



TEMPUS MEDICORUM

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

3/2010

ROČNÍK 19

V TOMTO ČÍSLE:

**Jak postupovat
při rozhodování
o přechodu z intenzivní
terapie na léčbu
paliativní**

**ČLK se omluvila
židovským lékařům
za křivdy z roku 1938**



**Mladí lékaři měli
ustavující shromáždění**

**Hlavní problémy
českého zdravotnictví
a jak je řešit**

**Lékaři a lékárníci
společně odmítají
centrální úložiště dat**

PLUS



**Farmakoterapeutické
informace SÚKLU**

Strategie léčby chronických ran
Sitagliptin a riziko pankreatitidy



Vesnický doktor Hugo Engelhart Rytířem českého lékařského stavu



inzerce

Imunoglukan®

beta-(1,3/1,6)-D-glukan a vitamin C

Posiluje obranyschopnost organismu.

Použití

- při opakovaném podávání antibiotik
- při opakovaných infekcích (např. HCD aj.)
- při zvýšené zátěži imunitního systému (včetně alergických stavů)
- při velkém psychickém či fyzickém stresu
- při radioterapii a chemoterapii



dupla stry



Vždy pomáhat, nikdy neškodit

Vždy pomáhat, nikdy neškodit – tento základní imperativ lékařské etiky platí a bude platit a jeho bezvýhradné dodržování je nezbytnou podmínkou, aby pacient mohl věřit svému lékaři. Právě touto základní myšlenkou lékařské přísahy se řídila Česká lékařská komora při tvorbě doporučení, jak mají lékaři postupovat při rozhodování, zda má smysl pokračovat v léčbě intenzivní, či zda je naopak v zájmu pacienta lepší přejít na léčbu paliativní. Náš dokument posiluje práva pacientů. Dává jim totiž jistotu, že budou léčeni intenzivně, dokud to bude mít smysl, a naopak že se jim dostane paliativní léčby, která zmírní jejich utrpení, v případě, že již nebude naděje na vyléčení jejich choroby či alespoň prodloužení jejich života.

Žádnému pacientovi nesmí být a ani nebude odmítnuta léčba! Lékaři pouze musí v jeho zájmu rozhodnout, jaká léčba je pro něho nejprínosnější. Naší povinností je udržovat život, nikoliv prodloužovat umírání a prohlubovat utrpení nevyléčitelně nemocných pacientů.

Léčebný postup, který již nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta, není z medicínského hlediska indikován. Taková marná a neúčelná léčba není v zájmu pacienta a jedním z cílů našeho doporučení je právě chránit pacienty před zbytečnou bolestí a utrpením, které by jim taková zbytečná agresivní léčba přinášela.

Naše doporučení nemá vůbec nic společného s ekonomikou zdravotnictví. Jde o otázku lékařské etiky a o návod, jak nejlépe mají lékaři naplnit své poslání, tedy vždy pomáhat pacientům a nikdy jim neškodit. Naším cílem není šetřit peníze, ale chránit pacienty před zbytečným utrpením.

V žádném případě nejde o pokus legalizovat v ČR eutanázii. Eutanazie, tedy usmrcení jiné osoby ze soucitu, není v ČR legální a lékařská komora s ní nesouhlasí. Nepřípustné a trestné je rovněž napomáhání k sebevraždě, ale ani s takovým skutkem nemá naše doporučení nic společného. Člověk není zvíře, aby ho bylo možno jako psa utratit. Riziko zneužití eutanazie by bylo obrovské. Dovedu si představit příbuzné, kteří by svého dědečka či babičku již dokázali přesvědčit, aby tito staří a nemocní lidé „dobrovolně“ žádali lékaře o smrt. Ostatně pokud budeme mít kvalitní a dostupnou paliativní péči, nezůstane podle mého názoru zastáncům eutanazie příliš argumentů.

Doporučení komory se týká pacientů, kterým jejich zdravotní stav již nedovoluje projevit svoji vůli. Předchozí názor pacienta pochopitelně musí být lékaři, v souladu s článkem číslo 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně, brán v potaz. A pokud to pacient nezakázal, musí být rodina o jeho zdravotním stavu řádně informována. Konečné rozhodnutí je však na lékařích nesoucích plnou odpovědnost, kterou nemohou přenášet na rodinu pacienta.

Pojistky proti zneužití našeho doporučení pochopitelně také existují. Rozhodnutí o změně intenzivní léčby v léčbu paliativní musí být, stejně jako rozhodnutí o nezahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby, řádně zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci pacienta, přičemž tento zápis musí obsahovat zhodnocení zdravotního stavu pacienta a medicínské zdůvodnění tohoto lékařského rozhodnutí. Základem pro správné rozhodnutí je dokonalé vyšetření pacienta, jehož výsledky včetně léčebné rozvahy musí být součástí pacientovy dokumentace. Musí být zkrátka nepochybnitelně prokázáno, že stav pacienta je zcela beznadějný. Za závěrečné rozhodnutí sice nese odpovědnost vedoucí lékař příslušného pracoviště nebo jím určený lékař, avšak do procesu rozhodování mají být zahrnuti všichni členové ošetřujícího zdravotnického týmu. Dodržení tohoto postupu považujeme za dostatečnou záruku toho, že rozhodování bude odborně podloženo a kontrolovatelné.

Dokument byl rok diskutován na půdě ČLK předními odborníky. Prvotní návrh vypracovaly odborné společnosti anesteziologie a resuscitace a urgentní medicíny. Dokument byl doporučen vědeckou radou ČLK i etickou komisí ČLK, v níž kromě lékařů zasedají právníci, filozofové a obecně uznávané osobnosti. Teprve poté mohl být jednomyslně schválen představenstvem komory.

Ani moderní medicína bohužel není všemocná a nejenom my lékaři, ale zejména rodinní příslušníci se musí vyrovnávat se skutečností, že život některých pacientů nelze zachránit ani prodloužovat bez nesmírného utrpení. Před touto skutečností nemá smysl zavírat oči. Česká lékařská komora měla odvahu problém pojmenovat a pokusila se dát lékařům určité doporučení. Věřím, že se nám to podařilo. A pokud bychom třeba jen jednoho jediného pacienta uchránili před zbytečným utrpením, pak by ta roční práce desítek odborníků nebyla zbytečná.

Milan Kubek, prezident ČLK

TÉMA MĚSÍCE 2-7

Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní

RYTÍŘ ČESKÉHO LÉKAŘSKÉHO STAVU 8-9

Hugo Engelhart v lékařské síni slávy

FINANCOVÁNÍ ZDRAVOTNICTVÍ 10-13

Hlavní problémy českého zdravotnictví a jak je řešit

CENA PRINCE MAHIDOLA 13

Světové ocenění i pro lékaře z Česka

OMLUVA ŽIDOVSKÝM LÉKAŘŮM 14

ČLK se omluvila židovským lékařům za křivdy z roku 1938

INZERTNÍ PŘÍLOHA 15-30

Léčba a profylaxe warfarinem v ordinaci praktického lékaře
Možnosti fytotherapie u kognitivních poruch: Ginkgo biloba
Profil přípravku – Bilobil Duo
Epidemiologie, diagnostika a léčba bronchogenního karcinomu
Interview s MUDr. Igorem Karenem (SVL ČLS JEP)
Léčba chronické obstrukční plicní nemoci
Profil přípravku – Solmucol
Musíme pochopit význam Elektronických zdravotních knížek

PŘÍLOHA FI

Strategie léčby chronických ran
Sitagliptin a riziko pankreatitidy

CENTRÁLNÍ ÚLOŽIŠTĚ DAT 31-33

S centrálním úložištěm dat nesouhlasí profesní komory, pacienti, ani Úřad pro ochranu osobních údajů

STANDARDS ZA 125 MILIONŮ 34-35

Vysvětlení ministryně Juráskové

PRAVNÍ PORADNA 36-38

Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků
Nález Ústavního soudu a smlouvy soukromých lékařů s pojišťovny

MLADÍ LÉKAŘI 39

Mladí lékaři měli ustavující shromáždění

SERVIS 41-44

Konference ČLK
Vzdělávací kurzy ČLK
Inzerce
Křížovka

Měsíčník TEMPUS MEDICORUM

Vydává: Česká lékařská komora, Dolní nám. 38, 771 00 Olomouc

Registr. číslo MK ČR 6582 - ISSN 1214-7524 - IČO 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.roksova@ev-pr.cz

Grafická úprava, sazba, inzerce: Edukafarm, spol. s r. o.

Design: Ing. Jindřich Hurt

Marketing a inzerce: Ing. Renáta Podracká,

mobil: 724 261 177, tel.: 224 252 435,

e-mail: renata.podracka@edukafarm.cz

Tisk: EUROPRINT Modřany, a. s.

Uzávěrka čísla 3: 24. 3. 2010 • Vyšlo: 29. 3. 2010

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

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

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

Předplatné pro nečleny ČLK 300 Kč/rok

(příjímá 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,

IČO, DIČ, telefon, e-mail. Bez těchto informací nebude inzerát

zveřejněn.



Jaký je váš postoj k doporučení představenstva ČLK o změně léčby intenzivní na paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli?

Souhlasím.

Petr Švenda, otolaryngolog, Zlín, Valašské Klobouky

Myslím si, že toto doporučení je první vlaštovkou nebo spíše prvním oficiálním materiálem, který se snaží definovat problémy nevléčitelně nemocných pacientů, kdy tichá praxe vedla po celá léta k tomu, že přechod na paliativní způsob léčby byl vnímán jako negativum. Stejně jako panuje pomýlená představa, že pokud se začne onkologickému pacientovi píchat morfin, tak už není jiné cesty, tak je nutné definovat, že pokud je kauzální léčba nemožná, je nutné respektovat ideu důstojné smrti. Celý problém je ale v tom, že definice paliativní péče musí být jasně daná a také známá nejen veřejnosti, tedy pacientům a příbuzným, ale i lékařům a zdravotníkům obecně. Přechod na kvalitativně a kvantitativně jiný, ale stejně plnohodnotný způsob léčby je nesmírně náročný pro všechny zdravotníky i pro pacienta, je náročný na komunikaci s pacientem, s jeho rodinou. Je nutné opakovat, že paliativní způsob léčby neponechá pacienta bez pomoci, že se nejedná jen o odnětí kauzální léčby, ale že všechny důležité symptomy, které kvalitu konce života ovlivňují, budou podle posledních znalostí EBM řešeny ku prospěchu pacienta, že se v žádném případě nejedná o způsob umělého zkracování života, ale pouze o snahu o v maximální možné míře důstojný konec života, kdy již je tento konec nezvratným faktem. Materiál vydaný Českou lékařskou komorou může sloužit jako pomůcka, a teprve praxe ukáže, jak a ve kterých oblastech ho doplnit, je-li nutné ho doplnit a měnit. Jak jsem ale předeslal, je dobře, že se veřejně komora k tomuto problému přihlásila.

*Bohumil Skála, Ph.D., všeobecný praktický lékař,
člen výboru SVL ČLS JEP,
předseda revizní komise ČSPM ČLS JEP*

Jako lékař záchrané služby Olomouc a lékař na vedlejší pracovní poměr pracující na OCHRIP (odd. chronické resuscitační a intenzivní péče) a na DIOP (odd. dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče) se sám snažím intenzivně podílet

Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli

Článek 1

Doporučení představenstva ČLK formuluje principy a rámcová doporučení pro poskytování paliativní péče u dospělých pacientů neschopných o sobě rozhodovat v konečné fázi jejich léčebně neovlivnitelného onemocnění. Mezi nejčastější klinické případy patří pacienti s multiorgánovým selháním, při němž i přes maximální možnou podporu či náhradu orgánových funkcí dochází k trvalému zhoršování zdravotního stavu a kde vyvolávající příčina či její důsledky (následný patofyziologický děj) nejsou léčebně ovlivnitelné, nebo pacienti v hlubokém bezvědomí bez odůvodněného předpokladu obnovení integrity mozkových funkcí z důvodu přítomnosti známek ireverzibilního poškození centrálního nervového systému.

Článek 2

Cíle doporučeného postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných:

- Definovat nejčastěji používané pojmy ve vztahu k této problematice.
- Formulovat základní východiska a principy pro rozhodování o zahájení paliativní péče u nemocných v terminálním stavu dále neléčitelného onemocnění nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, při níž zdravotní stav nebo použité způsoby léčby znemožňují vyjádření vlastní svobodné vůle.
- Zdůraznit etické aspekty poskytování intenzivní péče, zejména respektování předchozího názoru pacienta (pokud je dostupný), uchování lidské důstojnosti a zajištění maximálně možného komfortu nemocných.
- Omezit poskytování marné a neúčelné léčby v situacích, v nichž se lze na základě odborného medicínského posouzení odůvodněně domnívat, že přínos

zahájení nebo pokračování v dané léčebné metodě s ohledem na zdravotní stav nemocného nepřevažuje nad rizikem komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání pro pacienta a nedává možnost příznivého ovlivnění zdravotního stavu nebo záchrany jeho života.

- Prispět ke zvýšení kvality rozhodování v uvedených situacích a zlepšit komunikaci jak uvnitř zdravotnických týmů, tak mezi zdravotníky a rodinami či blízkými pacientů.
- Formulovat pro odbornou a laickou veřejnost stanovisko, že odborně podložené a náležitě zdokumentované nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby je v souladu s etickými principy medicíny a platnými právními předpisy, nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby nesmí být zaměřováno za eutanazii.
- Usnadnit a podpořit vznik „místních“ doporučení zabývajících se uvedenou problematikou na jednotlivých pracovištích intenzivní péče.

Článek 3

Terminologie

- Pacient v terminálním stadiu onemocnění – pacient v konečném stadiu onemocnění, které není slučitelné se životem a není dále léčebně ovlivnitelné.
- Pacient neschopný o sobě rozhodovat – nemocný s poruchou vědomí, který je vzhledem ke svému aktuálnímu zdravotnímu stavu neschopný posouzení situace a rozhodování o své osobě, není schopen vyjádřit informovaný souhlas.
- Paliativní léčba – léčba, jejímž cílem je zabránění bolesti, strádání či dyskomfortu nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta.
- Marná a neúčelná léčba – léčba, která nevede k záchraně života, uchování zdraví či udržení kvality života. Marná

- a neúčelná léčba není v zájmu pacienta, nemůže mu pomoci a zatěžuje jej zbytečným strádáním či rizikem komplikací.
- e. Nezahajování léčby – léčebný postup, který nemůže zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt pacienta, není indikován, a není proto zahajován. Takový postup by byl léčbou marnou či neúčelnou. Nepřijetí pacienta v konečné fázi jeho onemocnění na pracoviště intenzivní medicíny, kdy již nelze zastavit postup choroby, navrátit zdraví či odvrátit smrt, patří mezi opatření nezahajování léčby.
- f. Nepokračování léčby – při nemožnosti zastavit postup choroby, navrátit zdraví nebo odvrátit smrt není ve stávající marné a neúčelné léčbě pokračováno a tato léčba je ukončena (např. vysazení farmakologické podpory oběhu, ukončení hemodialýzy, ukončení ventilační podpory).
- g. Eutanazie – usmrcení člověka ze soucitu jinou osobou než pacientem samým, a to na jeho vlastní žádost. Právní systém České republiky pojem eutanazie nezná. Uvedené jednání by bylo hodnoceno jako trestný čin a je nepřipustné. Nepřipustná a trestná je také pomoc k sebevraždě.

Článek 4

Základní východiska pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných:

- a. Život člověka je konečný.
- b. Každý pacient má právo na náležitou, odbornou úroveň zdravotní péče.
- c. Všeobecně přijatým cílem intenzivní péče je vždy zachování života a zdraví pacienta, odstranění vyvolávající příčiny zhoršení zdravotního stavu a poskytování postupů orgánové podpory či náhrady u nemocných se zvrtným (nebo předpokládaným zvrtným) orgánovým selháním, tj. „udržovat život, ale nikoliv prodlužovat umírání“. V případě, kdy nelze tyto cíle naplnit, je nutné poskytnout pacientovi péči, která vyloučí bolest, dyskomfort a strádání, umožní zachování lidské důstojnosti a uspokojování fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb.
- d. Jakékoliv rozhodování v průběhu poskytnuté zdravotní péče musí být v souladu s existujícími právními před-

pisí a musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta, musí bezvýhradně respektovat základní etické principy medicíny, především lidský život jako nejvyšší hodnotu a právo na sebeurčení nemocných a uchování jejich lidské důstojnosti.

- e. Jakýkoliv diagnostický nebo léčebný postup musí být pečlivě a odpovědně posuzován poměrem reálného klinického přínosu a míry možného rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání, které zvolený postup pacientovi v aktuální klinické situaci přináší. Použití postupu, kde rizika a komplikace s ním spojené nejsou vyváženy jeho přínosem pro pacienta, je v rozporu s etickými principy medicíny. Vždy je nutné brát zřetel na předchozí názor pacienta, pokud je dostupný a je nepochybné, že jde o dříve vyslovené přání příslušného pacienta (viz článek 9 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně).
- f. Jakýkoliv léčebný postup, při němž není odůvodněný předpoklad jeho příznivého účinku na zdravotní stav pacienta nebo pro záchranu života a kde rizika komplikací, bolesti, dyskomfortu a strádání převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je nutno považovat za léčbu, která není „ku prospěchu a v nejlepším zájmu pacienta“, a lze ji označit jako tzv. marnou a neúčelnou léčbu. Dosažení dočasné korekce hodnoty některé z fyziologických funkcí či jejich dílčích parametrů bez ovlivnění celkového průběhu onemocnění a možnosti záchranu života nemůže být při zvažování poměru přínosu a rizika považováno za příznivý účinek zvoleného léčebného postupu. Léčba, která se jeví jako marná a neúčelná, nemá být indikována a prováděna.
- g. Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby neznamená omezení pacienta v jeho právech, ale naopak je sledován zájem pacienta tak, aby nedošlo k porušení základních medicínských a etických principů včetně nechtěného nedůstojného prodlužování umírání. Smrt, která je výsledkem přirozeného průběhu onemocnění, nemůže být považována za nepříznivý výsledek zdravotní péče.
- h. Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby u pacientů v termi-

na nárůstu primárně zresuscitovaných pacientů v terénu, a to na základě nových resuscitačních postupů a sofistikovaných pomůcek k tomu určených. Jsem pak dále svědkem výborné práce lékařů na urgentních příjmech na mnoha místech naší republiky, kam helikoptérou s pacientem na palubě přiletím. S odstupem různě dlouhé a náročné intenzivní péče o tyto pacienty na ARO a JIP se sám snažím pečovat na OCHRIP a po vyčerpání všech možností moderní medicíny pokračují tito pacienti na DIOP a někteří na LDN, kde téměř všichni nevléčitelni pacienti končí svou životní pouť. Tedy na základě uvedené osobní znalosti této problematiky si dovoluji vyjádřit svůj souhlas s doporučením představenstva ČLK č. 1/2010.

Milan Brázdil, praktické lékařství a urgentní medicína, Olomoucký kraj

Já osobně s tímto doporučením ČLK plně souhlasím. Jen na okraj chci připomenout, že již roky se paliativní péče ve zdravotnických lůžkových zařízeních provádí v různé míře a v různé intenzitě, zatím ale nikdo neměl odvahu tento postup popsat a pokusit se přijmout jej za standardní. Jediným zařízením, které tuto péči umělo prosadit do povědomí odborné i laické veřejnosti, jsou hospice. Tam je paliativní léčba základní prioritou a pacienti, kteří přicházejí do hospiců, i jejich příbuzní jsou o tomto plně informováni. S tím, že tento způsob péče bude součástí komplexního přístupu k pacientovi/klientovi. Každý pacient, resp. každý z nás (jelikož se všichni dříve nebo později jednou staneme pacienty), má plně morální právo na důstojné umírání a poklidný odchod z tohoto světa.

Jiří Urbánek, Interní a diabetologická ambulance, Podbořany

Souhlasím s celým textem doporučení ČLK o paliativní péči u terminálních stavů.

Daria Kohoutková, RDG oddělení, Krajská zdravotní nemocnice Děčín

Jednoznačně pozitivní, nemocné lze zbavit bolestí i deprese, ale ti nejbližší trpí protahovanou marnou léčbou dále.

Václav Dostál, infektologie, Léčebna pro dlouhodobě nemocné, Nový Bydžov



Jaký je váš postoj k doporučení představenstva ČLK o změně léčby intenzivní na paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli?

Jednoznačně souhlasím.

*Jiří Holečko, chirurgie,
Hamzova léčebna, Luže-Košumberk*

Materiál vypadá vcelku dobře, v některých otázkách bude potřeba doladit, ale vzhledem k absenci jakéhokoliv postupu v těchto případech ho lze jen uvítat. Humbuk, který vyvolal, ale jen tak neutichne.

Leoš Voborník, PL pro dospělé, Týniště nad Orlicí

Plně se ztotožňuji se stanoviskem Asociace poskytovatelů hospicové a paliativní péče, kteří deklarují souhlas s doporučením ČLK č. 1/2010. Jejich motto zní: Pomáhat v umírání ANO, pomáhat ke smrti NE. Jejich stanovisko jsem umístila i na své stránce www.verejnezdrcvi.cz.

Olga Gröschlová, pracovní lékařství a veřejné zdravotnictví, Zlín

Zcela jednoznačně doporučení představenstva podporuji.

Miroslav Smažik, praktický lékař, Mladá Vožice

Problematika pacientů, jichž se doporučení ČLK 1/2010 dotýká, je na anesteziologicko-resuscitačních odděleních a klinikách diskutována již dlouhá léta ve vazbě na stále dokonalejší léčebné postupy, možnosti farmakoterapie a přístrojové vybavení. Diskuse na toto téma a doporučený postup v těchto případech je více než žádoucí a domnívám se, že doporučení je formulováno velice korektně a jasně pro odbornou veřejnost. Dále je nutno citlivě a zejména srozumitelně dostatečně informovat i veřejnost laickou. Můj názor vyplývá i ze zkušeností deseti-leté praxe na ARO a deseti let v ZZS.

Marek Slabý, ředitel ZZS JČK

Toto doporučení vítám nejen z hlediska závěrů, ale i z hlediska diskuse, která tomu předcházela a i nyní se vede. Je to smysluplná činnost komory.

Jan Kaufman, interna, předseda OS ČLK Praha 9, 14

S uvedeným doporučením souhlasím.

*Jan Pillmann,
interní a gastroenterologická ambulance, Domažlice*

nálním stadiu neléčitelného onemocnění a/nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kteří ne reagují na použité léčebné postupy, je v souladu s etickými principy medicíny a existujícími právními předpisy České republiky.

- i. Z hlediska medicínského, právního a etického není rozdíl mezi nezahájením nebo nepokračováním daného léčebného postupu.
- j. Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby jsou při správném odborném posouzení postupy, které nelze zaměňovat za eutanazii či ublížení na zdraví.

Článek 5

Základní principy pro postup při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů terminálně nemocných:

- a. Přijetí pacienta na pracoviště intenzivní péče by mělo být podloženo předpokládaným přínosem poskytované péče, která mu má být na daném oddělení poskytnuta.
- b. Stanovení rozsahu poskytované léčby musí být založeno na odborném a kvalifikovaném posouzení zdravotního stavu pacienta.
- c. Zahájení nebo pokračování jakéhokoliv léčebného postupu, který není odborně odůvodněný, kde neexistuje racionální předpoklad jeho příznivého účinku na celkový průběh onemocnění a kde rizika komplikací, strádání, útrap a bolesti převažují nad reálným klinickým přínosem zvoleného postupu, je v rozporu s etickými principy medicíny a Chartou práv umírajících. Neexistuje povinnost zahajovat marnou a neúčelnou léčbu nebo v ní pokračovat, pokud je probíhající léčba odůvodněně za takovou označena.
- d. Zabezpečení fyzických, psychických, sociálních a duchovních potřeb pacienta, odstranění pocitů bolesti, strádání a utrpení s respektováním lidské důstojnosti jsou základní priority paliativní péče.

Článek 6

Doporučení pro klinickou praxi:

- a. Podnět k zahájení paliativní péče může dát kdokoliv z ošetřujícího zdravotnického týmu.

- b. Kdykoliv je to možné, pacientovo přání musí být zahrnuto do rozhodování o zahájení paliativní péče.
- c. Rodina či blízcí pacienta by měli být náležitě informováni, pokud pacient neurčil jinak, nejlépe ve formě strukturovaného rozhovoru. Delegation odpovědnosti na rodinu či blízké za přijaté rozhodnutí o zahájení paliativní péče není přípustné.
- d. Do rozhodování o zahájení paliativní péče by měli být zahrnuti všichni členové (lékaři i nelékařský zdravotnický personál) ošetřujícího zdravotnického týmu (tzv. „shared-approach to end-of-life decision making“ model).
- e. Za závěrečné rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče nese odpovědnost vedoucí lékař příslušného pracoviště nebo jím určený lékař. V době ústavní pohotovostní služby nese odpovědnost za rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče lékař, který je odpovědný za konkrétní úsek v rámci výkonu ústavní pohotovostní služby a za lékařskou péči o příslušného pacienta.
- f. Zahájení paliativní péče a rozhodnutí o nezahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby musí být vždy uvedeno ve zdravotnické dokumentaci. Zápis do zdravotnické dokumentace před zahájením paliativní péče by měl obsahovat odborné posouzení zdravotního stavu a medicínské zdůvodnění rozhodnutí o zahájení paliativní péče.
- g. Cíle intenzivní péče, přínos a rizika plánovaných i probíhajících jednotlivých diagnostických a léčebných postupů by měly být v pravidelných intervalech přehodnocovány a zvažovány (minimálně jednou za 24 hodin). Jakékoliv již přijaté rozhodnutí může být v odůvodněných případech změněno.
- h. Prioritou paliativní péče je odstranění bolesti, dyskomfortu a strádání.
- i. Přítomnost rodiny či blízkých pacienta by měla být vždy umožněna, pokud ji pacient neodmítl.

Článek 7

Účinnost

Toto doporučení bylo projednáno a schváleno představenstvem ČLK dne 20. 2. 2010 a nabývá účinnosti dne 4. 3. 2010.

Rozhodování o paliativní léčbě jen podle jasných pravidel a transparentně

Stanovisko České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP (ČSPM)

Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP vítá doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 jako zásadní příspěvek do odborné i veřejné diskuse. Téma, co je klinicky, eticky a právně přiměřená péče o pacienty v pokročilých a konečných stadiích nevléčitelných chorob, je v české společnosti dlouhodobě tabuizováno. Velký zájem médií, který zveřejnění doporučení vyvolalo, svědčí o tom, že se jedná o téma společensky aktuální.

Dokument ČLK ve svém úvodu definuje základní pojmy, například „pacient v terminálním stadiu“, „nezahájení a ukončení léčby“, „marná léčba“ či „eutanasie“. Tím významně přispívá k přesnosti a konstruktivnosti české klinické a bioetické diskuse. Těžištěm dokumentu je pak pokus o vymezení podmínek a předpokladů pro rozhodování o nezahájení nebo ukončení některých specifických, život prodlužujících léčebných postupů, které se jeví jako marné, u pacientů v terminálním stadiu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli, tedy především u pacientů s multiorgánovým selháváním v prostředí intenzivní medicíny.

Rozhodování u této skupiny nemocných dokument klade výhradně na ošetrující lékařský tým. Je však třeba připomenout, že většina pacientů v pokročilých stadiích nevléčitelných chorob je schopna svou vůli vyjádřit. Je výzvou a úkolem pro zdravotníky, aby tuto vůli při léčebných rozhodováních zohledňovali. U celé řady chronických progresivních onemocnění (např. nádory, neurodegenerativní onemocnění, CHOPN, refrakterní srdeční selhání, syndrom geriatrické deteriorace, terminální fáze demenčního syndromu atd.) je i přes maximální léčbu postupné zhoršování celkového stavu a orgánové selhávání očekávaným přirozeným průběhem onemocnění. Otázka rozsahu a intenzity léčby v případě orgánového selhání tak může být tematizována předem. To předpokládá otevřenou a současně empatickou komunikaci o nepříznivé prognóze a společné formulování pro pacienta důležitých cílů léčby.



Závažným tématem doporučení představenstva ČLK je paliativní péče, která by měla následovat po ukončení postupů intenzivní medicíny. Dokument definuje jako cíl paliativní péče „zabránění bolesti, strádání či dyskomfortu nevléčitelně nemocného nebo umírajícího pacienta“. Jakým způsobem by mělo být těchto cílů dosaženo, se však v dokumentu neuvádí. Domníváme se, že v tomto spočívá určité riziko.

V českém prostředí je termín „paliativní péče“ bohužel zatím často chápán především „negativně“, tedy výčtem léčebných postupů, které už nebudou pacientovi podávány. „Paliativní“ takto je vnímáno jako „nekurativní“, „paliativní přístup“ – už ne JIP a ARO, ne umělá plicní ventilace, dialýza, už ne drahá ATB, ne transfuze. Pro některé lékaře „paliativní léčba“ znamená analgosedaci. Někdy je „paliativní přístup“ pouze eufemistickým označením pro redukci drahé léčby u pacientů s nepříznivou prognózou. Jsme přesvědčeni, že zodpovědné zvažování přínosů a rizik a rozhodování o eventuálním ukončení nebo nenasazení výše popsaných

Souhlasím plně s doporučením představenstva ČLK o změně léčby intenzivní na paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.

Doc. František Duška, DrSc., praktický lékař pro dospělé, České Meziříčí

Můj názor na doporučení je veskrze kladný. Velmi si vážím práce celého týmu, který dokument dlouhé měsíce připravoval. Zároveň však ze svého okolí vím, že bude trvat ještě dlouho, než bude plnit tu funkci, pro kterou byl vytvářen, to je důstojné umírání. Protože jenom přijetí dokumentu nestačí. Je třeba změna myšlení, a to jak mnoha lékařů, tak i laické veřejnosti. Dokud si nebudeme schopni přiznat, že někde už je konec našeho snažení. Jestli to nebudeme umět vysvětlit těm, kterých se to týká, to znamená příbuzným, tak jsou všechny dokumenty na nic. Hlavně si všichni musíme umět přiznat, že jsme smrtelní.

Jitka Čulíková, chirurgie, Jablonec nad Nisou

Plně souhlasím s uvedeným doporučením.

Jan Svoboda, praktický lékař pro dospělé a dorost, Rumburk

Nemyslím si, že by takto složitou problematiku dokázalo vyřešit nějaké doporučení. V onom doporučení jsem nenašel nic nového, ale vítám ho jako připomenutí toho, že každý z nás je smrtelný a ani dnešní medicína není všemocná. Medicína totiž není matematika, její veličiny nelze vyjádřit jednoznačným číslem, poměrem, podílem. Každý nemocný je naprosto jedinečný a rozhodnutí o zahájení, nezahájení či ukončení intenzivní léčby bude vždy na konkrétním lékaři (lékařích), jeho zkušenostech a znalostech, ale také na intuici, odvaze a schopnosti obhájit své rozhodnutí. Toto dilema řešíme a budeme řešit čím dál častěji. Většinou to bude rozhodování složité, rovnice života a smrti je rovnicí o mnoha neznámých a jednoduchých vzoreček na její řešení neexistuje a podle mého názoru nikdy existovat nebude. Snad si jen přejme, ať těch chybných rozhodnutí je co nejméně.

Miroslav Černohous, MD, ved. lékař, kardiologické odd., Interní klinika 1. LF UK a ÚVN Praha



Jaký je váš postoj k doporučení představenstva ČLK o změně léčby intenzivní na paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli?

Pokud pacient již není schopen vyjádřit svou vůli a je opravdu v terminálním stadiu, měli by se dle mého názoru vyjádřit přímí příbuzní. Pokud žádní nejsou, pak ano.

Eva Vlková, praktický lékař pro dospělé, zdravotník středisko Letiště Ruzyně, Praha 6

Mé mnohaleté zkušenosti ukazují, že paliativní léčba je nedostatečná u většiny pacientů v terminálním stavu. Mnoho kolegů má strach naprosto neodůvodněný, že by mohl vzniknout návyk na morfium a obdobné preparáty, což spíše ukazuje na horší vzdělání a neetické chování. Jiní s klidem tvrdí, že bolest očišťuje, a proto se pacient musí protřpět až do smrti. To jsou situace, s nimiž jsem se v praxi osobně setkal, když mi umírali rodiče na rakovinu doma. V době svých studií jsem byl na několika přednáškách akademika prof. Charváta, který nám studentům říkal, že člověk má umírat důstojně a nesmí přitom trpět zbytečnými a naprosto neúčelnými vyšetřeními a zákroky, které nemají co dělat s léčbou ani paliací. Sám razil termín „pasivní eutanazie“. Bohužel mediky ani laickou veřejnost nikdo nevychová k tomu, že každý život má svůj začátek a konec. Každá nemoc není léčitelná, v některých případech je léčitelná za podmínky výrazného zhoršení kvality života. Nejhorší jsou mýty implantované stupidními seriály a filmy z nemocničního prostředí, kterými krmí laiky média, internet a podobně. Z toho pramení i celá řada absurdních a nesmyslných stížností. Je to „jen“ těžké a složité individuální rozhodnutí lékaře jak postupovat v terminálním stadiu, kdy pacient není schopen vyjádřit svou vůli. Všichni se bojíme stížností a máme strach z absurdních žalob blízkých příbuzných, které nás psychicky, fyzicky a společensky deptají. Problém je včasná komunikace a otevřená diskuse s pacientem a jeho blízkými v době, kdy je pacient schopen vyjádřit svou vůli. Horší situace je u akutních stavů. Laici často nechtějí slyšet a znát pravdu. Jde o složitý sociálně psychologický problém, který by spíše vyžadoval rozsáhlou studii.

Zoran Nerandžić, rehabilitační oddělení, MěN Litoměřice

léčebných postupů je důležitou součástí dobré paliativní péče a je třeba vytvářet podmínky, aby tato rozhodování probíhala podle jasných pravidel a transparentně. Světová zdravotnická organizace (WHO) však definuje paliativní péči jako aktivní komplexní péči o pacienta s nevléčitelnou život ohrožující nemocí, která usiluje o udržení dobré kvality života mírnějším dyskomfortu v tělesné, psychosociální i duchovní oblasti.

Jako odborná společnost se chceme zasazovat, aby byl koncept paliativní péče odbornou i laickou veřejností chápán v souladu s výše uvedenou definicí WHO „pozitivně“. Paliativní péče je komplexní aktivní péče, která formou multidisciplinární péče usiluje o příznivé ovlivnění kvality života i v jeho závěru. Systematické hodnocení a účinná léčba bolesti, dušnosti, nevolnosti, úzkosti a deprese a dalších symptomů, psychosociální a spirituální podpora pacienta jeho rodiny – to je náplň moderně pojeté paliativní medicíny. Problematika paliativní péče tak postupuje řadou lékařských oborů.

Paliativní medicína může mít různé organizační formy. V ČR je nejznámější (a dosud jedinou ve zdravotním pojištění akceptovanou formou) lůžkový hospic. V zahraničí se rychle rozvíjejí domácí hospicová péče, ambulance paliativní medicíny, nemocniční konziliární týmy nebo lůžková oddělení paliativní medicíny v rámci velkých nemocnic. To vše s cílem, aby byla komplexní paliativní péče reálně dostupná pacientům s terminálním onemocněním tam, kde se právě nacházejí. V ČR prozatím rozvoj dalších forem specializované paliativní péče vázne na malé ochotě zdravotních pojišťoven tento typ péče podporovat.

Jsme přesvědčeni, že rozhodování o ukončení nebo nezahájení pro pacienta neprospěšné léčby je velmi důležité téma současné medicíny. Doporučení představenstva ČLK zde znamená zásadní průkopnický krok. Aby bylo správně pochopeno veřejností a mělo skutečně příznivý dopad na kvalitu péče o nemocné v závěru života, je třeba toto rozhodování zasadit do rámce komplexní paliativní péče.

V souvislosti s otázkou paliativní péče si dovoluujeme formulovat několik podnětů pro Českou lékařskou komoru:

1. ČLK by se měla podílet na prosazení zařazení základního kurzu paliativní medicíny do povinného atestačního vzdělání všech oborů, které mají v péči nevléčitelně nemocné pacienty v pokročilých a konečných stadiích jejich onemocnění.
2. ČLK by se měla podílet na vypracování samostatného dokumentu o praktickém provedení paliativního režimu péče u umírajících pacientů v domácím prostředí a ve zdravotnických zařízeních.
3. ČLK by se měla podílet na prosazení legislativních úprav, které by rozpracovaly právní instituty předem vysloveného přání a určení právního zástupce pro situaci ztráty rozhodovacích schopností. Dosavadní právní úpravy chybí v českém právním řádu další opory, které by daly zdravotníkům při respektování předem vyslovených přání právní jistotu.

Česká společnost paliativní medicíny je připravena na realizaci výše uvedených podnětů aktivně spolupracovat.

Výbor České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP

V Rajhradě 5. 3. 2010

Nabízíme pomoc a spolupráci

Děkujeme vám za zveřejnění doporučení č. 1/2010 k postupu při rozhodování při změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. Vaše doporučení plně koresponduje s názory poskytovatelů hospicové paliativní péče, členů naší asociace. Rádi bychom vám nabídli pomoc a spolupráci při zavádění doporučení č. 1/2010 do praxe našeho zdravotnictví. Ve velmi krátké době jsme schopni poskytnout statistická data z hospiců za rok 2009 i roky předcházející. Současně nabízíme pomoc s mapováním a monitorováním aktuální situace.

Podle našich zkušeností jsou terminální pacienti často intenzivně léčeni i v situaci, kdy je pro ně tato léčba zatěžující a byla by již na místě léčba paliativní. Tito pacienti jsou pak překládáni na paliativní lůžka pozdě, často několik dní, dokonce i hodin před úmrtím.

Věříme, že naší vzájemnou spoluprací se podaří nastavit systém tak, aby byl především optimální pro potřeby našich terminálních pacientů a ti měli zajištěnou maximální kvalitu potřebné péče.

Marie Svatošová, prezidentka APHPP; Miloslav Běťák, Josef Heller, Robert Huneš, viceprezidenti APHPP

Co když je smrt neodvratná?

Asi 80 % všech lidí u nás si přeje zemřít doma. Asi 80 % jich umírá v nemocnici, protože často nelze jinak. I já bych chtěl zemřít doma, aby mě při tom někdo z našich držel za ruku. Už mám na sobě sedm křížků a peru se s malignitou. Umírání a smrt je mi proto tématem nejen profesním, ale i osobním. Budu-li umírat v nemocnici, chci, aby mi v tom v pravý čas přestali bránit. – Právě o toto jde v nedávném stanovisku ČLK, jehož smyslem je především pojmové rozlišení, které umožní moudře rozhodovat.

V mediálních debatách o eutanazii panuje u nás pojmový zmatek. Směšují se tam dvě různé věci: *usmrtnit* a *dovolit zemřít*. Stanovisko ČLK chce do toho vnést jasno, abychom si mohli a směli položit otázku, kdy je moudré, aby lékař svého určitého úsilí zanechal, protože respektuje neodvratnost konce.

Stanovisko ČLK hovoří jasně. Při nevratném poškození orgánů, jejichž funkce je pro život nezbytná, se další intenzivní léčba stává marnou a zbytečnou. Pokud to lékař při svém nejlepší vědomí a svědomí zjistí, je radno v ní nepokračovat. To neznamená, že ponechá pacienta jeho osudu, ale zahájí léčbu paliativní, tedy takovou, která zmírňuje jeho trápení, především bolest.

Na toto stanovisko reagovala v MFD paní Vladimíra Bošková. Prý v tom cítí *velkou čertovinu*. Někdo prý dostal *nápad ušetřit na úkor nemocných*. ČLK se *měla poradit s právníky nezávislými na doktorské kase* (ano, to jsou její výrazy). Pacient má právo na péči podle nejnovějších vědeckých poznatků, pokud si ji nezakáže. Nemůže-li rozhodovat, má tak činit rodina. Lékař nemůže rozhodnout, co je pacientův prospěch. Ten má v civilizované zemi právo zemřít na přístrojích. Potud paní Bošková.

Snažím se rozumět. Ona má na mysli možnost zneužití. I to je významné téma, ale jiné.

LK předkládá úvahu z oblasti lékařské etiky. Ona má na mysli očividnou nemravnost, jíž se má zabývat trestní zákoník. Je třeba dodat, že paní Bošková je předsedkyní *Občanského sdružení na ochranu pacientů*, tedy významné organizace. Je škoda, že právě ona reaguje na stanovisko LK tímto postojem a tónem. Podezřením a osočením. Tak to ale u nás bohužel chodí, vzpomeňme parlamentní debaty a novinářské polemiky. Důsledkem zásadní nedůvěry v dobrou vůli druhého je bytostná nemožnost dialogu.

Lze si představit zneužití: lékaři nezahájí intenzivní léčbu nebo ji předčasně ukončí, protože je nákladná nebo protože jsou líní. Lze si představit i zneužití v opačném směru. Lékaři zatěžují umírajícího intenzivní léčbou, která je marná a zbytečná, z alibistických důvodů. Aby je nikdo nežaloval a oni neměli soudní oplatky. – Ano, pacient má právo na péči podle nejnovějších vědeckých poznatků. Jen těch technologických? Součástí lékařské vědy je i lékařská etika. Nikdo, ani lékař nemá právo zkrátit něčí život. Znamená to, že je povinen (ať už z jakýchkoli důvodů) prodlužovat jeho umírání? Tuto otázku si paní předsedkyně neklade. Tvrdí, že pacient má právo zemřít na přístrojích. – Snad si vzpomeneme, že izraelským premiérem byl svého času Ariel Šaron. Po těžké mozkové příhodě se ocitl „na přístrojích“. Jinak by asi umřel, ale v nastalé politické situaci by jeho smrt patrně oslabila psychologickou kondici izraelské veřejnosti, tedy i brannost izraelského státu. Nuže, od té doby uplynuly už roky a Ariel Šaron je stále v bezvědomí a na přístrojích. Má na to právo? Já bych takto umírat nechtěl.

Stanovisko ČLK je podnětem pro diskusi odborné i široké veřejnosti, ale nikoli takto. Má nám být výzvou k přemýšlení a poznávání.

Petr Příhoda, přednosta Ústavu lékařské etiky a humanitních základů medicíny 2. LF UK, FN Motol Praha

ČLK dostala svému poslání

Představenstvo ČLK přijalo na své schůzi dne 20. 2. t. r. významný dokument, doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli.

Jako představitel jedné z odborných společností, která zrod dokumentu iniciovala, bych touto cestou rád srdečně poděkoval představenstvu ČLK, prezidentovi ČLK, kolegovi Mrozkovi, paní předsedkyni etické komise a panu předsedovi vědecké rady za citelnou pomoc i osobní angažovanost při zrodu tohoto cenného dokumentu. Myslím, že zde ČLK plně dostala svému poslání.

Prof. Karel Cvachovec, CSc., MBA, předseda výboru ČSARIM

Souhlasím.

Vratislav Škoda, rentgenolog, NsP Česká Lípa, a. s.

Téma této ankety oslovuje morální hodnoty lékařského povolání, povinného jednat výhradně k dobru pacienta, jak nás zavazuje Hippokratova přísaha. Návrh ČLK jen verbalizuje to, co už z praxe známe a co až dosud náleželo pouze do kompetence lékaře. Nová situace nastala v sousedním Německu, kde t. č. pracuji jako zastupující lékařka a kde vešel v platnost zákon o „pacientově ustanovení“ (tzv. Patientenverfügung). Pacient má možnost předem rozhodnout o způsobu svého ošetřování v případě finálního stadia nemoci. Veřejnost se živě zajímá o téma umírání, každý podle svých představ, obav a někdy zkušeností z rodiny. Existují formuláře vydávané oficiálními místy, jako je ministerstvo spravedlnosti, hospice, křesťanské a humanistické spolky, nemocenské pojišťovny a také berlínská lékařská komora, ve kterých se pacientům nabízí volba různých paliativních opatření, nebo jejich odmítnutí. Zároveň pacient jmenuje důvěryhodnou osobu, která kontroluje a prosazuje realizaci pacientova ustanovení. Také některé advokátní kanceláře nabízejí svoje služby. Při tak silném spolupůsobení nelékařských orgánů a organizací může dojít k použití lékaře jako vykonavatele laických zájmů, které nemusí být vždy v souladu s lékařskou etikou a svobodnou volbou léčebných nebo paliativních opatření, a ve styčných bodech může být lékař použit jako vykonavatel eutanazie. ČLK by měla rozpracovat dopodrobna možnosti a indikace paliativních opatření a zajistit i lékařem řízené ambulantní jednotky paliativní péče pro pacienty, kteří se rozhodli zůstat až do konce v domácím prostředí. Zodpovědnost a kompetence i ve finálním stadiu léčby musí zůstat pevně v rukou odborníků, tj. lékařů.

Alena Černá, všeobecná lékařka, Zelizy/Mühlheim a. M.





Hugo Engelhart v lékařské síni slávy



Rytířem českého lékařského stavu za rok 2009 vyhlásilo představenstvo ČLK, Revizní komise a Čestná rada OS ČLK v Děčíně MUDr. Huga Engelharta. V Kaiserštejnském paláci v Praze ho při slavnostním ceremoniálu 18. března 2010 pasoval prezident ČLK Milan Kubek a pozval ho tak do prestižního společenství významných osobností českého lékařského života, jehož tradice byla založena v roce 1996.

V emotivním projevu prezident ČLK Milan Kubek mimo jiné uvedl: „Hugo Engelhart neudělal žádnou závratnou medicínskou kariéru. Osud mu nebyl nakloněn, a protože zůstal věrný ideálům svobody a demokracie, neměl v dobách komunistické totality žádnou šanci. Byl pěšákem medicíny, bojovníkem z první linie války o život a zdraví svých pacientů. Tedy nikoliv stovky přednášek nebo desítky napsaných knih, ale tisíce vyléčených pacientů jsou odkazem vesnického obvodního lékaře doktora Engelharta, kterému právem patří místo v galerii rytířů české medicíny jako představiteli těch „bezejmenných“ lékařů, kteří se však nikdy nezpronevěřili svému svědomí a humanistickým ideálům medicíny.“

Hugo Engelhart se narodil 13. března 1926 v Olomouci v česko-německém manželství. Dětství prožil v Roudnici nad Labem a posléze v Děčíně, kde jeho gymnaziální studia přerušila druhá světová válka. Vzhledem k německé národnosti svého otce byl naver-

bován jako voják wehrmachtu, odkud ho až koncem války vysvobodilo zranění.

Maturitu mohl složit teprve v roce 1946. Ta mu otevřela cestu ke studiu medicíny, kterému se věnoval do roku 1951 na lékařské fakultě v Praze. Již během svých studií byl aktivní nejenom ve studentském hnutí, ale rovněž jako člen Československé strany národně socialistické. Byl také mezi studenty, kteří se v únoru 1948 snažili přesvědčit prezidenta Beneše, aby nepřijímal demisi demokratických ministrů a neustupoval nátlaku komunistů. Marně. Avšak zřejmě právě tyto aktivity následně zničily mladému lékaři slibnou kariéru.

Po promoci v prosinci 1951 nastoupil doktor Engelhart nejprve na plicní a posléze na gynekologicko-porodnické oddělení nemocnice v Děčíně. Krátce působil jako závodní lékař na dole Julius Fučík v Duchcově, ale na počátku roku 1955 se vrátil do děčínské nemocnice, tentokrát na interní oddělení. Už pár měsíců poté, 22. dubna 1955, byl však v Ústí nad Labem zatčen za údajnou protistátní činnost. StB se tehdy snažila zinscenovat jedno ze svých pověstných divadel a je příznačné pro onu dobu, že i když se doktoru Engelhartovi žádnou protistátní činnost prokázat nepodařilo, byl odsouzen k šestnácti letům odnětí svobody.

Navzdory krutému osudu i ve vězení zůstal lékařem, nejprve pro vězně pracující v uhelných dolech, posléze v Praze na Pankráci ve vězeňské porodnici. Amnestie v roce 1960 mu sice přinesla svobodu, ale na dru-

hé straně ztrátu akademického titulu, a tím i zákaz výkonu lékařského povolání. Pobyt za mřížemi měla vystřídalá těžká fyzická práce dělníka na pile v Děčíně. K milované medicíně se dr. Hugo Engelhart mohl vrátit jen díky tomu, že v severních Čechách byl takový nedostatek lékařů, že komunistický režim potřeboval i takové „protistátní živly“, jako byl on. Od roku 1962 tedy dr. Engelhart mohl pracovat alespoň jako obvodní lékař ve Verneřicích. V létě v zimě tak zajišťoval lékařskou péči pro obyvatele čtrnácti obcí a osad roztroušených po svazích Českého středohoří.

„Pomníkem lékaře jsou prý jeho uzdravení pacienti. Pokud tomu tak je, pak pomníkem, který si venkovský doktor Engelhart vystavěl, jsou minimálně dvě generace takových pacientů. A rovněž se říká, že nejlepší školou lásky ke svobodě je kriminál. Možná. Každopádně jednou z organizací, která vznikla během krátkého demokratického nadechnutí se našeho národa v roce 1968, byl Klub 231 bývalých politických mукlů a dr. Hugo Engelhart byl předsedou jeho okresní pobočky. V obdobném duchu a ve jménu stejných ideálů se po listopadové revoluci zapojil do práce v Konfederaci politických vězňů. Od roku 1990 působil pak dva roky rovněž jako zastupitel a člen městské rady v Děčíně. Jsem hluboce přesvědčen, že titul Rytíře českého lékařského stavu náleží MUDr. Hugo Engelhartovi právem,“ ukončil Milan Kubek představení nového rytíře.

Neudělal jsem nic mimořádného

Doktor Hugo Engelhart říká, že prožil život „obyčejného obvodáka“ a rozhodně nečekal, že by se mohl zařadit jako Rytíř českého lékařského stavu po boku věhlasných profesorů a docentů. O to víc si ocenění považuje a slavnostní večer si krásně užíval. Má dar velice vstřícného přístupu k lidem kolem sebe. A přesně takový – přátelský a vřelý – byl i náš rozhovor pro Tempus medicorum.

Nežijete jednoduchý život – mnohokrát ho zkomplikoval osud, či spíše zvláště mocných. Nezahořkl jste?

Děti ze smíšených manželství to většinou nemají snadné v žádné době. Takže i já jsem si „užil“ svůj česko-německý původ a potom i další nespravedlnosti. Nikdy jsem však nezahořkl. Ale pravda je, že jsem na ty hodně špatné mezníky v mém životě nezapomněl: na rok 1938, kdy došlo k okupaci Sudet Hitlerem a já s maminkou jsme se stěhovali do Roudnice, kde žili její rodiče. K tatínkovi, který musel zůstat doma, jsme se vrátili až po roce... O deset let později přišel únor plný demonstrací a násilné proměny společnosti. Nejhorší ale asi byl rok 1955, kdy přišel opravdový zvrat v mém životě. Byl jsem zatčen a k rodině se vrátil až za pět let – dceři Irence bylo osm měsíců, když mě odvedli, a po mém návratu už pomalu šla do školy... Ale pa-

matuji si stejně dobře i všechna krásná léta – když jsem se v roce 1954 oženil, když se narodila dcera, potom v roce 1961 syn Jirka a 1973 Honza. A samozřejmě i rok 1989, ten zvláště příjemný, sametový zvrat v našich životech.

Toužil jste někdy vyměnit svůj úděl praktika a venkovského lékaře za prestižní postavení akademika či za post na některé vyhlášené klinice?

Chtěl jsem se stát zubařem, jako byli oba moji rodiče, nikoliv lékařem. Jenže zrovna v tom roce 1946, když jsem začal studovat na vysoké škole, stomatologický obor neotvírali. Byli prý potřeba praktici. Ale práce obvodního lékaře se stala mým životním posláním a je jím přes pokročilý věk dosud.

Občas se ve filmech objevuje idylický obraz takřka rodinného lékaře, který si z horských chaloupek odnáší med a vajíčka a domácí chleba a zvládá všechno od porodu snad až po operaci očí. Jaká byla vaše realita?

Práce venkovského lékaře je vskutku odlišná od práce ve větším městě. Pro ilustraci asi stačí jenom to, že z Verneřic do nejbližšího města bylo pětadvacet kilometrů. Návštěvy u pacientů všech čtrnácti přidělených obcí jsem denně zvládal na motorce. Bylo třeba suplovat i práci

chirurga, křeaře, očaře, kožaře a ve dnech, kdy nebyl přítomen pediater, i práci dětského lékaře. Navíc jsem měl na starosti lékárnou vybavenou běžnými léky.

Zkoušel jste někdy spočítat, kolik pacientů prošlo vaší ordinací?

Počet ošetřených pacientů lze odhadnout jen velmi přibližně. Průměrně jich bylo denně čtyřicet až padesát. Jelikož zastupuji dosud stále, zkuste si ten denní počet vynásobit 58 lety praxe.

Při slavnostním pasování Rytířem českého lékařského stavu jste vyslovil své životní krédo. Zopakoval byste je nyní na stránkách časopisu Tempus medicorum pro všechny své kolegy?

Jsem věřící katolík a tahle víra mi nepochybně pomohla i přežít kriminál. A rozhodně se jí teď, kdy mám asi tu větší půlku života za sebou, pouštět nehodlám. Ono je taky těžké věřit v něco jiného, třeba v génius národa, když vidím, co všechno se nevyvíjí dobře. Ale to je na jiný rozhovor. Rád bych ještě jednou poděkoval všem, kteří mě vybrali jako Rytíře lékařského stavu. V životě by mě něco takového nenapadlo! Mám pocit, že jsem neudělal nic mimořádného. Jsem obyčejný obvodák, který pracoval pro lidi na vsi, daleko od hlavního města.

Blanka Rokosová



Nositelé titulu Rytíř českého lékařského stavu

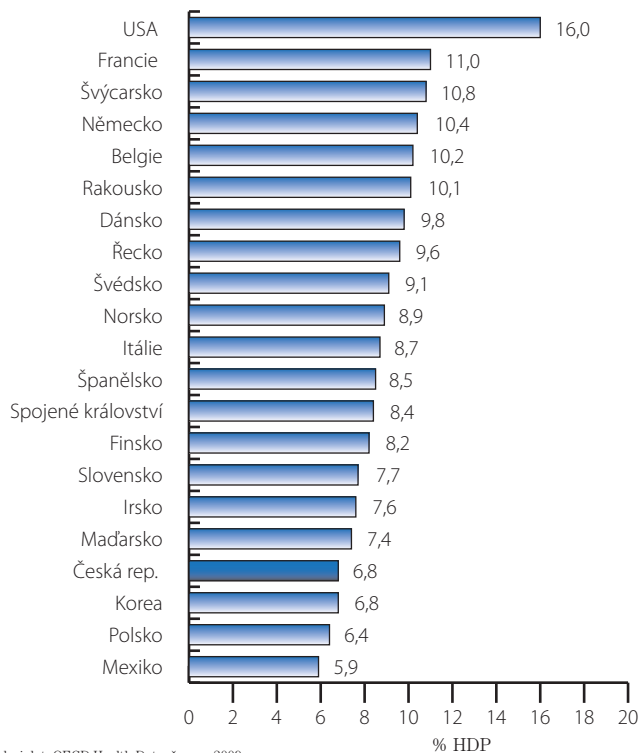
- 1996 Prof. MUDr. Antonín Fingerland, CSc.
Prof. MUDr. Jiří Syllaba, CSc.
Prof. MUDr. Miloš Štejf, DrSc.
MUDr. Josef Hercz
- 1997 Prof. MUDr. Josef Marek, DrSc.
- 1998 Prof. MUDr. Václav Tošovský, DrSc.
- 1999 Prof. MUDr. Bohuslav Niederle, DrSc.
- 2000 Prof. MUDr. Zdeněk Mařatka, DrSc.
- 2001 MUDr.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

Hlavní problémy českého zdravotnictví

Prezident ČLK vystoupil s návrhy na jejich řešení na 99. Žofínském fóru

Hlavními problémy českého zdravotnictví jsou nedostatek peněz a s ním spojený nedostatek kvalifikovaných zdravotníků. Sedm procent hrubého domácího produktu České republiky nemůže stačit k zajištění kvalitní a dostupné lékařské péče. Ze všech vyspělých zemí OECD investují menší podíl svého HDP do zdravotnictví pouze Jižní Korea, Polsko a Mexiko. Jistě nemá smysl porovnávat se se Spojenými státy, kde čtyřicet milionů obyvatel nedosáhne na žádné zdravotní pojištění, přestože do zdravotnictví investují nepředstavitelných 16 % svého obrovského HDP. Srovnávat se však můžeme v rámci Evropské unie, jejíž 27 členských států investuje do zdravotnictví v průměru 8,9 % svého HDP.

Výdaje na zdravotnictví ve vybraných zemích OECD jako % z HDP v roce 2007



Zdroj dat: OECD Health Data, červen 2009

Vývoj výdajů na zdravotnictví

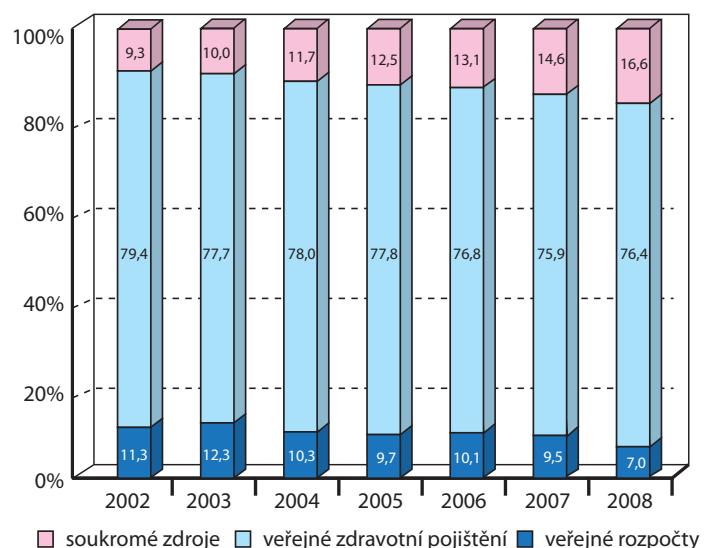
	1995	2000	2004	2005	2006	2007	2008
Veřejné výdaje							
absolutně (v mil. Kč)	93 309	132 962	184 825	191 356	197 027	206 565	219 119
na 1 obyvatele (v Kč)	9 032	12 943	18 108	18 698	19 191	20 011	21 009
podíl na HDP (v %)	6,36	6,07	6,57	6,41	6,11	5,84	5,93
Soukromé výdaje							
absolutně (v mil. Kč)	9 355	13 873	24 445	27 418	29 783	35 370	43 526
na 1 obyvatele (v Kč)	905	1 350	2 395	2 679	2 901	3 426	4 174
Celkové výdaje							
absolutně (v mil. Kč)	102 664	146 835	209 270	218 774	226 810	241 935	262 645
na 1 obyvatele (v Kč)	9 938	14 294	20 503	21 377	22 092	23 437	25 182
podíl na HDP (v %)	7,00	6,71	7,43	7,33	7,04	6,84	7,12



Celkové výdaje na jednoho obyvatele v roce 2008 ve výši 25 180 Kč nepředstavují ani tisíc eur za rok a hluboko zaostávají za možnostmi naší ekonomiky. Tento nepoměr byl patrný zejména v čase ekonomického růstu a prosperity, která se však kvůli chybným politickým rozhodnutím zdravotnickým zařízením vyhnula. V roce 2007 se podíl zdravotnictví na HDP České republiky dokonce propadl pod kritickou hladinu sedmi procent na pouhých 6,84 % HDP.

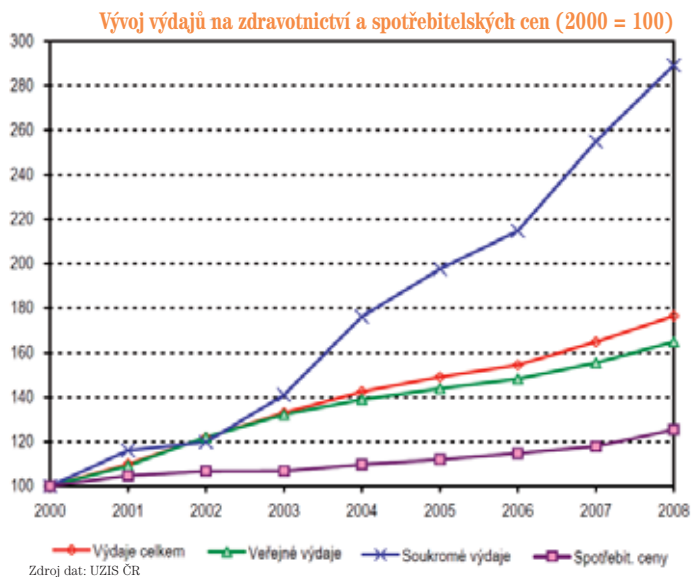
Zatímco podíl zdravotních pojišťoven na financování zdravotnictví zůstává přibližně konstantní a osciluje mezi 76 a 78 procenty, dochází od roku 2003 k poklesu rozpočtových výdajů. Vedle stagnace příspěvku ze státního rozpočtu se snižují především platby z rozpočtů regionálních. Poté, co byly bývalé okresní nemocnice převedeny pod kraje, snížily se za šest let rozpočtové výdaje o více než pět miliard, tedy z 23,9 mld. Kč v roce 2003 na 18,5 mld. Kč v roce 2008. Jejich podíl na financování zdravotnictví tak poklesl z 12,3 % na pouhých 7 %.

Výdaje na zdravotnictví podle zdrojů financování (v %)



Zdroj dat: UZIS ČR

Nejrychleji rostoucí položkou ve výdajích je spoluúčast pacientů, která se za posledních šest let zvýšila z 10,0 % na 16,6 %. V roce 2003 byly celkové soukromé výdaje pouhých 19,5 mld. Kč, avšak v roce 2008 dosáhly již 43,5 mld. Kč. Zatímco se celkové výdaje na zdravotnictví během těchto let zvýšily o 35 %, spoluúčast pacientů vzrostla o 123 %, a každý z nás tak kromě účasti na systému veřejného zdravotního pojištění utratil v roce 2008 navíc v průměru ještě 4175 Kč. Většinou jde o peníze zaplacené v lékárnách, a tak i když se výše přímé spoluúčasti dostává na hranici sociální únosnosti, zdravotníci z těchto peněz žádný prospěch nemají.



Průměrné očekávané pojistné v roce 2010 dle kategorie plátců

Kategorie	Měsíční pojistné
Zaměstnanec	2772 Kč
OSVČ	1238 Kč
Osoba bez zdanitelných příjmů	1080 Kč
Státní pojištěnec	723 Kč

Zdroj: Zdravotní pojistný plán VZP

Veřejné zdravotní pojištění v ČR leží na bedrech zaměstnanců a jejich zaměstnavatelů. Osoby samostatně výdělečně činné platí většinou velmi nízké pojistné. Skutečnost, že průměrná hodnota je u nich dokonce nižší než zákonné minimum, jde částečně na vrub skutečnosti, že řada podnikatelů pracuje zároveň na částečný úvazek jako zaměstnanci. **Největším dlužníkem však zůstává stát, který platí pojistné za děti, důchodce a nezaměstnané, tedy celkem za více než 58 % obyvatel, kteří ne vlastní vinou spotřebovávají cca 80 % zdravotní péče, přičemž příspěvek státu za ně nedosahuje ani 22 % z příjmů zdravotních pojišťoven.**

Zatímco navzdory ekonomické krizi zůstal v loňském roce výběr pojistného na úrovni roku 2008 (dle údajů Ministerstva financí ČR vybraly v roce 2009 zdravotní pojišťovny 99,95 % pojistného z roku 2008), již v prvních měsících letošního roku je zaznamenán pokles výběru. Jednou z příčin je i tzv. Janotův stabilizační balíček, který zavléká ekonomickou krizi do zdravotnictví.

Pro ekonomickou stabilitu systému veřejného zdravotního pojištění je velmi důležitá výše zástupné platby státu za osoby bez

vlastního příjmu. Tyto platby se v roce 2009 nevalorizovaly důsledkem zákona č. 261/2007 Sb., o stabilizaci veřejných rozpočtů (tzv. Topolánkův batoh). V letošním roce se každoměsíční platba státu odvíjející se z výše průměrné mzdy z doby před dvěma lety měla zvýšit z 677 Kč o 107 korun na 786 Kč. Právě schválení tzv. Janotova balíčku, jehož cílem není boj s ekonomickou krizí, ale pouhé zpomalení rychlosti nárůstu deficitu státního rozpočtu, srazilo platbu za státní pojištěnce na 723 Kč měsíčně. Zdravotnictví vinou toho přijde v letošním roce o cca 5 miliard korun. A růžové nejsou ani vyhlídky do budoucnosti. Byla totiž zrušena automatická valorizace plateb státu, kterou zajišťovala jejich vazba na výši průměrné mzdy. Pro příště budou o výši těchto plateb rozhodovat politici, a pokud se na jejich zvýšení nedohodnou do konce prvního pololetí, zůstane platba státu nesmyslně nízká i pro rok 2011.

Kvalita a dostupnost zdravotní péče jsou v České republice na slušné evropské úrovni. Pro naše pacienty máme k dispozici stejné léky jako v těch nejvyspělejších zemích a používáme i srovnatelné přístroje. Obojí nakupujeme za světové ceny. Zdravotnictví však pouští žilou i zdražování potravin nebo nárůst cen energií. Připomínat úspěchy betonové lobby by bylo nošením dříví do lesa. Podceňovat nemůžeme ani korupci, jejíž nejzávažnější formy je ve zdravotnictví nutno hledat na zcela jiných místech než v ordinacích lékařů. Tyto vnitřní rezervy by však nemohly stačit. **Skutečnou příčinou zdánlivě vysoké efektivity českého zdravotnictví je nízká cena lidské práce.** Lékaři i ostatní zdravotníci totiž i dvacet let po pádu komunistického režimu zůstávají na pozici nedobrovolných sponzorů svých pacientů a české medicíny.

Vzhledem k tomu, že kolem naší země již nejsou, a doufejme, že už ani nikdy nebudou, ostatní dráty a že občané České republiky jako členského státu Evropské unie mohou v jejím rámci svobodně cestovat za prací, vyjadřují svůj názor na budoucnost českého zdravotnictví lékaři svými nohama.

Emigrace lékařů z ČR a počet lékařů cizinců v ČR

Rok	Žadatelé o certifikát o profesní bezúhonnosti	Žadatelé o potvrzení o nečlenství v ČLK	Počet lékařů cizinců pracujících v ČR
2003	87		829
2004	472		1097
2005	466		1188
2006	348		1619
2007	339		1849
2008	263	50	2015
2009	271	64	

Novým trendem jsou množící se odchody čerstvých absolventů lékařských fakult, které kromě nízké mzdy vyhání do ciziny rovněž rozpadající se systém specializačního vzdělávání. Nemohou je udržet ani ministerstvem zdravotnictví dotovaná tzv. rezidenční místa, která prohlubují ekonomickou závislost mladých lékařů na svých zaměstnavatelích. Stabilizační smlouvy, jejichž podpisem se mladý lékař zavazuje ještě nejméně pět let po složení atestace pracovat v daném oboru v ČR, silně připomínají novodobé otrokářství.

Klesá však zároveň také zájem o studium na lékařských fakultách, na kterých v oboru všeobecné lékařství promuje stále



méně absolventů. Jednou z hlavních příčin je jistě i nedostatečný příspěvek státu na jednoho studenta medicíny.

Počet absolventů LF

Rok	Absolventi magisterské studium, obor všeobecné lékařství
2003	874
2005	831
2007	795
2009	784

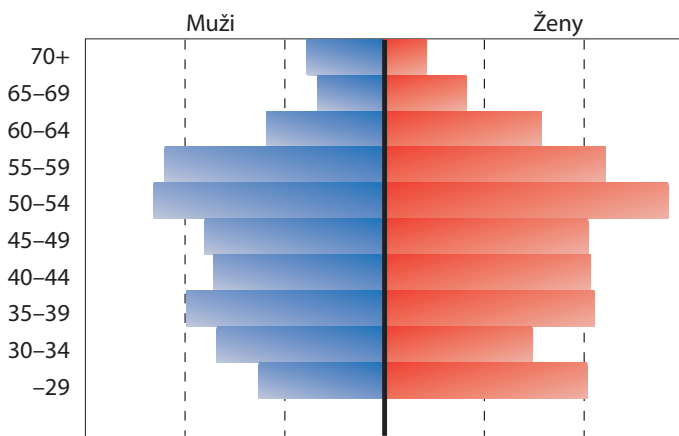
S prohlubujícím se nedostatkem lékařů se zároveň zvyšuje závislost našeho zdravotnictví na práci cizinců. Ani příchod lékařů ze Slovenska, Polska, Ukrajiny nebo dalších zemí bývalého Sovětského svazu však nemůže zabránit personální devastaci českých nemocnic. Na té se v posledních letech krutě podpisuje i nesmyslný systém specializačního vzdělávání, který nutí mladé lékaře a lékařky trávit celé roky ve fakulturních nemocnicích jen proto, aby splnili podmínky praxe k atestační zkoušce. Je třeba přiznat, že tyto podmínky nastavovali pod dozorem ministerských úředníků děkani, profesori, docenti, tedy ti špičkoví představitelé odborné lékařské obce, kteří by měli v první řadě hájit zájmy české medicíny a bránit práva svých nejmladších kolegů.

Pracující lékaři stárnou. Zatímco v roce 2000 bylo starších šedesáti let 11,5% pracujících lékařů, tak v roce 2007 jejich podíl vzrostl již na 16%. Mezi lékaři zkrátka tiská demografická bomba, která vybuchne, až generace dnešních šedesátníků odejde do penze.

Stárnutí pracujících lékařů

Rok	Lékaři do 50 let	Lékaři nad 60 let
2000	67%	11,5%
2007	56%	16%

Věková struktura lékařů



Zdroj dat: Zdravotnická ročenka ČR 2008

Možnosti řešení nedostatku lékařů v ČR:

- Finanční podpora pro lékařské fakulty, aby na nich mohl studovat větší počet mediků.
- Zásadní změny ve specializačním vzdělávání, jehož organizaci by měl stát zákonem delegovat na profesní lékařskou samosprávu.
- Změny v organizaci práce v nemocnicích, které osvobodí lékaře od zbytečných povinností a od práce, kterou mohou vykonávat méně kvalifikované pracovní síly.

- Dodržování zákoníku práce a evropské směrnice o pracovní době. Pocit vyhoření vyplývající z trvalého přepracování je totiž jedním z důvodů, proč naši lékaři odcházejí do zemí, kde jsou dodržována pravidla ochrany zaměstnanců a bezpečnosti práce.
- Zrušení bariéry mezi nemocnicemi a soukromými lékaři, aby se na zajišťování nepřetržité lékařské péče podílel větší počet lékařů a soukromí lékaři měli možnost přirozeně si udržovat svoji erudici.
- A především pak výrazné zvýšení příjmů lékařů za jejich práci. Dokud bude v Německu či Británii lékař vydělávat pětkrát tolik než jeho český kolega, pak lékaře v České republice nic neudrží. Samotná vysoká společenská prestiž lékařského povolání totiž nestačí.

Jak získat další peníze pro zdravotnictví

Členství v Evropské unii omezuje ambice nejrůznějších sociálních inženýrů. Dominantním zdrojem financování českého zdravotnictví tak i v budoucnu zůstane solidární systém veřejného zdravotního pojištění s povinnou účastí všech obyvatel. Je jasné, že změny, které by nerespektovaly sociální a ekonomický status většiny obyvatel, buď nebudou politicky průchodné, nebo, pokud budou prosazeny silou, vydrží pouze do příštích voleb.

Zdravotní pojišťovny více či méně fungují, a nejsou tedy dostatečné důvody, proč systém několika navzájem si konkurujících pojišťoven nahrazovat Národní zdravotní službou. Privatizace zdravotních pojišťoven by však na druhé straně představovala nepřiměřeně vysoké riziko. **Pojišťovny zajišťující povinné veřejné zdravotní pojištění by měly být zřizovány podle zvláštního zákona, který by reflektoval jejich specifika.** Poté, co bude definován standard péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, by mohly nabízet i nadstandardní připojištění při zachování tzv. fondového hospodaření, které zajistí, že se finanční prostředky základního pojištění a připojištění nebudou navzájem míchat.

Základní podmínkou zachování férového tržního prostředí musí být oddělení vlastnictví pojišťoven a zdravotnických zařízení.

I když bude i nadále hrát rozhodující roli při financování zdravotní péče veřejné zdravotní pojištění, musí se ke své povinnosti znát nejenom stát, ale i ostatní provozovatelé zdravotnických zařízení, která poskytují veřejnou službu. Stát, kraje i města musí přispívat na provoz svých zdravotnických zařízení. Ostatně, proč jinak bychom platili daně?

Možnosti nárůstu výše spoluúčasti občanů na úhradě zdravotní péče nelze přeceňovat. Zvolna se totiž blíží k hranici sociální únosnosti, která se pohybuje okolo 20% výdajů na zdravotnictví. Vzhledem k tomu, že v hotovosti platíme nemalé částky zejména za léky, nemají z takto vynaložených peněz lékaři stejně žádný prospěch.

Zásadní změnou, kterou naše zdravotnictví nutně potřebuje, je zřízení komerčního připojištění, jehož provozní podmínkou je definování standardů péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Nepotřebujeme terapeutická doporučení. Tyto guidelines vytvářené odbornými lékařskými společnostmi by nebylo možno ufinancovat. Tvorbu standardů však nelze ponechat ani na zdravotních pojišťovnách, jejichž motivací jsou finanční úspory a ni-

koliv kvalita zdravotní péče. A pokud by standardy tvořili politici, pak by výsledkem nemohlo být nic jiného než „všechno všem, pokud možno zadarmo“ a jistě na úkor zdravotníků. Zákony volebního boje jsou neúspěšné. Požadujeme tedy po politikách pouze to, aby vytvořili zákonný rámec pro dohodovací řízení o standardech péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Tyto standardy, respektive postupné vyřazování některých výkonů z veřejného zdravotního pojištění, by měly být výsledkem jednání pojištěnec, odborných společností, lékařské komory a patientských organizací. Výsledek by se posléze stal v souladu s ústavním pořádkem České republiky obecně závaznou právní normou. Je třeba se smířit s tím, vzhledem k trvalému rozvoji medicíny bude i tvorba standardů nikdy nekončícím procesem. medicíny i tvorba standardů bude nikdy nekončícím procesem.

Možná obecná definice standardu zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, kterou prosazuje ČLK:

Pojištěnec má právo na zdravotní péči bez přímé úhrady, pokud mu byla poskytnuta v rozsahu a za podmínek stanovených zákonem. Lze-li zdravotní výkon provést několika způsoby, je z veřejného zdravotního pojištění hrazen nejlevnější způsob provedení výkonu, který je v souladu se současnými poznatky lékařské vědy. Žádá-li pojištěnec provedení zdravotního výkonu jiným, nákladnějším způsobem, uhradí zdravotnickému zařízení rozdíl mezi hodnotou nejlevnějšího způsobu provedení výkonu a hodnotou výkonu provedeného způsobem, kterým žádal.

Zvýšení odvodů na zdravotní pojištění je obtížně prosaditelné, neboť by způsobilo dle mého názoru neúnosné zdražení lidské práce. Problém je spíše v tom, že zdaleka ne všichni dnes opravdu platí 13,5 % ze svých zdanitelných příjmů, přičemž největším dlužníkem zůstává stát. **Výrazné zvýšení plateb za takzvané státní pojištění je základní podmínkou nejenom dlouhodobé finanční stability systému veřejného zdravotního pojištění, ale i zavedení komerčního připojištění.**

Stát sice nemá k dispozici jiné peníze, než které vybere na daních, ale je již pouze čistě politickým rozhodnutím, kam tyto peníze investuje. Jde o otázku priorit. Tedy o rozhodnutí, zda potřebujeme nejdražší dálnice v Evropě, luxusní tanky nebo spíše dostupnou kvalitní zdravotní péči.

Výrazné zvýšení plateb státu za děti, důchodce a nezaměstnané umožní snížit povinné zdravotní pojištění ekonomicky aktivním osobám a uvolní jim finanční prostředky, které tito lidé budou moci investovat do zdravotního připojištění.

Medicínské dilema

Prohlubující se nepoměr mezi „neomezenými“ možnostmi lékařské vědy a omezenými ekonomickými zdroji je základním problémem, který se snaží řešit zdravotnické systémy všech vyspělých států. Je třeba se smířit s tím, že žádné „zázračné“ řešení neexistuje a že ani zdravotnictví není perpetuum mobile, a nemůže tedy fungovat bez peněz. Jediným možným řešením je hledání kompromisu, který bude, pokud možno, spravedlivý a především z medicínského hlediska odůvodněný.

Zdravotnictví není černá díra

Někteří ekonomové a po jejich vzoru i řada politiků má tendenci vidět ve zdravotnictví jakousi černou díru, v níž pouze mizí peníze. Tento přístup je však zcela zásadně chybný. Zdravotnictví je totiž především oborem, který hodnoty vytváří. Vždyť pouze zdraví lidé mohou pracovat, tvořit hodnoty a platit daně. Zdravotnická zařízení představují významné zaměstnavatele a odběratele zboží a služeb. A vzhledem k tomu, že obyvatelstvo vyspělých zemí stárne, bude právě zdravotnictví společně se sociálními službami hrát v ekonomice těchto států stále významnější roli. **Zdravotnictví se jako rezort poskytující vysoce specializované služby může stát jedním z tahounů naší ekonomiky.** Základní podmínkou, aby se tak stalo, je právě změna politického přístupu ke zdravotnictví a nalezení odvahy do tohoto rezortu investovat.

Milan Kubek, prezident ČLK

Šance na ocenění i pro lékaře z Česka



Prestížní Cena prince Mahidola, kterou každoročně vyhláší Thajské království, se uděluje jednotlivcům či institucím z celého světa za významné počiny v oblasti lékařství a ochrany veřejného zdraví, má dlouholetou tradici. Historicky poprvé se do ní mohou zapojit i čeští lékaři a instituce.

Nadace prince Mahidola, který je v Thajsku považován za zakladatele moderní medicíny pro svou celoživotní péči o nemocné a neúnavné prosazování důležitosti vzdělávání budoucích lékařů, byla založena 1. ledna 1992 při příležitosti 100. výročí jeho narození. Nadace funguje pod záštitou královské rodiny a její prezidentkou je princezna Maha Chakri Sirindhorn. Ocenění v obou vyhlášených kategoriích (lékařství a ochrana veřejného

zdraví) získávají medaili, certifikát a finanční odměnu 50 000 USD. Slavnostní předání probíhá vždy v lednu v Bangkoku. Za posledních sedmáct let bylo vydáno 51 ocenění. Dva z nositelů Ceny prince Mahidola posléze získali Nobelovu cenu: v roce 2005 Barry James Marshall, profesor klinické mikrobiologie z Austrálie, a v roce 2008 Harald zur Hausen, profesor virologie z Německa.

Nominovat lze jednotlivce, skupiny jednotlivců nebo instituce. Uzávěrka nominací je 31. 5. 2010. Pro další informace, včetně možnosti do Ceny prince Mahidola lékaře, kolektivy lékařů či instituce nominovat, kontaktujte PhDr. Radka Ptáčka, vedoucího odd. vzdělávání ČLK (radek.ptacek@clkc.cz).

(red)



Postoj lékařských komor v českých zemích v letech 1938–1939

Většina současných diskriminací Židů na našem území mylně spojuje výhradně s nacistickou okupací. Avšak nikoli protektorátní, nýbrž naší vládou bylo již **9. října 1938** vydáno nařízení č. **219 Sb.** o dočasných omezeních v živnostenském a jiném výdělečném podnikání, jehož účelem bylo zabránit nežádoucímu přílivu německého a židovského živlu z okupovaného území. Na lékaře se při změně působnosti vztahovala povinnost získat předem souhlas okresního úřadu, v jehož působnosti se chtěl usídlit. Příslušný úřad však mohl toto osvědčení vydat po souhlasu dalších tří institucí – **Ústřední jednoty českoslov. lékařů, Lékařské komory a Ministerstva veřejného zdravotnictví a tělesné výchovy.**

Pro český lékařský stav vyznívá velmi nelichotivě také fakt, že pouhý den po zahájení německé okupace (**16. 3. 1939**) se zástupci všech našich tehdejších lékařských stavovských organizací (kromě komor k nim patřila i již zmíněná Ústřední jednota československých lékařů) vyslovili pro okamžitý zákaz výkonu praxe lékařů neárijského původu. Tímto krokem lékařů samotných, který jistě nelze omlouvat jen „těžký-

mi časy“, bylo řádově tisíc jejich kolegů zbaveno obživy ještě dříve, než vstoupily v platnost nechalé známé nacistické rasové zákony.

V Ústavu dějin lékařství I. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze je uchováván dopis, signovaný předsedou Lékařské župy slezské MUDr. B. Davidem a jednatelem téže organizace MUDr. K. Fajtou, který byl **11. 4. 1939** zaslán ředitelství nemocnice ve Vítkovicích. V dopise se mimo jiné píše: *Dovolujeme si Vám zdvořile oznámiti, že dne 17. března 1939 (pouhé dva dny po zahájení německé okupace – rychlost vskutku obdivuhodná!) byli výborem Ústřední jednoty českých lékařů v Praze vyloučeni z členství všichni neárijské lékaři. Používáme této příležitosti, abychom Vás požádali, abyste na podkladě tohoto sdělení vypořádali všechny neárijské lékaře, kteří jsou doposud ve Vašich službách, a to členy naší župy jakož i členy bývalého Bezirks-Verein der deutschen, mimo jiné Ärzte in M. Ostrau, a nahradili je lékaři, členy Ústřední jednoty českých lékařů a členy Verein der arischen deutschen Ärzte in Brünn.*

Pavel Kubíček

Omluva ČLK židovským lékařům

Česká lékařská komora se omlouvá svým kolegům, židovským lékařům, za vytvoření memoranda a souhlasné stanovisko s memorandem zasláným vládě Republiky československé dne **14. října 1938.**

Toto memorandum nelze chápat jinak než jako antisemitický a diskriminující dokument, za jehož signaturu našimi představiteli cítíme povinnost se omluvit. Činíme tak bez jakékoliv snahy hodnotit a soudit po hnutky našich předchůdců s odstupem dlouhých 72 let.

Vážení členové ČLK, kolegové, lékaři židovského původu, přijměte naši omluvu za čin našich předchůdců.

Schváleno jednomyslně představenstvem ČLK, 18. 3. 2010

Vládě republiky československé v Praze

(Část doslovného přepisu dopisu adresovaného ministru vnitra Janovi Černému, 14. října 1938)

Podepsané korporace ... pociťují vliv židovské otázky ve svých vlastních povoláních a žádají, aby tomuto živelnému hnutí vláda věnovala svoji plnou a účinnou pozornost, má-li se předejítí nedohledným následkům.

Podepsané korporace dovolují si – pokud jde o jejich příslušníky – upozornit zejména na následující požadavky pro své stavy.

- I.
 - 1) aby se židy v našem státě bylo nakládáno – pokud již svobodná povolání provozují – jako s menšinou, a to podle poměru jejich počtu k celkovému počtu obyvatelstva;
 - 2) aby byla učiněna energická opatření, pokud jde o přítomný stav. Upozorňují na to, že ve svobodných povoláních jsou činní v nepoměrném počtu židé a že bude zapotřebí, aby přiměřeným opatřením účast židů v uvedených svobodných povoláních byla ihned omezena na takové procento, které odpovídá celkovému počtu obyvatelstva.

Totéž, co platí o svobodných povoláních, bylo by také třeba uskutečnit, pokud jde o stav soudcovský a veřejnou správu.

- II. aby pro budoucnost vůbec nebylo přípustno v zájmu nejdůležitějších statků národa, aby povolání lékařská, právníká a technická byla vykonávána židy.

Za žida budiž pokládána osoba, jejíž oba rodičové nebo jeden z nich jest původu židovského.

K těmto požadavkům jsme vedeni přesvědčením, že oběti, které na sebe vzal národ český, slovenský a podkarpatský, přinesl pouze v pevné víře v daná mu ujištění, že tento náš zmenšený stát bude státem národním – Čechů, Slováků a Podkarpatorusů a že je nezbytně nutno, aby těmto národům nebylo bráněno v jejich rozvoji činností cizích živlů, které k těmto národům počítati nelze a které se v převážné části podle nabytých zkušeností ukázaly nespolehlivými jak po stránce státní a národní, tak i stavovské.

Podepsané korporace jsou ochotny předložití potřebný materiál a spolupracovati na provedení této naléhavé otázky, neboť odklad jejího řešení působí národu i státu nedozírné škody.

Ústředí čsl. právníků: Univ. prof. Dr. V. Hora, předseda; Dr. Anděla Kozáková, jednatelka

Ústřední jednota čsl. lékařů: Dr. Ot. Janota, jednatel; Dr. Josef Malík, starosta; Prof. Dr. Arnold Jirásek, president lékařské komory v Praze

Jednota advokátů čsl.: Dr. A. Čížinský, jednatel; Dr. J. Schlecht, předseda; JUDr. Theodor Kopecký, president právnické komory v Praze

Spolek čsl. notářů: Dr. Jar. Čulík, předseda; Dr. Fr. Janatka, jednatel; JUDr. Jaroslav Ponec, president notářské komory v Praze

Ing. Václav Stieber, president inženýrské komory pro ČSR

Lékaři a lékárníci společně odmítají centrální úložiště dat

Prohlášení prezidentů lékařské a lékárnické komory

Česká lékařská komora a Česká lékárnická komora uspořádaly 8. března 2010 na půdě ČLK společnou tiskovou konferenci na téma: *Vládní návrh novely zákona o léčivech – zásah do soukromí všech občanů České republiky. Tento návrh se projednává na půdě Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR.*

Na tiskové konferenci vystoupil prezident České lékárnické komory Stanislav Havlíček a viceprezident České lékařské komory Zdeněk Mrozek. Po jednání vydali tiskový mluvčí ČLnK Aleš Krebs a vedoucí tiskového oddělení ČLK Michal Sojka společné tiskové prohlášení prezidentů obou komor:

1) Vyzýváme všechny poslance Parlamentu ČR, aby odmítli novelu zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech, ve znění navrženém Ministerstvem zdravotnictví a předkládaném vládou ČR jako sněmovní tisk č. 1056.

Česká lékařská komora a Česká lékárnická komora neměly možnost se v rámci přípoimkového řízení vyjádřit k tomuto návrhu na změnu právní normy, která nejenom ovlivňuje výkon lékařského a lékárnického povolání, ale především zasahuje do práva občanů na ochranu jejich citlivých osobních údajů. Neexistuje žádný důvod, aby byla novela projednána ve zkráceném řízení, bez diskuse s veřejností.

Odmítáme se podílet na tvorbě databáze citlivých osobních údajů, které by měly být shromažďovány bez vědomí a bez souhlasu pacientů, za situace, kdy není jasný účel shromažďování těchto osobních údajů ani jejich ochrana před možným zneužitím. Nesouhlasíme s tím, aby jedinou možností, jak může pacient bránit shromažďování svých citlivých

osobních údajů, bylo odmítání léčby. Nesouhlasíme s tím, aby zákon ukládal pod hrozbou sankcí zdravotnickým odborníkům povinnost předávat do této databáze data o pacientech.

Návrh novely zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech, vnímáme jako pokus o prolomení povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků, který kráží práva pacientů zaručená jim Listinou základních práv a svobod, a jako takový jej odmítáme.

2) Vyzýváme všechny poslance Parlamentu ČR, aby podpořili návrh na změnu zákona č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, předložený skupinou poslanců jako sněmovní tisk č. 949.

Zneužívání léků s obsahem pseudoefedrinu k výrobě drog je nejenom závažným medicínským problémem, ale též problémem

kriminálním, který poškozujee dobré jméno České republiky. Odborná lékařská i lékárnická veřejnost se shodují na tom, že léky s obsahem pseudoefedrinu by měly být dostupné pouze na lékařský předpis.

K tomuto zásadnímu stanovisku nás vedou zejména tyto důvody:

- Kombinované preparáty obsahující pseudoefedrin neléčí příčinu choroby. Jde o snadno nahraditelné léky, které pouze tlumí příznaky choroby.
- Pokud budou léky s pseudoefedrinem dostupné pouze na lékařský předpis, i nadále zůstanou volně prodejnými léky, které mají obdobný efekt, pouze neobsahují pseudoefedrin. Pacienti, kteří budou preferovat samoléčbu chřipkových onemocnění, tedy i nadále nebudou muset chodit k lékaři pro pouhé předepsání léku.
- Česká republika není žádným právním předpisem vázána k tomu, aby byly léky obsahující pseudoefedrin dostupné bez lékařského předpisu, a měla by k těmto lékům zvolit spíše restriktivní přístup, který by reflektoval skutečnost, že patrně většina těchto preparátů zakoupených v našich lékárnách je zneužívána k výrobě pervitinu.
- Pseudoefedrin lze v kombinovaných preparátech nahradit například fenylefrinem, který nelze zneužívat k tvorbě pervitinu. Pokud bude výdej léků s pseudoefedrinem omezen na lékařský předpis, pak nic nebrání výrobcům těchto léčiv v tom, aby k této substituci přikročili.

*Mgr. Stanislav Havlíček, prezident České lékárnické komory
MUDr. Milan Kubeš, prezident České lékařské komory*

8. března 2010



Aktuální číslo Postgraduální medicíny, recenzovaného časopisu pro vzdělávání lékařů, přináší monotematický Focus

ONKOLOGIE

- komplexní léčba nemocných se solidními maligními nádory

jehož editory jsou prof. MUDr. Miroslav Ryska, CSc., a prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc.

Dále zde najdete řadu hodnotných článků z různých lékařských oborů, monitoring zahraničního tisku a test, po jehož vyplnění můžete získat 10 kreditů v Systému celoživotního vzdělávání.

Bližší info najdete na www.postgradmed.cz

Předplaťte si Postgraduální medicínu ještě dnes na tel. 800 300 302 nebo e-mailem na mf.prst@cpost.cz



Dopis prezidenta ČLK poslancům

S žádostí o odmítnutí návrhu zákona, kterým se mění zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech (tisk 1056), a s žádostí o podporu pro návrh zákona, kterým se mění zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách (tisk 949), se obrátil prezident ČLK Milan Kubek na členy Poslanecké sněmovny s následujícím dopisem.

Vážený pane poslanče,

na programu jednání 75. schůze Poslanecké sněmovny dne 9. 3. 2010 je návrh Ministerstva zdravotnictví ČR na změnu zákona o léčivech. Vzhledem k tomu, že Česká lékařská komora neměla možnost vyjádřit se v rámci připomínkového řízení k tomuto návrhu na změnu právní normy, která nejenom ovlivňuje výkon lékařského povolání, ale především zasahuje do práva občanů na ochranu jejich citlivých osobních údajů, dovoluji se jménem lékařů zastupovaných Českou lékařskou komorou obrátit tímto způsobem přímo na Vás.

Zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech, jehož další novelu předkládá Ministerstvo zdravotnictví ČR Poslanecké sněmovně k projednání ve zrychleném režimu, upravuje mimo jiné pravidla výdeje léků, a to trojím způsobem. Vedle tradičních kategorií léků volně prodejných a léků dostupných pouze na lékařský předpis novela zákona účinná od 1. 1. 2008 vytvořila novou kategorii léčiv – léky dostupné bez lékařského předpisu s omezením. Do této kategorie léčiv, která od počátku vzbuzovala velké odborné pochybnosti mezi lékaři, byly zařazeny léky s obsahem pseudoefedrinu.

Zneužívání léků s obsahem pseudoefedrinu k výrobě drog je jistě nejenom závažným medicínským problémem, ale též problémem kriminálním, který poškozuje dobré jméno České republiky. **Odborná lékařská i lékárnická veřejnost se shodují na tom, že léky s obsahem pseudoefedrinu, který je široce zneužíván k výrobě pervitinu, by měly být dostupné pouze na lékařský předpis.** K tomuto zásadnímu stanovisku nás vedou zejména tyto důvody:

1) Kombinované **preparáty obsahující pseudoefedrin neléčí příčinu choroby.** Jde o snadno nahraditelné léky, které pouze tlumí příznaky choroby.

2) **Pokud budou léky s pseudoefedrinem dostupné pouze na lékařský předpis, i nadále zůstanou volně prodejnými léky, které mají obdobný efekt,** pouze neobsahují pseudoefedrin. Pacienti, kteří budou preferovat samoléčbu chřipkových

onemocnění, tedy i nadále nebudou muset chodit k lékaři pro pouhé předepsání léku.

3) **Česká republika není žádným právním předpisem vázána k tomu, aby byly léky obsahující pseudoefedrin dostupné bez lékařského předpisu. Jednotlivé členské státy EU také k lékům obsahujícím pseudoefedrin přistupují velmi rozdílně.** Zatímco například v Nizozemí nebo ve Finsku patří pseudoefedrin mezi nebezpečně zakázané látky, které žádné registrované léky neobsahují, tak naproti tomu v Rakousku, Belgii, Francii, Polsku nebo Slovensku jsou kombinované preparáty s obsahem pseudoefedrinu volně prodejné. Ve Švédsku, Dánsku a v pobaltských státech jsou přitom léky s obsahem pseudoefedrinu dostupné pouze na lékařský předpis. V Británii zase může lékárník vydat pouze jedno balení léku a ve Španělsku existuje omezení týkající se celkového množství pseudoefedrinu. Snad s výjimkou USA, kde se ale centrálně eviduje výdej celé řady léků, však nikde neexistuje systém centrální evidence obdobný tomu, který by rádo Ministerstvo zdravotnictví ČR vyzkoušelo u nás.

4) Česká republika by k lékům s pseudoefedrinem měla zvolit spíše restriktivní přístup, který by reflektoval skutečnost, že patrně většina těchto preparátů zakoupených v našich lékárnách je zneužívána k výrobě pervitinu. Je jasné, že žádné administrativní opatření samo o sobě nemůže výrobě a zneužívání drog zabránit, avšak povinností politiků je nastavovat taková pravidla, která tyto jednoznačně negativní jevy budou omezovat na minimum. **Výroba pervitinu a s ní související zneužívání volně prodejných léků obsahujících pseudoefedrin dosáhla v ČR takové míry, že je již ohrožena pověst ČR jako slušného státu.**

5) **Pseudoefedrin lze v kombinovaných preparátech nahradit například fenylefrinem, který nelze zneužívat k tvorbě pervitinu.** Tento postup byl využit například na Novém Zélandu. Pokud bude výdej léků s pseudoefedrinem omezen na lékařský předpis, pak nic nebrání výrobcům těchto léčiv v tom, aby k této substituci přikročili i u nás.

Vážený pane poslanče, **návrh novely zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech,** který je podle názoru České lékařské komory třeba odmítnout, **se snaží legalizovat zřízení tzv. centrálního úložiště dat, které by obsahovalo citlivé osobní údaje o obča-**

nech ČR, přehled léků, které jednotliví občané užívají, a tím nepřímo informace o jejich zdravotním stavu. V této souvislosti je důležité připomenout, že Úřad pro ochranu osobních údajů již jednou dospěl k názoru, že tzv. centrální úložiště dat neodpovídá požadavkům stanoveným zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů. Tzv. centrální úložiště dat neposkytuje dostatečnou ochranu osobních údajů a Úřad pro ochranu osobních údajů tedy nařídil Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) nadále osobní údaje v Centrálním úložišti dat neshromažďovat a osobní údaje již shromážděné zlikvidovat.

Ministerstvo zdravotnictví ČR odmítá řešit problém zneužívání léků s obsahem pseudoefedrinu standardním způsobem, tedy omezením výdeje těchto léků pouze na lékařský předpis. Ostudný a závažný problém je naopak zneužíván jako odůvodnění existence velmi drahého a s ohledem na ochranu osobních údajů sporného sledovacího systému tzv. centrálního úložiště dat.

Ministerstvo zdravotnictví ČR vytvořilo nový návrh novely zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech. Na základě povolení předsedkyně legislativní rady vlády bylo připomínkové řízení k tomuto návrhu zkráceno na 5 pracovních dnů (od 25. 11. 2009 do 1. 12. 2009) a počet připomínkových míst byl výrazně zúžen. **V rámci připomínkového řízení nebyly vůbec osloveny zainteresované profesní organizace, zejména Česká lékařská komora a Česká lékárnická komora, které s návrhem zásadně nesouhlasí a kterým Ministerstvo zdravotnictví ČR neumožnilo se k návrhu vyjádřit.**

Vážený pane poslanče, **z výše uvedených důvodů si Vás dovoluji jménem České lékařské komory,** která ze zákona hájí profesní zájmy všech lékařů v ČR, **požádat o zamítnutí návrhu Ministerstva zdravotnictví ČR (sněmovní tisk 1056). Zároveň si dovoluji jménem ČLK požádat o podporu návrhu poslanců Ludvíka Hovorky, Jiřího Carbola, Jaroslava Krákory, Michaely Šojdrové, Petra Bratského a Jana Grůzy (sněmovní tisk 949) na vydání zákona, kterým se mění zákon č. 167/1998 Sb., o návykových látkách, a o změně některých dalších zákonů, ve znění pozdějších předpisů, který řeší závažný problém zneužívání léků s obsahem pseudoefedrinu účinným a standardním způsobem, tedy omezením výdeje těchto léků pouze na lékařský předpis.**

Milan Kubek, prezident České lékařské komory

V Praze 2. března 2010

Úřad pro ochranu osobních údajů s centrálním úložištěm nesouhlasí

V souvislosti s probíhajícím legislativním procesem týkajícím se novelizace zákona o léčivech (sněmovní tisk č. 1056) úřad prohlašuje:

1) Sdělovací prostředky v posledních dnech mylně informují veřejnost, že úřad dal souhlas k pořízení centrálního úložiště (receptů) a že požadavky úřadu byly v průběhu předchozích legislativních prací do návrhu novely zapracovány.

2) Pravdě neodpovídají ani informace, že uvedenou novelou jsou pouze napraveny nedostatky zjištěné kontrolou úřadu.

Ve skutečnosti:

A) V průběhu připomínkování novely Ministerstvo zdravotnictví nedospělo s úřadem ke shodě nad rozsahem právní úpravy úložiště a jejími vlastnostmi. Dle úřadu nejsou dostatečně respektovány principy ochrany osobních údajů, a úložiště se tudíž nejeví jako šetrné k soukromí pacientů, lékařů i lékárníků.

B) Návrh předkládaný zákonodárcům vytváří z původního úložiště elektronických receptů (jejichž používání je založeno na dohodě pacienta a lékaře) centrální úložiště, do něhož budou muset být údaje nejen z elektronických receptů vkládány povinně.

Pozice a poznatky úřadu:

Úřad nebránil a nebrání shromažďování a dalšímu zpracování údajů z receptů v případech, kdy je třeba předcházet a zamezit zneužívání některých druhů léků. Opakovaně nabízel ministerstvu zdravotnictví součinnost nezbytnou k rychlému vybudování účelné evidence, která by umožňovala sledovat a vyhodnocovat předepisování zneužitelných léčivých přípravků.

V hromadných sdělovacích prostředcích je vznik centrálního úložiště velmi často odůvodňován pouze potřebou zpřísnění prodeje omezeného množství léků a zamezení užívání drog. Naprosto je však zamlčován fakt, že navrhovaná podoba úložiště tento účel široce překračuje: návrh zákona pouze obecně stanoví skupinu činností, k nimž bude stát oprávněn osobní údaje z receptů využívat, a to bez souhlasu pacientů.

Úřad doporučoval ministerstvu zdravotnictví oddělit práce nad aktuálně potřebnou evidencí zneužívaných léků od prací nad dalšími funkcemi centrálního úložiště, jejichž stanovení je uspěchané a z hlediska ochrany soukromí nedomyšlené. Své připomínky úřad opírá také o aktuální stanovisko Evropského inspektora osobních údajů.



Připomínky úřadu plynou z povinností a kompetencí svěřených mu jakožto nezávislé dozorové autoritě nad zpracováním osobních údajů. Považuje tudíž za nezbytné, aby v případě každého zpracování osobních údajů bylo orgány veřejné moci respektováno ústavní pravidlo nařizující, že tuto moc lze využívat jen v mezích, způsobilých a prostředky stanovenými zákonem. Je tedy třeba vždy jasně zákonem vymezit, k jakým konkrétním činnostem mohou být osobní údaje občanů využity, a nesetrvat na obecných a mlhavých pravidlech.

Uvedené požadavky týkající se dopadu legislativních opatření do soukromí občanů je třeba transparentně podrobit diskusi i v případě právě schvalované státní databáze a otevřeně o ní informovat občany.

PhDr. Hana Štěpánková, tisková mluvčí

Úřad pro ochranu osobních údajů

12. března 2010

SÚKL dostal pokutu za sbírání dat o pacientech

Úřad pro ochranu osobních údajů (ÚOOÚ) uložil pokutu dva miliony tři sta tisíc korun Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL). Rozhodnutí je zatím nepravomocné. Úřadu, který chrání data, se nelíbí, jakým způsobem chce SÚKL sbírat údaje o lécích a pacientech z lékáren do takzvaného centrálního úložiště dat.

Lékařníci jsou tvrdě proti tomu, aby odesílali do centrálního registru, co si u nich kdo vyzvedl na recept, a už více než rok proti tomu protestují.

„Upozorňujeme na to už dlouho, že takový sběr dat je v rozporu se zákonem. A teď se ukazuje, že jsme měli pravdu a že i Úřad pro ochranu osobních údajů považuje takový sběr dat na jednom místě

za nadbytečný,“ říká mluvčí České lékařnické komory Aleš Krebs.

„Úřad rozhodl o tom, že SÚKL v souvislosti se zpracováním osobních údajů v centrálním úložišti elektronických receptů v době od ledna 2009 do září 2009 spáchal správní delikt. Nestanovil totiž účel, prostředky nebo způsob zpracování dat a zpracovával osobní údaje bez souhlasu subjektu údajů. A nepřijal nebo neprovedl opatření pro zajištění bezpečnosti zpracování osobních údajů,“ vytýká v rozhodnutí o pokutě lékovému úřadu Úřad pro ochranu osobních údajů.

„Jen to potvrzuje, že naše obavy jsou oprávněné, z toho, že by data pacientů a tak citlivý údaj, jako čím se kdo léčí, moh-

la být zneužita. Rozhodně to není správně postavený systém,“ říká také mluvčí České lékařské komory Michal Sojka.

Lékařská komora považuje shromažďování údajů o lécích, které berou konkrétní pacienti, za nadbytečné. Podle Sojky mají taková data už teď všechny zdravotní pojišťovny a není důvod, proč mít další kanál, kudy mohou citlivé údaje uniknout.

Z léků, které pacienti berou, se totiž snadno dá odhadnout jejich diagnóza.

SÚKL už loni musel na základě rozhodnutí ÚOOÚ přestat z lékáren tato data sbírat. Teď však leží v Poslanecké sněmovně novela zákona, která sběr údajů o receptech upravuje.

Lenka Petrášová

MF DNES, 15. března 2010



Standardy za 125 milionů

Vysvětlení ministryně zdravotnictví Dany Juráskové

Prezident ČLK Milan Kubek se 11. února t. r. obrátil na ministryni Danu Juráskovou s otevřeným dopisem, v němž se pozastavuje nad faktem, že Ministerstvo zdravotnictví ČR vypisuje zakázku s názvem „Generální řešitel projektu tvorby národní sady standardů odborné zdravotní péče – tvorba systému, jeho plnění a související služby“. A ptá se, proč vypisuje zakázku za 125 milionů korun právě teď, krátce před volbami, když je k dodání za tři a půl roku (viz Tempus 2/2010).

Vážený pane prezidente Kubku, obdržela jsem Váš otevřený dopis týkající se realizace Projektu tvorby národní sady standardů odborné zdravotní péče. Předně musím uvést, že mne od Vás, jako představitele profesní apolitické organizace, překvapil politický podtext úvodu Vašeho dopisu, dávající ryze odbornou problematiku tvorby standardů, řešenou již v minulosti bez ohledu na politickou příslušnost ministra, do kontextu s mandátem úřednické vlády.

K jednotlivým Vaším dotazům pak předkládám tuto svoji reakci:

Proč Ministerstvo zdravotnictví ČR vypisuje čtyři měsíce před parlamentními volbami zakázku na služby, které mají být dokončeny až za 3,5 roku, tedy daleko po ukončení mandátu současné úřednické vlády?

Finanční stabilita projektu je postavena na zdrojích dostupných z Integrovaného operačního programu (dále jen „IOP“), prostřednictvím kterého lze na příslušné aktivity získat dotaci z fondů Evropské unie v časově ohraničeném programovém období 2007–2013. Aby tedy mohlo k čerpání evropských prostředků vůbec dojít, a zde se doufám shodneme, že by bylo trestuhodné prostředky na podporované aktivity nečerpát, je nezbytné zahájit řešení projektu co nejdříve. Projektová žádost byla podána v rámci 3. výzvy na předkládání projektů tohoto typu v létě 2009 (což bylo poprvé, kdy výzva směřovala na příslušný typ projektů), přípravné předprojektové práce byly dokončeny v průběhu léta a podzimu 2009, samotný projekt byl schválen a zahájen k 1. 11. 2009. V souladu s poznatky z pilotních aktivit realizovaných Národním referenčním centrem ve spolupráci s odbornými

mi lékařskými společnostmi a po zvážení zahraničních zkušeností s vývojem standardů byla délka projektu nastavena na 48 měsíců, přičemž na samotnou tvorbu standardů je vyhrazena doba cca dva a půl roku, což je průměrná doba vývoje původního standardu jak v evropských, tak v mimoevropských zemích. Současně je třeba doplnit, že příslušný Projekt je jedním z prvních, které se po ustavení odboru zabývajícího se problematikou Evropských fondů na MZ realizují – je proto nesmyslné dávat období realizace Projektu do jakýchkoliv souvislostí s trváním mandátu té které vlády.

Na základě jakého obecně závazného právního předpisu, případně usnesení vlády ČR, se Ministerstvo zdravotnictví ČR rozhodlo tuto veřejnou zakázku zadat?

Ptáte-li se na zadávací řízení, pak se samozřejmě jedná o zákon č. 137/2006 Sb., o veřejných zakázkách, v platném znění, jehož aplikace je u tzv. nadlimitních veřejných zakázek obligatorní jak z důvodů zákonných (Ministerstvo zdravotnictví ČR má postavení tzv. veřejného zadavatele), tak s ohledem na podmínku stanovenou v předpisech IOP.

Na základě čeho stanovilo Ministerstvo zdravotnictví ČR cenu zakázky právě na 124 925 167 Kč bez DPH?

Rozpočet projektu se odvíjí od předpokládaných osobních a věcných nákladů nezbytných pro zajištění plnění předmětu Projektu. Vzhledem k předpokládané skladbě autorských týmů (ta sama je odvozena z odzkoušeného modelu při pilotním projektu) není složité dopočítat osobní náklady potřebné pro zajištění činnosti takového kolektivu, jejich absolutní výše je pak determinována počtem ks standardů, které budou v rámci projektu vyvíjeny. U osobních nákladů přitom byly respektovány všechny IOPem určené mezní hodnoty takových nákladů, které jsou podmínkou znatelnosti výdaje. Součástí celkové částky jsou dále náklady na vývoj a spuštění softwarové aplikace jako trvalého produktu Projektu (kdy technické parametry a licenční nároky byly v závislosti na požadované funkcionalitě stanoveny informatiky) a konečně dle dokumentace IOPu požadované náklady na zajištění pu-

blicity, projektového řízení a administraci projektu. Všechny tyto vstupní údaje byly následně vloženy do kontextu finančních možností příslušné výzvy, došlo k finálnímu určení počtu požadovaných standardů, a tím i k přesnému výpočtu předpokládaných nákladů na realizaci Projektu. Částka 124 925 167 Kč bez DPH odpovídá vypočteným celkovým předpokládaným nákladům ve výši 149 910 200 Kč vč. DPH.

Jaký finanční efekt očekává Ministerstvo zdravotnictví ČR od realizace zakázky za více než sto dvacet milionů Kč? Jde o úsporné nakládání s veřejnými prostředky v čase hospodářské krize a prohlubujícího se deficitu státního rozpočtu?

Předně se domnívám, že ve věci budování systémů pro zvyšování kvality a efektivity poskytování zdravotní péče, navíc hrazené z prostředků Evropské unie, nelze o neefektivitě či neekonomičnosti takového kroku vůbec diskutovat. Je třeba zdůraznit již jednou výše přednesený fakt, že náklady na realizaci projektu jsou zajištěny ze zdrojů Evropské unie, která budování systémů pro řízení kvality a nákladovosti systému veřejného zdraví ve formě podpory projektů standardizace a řízení efektivity zdravotní péče podporuje. Ministerstvo zdravotnictví ČR realizací příslušného Projektu tento záměr Evropské unie naplňuje a v jeho realizaci spatřuje přinejmenším dva výhradně pozitivní dopady na zdravotnický systém v ČR. Prvním z nich je přímá podpora odborných lékařských pracovníků podílejících se na realizaci Projektu, jimž prostřednictvím výdajů Projektu poplynou finanční prostředky za spolupráci na vývoji standardů, čímž současně bude docházet k rozvoji jejich profesních znalostí a dovedností (nezbytnost vynaložení podstatné části projektových výdajů právě ve prospěch zdravotnických pracovníků je zajištěna požadavkem na minimální počet lékařů a dalších odborníků zapojených do jeho řešení). Druhým pozitivním dopadem ekonomického rázu je vytvoření mechanismů (HTA), které v budoucnu umožní vynakládat stále větší část finančních prostředků určených na úhradu zdravotní péče s maximální efektivitou. Jsem přesvědčena, že realizace Projektu žádný



nepříznivý dopad na stav veřejných financí nemá, je tomu právě naopak.

Proč tvorbou standardů zdravotní péče Ministerstvo zdravotnictví ČR nepověřilo Českou lékařskou komoru ve spolupráci s odbornými lékařskými společnostmi?

Jak již uvádím výše, Ministerstvo zdravotnictví ČR musí i v rámci tohoto Projektu respektovat své postavení tzv. veřejného zadavatele, a z toho důvodu by bylo v rozporu se zákonem o veřejných zakázkách a v jeho rámci uplatněných zásad rovného zacházení, transparentnosti a nediskriminace, kdyby realizaci projektu svěřilo bez řádného výběrového řízení jedné (či více) institucím. Vzhledem k tomu, že si Ministerstvo zdravotnictví ČR uvědomuje zcela zásadní postavení odborných lékařských společností v oblasti utváření náhledu odborné veřejnosti na správné poskytování zdravotní péče, včlenilo, při respektování výše uvedených zásad, povinnou účast těchto odborných společností na vývoji standardů odborné zdravotní péče do Projektu a následně i zadávací dokumentace k zadávacímu řízení. Je si však třeba uvědomit, že i zcela jednoznačné odborné důvody nezprošťují Ministerstvo zdravotnictví ČR povinnosti umožnit přístup k plnění veřejné zakázky širokému okruhu potencionálních uchazečů.

Tvorba standardů zdravotní péče je zejména otázkou odborně medicínskou. Z jakého důvodu nebyla o záměru Ministerstva zdravotnictví ČR informována Česká lékařská komora? Byly ze strany Ministerstva zdravotnictví ČR informovány odborné lékařské společnosti?

O záměru realizovat příslušný projekt byla odborná veřejnost informována prů-

běžně v rámci aktivit tzv. Odborného fóra pro tvorbu standardů péče, které působí na platformě Národního referenčního centra a všech zdravotních pojišťoven působících v jeho rámci. Následně, když projekt získal konkrétní podobu, uspořádalo Ministerstvo zdravotnictví ČR v měsíci květnu roku 2009 národní konferenci zaměřenou na příslušnou problematiku, kde byl prezentován záměr projektu, výsledky pilotních aktivit (metodologie, demostandardy), zahraniční zkušenosti a právní aspekty standardů. Přednášejícími byli zástupci ministerstva zdravotnictví, odborných lékařských společností, zdravotních pojišťoven, poskytovatelů zdravotní péče a univerzit. Pozvání na tuto akci pak směřovalo k zástupcům široké odborné veřejnosti (všechny odborné společnosti, poskytovatelé, zdravotní pojišťovny a další zájmové skupiny). Problematika standardizace spojená s představením projektu byla prezentována rovněž na dalších konferencích realizovaných v letech 2008–2009 různými autoritami odlišnými od Ministerstva zdravotnictví ČR.

Spolupracuje v této věci Ministerstvo zdravotnictví ČR se zdravotními pojišťovnami? Pokud ano, jakým způsobem? Pokud nespolupracuje, pak proč?

Jak se již uvádí výše, zdravotní pojišťovny se na tvorbě standardů podílejí od samého počátku v rámci spolupráce na tvorbě pilotních dokumentů vytvářených Odborným fórem pro tvorbu standardů péče. V dalším procesu tvorby standardů je jejich postavení totožné s ostatními subjekty působícími ve zdravotnickém sektoru, budou osloveny v rámci oponentních řízení ke standardům, jejich zástupci budou v souladu s Projektem i součástí expertního týmu řešitele.

Jaké standardy odborné zdravotní péče má generální řešitel projektu vytvořit? Má jít o standardy odborné, úhradové, případně jiné?

Projekt je koncipován tak, že jeho výstupem by kromě samotného systému pro tvorbu standardů odborné zdravotní péče podle jednotné metodiky měly být komplexní standardy, skládající se z několika komponent – klinický doporučený postup určený pro odbornou veřejnost, zpracovaný v souladu s „Evidence based medicine“ postupy, personální a přístrojové (prostorové) požadavky vážící se k příslušnému klinickému řešení, ekonomické aspekty standardu zabývající se efektivitou zvoleného

klinického řešení, patientská část standardu podávající stručnou a laickovi srozumitelnou formou přehlednou informaci o náplni příslušného standardu a případně ukazatele kvality významné pro hodnocení kvality a efektivity poskytované zdravotní péče.

Na základě jakých právních předpisů budou „standardy odborné zdravotní péče“ tvořeny a jaká bude jejich právní závaznost pro zdravotnická zařízení, případně pro zdravotní pojišťovny?

Jak jistě sám dobře víte, tuzemská legislativa v současné době obsahuje pouze sporadické zmínky o standardech odborné zdravotní péče – nepřímou v zákoně č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, a to přesto, že odborná veřejnost po přesnějším zakotvení profesních standardů do naší legislativy, a tím souvisejícím rozvoji procesu standardizace odborné zdravotní péče, volá již dlouhodobě (o tom konečně svědčí i značné množství dílčích aktivit na poli vývoje standardů napříč českým zdravotnictvím – jednotlivé odborné společnosti, univerzity i komory). Konkrétnější je pro ČR závazná Úmluva o lidských právech a biomedicíně (96/2001 Sb. m. s.), která přímo stanoví povinnost provádět jakékoliv zákroky z oblasti péče o zdraví v souladu s profesními standardy a povinnostmi. Samotný proces vývoje standardů pochopitelně nikde uzákoněný není (ani by to nebylo vhodné), nezbytný je v tomto kontextu soulad tohoto procesu se všeobecně přijímanými a vědecky ověřenými způsoby jejich tvorby založenými na principech Evidence based medicine, což pilotní metodologie plně respektuje. Vytvořené standardy se v praxi budou opírat jednak o výše zmíněnou úmluvu, širokou aplikovatelnost podpoří také odbornost autorských kolektivů a garance odborných společností podílejících se na jejich vývoji. V té souvislosti jako představitelka Ministerstva zdravotnictví ČR musím s lítostí konstatovat, že ucelená úprava postavení standardů zdravotní péče v ČR, zpracovaná v rámci návrhu zákona o zdravotních službách, zůstala z politických důvodů doposud nenaplněna.

Věřím, že po seznámení se s reálnými aspekty Projektu dospějete k jednoznačnému závěru, že tento je pro české zdravotnictví přínosný a způsob jeho financování nepřispěje k dalšímu prohlubování našeho deficitního státního rozpočtu.

Dana Jurásková

V Praze dne 9. března 2010



Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků

V minulém čísle časopisu Tempus medicorum jsme v právní rubrice pojednávali o případech oznamovací povinnosti a povinnosti překazit trestný čin podle nového trestního zákoníku. Tyto případy jsou výjimkami z povinné mlčenlivosti.

Na žádost některých čtenářů i na základě toho, že došlo k určitým legislativním změnám od doby, kdy byl publikován poslední článek o povinné mlčenlivosti zdravotníků, v tomto čísle stručně zrekapitulujeme současný stav legislativní úpravy povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků v České republice.

Rozsah povinné mlčenlivosti zdravotníků a sankce za její porušení

Podle § 55 odst. 2 písm. d) zákona o péči o zdraví lidu č. 20/1966 Sb. v platném znění je zdravotnický pracovník povinen zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dozvěděl při výkonu svého povolání, s výjimkami, které jsou dále v tomto ustanovení výslovně stanoveny nebo které stanoví jiný právní předpis.

Z toho vyplývá, že rozsah povinné mlčenlivosti zdravotníků je velmi široký a týká se všeho, co se zdravotník při výkonu povolání dozvěděl. Nelze jej tedy omezit na důvěrné informace o závažných otázkách zdravotního stavu konkrétních pacientů, ale týká se všech skutečností zjištěných při výkonu povolání zdravotníka. Vztahuje se samozřejmě především k ochraně údajů o zdravotním stavu pacientů. Není porušením povinné mlčenlivosti, pokud lékař nebo jiný zdravotník sděluje informace nutné k návaznosti zdravotní péče jinému lékaři nebo zdravotníkovi, který pacienta přebírá do své péče nebo který provádí na žádost ošetřujícího lékaře některé specializované zdravotní výkony a k tomu potřebuje znát údaje o zdravotním stavu vyšetřované osoby. Bylo by však hrubým porušením povinné mlčenlivosti zdravotníka, pokud by poskytl informace jinému zdravotníkovi o zdravotním stavu pacienta, aniž by důvodem byla návaznost v poskytování zdravotní péče. Sama skutečnost, že někdo je zdravotníkem a pracuje například v příslušné nemocnici, ho rozhodně neopravňuje k tomu, aby zjišťoval jakékoli údaje o pacientech nemocnice, pokud o dotyčného pacienta nepečuje nebo nejsou jiné odborné důvody ke sdělení údajů o pacientovi (například epidemiologické). Z toho vyplývá i povinnost ředitelů nemocnic a správců počítačových sítí nemocnic znemožnit přístup do zdravotnické dokumentace pacientů těm zdravotníkům, kteří nemají

důvod seznamovat se s touto zdravotnickou dokumentací. Mohlo by být hrubým porušením práva na ochranu osobních údajů, kdyby kterýkoliv zdravotník měl prostřednictvím počítačové sítě nemocnice přístup k údajům o zdravotním stavu kteréhokoliv pacienta nemocnice, ač nemá žádné pracovní důvody s těmito údaji se seznamovat.

Za porušení povinné mlčenlivosti zdravotníka se rovněž nepovažuje, pokud lékař nebo jiný zdravotník poskytuje informace samotnému pacientovi nebo i jiným osobám, které pacient určil nebo které jsou ze zákona oprávněny obdržet informace o poskytované zdravotní péči. Jak pacient, tak další, pacientem určené, osoby jsou oprávněny obdržet informace o účelu a povaze poskytované zdravotní péče a každého vyšetřovacího nebo léčebného výkonu, jakož i o jeho důsledcích, alternativách a rizicích. Jestliže to zdravotní stav nebo povaha onemocnění pacienta vyžadují, je zdravotnický pracovník oprávněn sdělit osobám blízkým pacientovi a členům jeho domácnosti, byť by nebyli osobami blízkými, též informace, které jsou pro ně nezbytné k zajištění péče o tohoto pacienta nebo pro ochranu jejich vlastního zdraví. V případě, kdy pacient vyslovil zákaz poskytování informací kterémukoli osobám, je však třeba tento zákaz respektovat, s výjimkou nezbytných informací k zajištění péče o pacienta, je-li přeložen do domácího prostředí, a k zajištění ochrany zdraví členů jeho domácnosti. Tím je limitován rozsah povinné mlčenlivosti zdravotníka, kromě dalších zákonem taxativně stanovených výjimek.

V případě porušení povinné mlčenlivosti zdravotníka by podle nového trestního zákoníku č. 40/2009 Sb. mohlo jít o trestný čin neoprávněného nakládání s osobními údaji a pachatel by hrozil trest odnětí svobody až na tři léta nebo zákaz činnosti.

Kromě toho by v takovém případě Úřad pro ochranu osobních údajů byl oprávněn uložit zdravotnickému zařízení pokutu až do 10 milionů Kč a v případě opakovaného porušení povinnosti k ochraně osobních údajů až do 20 milionů Kč.

V praxi se již i v České republice začínají objevovat první případy, kdy pro porušení povinné mlčenlivosti zdravotníkem podává pacient u soudu úspěšnou žalobu na ochranu osobnosti a domáhá se i finanční satisfakce za tento zásah do práva na ochranu svých citlivých osobních údajů. Podle zákona je za citlivý osobní údaj považován jakýkoli údaj o zdravotním stavu člověka.

Výjimky z povinné mlčenlivosti zdravotníků

Výjimky z povinné mlčenlivosti zdravotníků nejsou bohužel stanoveny přehledně v jediném ustanovení jednoho zákona, ale je třeba je dovodit z několika zákonů – zejména ze zákona o péči o zdraví lidu, č. 20/1966 Sb., dále z trestního řádu a ze zákona o Policii ČR. Celá řada dalších právních předpisů pak upravuje povinnost oznamovat určité skutečnosti určitým orgánům, která je obecnou výjimkou z povinné mlčenlivosti zdravotníků – tedy má-li zdravotník povinnost oznamovat určité skutečnosti, nemůže být vázán povinnou mlčenlivostí.

Průlomy do povinné mlčenlivosti jsou následující:

1. jsou-li poskytovány údaje o zdravotním stavu se souhlasem příslušného pacienta nebo jeho zákonného zástupce;
2. má-li zdravotnický pracovník podle právního předpisu oznamovací povinnost, tedy povinnost oznamovat určité skutečnosti určeným orgánům;
3. pro účely trestního řízení, na žádost orgánů činných v trestním řízení, po předchozím souhlasu soudce (§ 8 odst. 5 trestního řádu);
4. v rozsahu nezbytném pro obhajobu v trestním řízení a pro řízení před soudem nebo jiným orgánem, je-li předmětem řízení spor mezi zdravotníkem, popřípadě jeho zaměstnavatelem a pacientem, nebo jinou osobou uplatňující práva na náhradu škody nebo na ochranu osobnosti, v souvislosti s poskytováním zdravotní péče. Toto nové ustanovení ve prospěch zdravotníků prosadil do novely zákona o péči o zdraví lidu v roce 2007 prezident České lékařské komory MUDr. Milan Kubek;
5. v případě vyhlášeného pátrání po osobě má Policie ČR právo na informace o době a místě poskytnutí zdravotní péče osobě, po které je pátrání vyhlášeno;
6. za účelem identifikace neznámé mrtvoly je Policie ČR oprávněna žádat poskytnutí údajů ze zdravotnické dokumentace, které jsou nezbytné k identifikaci neznámé mrtvoly;
7. zdravotnické zařízení k tomu odborně a provozně způsobilé je povinno provést odběr biologického materiálu u osoby, u které je podezření, že je pod

vlivem návykových látek. Zdravotnické zařízení je pak povinno sdělit výsledek vyšetření tomu, kdo jej nařídil. To neplatí při odběru biologického materiálu za účelem diferenciální diagnostiky.

Pacient by vždy při přijetí do zdravotnického zařízení nebo při převzetí do péče v ambulantním zdravotnickém zařízení měl podepsat, které osoby se mohou seznamovat s údaji o jeho zdravotním stavu, případně nahlížet do jeho zdravotnické dokumentace. Tato povinnost vyplývá i z vyhlášky o zdravotnické dokumentaci. Informace lze posléze podávat pouze pacientovi, jeho zákonným zástupcům a osobám, které určil. Pokud zdravotní stav pacienta neumožňuje určit osoby, které jsou oprávněny seznamovat se s údaji o jeho zdravotním stavu a nahlížet do jeho zdravotnické dokumentace, pak podle zákona mají toto právo osoby pacientovi blízké.

Případů, kdy zdravotnický pracovník je podle právního předpisu povinen oznamovat určité skutečnosti určeným orgánům, je velké množství. Pouze však v případech, kdy by šlo o neoznámení trestného činu nebo nepřekažení trestného činu, by nesplněním této povinnosti byl spáchán trestný čin, jak bylo publikováno v minulém čísle časopisu *Tempus Medicorum*. Jinak je známá povinnost oznamovat případy zanedbání zdravotní péče o dítě a porušování rodičovské zodpovědnosti orgánům sociálně-právní ochrany dětí, oznamovat skutečnost, že porucha zdraví byla způsobena jednáním třetí osoby příslušné zdravotní pojišťovně pacienta, povinnost oznamovat podezření na přenosné choroby s povinným léčením orgánům ochrany veřejného zdraví, povinnost poskytnout součinnost lékařům orgánů sociálního zabezpečení, revizním lékařům a dalším odborným pracovníkům zdravotních pojišťoven apod. Tyto případy oznamovací povinnosti jsou ve všech případech výjimkou z povinné mlčenlivosti zdravotníků, která je stanovena právním předpisem.

V případě, kdy Policie ČR nebo jiný orgán činný v trestním řízení požaduje od zdravotnického zařízení, bez souhlasu příslušného pacienta nebo jeho zákonného zástupce, určité informace o zdravotním stavu, lze souhlas pacienta nebo zákonného zástupce nahradit písemným souhlasem soudce. Je tedy na posouzení soudce, zda v daném případě dá přednost veřejnému zájmu na odhalení trestné činnosti, nebo převýší v konkrétním případě zájem na ochranu osobních údajů občana.

V minulosti bylo často nemožné domoci se u soudu důkazů v neprospěch pacienta

podávajícího žalobu nebo trestní oznámení na lékaře za situace, kdy pacient nedal souhlas k tomu, aby lékař seznámil vyšetřující orgány nebo soud se všemi údaji o jeho zdravotním stavu. Vznikla tak paradoxně situace, kdy lékař byl vázán povinnou mlčenlivostí natolik, že se nemohl efektivně hájit v trestním řízení nebo nemohl uplatnit efektivní obranu proti žalobě o náhradu škody s ohledem na povinnou mlčenlivost. Tento stav se podařilo odstranit v roce 2007 novelou zákona o péči o zdraví lidu, kdy na podnět prezidenta České lékařské komory Milana Kubka a se souhlasem výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny bylo do ustanovení o povinné mlčenlivosti v zákoně o péči o zdraví lidu začleněno ustanovení o tom, že zdravotnický pracovník je oprávněn použit v nezbytném rozsahu údaje, které jsou mu známy o pacientovi, i bez souhlasu pacienta, je-li to třeba pro vlastní právní ochranu zdravotníka nebo pro právní ochranu příslušného zdravotnického zařízení. Od té doby bylo tohoto ustanovení již mnohokrát v praxi využito.

Nový zákon o Policii ČR (aniž byl novelizován zákon o péči o zdraví lidu) dal Policii ČR právo, aby při pátrání po osobě získala i od zdravotnického zařízení informace o době a místě poskytnutí zdravotní péče osobě, po které bylo vyhlášeno pátrání. Pokud tedy policejní orgán založí do zdravotnické dokumentace informaci, že po určité osobě je vyhlášeno pátrání a z toho důvodu žádá o informaci o době a místě poskytnutí zdravotní péče této osobě, je třeba této jeho žádosti vyhovět.

Stejně tak je třeba poskytnout nezbytné údaje ze zdravotnické dokumentace k tomu, aby bylo možno identifikovat neznámou mrtvolu.

Podle zákona o ochraně před návykovými látkami je zdravotnické zařízení odborně a provozně k tomu způsobilé povinno na žádost oprávněné osoby provést odběr biologického materiálu – tedy patrně především krve a moči. Dále je povinno sdělit výsledek tohoto vyšetření tomu, kdo vyšetření nařídil, s výjimkou případů, kdy odběr byl proveden za účelem diferenciální diagnostiky, nikoli za účelem zjištění, zda osoba je či není pod vlivem návykových látek. Nařídít předmětné vyšetření podle uvedeného zákona může Policie ČR, strážník městské policie, orgány Vězeňské služby, ošetřující lékař, zaměstnavatel příslušné osoby a pověřené kontrolní orgány státní správy. V těchto případech ke sdělení výsledků odběru krve nebo moči není třeba souhlasu pacienta a lze tomu, kdo vyšetření nařídil, výsledek sdělit.

Kdo jsou osoby blízké

Velmi nešťastně bylo novelou z roku 2007 do zákona o péči o zdraví lidu začleněno, že v případě, kdy pacient není způsobilý určit, kdo může být seznamován s údaji o jeho zdravotním stavu a s jeho zdravotnickou dokumentací, nebo v případě zemřelého pacienta, který za svého života neurčil, kdo může být seznamován s údaji o jeho zdravotním stavu a s jeho zdravotnickou dokumentací, mají toto právo tzv. osoby blízké. Česká lékařská komora již tehdy namítala, že jde o hodně vágní ustanovení a že není možné, aby lékař nebo jiný zdravotník zjišťoval, zda příslušná osoba je či není pacientovi blízká. Přesto však, bohužel, ustanovení o tzv. osobách blízkých prošlo do zákona o péči o zdraví lidu, a nezbývá tedy než se zabývat tím, koho můžeme a koho nemůžeme považovat za osobu pacientovi blízkou, kterou pokud pacient neurčil jinak nebo není schopen určit, jsme oprávněni seznámit s údaji o jeho zdravotním stavu a umožnit jí přístup do zdravotnické dokumentace.

Kdo jsou osoby blízké, stanoví ustanovení § 116 občanského zákoníku takto:

„Osobou blízkou je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel; jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, jestliže by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pocítovala jako újmu vlastní.“

Při novele zákona o péči o zdraví lidu, která přinesla do zákona nešťastné ustanovení o osobách blízkých, zákonodárce opomenul, že i zákon o registrovaném partnerství stanoví výslovně právo registrovaného partnera seznamovat se s údaji o zdravotním stavu svého registrovaného partnera, a že tedy nad rámec toho, co stanoví zákon o péči o zdraví lidu, má toto právo vždy též registrovaný partner podle zákona o registrovaném partnerství. Jinak není pochyb o tom, že sourozenec, ať již polorodý nebo plnorodý (nikoli však nevlastní), všichni příbuzní v řadě přímé – od pravnuků po pradědečky – a manžel a manželka mají právo na informace o zdravotním stavu a na nahlížení do zdravotnické dokumentace, pokud pacient neurčil jinak. Problém činí pouze ustanovení o tom, že toto právo mají i další osoby v poměru rodinném nebo obdobném za podmínky, jestliže by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pocítovala jako újmu vlastní. Je otázkou, jak má lékař ověřit, zda osoba, která prohlašuje, že je družkou pacienta, ač to není nikde evidováno, a prohlašuje, že je nejbližším kamarádem pacienta a určitě by jeho újmu pocítoval jako újmu vlastní, nebo že je jeho



blízkým spolupracovníkem a kolegou, opravdu je či není osobou oprávněnou seznamovat se s tak důvěrnými informacemi, jako jsou informace o zdravotním stavu, a nahlížet do zdravotnické dokumentace. Protože toto možné není, doporučujeme, aby pokud možno vždy pacient za svého života určil osoby, které mají právo být informovány o jeho zdravotním stavu a nahlížet do jeho zdravotnické dokumentace, případně aby určil, že toto oprávnění žádné osoby nemají. Lze si dobře představit, zejména v případě psychiatrické, sexuologické nebo venerologické zdravotní péče, že si pacient nebude přát, aby se kdokoli seznamoval s jeho zdravotnickou dokumentací a údaji o jeho zdravotním stavu, což je třeba vždy respektovat. Pokud však dojde k situaci, že pacient nemohl určit nebo neurčil nikoho a nejde o přibuzného v řadě přímé, sourozence, manžela nebo registrovaného partnera, a někdo se domá-

há informací či přístupu do zdravotnické dokumentace s poukazem na to, že je osobou, která by újmu pacienta pocítovala jako újmu vlastní, doporučuji odkázat tuto osobu na příslušný soud, aby rozsudkem určil, že je osobou oprávněnou seznamovat se se zdravotním stavem pacienta a nahlížet do jeho zdravotnické dokumentace. Předložil-li taková osoba rozsudek soudu s doložkou právní moci, pak má lékař právní jistotu, že může této osobě informace poskytnout a přístup do zdravotnické dokumentace umožnit. V opačném případě nedoporučuji na základě pouhého tvrzení, že by někdo pocítoval újmu pacienta jako újmu vlastní, informace poskytovat a nahlížení do zdravotnické dokumentace umožňovat. Lze jen doufat, že toto ustanovení bude do budoucna, v příslušných zákonech upravujících povinnost mlčenlivosti zdravotnických pracovníků, upraveno lépe než pojmem „osoby blízké“.

Závěr:

Problematika povinné mlčenlivosti a ochrany osobních údajů ve zdravotnictví je velmi důležitá a z právního hlediska je zcela zásadní, aby každý zdravotnický pracovník dokázal dobře rozlišit situaci, kdy na jedné straně je vázán pod trestní sankcí a vysokou pokutou povinnou mlčenlivostí a ochranou osobních údajů, na straně druhé je rovněž pod trestní sankcí vázán oznamovací povinností.

V případě nejasnosti je lépe si nejprve dotazem ověřit, zda lze či nelze poskytnout požadované informace. K tomu může každý člen České lékařské komory využít právní pomoci právní kanceláře ČLK.

JUDr. Jan Mach, ředitel právní kanceláře ČLK

Nález Ústavního soudu a smlouvy soukromých lékařů s pojišťovnami

Dne 9. 2. 2010 přijalo plénum Ústavního soudu nález pod spisovou značkou Pl. ÚS 6/07, kterým byl zamítnut návrh 45 poslanců Poslanecké sněmovny na zrušení vyhlášky č. 618/2006 Sb., o rámcových smlouvách. Podle článku 89 odstavce 2 Ústavy České republiky jsou nález Ústavního soudu závazné pro všechny orgány a osoby (míněno osoby fyzické i právnické – tedy i zdravotní pojišťovny). Nedílnou součástí nálezu Ústavního soudu závazného pro všechny orgány a osoby je i jeho odůvodnění.

Odůvodnění tohoto nálezu obsahovalo některá velmi zajímavá a důležitá stanoviska Ústavního soudu k otázce ochrany nabytých práv a zákonné úpravy vztahů zdravotních pojišťoven a poskytovatelů zdravotní péče. **Za zcela zásadní považujeme zejména skutečnost, že jak podle stanoviska Ústavního soudu, tak podle stanoviska přítomného náměstka ministryně zdravotnictví pro legislativu, ustanovení § 3 vyhlášky č. 618/2006 Sb. nelze chápat v tom smyslu, že by mělo zasahovat do již v dobré víře nabytých práv a vyvolávat nepřipustné retroaktivní účinky. V minulosti totiž některé zdravotní pojišťovny zaujímaly opačný výklad.** Z odůvodnění nálezu Ústavního soudu ve vztahu k ochraně již dříve nabytých práv soukromých lékařů, kteří získali trvalý smluvní vztah se zdravotními pojišťovnami, vyjímáme:

„Právní zástupce navrhovatele ve svém závěrečném přednesu znovu zdůraznil alternativní petii – návrh na zrušení § 3 napadené vyhlášky s argumentací, že jde

o ustanovení, které s retroaktivními účinky nutí poskytovatele zdravotní péče ke změně již uzavřených smluv na dobu neurčitou na smlouvy časově omezené (zpravidla na 8 let), a tak nepřipustně zasahuje do smluvní autonomie. Z příloh napadené vyhlášky však vyplývá, že nově dohodnuté rámcové smlouvy sice obsahují, ve vztahu ke všem segmentům poskytovatelů této péče, ujednání o sjednání smluv na dobu určitou, avšak vždy s dovětkem „pokud se smluvní strany nedohodnou jinak“. Ústavní soud konstatuje, že v této formě nejde o takový zásah do již uzavřených smluv a smluvní volnosti, který by vyžadoval derogaci zásah Ústavního soudu. **Problém rovnosti smluvních stran a jejich smluvní volnosti je v daném případě mnohem intenzivněji ovlivněn fakticky nerovným vztahem mezi zdravotními pojišťovnami na straně jedné a poskytovateli zdravotní péče na straně druhé, který však není řešitelný na úrovni podzákoné normy, jakou je napadená vyhláška.** Ve vztahu k namítanému „zásahu do nabytých práv kromě toho Ústavní soud především poukazuje na nekonkrétnost takové námítky. **K tomu je možno na okraj poznamenat, že rovněž Ministerstvo zdravotnictví ČR ve svém vyjádření uvádí, že ustanovení § 3 vyhlášky č. 618/2006 Sb. nelze chápat v tom smyslu, že by mělo zasahovat do již v dobré víře nabytých práv.“...**

„V této souvislosti lze především poukázat na ustálenou judikaturu Ústavního sou-

du, který se otázkou nabytých práv a zpětné účinnosti právní normy zabýval ve své rozhodovací praxi opakovaně. V řadě svých nálezu zdůraznil, že ke znakům právního státu neoddelitelně patří princip právní jistoty a ochrany důvěry občanů v právo, který v sobě zahrnuje i zákaz retroaktivity právních norem, resp. jejich retroaktivního výkladu.“...

„Z uvedeného ustanovení § 3 vyhlášky č. 618/2006 Sb. – při použití výše nasti-
něných interpretačních metod – tedy ne-
plyne, že by mělo vyvolávat nepřipustné
retroaktivní účinky do již skutečně naby-
tých práv, případně že by tento výklad za-
stávalo samotné ministerstvo.“

Kromě jasného stanoviska k nabytým právům a již uzavřeným smlouvám, obsahujícím trvalý smluvní vztah zdravotnických zařízení a zdravotních pojišťoven, není bez významu i věta týkající se faktické nerovnosti poskytovatelů zdravotní péče na straně jedné a zdravotních pojišťoven na straně druhé. Z tohoto stanoviska Ústavního soudu by měli vycházet zákonodárci a přistoupit k takovým legislativním změnám, které tuto faktickou nerovnost, existující od počátku zavedení všeobecného zdravotního pojištění v České republice, odstraní a zavedou naopak rovnoprávné vztahy mezi poskytovateli zdravotní péče a zdravotními pojišťovnami. Při návrzích a podnětech na takové legislativní změny můžeme pak vždy argumentovat předmětnou větou v nálezu Ústavního soudu ze dne 9. 2. 2010.

JUDr. Jan Mach

Mladí lékaři měli ustavující shromáždění

Na půdě 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze se 13. března t. r. sešli ke svému ustavujícímu shromáždění Mladí lékaři, o. s. Organizace vznikla jako reakce na neustále se zhoršující podmínky předatestační přípravy mladých lékařů. Doslova narvaná Syllabova posluchárna byla důkazem toho, že se nejednalo o výkřik a nespokojené reptání několika jedinců, jak tuto iniciativu označila náměstkyně MZd Hellerová, ale o problém, který je potřeba aktuálně řešit a který reálně může mít dopad na kvalitu zdravotní péče v ČR.

Pozvání na toto shromáždění přijali ministryně zdravotnictví ČR Dana Jurásková, děkani 1. a 3. lékařské fakulty UK profesoři Tomáš Zima a Michal Anděl, viceprezident ČLK Zdeněk Mrozek a zástupci odborných společností – předseda České neurologické společnosti Otakar Keller a České dermatovenerologické společnosti Petr Arenberger.

Po přivítání všech přítomných Martinem Švestkou následovaly přednášky Tomáše Kocourka o problematice vzdělávání a Štěpána Sulka o finančních podmínkách mladých lékařů. Následovala přednáška Martina Boháče, cévního chirurga pracujícího v Německu, o podmínkách práce v této zemi – všechny zúčastněné hned na jejím začátku pobavilo spojení příjmení přednášejícího s obsahem přednášky.

Následnou diskusi začala ministryně zdravotnictví, která všechny překvapila

hned svým úvodem, kdy sdělila, že si je vědoma nekvality a nedostatků vyhlášky 185/2009 Sb., nicméně dle jejích slov ji podepsat musela, poněvadž na ni bylo navázáno financování tohoto vzdělávání. Následně byla paní ministryně konfrontována s několika lékaři, kteří, přestože mají ve svých pracovních smlouvách úvazek 0,1, na svých pracovištích tráví standardních 8 hodin denně. Ministryně pak vyzvala všechny takto postižené, aby tuto nepravost oznámili, a cestou MPSV přislíbila řešení.

Na přímou otázku, zda vyzývá všechny lékaře v ČR ke striktnímu dodržování zákoníku práce, ovšem neodpověděla...

V další diskusi profesor Anděl jasně deklaroval, že nechápe smysl kmenů, které v prvním roce kopírují šestý ročník lékařské fakulty, a nejasná je mu přítomnost oftalmologa stážujícího na gynekologii, kterému asistují neurolog a dermatolog. Viceprezident ČLK Mrozek nabídl Mladým lékařům plnou podporu při jejich snažení a zopakoval výzvu inspektorátu práce ke spolupráci při objasňování „otrokářských smluv“. Představitelé odborných společností docent Keller a profesor Arenberger seznámili přítomné s přípravou atestačních programů jejich oborů, která přišla danou vyhláškou vniveč, přičemž s jejím obsahem byli seznámeni 24 hodin před setkáním na MZd, což zcela právem vnímají jako neúctu k odborným společnostem a jimi odvedené práci.

Po ukončení diskuse s hosty následovalo schválení stanov Mladí lékaři, o. s., a poté volby předsednictva a revizní komise. Předsedou byl zvolen Tomáš Kocourek, členy předsednictva Zuzana Lattová, Štěpán Sulek, Jiří Šedo a Martin Švestka, členy revizní komise Štěpán Ander, Martina Beldová a Jaroslava Dudáčková.

Na závěr bylo odhlasováno závěrečné prohlášení ustavujícího sněmu:

1. Žádáme rychlou úpravu náplně předatestační přípravy a její kompatibilitu s předchozími vzdělávacími systémy za aktivní účasti odborných společností, zástupců Mladých lékařů a České lékařské komory.

2. Žádáme o aktivní participaci při tvorbě nového systému atestační přípravy společně se zástupci ČSL JEP, zástupci lékařských fakult a ČLK.

3. Žádáme o takovou změnu financování předatestační přípravy, aby tuto prakticky povinnou přípravu nebyl nucen dotovat mladý lékař ze svého podprůměrného platu.

4. Při stávajících pracovních, vzdělávacích a ekonomických podmínkách lékařů reálně hrozí další zhoršování kvality a dostupnosti zdravotní péče v ČR.

5. Emigrace lékařů není řešením pro české zdravotnictví.

(red)



**INFORMACE
PRO LÉKAŘE**

Společnost Servier informuje lékaře, že léčivý přípravek VALDOXAN 25 mg byl v České republice uveden na trh a je dostupný.

Aktuálně probíhá řízení o stanovení úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

Podrobné informace pro předepisování naleznete ve vzdělávacím materiálu na adrese:
www.valdolan.cz

inzerce

Dopis prezidentovi ČLK

Od samého začátku mi vadí, že se časopis téměř z poloviny zabývá obhajováním existence lékařské komory a povinného členství. Neustále se opakující zdůrazňování apolitičnosti ČLK, významu ČLK pro všechny lékaře, napadání a pomlouvání těch, kteří mají jiný názor. Takřka 15 let provozuji soukromé zdravotnické zařízení a za celou tu dobu si nepamatuji, že by nám ČLK nějak významně pomohla. Spíše naopak. Zcela nekonzistentní změny názorů např. na souběhy praxí, existenci odborných ambulancí při lůžkových zařízeních, sladování podmínek v soukromém ambulantním a státním, resp. lůžkovém sektoru, další vzdělávání lékařů atd. Nám v terénu to komplikuje práci a umožňuje plynutí prostředky ze zdravotnického rozpočtu.

Lékařská komora se bohužel stále chová jako odborová organizace, jejíž jedinou starostí jsou platy lékařů a zachování stávajícího neudržitelného stavu v rezortu. Jak jinak si vysvětlit neustálé napadání jiných lékařských organizací (SAS atd.) vykazujících skutečnou práci a také jediného ministra, který se pokusil o alespoň jakousi reformu. Už jste zapomněl, že jedním z autorů např. poplatků ve zdravotnictví byl váš předchůdce David Rath. Nepíšu kolega ani MUDr., neboť on již s lékařem dávno nemá nic společného. Fakt, že mám stejný titul jako tento bezcharakterní kariérista, kdysi zastánce teorie o lékařích jako elitě národa a dnes zjevně nemocný člověk, mě uráží.

Ne, nemyslím si, že jakýsi státní úředník nebo zaměstnanec pojišťovny by byl lepší, že nám dá někdo něco zadarmo. Jen si nemyslím, že nás má zastupovat taková organizace, jakou dnes je ČLK. Prázdné tlachání, poplácávání se vzájemně po ramenou, sebechvála a udělování si navzájem titulů a pochybných certifikátů. Ve skutečnosti ztráta prakticky veškerých pravomocí, nulová úspěšnost a ztráta společenského kreditu. Devastace zdravotnictví pokračuje a vidina nějakého zlepšení je kvůli současné politické situaci, ekonomické krizi a nekompetentnosti současné politické reprezentace v nedohlednu. Nebo si opravdu myslíte, že současná ČSSD, kterou dlouhodobě samozřejmě naprosto „apoliticky“ podporujete, plná bývalých komunistů, současných pseudokomunis-

tů a rádoby odborářských bossů, bude někdy podporovat jakoukoliv skutečnou reformu? S tím máme ve Frýdku-Místku již několik volebních období vlastní trpké zkušenosti.

V Tempusu jsem si přečetl, že je kvalita zdravotní péče stále na vysoké úrovni. Já si však myslím, že tomu tak není. Pro velké množství lidí z venkova a podhorských regionů je zdravotní péče čím dál hůř dostupná, není dopravní obslužnost, venkovští lékaři, ruší se LSPP, RZP, a když už se do nemocnice dostanou, vypadá to jako na úřadě. Mnohahodinové čekací doby, chaos, dezorganizace... A v takovém pracovním prostředí je i sebelepší personál vystresovaný, nevlídný a dělá chyby. A když k tomu připočtete nedostatek kvalitního erudovaného personálu – ošetřovatelů, sester i zkušených lékařů, chraň nás pánbůh onemocnět.

Přesně takový je stav ve frýdecké nemocnici, která teď od ČLK obdržela jako „první a jediná v ČR“ certifikát Nemocnice 21. století...!? Nemocnice, se kterou mám v poslední době bohužel opakovaně osobní zkušenost, kdy jsem se cítil jako občan 2. třídy nebo jako chudý barevný v chudinské nemocnici v Bronxu. Toto zařízení velmi dobře znám, prakticky celý život bydlím v těsné blízkosti a také hned vedle řadu let pracuji. Možná byste se, pane kolego, místo recepce a poplácávání se s ředitelem raději měl nechat ošetřit. Dlouhodobě zde pro nedostatek financí na megalomanské projekty pod „úspěšným“ vedením oranžovočervené radnice fungují v nouzovém režimu operační sály, odborné ambulance jsou umístěny v naprosto nevhodných a nedůstojných suterénních prostorách. Ale zato máme v Nemocnici 21. století lázně, staví se hospic, poněkoličkáte se mění hlavní vchod. V hodnocení nemocnic Moravskoslezského kraje z pohledu pacientů, pořádaného nedávno společností Respond and Co s VZP a ČPZP a vyhlášeném v Ostravě, se nemocnice umístila na předposledním místě. Nechci se dotknout kolegů a personálu, ti za tento stav asi ve většině případů nemohou a jejich rozladění se nedivím. Jen by mě zajímala kritéria ČLK. Pacienta ať vezme čert, hlavně když je vedení spokojené...

A co vy na to, „pane prezidente“?

Luděk Leder, Frýdek-Místek (redakčně kráceno)

Pane doktore, děkuji!

Rád bych poděkoval ČLK, že zaměstnává tak skvělé právníky, jakým je JUDr. Jan Mach. Vykonal pro mne nejen skvělou právní práci. Poskytoval mi i psychologickou pomoc. Jeho právní práce před soudním tribunálem byla koncertem, který on dirigoval. Uznání se mu dostalo i od právní zástupkyně pojišťovny, u které jsem byl pojištěn. Tato odbornice to vyjádřila nejpřesněji výrazem „skvělá práce“. Stále opakuji slovo *skvělý*, protože slovo *vynikající* je příliš slabé na to, jak JUDr. Mach pracuje.

Doc. Zdeněk Volný, Poliklinika Lípa centrum, Praha 5

**Ad paliativní péče**

Pane prezidente, viděl jsem ze záznamu vaše vystoupení v Hyde parku ČT24. Opravdu se mi velmi líbilo. Téma je důležité a je od ČLK záslužné, že je otevřela a snaží se právě tuto problematiku řešit. Oceňuji i vaši věcnost a nadhled, se kterým jste reagoval na některé dotazy. Myslím, že toto je jedna z oblastí, kde může ČLK odvést spoustu dobré práce.

Prim. Martin Herold, Kardiologická klinika FN Královské Vinohrady, Praha 10

Konference ČLK

Sobota 24. dubna 2010 v hotelu Floret Průhonice

<http://www.floret.cz/>

Program:

- 8.30 Registrace účastníků**
- 10.00 Jak chtějí politické strany řešit problémy českého zdravotnictví**
Pozvání hosté. představitelé parlamentních politických stran – experti na problematiku zdravotnictví.
- 13.00 Oběd – raut**
- 14.00 Jaké problémy nejvíce tíží jednotlivé skupiny lékařů**
Pozvání hosté. předsedové sdružení soukromých lékařů a lékařských odborů.
- 16.30 Coffee break**
- 17.00 Vzdělávání lékařů**
- 18.30 Závěr**

Účastnický poplatek

(zahrnuje oběd a občerstvení, nezahrnuje ubytování):

Pro členy ČLK 300 Kč/osoba

Ostatní 2000 Kč/osoba

Uvedené ceny jsou vč. DPH. Potvrzení o platbě je nutné předložit při registraci účastníků v místě konání akce.

Platbu proveďte na číslo účtu 19-1083620217/0100, k. s. 0379, v. s. 3010.

Uvedené ceny jsou vč. DPH. Potvrzení o platbě je nutné předložit při registraci účastníků v místě konání akce.

Přihláška k účasti na konferenci ČLK Průhonice 2010

Sobota 24. dubna 2010 v hotelu Floret Průhonice

Příslušnou částku uhradím na číslo účtu 19-1083620217/0100, k. s. 0379, v. s. 3010 do data 21. 4. 2010.

Potvrzení o platbě přinesu s sebou k registraci účastníků.

Titul, jméno, příjmení

Korespondenční adresa.....

Telefon e-mail:specializace.....

Člen ČLK: ano výše úhrady 300 Kč člen OS ČLK

Člen ČLK: ne výše úhrady 2000 Kč zástupce firmy.....

Dne

Podpis

OS.....



Služby

Helfende Hände von Land zu Land – lékaři a zdravotnický personál, kteří pracují v Německu, mohou získat zpět zaplacené daně v BRD. Vypracujeme vaše daňové přiznání a žádost o dětské přídatky v Evropské unii. Info tel.: ++603 484 250, kazmir.k@volny.cz

Různé

5. středoevropský kurz estetické plastické chirurgie a celostátní sympozium s tématem Body contouring: technologie, materiály a zručnost člověka. <http://aps.cls.cz>. Golfový turnaj Aesthetic Open http://aps.cls.cz/k2010/cz/cz_golf_index.htm

Výbor Společnosti pro probiotika a prebiotika zve na celodenní V. symposium, které se koná 20. 4. 2010 v Kongresovém centru Ústřední vojenské nemocnice Praha, U vojenské nemocnice 1200, Praha 6-Střešovice. Více informací naleznete na www.probiotika-prebiotika.cz. Účast můžete potvrdit na adrese: Jana Vojtková, Pediatriká klinika FN Motol, tel.: 224 432 000-1, fax: 224 432 020, e-mail: jana.vojtkova@fnmotol.cuni.cz

www.aaauto-slevy.cz. Slevy na nové vozy až 25% a na roční až 40%. Možnost leasingu, úvěru. Tel.: 776 222 882

Zemřel MUDr. Petr Košek, emeritní primář ortopedie Varnsdorf

Petr Košek se narodil v Liberci dne 4. 8. 1924. Vystudoval LF UK v Praze, kde v roce 1950 promoval. Poté nastoupil do nemocnice v Pardubicích a v letech 1951 až 1955 pracoval jako sekundární lékař na ortopedii a od roku 1955 do 1961 jako zástupce primáře. V roce 1961 odešel do Varnsdorfu, kde založil ortopedicko-traumatologické oddělení, včetně ambulance a vybavených operačních sálů. Protože se jednalo o jediné ortopedické oddělení v okrese Děčín a ortopedický obor nebyl ani v okrese Česká Lípa, jezdil každý týden ordinovat do Nového Boru a České Lípy. Jeho specializací byla prevence vrozené vady kyčelního kloubu. Těto problematice se plně věnoval, navštěvoval matky na porodnici, kde jim vysvětloval správné přikládání plen u novorozence, a vyvinul tzv. abdukční peřinku. Význam této prevence publikoval v brožurce Maminka pomáhá léčit, která byla rozšířena o fotodokumentaci (I. Příkryl) a slouží nám jako osvětový materiál i dnes.



My, jeho sekundáři a ostatní zdravotnický personál, jsme si ho vážili pro jeho nesmírně solidní a seriózní jednání, umožňoval nám navštěvovat odborné semináře a měli jsme k dispozici i odbornou literaturu z jeho knihovny. Byl ovšem také velký fanda do sportu a zdravého životního stylu, sám lyžoval, hrál volejbal a do poslední chvíle jezdil na kole. Měl velký smysl pro humor, který někdy přecházel až v kanadské žertky. Byl velmi klidný a vyrovnaný, a když někdo z nás potřeboval pomoci či poradit, mohl se na něho spolehnout.

Bylo pro nás velkým překvapením, když v srpnu 1974 byl odvolán z funkce přednosti z politických důvodů, zřejmě za svůj postoj a názor v období 1968–1969. Zůstal však dále v nemocnici, pracoval na ambulancích, operačním sále a v pohotovostních službách. A když odešel na odpočinek, rádi jsme ho vídávali na sjezdech okresního sdružení ČLK, v divadle a na jeho oslavě 80. narozenin, kde jako vždy byl plný zájmu o naši práci, humoru a vzpomínek.

Ale každý lidský život jednou končí, a ten jeho vyhasl 1. 2. 2010. Na závěr lze říci jen toto: „Bylo nám ctí s Vámi pracovat, pane primáři...“
Čest jeho památce.
Z kolektivů pracovníků z nemocnice ve Varnsdorfu
MUDr. Liana Louková, OS ČLK Děčín

Křížovka o ceny

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
A																
B																
C																
D																
E																
F																
G																
H																
I																
J																
K																
L																
M																
N																
O																
P																
Q																

Kdyby železo, které je vázáno v krvi jednoho...

(Dokončení citátu, jehož autorem je Emil Du Bois-Reymond, se skrývá v tajence).

VODOROVNĚ: **A.** Styl hudby; sezvat; výzva k zastavení. - **B.** Solmizační slabika; **1. díl tajenky;** **2. díl tajenky;** iniciály spisovatelky Krásnohorské. - **C.** Jednotka elektrického odporu; arabské mužské jméno; ozdobný uzlík v tkanině; vyhynulý nelétavý novozélandský pták; iniciály historika umění Štecha. - **D.** Schránka měkkýšů; přečín; škubání. - **E.** Nástroj k řezání; lámáním násilně otvírat; domácí Roland; vůně. - **F.** Anglicky „led“; surovina na zátky; malé motocykly; anglická zkratka fiskálního roku. - **G.** SPZ Karviné; roční mládě některých zvířat; kůže ze sobů; citoslovce houpání. - **H.** Ukázka; plésti; anglický šlechtic. - **I.** Sportovec; **3. díl tajenky;** kaprovitá ryba. - **J.** Jihoamerický keř; draví ptáci; tropický komár. - **K.** Citoslovce porozumění; podkošíví basketbalisté; kovbojské slavnosti; SPZ Písku. - **L.** Předložka; topiva; kalifův náměstek; doušek. - **M.** Lichokopytník; spojka; mazlíček; slovensky „směr“. - **N.** Drahý kámen; lyžařská větrovka; představení klášterů. - **O.** Jméno prozaika Pavla; pravoslavný duchovní; islámské rodové zvyky; havraní skřek; tím způsobem. - **P.** Iničiály skladatele Vacka; **6. díl tajenky;** **5. díl tajenky;** jaká věc. - **Q.** Noemovo plavidlo; dusání; taková.

SVISLE: **1.** Cizopasný červ; tuřín (nářečně); říčka. - **2. 9. díl tajenky;** **7. díl tajenky.** - **3.** Třebaže; příjemně; rolovaný pokrm; domácí Josef; citoslovce odporu. - **4.** Jméno herečky Adamovské; asijský poloostrov; druh antilopy; polní nebo lesní krádež. - **5.** Francouzský prozaik; množství; obilné sklady; skulptura. - **6.** Svoji; malý prezent; čerstvá zpráva; níže než. - **7.** Malý věnec; prázdné makovice užívané k výrobě opiátů; iniciály spisovatele a politika Uhdeho. - **8.** Dotaz při sázce; den v týdnu; způsob. - **9.** Chytit; babočky; španělsky „ztroskotaný“. - **10.** Chemická značka americia; artisté; rezivět. - **11.** Jméno herce Hankse; nořiti pod hladinu; sídlo myšlení; velké sloní zuby. - **12.** Shoda (řídce); domácí Lenka; zlomek; kazit. - **13.** Prkenné stropy (nářečně); pokolení; kvantový zesilovač světla; infekční streptokokové onemocnění. - **14.** Značka mouky; kazy; vedra; jeden ze smyslů; římskými číslicemi 99. - **15. 4. díl tajenky;** **8. díl tajenky.** - **16.** Koňské postroje; oznámiti; tálko.

Pomůcka: FY, kvaka, nopa, tla, varado.

V Tempus medicorum 2/2010 tajenka skrývala citát Radkina Honzáka: **Všichni doktoři jsou hypochoondři. Bojí se nemocí, bojí se smrti, ale myslí si, že to zvládnou.**

Knihu **Etika a právo** autorky Soni Matochové získává desítka vylosovaných: **Jaroslav Dibelka, Habry; Lenka Jašková, Ústí nad Orlicí; Jana Linhartová, Praha 9; Petr Martinek, Hradec Králové; Ivana Mášová, Příbram 8; Pavel Páral, Ústí nad Labem; Miloš Rund, Jablonec nad Nisou; Miluše Sedmíhradská, Tábor; Anna Veselá, Třeboň; J. Zákopčan, CSc., Brno.**

Na správné řešení tajenky z čísla 3/2010 čekáme na adrese recepce@clckr.cz do **15. dubna 2010.**

Hoďné štěstí!

Obsah

Strategie léčby chronických ran.....	1	Sitagliptin a riziko pankreatitidy.....	4
--------------------------------------	---	---	---

STRATEGIE LÉČBY CHRONICKÝCH RAN

Chronická rána - terminologicky jde o defekt tkání, který zůstane nezhojen déle než 6 - 8 týdnů. Příčinou vzniku chronické rány však může být celá řada onemocnění (chronická žilní insuficience, diabetes mellitus, chirurgický řez, tlak podložky, úraz, vaskulitida ad.). Proto termín samotný je v podstatě nepřesný a zavádějící, v posledních letech značně demonizovaný, zejména v marketingových strategiích farmaceutických firem. Tento všeobecný termín pro nezhojené defekty je ve zdravotnických kruzích často používán promiskue i pro komplikované rány, nebo pro rány obtížně zhojitelné, i když se často jedná o rány akutní. Hlavní rozdíl mezi chronickou a akutní ranou je schopnost fibroblastů, endotelií a keratinocytů v dostatečné replikaci a produkci mezibuněčné matrix. Akutní rány díky vyváženým a dostatečným koncentracím růstových faktorů (IGF-1, IGF-2, PDGF, FGF, EGF) a nízkým koncentracím matrixmetaloproteináz (MMP-2, MMP-9) tuto schopnost mají zachovanou. Naproti tomu společným znakem pro chronické rány je právě nadbytek matrixmetaloproteináz a nízká koncentrace růstových faktorů.

Hlavní snahou v léčbě chronické rány je tedy její převedení do rány akutní, která se snáz zhojí. Společným cílem různých modalit léčby je samozřejmě zhojení rány. V praxi se však často setkáváme s pacienty, kteří jsou smířeni s nevyléčitelností své chronické rány a vyhledávají taková léčebná opatření, která jim přinesou alespoň úlevu od bolesti, společensky přijatelný život a stabilizaci svého zdravotního stavu. I těmto pacientům dokážeme ve 21. století významně pomoci. Léčebné metody lze rozdělit do 3 hlavních skupin: **chirurgické, nechirurgické a alternativní**. Nejlepší léčebná strategie je kombinace metod. V každém případě je v léčbě nutné vždy myslet na příčinu vzniku defektu a pokud je to možné, tuto příčinu odstranit, nebo alespoň eliminovat na minimum.

Diagnostika rány

U trofických defektů je vždy nutné pátrat po příčině jejich vzniku. Pokud to jde, tuto příčinu odstranit. Jedině tak lze docílit zhojení defektu. Již z klinického vyšetření může být patrné, zda se jedná o chronickou žilní insuficenci (varixy, pigmentace), nebo o ischemii tkání (chybějící periferní pulsace, bledost končetiny, klaudikace); tyto známky však rovněž mohou chybět, nebo se obtížně vyšetřují (obezita, mediokalcinóza, neuropatie). Každý nehojící se defekt na končetinách by měl vést lékaře k provedení některých paraklinických vyšetření – zejména změření distálních tlaků na dolních končetinách (DKK), duplexní ultrazvuk žil ke zjištění, zda se jedná o primární insuficenci v povrchovém žilním systému DKK, nebo zda se jedná o posttrombotický syndrom, duplexní sono tepen, angiografie, resp. CT-angiografie, RTG kostí nohy, třífázová kostní scintigrafie, doplněná event. leukoscannem, biopsie, glykémie, transkutánní oxymetrie atd. Tedy taková vyšetření, která zodpoví otázku, proč vznikl defekt a jak ho léčit. Následně můžeme defekt klasifikovat a náležitě hojit.

Nedílnou součástí diagnostiky rány je samozřejmě stanovení míry bakteriální kolonizace. Každá chronická rána je bakteriologicky pozitivní, pokud se však bakterie nechovají invazivně (koncentrace menší než 10^5 /g tkáně) vůči okolní tkáni (nezpůsobují

bují flegmónu, absces, hnisavou sekreci, zápach, zarudnutí), není potřeba používat systémová antibiotika. Při známkách kritické kolonizace (zvýšená sekrece, zvětšování defektu, povlaky v ráně – tj. při koncentraci cca 10^5 /g tkáně) je nutné jejich koncentraci snížit pomocí vhodných antibakteriálních postupů (viz níže).

Chirurgické metody hojení

Chronická rána, ať se jedná o dekubitus, bérkový vřed, diabetickou nohu, nezhojený úraz nebo chirurgický řez, profituje jednoznačně z jakéhokoli lokálního zásahu, při kterém dochází ke krvácení a vyplavení růstových faktorů z destiček (PDGF), ke snížení bakteriální zátěže (rány jsou samozřejmě bakteriálně kolonizované), k odstranění nekrotických tkání, nebo ke zmenšení rány, popřípadě k jejímu uzávěru. Chirurgické metody tedy zasahují do všech částí konceptu hojení ran, známého pod zkratkou TIME (Tissue, Infection, Moisture, Epithelization – kontrola tkáně, redukce infekce, vyvážení vlhkosti a podpora epitelizace, viz dále), odstraňují nekrózy a povlaky (T), snižují bakteriální zátěž (I), zabraňují ztrátám tekutin, nebo naopak drénují nadbytečnou retenci (M) a vedou k reepitelizaci (E). Jedná se tedy o débridement rány (exkochleace (T+I), nekrektomie (T+I), drenáž (M), amputace (T+I, popř. E), kostní resekce (T+I+E), sekvestrektomie (T+I), sekundární sutura (E), uzávěr defektu dermoepidermálním štěpem (E), místním lalokem (E) nebo vzdáleným lalokem (E)).

Kromě lokálních zákroků, které ovlivňují mikroprostředí rány, se v hojení ran uplatňují zákroky, které ovlivňují samotnou podstatu onemocnění. Protože je většina defektů lokalizovaná na dolních končetinách a souvisí s cévní problematikou, jedná se nejčastěji o výkony cévně chirurgické - žilní stripping, krosektomie, avulze varixů nebo endoskopická ligace perforátorů při žilní insuficenci, včetně dalších metod jako je laser, radiofrekvence, dále bypass, endarterektomie nebo perkutánní transluminální angioplastika (PTA), popř. lumbální sympatektomie při ischemické chorobě dolních končetin.

Na hranici mezi chirurgickými a alternativními metodami je experimentální aplikace kmenových buněk intramuskulárně do svalů lýtky u inoperabilních nálezů, při které je docíleno neoangiogeneze. U chirurgických postupů je nezbytný adekvátní druh anestézie, neboť chirurgické metody jsou sice rychlé, a vzhledem k hodnotě práce chirurga (v této republice) levné, jsou však často spojeny s větší bolestí a s operačním traumatem. Věková kategorie pacientů s chronickou ranou je často přes 60 let, ne všichni pacienti jsou proto vhodní k anestézii a operaci; často se sami bojí, zvláště, když délka trvání jejich onemocnění (např. bérkového žilního vředu) se počítá na léta. Navíc v případě použití plastickochirurgických postupů způsobujeme pacientovi další defekt – odběrovou plochu (nejčastěji na stehně, na paži) – který je nutno během hospitalizace zhojit, jinak bychom pacientovi spíše ublížili. Dodržování zásad maximální asepsy a antisepsy je proto na místě. Je nutno ještě jednou připomenout, že bez adekvátního prokrvení tkání se rána nikdy nebude hojit, byť bychom do ní aplikovali např. stříbro, červy.....

Nechirurgické (konzervativní) metody hojení

Do této skupiny léčebných opatření patří jednak celková opatření, která ovlivňují podstatu onemocnění, a jednak lokální, která ovlivňují mikroprostředí v ráně (zasahují do konceptu TIME). Abychom mohli ovlivnit podstatu onemocnění a vzniku trofického defektu, musíme ji přesně diagnostikovat, viz výše. Jakmile máme diagnózu, můžeme efektivně léčit. U chronické žilní insuficience (CHŽI) aplikujeme elastické bandáže dolních končetin pomocí punčoch nebo obinadel. Velikost komprese musí být stanovena individuálně, většinou se pohybuje kolem 25–35 mmHg (II. kompresní třída) a 35–55 mmHg (III. kompresní třída). Podle typu insuficience vybíráme obinadla krátkotažná (posttrombotický syndrom, lymfedém, chodící pacienti, smíšené defekty s ankle-brachial indexem (ABI) 0,8–0,5) s nízkým klidovým tlakem a vysokým pracovním tlakem, nebo dlouhotažná (insuficience v povrchovém systému, ležící pacienti, ABI > 0,8) s vysokým klidovým tlakem a nízkým pracovním tlakem. U pacientů s dekubity dbáme na správné polohování, antidekubitální pomůcky, podložky. U pacientů s diabetem dbáme na správné odlehčení defektu polobotou, ortézou, sádrovou fixací.

Nedílnou součástí konzervativní léčby je farmakoterapie. U pacientů s CHŽI jsou to venotonika, diuretika, antiedematika, u pacientů s diabetem převedení na intenzifikovanou inzulinovou terapii, antibiotika u kostních píštělí, PTA. U arteriálních vředů reologika, periferní vasodilatancia, PTA, při klinické infekci u všech skupin antibiotika. Důležité jsou i výživové parametry a správný přísun vyvážené kvalitní stravy s dostatkem energie, vitaminů, stopových prvků. Protože otevřená rána často pacienty bolí (výjimku tvoří diabetici s těžkou neuropatií), je nedílnou součástí léčby i dostatečná analgázie.

Lokální terapie rány a výběr správného krytí je v léčbě ran rovněž důležitá, ale její význam se v posledních letech často přeceňuje (marketingové důvody firem), aniž by se řešil komplexní přístup k ráně. Výběr krytí nikdy nesmí být jediným přístupem k léčbě, nicméně je často individuálním rozhodnutím terapeuta. Dermatologové celá léta používali a stále ještě používají různá externa ve formě magistraliter vyráběných masť (rybí masť, salicylová masť atd.). Defekty se rovněž často zhojí. Antiseptika a dezinficientia se stále používají v chirurgických ambulancích (BETADINE liq., RIVANOL, Višněvského balzám, Chlumského roztok). Mají jistě svá negativa (alergizace, časově limitovaná účinnost, fotosenzitivita, toxicita apod.), nelze je ale všechny a vždy primárně zavrhnout jako nevhodné, snad s výjimkou antibiotik, kde je velké riziko alergické reakce a vzniku rezistence při dlouhodobé lokální aplikaci.

Nelze však opomenout fakt, že moderní syntetické materiály mají své jednoznačné výhody, které je staví daleko před „klasické“ masti a roztoky. Vědecký podklad pro výrobu a užití je na rozdíl od masť a roztoků velmi dobře zdokumentován již přímo výrobcí, kteří investují do vývoje nemalé částky. Na trh se tedy dostanou jen přípravky prověřené a bezpečné. Jejich účinnost na mikroprostředí rány je navíc dlouhodobá – od převazu k převazu. Mají výrobcem definovanou účinnost (antimikrobiální, hydrolytickou, okluzivní). Další velkou výhodou je zmírnění bolesti po přiložení (správného) syntetického krytu. Zejména kryty na silikonové bázi jsou v této indikaci oblíbené. Některé kryty obsahují aktivní uhlí, které má významné účinky dezodorační a adsorpční. Tím se opět zlepšuje komfort pacientů, neboť zápach z velkých vředů může být jednou z příčin ztížení společenského života pacientů. Existují rovněž kryty s velkou absorpční schopností. Ty využijí pacienti s významnými otoky, zejména lymfatickými, na dolních končetinách a s extrémní sekrecí tekutiny z vředů. Mohou potom chodit do společnosti, aniž by měli pod nohavicí igelit na bérce, nebo aniž by měli promáčené kalhoty. Skupin lokálních přípravků existuje celá řada, přicházejí stále nové kryty, které lze zařadit do několika skupin zároveň a jejich účinky se kombinují, některé jsou si

podobné, jiné jsou naopak originální. Orientace mezi preparáty se tedy stává poměrně složitou a lékař se většinou seznamuje s těmi kryty, které mu předstává dealer.

Lokální léčbu rány syntetickými kryty lze abstrahovat podle již výše zmíněného všeobecně přijímaného konceptu TIME (Tissue, Infection, Moisture, Epithelization). Rovněž syntetické preparáty lze rozdělit dle tohoto konceptu do čtyř základních skupin podle jejich vlastností.

1. *Tissue* - kontrola tkáně je základem pro úspěšné zhojení defektu. Jedná se především o odstranění nekrotických a povlaků, tkáni chronicky infikovaných a kriticky kolonizovaných, avitálních kostních sekvestrů, šlach. K tomu lze používat hydrolytický působící gely (INTRASITE gel, FLAMIGEL, ASKINA gel), nebo enzymatické preparáty (např. IRUXOL MONO dr.ung., FIBROLAN). Vytvoření vlhkého prostředí napomáhá makrofágům ve vlastní autolytické činnosti. Výjimku tvoří ischemická tkáň - suchá gangréna. V ischemické tkáni autolytická činnost makrofágů neprobíhá, použití těchto prostředků není tedy v této indikaci opodstatněné; v této situaci, pokud ischemii nelze jinak řešit (bypass, PTA), lze přistoupit na „sušení“ nekrotických alkoholovými prostředky (JODISOL ROZTOK liq., lihobenzin, rivanol-alkohol). Ránu sice nezhojí, tkáň nevyčistí, na druhou stranu může mumifikace nekrotické tkáně znamenat na delší dobu stabilizaci stavu a její demarkace na prstech event. autoamputaci.

2. *Infection* - kontrola infekce a redukce bakteriální zátěže je další z důležitých vlastností mnoha krytů. Každá chronická rána je kolonizovaná. Negativní mikrobiologický sčítání vypovídá pouze o špatném odběru a zpracování materiálu. K boji s bakteriemi obsahují kryty nejčastěji ionty nebo sloučeniny stříbra (AQUACEL Ag, ACTISORB plus, SILVERCELL, ACTICOAT, ATRAUMAN ad.), jódu (INADINE, BRAUNOVIDON GÁZA S MASTÍ dr. lig. ipr. ad.) a chlór (BACTIGRAS). Některé detergentní roztoky (např. PROTOSAN, DERMACYN) se podílejí na rozpouštění bakteriálních biofilmů (biofilm je společenství bakteriálních buněk obklopené polysacharidy, které napomáhají k přežívání bakterií v nepříznivých podmínkách) na povrchu rány, a tím zlepšují průnik výše uvedených iontů (a antibiotik) do tkáně a k bakteriím a zlepšují debacilizaci.

3. *Moisture balance* - již v minulém století bylo prokázáno, že vlhké prostředí urychluje enzymatické pochody v ráně a napomáhá hojení. Nadměrná vlhkost a tedy retence tekutin je však nežádoucí, napomáhá naopak pomnožení bakterií, způsobuje maceraci okolní, dosud zdravé kůže. Některé preparáty (hydrokoloïdní) tedy vlhkost u vysychajících ran zadržují (HYDROCOLL, ASKINA transparent, SUPRASORB H atd.), jiné (polyuretanové) mají absorpční schopnost vyšší při vyšší ranné sekreci (MEPILEX, ASKINA transorbent, ALLEVYN, ASKINA calgitrol, TIELLE Xtra); preparáty z mořských řas, tzv. algináty, mají tuto schopnost nejvyšší (ALGISITE, SORBALON, SILVERCELL, MELGISORB), používají se tedy u ran s vysokou sekrecí. Existují rovněž pasivní kryty, které sekret pouze absorbují, nemají však schopnost udržet zároveň vlhké prostředí v ráně, a proto se používají jako sekundární kryty (STERILUX, SORBION sachet, MELOTIN atd.).

4. *Epithelization* - podpora epitelizace je posledním cílem léčby. Pokud je dosaženo stavu, kdy spodinu rány vyplňuje granulační tkáň a keratinocyty sjíždějí z okrajů rány do středu a rána se uzavírá, lze mluvit o konečném úspěchu v léčbě. V tuto chvíli platí zásada minimální traumatizace keratinocytů i granulační tkáň. Kryty musí být měněny citlivě a dostatečně často tak, aby se zabránilo nové klinické infekci. Zde je možno využít zejména kryty na bázi silikonu (MEPITEL), neadherentní kryty neutrální (SANAVEL, JELONET, xenotransplantát) nebo mřížky obsahující antibakteriální komponentu (BACTIGRAS, ATRAUMAN Ag, INADINE aj). Do této skupiny patří i preparáty, které cíleně mění mikroprostředí v ráně tak, že snižují kon-

centraci matrixmetaloproteináz a zvyšují koncentraci růstových faktorů (PROMOGRAN, CATRIX), event. preparáty kombinované s antibakteriální složkou (BIOSTEP Ag).

Tyto modalitty může pacientům nabídnout lékař i jiné specializace než chirurgické, např. dermatolog, pediatr, flebolog, praktický lékař, internista, tedy v podstatě kdokoli, kdo se setká ve své praxi s ránou. Osvojení nechirurgických metod hojení však neznamená, že budou v praxi chirurgické metody opomíjené. Byla by to pro pacienty velká škoda a je jediné rozumné pacienty s defektem konzultovat s chirurgem, který se aktivně hojení ran věnuje a vyjádří svůj názor na další postup a plán hojení.

Alternativní metody

Mezi alternativními metodami hojení ran najdeme možnosti standardní i experimentální. Patří sem již dříve zmíněná nadějná intramuskulární (lýtková) aplikace kmenových buněk. Metoda zatím experimentální je nadějí pro pacienty s inoperabilní ischémií dolních končetin. Další alternativou je maggot terapie pomocí sterilních larev bzučivky zelené. Larvy požírají nekrotické tkáně, fungují tedy jako biologický nůž (bioknife). Tato metoda má však své významné limity. Účinnost larev je významně omezená jejich velikostí a množstvím tkáně, kterou dokáže jedna dávka larev zkonzumovat. V ischemickém terénu tedy významně klesá efekt této metody, stejně tak u velkých defektů a ploch. Zastánci této metody také rádi opominají fakt, že bioterapie je spojená se silným zápachem, nebo že larvy ránu sice vyčistí, ale nezhojí. Z těchto důvodů je poměrně dobře nahraditelná konvenčními metodami hojení. Další a dynamicky se rozvíjející léčebnou alternativou je řízená podtlaková terapie (TNP = topical negative pressure), často označovaná jako V.A.C., vacuum assisted closure (což je však firemní název). Podtlaková terapie zasahuje do všech částí TIME konceptu hojení, zlepšuje lokální reologické vlastnosti, odstraňuje nadbytečný sekret a významně urychluje granulaci tkáně. Nelze opomenout ani podpůrnou léčbu v hyperbarické kyslíkové komoře,

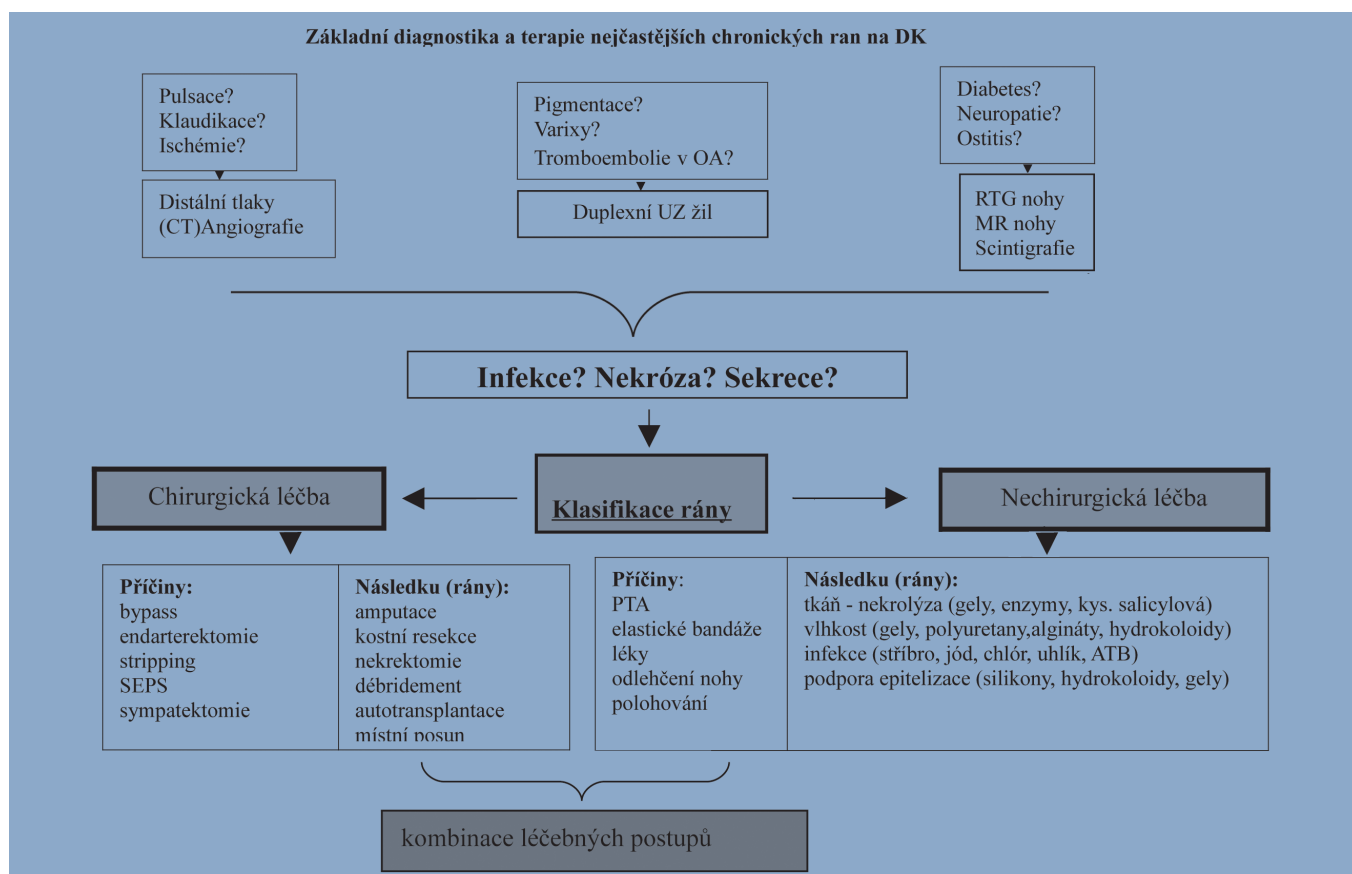
určenou pacientům s kritickou ischémií končetin, popř. podpůrnou léčbu monochromatickým polarizovaným světlem.

Závěr

V naší populaci narůstá prevalence diabetu i syndromu diabetické nohy, populace stárne. Počet chronických ran se neustále zvyšuje. Je zcela nezbytné zaměřit k této problematice pozornost, seznámit se s vyšetřovacími schémata i léčebnými postupy, konzultovat stav rány a hojení s odborníky v centrech pro hojení ran, absolvovat vzdělávací kurzy v oblasti hojení. Důležité je pečlivé vedení dokumentace, včetně fotodokumentace, abychom mohli ránu dobře monitorovat v čase. Kombinací chirurgických, nechirurgických a alternativních metod, lokálních i celkových, je možné dosáhnout účinné léčby. Žádná z metod není sama o sobě samospásná a nezastupitelná, žádný preparát není zázračný. Jedině osvícení lékaři nabídnou svým pacientům šanci na zhojení defektu, nebo alespoň na zmírnění utrpení, které tyto defekty doprovází. Budování nových center pro léčbu rány je v naší zemi nezbytné.

Literatura

1. Resl V. Hojení chronických ran. Praha: Grada Publishing 1997. 432s.
2. Cullum N, Nelson EA, Fletcher AW, Sheldon TA. Compression bandages and stockings for venous leg ulcers. Cochrane Database Syst Rev. 2000;(2):CD000265.
3. Zeman M a kol. Chirurgická propedeutika. Praha: Grada Publishing 2000. 520s.
4. Zgonis T, Stapleton JJ, Girard-Powell VA, Hagino RT. Surgical management of diabetic foot infections and amputations. AORN J. 2008 May; 87(5): 935-46; quiz 947-50.
5. Mahmoud SM, Mohamed AA, Mahdi SE, Ahmed ME. Split-skin graft in the management of diabetic foot ulcers. J Wound Care. 2008 Jul; 17(7): 303-6.
6. Hafner J, Botonakis I, Burg G. A comparison of multilayer bandage systems during rest, exercise, and over 2 days of wear. Arch Dermatol 2000; 136: 857-63.



SITAGLIPTIN A RIZIKO PANKREATITIDY

Převzato z bulletinu Informační zpravodaj nežádoucí účinky léčiv, 1/2010, www.sukl.cz

Nové látky k léčbě diabetu mellitu 2. typu – gliptiny, vstoupily na trh přibližně v době, kdy se v EMA začínalo řešit kardiovaskulární riziko thiazolidindionů (rosiglitazon, pioglitazon), které není až dosud jasně uzavřené. V současné době jsou ze skupiny gliptinů v EU registrované léčivé přípravky s obsahem sitagliptinu a vildagliptinu. Sitagliptin je v EU registrován pod obchodními názvy Januvia, Xelevia a Tesavel, v kombinaci s metforminem pod názvy Janumet, Velmetia a Efficib. V ČR se od roku 2008 začal obchodovat monokomponentní přípravek JANUVIA a od r. 2009 kombinovaný přípravek JANUMET.

Sitagliptin je indikován pro monoterapii diabetu mellitu 2. typu pouze jako lék druhé volby tam, kde nelze použít metformin. V dvojkombinaci jej lze používat společně s metforminem, pokud samotný metformin není dostatečný při kompenzaci diabetu. U pacientů, u kterých nemůže být používán metformin, lze sitagliptin kombinovat se sulfonylureou nebo thiazolidindionem. Sitagliptin lze používat i v trojkombinaci se sulfonylureou a metforminem nebo s thiazolidindionem a metforminem, eventálně s insulinem (s metforminem nebo bez něj)^{1/}.

Sitagliptin působí jako inhibitor dipeptidylpeptidázy 4, což je enzym, který katabolizuje inkretiny, intestinální hormony, stimující postprandiální sekreci insulinu. Inhibicí tohoto enzymu dochází k zesílení a prodloužení účinku aktivních forem inkretinů (GLP-1 a GIP) a tím ke zvýšení glukózou stimulované sekrece insulinu. V předregistračních studiích byl sitagliptin signifikantně účinnější na snížení hladiny glykovaného hemoglobinu než placebo, avšak účinek byl pouze mírný. Zatím však nejsou dlouhodobé zkušenosti s léčbou a nebyl zjištěn vliv sitagliptinu na morbiditu a mortalitu.

Mezi nežádoucí účinky sitagliptinu zjištěné v krátkodobých studiích patří především gastrointestinální poruchy (průjem, nauzea, flatulence, zácpa, zvracení, bolesti v nadbříšku), bolest hlavy a periferní edém. Dále byly pozorovány infekce horních cest dýchacích a nazofaryngitidy. Po uvedení přípravků na trh byly hlášeny závažné reakce přecitlivělosti, jako anafylaxe, angioedém a kožní exfoliativní stavy včetně Stevens-Johnsonova syndromu a dále pankreatitidy^{1/}. Vzhledem k mechanismu účinku sitagliptinu je nutno pomýšlet i na další možná, dosud nejasná rizika. Enzym DPP-4 v organismu

nereguluje pouze glukózovou homeostázu, ale má celou řadu dalších funkcí včetně modulace imunitních funkcí, růstu a diferenciace buněk a apoptózy. Inhibice tohoto enzymu by mohla působit zvýšené riziko infekcí a možná i některých nádorů^{2/}. Tato možná závažná rizika je třeba nadále zkoumat.

V září 2009 zveřejnila FDA informaci o zvýšeném počtu hlášených pankreatitid u pacientů léčených přípravky Januvia nebo Janumet. Od uvedení těchto přípravků na trh v USA v říjnu 2006 do února 2009 zde bylo hlášeno u léčených pacientů 88 případů **akutní pankreatitidy** včetně 2 případů hemoragické a nekrotizující pankreatitidy. Na základě těchto informací bylo v USA doplněno upozornění na riziko pankreatitidy a doporučení pro lékaře, aby po zahájení léčby sledovali možné příznaky pankreatitidy a aby léčba byla zvláště pečlivě zvažována u pacientů s anamnézou předchozí pankreatitidy^{3/}.

V EU byla informace o riziku pankreatitidy již přidána do souhrnu údajů o přípravku (SPC) (bod 4.8 – Nežádoucí účinky) v r. 2009 na základě zde hlášených případů. Podle dosud dostupných údajů nelze vyloučit příčinnou souvislost mezi léčbou sitagliptinem a vznikem akutní pankreatitidy. V experimentu bylo prokázáno, že sitagliptin působí dukální proliferaci a metaplazii v pankreatu^{4/}, což může být u člověka faktorem, vyvolávajícím pankreatitidu. Na druhé straně diabetes mellitus 2. typu je sám o sobě faktorem zvyšujícím riziko pankreatitidy.

Držitel registrace přípravků se sitagliptinem budou nadále společně s EMA sledovat riziko pankreatitid a hodnotit veškeré údaje, které by k tomuto riziku mohly mít vztah. Pokud budou zjištěny další údaje, budeme o tomto riziku dále informovat.

Literatura:

1. SPC přípravku Januvia dostupné na: www.ema.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/januvia/januvia.htm.
2. Perušičová J, Česka R a spol. Jaký je fyziologický rozdíl mezi inkretinovými analogy a inhibitory DPP-4; Kardiabetes, Facta Medica, Brno 2009, s.209-210.
3. www.fda.gov/Safety/MedWatch/SafetyInformation/SafetyAlertsforHumanMedicalProducts/ucm183800.htm.
4. Matveyenko AV et al. Diabetes 58: 1604-1615, 2009.

Postup, jakým jsou naše články připravovány: témata navržená redakční radou jsou zpracovávána vybranými odborníky z oboru a procházejí recenzí a event. dopracováním oponenty a redakční radou. Autor má možnost vlastního kritického pohledu, ale články reprezentují i názor redakční rady. Nadále proto nebudeme autory uvádět, v posledním čísle každého ročníku však naleznete souhrnné poděkování všem, kteří pro nás články do příslušného ročníku napsali. Podobně pracují i ostatní nezávislé lékové bulletiny (např. britský DTB), sdružené v Mezinárodní společnosti lékových bulletinů (ISDB), jejímž řádným členem jsou Farmakoterapeutické informace od roku 1996.

Farmakoterapeutické informace jsou vydávány Státním ústavem pro kontrolu léčiv a distribuovány jako příloha časopisu Tempus Medicorum a Časopisu českých lékárníků. Materiál publikovaný ve FI nemůže být používán pro žádnou formu reklamy, prodeje nebo publicity, ani nesmí být reprodukován bez svolení.

Šéfredaktor: MUDr. Marie Alušíková, CSc.

Odborní redaktori: MUDr. Jana Mladá, MUDr. Martina Kotulková

Výkonný redaktor: RNDr. Blanka Pospíšilová, CSc.

Redakční rada: Doc. MUDr. Š. Alušík, CSc., IPVZ; PharmDr. M. Beneš, SÚKL; Doc. MUDr. J. Fanta, DrSc., ONP Příbram; Prof. MUDr. Z. Fendrich, CSc., FaFUK; RNDr. J. Kramlová, lékárna FN Motol; MUDr. J. Lyer, Sante; MUDr. Jitka Patočková, PhD., Ústav farmakologie 3. LF UK; Doc. MUDr. B. Seifert, PhD., praktický lékař; MUDr. H. Skalická, CSc., soukromý kardiolog; Prof. MUDr. T. Vaněk, CSc., FNKV; Prof. MUDr. J. Živný, DrSc., VFN.

Poradní sbor: Doc. MUDr. A. Hahn, CSc., FNKV; Doc. MUDr. K. Hynek, CSc., VFN; MUDr. M. Jirásková, CSc., VFN; Doc. MUDr. F. Perlík, CSc., VFN; Doc. MUDr. E. Růžičková, CSc., VFN; Prof. MUDr. J. Švihovec, DrSc., 2. LF UK; Doc. MUDr. P. Vavřík, CSc., VFN; MUDr. V. Vomáčka, FTN.

Náklad 52.000 výtisků

Korespondenci zasílejte na adresu: Redakce FI, Státní ústav pro kontrolu léčiv, Šrobárova 48, 100 41 Praha 10

Na internetu naleznete FI na domovské stránce SÚKL (www.sukl.cz).



ISSN 1211 – 0647
MK ČR E 7101