivní kardiologie a pracovní skupiny pro chlopenní a vrozené srdeční vady v dospělosti. Právě za jeho předsednictví začala kardiologická společnost vypracovávat odborná doporučení, „guidelines“, která jsou dnes vzorem pravidel medicíny založené na důkazech i pro ostatní lékařské obory.

Byl rovněž jedním z autorů prvních stanov České kardiologické společnosti, kterou přivedl do prestižního klubu Alpe Adria Cardiology Association. Nejenom za tyto své zásluhy byl v roce 2012 kardiologickou společností oceněn Zlatou medailí profesora Libenského.

Profesor Čerbák se těší přirozené autoritě mezi svými kolegy, a proto byl v roce 1993 zvolen předsedou OS ČLK v Brně a v roce 1996 jeho místopředsedou. Od roku 1999 pracuje v čestné radě ČLK, kde opakovaně zastává velmi odpovědnou funkci místopředsedy.

Od počátku se aktivně podílí na rozvoji celoživotního vzdělávání lékařů organizovaného Českou lékařskou komorou. A po zásluze se za svoji aktivitu v roce 2011 stal držitelem ceny prezidenta ČLK za přínos celoživotnímu vzdělávání lékařů. V současné době je stále činnorodý osmdesátník odborným garantem sekce kardiologie systému celoživotního vzdělávání České lékařské komory. **(red)**

Česká kardiologie je na srovnatelné úrovni se světem



Foto: Macciani

Čerstvě pasovaný Rytíř českého lékařského stavu poskytl časopisu *Tempus medicorum* rozhovor, v němž vysvětluje, proč se rozhodl právě pro kardiologii, a mimo jiné se zmiňuje o tom, že mu chybí jasný systém a vize českého zdravotnictví.

Co pro vás znamená ocenění Rytíř českého lékařského stavu?

Je to pro mě vysoké ocenění, kterého si nesmírně vážím. Cítím v něm duchovní rozměr, který přikazuje pomáhat slabším a nikdy nehrášit pýchou.

Předloni jste byl oceněn také Cenou prezidenta ČLK za přínos v oblasti celoživotního vzdělávání lékařů. Jste špičkový kardiolog, navíc dlouholetý činovník České kardiologické společnosti a České

lékařské komory. Která z těchto činností vás nejvíce těší?

Nelze jednotlivé činnosti oddělovat, vším byl jsem rád. A přece, když takto kladete otázku, musím přiznat, že mému srdci nejbližší je celoživotní vzdělávání. Považuji je za mimořádně důležité. Nejenom proto, že rozšiřuje obzor vzdělaného člověka, ale jsem bytostně přesvědčen také o tom, že ho činí lepším a méně přístupným nepravostem života i doby.

Po většinu svého odborného života se zabýváte kardiologií, zejména invazivní diagnostikou chlopenních vad a problematikou dysfunkcí levé srdeční komory. Proč vás právě tento obor zaujal?

Důvodů je několik. Prvním z nich je diagnostika chlopenních srdečních vad. Vyžaduje precizní anamnézu, pečlivé klinické vyšetření, tedy instrumenty, které má k dispozici každý praktický lékař. A přitom je to základ, na kterém lze postavit celou stavbu přesného rozpoznání chlopenní vady i jejího léčení. Většina chlopenních vad levého srdce je dlouhodobě kompenzována funkcí srdeční komory, proto je tak důležitá pro další terapii vady.

K jak velkému pokroku a v čem konkrétně došlo během vaší činnosti v oboru?

Pokrok v kardiologii i kardiochirurgii během mého profesního života je nepředstavitelný. Kardiologie teprve začínala s přesnou diagnostikou srdečních vad. Učil jsem se katetrizovat u pana docenta Šumbery v Dětské nemocnici v Brně-Černých Polích a u pana docenta Endryse v Hradci Králové. Kardiochirurgie byla doménou pana profesora Navrátila u svaté Anny v Brně. Intervenční katetizační výkony byly v plenkách a o echokardiografické diagnostice přicházely zprávy, že je to slibná diagnostická metoda.

Na jaké úrovni je česká kardiologie ve srovnání se světem?

Na srovnatelné úrovni s vyspělým kardiologickým světem. Uvolnění hranic s okolním světem ukázalo, že máme stejně dobré kardiologie i kardiochirurgie jako okolní svět. Komplexy méněcennosti, které provázely

moji generaci po dlouhá léta, se ukázaly jako zbytečné, dokonce škodlivé.

Které období ve svém profesním životě považujete za nejdůležitější? A proč?

Každé období považuji za důležité; každé z nich z jiného důvodu. Zajímavé bylo počáteční období hledání správné specializace. Byl jsem připraven zabývat se gastroenterologií, měl jsem už uveden termín, kdy se mám dostavit do Prahy ke složení atestační zkoušky. Prováděl jsem v té době konziliární interní vyšetření po celé nemocnici u svatě Anny. Zaujal jsem pana profesora Uhlíře, který dlouhou dobu pracoval u profesora Navrátila a chystal se k zavedení kardiologického programu na I. chirurgické klinice. Zavolał si mě a zeptal se: „Co budete dělat?“ Informoval jsem ho o svých úmyslech, zamyslel se a řekl: „Nikam nepůjdeš, půjdeš ke mně a atestovat budeš z kardiologie.“ Tak se i stalo. Nikdy jsem toho nelitoval.

Mohl byste krátce připomenout osobnosti, které vás během vašeho života nejvíce ovlivnily?

Kromě výše uvedeného profesora Uhlíře, který můj život ovlivnil zásadně, to byl později i Jiří Endrys. Svým entuziasmem a nadšením pro srdeční katetrizaci nedovolil ani chvíli pochybovat, že to je nejkrásnější věc na světě. Nemohu nezpomenout ani doktora Miroslava Rubáčka, invazivního kardiologa z Ostravy, se kterým jsme společně v Hradci Králové hledali cestu ke správné diagnostice. Kromě kardiologické oblasti bych rád jmenoval i našeho prvního prezidenta republiky pana Václava Havla, který mi imponoval svým nezpochybnitelným mravním postojem.

Prakticky celým svým životem patříte do Brna. Nikdy nenastal moment, kdy byste nejraději odešel do Prahy či ještě dál do světa, za širšími možnostmi dalšího vzdělávání, za věhlasnými kapacitami – například v rámci svého působení v Evropské kardiologické společnosti?

Ve svém profesním životě jsem měl možnost poznat řadu špičkových pracovišť a byl jsem rád, že mi to osud umožnil. Největší potěšení mi způsobilo kardiologické pracoviště v Rochesteru v Minnesotě, ve Spojených státech, sídlo Mayo Clinic. Tamější profesor českého původu Alexander Schierger mě podrobně informoval o chodu pracoviště, provázal mě po odděleních a já nestačil zírat. Něco podobného jsem v životě nikdy předtím

ani potom neviděl. A přece jsem se vždycky rád vracel do Brna.

Léta pracujete také v Čestné radě České lékařské komory. Jak často porušují čestí lékaři Hippokratovu přísahu?

Hippokratova přísaha ve svém původním znění velmi přísně zavazovala lékaře, aby plnili své povinnosti, dokonce od nich vyžadovala, aby mravně žili a oddaně sloužili lékařskému umění, aby zachovávali co nejpřísněji lékařské tajemství, aby nikomu nepodali smrtící lék a nepomáhali k přerušení těhotenství. Většinou se v Čestné radě nezabýváme celou Hippokratovou přísahou, i když ji máme na paměti. Většina lékařských pochybení spočívá v nedbalosti a v ledabylosti.

Patříte ke kritikům současného systému českého zdravotnictví? Co vám nejvíce vadí?

Chybí mi jasný systém a vize, jaké zdravotnictví chceme, za kolik a z jakých zdrojů by mělo být financováno. Všechno se zúžilo na politickou debatu o tzv. regulačních poplatcích a korektní debata (pokud vůbec začala) obvykle končí před každými volbami, a že jich je. Vadí mi, že veškerá řeč kolem zdravotnictví se týká jenom jeho financování. Jedni tvrdí, že potřebují tolik a tolik miliard navíc a bez nich to nepůjde; druzí zase, že nemají a nedají. A těm i oněm chybějí jasné a přesné argumenty. Vzhledem k mému letitému zájmu o další vzdělávání lékařů mi vadí i současný chaotický systém atestací.

Kdybyste byl ministrem zdravotnictví, kterým oblastem byste se věnoval nejdříve?

Jsem kardiolog a celý život jsem se věnoval kardiologii. Ministrem by měl být ten,

kdo umí ministrovat, bohužel často tomu tak není. Svěřit ministerstvo tomu, kdo dokázal řídit fakultní nemocnici, není úplně špatná myšlenka, jen je nutné si uvědomit, že medicína se zdaleka nedělá jen ve velkých nemocnicích. Každý ministr by měl v první řadě vědět, jaké zdravotnictví chce, kolik lůžek akutních, neakutních, superspecializovaných, kolik lékařů a kolik sester, kolik praktiků a kolik ambulantních specialistů, kolik zdravotních pojišťoven. Pak si musí nechat spočítat, kolik to bude stát, a domluvit se s kolegou Babišem nad konkrétními čísly, jestli dá a kolik a jak vůbec na to. Problém je v tom, že špičkovou medicínu na nejvyšší úrovni bychom uměli, ale že na ni nemáme. Nemají na to nikde.

Při své děkovné řeči v Tereziánském sále Břevnovského kláštera jste zmínil i své další plány, ve kterých stále není příliš času na odpočinek. Mohl byste se o ně rozdělit i se svými dalšími kolegy prostřednictvím časopisu *Tempus medicorum*?

Plány nejsou tak rozsáhlé, problém je, že všechny nápady vyžadují deletrující realizaci. Nejvíce času trávím hodnocením času uplynulého. Investoval jsem svůj čas do plánů plnohodnotných? Nepromarnil jsem zbytečně mnoho času věcmi nedůležitými? Kdybych žil znovu, žil bych stejně? Určitě bych se úzkostlivě snažil, abych nikomu neublížil. A když jsem ublížil, bylo to vědomé ublížení? Mělo to následky? Mohou se provinění ještě nějakým způsobem korigovat?

Tyto myšlenky mě plně zaměstnávají, takže už nezbyvá žádný čas ani na srdeční chlopenní vady, ani na funkci levé komory srdeční.

Blanka Rokosová

NOSITELÉ TITULU RYTÍŘ ČESKÉHO LÉKAŘSKÉHO STAVU

1996	Prof. MUDr. Antonín Fingerland, CSc. Prof. MUDr. Jiří Syllaba, CSc. Prof. MUDr. Miloš Štefja, DrSc. MUDr. Josef Hercz	2004	Prof. MUDr. Ota Gregor, DrSc.
1997	Prof. MUDr. Josef Marek, DrSc.	2005	Prof. MUDr. Ctirad John, DrSc.
1998	Prof. MUDr. Václav Tošovský, DrSc.	2006	Prof. MUDr. Ivan Karel, DrSc.
1999	Prof. MUDr. Bohuslav Niederle, DrSc.	2007	Prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
2000	Prof. MUDr. Zdeněk Mařatka, DrSc.	2008	Prof. MUDr. Václav Špičák, CSc.
2001	MUDr. Karel Macháček	2009	MUDr. Hugo Engelhart
2002	Doc. MUDr. Zdeněk Ježek, DrSc.	2010	MUDr. Jiří Jedlička
2003	Prof. MUDr. Radana Königová, Ph.D.	2011	Prof. MUDr. Karel Křepela, CSc.
		2012	Prof. MUDr. Jiří Heřt, DrSc.
		2013	Prof. MUDr. Roman Čerbák, CSc.

Manifest k volbám do Evropského parlamentu 2014



COMITÉ PERMANENT DES MÉDECINS EUROPÉENS
STANDING COMMITTEE OF EUROPEAN DOCTORS



Před blížícími se volbami do Evropského parlamentu vydal Stálý výbor evropských lékařů následující manifest, jímž se ve všech státech EU obracíme na politiky, kteří do Evropského parlamentu kandidují, s cílem zdůraznit jim zásadní význam zdravotnictví a péče o zdraví pro rozvoj společnosti a její soudržnost.

MUDr. Milan Kubek, viceprezident CPME

Stálý výbor evropských lékařů (CPME) sdružuje profesní lékařské organizace, které v 32 evropských státech zastupují zájmy lékařů a ostatních zdravotníků. Je oficiálním partnerem orgánů Evropské unie a neziskovou organizací, která se aktivně spolupodílá na tvorbě evropské zdravotní politiky. CPME představuje silný a jednotný hlas evropských lékařů. Je organizací, která se snaží a bude i nadále snažit ovlivňovat vývoj zdravotnictví nejenom na celoevropské úrovni, ale zprostředkovaně i národní úrovni v jednotlivých státech Evropy.

CPME zastává stanovisko, že každý člověk musí mít za všech okolností bez ohledu na svůj sociální status nárok na kvalitní a dostupnou zdravotní péči.

Zdraví je zásadním tématem politiky

Stálý výbor evropských lékařů (CPME) si jednoznačně stojí za tím, že zdravotnická témata představují průsečík všech důležitých odvětví, ve kterých se odehrávají politická rozhodnutí. Z této perspektivy by se mělo uvažovat nejen nad sociálními determinanty zdraví, ale také nad prevencí a samozřejmě nad kroky pro zlepšování zdravotního stavu obyvatel celé společnosti.

Zdravotnictví čelí důsledkům ekonomické krize

Rozpočtové škrty negativně ovlivňují řadu aspektů ve zdravotnictví. Omezují na-

příklad kvalitu a dostupnost lékařské péče, dostupnost moderních zdravotnických technologií i inovací a v neposlední řadě vedou k omezování počtu zaměstnanců v resortu zdravotnictví. V důsledku toho pak vznikají strukturální nerovnosti v přístupu ke zdravotní péči. Ačkoli i mezi lékaři existuje vůle respektovat nutnost omezování výdajů na zdravotnictví, je jasné, že úspory mají jen omezené možnosti, a že je tak třeba snižování přísunu peněz bedlivě zvažovat. CPME dále pevně věří, že uspořít lze i jinými a povytce efektivnějšími způsoby. Například důrazem na prevenci, která je vždy levnější než následná léčba.

Kvalifikovaný zdravotnický personál jako záruka kvalitní péče

Stálý výbor evropských lékařů (CPME) podporuje jak vysokou úroveň lékařského vzdělávání, školení a rozšiřování odborných dovedností v praxi, tak bezpečnou mobilitu lékařů i pacientů v rámci EU. Zároveň zdůrazňuje nezbytnost právního zakotvení dobrých pracovních podmínek pro lékaře. Neopomíná zdůraznit potřebu vysoké úrovně zdravotnických služeb opřených o etické základy medicíny i vědecké poznatky podložené důkazy. Jen při respektování těchto předpokladů je možno všem pacientům v Evropě zaručit, že se jim dostane té nejkvalitnější zdravotní péče.

Záruky profesní autonomie

CPME požaduje jasné uznávání profesní autonomie lékařů. Je nutno zaručit nezávislost lékařů při rozhodování v odborných otázkách diagnostiky a terapie tak, aby mohli naplňovat právo pacientů na nejlepší zdravotní péči. Profesní dohled vykonávaný na vládách nezávislými profesními samosprávami umožňuje dosažení vysoce kvalitní zdravotní péče, ať už mluvíme o rovině institucionální, organizační, nebo medicínské.

Bezpečí pacientů a kvalita péče

Bezpečí pacientů napříč zdravotnickými systémy považuje Stálý výbor evropských lékařů (CPME) za svoji prioritu. Na úrovni Evropské unie prosazuje CPME soustavné sledování kvality zdravotní péče a analyzování nežádoucích účinků veškerých léčebných a diagnostických postupů. S cílem trvale zvyšovat kvalitu lékařské péče CPME podporuje všechny formy vzdělávání zdravotníků a požaduje vytvoření potřebných časových i finančních podmínek, aby se lékaři mohli celoživotně vzdělávat.

Etika a lékařský výzkum

Lékařský výzkum má zásadní význam při vývoji nových léčebných postupů a nových léků. Stálý výbor evropských lékařů (CPME) vyzývá evropské politické představitele, aby medicínský výzkum všestranně podporovali. CPME zároveň požaduje dodržování vysokých etických standardů při klinických testech a studiích. Bezpečí pacientů nesmí být ohroženo.

Rovný přístup ke zdravotní péči

Nerovnosti v přístupu ke zdravotní péči a rozdílné možnosti obyvatel pečovat o své zdraví jsou problémem celé Evropy. Neodůvodněné rozdíly v přístupu ke zdravotní péči existují nejenom při porovnávání mezi jednotlivými členskými státy EU, ale také v jejich rámci. Tyto rozdíly jsou podmíněny geograficky, sociálně, ale také národnostně. Stálý výbor evropských lékařů (CPME) tyto nerovnosti nepovažuje za společenské i morální hlediska za přijatelné. Jejich přetrvávání totiž porušuje základní právo všech občanů na zdravý život. CPME proto požaduje, aby se problematika legislativních, ekonomických, národnostních a sociálních determinantů zdraví bez prodlení řešila na politické úrovni.

Evropští lékaři vyzývají odpovědné evropské politiky, aby:

- v zájmu kvalitní zdravotní péče podporovali profesní autonomii lékařů,
- zabezpečili efektivní právní rámec pro bezpečí pacientů a kvalitní zdravotní péči,
- bojovali proti veškerým nerovnostem v přístupu ke zdraví a zdravotní péči, přičemž tyto snahy se nesmí omezovat na pouhý sektor zdravotnictví.

(Volný překlad Lukáš Pfauser)

Poskytování zdravotních služeb nezletilému pacientovi



Kolega
Mgr. Bc.
Miloš
Máca
v komplexním
článku o změnách
v právních předpisech týkajících se zdravotnictví po 1. lednu 2014 již nastínil ve zkratce

změny týkající se nezletilých pacientů. Přesto patrně stojí za to nadále se těmito otázkami podrobněji zabývat, protože často dochází k situacím, které nejsou zcela jednoznačné a lékaři přesně nevědí, jak postupovat právě v této citlivé oblasti, zejména v případech, kdy rodiče nejsou ve vzájemné shodě.

První příklad:

Matka nezletilého vyslovila souhlas s jeho docházkou k dětskému psychiatrovi. Když se to dozvěděl rozvedený otec, který však má nadále rodičovskou zodpovědnost a s nezletilým se stýká, velmi se rozlítl a volal příslušnému dětskému psychiatrovi, že nadále jakoukoli léčbu u něho okamžitě zakazuje a jak je možné, že nebyl o převzetí svého syna do jeho péče informován. Podle jeho názoru jakmile projde systémem zdravotního pojištění údaj o tom, že syn byl léčen na psychiatrii, který je v českých poměrech stále poněkud dehonestující, půjde to se synem již celý život, přičemž péči dětského psychiatra ve skutečnosti nepotřebuje – psychiatrickou péči spíše potřebuje matka chlapce (podle názoru otce). Žádá okamžité vyřazení z léčby, likvidaci zdravotnické dokumentace o poskytnutých zdravotních službách s tím, že byly poskytnuty bez souhlasu jednoho ze zákonných zástupců.

Druhý příklad:

Otec nezletilé dívky dohodl ortopedickou operaci v místní nemocnici. Když mělo být k operaci přistoupeno, dostavila se k primářovi oddělení matka a prohlásila, že ona, jako zákonný zástupce dítěte, nebyla informována a žádá, aby operace na tomto pracovišti nebyla prováděna. Má své známé lékaře na ortopedické klinice a zajistí operaci, která není neodklad-

ná, na této klinice. Souhlas otce s provedením této operace v této nemocnici tímto „ruší“.

Třetí příklad:

Patnáctiletý chlapec má být podroben operaci, která není neodkladná. Oba rodiče s operací souhlasí. Vedení nemocnice však určilo, že s ohledem na věk vyšší než čtrnáct let musí být informovaný souhlas podepsán také nezletilým pacientem, včetně všech rizik a důsledků, které zákrok provázejí. Oba rodiče s tímto postupem nesouhlasí. Se synem projednali potřebu operace, syn s ní souhlasí a neodporuje tomu, aby operace byla provedena, ale rodiče ho nechtějí zneklidňovat tím, že mu bude předestřeno k přečtení a podepsání to, co zbytečně obsahuje řadu rizik uváděných pouze z opatrnosti, která v realitě příliš nepřipadájí v úvahu. Domnívají se, že patnáctiletý chlapec není ještě na takové úrovni, aby vše dobře pochopil a správně se rozhodl. Pokud zákroku vážně neodporuje, měl by být zákrok proveden se souhlasem zákonných zástupců nezletilého a neměl by být vyžadován jeho písemný informovaný souhlas.

To jsou jen některé z případů, se kterými se setkáváme po nové právní úpravě přijaté nejen novým občanským zákoníkem, ale i novým zákonem o zdravotních službách, jehož ustanovení § 35 týkající se nezletilých muselo být narychlo novelizováno poté, co se ukázalo pro praxi jako neúnosné a naprosto neodpovídající realitě.

V případě poskytování zdravotních služeb nezletilému pacientovi výslovně protichůdná ustanovení zákona o zdravotních službách na straně jedné a nového občanského zákoníku na straně druhé nenalezneme, pouze v některých případech je podrobnější jeden zákon a v jiných případech jiný zákon, což je samo o sobě pro přehlednost velmi nepříznivé. Přitom byl přijat harmonizační zákon, který uváděl do souladu ostatní zákony s novým občanským zákoníkem, avšak nenovelizoval příslušná ustanovení zákona o zdravotních službách na základě nového občanského zákoníku, což je výraz vysoké legislativní nekvality v České republice. Lékař by tak měl vlastně držet v ruce dva zákony, které se vzájemně doplňují a zcela neshodují,

když rozhoduje o dalším postupu. Vtipně to na semináři České lékařské komory k novému občanskému zákoníku glosoval předseda senátu Nejvyššího soudu ČR, který se zabývá problematikou náhrady škody na zdraví, když si položil otázku: „**Ve které ruce bude tedy lékař držet skalpel, když v jedné ruce bude držet občanský zákoník a ve druhé ruce zákon o zdravotních službách?**“

Účelem právní rubriky tohoto časopisu a tohoto příspěvku však není přinášet další pochybnosti, ale spíše ujasnit, jak správně v praxi postupovat v jednotlivých případech, z nichž tři shora nastíněné příklady jsou jen malým výňatkem toho, co praxe přináší.

Snad bude namísto zopakovat si stěžejní ustanovení nového občanského zákoníku č. 89/2012 Sb. i zákona o zdravotních službách č. 372/2011 Sb. týkající se nezletilých.

Co říká nový občanský zákoník

Podle § 95 nového občanského zákoníku nezletilý, který není plně svéprávný, může v obvyklých záležitostech udělit souhlas k zákroku na svém těle také sám, je-li to přiměřené rozumové a volní vyspělosti nezletilých jeho věku a jedná-li se o zákrok nezanechávající trvalé nebo závažné následky.

Podle § 100 nového občanského zákoníku má-li být zasaženo do integrity nezletilého, který završil čtrnáct let, nenabyl plné svéprávnosti a který zákroku vážně odporuje, třebaže zákonný zástupce se zákrokem souhlasí, nelze zákrok provést bez souhlasu soudu. To platí i v případě provedení zákroku na zletilé osobě, která není plně svéprávná. Nesouhlasí-li zákonný zástupce se zásahem do integrity nezletilého, ač si jej tato osoba přeje, lze zákrok provést na její návrh nebo na návrh osoby jí blízké jen se souhlasem soudu.

Podle § 102 nového občanského zákoníku soud přivolí k zákroku, je-li dotčené osobě podle rozumného uvážení ku prospěchu, po jejím zhlédnutí a s plným uznáním její osobnosti.

Podle § 876 nového občanského zákoníku rodičovskou zodpovědnost vykonávají rodiče ve vzájemné shodě. Hrozí-li při rozhodování o záležitosti dítěte nebezpečí z prodlení, může jeden z rodičů rozhodnout nebo dát

přivolení sám; je ale povinen sdělit druhému rodiči, jaký je stav věci, jedná-li jeden z rodičů v záležitosti dítěte sám vůči třetí osobě, která je v dobré víře, má se za to, že jedná se souhlasem druhého rodiče.

Podle § 877 nového občanského zákoníku nedohodnou-li se rodiče v záležitosti, která je pro dítě významná, zejména se zřetelem k jeho zájmu, rozhodne soud na návrh rodiče, to platí i tehdy, vyloučí-li jeden rodič z rozhodování o významné záležitosti druhého rodiče. Za významné záležitosti se považují zejména nikoli běžné léčebné a obdobné zákroky, určení místa bydliště a volba vzdělání nebo pracovního uplatnění dítěte.

Podle § 879 nového občanského zákoníku při právním jednání vůči dítěti, které není způsobilé ve věci samostatně právně jednat, postačí jednání jen vůči jednomu z rodičů, jako zástupci dítěte.

Co říká nový zákon o zdravotních službách

Podle novelizovaného ustanovení § 35 zákona o zdravotních službách, které bylo dříve právem kritizováno dětskými lékaři i soudci, platí, že při poskytování zdravotních služeb nezletilému pacientovi je třeba zjistit jeho názor na poskytnutí zamýšlených zdravotních služeb, jestliže je to přiměřené rozumové a volní vyspělosti jeho věku. Tento názor musí být zohledněn jako faktor, jehož závažnost narůstá úměrně s věkem a stupněm rozumové a volní vyspělosti nezletilého paci-

enta. Pro vyslovení souhlasu s poskytnutím zdravotních služeb nezletilému pacientovi se použijí právní předpisy upravující způsobilost fyzických osob k právnímu jednání s tím, že nezletilému pacientovi lze zamýšlené zdravotní služby poskytnout na základě jeho souhlasu, jestliže je provedení takového úkonu přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti odpovídající jeho věku. Tím není dotčena možnost poskytnutí zdravotních služeb bez souhlasu v případech stanovených zákonem.

Podle § 38 zákona o zdravotních službách nezletilému pacientovi lze bez souhlasu jeho i jeho zákonných zástupců poskytnout neodkladnou péči, jde-li o zdravotní služby nezbytné k záchraně života nebo zamezení vážného poškození zdraví nebo jde-li o léčbu vážné duševní poruchy, pokud by v důsledku jejího neléčení došlo se vši pravděpodobností k vážnému poškození zdraví pacienta. Nezletilému pacientovi lze poskytnout neodkladnou péči bez souhlasu zákonného zástupce také, pokud jde u něj o podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání.

O hospitalizaci nezletilého pacienta v případě neodkladné péče je poskytovatel povinen informovat jeho zákonného zástupce. Může také informovat jinou blízkou osobu, popřípadě osobu ze společné domácnosti, pokud jsou mu známy. Není-li mu žádná taková osoba známá nebo je nelze zastihnout, je povinen informovat o hospitalizaci nezletilého pacienta v rámci neodkladné péče Policii ČR. Ta by měla šetřením zjistit, kdo je zákonným zástupcem a poskytnout mu informaci, že nezletilý pacient byl neodkladně hospitalizován.

Z uvedených ustanovení, zejména nového občanského zákoníku, je pro lékaře významné, že poskytuje-li informaci, přijímá informace a informovaný souhlas, postačí, pokud jedná s jedním ze zákonných zástupců, a není třeba, aby aktivně, byť by šlo o závažný případ, vyhledával druhého ze zákonných zástupců a vyžadoval jeho souhlas. Pokud není poskytovateli zdravotní služby známo, že by druhý rodič vyslovil s nějakým zákrokem, lékařským postupem nebo s hospitalizací aktivní nesouhlas, postačí mu souhlas jednoho ze zákonných zástupců. Pouze pokud by druhý zákonný zástupce lékaře sám kontaktoval a vyslovil svůj informovaný nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb, se kterými první zákonný zástupce souhlasil, pak by kromě případů neodkladných zdravotních služeb bylo nutno zákrok neprovést a ponechat věc na rozhodnutí soudu v opatrovnickém řízení.

Závěry pro praxi:

- 1. Souhlas s poskytnutím zdravotních služeb může poskytnout i nezletilý pacient, pokud je to přiměřené jeho rozumové a volní vyspělosti.** Co je přiměřené rozumové a volní vyspělosti, se posuzuje podle toho, jakou rozumovou vyspělost lze předpokládat u dítěte příslušného věku v průměru české populace. Pokud lékař dospěje k závěru, že jde o zákrok, kde postačí souhlas samotného nezletilého, nemusí vyžadovat přítomnost ani souhlas zákonného zástupce. Naproti tomu **lékař má vždy právo rozhodnout, že neposkytne zdravotní služby, kromě neodkladných, nezletilému pacientovi bez předchozího informovaného souhlasu jeho zákonného zástupce.** Má tedy právo kdykoli si vyžádat účast jednoho ze zákonných zástupců u poskytování jakýchkoli zdravotních služeb a neposkytnout zdravotní služby, nejde-li o neodkladné výkony, bez účasti a výslovného souhlasu jednoho ze zákonných zástupců nezletilého.
- 2. Lékař není povinen zjišťovat názor druhého z rodičů nebo jiných zákonných zástupců, například osvojitelů, a postačí mu souhlas jednoho z nich. Pokud se však aktivně přihlásí druhý z rodičů nebo jiných zákonných zástupců a vysloví nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb, je třeba to respektovat.** V takovém případě je třeba vyžádat si od nesouhlasícího zákonného zástupce písemný revers poté, co mu lékař poskytne informace o možných následcích neposkytnutí potřebných zdravotních služeb. Nejde-li o neodkladné výkony, zákrok proveden být nesmí, dokud nerozhodne soud. Dospěje-li však lékař k závěru, že je tím poškozováno zdraví nezletilého pacienta, měl by splnit svou signalizační povinnost podle zákona o sociálněprávní ochraně dětí a informovat orgán sociálněprávní ochrany dětí pověřeného obecního úřadu podle místa trvalého pobytu dítěte. Rozhodne-li posléze pravomocně soud o tom, že nahrazuje souhlas druhého z rodičů, zákrok lze provést se souhlasem soudu i bez souhlasu příslušného zákonného zástupce.
- 3. Nastane-li situace, kdy oba zákonní zástupci nebo jeden z nich vysloví souhlas se zákrokem, který představuje zásah do tělesné integrity nezletilého staršího čtrnácti let, avšak nezletilý pacient starší čtrnáct let zákroku vážně odporuje, tedy s ním nesouhlasí ani po náležitém vysvětlení a nejde o případ neodkladné péče, zákrok**



ilustrační foto: shutterstock.com

nelze provést bez souhlasu soudu, kterým by soud případně nahradil vůli nezletilého pacienta svým pravomocným rozhodnutím. Stejně tak nelze provést zákrok, s nímž sice souhlasil nezletilý, pokud zákonní zástupci nebo jeden z nich prohlásí, že se zákrokem, se kterým nezletilý pacient souhlasil, nesouhlasí. V takovém případě je třeba vyžádat si písemné prohlášení o nesouhlasu – negativní revers od příslušného zákonného zástupce a předtím mu vysvětlit možné důsledky pro zdravotní stav nezletilého pacienta. To však platí pouze v případech, kdy nejde o poskytnutí neodkladných zdravotních služeb.

4. Jde-li o neodkladné zdravotní služby nezbytné k záchraně života nebo zamezení vážného poškození zdraví u nezletilého pacienta, lze tyto zdravotní služby poskytnout bez souhlasu zákonných zástupců i bez souhlasu nezletilého pacienta. V těchto případech poskytovatel zdravotní služby postupuje bez ohledu na stanovisko nezletilého a jeho zákonných zástupců.

Také v případě léčby vážné duševní poruchy, pokud by v důsledku jejího neléčení došlo se vši pravděpodobností k vážnému poškození zdraví nezletilého pacienta, lze zdravotní služby poskytnout bez souhlasu nezletilého pacienta i jeho zákonných zástupců. Stejně tak nezletilému pacientovi lze poskytnout neodkladnou péči bez souhlasu zákonného zástupce, je-li u něho podezření na týrání, zneužívání nebo zanedbávání zdravotní péče. V případě podezření na týrání nezletilého pacienta je každý zdravotnický pracovník neprodleně povinen splnit prokazatelným způsobem oznamovací povinnost o podezření z trestného činu týrání svěřené osoby Policii ČR nebo státnímu zastupitelství. Lékař nebo jiný zdravotník, který splnil tuto povinnost, by o tom vždy měl mít doklad prokazující, že oznámení skutečně podal. Neoznámení trestného činu týrání svěřené osoby je totiž trestným činem, za který může být zdravotník trestně stíhán. Nejde-li o podezření na týrání nezletilého dítěte, ale je důvodné podezření, že jeho zdravotní stav je zákonnými zástupci zanedbáván, je poskytovatel zdravotní služby povinen splnit svou signalizační povinnost vůči orgánu sociálněprávní ochrany dětí pověřeného obecního úřadu a sdělit tomuto úřadu skutečnosti nasvědčující tomu, že zákonní zástupci zanedbávají zdravotní péči o nezletilé dítě.

Ke konkrétním případům

Pokud se v intencích těchto informací vrátíme k našim shora uvedeným případům a jejich řešení:

Dětský psychiatr, na kterého se obrátil otec nezletilého s tím, že zakazuje jakoukoli další léčbu a žádá okamžitě vyřazení pacienta z jeho péče, musí posoudit, zda by v důsledku neléčení případně závažné duševní choroby došlo se vši pravděpodobností k vážnému poškození zdraví nezletilého pacienta. To bude patrně pouze v menším počtu jasných, naléhavých případů, kdy nepokračování psychiatrické léčby nebo její přerušování do doby, než případně rozhodne v opatrovnickém řízení soud, by mohlo nezletilého velmi vážně poškodit. Jinak by však měl otce nezletilého vyzvat, aby se dostavil do ordinace, podal mu informace, jaké následky může mít jeho rozhodnutí přerušit nebo ukončit poskytování zdravotních služeb nezletilému, a pokud setrvá na svém stanovisku, vyžádat si písemný informovaný nesouhlas – negativní revers. Současně by měl informovat i matku nezletilého, že léčba byla na základě rozhodnutí otce ukončena do doby, než případně nahradí souhlas otce s léčbou rozhodnutí soudu. Požadavek, aby zlikvidoval zdravotnickou dokumentaci nezletilého, samozřejmě akceptovat nelze, zdravotnická dokumentace není věcí, se kterou by mohl volně disponovat pacient nebo jeho zákonný zástupce, a její vedení je upraveno právními předpisy bez ohledu na přání pacientů nebo jejich zákonných zástupců. Tomuto přání tedy lékař pochopitelně vyhovět nemůže.

V případě matky, která se dostavila na ortopedické oddělení nemocnice s tím, že nesouhlasí s provedením ortopedického zákroku u nezletilého, neboť tento zákrok zajistí na klinice u svého známého lékaře, bude třeba posoudit, zda zákrok je, či není v tu chvíli neodkladný. Ve většině případů neodkladný nebude. V takovém případě je třeba, aby matce byly poskytnuty informace pro případ, že by zákrok nebyl proveden, o možných důsledcích pro zdravotní stav nezletilého a byl vyžádán její písemný nesouhlas – revers, do kterého je samozřejmě možné a v daném případě vhodné uvést, že matka nezletilého odmítá provedení zákroku pouze v místní nemocnici, avšak prohlašuje, že zákrok zajistí na klinice u svého známého. Negativní revers však v tomto případě doporučujeme vždy si vyžádat, byť matka tvrdí, že zákrok samotný proveden bude a s poskytnutím zdravotní služby souhlasí, avšak na jiném pracovišti. Může nastat situace, kdy nakonec by zákrok

proveden nebyl, a mohlo by být namítáno, že matka nebyla poučena o možných následcích a nebyl od ní vyžádán písemný informovaný nesouhlas – revers, jak vyžaduje zákon o zdravotních službách. V daném případě, i kdyby otec souhlasil s provedením zákroku v místní nemocnici a nesouhlasil s rozhodnutím matky, že zákrok bude proveden na klinice, nepůjde-li o případ neodkladného zdravotního výkonu, nelze proti vůli matky nezletilého zákrok provést a je třeba její informovaný souhlas respektovat.

V případě patnáctiletého pacienta, jehož rodiče si nepřejí, aby mu lékaři předkládali písemný informovaný souhlas s lékařským zákrokem, protože by jej text souhlasu mohl znejistit a mohl by zaujmout negativní stanovisko, ač mu již sami doma vše vysvětlili a on se zákrokem souhlasil, je třeba vzít v úvahu, že zákon nevyžaduje písemný informovaný souhlas nezletilého staršího čtrnácti let se zásahem do tělesné integrity, ale požaduje pouze, aby zákrok nebyl proveden, není-li neodkladný, pokud nezletilý starší čtrnácti let zákroku vážně odporuje. Nezletilý by samozřejmě měl obdržet informace odpovídající jeho věku a rozumové vyspělosti v rámci informovaného souhlasu, není však stanoveno, že tyto informace musí obdržet v písemné formě. Na jedné straně by tedy lékaři mohli uznat, že předkládání klasického písemného informovaného souhlasu nezletilému pacientovi k podpisu je v daném případě zbytečné, pokud mu bylo ústně vysvětleno, o čem jde, nezletilý zákroku vážně neodporuje a souhlasí s ním a písemný informovaný souhlas případně podepsali oba zákonní zástupci nebo aspoň jeden z nich. Na druhé straně, pokud by lékaři usoudili, že je vhodné, aby i sám nezletilý, který již je dostatečně rozumově vyspělý a zajímá se o povahu zákroku a jeho rizika, byl seznámen s písemným textem klasického informovaného souhlasu podepisovaného v těchto případech, nemohou si rodiče vynutit, že nezletilý tyto písemné informace neobdrží a že od něho nebude souhlas v písemné formě žádan, pokud tak poskytovatel zdravotní služby stanovil. Je tedy na lékařích, aby v daném případě posoudili, jaký postup bude i s ohledem na psychiku nezletilého patnáctiletého chlapce zvolen.

V případě nejistoty a nejasnosti se lze samozřejmě obracet na právní kancelář České lékařské komory a v případě, kdy bude nebezpečí z prodlení, se lze obrátit i na tísňovou linku zveřejněnou na webových stránkách.

JUDr. Jan Mach,

ředitel právní kanceláře ČLK

ZAREGISTRUJTE SE K ODBĚRU ZAMĚŠTNÁNÍ VE ZDRAVOTNICTVÍ V ELEKTRONICKÉ PODOBĚ NA WWW.ZAMESTNANIveZDRAVOTNICTVI.CZ A ZÍSKEJTE AKTUÁLNÍ PŘEHLED NABÍDEK PRACOVNÍCH POZIC VE ZDRAVOTNICTVÍ Každý desátý zaregistrovaný obdrží jako dárek odbornou knihu z nakladatelství Grada Publishing.

– Lékař na Oddělení cévní a plastické chirurgie: specializovaná způsobilost v chirurgii, výhodou specializovaná způsobilost v plastické chirurgii, případně splnění základního kmene chirurgii. Více informací na <http://www.nemocnice-pardubice.cz/stranka/pro-obdobniky/zamestnani/lekari/173/>

NEMOCNICE JINDŘICHŮV HRADEC, A. S. LÉKAŘ NA DĚTSKÉ ODD.

Nemocnice Jindřichův Hradec, a. s. přijme lékaře na dětské odd.

■ **Nabízíme:** nadstandardní mzdové podmínky dle dosaž. praxe a kvalifikace; smluvní plat; možnost dalšího odborného růstu, jsme držitelé akreditace pro další vzdělávání; získání atestace bez smluvního závazku; možnost získání funkčního místa; 5 týdnů dovolené; příspěvek na penzijní připojištění; nástup ihned nebo dle dohody.

■ **Kontakt:** prim. MUDr. J. Rytíř, 384 376 126, rytir@nemjh.cz

NSP Nemocnice s poliklinikou
Karviná - Ráj, příspěvková organizace

přijme do pracovního poměru
lékaře se specializovanou
způsobilostí na
RDG oddělení
pracoviště Karviná

**Nabízíme: nadstandardní finanční
ohodnocení a možnost ubytování**

Informace: prim. MUDr. Simona Kupková
T: +420 596 383 200, E: kupkova@nspka.cz
Žádosti spolu s profesním životopisem
zasílejte na email: letochova@nspka.cz

www.nspka.cz

NEMOCNICE BLANSKO LÉKAŘE VÍCE SPECIALIZACÍ

Nemocnice Blansko přijme lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru: radiologie a zobrazovací metody, neurologie, vnitřní lékařství (pro vedení JIP odd.), klinická biochemie (event. zařazení do oboru).

■ **Kontakt:** bližší informace získáte na personálním odd. na tel: 516 838 116, e-mail: machacova@nemobk.cz

NEMOCNICE VÝŠKOV, P. O. PRIMÁŘE A LÉKAŘE

Nemocnice Vyškov, p. o. přijme do pracovního poměru: primáře centra léčebné rehabilitace s atestací nebo ŠZ a praxí min. 10 let; lékař internista, ARO, neurolog, urolog.

■ **Požadujeme:** lékař s atestací v oboru, popř. v přípravě nebo absolvent; plný úvazek; odbornou způsobilost k výkonu zdrav. povolání lékaře v ČR; zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost dle zákona č.95/2004 Sb.; licenci pro výkon lékařské; platové podmínky dle odborné způsobilosti a délky praxe; nástup po dohodě.

■ **Kontakt:** informace u náměstka pro zdravotní péči pojezna@nemvy.cz, tel. +420 517 315 104.

■ **Pisemné přihlášky** doložte přehledem dosavadní praxe, profesním životopisem, doklady o vzdělání a výpisem z rejstříku trestů, ne starší 3 měsíce, do 3 týdnů od zveřejnění inzerátu na adresu: Nemocnice Vyškov, p. o., Náměstek právně personální, Purkyňova 36, 682 17 Vyškov

NEMOCNICE KYJOV ZUBNÍ LÉKAŘ

Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace přijme zubního lékaře/lékařku pro stomatologickou ambulanci.

■ **Požadujeme:** ukončené VŠ vzdělání v oboru zubní lékařství; zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb. v platném znění.

■ **Nabízíme:** PP na dobu neurčitou; dobré pracovní podmínky; odpovídající finanční ohodnocení; možnost dalšího vzdělávání; příspěvek na penzijní připojištění; parkování v areálu nemocnice.

Nástup možný ihned.

■ **Kontakt:** bližší informace podá MUDr. Blažek na tel. 606 310 312, e-mail: blazek@nemkyj.cz. V případě Vašeho zájmu zašlete profesní životopis na adresu: Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace, sekretariát, Strážovská 1247, 697 33 Kyjov nebo na e-mail: sekretariat@nemkyj.cz.

NEMOCNICE KYJOV PRIMÁŘ/KA ODD. NUKLEÁRNÍ MEDICÍNY

Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace vypisuje výběrové řízení na pozici: Primář/ka oddělení nukleární medicíny.

■ **Požadujeme:** specializovanou způsobilost v oboru nukleární medicíny (vč. dokladů o dosaženém vzdělání ev. osvědčení MZ ČR dle zák. č. 95/2004 Sb.); členství v ČLK s platnou licenci vedoucího lékaře.

■ **Dále požadujeme:** trestní bezúhonnost doloženou výpisem z trestního rejstříku ne staršího 90 dnů; doklad o zdravotní způsobilosti; stručný životopis s přehledem dosavadní praxe; zaslání přihlášky do výběrového řízení vč. úředně ověřených kopií požadovaných dokladů.

■ **Kontakt:** přihlášky do VŘ zasílejte na adresu: Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace, sekretariát, Strážovská 1247, 697 33 Kyjov do 30. 4. 2014.

ROYAL SPA, A. S.

PRIMÁŘ/PRIMÁŘKA

Lázně Velké Losiny s. r. o. hledají do svého týmu PRIMÁŘE/PRIMÁŘKU.

■ **Požadujeme:** VŠ nejlépe v oblasti neurologie/ortopedie, podmínkou je atestace a odbornost FBRL.

■ **Nabízíme:** zázemí stabilní české společnosti, příspěvek na stravování, dobré finanční ohodnocení, možnost seberealizace a odborného vzdělávání, příjemné pracovní prostředí.

■ **Kontakt:** vaše CV s uvedením praxe zašlete paní Křečkové na email:

hr@royalspa.cz nebo na adresu

Royal Spa, a.s., Opletalova 27, Praha 1.

PRODEJ/PRONÁJEM

SOUKROMÉ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ MEDIKOS AMBULANCE S. R. O. ZLÍN

PRODEJ ULTRAZVUKU

Prodá: Ultrazvuk Siemens Accuson X300, CH5-2 Curved Array Transducer, VF10-5 Linear Array Transducer, Printer Mitsubishi X300, rok výroby 2009, cena 195 000,- Kč.

■ **Kontakt:** celustkova@mediekoslabor.cz

577 007 311, 606 674 125

MAMMOCENTRUM Nový Jičín,

jako součást Komplexního onkologického centra v Novém Jičíně,

**přijme do pracovního poměru na plný
nebo zkrácený úvazek**

lékaře – radiologa

**se zájmem o mamární diagnostiku
i klasickou radiologii.**

Specializovaná způsobilost v oboru radiologie a zobrazovací metody je vítána, není podmínkou. Znalost mamární diagnostiky výhodou, není podmínkou. Místo je také vhodné pro lékaře před ukončením specializačního vzdělávání, možnost uzavření dohody o prohlubování kvalifikace. Nástup možný ihned.

Nabízíme:

smluvní mzdu výrazně nad úroveň tabulkového platu, možnost příspěvku na přechodné ubytování, další benefity, práci na specializovaném pracovišti vybaveném nejmodernějšími technologiemi, ambulantní jednosměnný provoz.

Požadujeme:

schopnost práce v týmu, komunikativnost, vstřícné jednání s pacienty, asertivní chování, vysoké pracovní nasazení.

Provádíme:

komplexní mamární diagnostiku – mamografie, ultrasonografie, intervenční výkony pod stereotaktickou a ultrazvukovou kontrolou včetně vakuové mamotomie. Klasickou radiologii – skiagrafie, ultrasonografie včetně Dopplera. Pracoviště je plně digitalizováno.

RDG ambulance

ve Frenštátě pod Radhoštěm

**přijme do pracovního poměru
na zkrácený úvazek**

lékaře – radiologa

**se specializovanou způsobilostí
v oboru radiologie
a zobrazovací metody.**

Pracovní úvazek je možné kombinovat do plného úvazku s úvazkem v Mammocentru Nový Jičín (viz. vedlejší inzerát). Nástup dle dohody.

Nabízíme:

smluvní mzdu výrazně nad úroveň tabulkového platu, možnost příspěvku na přechodné ubytování, další benefity, práci v ambulantním jednosměnném provozu na poliklinice.

Požadujeme:

schopnost samostatné práce, komunikativnost, vstřícné jednání s pacienty, asertivní chování, vysoké pracovní nasazení.

Provádíme:

skiagraficko – skiaskopická vyšetření, ultrasonografie včetně Dopplera na plně digitalizovaném pracovišti.

Kontakt: Novojičínské diagnostické centrum, s.r.o., Dvořákova 2211/27, 741 01 Nový Jičín
Ing. Iva Radinová, jednatelka,
e-mail: radinova.rdg@onkologickecentrum.cz, mobil: +420 603 219 623
nebo MUDr. Zdeněk Mutina, primář,
e-mail: mutina.rdg@onkologickecentrum.cz, mobil: +420 603 522 764



Die **Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg**,
eine Gesundheitseinrichtung der Oö.
Gesundheits- und Spitals-AG, bietet laufend folgende Positionen:

Facharzt/-ärztin Anästhesiologie und Intensivmedizin

Die Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg versteht sich als Spezialklinik für neurochirurgische, psychische, neurologische und geriatrische Erkrankungen.

Aufgabengebiet:

- Perioperative anästhesiologisch-intensivmedizinische Betreuung von neurochirurgischen, neurologischen Patienten
- Anästhesiologisch-intensivmedizinische Betreuung von Patienten bei invasiven diagnostischen, interventionellen und operativen Eingriffen
- Ärztliche Versorgung der anästhesiologischen Intensivstationen (18 Betten), Anästhesieambulanz, des Aufwachraums und der abteilungseigenen Schmerzambulanz
- Akutversorgung von vital gefährdeten Patienten in der Landes-Nervenklinik Linz

Voraussetzungen

- Facharztanerkennung für Anästhesiologie und Intensivmedizin
- Ergänzende Unterlagen für die Eintragung in die Österreichische Ärzteliste <http://www.aerztekammer.at/arztliche-taetigkeit-von-eu-burgern-und-drittstaatsangehoerigen>

Wir bieten:

- Monatsbruttogehalt bei Vollzeit im Angestelltenverhältnis: ab EUR 4.500,-
- Abgeltung der Sonn-, Feiertags- und Nachdienste erfolgt zusätzlich.
- Verschiedenste Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten
- Unterstützung bei der Wohnungssuche wird ebenfalls gewährleistet.

Dienstbeginn ist jederzeit nach Vereinbarung möglich.

Arzt in Ausbildung zum/zur Facharzt/-ärztin für Anästhesiologie und Intensivmedizin

Die Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg versteht sich als Spezialklinik für neurochirurgische, psychische, neurologische und geriatrische Erkrankungen.

Aufgabengebiet:

Alle ärztlichen Tätigkeiten im Sinne der Ausbildungsordnung

Unter fachärztlicher Aufsicht:

- Perioperative anästhesiologisch-intensivmedizinische Betreuung von neurochirurgischen, neurologischen Patienten
- Anästhesiologisch-intensivmedizinische Betreuung von Patienten bei invasiven diagnostischen, interventionellen und operativen Eingriffen
- Ärztliche Versorgung der anästhesiologischen Intensivstationen (18 Betten), Anästhesieambulanz, des Aufwachraums und der abteilungseigenen Schmerzambulanz
- Akutversorgung von vital gefährdeten Patienten in der Landes-Nervenklinik

Voraussetzungen

- abgeschlossenes Medizinstudium
- Bereitschaft zur Weiterbildung
- wünschenswert:
 - absolvierte Pflichtnebenfächer Innere Medizin und Chirurgie
 - ergänzende Unterlagen für die Eintragung in die Österreichische Ärzteliste <http://www.aerztekammer.at/arztliche-taetigkeit-von-eu-burgern-und-drittstaatsangehoerigen>

Wir bieten:

- Monatsbruttogehalt bei Vollzeit im Angestelltenverhältnis: ab EUR 3.400,-
- Abgeltung der Sonn-, Feiertags- und Nachdienste erfolgt zusätzlich.
- Verschiedenste Aus- und Fortbildungsmöglichkeiten
- Unterstützung bei der Wohnungssuche wird ebenfalls gewährleistet.

Dienstbeginn ist jederzeit nach Vereinbarung möglich.

Für Informationen steht Ihnen der Leiter der Abteilung für Anästhesie und Intensivmedizin, Univ. Prof. Dr. Udo M. Illievich, Tel.: 05 055462-22701 bzw. email: udo.illievich@gespag.at gerne zur Verfügung. Weiters gibt Ihnen OA Dr. Tomas Narovec, DW 25915 gerne dazu Auskunft.

Bei Interesse laden wir Sie ein, den gesamten Ausschreibungstext unter www.gespag.at/jobs nachzulesen und sich dort das erforderliche Bewerbungsformular herunterzuladen.

Ihre aussagekräftigen Unterlagen senden Sie bitte gemeinsam mit dem Bewerbungsformular an:
Landes-Nervenklinik Wagner-Jauregg, z.H. Frau Heidemarie Bräuer, Wagner-Jauregg-Weg 15, 4020 Linz

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!
Gesundheits- und Spitals AG (gespag)

www.registracenz.cz, ucetnictvinzz@seznam.cz,
608 915 794

SEZNÁMENÍ

Ozve se mi mladší senior z Brněnska k vyplnění života?
Kontakt: tatwil@seznam.cz

Mladá štíhlá lékařka z Prahy hledá kolegu – společné
zájmy nejenom v medicíně. Odpovím všem. Možno
navázat i profesní spolupráci. Kontakt: m.praha99@seznam.cz

Lékařka, 35 let, bez závazků, hledá kolegu k vážnému
seznámení. Kontakt: eveline11@seznam.cz

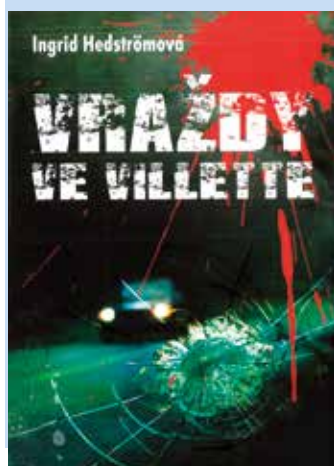
Křížovka o ceny

V tajence křížovky v Tempus medicorum 3/2014 se skrýval citát z knihy *Richarda Gordona Zamilovaný doktor: Dobrý anesteziolog je něco jako francouzský šéfkuchař. Znáte to – vem trochu čistého kyslíku, okořeň to špetkou éteru, dej malou lžičku pentotalu...*

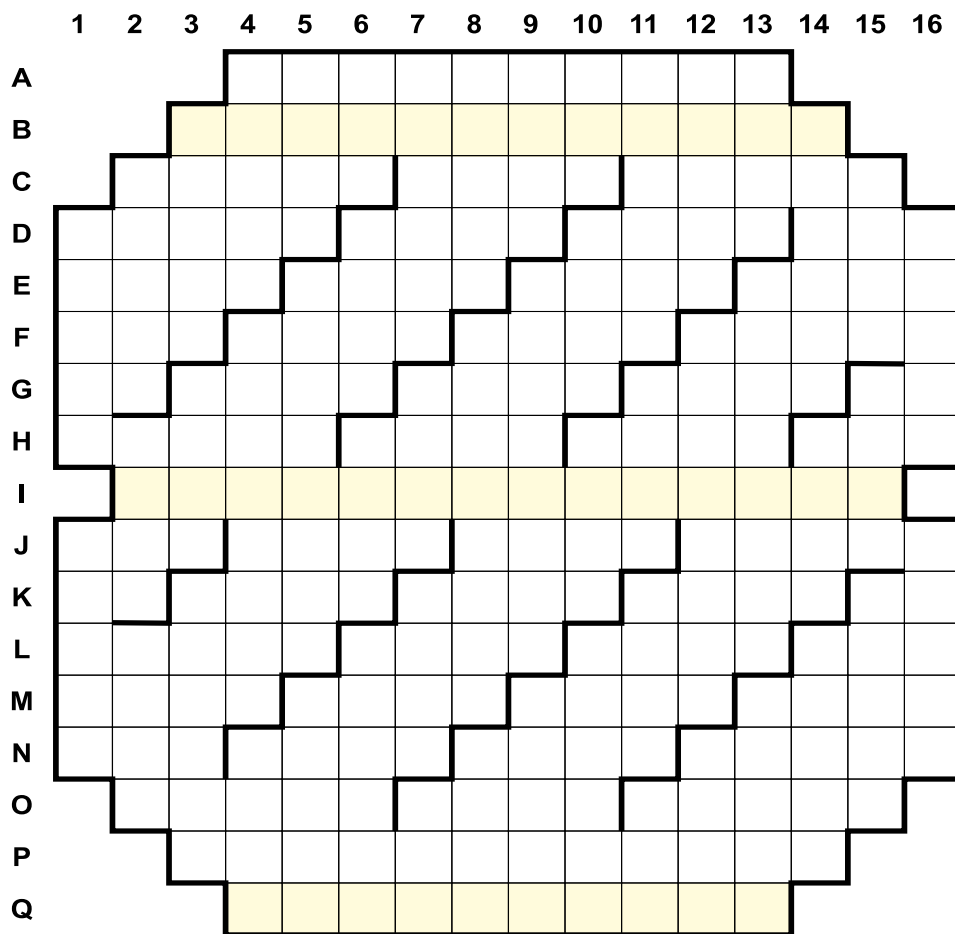
Detektivní román *Ingrid Hedströmové Vraždy ve Villette* získává deset vylosovaných luštitelů: **Jan Černý st.**, Chomutov; **Slavomír Kartusek**, České Budějovice; **Blanka Kučerová**, Praha 9-Hloubětín; **Lucie Kudrnová**, Napajedla; **Karel Landa**, Ústí nad Labem; **Rudolf Macháček**, Sokolov; **Jarmila Miklová**, Železný Brod; **Michal Petras**, Karlovy Vary; **Marcela Rejřířová**, Praha 4; **Emilie Sagherová**, Brno. Na správné řešení tajenky z čísla 4/2014 čekáme na adrese recepce@clkcr.cz do **28. dubna 2014**.

Hodně štěstí!

Upozornění: Do slosování o ceny mohou být zařazeni pouze lékaři registrovaní v České lékařské komoře.



KŘÍŽOVKA O CENY



Od té chvíle, co slyšela v rádiu, že hudební skladatel Rossini se narodil v Pessaru, ...
(dokončení citátu Norberta Frýda je v tajence).

VODOROVNĚ: **A.** Odstraňovati závady. – **B. 1. díl tajenky.** – **C.** Český herec; lihovina z rýže; souzvuk tónů. – **D.** Francouzský malíř; boty; záupění; jméno spisovatele Levina. – **E.** Arabské mužské jméno; bál; styl hudby; Jiráskův román. – **F.** Šachová remíza; slovensky „křik“; německy „pár“; hnědí motýli. – **G.** Kterýžto; hudební nástroj; anglicky „třídít“; značka zubní pasty; tahle. – **H.** Kaprovitá ryba; malé závaží; štetina kance; hluboký ženský hlas. – **I. 2. díl tajenky.** – **J.** Pytlovitá rybářská síť; taveniny; šumivé víno; porézní usazená hornina. – **K.** Polní plošná míra; ženské jméno; bývalý slovenský politik; údaje; slovensky „ve“. – **L.** Nepohoda; řecké písmeno; mistři popravčí; zpěvný pták. – **M.** Druh lemura; uctívané bytosti; indická směs koření; citoslovce prsknutí. – **N.** Obchodní dům pro kutily; tyče; vření; pračka. – **O.** Literární útvary; hle; tropická popínavá rostlina. – **P.** Hudebník. – **Q. 3. díl tajenky.**

SVISLE: **1.** Co; část Německa. – **2.** Chemická zbraň; vymřelý kočovník; evropský veletok. – **3.** Zkypřit pluhem; jeden ze smyslů; dodatečné vytištění. – **4.** Díra; množství; anglicky „pomoc“. – **5.** Čistit vodou; předstojná žláza; ruský šlechtic. – **6.** Koryš; domácí Oldřich; slavná herečka; Ravelova skladba. – **7.** Tatarský náčelník; tětí; myšlenka; cvik na hrazdě. – **8.** Infekční činitel; posekati; závit. – **9.** Severské mužské jméno; šlechtična; zvlněný pramen vlasů. – **10.** Tlumok; značka aut; taťka (slovensky); asijský bojový sport. – **11.** Film Jamese Camerona; druh pcháče; prezenty; občané. – **12.** Pípaní; odpovědětí dopisem; noviny. – **13.** Čistidlo na skla; uzavřítí; kovové desky. – **14.** Nádoba na moč; ženské jméno; styk ploch. – **15.** Rváč; práchnivět; výběžek pevniny vysunutý do vody. – **16.** Obyvatel světadilu; rolovaný pokrm.

Pomůcka: *atabek, sort.*



Česká lékařská komora pořádá právní seminář

PRÁVNÍ AKTUALITY PRO LÉKAŘE A LEGISLATIVNÍ ZÁMĚRY MINISTERSTVA ZDRAVOTNICTVÍ

Kongresové centrum „U Hájků“, Na Poříčí 42, Praha 1
čtvrtek 5. června 2014

*(od stanice metra Florenc 2 minuty pěšky, možnost placeného parkování
přímo v objektu v podzemních garážích nebo poblíž, pod magistrálou)*



Registrace: 8.30 hod. ● Zahájení: 9.30 hod. ● Zakončení: 16.00 hod.

Kredity: 6

Poplatek: člen ČLK 660 Kč, ostatní 2000 Kč (V ceně semináře je zahrnuto občerstvení, včetně oběda.)

Číslo účtu: 19-1083620217/0100, variabilní symbol 7414

Potvrzení o úhradě registračního poplatku je nutné předložit u registrace.

Program:

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK

Právní aktuality v oblasti odpovědnosti, aplikace nového občanského zákoníku, náhrady škody a nemateriální újmy, pojištění poskytovatelů, trestní odpovědnost, znalecké posudky.

MUDr. Mgr. Dagmar Záleská, právnička ČLK

Právní vztahy zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotních služeb, aplikace nálezů Ústavního soudu, problémy v praxi, dohoda ČLK s VZP ČR.

Mgr. Bc. Miloš Máca, právník ČLK

Další praktické problémy lékařů řešené právní kanceláří komory.

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

Legislativní záměry Ministerstva zdravotnictví ČR.

Diskuse účastníků semináře s přednášejícími.

Program bude upřesněn na základě časových možností pozvaných hostů a bude včas k dispozici na www.clker.cz.

Přihlášku na akci vyplňte na adrese: www.lker.cz, vzdělávání, kurzy ČLK, číslo kurzu 74/14

Své evidenční číslo (EC) najdete vpravo v seznamu registrovaných lékařů.

Bližší informace obdržíte 10 dnů před konáním akce.