



# TEMPUS MEDICORUM

12/2020  
ROČNÍK 29

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

MEDICAL CHAMBER



us Mec  
vw.lk  
w.e

MIC

**Rytířka českého lékařského stavu  
MUDr. Marie Svatošová**

DÁLE V TOMTO ČÍSLE

Covid-19 nám už sebral  
85 000 let života

Doporučený postup  
léčby pacientů  
s covidem-19

Jedinou zbraní v boji  
s pandemií je účinná  
vakcína

Covid-19 jako nemoc  
z povolání

Velkým problémem  
hospiců je nedořešená  
legislativa, říká Rytířka  
Marie Svatošová

Cenu prezidenta ČLK  
obdržel profesor  
Zbyněk Straňák

10. konference  
Etika a komunikace  
v medicíně proběhla  
online



*PF*  
*2021*

Šťastné Vánoce  
a úspěšný nový rok!



## Epidemie se znovu rozjíždí a vláda zase přihlíží

Na rozdíl od jarní vlny epidemie covidu-19, kterou jsme díky rychlé reakci vlády i nebyvalé míře sounáležitosti mezi lidmi zvládli bez větších ztrát, podzimní vlna s půlmilionem prokázaných případů nás srazila na pozici nejpostiženější země světa. Ministerstvo zdravotnictví podcenilo letní přípravu a virus navíc kvůli trestuhodným chybám udeřil dříve, než jsme očekávali. Protiepidemická opatření byla přijímána pozdě, nebyla dostatečně razantní a jejich dodržování nebylo navíc ani důsledně kontrolováno.

Covid-19 si v ČR vyžádal již téměř 10 000 lidských životů, přičemž tento účet ani zdaleka není konečný a nebyť bezprecedentního nasazení všech zdravotníků i dobrovolníků, kteří nám pomáhali, bylo by obětí jistě mnohem více.

Koncem října, kdy byla epidemie na vzestupu, vyzvala komora ke zpřísnění protiepidemických opatření. Svoji výzvu jsme po týdnu opakovali. Ale i tentokrát marně. Vláda místo zatažení za záchranou brzdu zvolila taktiku pozvolného přibrzdování, která je ekonomicky dražší, stojí více lidských životů, ale především klade vysoké nároky na disciplínu a trpělivost každého z nás. A tu jsme neměli.

Není však namístě vyčítat lidem, často uvřazeným do existenční nejistoty, nedostatek sebekázně, když vzorem netrpělivosti byli sami politici, kteří ve snaze zalíbit se davům zrušili počátkem prosince většinu protiepidemických opatření. Stalo se tak opět navzdory varování odborníků a v situaci, kdy jsme ještě ani zdaleka neměli epidemii pod kontrolou. Říká se, že chyby dělá každý, ale jen hlupák je neustále opakuje.

Trest na sebe nenechal dlouho čekat. Počty nakažených znovu rostou, zvyšuje se i pozitivita prováděných testů, znovu roste počet nakažených zdravotníků a nemocnice se opět začínají plnit pacienty s covidem. Během několika dní se začne znovu zvyšovat i počet zemřelých.

Nečeká nás nic dobrého. Jsme jako armáda, která ještě nedobývala podzimní bitvu a už

nás populistická vláda žene bez jakéhokoliv odpočinku do bitvy další. Na rozdíl od jara přitom podzimní vlna epidemie tvrdě dopadla také na nás. Infekce covid-19 byla prokázána u více než 41 500 zdravotníků, z toho u 6 800 lékařů a 19 100 zdravotních sester. Jsme nejpostiženější profesní skupinou. Zemřelo 30 zdravotníků, z toho 13 lékařů. Čest jejich památce.

Díky enormnímu nasazení nás všech jsme za cenu přechodu na nouzový režim s výrazným omezením elektivní péče dokázali obrovský nápor pacientů s covidem-19 zvládnout. Vedle výše zmiňovaných obětí na zdraví a životech však krize způsobuje poskytovatelům zdravotních služeb též nemalé ztráty ekonomické. Takzvaná kompenzační vyhláška byla vydána za ministra Vojtěcha s tím, že na podzim již žádná další vlna epidemie nepříjde a zdravotnická zařízení tak budou moci dohánět ekonomické ztráty z prvního

pololetí. Tento předpoklad se nenaplnil. Zdravotní péči i nadále poskytujeme ve ztížených podmínkách a s vyššími náklady. A jestliže nemocnice dostávají alespoň za péči o pacienty s covidem-19 vyšší úhrady, tak ambulantní sektor nedostává nic. Situaci, kdy soukromí lékaři, ale i další skupiny poskytovatelů zdravotních služeb, nevědí, za co vlastně pracují, považují již nadále za neúnosnou. Proto požadujeme novelu tzv. kompenzační vyhlášky, přičemž její vydání není možné odkládat.

Dále požadujeme vyplacení mimořádné odměny všem zdravotníkům, bez ohledu na to, zda pracují v lůžkových zařízeních či v ambulancích, a to jako vyjádření poděkování vlády ČR za naše nasazení v boji s epidemií. Za to, že musíme znovu a znovu napravovat chyby politiků, si zdravotníci zaslouží více než jen slova díky. Nezládnutím epidemie připravili politici tuto zemi o stovky miliard korun, a tak těch pár dalších miliard pro zdravotníky tedy vláda prostě již nějak najít musí.

Vážené kolegyně a kolegové, pokud je to jen trochu možné, užíjte si klidné svátky, ať načerpáte dostatek sil do další práce, která nás čeká.

S kolegiálním pozdravem a přáním hodně štěstí a zdraví v těchto těžkých časech

**MUDr. Milan Kubek,**

prezident České lékařské komory

**Chyby dělá každý,  
ale jen hlupák  
je neustále  
opakuje**

### OBSAH

#### KORONAVIRUS

3-18

Covid-19 v České republice  
Covid nám už sebral 85 000 let  
Jak na úspěšný boj s koronavirem  
Doporučený postup léčby pacientů s covidem-19  
Vakcína je naší jedinou zbraní  
Vaše otázky a odpovědi prof. Prymuly  
Babiš opět neposlechl odborníky ani svého Prymulu  
Ochraňte zdravotnictví a jeho zaměstnance před možnou katastrofou  
Otevřený dopis odmítačům roušek  
Covid-19 jako nemoc z povolání

#### RYTÍŘ LÉKAŘSKÉHO STAVU

20-24

MUDr. Marie Svatošová pasována  
26. Rytířem českého lékařského stavu  
Svatošová: Velkým problémem hospiců je nedeřešená legislativa

#### ÚHRADOVÁ VYHLÁŠKA

26

VZP regulace uplatňovat nebude

#### ČINNOST ČLK

26

Členské příspěvky se zvyšovat nebudou

#### PLNÁ MOC

27

#### CENA PREZIDENTA ČLK

28-29

Neonatolog profesor Straňák obdržel  
Cenu prezidenta ČLK

#### VZDĚLÁVÁNÍ

30-32

Konference ČLK: Naděje v medicíně

#### PRÁVNÍ PORADNA

33-35

Nemocnice není věznice  
Seniři a řídicí průkaz

#### JUBILEUM

36

Sto let od narození prof. Ctirada Johna

#### SERVIS

40-43

Vzdělávací kurzy ČLK  
Inzerce  
Křížovka

#### MĚSÍČNÍK TEMPUS MEDICORUM

Vydává: Česká lékařská komora, Lužická 419/14, 779 00 Olomouc  
Regist. číslo MK ČR 6582 • ISSN 1214-7524 • IČ 43965024  
Adresa redakce: Časopis ČLK, Lékařská 2, 150 00 Praha 5  
tel. +420 257 215 258 • fax +420 257 219 280  
recepce@clkcr.cz • www.clkcr.cz  
Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek  
Redakční zpracování: EV public relations, s. r. o., Praha  
Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová  
Příjem příspěvků: blanka.rokosova@ev-pr.cz  
Grafická úprava, sazba: Jan Borovka  
Inzerce: inzerce-tempus@clkcr.cz, blanka.rokosova@ev-pr.cz  
Tisk: SEVEROTISK s.r.o., Mezni 3312/7, 400 11 Ústí nad Labem  
www.severotisk.cz  
Uzávěrka čísla 12: 9. 12. 2020 • Vyšlo: 21. 12. 2020  
Podávání novinových zásilek povoleno: Česká pošta, s. p., odštěpný závod Praha, čj. nov. 6139/96 ze dne 16. 12. 1996  
Distribuce: Česká pošta, s. p., Postservis OZ Příprava  
Předplatné pro nečleny ČLK 300 Kč/rok (přijímá redakce)  
Příspěvky se nemusí shodovat se stanoviskem redakce.  
Ta si současně vyhrazuje právo na redakční úpravu textů.  
Řádková inzerce je pro lékaře do pěti řádků (včetně) zdarma.  
Větší rozsah a inzerát nelékaře je zpoplatněn. Při zadávání inzerátů je proto potřeba zadat fakturační kontaktní adresu, IČ, DIČ, telefon, e-mail.  
Bez těchto informací nebude inzerát zveřejněn



Foto: Shutterstock.com

# Covid-19 v České republice

**Podzimní vlna epidemie covidu-19 je v ČR mnohem závažnější, než byla vlna jarní, přesto platila a platí méně přísná protiepidemická opatření. K podzimní katastrofě, která nás srazila na pozici nejhůře postižené země světa došlo právě kvůli neschopnosti vlády přijmout včas účinná protiepidemická opatření, která by nás ochránila.**

	jaro		podzim	
Nejvyšší počet nových pacientů za den	27. 3.	377	4. 11.	15 727
Nejvyšší počet aktuálně covid pozitivních	11. 4.	4 641	29. 10.	130 500
Nejvyšší počet zemřelých za den	8. 4.	15	3. 11.	257
Nejvyšší počet hospitalizovaných	8. 4.	422	6. 11.	8 283
Nejvyšší počet pacientů ve vážném stavu	12. 4.	100	3. 10.	1 244
Nejvyšší počet PCR testů	5. 5.	9 383	27. 10.	47 500
Nejvyšší procento pozitivních testů	10. 3.	15,1 %	4. 11.	38,0 %

## Počty nakažených zdravotníků Lékaři

	Celkem nakažení	Vyléčení	Zemřelí	Aktuálně nakažení
1. 9. 2020	331	275	0	63
1. 10. 2020	943	441	1	501
15. 10. 2020	2 067	637	2	1 428
1. 11. 2020	4 373	1 593	5	2 775
15. 11. 2020	5 401	3 881	9	1 511
1. 12. 2020	6 160	5 276	13	871
12. 12. 2020	6 802	5 869	13	920

## Zdravotní sestry

	Celkem nakažené	Vyléčené	Zemřelé	Aktuálně nakažené
1. 9. 2020	736	640	1	95
1. 10. 2020	1 835	960	1	874
15. 10. 2020	4 313	1 330	1	2 982
1. 11. 2020	10 930	3 505	2	7 423
15. 11. 2020	14 733	10 327	5	4 401
1. 12. 2020	17 303	14 840	8	2 455
12. 12. 2020	19 161	16 761	8	2 392



**Nemoc covid-19 byla dosud prokázána u 580 000 obyvatel. Po chvilovém poklesu začátkem prosince počty nemocných znovu rostou a v současnosti je aktivních 65 000 případů.**

**Nemocí covid-19 se nakazilo již více než 41 500 zdravotníků, z toho 6 800 lékařů a 19 100 zdravotních sester.**

**Na covid-19 již zemřelo více než 9 500 osob.**

**Na covid-19 dosud zemřelo 30 zdravotníků, z toho 13 lékařů.**

Navzdory politickým proklamacím se nepodařilo ochránit tzv. zranitelné skupiny, a právě kvůli vysokému podílu osob v seniorním věku mezi nakaženými klesá počet hospitalizovaných s covidem-19 jen velmi pomalu.

Matematické modely z poloviny října předpovídaly totální zahlcení všech nemocnic pa-

cienty s covidem, a tím i zhroucení zdravotní péče okolo 10. listopadu. Ještě dříve než kvůli nedostatku lůžek hrozil kolaps kvůli nedostatku praceschopných zdravotníků.

Protiepidemická opatření prosazená v druhé polovině října tehdejším ministrem prof. Prymulou dokázala zastavit exponenciální nárůst nových případů, a tak k černému scénáři naštěstí nedošlo. Druhou vlnu epidemie se nám s vypětím všech sil dařilo zvládat. Díky slušné kvalitě našeho zdravotnictví, ale především díky obrovskému nasazení lékařů, sester a dalších zdravotníků, ale i všech dobrovolníků, kterým rovněž patří mé poděkování, se naše covidem z celého světa nejpostiženější země udržela, alespoň v počtu zemřelých na počet obyvatel „pouze“ na deváté nejhorší pozici.

Za jakou však cenu? Zdravotnictví již měsíce funguje v nouzovém režimu. Stále jsou omezeny plánované operace. Nedodržuje se zákoník práce

a pro zdravotníky neplatí ani karanténa. Pod takovým tlakem nevydržíme pracovat dlouho. Proto stále vyzýváme veřejnost, aby nám pomohla tím, že lidé budou dobrovolně veškerá protiepidemická opatření dodržovat. Čím déle bude krize trvat, tím závažnější budou dopady na zdravotní stav populace. Covid-19 totiž není jedinou chorobou, naši péči potřebují také ostatní pacienti, na které nám již volné kapacity a síly nestačí.

Vláda nevslyšela opakované výzvy České lékařské komory, aby protiepidemická opatření přitvrdila, a tím zkrátila dobu trvání epidemie. Místo zatažení za záchranou brzdu vláda zvolila strategii pozvolného přibrzdování. Tato strategie sice také mohla vést k cíli, byť za cenu většího počtu lidských obětí a větších ekonomických ztrát, avšak vyžadovala velkou dávku trpělivosti nás všech. A tu jsme neměli.

Vláda, která se populisticky rozhoduje podle průzkumů veřejného mínění a ignoruje varování odborníků, přistoupila předčasně k prakticky bezbřehému rozvolňování protiepidemických opatření, která nás před virem chránila. Výsledkem je nárůst počtu nových případů. Znovu roste počet nemocných zdravotníků. Během několika dní se začnou opět zaplňovat nemocnice pacienti ve vážném stavu a znovu se bude zvyšovat počet zbytečně zemřelých. Jako by nestačilo, že v měsících října a listopadu se celková úmrtnost v naší zemi zvýšila o více než 50 procent.

Zdravotníci jsou jako armáda, která ještě nestačila dobojovat podzimní bitvu, a už nás bez sebemenšího oddechu populističtí politici svojí neschopností, zbabělostí a alibismem ženou do bitvy další.

**Milan Kubek, 12. 12. 2020**

*Zdroj veškerých údajů: ÚZIS*

#### Počty hospitalizovaných

	Celkový počet hospitalizovaných	Z toho pacientů ve vážném stavu
4. 9. - pátek	197	50
11. 9. - pátek	297	69
18. 9. - pátek	516	94
25. 9. - pátek	809	168
2. 10. - pátek	1 198	245
9. 10. - pátek	2 085	408
16. 10. - pátek	3 415	596
23. 10. - pátek	5 314	772
30. 10. - pátek	7 673	1 137
6. 11. - pátek	8 283	1 206
13. 11. - pátek	7 200	1 099
20. 11. - pátek	6 101	860
27. 11. - pátek	5 087	769
4. 12. - pátek	4 436	576
11. 12. - pátek	4 390	563

#### Počty zemřelých

Týden	Počet zemřelých
31. 8. - 6. 9. 2020	18
7. 9. - 13. 9. 2020	29
14. 9. - 20. 9. 2020	56
21. 9. - 27. 9. 2020	98
28. 9. - 4. 10. 2020	136
5. 10. - 11. 10. 2020	226
12. 10. - 18. 10. 2020	477
19. 10. - 25. 10. 2020	826
26. 10. - 1. 11. 2020	1 225
2. 11. - 8. 11. 2020	1 478
9. 11. - 15. 11. 2020	1 217
16. 11. - 22. 11. 2020	938
23. 11. - 29. 11. 2020	837
30. 11. - 6. 12. 2020	718

# Covid nám už sebral 85 000 let

Česko a covid: Od nejlepší k nejhorší pozici

**Všichni si přejeme běžný život a on stále nepřichází, kdy toto období nejistoty konečně skončí? Odpovědět na tuto otázku a řadu dalších má za cíl tento text, a to na základě analýzy epidemiologických dat od počátku pandemie až k 11. prosinci 2020.**



Bohužel epidemiologická situace Česka je v důsledku podzimní vlny tak špatná, že od 11. prosince 2020 se Česko dostalo na první pozici mezi státy světa s nejvyšším počtem potvrzených případů v přepočtu na počet obyvatel (52 393 případů na mil. obyvatel). Těsně za Českem je Belgie, následovaná Spojenými státy americkými, Španělskem a Francií. Poněkud příznivější je pozice Česka podle ukazatele počtu úmrtí v přepočtu na počet obyvatel, kde v čele je Belgie, Peru, Itálie a Španělsko a Česko zaujímá devátou pozici. Tento výsledek bezesporu dokládá kvalitu českého zdravotnictví, které se muselo vypořádat s extrémně vy-

sokou podzimní vlnou nemocných osob. Porovnávání zemí je ale třeba brát s jistou rezervou, zejména z důvodu evidence dat a obtížné srovnatelnosti hrubých dat napříč zeměmi s rozdílnými věkovými strukturami obyvatel.

## Epidemiologická trajektorie onemocnění covid-19 v Česku

V rámci Česka lze epidemiologickou trajektorii onemocnění covid-19 popsat na základě tohoto ukazatele denních počtů potvrzených případů vztahených na počet obyvatel (řada je vyrovnána pomocí sedmidenních průměrů). Jarní vlna se proje-

vila v Česku s vrcholem v období přelomu března a dubna 2020 (31. března až 8. dubna 2020), avšak velmi rychlá protipandemická opatření zabrzдила šíření onemocnění a maximální denní počet nepřekročil hodnotu 26 případů na milion obyvatel. Česko se efektivním a rázným přístupem k epidemii řadilo výsledky k nejlepším zemím světa („best-in-covid“). Následovalo období poklesu jarní vlny na úroveň cca 100 nových případů denně, a to až do konce letních prázdnin.

V posledním týdnu srpna 2020 dosahovaly denní počty nových případů srovnatelné úrovně s jarním maximem, protipandemická opatření však nebyla zavedena a podzimní vlna začala prudce nabírat na síle. Na přelomu října a listopadu 2020 po dobu čtrnácti dní vlna kulminovala, denní hodnoty nových potvrzených případů přesahovaly hranici jednoho tis. případů na milion obyvatel, což bylo přibližně čtyřicetkrát více než při jarní vlně („worst-in-covid“). České zdravotnictví, byť v nouzovém režimu, ustálo nápor pacientů s covidem-19 a zahraničím očekávaný kolaps zdravotnictví se nekonal. Bohužel velmi vysoké počty nakažených osob následovaly vysoké počty zemřelých, a to nejen v souvislosti s covidem-19, viz dále.

Dne 3. prosince 2020, kdy se denní počet nových případů pohyboval stále ještě v poměrně vysokých hodnotách přesahujících 350 případů na milion obyvatel, došlo na

**Tabulka 1: Počty zemřelých v období 12. až 44. týden 2020 v porovnání s průměrnými počty zemřelých 12. až 44. týden 2015-2019, věkové skupiny**

		0-14	15-39	40-64	65-84	85+	Celkem
A	Celkový počet zemřelých, 2020	253	1 130	10 650	40 096	22 516	74 645
B	Celkový počet zemřelých, průměr 2015-2019	292	1 248	10 769	34 972	19 886	67 166
A-B	Absolutní nadúmrtnost (2020 - průměr 2015-2019)	-39	-118	-119	5 124	2 630	7 479
C	Úmrtí v souvislosti s covid-19	0	14	275	2 310	1 181	3 780
100 * (C/A)	Podíl úmrtí s covid-19 z celkového počtu zemřelých (%)	0	1,24	2,58	5,76	5,25	5,06
(A-B) - C	Absolutní nadúmrtnost 2020 bez úmrtí v souvislosti s covid-19	-39	-132	-394	2 814	1 449	3 699

Zdroj dat: ČSÚ a ÚZIS, Poznámka: (i) k 10. 12. 2020 poslední ČSÚ zveřejněné údaje k 44. týdnu 2020; (ii) ve 12. týdnu 2020 první úmrtí v souvislosti s covid-19

základě indikátoru „PES=3“ k výraznému rozvolnění protiepidemických opatření. Z uvedeného je zřejmé, že k radikálnímu potlačení druhé vlny nedošlo a virová nálož zůstala v populaci velmi vysoká, a to i s ohledem na vysoký podíl neodhalených případů (podíl pozitivních testů cca 20 procent). Na základě nedoznění druhé vlny, tedy nedostatečného snížení virové nálože, lze předpokládat, že se velmi brzy začne zvedat další vlna, ale na rozdíl od podzimní bude vycházet z počátečních velmi vysokých hodnot potvrzených případů. Z hlediska časování je hrozbou, že předvánoční rozvolnění přinese dopady ve zdravotnictví právě v době vánoční. Jaký však bude mít tato třetí vlna průběh, závisí na včasnosti zavedení protiepidemických opatření.

Pro dokreslení situace lze uvést Německo, kde se již přes měsíc daří držet denní počet nových případů kolem 230 případů na milion obyvatel, výkyvy vln potlačují, opatření neuvolňují, zdravotnictví nevystavují extrémní zátěži, ale zato se mohutně připravují na rychlou vakcinaci populace tak, aby se Německo co nejrychleji vypořádalo s infekcí a země mohla začít opět plně fungovat. Poučíme se od našich sousedů?

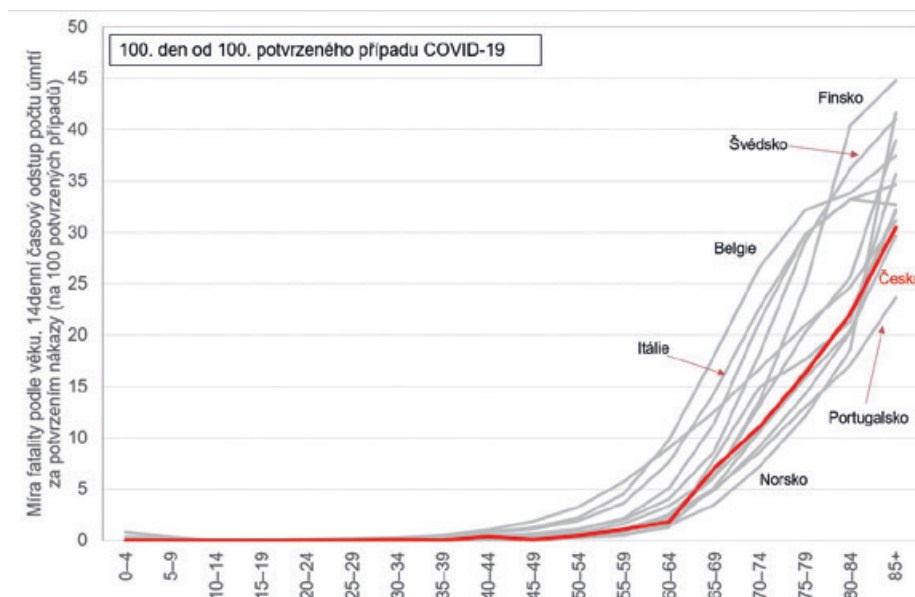
### Dopady pandemie v Česku

Hlavní dopady pandemie se pojí se ztrátou lidských životů. Závažnost lze vyhodnotit na základě dvou přístupů, a sice porovnáním úrovně úmrtnosti s předchozím obdobím (jde o tzv. nadúmrtnost) a jednak na základě výpočtu ukazatele ztracených let života.

### Nadúmrtnost

První případ onemocnění byl potvrzen 1. 3. 2020, k prvnímu úmrtí došlo 22. 3. 2020 a celkový počet úmrtí v souvislosti s covidem-19 bude brzy atakovat hranici 10 tisíc případů (k 11. 12. 2020 celkem 9 341 úmrtí). Podle zatím dostupných dat o zemřelých je zřejmé, že se v období pandemie rozšířila úroveň úmrtnosti i na jiné příčiny.

Zatím se můžeme opírat o celkové počty zemřelých, které vykazuje Český statistický úřad po týdnech, a rozlišení základních věkových skupin, a to v kombinaci s počty zemřelých v souvislosti s covidem-19, které publikuje ÚZIS, viz tabulka 1. V době zpracování tohoto textu byly vykázané celkové počty zemřelých do 44. týdne 2020 (do 1. 11. 2020). Během sledovaného období 12. až 44. týdne roku 2020 zemřelo celkem 74 645 osob, z nich 3 780 v souvislosti s covidem-



**Obrázek 1: Míry fatality osob s potvrzenou nákazou, vybrané země Evropy**

Pozn.: pro vyjádření byl použit výpočet dávající do poměru počty zemřelých a počty osob s potvrzenou nákazou, pracováno je s předpokladem časového odstupu počtu zemřelých po potvrzení nákazy na úrovni 14 dnů.

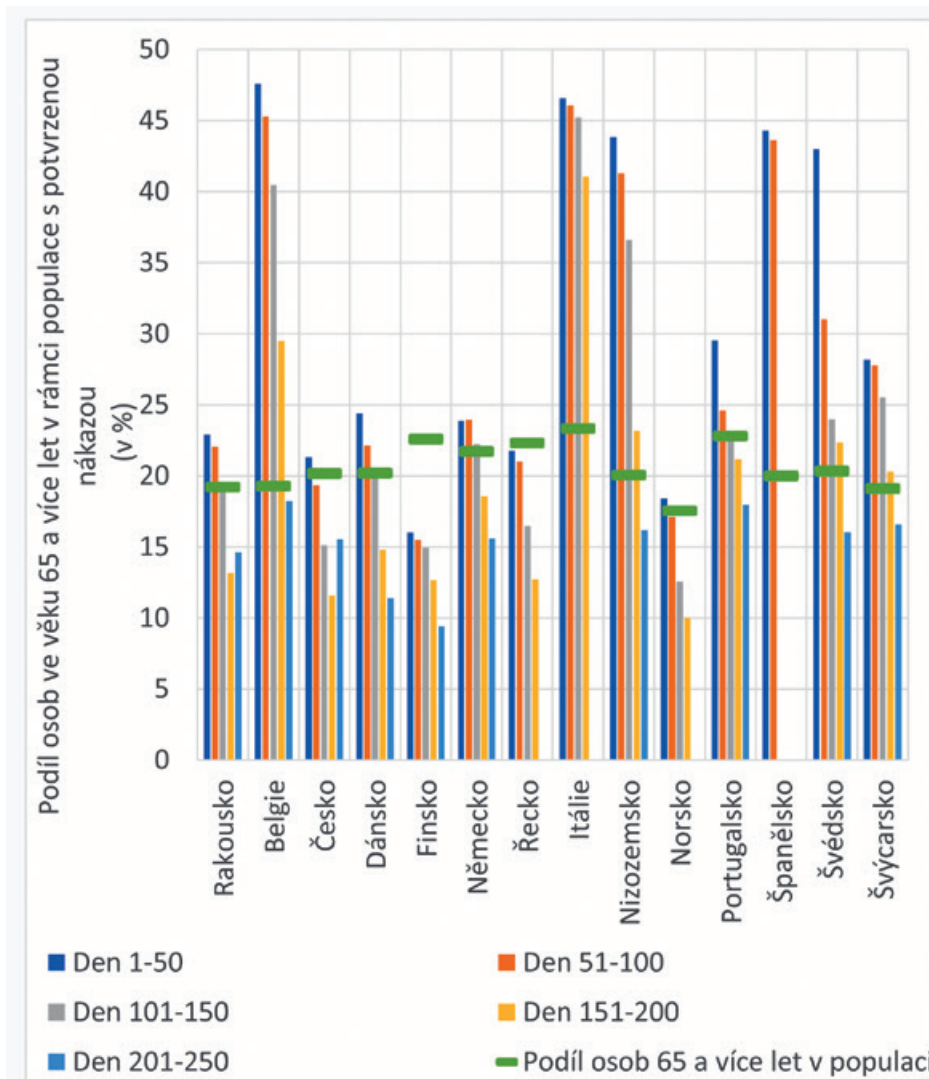
dem-19. Uvedený celkový počet zemřelých je vyšší, než tomu bylo v minulých letech – průměr počtu zemřelých za 12. až 44. týden za roky 2015–2019 činil 67 166, tedy o téměř 7,5 tisíce úmrtí méně. Bez podrobnějších údajů o počtech zemřelých dle příčin smrti však není dosud možné identifikovat faktory, které za tímto sekundárním zvýšením (způsobeným jinými příčinami než covidem-19) stojí. Varovné však může být to, že počet zemřelých v souvislosti s covidem-19, jenž byl vykázaný do 1. 11., byl stále jen menší částí celkového počtu úmrtí v souvislosti s tímto onemocněním v roce 2020 (od 2. 11. 2020 do 6. 12. 2020 bylo již evidováno dalších 5 227 úmrtí).

Zmíněná nadúmrtnost (vyjádřená zvýšením počtu zemřelých proti průměru předchozích let) není rovnoměrně rozložena z hlediska věku. Ve sledovaném období nebyly úmrtím v souvislosti s covidem-19 téměř zasaženy věkové skupiny do 40 let (došlo ke 14 úmrtím ve věku 15–39 let). V těchto věkových skupinách v roce 2020 dokonce pozorujeme nižší počty zemřelých, než by odpovídalo průměru minulých let. I ve věkové skupině 40–64 let evidujeme nižší počet zemřelých proti předchozím rokům (o 119 případů), a to i přesto, že bylo vykázano 275 úmrtí v tomto věku. Kromě již zmíněného faktu, že počty zemřelých ještě budou zpřesňovány, je také možné předpokládat, že bezpečnostní opatření přijímaná v roce 2020 mohla mít určitým

způsobem „ochranný“ efekt na mladší věkové skupiny – snížená mobilita, méně riskantních aktivit či sportů mohly potenciálně snížit počty zemřelých v tomto věku proti předchozím rokům. Zvýšený počet zemřelých je tedy koncentrován pouze do vyšších věků – nad 65 let. V popisovaném období bylo vykázano o více než pět tisíc zemřelých ve věku 65–84 let proti průměru let 2015–2019, ve věku 85 a více let to bylo o více než 2,6 tisíce. V případě obou těchto věkových skupin činily evidované počty zemřelých v souvislosti s covidem-19 méně než polovinu tohoto zvýšeného počtu případů (tab. 1). Z demografického pohledu je třeba zmínit ještě jedno potenciální omezení uváděných hodnot – při porovnávání absolutního počtu zemřelých zanedbáváme možný vliv změn věkové struktury populace.

### Ztracené roky života

Předpoklad, že v důsledku onemocnění covid-19 umírají především velmi staří lidé, a tedy potenciální zkrácení života vlivem tohoto onemocnění je nevýznamné, zcela neodpovídá skutečnosti. K vyhodnocení situace nestačí hrubé ukazatele běžně publikované, ale citlivé výpočty zohledňující specifika věkových struktur. Výpočet odhadu počtu let, o které déle mohly žít osoby zemřelé v důsledku covidu-19, umožňuje demografický nástroj – ukazatel ztracených roků života (YLLs). Ztracené roky



**Obrázek 2: Podíl osob ve věku 65 a více let mezi osobami s potvrzenou nákazou, vybrané země Evropy, pět 50denních období, v %**

Poznámka: časování epidemie v jednotlivých zemích vychází ode dne 1, kdy v dané zemi bylo potvrzeno prvních 100 případů onemocnění

žítva jsou založeny jak na počtu úmrtí, tak na věku zemřelých, a odhadují počet let, po kterém by ti, již zemřeli, mohli zůstat ještě naživu, kdyby nezemřeli v souvislosti s covidem-19. Vyšší YLLs mohou být způsobeny vyšším počtem úmrtí, mladším věkem zemřelých nebo jejich kombinací.

Ve výpočtu pracujeme s předpokladem

potenciálního počtu zbývajících let života na úrovni tzv. střední délky života (naděje dožití) v daném věku, odpovídá tedy zhruba potenciální délce života osoby v průměrném zdravotním stavu pro daný věk. Při známé věkové struktuře osob vykázaných jako zemřelých v souvislosti s covidem-19 lze výpočtem odhadnout, že 9 006 zemře-

lých osob bylo z důvodu úmrtí zkráceno o možnost prožít 85 tisíc let života (tzv. člo- věkolet), v případě mužů se jedná o 50 tisíc ztracených let života, v případě žen o 35 tisíc let. Což z individuálního pohledu znamená, že každá zemřelá osoba v souvislosti s one- mocněním covid-19 přišla o možnost prožít 9,5 let života, což odpovídá v případě mužů individuálním ztrátám zhruba 9,8 roku a žen 9,3 roku (tabulka 2).

Alternativně může výpočet pracovat s předpokladem horšího zdravotního stavu (a tedy vyšším rizikem úmrtí a také nižším průměrným potenciálně zbývajícím počtem let života). I pokud bychom zemřel v sou- vislosti s covidem-19 uvažovali ve skupině 10 procent nejrizikovějších osob v každém věku, v průměru by každá zemřelá osoba ztrácela okolo 2,5 roku života.

**Klíčová zůstává věková struktura nakažených**

Věková struktura osob, u kterých byla potvrzena infekce onemocněním covid-19, zásadním způsobem ovlivňuje počty hos- pitalizovaných a zemřelých v souvislosti s tímto onemocněním, neboť riziko závaž- ných komplikací až smrti narůstá s věkem (obrázek 1). Rozdíly věkových struktur osob s potvrzenou nákazou pak vysvětlují rozdíly dopadů pandemie. Přehledně je lze dokumentovat podílem osob ve věku 65 a více let mezi potvrzenými nakaženými v jednotlivých státech (obrázek 2).

Právě zatím stále trvající relativně nízký podíl nejstarších věkových skupin mezi osobami s potvrzenou nákazou (okolo 15 procent osob ve věku 65 a více let, pro porovnání především v počátku pandemie tento podíl např. v Belgii, Itálii, Nizozem- sku, ve Švédsku nebo Španělsku přesahoval 40 procent) je vedle kvality zdravotnické- ho systému (která se promítá do relativně nízkého rizika úmrtí nakažených osob) pozitivem průběhu pandemie v Česku.

**Závěrem – nezbytné:**

1. Co nejlépe zvládnout pandemii, než bude populace chráněna vakcínou – ne- dopustit, aby se opakovala podzimní vlna, kdy docházelo ke zbytečným úmrtím a zdra- votnictví bylo vystaveno extrémní zátěži.

2. Co nejdříve dosáhnout tohoto, aby byla česká populace chráněna vakcínou a život se mohl vrátit do normálu.

Prof. RNDr. Dagmar Džúrová, CSc.

RNDr. Klára Hulíková, Ph.D.

Přirodovědecká fakulta, Univerzita Karlova

**Tabulka 2: Dopad pandemie na českou populaci – výpočet celkového a průměrného počtu ztracených let života v souvislosti s covid-19**

	Celkový počet ztracených let života	Průměrný počet ztracených let života (průměr na jednu zemřelou osobu)	Celkový počet zemřelých v souvislosti s covid-19 (data k 6. 12. 2020)
<b>Muži</b>	49 802,20	9,76	5 101
<b>Ženy</b>	36 168,95	9,26	3 906
<b>Celkem</b>	<b>85 971,15</b>	<b>9,54</b>	<b>9 007</b>

Zdroj: Covid-19 v ČR: Otevřené datové sady (staženo 10. 12. 2020; poslední aktualizovaná data k 6. 12. 2020), Český statistický úřad (2020)

# Jak na úspěšný boj s koronavirem

Memorandum Johna Snowa: vědecký konsenzus k pandemii covidu-19

**Česká republika zaujímá v současnosti celosvětově čelní místo v počtu nových případů, hospitalizací i úmrtí. Rozhodli jsme se proto zveřejnit Memorandum Johna Snowa, které je dílem mezinárodní komunity vědců v oblasti veřejného zdraví a bylo zveřejněno v prestižním lékařském časopise The Lancet. Doposud ho podepsalo více než 6 900 expertů z nejrůznějších lékařských i nelékařských oborů, jako je epidemiologie, pediatrie, virologie, infektologie, zdravotní politika, sociologie, psychologie, psychiatrie, matematické modelování, etika, teologie atd. Memorandum podepsalo k dnešnímu dni také několik odborníků z České republiky a Slovenské republiky. Memorandum je pojmenované podle anglického lékaře Johna Snowa (1813–1858), považovaného za jednoho ze zakladatelů moderní epidemiologie a průkopníka zavádění anestezie a hygieny.**

Cílem memoranda je srozumitelné informování veřejnosti o covidu-19, založené na vědeckých poznatcích. Jeho zveřejnění v ČR je reakcí na to, že stále dochází k bagatelizaci pandemie covidu-19, což je mimo jiné i jednou z příčin vzniku intenzivní druhé vlny. V první řadě se jedná o názory, které průběh a důsledky onemocnění covidem-19 povrchním způsobem srovnávají se sezonní chřipkou, ignorují nebo zpochybňují počet obětí i závažnost následných komplikací, snaží se přenášet většinu zodpovědnosti na rizikové skupiny a periodicky vyzývají k nebezpečné strategii „promoování“ (přirozené imunizaci) celé populace, jež by vedla k rozvratu zdravotnictví a nikde na světě nebyla úspěšně realizována.

Nesouhlasíme také s rozšířeným názorem považujícím pandemii za „nevyhnutelný přírodní jev“, který je jen málo ovlivnitelný. Je tomu právě naopak: zkušenosti z úspěšných zemí, jako je Jižní Korea, Japonsko, Thajsko, Vietnam, Nový Zéland a mnoho dalších, ukazují, že včasné a důsledné nefarmakologické intervence chrání zdraví i životy obyvatel. Vedou také k daleko menšímu poškození ekonomiky, přičemž v uvedených zemích život pokračuje takřka v normálních kolech. Až do zpřístupnění prověřené vakcíny (jež může být k dispozici v horizontu několika měsíců) by hlavní odpovědí na pandemii měla být snaha o co největší potlačení prostřednictvím hygienických

opatření, dostatečného testování, důsledného trasování, dodržování karanténních opatření a dalších známých prostředků.

Jak dále uvádějí autoři memoranda: „Ve velké části Evropy, USA a mnoha dalších zemích světa se opět intenzivně zvyšují počty případů onemocnění covidem-19. Je nezbytné jednat rozhodně a bez otálení. Účinná opatření ke kontrole přenosu infekce je třeba provádět na úrovni celé společnosti. Musí být podpořena finančními a sociálními programy, jež vzbudí kladnou celospolečenskou reakci a přispějí k řešení nerovností, které pandemie prohlubuje.“

Tato vědecká výzva chce veřejnost seznámit s konsenzem zahraničních odborníků, který je v české debatě o covidu-19 mnohdy ignorován a namísto něj jsou prezentovány nejrůznější svérázné alternativy, které se již vícekrát ukázaly jako nebezpečné a nemají oporu v současném vědeckém poznání. Snaha o „kompromisní“ řešení pandemie namísto jejího efektivního potlačení má za následek vznik nestabilní situace a otevírá prostor pro opětovné exponenciální šíření. Výsledkem přístupů nezaložených na vědeckých poznatcích jsou současné velké ztráty na zdraví, životech i majetku, jimž bylo možné se vyhnout. Pokud budeme i nadále vědecký konsenzus ignorovat, tyto ztráty budou dále narůstat. Je čas k nekompromisnímu závazku efektivně chránit veřejné zdraví,


a tím i další důležité hodnoty naší společnosti.

## Memorandum Johna Snowa: vědecký konsenzus k pandemii covidu-19

Virus SARS-CoV-2 (severe acute respiratory syndrom, coronavirus 2, závažný akutní respirační syndrom koronavirus 2) infikoval více než 35 milionů lidí po celém světě. Světová zdravotnická organizace

zaznamenala k 12. říjnu 2020 více než milion obětí tohoto viru. S tím, jak druhá vlna covidu-19 zasahuje Evropu, a s blížící se zimou potřebujeme jasnou komunikaci rizik představovaných covidem-19 a účinných strategií boje proti nim. Zde sdílíme svůj pohled na současný konsenzus opírající se o vědecké poznatky ohledně onemocnění covid-19.

SARS-CoV-2 se šíří kontaktem (většími kapičkami a aerosolem)


**NEMOCNICE HAVLÍČKŮV BROD**

Ředitel Nemocnice Havlíčkův Brod, příspěvkové organizace, ČR, kraj Vysočina  
vypisuje **VÝBĚROVÉ ŘÍZENÍ** na obsazení funkce  
**Primář/ka interního oddělení**

**Požadujeme:**

- ✓ specializovanou způsobilost v oboru vnitřní lékařství
- ✓ minimálně 8 let praxe v oboru
- ✓ licenci ČLK pro výkon funkce primáře v oboru vnitřní lékařství
- ✓ zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost
- ✓ stručnou výhledovou koncepci primariátu
- ✓ manažerské a organizační schopnosti
- ✓ osobnostní a profesionální předpoklady pro řízení odborného týmu pracoviště

**Písemná přihláška musí obsahovat:**

- ✓ stručný životopis s přehledem dosavadní praxe
- ✓ kopie dokladů o odborné a specializované způsobilosti a licence ČLK
- ✓ výpis z rejstříku trestů ne starším 3 měsíce
- ✓ lékařské potvrzení o způsobilosti k výkonu povolání
- ✓ souhlas s nakládáním s poskytnutými osobními údaji pro účely tohoto výběrového řízení ve smyslu zákona č. 110/2019 Sb., o ochraně osobních údajů

**Nabízíme:**

- ✓ náborový příspěvek ve výši 300 000 Kč
- ✓ v případě zájmu městský byt v blízkosti nemocnice
- ✓ tvůrčí práci v moderním zdravotnickém zařízení
- ✓ zaměstnanecké a sociální benefity
- ✓ možnost profesního a kariérního růstu
- ✓ možnost dalšího vzdělávání a rozšiřování kvalifikace

**Písemné přihlášky s požadovanými doklady do výběrového řízení zasílejte na adresu:**  
Nemocnice Havlíčkův Brod, p.o.  
Husova 2624  
580 22 Havlíčkův Brod  
k rukám Bc. Jany Egartové v obálce označené „Výběrové řízení – primář/ka IO“



a přenosem na větší vzdálenost prostřednictvím aerosolu, zejména ve špatně větraném prostředí. Jeho vysoká infekčnost, v kombinaci se zranitelností naivních populací, vytváří podmínky pro rychlé komunitní šíření. Úmrtnost na onemocnění covid-19 je několikrát vyšší než u sezonní chřipky a infekce virem může vést k dlouhodobému onemocnění, a to i u mladých, dříve zdravých lidí (tzv. dlouhodobý covid, long covid). Není také jasné, jak dlouho trvá ochranná imunita. SARS-CoV-2 je navíc schopný znovu infikovat jedince, kteří onemocnění již prodělali, což platí i pro jiné sezonní koronaviry. Četnost reinfekce však není známa. Přenos viru lze omezit zachováním fyzických odstupů, používáním obličejových roušek, hygienou rukou a dýchacích cest a vyhýbáním se větším skupinám lidí a špatně větraným prostorům. Klíčové pro omezení přenosu viru je rovněž rychlé testování a trasování kontaktů. Světová zdravotnická organizace se za tato opatření zasažuje již od počátku pandemie.

V počáteční fázi pandemie nařídilo mnoho zemí lockdown (restrikce platné pro všechny, včetně pokynů zdržovat se doma a pracovat z domova), aby se rychlé šíření viru zpomalilo. Bylo to nezbytné pro snížení úmrtnosti, aby nedošlo k přetížení zdravotnictví a získal se čas na přípravu protipandemických nástrojů k potlačování šíření infekce po rozvolnění lockdownu. I když lockdown narušuje běžný život společnosti a negativně ovlivňuje psychické a fyzické zdraví a ekonomiku, často se projeví tyto negativní důsledky výrazněji v zemích, které nebyly schopny využít čas během a po lockdownu k tvorbě efektivních nástrojů kontroly šíření infekce. Vzhledem k tomu, že v těchto zemích neexistují odpovídající opatření pro řízení pandemie a jejich společenských dopadů, čelí tyto země pokračujícím restrikcím.

Nelze se divit, že důsledkem je všudypřítomná demoralizace a ztráta důvěry. Nástup druhé vlny a uvědomění si problémů, jež leží

před námi, vede k obnovení zájmu o získání kolektivní imunity. Ta by měla být získána velkým a nekontrolovatelným propuknutím epidemie v nízkorizikové populaci za současné ochrany zranitelných osob.

Jde však o chybnou a nebezpečnou strategii bez opory ve vědeckých poznatcích.

Jakákoliv strategie řízení pandemie, která se spoléhá na imunitu získanou volným průběhem infekce covidu-19, je chybná. Nekontrolovaný přenos infekce mezi mladšími jedinci představuje riziko výrazné morbidity a mortality v celé populaci. Kromě ztrát na lidských životech a zdraví by to mělo dopad i na možnosti vykonávat své zaměstnání, zahltilo by to zdravotnictví, a tím i omezilo akutní a běžnou péči.

Navíc neexistuje žádný vědecký důkaz dlouhodobé ochranné imunity proti viru SARS-CoV-2 po prodělaném onemocnění; endemický přenos, který by byl důsledkem postupně se snižující imunity, by představoval trvalé riziko pro zranitelné části populace. Taková strategie by pandemii covidu-19 nezastavila a vedla by k novým epidemiím, jak k tomu docházelo u mnoha infekčních onemocnění před zavedením očkování. Dalším důsledkem by bylo nepřijatelné zatížení hospodářství a zdravotnických pracovníků, z nichž mnozí by zemřeli na covid-19 nebo zažili trauma, protože by museli praktikovat medicínu katastrof. Stále také ještě nerozumíme důvodům, pro něž některé pacienty postihuje dlouhodobý covid. Vymezit skupinu ohrožených jedinců je komplexní úkol, když však vezmeme v úvahu jen osoby ohrožené závažným onemocněním, podíl ohrožených jedinců tvoří v některých regionech až 30 procent. Dlouhodobá izolace velkých částí obyvatelstva není prakticky možná a je velmi neetická. Empirické poznatky z mnoha zemí ukazují, že není možné omezit nekontrolované šíření infekce pouze na určité části společnosti. Takový přístup také může prohloubit socioekonomickou nerovnost a struk-

turální diskriminaci, na něž nás již pandemie upozornila. Zvláštní úsilí o ochranu nejzranitelnějších osob je nezbytné, ale musí jít ruku v ruce s komplexní ochranou obyvatelstva na celospolečenské úrovni.

Ve velké části Evropy, USA a mnoha dalších zemích světa opět čelíme intenzivně se zrychlujícímu nárůstu počtu případů onemocnění covid-19. Je nezbytné jednat rozhodně a bez otálení. Účinná opatření poskytující nástroje na kontrolu přenosu infekce je třeba provádět na úrovni celé společnosti. Musejí být podpořena finančními a sociálními programy, jež povzbudí kladnou celospolečenskou reakci a přispějí k řešení nerovností, které pandemie prohlubuje. V krátkodobém horizontu budou pravděpodobně nutné trvalejší restriktive omezující přenos patogenu a vylepšení neefektivních nástrojů reakce na pandemii, aby se zabránilo budoucím lockdownům. Smyslem těchto omezení je efektivní potlačení šíření infekce viru SARS-CoV-2, jež umožní rychlou detekci lokálních ohnisek šíření a rychlou reakci v podobně efektivních a komplexních nástrojů vyhledávání, testování, trasování, izolace a podpory, aby se život mohl vrátit takřka do normálu, aniž by bylo nutné přistoupit k celospolečenským restrikcím. Ochrana naší ekonomiky je provázána s možností kontroly šíření onemocnění covid-19. Je nezbytné chránit pra-

covníky a vystříhat se dlouhodobé nejistoty.

Japonsko, Vietnam, Nový Zéland a další země nám ukázaly, že robustní intervence na ochranu veřejného zdraví umožňují kontrolu přenosu infekce, což dovolu- je návrat života téměř k normálu. Takto úspěšných zemí existuje celá řada. Všechny poznatky ukazují jedním směrem: kontrola šíření onemocnění covid-19 představuje nejlepší způsob, jak chránit naši společnost a ekonomiku až do okamžiku, kdy budeme mít v nadcházejících měsících k dispozici bezpečné a účinné vakcíny a léčebné postupy. Nemůžeme se nechat svést názory, které podkopávají účinnou reakci; je nezbytné, abychom jednali neodkladně a ve shodě s vědeckými poznatky.

### Na podporu této výzvy podepište prosím Memorandum Johna Snowa.

(Publikováno se svolením a v kooperaci s iniciátory Memoranda Johna Snowa. Vítejte české i slovenské lékaře a experty v oblasti veřejného zdraví i další odborníky a výzkumníky, kteří by rádi memorandum podpořili. Memorandum lze podepsat i přímo na stránkách: <https://www.johnsnowmemo.com/>, prosíme ovšem o informaci, abychom zde mohli aktualizovat).

David Černý, Daniel Novotný, Petr Jedlička

### Signatáři memoranda z České republiky a Slovenské republiky (abecedně):

doc. Ing. Luděk Berec, Dr., doc. MUDr. Alexandra Bražinová, Ph.D., MPH, Pavol Cekan, Ph.D., PhDr. David Černý, Ph.D., Ing. Jan Červenka, PhDr. Mgr. Antonín Dolák, prof. RNDr. Dagmar Džurová, CSc., Ph.D., prof. RNDr. Jaroslav Flegr, CSc., prof. RNDr. Libor Grubhoffer, CSc., Hon. DSc., dr. h. c., Zdeněk Hel, Ph.D., Anna Helova, DrPH, MA, MBA, prof. RNDr. Václav Hořejší, CSc., Mgr. Ing. Jiří Hudeček, Ph.D., PhDr. Petr Jedlička, prof. Ing. Štěpán Jurajda, Ph.D., doc. RNDr. Jan Konvalinka, CSc., Mgr. Robin Kopecký, MUDr. Milan Kubek, MUDr. Milan Kulkovský, Ing. René Levinský, Ph.D., MUDr. Juraj Mesík, RNDr. Stanislav Mihulka, Ph.D., doc. Ing. Daniel Münich, Ph.D. et Ph.D., Mgr. Roman Neruda, CSc., Daniel D. Novotný, Ph.D., prof. Ing. Miroslav Oborník, Ph.D., doc. Michal Opatrný, Dr. theol., MUDr. Aneta Pierzynová, RNDr. Lenka Příbylová, Ph.D., prof. Hynek Píkhart, Ph.D., doc. MUDr. Peter Sabaka, Ph.D., MUDr. Petr Smejkal, Mgr. Jan Smyčka, Ph.D., MUDr. Petr Sucharda, CSc., prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc., Mgr. Josef Šlerka, Ph.D., RNDr. Martin Šmíd, Ph.D., MUDr. Jaromír Šrámek, doc. MUDr. Jan Trnka, Ph.D., Mgr. Martin Zach.

# Doporučený postup léčby pacientů s covidem-19

**Doporučený postup Společnosti infekčního lékařství ČLS JEP pro léčbu pacientů s onemocněním covid-19 zpracovali Kümpel Petr, Holub Michal, Roháčová Hana, Plíšek Stanislav.**

Upozornění: V textu uvedená léčba vychází z klinických studií a je podpořena evidencí. Léčba experimentální je uvedena samostatně.

## Pacienti splňující kritéria pro domácí léčbu

	Izolace, klidový režim, symptomatická léčba: antipyretika, expektorancia (ACC, Erdomed apod.), léčba GIT potíží, event. antitusika
	2x denně sledovat teplotu, puls, dechovou frekvenci, podle stavu kontaktovat lékaře, ev. pravidelné telefonické kontroly lékařem

## Hospitalizovaný pacient

• Všichni hospitalizovaní pacienti	
	Posouzení chronicky užívaných léků – ACEi ponechat (vysadit jen při hypotenzi); statiny ponechat (vysadit při elevaci ALT nad 3násobek horní hranice normy – HHN); snížit chronickou dávku kortikoidů pod ekvivalent 0,2 mg/kg den methylprednisolonu při ponechání ostatní imunosupresivní léčby
	Při známkách bakteriální infekce širokospektrá ATB, optimálně po konzultaci s ATB centrem
	<b>Laboratorní a pomocná vyšetření:</b> krevní obraz a diferenciální krevní obraz s počtem lymfocytů, CRP, laktát, prokalcitonin (PCT), kreatinofokináza (CPK), D-dimery, feritin, LDH, ALT, AST, bilirubin, urea, kreatinin, minerály, HS troponin T, dle možnosti interleukin-6, dle stavu RTG plic, event. HRCT či CT angiografie při podezření na plicní embolii
• Pacienti s mírným onemocněním	
	Symptomatická léčba
	Sledovat rizikové faktory (dechová frekvence, puls, saturace O <sub>2</sub> , CRP)
• Pacienti se středně těžkým onemocněním, zejména pokud jsou zatíženi nejméně jedním rizikovým faktorem	
	Rizikové faktory: věk > 60 let, HIV+, diabetes mellitus s A1c > 7,6 %, hypertenze, závažná plicní či kardiovaskulární choroba, BMI > 35, renální insuficience, aktivní malignita dechová frekvence > 24, puls > 125, saturace O <sub>2</sub> (SpO <sub>2</sub> ) < 93 % bez oxygenoterapie CRP > 100 mg/l, elevace troponinu, CPK > dvojnásobek HHN, D-dimery > 1,0 mg/l, absolutní počet lymfocytů < 1,0 buněk x 10 <sup>9</sup> /l, feritin > 300 mg/l, IL-6 > 80 pg/ml, dle HRCT > 50% postižení plicní tkáně
	Sledování vitálních funkcí 4x denně, Oxygenoterapie s cílem SpO <sub>2</sub> > 90 %, u těhotných je cílem SpO <sub>2</sub> > 92-95 %, u nemocných s chronickou hyperkapnií 88-92 %, v individuálních případech u nemocných se závažným chronickým plicním onemocněním i hodnoty nižší. Pro většinu kriticky nemocných je preferováno nejnižší možné FiO <sub>2</sub> , ideálně s cílem SpO <sub>2</sub> 92-96 %. Vyšší hodnoty SpO <sub>2</sub> nepřinášejí benefit. Prakticky lze začít se základní polomaskou průtokem 5 l/min., při splnění oxygenačního cíle je možné průtok kyslíku snižovat (Cave: riziko retence CO <sub>2</sub> při průtocích menších než 5 l/min., zvážit možnost přechodu na kyslíkové brýle), při nedosažení cíle s průtokem ≥ 10 l O <sub>2</sub> /min. zvážit užití HFNO, ev. jiných metod. Pronační polohy mohou být přínosné i pro pacienty se spontánní ventilací.
	<b>Kortikoterapie: Dexamethason</b> 6 mg i.v. nebo p.o. 1x denně. Léčba je přínosná u pacientů s těžším průběhem na oxygenoterapii či UPV; u lehčích forem covidu-19 není doporučena. Dexamethason se aplikuje zpravidla nejdříve 6. den od počátku klinických příznaků (předpokládá se modulace nadměrné prozáněťové odpovědi). Je nutné zvážit rizika podání kortikoidů při možné superinfekci (např. PCT > 0,5 ng/ml) a při známkách imunosuprese. Tato terapie v multicentrické studii RECOVERY, ve které bylo zařazeno 2 104 pacientů hospitalizovaných ve 175 nemocnicích NHS (National Health System, Spojené království), prokázala zlepšení přežití těžkých a kritických průběhů covidu-19, ale u středně závažných průběhů covidu-19 bez oxygenoterapie dexamethason neprokázal účinnost. Doporučovaná délka podávání je 7-10 dnů, event. déle v sestupném dávkování. Dávka dexamethasonu 6 mg denně odpovídá 160 mg hydrocortisonu, 40 mg prednisonu a 32 mg methylprednisolonu. Důkazy podporující použití těchto kortikosteroidů místo dexamethasonu jsou limitované.
	<b>Prevence TEN:</b> covid-19 je spojen se zvýšeným rizikem tromboembolických příhod vzniklých v důsledku mikrotrombotizace. Zavedená udržovací antikoagulační ani antiagregační léčba nemá být během hospitalizace pro covid-19 přerušována, pokud to nevynutí průběh onemocnění. K zavedené antiagregační léčbě má být přidána profylaktická dávka nízkomolekulárního heparinu (LMWH), pokud není riziko krvácení. LMWH – enoxaparin či nadroparin – v profylaktické dávce je vhodný u všech hospitalizovaných pacientů. Podrobněji viz Doporučený postup České společnosti pro trombozu a hemostázu ČLS JEP v aktuální verzi (15).

	<p><b>Rekonvalescentní plazma</b> (optimálně 2 T.U. nebo 5–6 ml/kg) - co nejdříve od přijetí k hospitalizaci (optimální je podání plazmy pacientům s nízkou [i předpokládanou nízkou] hladinou vlastních protilátek a během prvních 3 dnů trvání klinických příznaků), indikace viz Doporučený postup použití rekonvalescentní plazmy (RP) v léčbě dospělých pacientů s covid-19. Referováno je použití rekonvalescentní plazmy u 35 322 pacientů s covidem-19 (koordinuje Mayo Clinic, Minnesota). Léčba je považována za bezpečnou s nejvyšší účinností při časném podání preparátu, který obsahuje vyšší titr virus neutralizačních protilátek.</p> <p><b>Remdesivir (Veklury 100 mg infusní roztok)</b> - u nemocných s oxygenoterapií (léčba kyslíkem s nízkým průtokem) by měl být nasazen co nejdříve a neměl by být indikován u nemocných, kteří potřebují HFNO, NIV nebo UPV. U pacientů je dostačující <b>doba podávání 5 dnů (1. den 200 mg a 2–5. den 100 mg)</b>. Randomizovaná kontrolovaná studie u 1 063 pacientů prokázala zkrácení délky hospitalizace pacientů s covidem-19 a naznačila trend lepšího přežití středně závažných průběhů covidu-19. Panel expertů doporučuje přednostně používat remdesivir u pacientů s potřebou oxygenoterapie <math>spO_2 &lt; 93\%</math> a obrazem oboustranné pneumonie při zobrazovací metodě. Remdesivir je určen pro dospělé a dospívající nad 12 let (<math>&gt; 40</math> kg tělesné hmotnosti), je kontraindikován pro pacienty s těžkou renální insuficiencí (eGFR <math>&lt; 30</math> ml/min.) a elevací ALT nad pětinašobek HHN. Optimální indikace remdesiviru je u pacientů s trváním klinických příznaků do 7 dnů s potvrzenou diagnózou PCR testem nebo antigenem, dlouhodobou příznivou prognózou pacienta, „frailty score“ v pásmu 1–6, lymfopenií <math>&lt; 1,0</math> buněk <math>\times 10^9/l</math>, případně přítomnosti dalších komorbidit (např. hematoonkologické onemocnění, obezita, hypertenze, diabetes mellitus). Léčbu je třeba přerušit u pacientů, u nichž je pozorován vzestup ALT nad pětinašobek HHN. V léčbě lze pokračovat, pokud hladina ALT klesne pod pětinašobek HHN. Remdesivir se objednává pomocí nemocniční lékárny a indikace musí být schválena vedoucím pracoviště, KKIP a členem virtuální indikační skupiny. Pokud je potřeba dávat remdesivir déle než 5 dnů, je nutné další schválení.</p>
	<p><u>Experimentální léčba:</u>  <b>Favipiravir (Avigan) - 1. den 2x 1800 mg, od 2. dne 2x 800 mg p.o.</b>, maximálně do 14. dne, inhibitor syntézy RNA - T705. V současné době je v ČR dostupný v omezeném množství. V případě zájmu ho lze objednat prostřednictvím nemocniční lékárny. Favipiravir je vhodné zvážit v terapii u ležícího průběhu covidu-19 a s kratší anamnézou (optimálně 3–4 dny trvání klinických příznaků). Favipiravir je potenciálně teratogenní a před jeho podáním je nutné vyloučit těhotenství.  <b>Isoprinosin (Isoprinosine)</b> - při poklesu počtu lymfocytů <math>&lt; 0,8</math> buněk <math>\times 10^9/l</math> je možné zvážit podání <b>2x 1 g p.o.</b> Léčba se podává do vzestupu počtu lymfocytů nad dolní hranici normy (<math>&gt; 1,2</math> buněk <math>\times 10^9/l</math>). Při terapii je nutné monitorovat hladinu kyseliny močové. Podávání při lymfopenii je v souladu s SPC preparátu Isoprinosine, účinnost u covidu-19 nebyla testována v kontrolovaných studiích.</p>
<p><b>• Pacienti s těžkým onemocněním</b></p>	
	<p>Izolace na JIP/ARO, komplexní léčba, oxygenoterapie - dle stavu polomaska &gt; polomaska s rezervoárem &gt; HFNO &gt; NIV či invazivní UPV (indikace invazivní ventilace je zvažována individuálně na základě posouzení přínosu u nemocných se selháním méně invazivních postupů podpory oxygenace a ventilace). Indikace a kontraindikace k ECMO se řídí aktualizovanými doporučením ELSO a je zvažována při selhání invazivní ventilace a pronační polohy.</p>
	<p><b>Tekutinová léčba:</b>          Pokud pacient nejeví známky poruchy perfuze periferních tkání, je doporučena snaha o restriktivní tekutinovou politiku a udržení negativní nebo vyrovnané bilance.          Přetížení tekutinami může být bezprostředně spjato se zhoršením oxygenace.</p> <p><b>Kyslíková terapie</b>          Použití HFNO/NIV je možné, nemělo by však docházet ke kontaminaci prostředí aerosolem, tzn., že tyto pomůcky musejí maximálním možným způsobem těsnit a v případě NIV je doporučeno upřednostnit masky celoobličejové nebo helmy. HFNO je upřednostňována před NIV.</p> <p><b>Kortikoidy</b> - viz výše  <b>Prevence TEN</b> - viz výše</p>
	<p><b>Remdesivir</b> - u pacientů na HFNO, NIV, UPV či ECMO nebylo ve studii ACTT-1 prokázáno lepší přežití při podání remdesiviru, nicméně pacienti na HFNO a NIV se rychleji uzdravovali.</p> <p><b>Rekonvalescentní plazma</b> (optimálně 2 T.U. nebo 5–6 ml/kg). Dle doporučeného postupu léčby covidu-19 RP je navrženo její podání co nejdříve (optimálně do 3 dnů) od rozvoje klinických příznaků vyžadujících hospitalizaci v dávce 5–6 ml/kg tělesné hmotnosti (obvykle 2 T.U.). U RP obsahující nižší titr VNT (160 a méně, resp. ekvivalentní hodnota použitého imunologického protilátkového testu) může být podáný objem vyšší. Optimální je podání RP pacientům s nízkou hladinou vlastních protilátek. Ke zvážení je podání RP rizikovým nemocným s pozitivitou SARS-CoV-2 ještě před rozvojem klinických příznaků.</p>
	<p>Podpurná léčba  <b>Vitamin C - kyselina askorbová</b> - různá dávkování, např. 12 g v pomalé i.v. infuzi každých 12 hodin 1–7. den, podpurný efekt jako antioxidant a kofaktor mnohých fyziologických reakcí.  <b>Vitamin D</b> (vitamin D3 - Vigantol 2 000 I.U. denně nebo 15 000 I.U. 1x týdně)</p>

Je žádoucí sběr údajů o všech pacientech léčených v ČR postupy off-label a jejich průběžné hodnocení jak na národní, tak celoevropské úrovni s následnou rychlou úpravou současného doporučeného postupu. Poslední aktualizace 4. 12. 2020

## Seznam zkratk:

A1c, glykovaný hemoglobin  
 ACEi, inhibitory angiotenzin konvertázy  
 ATB, antibiotikum  
 BMI, index tělesné hmotnosti  
 CPK, kreatinfosfokináza  
 ECMO, extrakorporální membránová oxygenace  
 eGFR, odhad glomerulární filtrace  
 ELSO, Extracorporeal Life Support Organization  
 HFNO, vysokoprůtoková nosní oxygenoterapie  
 HHN, horní hranice normy

HRCT, vysoce rozlišovací počítačová tomografie  
 LMWH, low molecular weight heparin  
 NIV, neinvazivní ventilace  
 OTI, orotracheální intubace  
 PCT, prokalcitonin  
 RP, rekonvalescentní plazma  
 TEN, tromboembolická nemoc  
 T.U., transfuzní jednotka  
 UPV, umělá plicní ventilace  
 VNT, virus neutralizační test

Literatura: naleznete na [www.lkcr.cz](http://www.lkcr.cz)

# Vakcína je naší jedinou zbraní

Chovejme se nadále zodpovědně – dodržujeme pravidlo 3R – nosme roušky, myjme si ruce, dodržujeme dostatečné rozestupy – neshlukujeme se

**Celý svět a také Českou republiku zaplavují cílené dezinformační zprávy a fake news o očkování proti covidu-19. Dezinformacím podléhá značná část populace včetně některých zdravotníků. Vakcína je jedinou šancí společnosti zvládnout pandemii koronaviru. Přední čeští infektologové, vakcinologové a epidemiologové tímto vyzývají zdravotnickou i laickou veřejnost k neustálému zodpovědnému chování a nepodceňování této nemoci. Společně tvrdíme, že očkování je z dlouhodobého hlediska nezbytné pro ovlivnění nepříznivého epidemiologického vývoje a pro návrat k normálnímu životu.**

Lékaři infekčních oddělení, kteří od jara denně bezprostředně bojují za záchranu životů stovek pacientů postižených infekcí covidu-19, spolu s vakcinology, již pozorují narůstající odpor k očkování, vyjadřují hluboké znepokojení nad nedostatečnými a často zavádějícími informacemi o očkování v naší zemi. Denně vidíme těžká zdravotní postižení, úmrtí a tragédie v rodinách, v rozsahu ještě před rokem zcela nemyslitelném. Potvrzujeme, že přes maximální úsilí vědeckých týmů na celém světě nemáme a v brzké době nebudeme mít účinný lék proti koronaviru, který se nadále vyznačuje mimořádnou nakažlivostí a zákeřností. Po roce usilovného hledání sdělujeme hluboké zklamání, že máme k dispozici jen několik pomocných léků, které jsou schopny zlepšit prognózu nakažených o 10–20 procent, což je číslo zoufale nízké. Nákazu nadále považujeme za nebezpečnou ruskou ruletu, která si své oběti hledá bez větších pravidel. Po řadu týdnů v České republice na tuto jednu infekci umírá denně více než 100 lidí, před měsícem to bylo již i přes 250 lidí denně, což je číslo dříve pro několik generací infektologů, mikrobiologů či epidemiologů zcela nemyslitelné. Toto číslo je nyní výrazně vyšší, než kolik obětí si denně u nás žádají onemocnění nádorová. Proto svědomitě dodržujeme stanovená protiepidemická opatření. Používejme roušky, udržujme rozestupy, dezinfikujme si ruce a až to bude možné, nechme se očkovat.

Od dob lékaře Edwarda Jennera, který s očkováním začal před více než 220 lety, byly vývoj a výroba vakcín dokonale propracovány. Vakcíny jsou mimořádně bezpečné a nikdo nezpochybní, že jsou zodpovědné za záchranu milionů lidských životů na celém světě. Očkování je právem označeno za nejvýznamnější vymoženost lidstva a medicíny novověku. Na rozdíl od vývoje nových molekul a léků, které by se mohly uplatnit v léčbě infekční nemoci, se v případě vývoje vakcíny jedná o postupy



Foto: Shutterstock.com

a zásady přípravy dlouhodobě známé a ověřené z vývoje jiných vakcín, a je tudíž možné je označit za bezpečné. Složitosti a rizika při vývoji nových protivirových léků jsou proti vakcínám tedy výrazně odlišné, i vakcína proti sezonní chřipce pro předem určené kmény musí být vyrobena na daný rok v řádu několika měsíců a nikdo krátkost času na přípravu nerozporuje.

Ted' je čas říci, že vakcinace je lepší než sedět měsíce zavřený doma. Ted' je čas říci, že účinnost i bezpečnost vakcíny bude velmi pečlivě sledována. Ted' je čas říci, že je nutno spojit síly zdravotníků, představitelů státu, médií v jeden proud podpory očkování.

Tvůrci této výzvy – členové Společnosti infekčního lékařství ČLS JEP, České vakcinologické společnosti ČLS JEP a Společnosti pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP si uvědomují vážnost současné situace a vyzývají všechny představitelů státu, zdravotnickou veřejnost, média, správce sociálních sítí o maximální podporu edukace o prospěšnosti očkování. Očkování považujeme v současné době za nejúčinnější, bezpečný a jediný dostupný nástroj k zvládnutí závažné pandemie. Za jediný nástroj, který je již dnes schopen zamezit stovkám, tisícům zbytečných úmrtí,

závažným dlouhodobým i celoživotním postižením zdraví, rodinným tragédiím.

Vyzýváme každého zdravotnického pracovníka, tak jak považuje za samozřejmé být očkováni proti virové hepatitidě B, aby měl profesionální přístup k očkování proti nemoci covid-19, a to nejenom kvůli sobě, ale zejména kvůli svým pacientům. Měl by očkování propagovat, ale také sám se nechat očkovat, co nejdříve to bude možné.

Vyzýváme k odpovědnosti všechny, kteří bezohledně hazardují s lidským zdravím šířením často zcela nesmyslných, hloupých dezinformací a pochyb o očkování.

Vyzýváme vás, lidi, rozhodněte se dle vlastního rozumu a pravdivých informací.

**Prim. MUDr. Petr Kůmpel**, místopředseda Společnosti infekčního lékařství ČLS JEP

**Doc. MUDr. Stanislav Plíšek, Ph.D.**, předseda Společnosti infekčního lékařství ČLS JEP

**Prof. MUDr. Roman Chlíbek, Ph.D.**, předseda České vakcinologické společnosti ČLS JEP

**Prim. MUDr. Hana Roháčová, Ph.D.**, primářka Kliniky infekčních, parazitárních a tropických nemocí Nemocnice na Bulovce v Praze

**MUDr. Pavla Křížová, CSc.**, předsedkyně Společnosti pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP

V Praze, Hradci Králové a Opavě dne 8. 12. 2020

# Vakcína proti nemoci covid-19

Na vaše otázky odpovídá odborník profesor MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D.

## Jak rychle by vakcíny covid-19 mohly zastavit pandemii?

Dopad vakcín covid-19 na pandemii bude záviset na několika faktorech. Patří mezi ně faktory, jako je účinnost vakcín; jak rychle jsou schváleny, vyrobeny a dodány; a kolik lidí je očkováno. Většina vědců předpokládá, že stejně jako většina ostatních vakcín nebudou vakcíny covid-19 stoprocentně účinné. Je snahou zajistit, aby všechny schválené vakcíny byly co nejúčinnější, aby mohly mít dopad na pandemii co největší.

## Je nebezpečné očkovat během inkubační doby covidu-19?

V současné době neexistují žádné konkrétní důkazy týkající se vakcíny covid-19 a onemocnění, a proto by měly být použity obecné zásady očkování pacientů s infekčními chorobami. Podle těchto zásad očkování neovlivní průběh infekčního onemocnění u jedince, který by již mohl být nakažen, ale jenž v době očkování ještě není symptomatický, ani u jedince, který se nakazí brzy po očkování. Ani potenciální infekce neovlivní bezpečnost nebo účinnost vakcíny, která je podávána.

## Je-li osoba očkována proti covidu-19, bude stále schopna šířit virus na vnímavé lidi?

Pokud je jedinec očkovaný a je chráněn před infekcí, virus nepřenáší na někoho jiného. Očekává se však, že některé vakcíny proti covidu-19 mohou chránit před těžkým průběhem infekce, ale nemusejí nutně zabránit mírné nebo asymptomatické formě infekce. Například to potvrzuje nedávno publikovaná studie, která uvádí u vakcíny od firmy AstraZeneca účinnost proti asymptomatické infekci pouze 7,8 procenta. V takovém případě by očkovaná osoba mohla virus šířit, pokud by byla infikována. Proto se očekává, že i poté, co bude vakcína k dispozici, budou lidé možná muset ještě nějakou dobu používat ochranné masky a praktikovat opatření pro sociální distancování.

## Ovlivňuje mutace koronaviru studie vakcín?

Virové mutace mohou způsobit, že vakcíny budou méně účinné, jak vidíme u viru chřipky, proto je rozumné si klást otázku, zda změny SARS-CoV-2 ovlivní vývoj vakcíny. Přestože SARS-CoV-2 neustále mutuje, zásadní otázkou je funkční projev mutace viru, díky níž je virus více, či méně virulentní nebo více, či méně nakažlivý. Zdá se, že virus, který způsobuje



covid-19, se funkčně významným způsobem nemění. Stává se to však a v určitém okamžiku může změna ovlivnit fungování vakcíny. Zdá se ale, že se to právě teď neděje. Například nedávno identifikované změny umožnily snadnější šíření viru, ale tato změna neovlivnila způsob, jakým protilátky reagují na virus. Protilátky od lidí, kteří měli dřívější verzi viru, jsou stále schopny chránit před novější verzí, takže vakcína by pravděpodobně byla stále účinná. Jinými slovy, alespoň doposud virus nemutoval tak, aby nebyl pokryt potenciálními vakcínami.

## Je vakcína proti koronaviru studována u dětí nebo těhotných žen?

Stejně jako u většiny vakcín bude nutné provést studie u dětí a těhotných žen, ale tyto studie se často provádějí, až když se prokáže, že vakcína funguje a je bezpečná u zdravých dospělých. Některé studie u starších dětí nedávno začaly, ale budou zaostávat za studii u dospělých a budou postupně rozšiřovány tak, aby zahrnovaly stále mladší děti. Regulační orgány také již ohlásily, že po schválení vakcín budou pečlivě sledovat účinek těchto vakcín na těhotné ženy.

## Mohou vakcíny mRNA změnit DNA člověka?

Vakcíny DNA i mRNA způsobují, že buňky vytvářejí virové proteiny, jako jsou v tomto případě proteiny SARS-CoV-2. Když jsou bílkoviny vytvořeny, jsou uvolňovány z buňky a buňky imunitního systému je rozpoznávají jako cizí, napadají je a vytvářejí imunitní odpověď.

Zjednodušené vysvětlení způsobu, jakým buňka vytváří proteiny, spočívá v tom, že DNA produkuje mRNA, které buňky používají jako plán pro výrobu proteinů. Vakcína vyrobená z mRNA je tedy o krok blíže k zamýšlenému výsledku. Protože mRNA je aktivní pouze v cytoplazmě buňky a DNA se nachází v jádru,

vakcíny mRNA nepracují ve stejném buněčném oddělení, ve kterém se nachází DNA. Zatímco RNA viry mají gen, který vytváří protein, jenž umožňuje přeměnu RNA na DNA (proces zvaný reverzní transkripce), vakcíny mRNA tento gen neobsahují, takže z mRNA nebude vyrobena DNA, která by mohla změnit DNA člověka.

## Bude nutné každoročně podávat vakcínu proti koronaviru?

Když bude vakcína licencována, budeme mít informace o délce imunity pouze po dobu, po kterou byla v klinických studiích testována. Například pokud byli první lidé ve studii očkováni v červenci 2020 a vakcína byla schválena v prosinci 2020, budeme mít informace o imunitní odpovědi pouze do pěti měsíců po očkování. Výrobce vakcíny bude pravděpodobně i nadále sledovat příjemce vakcín v dalším časovém období, takže v průběhu doby budeme získávat lepší obraz o délce a stavu postvakcinační imunity. S touto informací budeme moci rozhodnout, zda vakcíny proti covidu-19 budou vyžadovat každoroční přeočkování jako chřipka. Nicméně data ze studií s vakcínou Moderna ukazují, že po čtyřech měsících od aplikace první dávky je pokles protilátek poměrně malý. Nové poznatky ukazují, že imunitní systém po prodělaném onemocnění je protektivní u většiny osob alespoň šest měsíců. Oficiální autority zatím hovoří o třech měsících.

## Obsahují vakcíny proti covidu-19 mikročipy?

Vakcíny proti covidu-19 neobsahují mikročipy. Tato myšlenka je založena na falešné narativní a dezinformační kampani vedené odpůrci očkování. Případný úspěch vakcinace proti covidu-19 by totiž odpůrcům očkování vyvrátil základní postulát, a to ten, že infekční choroby zmizí spontánně i bez očkování.

## Mohou mít z očkování prospěch i lidé, kteří onemocněli v minulosti covidem-19?

Vzhledem k závažným zdravotním rizikům spojeným s nemocí covid-19 a skutečnosti, že je možná opětovná infekce, může být vakcína proti covidu-19 doporučována i po prodělaném onemocnění. V tuto chvíli odborníci nevědí, jak dlouho je někdo chráněn před opětovným onemocněním po zotavení se z covidu-19. Imunita, již člověk získá po prodělané nákaze, se u jednotlivých lidí liší. Některé práce naznačují, že přirozená imunita nemusí trvat příliš dlouho. Proto v případě dlouhodobější imunity po očkování bude přínos v tomto případě zcela zřejmý.

# Babiš opět neposlechl odborníky ani svého Prymulu. Začíná třetí vlna, zemi může zdevastovat

**Česká republika se rozhodla ke kroku, který je ve světě bezprecedentní. Aby politici občanům umožnili alespoň jakés takés Vánoce, na jaké jsou zvyklí, učinili tah, který není ani tak riskem, jako spíše jistou poukážkou na průšvih a začátkem třetí koronavirové vlny.**

Česko rozvolňuje ve chvíli, kdy se počty nově nakažených pohybují kolem 5 000 denně a kdy se nemocnice ještě zcela nevypořádaly ani s enormní zátěží takzvané druhé vlny. Pro srovnání: když Izrael povolil svůj extrémně tvrdý lockdown, a to přibližně do stavu, ve kterém se Česko nacházelo v době nejtvrdších opatření, měl přibližně 2 000 nových případů denně, a to při srovnatelném počtu obyvatel.

## Start z vysokých hodnot a v mrazech

Bohužel se ukazuje, že politici jsou nenapravitelní a body u voličů jsou pro ně cennější než cokoli jiného. Je pravdou, že Češi už byli z opatření otrávení a chtěli vyrazit do obchodů na předvánoční nákupy. Tady však bylo místo pro zodpovědné politiky, kteří jim měli – podobně jako v jiných, paradoxně ještě méně zasažených zemích – vysvětlit, že to letos zkrátka nepůjde a že ještě pár měsíců můžeme vydržet. Vždyť vakcína už je na dohled a je možné, že příští rok už si užijeme v režimu postupného rozvolňování až k úplnému normálu.

Je třeba zopakovat, v jaké situaci se nacházíme a co o koronaviru víme. Když jsme mu v létě povolili stavidla, nestačili jsme se divit, jak rychle nabral na síle. A to venku vládlo teplé počasí a stoupali jsme téměř

z nulového základu. Nyní epidemie v žádném případě není pod kontrolou, klesá počet testů, lidé nenahlašují své kontakty a nakažených přesto přibývají stále tisíce. Venku je zima, až praští, tedy ideální podmínky, aby jen několik dnů a týdnů dodalo koronaviru takovou sílu, která nám může vyrazit dech. Ona tolik propíraná exponenciála totiž neodstartuje z nízkých hodnot, ale bude akcelarovat ze stavu, který jsme si ještě v září nedokázali ani představit.

## Hazard těsně před vakcínou

Zdá se, jako by se všichni opět spoléhali na zázrak, že tentokrát to nějak vyjde – máme přece roušky, ty nás zachrání. Jenže to se nestane a opravdoví odborníci to vědí. I premiérův poradce Roman Prymula jednoznačně řekl, že je nutné počkat ještě alespoň dva týdny. Takové hlasy už ale nikdo poslouchat nechce. Vánoce jsou Vánoce, virus nevirus. Kvůli této krátkozrakosti ale budou umírat lidé.

Třetí vlna může načatou zemi zcela zdevastovat. Začátkem roku bude zřejmě nutné provést nejtvrdší lockdown, jaký tu kdy byl. Paradoxně těsně předtím, než se sem dostane vakcína. Zkrátka úplně zbytečné ztráty. Kolaps země navíc může zkomplikovat i samotnou očkovací akci.

Tomáš Mrkvička

3. 12. 2020

Mix24.cz



**Nemocnice  
Trutnov**

**Oblastní nemocnice Trutnov a.s.**  
přijme

**LÉKAŘE NEUROLOGA - ZÁSTUPCE PRIMÁŘE**  
neurologického oddělení  
a

**LÉKAŘE RADIOLOGA - ZÁSTUPCE PRIMÁŘE**  
radiodiagnostického oddělení

### Nabízíme:

- zajímavou a smysluplnou práci na akreditovaném pracovišti (neurologické oddělení je hlavní součástí iktového centra aktuálně oceněného zlatou plaketou ESO Angels, radiodiagnostické oddělení je vybaveno moderní přístrojovou technikou včetně nové MR a jeho provoz je plně digitalizován),
- nástupní hrubou mzdu od **90 000 Kč**, stabilizační odměnu **200 000 Kč**,
- služební byt s **příspěvkem na nájemné**,
- služební automobil i pro soukromé účely,
- pracovní poměr na dobu neurčitou, plný i zkrácený úvazek,
- čtvrtletní **výkonnostní příplatky**, 5 týdnů dovolené, výhodné a **chutné** závodní stravování, příspěvek na penzijní připojištění nebo životní pojištění, **benefitní kartu**, slevu **10 %** v nemocniční lékárně,
- **maximální podporu osobního rozvoje a dalšího vzdělávání**,
- erudovaný a spolehlivý pracovní tým,
- příjemné pracovní prostředí v nemocnici v podhůří Krkonoš,
- život i práci v malebném městě se silným geniem loci, s bohatými možnostmi kulturního i sportovního vyžití.

### Odborné a osobnostní předpoklady:

- specializovaná způsobilost dle zák. č. 95/2004 Sb. v příslušném oboru,
- licence ČLK k výkonu funkce vedoucího lékaře a primáře,
- **nadšení pro obor** a jeho rozvoj v rámci nemocnice,
- schopnost vedení týmu a **předávání zkušeností mladým kolegům** v přípravě,
- smysl pro týmovou práci, spolehlivost a komunikativnost.

### V případě zájmu prosím kontaktujte:

Ing. Miroslav Procházka, Ph.D.  
tel. +420 776 069 842, +420 499 866 101  
e-mail prochazka.miroslav@nemtru.cz

**www.nemtru.cz**

# Ochraňte zdravotnictví a jeho zaměstnance před možnou katastrofou

Vážený pane premiére, vážené paní ministryně, vážení pání ministři,

jako odbory, které se starají o bezpečnou práci a zdraví zaměstnanců, s velkými obavami o lidské životy a přetížený zdravotnický systém sledujeme současné tendence vlády a jejich jednotlivých členů rozvolňovat a rušit současná opatření, a to bez odpovídajícího zlepšení situace, pouze pod tlakem ekonomických a lobbistických skupin. Dát populisticky přednost těmto zájmům před ochranou zdraví je pro nás nepřijatelné.

Připomínáme, že například sousední Německo několikanásobně lepší situaci v počtu nakažených na počet obyvatel považuje za vážnou a přijatá opatření kvůli tomu zpřísňuje. Proč u nás chceme zase postupovat opačně?

Je velmi nezodpovědné vzbuzovat dojem, že situace se zlepšuje, když dochází k výraznému omezení počtu testovaných osob.

Požadujeme, aby vláda svými kroky, včetně ekonomických, podpořila co nejširší testování všude tam, kde při práci hrozí šíření nákazy koronavirem, a to ve školství i ve firmách.

Za trestuhodné považujeme, že v některých nemocnicích nejsou z finančních důvodů



testování všichni přijímaní pacienti, což bezprostředně ohrožuje zdraví a životy dalších pacientů i personálu.

Připomínáme, že možnosti poskytovat zdravotní péči nemocným s covidem-19 i všem ostatním pacientům u nás nezávisí na kapacitě lůžek a vybavení nemocnic, ale výhradně na dostatku kvalifikovaného personálu. Ten je nyní dlouhodobě přetěžovaný, často již na hranici fyzických a psychických sil. Jejich vyčerpání populistickým nepodloženým rozvolňováním a vrácením „do normálu“ je hloupý a riskantní krok.

Vyzýváme ministra zdravotnictví Jana Blatného, aby řešil naléhavé problémy resortu, především finanční zajištění zdravotnických zařízení, a to vypracováním nové úhradové vyhlášky a dalšími kroky. Zdůrazňujeme, že jejich součástí musí být také finanční

ohodnocení práce zaměstnanců za zvládnání podzimní části epidemie, která násobně předčí tu jarní.

Připomínáme, že je ostudné, když zaměstnanci po nákaze v práci dostávají pouze 60 procent nemocenskou a musejí se složitě a zdlouhavě domáhat uznání nemoci z povolání.

Žádáme vládu o zodpovědný přístup k problému místo stávajícího populistického. Je třeba skončit se zmatečným rozvolňováním, postupovat sofistikovaně a podle doporučení odborníků.

Ve skutečnosti tu proti sobě nestojí buď ochrana zdraví, nebo ochrana ekonomických zájmů. Ekonomika může fungovat jen tehdy, budou-li lidé zdraví. U zlomené nohy také není možné sundat dřív sádku, abychom potěšili rozzlobeného a svým dočasným omezením otráveného pacienta.

Ochraňte systém zdravotnictví a jeho zaměstnance před možnou katastrofou.

**Bc. Dagmar Žitníková**, předsedkyně Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR

**MUDr. Martin Engel**, předseda Lékařského odborového klubu – Svazu českých lékařů

27. 11. 2020

# Otevřený dopis odmítačům roušek

Dnes námi v nemocnici hluboce otrásla zpráva, že na covid-19 zemřela mladá zdravotní sestřička, matka malé holčičky. Ne, nebyla z naší nemocnice, ani jsme ji osobně neznali, ale i u nás máme řadu nemocných sestřiček, lékařů a dalších zdravotníků. A moc si přejeme, aby se všichni vrátili zpátky, moc si přejeme, aby se všichni nemocní zdravotníci uzdravili. A přitom víme, že všichni už se nevrátí, i mezi zdravotníky si covid-19 vybírá své oběti.

Dívám se na včerejší demonstrace odmítačů roušek, na vystoupení celé řady

známých osobností, kteří odmítají všechna opatření a zdůrazňují své právo na svobodu. Svobodu? Nebo spíš pseudosvobodu?

Skutečně někdo může nošení roušek a dodržování hygienických opatření považovat za porušení osobní svobody?

Každý z těch obránců pseudosvobody se může dostat k lékaři nebo do nemocnice. Každý z nich pak bude očekávat, že tam bude připravený lékař, sestry a další zdravotníci, bude očekávat, že se o něj postarají, ať už bude mít infarkt, zlomenou nohu, nebo se bude dusit při covidovém zánětu plic. A ti

zdravotníci tam budou připravení, přestože každá práce s pacientem představuje riziko, některé výkony velmi vysoké riziko, že se nakazí. Přesto tam budou!

A tak se Vás ptám: jakým právem žádáte, aby zdravotníci za Vaši rádoby svobodu platili vlastním zdravím a vlastními životy? Skutečně si svojí svobody nenosit roušky vážíte víc než životů sestřiček a lékařů a všech ostatních? Co Vaše svědomí? Co Vaše odpovědnost?

**MUDr. Lenka Doležalová**

V Brně 18. 11. 2020

## Omluva autorce

V minulém čísle časopisu Tempus medicorum se nám vloudila nepříjemná chyba. Na straně 25 při krácení vypadla část podpisu u článku Best in Covid včetně jeho autorky. Správně měl znít takto:

**Katarina Williams**

**21. 10. 2020**

**Překlad: Mgr. Zuzana Tichá, vedoucí zahraničního oddělení ČLK**

**Zdroj: [www.stuff.co.nz](http://www.stuff.co.nz)**

Velice se autorce omlouváme!

(red)

# Covid-19 jako nemoc z povolání

**Pokud je zaměstnanci uznáno jakékoliv onemocnění jako nemoc z povolání, náleží mu v souladu s ustanovením § 269 a násl. zákona č. 262/2006 Sb., zákoníku práce, náhrada škody nebo nemajetkové újmy, která mu v důsledku nemoci z povolání vznikla. V případě nemoci z povolání se tak dle okolností nahrazuje ztráta na výdělku (po dobu trvání pracovní neschopnosti i po jejím skončení), bolest a ztížení společenského uplatnění, účelně vynaložené náklady spojené s léčením a věcná škoda.**

Pro výše uvedené je však nutné mít onemocnění covid-19 za nemoc z povolání uznáno postupem dle obecně závazných právních předpisů. K tomu je třeba mimo jiné prokázat úzký profesní kontakt s nakaženou osobou.

Na procesu posouzení onemocnění covidem-19 jako nemoci z povolání se podílí specializované pracoviště pracovního lékařství a dále orgán ochrany veřejného zdraví (příslušná hygienická stanice). O tom, zda je dané onemocnění nemocí z povolání, tedy nerozhoduje zaměstnavatel. Podkladem pro rozhodnutí je stanovisko výboru Společnosti pracovního lékařství ČLS JEP, na které odkazuje Ministerstvo zdravotnictví ČR na svých webových stránkách.

## Pro úplnost níže uvádíme posuzovací proces nemoci z povolání v krocích:

1. krok: Pokud se zaměstnanec domnívá, že onemocněl nemocí z povolání, požádá svého ošetřujícího lékaře, tj. praktického lékaře, případně lékaře, který je zaměstnavatelským poskytovatelem pracovních lékařských služeb (tzv. závodní lékař), o vystavení žádosti o posudek, která má podobu žádosti o jakékoliv jiné konziliární vyšetření (tj. poukaz na ošetření/vyšetření).
2. krok: Pokud praktický lékař (nebo závodní lékař) po předběžném posouzení vyhodnotí, že onemocnění mohlo vzniknout, vystaví žádost o posudek. Zaměstnanec tuto žádost doručí (poštou/osobně) na adresu místně příslušného specializovaného pracoviště, které disponuje oprávněním k posuzování nemocí z povolání.
3. krok: V případě, kdy specializované pracoviště pracovního lékařství po lékařské prohlídce zaměstnance nemoc z povolání potvrdí, následuje šetření příslušného orgánu ochrany veřejného zdraví na místě výkonu práce. Uvedený orgán posuzuje, zda byly na místě výkonu práce splněny předpoklady k tomu, aby mohla zjištěná nemoc při výkonu povolání vzniknout

(jsou prováděny testy, odebírány vzorky a zjišťovány další poznatky za účelem ověření možnosti vzniku nemoci z povolání). Krajské hygienické stanice k tomuto postupu v případě onemocnění covidem-19 obdržely zvláště metodiku, podle které mají postupovat. V rámci metodiky je též uvedena informace, že onemocnění covid-19 je pravděpodobně nemocí z povolání u pracovníků ve zdravotnictví a sociálních službách.

4. krok: Orgán ochrany veřejného zdraví předá svou zprávu o šetření specializovanému pracovišti, které po jeho vyhodnocení rozhodne (formou lékařského posudku), zda byly naplněny všechny podmínky uznání onemocnění jako nemoci z povolání.

Aktuální seznam specializovaných pracovišť pracovního lékařství uvádí na svých webových stránkách Ministerstvo zdravotnictví ČR.

K vyšetření v rámci specializovaného pracoviště je třeba přinést kopii zdravotnické dokumentace od registrujícího praktického lékaře (postačí v rozsahu potřebném k posouzení nemoci z povolání), a to včetně informace o trvání pracovní neschopnosti. Dále výsledky laboratorních testů na covid-19, případně další nálezy odborných lékařů, jež se týkají daného onemocnění (včetně rentgenových snímků apod.), pokud byly provedeny.

Lékařský posudek, který je specializovaným pracovištěm pracovního lékařství uznán, musí splňovat všechny náležitosti, které jsou obsaženy v zákonných a podzákonných právních předpisech. Zejména je tedy třeba, aby obsahoval přesnou identifikaci zaměstnance a zaměstnavatele, datum zjištění nemoci z povolání (den vyšetření), označení konkrétního onemocnění (podle seznamu nemocí z povolání) a jednoznačný závěr posudku, tj. zda se konkrétní onemocnění uznává/neuznává za nemoc z povolání.

V případě, kdy zaměstnanec nesouhlasí

se závěrem obsaženým v lékařském posudku, je možné do deseti pracovních dnů podat tzv. návrh na přezkoumání. Návrh na přezkoumání se podává k poskytovateli zdravotních služeb, který dotčený lékařský posudek vydal. V případě, že zaměstnanec tuto lhůtu nedodrží, dotčený poskytovatel návrh odloží, tedy nebude se jím vůbec zabývat.

Pokud by bylo návrhu na přezkoumání vyhověno v plném rozsahu, dojde ke zrušení dotčeného lékařského posudku a je vydán posudek nový. Pokud však návrhu na přezkoumání nebylo vyhověno v plném rozsahu, je celý spis (se všemi podklady včetně návrhu na přezkoumání a stanoviska poskytovatele pracovních lékařských služeb) předán příslušnému správnímu orgánu, kterým je odbor zdravotnictví příslušného krajského úřadu. Správní orgán následně prověřuje, zda byl předmětný lékařský posudek vypracován lékařem s příslušnou specializací, zda byly provedeny všechny lékařské prohlídky v souladu s požadavky obsaženými v příslušných právních předpisech, zda byl zdravotní stav zaměstnance zjištěn úplně, zda bylo v rámci celého procesu postupováno v souladu s právními předpisy. Správní orgán má na toto posouzení lhůtu 30 pracovních dnů, po jejím uplynutí musí návrh na přezkoumání lékařského posudku buď odmítnout a lékařský posudek potvrdit, nebo lékařský posudek zrušit a věc vrátit poskytovateli pracovních lékařských služeb k vydání nového posudku, případně lékařský posudek pouze zrušit. Proti rozhodnutí správního orgánu dle výše uvedeného pak není možné podat odvolání.

## Právní předpisy, které se k výše uvedenému vztahují:

Zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví, dále vyhláška č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí z povolání, vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci, zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, zákon č. 262/2006 Sb., zákoník práce.

**Mgr. Aleš Buriánek**



# Ministerstvo zdravotnictví: Uznávání onemocnění covid-19 za nemoc z povolání

## Co se rozumí pod pojmem nemoc z povolání?

**Nemoc z povolání** je pojmem medicínsko-právním. Český právní řád se zabývá otázkou nemoci z povolání v řadě předpisů, vlastní definici pojmu nemoci z povolání a jejich výčet pak uvádí nařízení vlády č. 290/1995 Sb., kterým se stanoví seznam nemocí z povolání ve znění pozdějších předpisů (dále jen „seznam nemocí z povolání“).

Příslušné předpisy se vztahují i k onemocnění covid-19, kdy výskyt tohoto onemocnění nevyvolal potřebu jejich úpravy ani úpravy jiných kroků pro posuzování a uznávání nemoci z povolání. Důvodem je mimo jiné i koncepce **kapitoly V seznamu nemocí z povolání**, a to obecně pro všechna přenosná a parazitární onemocnění.

## Jaké jsou podmínky pro uznání přenosných nemocí za nemoci z povolání dle kapitoly V?

Pro naplnění pojmu nemoci z povolání musí být splněny podmínky uvedené v seznamu nemocí z povolání. Tyto podmínky jsou jednak **klinické povahy**, tzn. že musejí být splněna diagnostická kritéria včetně tíže onemocnění, tj. u nemocí přenosných dle kapitoly V se musí jednat o **klinicky manifestační infekční onemocnění s příslušným laboratorním nálezem**.

Dále musí být ověřeno, že se jedná o práci, u níž je dle seznamu nemocí z povolání prokázáno **tzv. riziko nákazy (hygienická podmínka)**. Rizikem nákazy se v tomto kontextu rozumí vyšší pravděpodobnost přenosu nákazy při vlastním výkonu práce (při pracovních činnostech) než v jiném obvyklém kontaktu s jinými osobami, a to i v období epidemického výskytu onemocnění.

**Pokud onemocnění covid-19 vzniklo při práci, u níž je hygienickým šetřením prokázáno**

**riziko nákazy, uznává se jako nemoc z povolání přenosná (kapitola V, položka 1 případně 3 seznamu nemocí z povolání).**

## Kdo posuzuje a uznává nemoci z povolání?

Nemoci z povolání posuzují, uznávají a vývoj zdravotního stavu osoby s uznanou nemocí z povolání sledují výhradně **poskytovatelé pracovních lékařství, kteří získali podle zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen zákon č. 373/2011 Sb.) povolení Ministerstva zdravotnictví k uznávání nemocí z povolání**. Seznam těchto pracovišť je uveden na stránkách MZ.

Vlastní proces posuzování a uznávání nemoci z povolání probíhá vždy u místně příslušného poskytovatele, neplatí zde princip svobodné volby lékaře. **Místní příslušnost** je blíže uvedena ve vyhlášce č. 104/2012 Sb., o posuzování nemocí z povolání.

## Kdo ověřuje podmínky vzniku nemocí z povolání?

Tzv. hygienická podmínka vzniku onemocnění je obecně splněna tehdy, jestliže zaměstnanec pracoval za podmínek, za kterých příslušná nemoc z povolání vzniká (může vzniknout), aniž by musel prokazovat, že příslušné onemocnění skutečně prokazatelně vzniklo při výkonu práce. Tuto skutečnost ověřují **orgány ochrany veřejného zdraví (krajské hygienické stanice)** v případě důvodného podezření na nemoc z povolání na základě žádosti poskytovatele posuzujícího nemoci z povolání. Závěrem ověřování hygienických podmínek je vyjádření orgánu ochrany veřejného zdraví k ověření podmínek vzniku onemocnění pro

účely posuzování nemoci z povolání, které je pro poskytovatele uznávajícího nemoci z povolání závazné.

## Jsou řešeny i specifické případy (práce či bydliště v zahraničí, šetření u hasičů, policistů, vojáků)?

Ano, specificky jsou upraveny např. podmínky ověřování podmínek vzniku nemoci z povolání při výkonu práce posuzované osoby v zahraničí, k níž byl zaměstnanec vyslán zaměstnavatelem se sídlem v České republice, či v případě, že osoba, u které se posuzuje nemoc z povolání, trvale žije v zahraničí (§ 62 zákona č. 373/2011 Sb.).

Dále, ověřování podmínek práce pro účely posuzování nemoci z povolání u příslušníků Hasičského záchranného sboru ČR

a Policie ČR je prováděno v rámci Ministerstva vnitra.

U příslušníků Armády ČR, žáků vojenských škol a zaměstnanců organizací, jejichž zřizovatelem je Ministerstvo obrany, provádí ověření podmínek vzniku nemocí z povolání orgán ochrany veřejného zdraví Ministerstva obrany a nemoci z povolání uznává Ústřední vojenská nemocnice v Praze.

## Kdo odesílá posuzovanou osobu k poskytovateli uznávajícímu nemoci z povolání?

Předně je to **každý ošetřující lékař**, který má povinnost odeslat osobu, u níž na základě odborného vyšetření vzniklo důvodné podezření na nemoc z povolání, k příslušnému poskytovateli uznávajícímu nemoci z povolání. **Formulář žádosti**

**RADOSTNÉ VÁNOCE S VAŠIMI BLÍZKÝMI A PEVNÉ ZDRAVÍ PO CELÝ ROK 2021 PŘEJE**

**Gemini** OČNÍ KLINIKA

Nadějte sami sobě úspěšnou kariéru v Gemini. Největší česká síť očních klinik nabízí volné pozice.

[gemini.cz/kariera](https://gemini.cz/kariera)

**je stejný jako žádost o jakékoliv jiné konziliární vyšetření, tj. poukaz na vyšetření/ošetření.** Ošetřujícím lékařem se rozumí ošetřující zdravotnický pracovník, který navrhuje, koordinuje, poskytuje a vyhodnocuje individuální léčebný postup u konkrétního pacienta a koordinuje poskytování dalších zdravotních služeb (viz § 3 odst. 2 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách).

Dále má tuto povinnost též **zaměstnavatel**, pokud má důvodné podezření, že by se u dané osoby mohlo jednat o nemoc z povolání (§ 63 zákona č. 373/2011 Sb.).

Žádost o posouzení suspektní nemoci z povolání lze podat i zpětně.

**Jaké jsou základní podklady a kdo vydává lékařský posudek o nemoci z povolání?**

Uznání nemoci z povolání místně příslušným poskytovatelem obecně vychází z výsledků

**objektivních lékařských vyšetření** potvrzujících diagnózu, včetně stupně závažnosti onemocnění (zejména z kopie zdravotnické dokumentace registrujícího praktického lékaře v rozsahu potřebném k posouzení nemoci včetně údajů o trvání karantény, eventuálně pracovní neschopnosti, z výsledků laboratorních vyšetření na SARS-CoV-2 a z nálezů odborných lékařů týkajících se řešeného onemocnění, včetně rentgenových snímků, pokud byly provedeny). Dále se vychází z **ověření orgánu ochrany veřejného zdraví (krajské hygienické stanice)**, že posuzovaná osoba před vznikem předmětného onemocnění pracovala za podmínek, za nichž nemoc z povolání vzniká.

Pouze **poskytovatelé s povolením Ministerstva zdravotnictví k uznávání nemoci z povolání** (viz také odkaz na stránkách MZ) jsou kompetentní vydávat **lékařské posudky o uznání nemoci z povolání**.

Tyto posudky jsou vydávány do 45 dnů od získání posledního potřebného podkladu k posouzení nemoci z povolání. Lékařský posudek musí být prokazatelně předán posuzované osobě a osobě, již z posudku vznikají povinnosti (tj. zaměstnavateli). Osoba, které z lékařského posudku vznikají práva nebo povinnosti, či posuzovaná osoba mohou v odůvodněných situacích uplatnit návrh na jeho přezkoumání prostřednictvím poskytovatele, který lékařský posudek vydal (§§ 43, 44 a 46 zákona č. 373/2011 Sb.).

**Jaký je stav posuzování a uznávání infekčních nemocí z povolání v České republice?**

Dle údajů z Národního registru nemocí z povolání jsou nemoci přenosné a parazitární dlouhodobě hlášeny nejčastěji u osob poskytujících zdravotní a sociální péči.

Ke konci října 2020 bylo v České republice zahájeno posuzování několika stovek případů

onemocnění covid-19, zejména u pracovníků ve zdravotnictví a v sociálních službách. Při splnění platných pravidel jsou tyto případy postupně uznávány za nemoci z povolání dle kapitoly V seznamu nemocí z povolání.

S ohledem na epidemiologickou situaci a počet nakažených osob poskytujících zdravotní a sociální péči lze očekávat, že se tento počet bude po určitou dobu zvyšovat.

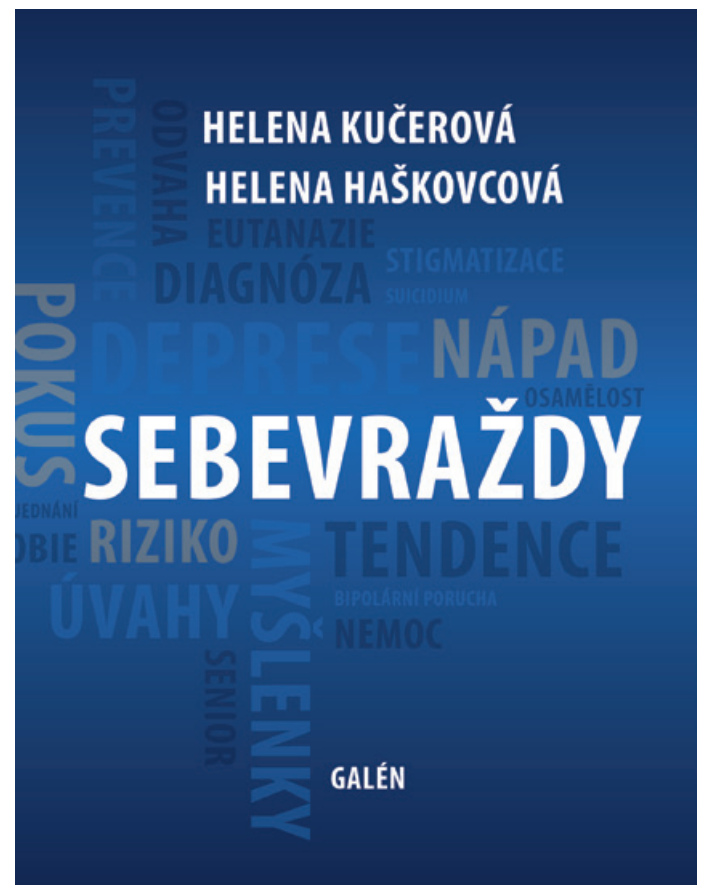
Informace k uznávání onemocnění covidem-19 za nemoc z povolání jsou uveřejněny také na webových stránkách MZ.

11. 11. 2020

Seznam poskytovatelů, kterým bylo uděleno povolení uznávat nemoci z povolání (stav k 10. 12. 2018) najdete na [www.mzcr.cz/seznam-poskytovatelu-kterym-bylo-udeleno-povoleni-uznavat-nemoci-z-povolani/](http://www.mzcr.cz/seznam-poskytovatelu-kterym-bylo-udeleno-povoleni-uznavat-nemoci-z-povolani/)

## Vychází publikace s názvem Sebevraždy

Kniha dvou zkušených autorek Heleny Kučerové a Heleny Haškovcové s názvem Sebevraždy pojednává o široké škále otázek spojených se sebevražděnými aktivitami. Úvodní kapitola z pera prof. PhDr. RNDr. Heleny Haškovcové, CSc., je věnována širším souvislostem sebevražděného jednání z hlediska **filozofie a etiky** včetně asistovaných sebevražd jako jedné z forem eutanazie. Další kapitoly knihy jsou z oboru **psychiatrie**. MUDr. Helena Kučerová v nich rozebírá široké spektrum motivů a rizik sebevražděného jednání, zejména různé formy **depresí**, ale i jiných duševních poruch, životních situací a dalších faktorů. Ze své bohaté praxe H. Kučerová uvádí 15 kazuistik (příběhů pacientů), z nichž velká většina své suicidální jednání přežila. Důležitou součástí knihy jsou také kapitoly o kreativním způsobu života, osobnostním růstu a **resilienci**, které jsou významnou součástí **prevence** sebevražd. Mimořádně aktuální je závěrečná část knihy, která nabízí možnosti řešení stresové zátěže v **koronavirové pandemii**. Kniha je určena psychiatrům a dalším lékařům, psychologům, zdravotním sestřám, studentům těchto oborů, právníkům, pedagogům, policistům a vůbec všem, které tato problematika zajímá. Je psána srozumitelně, čtivě a vyznívá optimisticky. Vydalo nakladatelství Galén, zvýhodněná cena 270 Kč. Více na [www.galen.cz](http://www.galen.cz).



# PŘINÁŠÍME ŘEŠENÍ

## RIZIKA SPOJENÉHO S NEMOCÍ COVID-19



Velice si vážíme Vaší práce, a proto Vám v této těžké době přinášíme řešení problému s **uvalenou karanténou** nebo **přerušením provozu**.

Nově si můžete **v reakci na pandemii Covid-19** u přerušení provozu z důvodu nemoci nebo úrazu dotčené osoby, případně nařízené karantény sjednat vedle volitelné časové spoluúčasti **14, 21, 28 dnů** i **novou spoluúčast v délce 7 dnů**.

Kontaktujte svého garanta spolupráce, u kterého získáte informace i o dalších výhodách produktu.

Garant spolupráce

**Bc. Jan Soukup**

☎ +420 603 488 402

✉ [jsoukup1@koop.cz](mailto:jsoukup1@koop.cz)

[www.koop.cz/clk](http://www.koop.cz/clk)

  
**Kooperativa**  
VIENNA INSURANCE GROUP

Pro život, jaký je



# MUDr. Marie Svatošová pasována 26. Rytířem českého lékařského stavu

**MUDr. Marie Svatošová byla 10. prosince 2020 pasována šestadvacátým Rytířem českého lékařského stavu. Toto ocenění jí předal prezident ČLK MUDr. Milan Kubek. Každoroční slavnostní akt proběhl tentokrát výjimečně a opožděně v sídle České lékařské komory. Původní termín 12. března v prostorách Břevnovského kláštera musel být zrušen s odvoláním na mimořádné opatření Ministerstva zdravotnictví ČR ze dne 10. března 2020, zakazující kvůli epidemii koronaviru veškeré akce s účastí nad sto osob.**

Česká lékařská komora pravidelně oceňuje své nejvýznamnější členy již od roku 1996. Titul Rytíř českého lékařského stavu je každoročně udělován jedné z osobností české medicíny, která výkonem své lékařské praxe či vědeckou činností významným způsobem přispěla k rozvoji medicíny a jež se svým morálním jednáním stala příkladem a vzorem pro své kolegy. Na rozdíl od celé řady dalších existujících ocenění je titul Rytíř lékařského stavu výjimečný tím,

že o jeho udělení rozhodují demokratickým způsobem samotní lékaři, členové naší komory.

V pořadí již 26. členem tohoto elitního klubu se stala MUDr. Marie Svatošová, lékařka, spisovatelka a především zakladatelka a neúnavná propagátorka hospicového hnutí v České republice.

Marie Svatošová, dívčím jménem Maršíková, se narodila 20. listopadu 1942, tedy v čase protektorátu Čechy a Morava, ve ves-

niče Hlavňov u Police nad Metují na Náchodsku. Její tatínek byl učitelem, ale Maruška se již od dětství toužila stát zdravotní sestrou. A dětské přání pomáhat nemocným lidem se jí opravdu splnilo. Vystudovala střední zdravotnickou školu a poté se chtěla stát lékařkou. Kvůli špatnému kádrovému posudku jí to však bylo umožněno až poté, co rok odpracovala jako zdravotní sestra na neurochirurgii v Hradci Králové.



V Hradci Králové posléze lékařskou fakultu vystudovala a po promoci začala pracovat v srpnu 1968 coby čerstvá lékařka na interně v nemocnici v Semilech. V roce 1971 odešla do Prahy, aby nastoupila na interní oddělení nemocnice ve Vysočanech. K tomu nakonec nedošlo. Místo práce v nemocnici jí totiž osud takřkajíc přihrál místo závodní lékařky v továrně Avia.

Vzhledem k tomu, že po svatbě bydlela s manželem v Roztokách u Prahy, stávalo se každodenní dojíždění do Letňan stále obtížnějším. Proto si našla ordinaci na „kulatáku“ v Dejvicích, kde působila několik let. Posléze nastaly problémy s bydlením, a tak přijala nabídku Dopravního podniku Praha a deset let léčila jeho zaměstnance v závodní ordinaci v Podbabě. Tam se sice žádnému z lékařů nechtělo, avšak manželé jako bonus získali podnikový byt v Řepích.

„Při práci praktické, tenkrát obvodní lékařky, si stále více uvědomovala, jak nedostatečná je v socialistickém Československu sociální péče o staré a nemocné lidi, jak nejsou zajištěny podmínky pro důstojné umírání a jak stát nedělá nic pro rodiny, které by chtěly svým nejbližším sloužit a pomáhat až do smrti,“ řekl v laudatii prezident ČLK Milan Kubek. „S existencí hospicového hnutí, o kterém se za totality u nás nemluvalo, se hluboce věřící doktorka Svatošová seznámila již koncem osmdesátých let prostřednictvím samizdatového časopisu Salus. Snaha zajistit trpícím lidem pomoc a důstojné umírání jí doslova nadchla. V dobách reálného socialismu, kdy si stát uzurpoval monopol takřka na vše, tedy i na zdravotní péči a sociální služby, se však na tomto poli v podstatě nedalo nic dělat.“

Bezprostředně po sametové revoluci, tedy jakmile to bylo možné, hned počátkem roku 1990 dala doktorka Svatošová v OÚNZ Praha 6

výpověď. Začala objíždět republiku, přednášet a hledat spolupracovníky. Sama říká, že k tomu „skoku do tmy“ měla dva silné motivy. Kromě již zmíněné pomoci rodinám svých pacientů to byla i možnost špatného pochopení svobody a s tím související hrozba uzákonění beztržnosti eutanazie v naší zemi.

„Zatímco mnozí spoluobčané využívali nabývané svobody k tomu, aby se, často na úkor ostatních, obohacovali, doktorka Svatošová nezištně pomáhala potřebným. Nejprve organizovala domácí péči Katolické charity a v roce 1993 založila občanské sdružení *Ecce homo – Sdružení pro podporu domácí péče a hospicového hnutí*,“ řekl Kubek.

Skutečným přelomem se stal 8. prosinec 1995, kdy se podařilo otevřít první český hospic v Červeném Kostelci nedaleko polských hranic. Šlo skutečně o průlom v péči o nevyčísitelně nemocné a umírající, neboť postupně na mapě naší vlasti díky neúnavné aktivitě doktorky Svatošové přibývají další a další podobná zařízení.

„Díky doktorce Svatošové a jejím nadšeným spolupracovníkům a následovníkům tu dnes máme síť osmnácti lůžkových hospiců, vznikají hospice mobilní a zároveň některé nemocnice vytvářejí vlastní oddělení paliativní péče,“ pokračoval Kubek. „Ambiciózní vize dostupnosti hospicové péče i mimo budovy hospice se tak začíná naplňovat. Doktorka Svatošová několik let pracovala také jako prezidentka Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče a neúnavnou propagátorkou hospicového hnutí v ČR zůstává pořád.“

Doktorka Svatošová je veřejnosti známá rovněž jako spisovatelka, která má na svém kontě bezmála dvacítku knih. Hospicové péči věnovala řadu článků a publikací, k nejznámě-

ším se řadí kniha *Hospice a umění doprovázet* z roku 1995 nebo *Hospice* slovem a obrazem. Populární jsou však i její knížky duchovních úvah vydané v Karmelitánském nakladatelství: *O naději s Marií Svatošovou*, *Něco nad námi musí být*, *Normální je věřit*, *Tykadlem víry*, *Máme proč se radovat* nebo *Bůh mezi hrnci*.

Za svoji nezištnou práci získala doktorka Marie Svatošová několik významných vyznamenání. V roce 2002 to byla z rukou prezidenta Václava Havla medaile Za zásluhy 3. stupně, v roce 2008 Svatováclavská medaile a konečně v roce 2015 medaile Za zásluhy o stát z rukou prezidenta Miloše Zemana.

Moudrost, skromnost, nezištnost a pracovitost spolu s pevnými morálními zásadami zdobí rytíře.

„Vážené kolegyně, vážení kolegové, dámy a pánové, jsem hluboce přesvědčen, že titul Rytířka lékařského stavu náleží MUDr. Marii Svatošové právem,“ uzavřel prezident ČLK svou oslavnou řeč.

(re)

## Rytíři 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.
2000	prof. MUDr. Bohuslav Niederle, DrSc.
2001	prof. MUDr. Zdeněk Mařatka, DrSc.
2002	MUDr. Karel Macháček
2003	doc. MUDr. Zdeněk Ježek, DrSc.
2004	prof. MUDr. Radana Königová, Ph.D.
2005	prof. MUDr. Ota Gregor, DrSc.
2006	prof. MUDr. Ctirad John, DrSc.
2007	prof. MUDr. Ivan Karel, DrSc.
2008	prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
2009	prof. MUDr. Václav Špičák, CSc.
2010	MUDr. Hugo Engelhart
2011	MUDr. Jiří Jedlička
2012	prof. MUDr. Karel Křepela, CSc.
2013	prof. MUDr. Jiří Heřt, DrSc.
2014	prof. MUDr. Roman Čerbák, CSc.
2015	MUDr. Jaroslava Vladyková, DrSc.
2016	prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc.
2018	MUDr. František Koukolík, DrSc.
2019	prof. MUDr. Vladimír Král, CSc.
2020	MUDr. Marie Svatošová



# Velkým problémem hospiců je nedořešená legislativa

Rozhovor s MUDr. Marií Svatošovou, čerstvou Rytírkou českého lékařského stavu

**MUDr. Marie Svatošová, již šestadvacátý nositel titulu Rytíř českého lékařského stavu, je lékařka, spisovatelka, ale významná je především jako zakladatelka a neúnavná propagátorka hospicového hnutí v České republice. Díky ní máme dnes síť osmnácti lůžkových hospiců, vznikají hospice mobilní a zároveň některé nemocnice vytvářejí vlastní oddělení paliativní péče.**

**Začneme historií. Původně měly být hospice (z latinského slova hospicium, tedy útulek) místa pro odpočinek poutníků, kde mohly ženy porodit a nemocní a ranění dostali ošetření. Kdy se změnilo zaměření na místa pro paliativní péči a umírající? Kde a kdy vznikl první hospic tohoto typu?**

Kam až lidská paměť sahá, snaha ulevit

trpícím a umírajícím byla ve světě odjakživa. Odlišné byly, jsou a vždy budou pouze podmínky a možnosti. Milosrdný samaritán ze známého podobenství jinou možnost neměl, tak si vypomohl hostincem. Raněnému v něm péči nejen zajistil, ale i sponzoroval. Česká princezna sv. Anežka už měla možnosti větší, tak založila klášter Na Františku a sama v něm nemocným

sloužila. Tím se snažím říct, že lékařský obor paliativní medicína bývá pokládán za jeden z nejmladších, ve skutečnosti spíše patří k těm nejstarším. Starší je nejspíše jenom porodnictví. Kolébkou moderního hospicového hnutí je Velká Británie, konkrétně Hospic sv. Kryštofa v Sydenhamu v Londýně, založený v roce 1967 doktor-kou Cicely Saundersovou. O něm jsem se

dozvěděla ke konci totality ze samizdatového časopisu Salus v čísle 1/1988. Tehdy přeskočila jiskra...

**U nás se hospice začaly objevovat až po roce 1989. Paní doktorka Marie Opatrná prý tenkrát připravovala zřízení hospice v budově bývalé gynekologie v Rooseveltově ulici v Praze, ale projekt musel být pro nepochopení zrušen. Pak jste začala s vašimi projekty vy. Jak těžké byly tyto začátky?**

Jsou dvě základní formy hospicové péče – lůžková a domácí. Ty se vzájemně doplňují. O snaze doktorky Opatrné získat pro lůžkový hospic budovu gynekologie v Rooseveltově ulici jsem samozřejmě věděla od začátku a držela jí palce. Bohužel to nevyšlo, ale pro mne z toho vyplynulo cenné poučení: jsem-li si jistá, že bojuji za dobrou věc, nesmím se nechat prvním neúspěchem znechutit. Ani desátým ne. Tuhle zásadu opakuji svým spolupracovníkům, dnes už vlastně následovníkům, celých třicet let.

Hned po listopadu 1989 jsem se do práce pustila i já, ale vzala jsem to z opačného konce. Jako praktická lékařka jsem vnímala naléhavou potřebu okamžité pomoci konkrétním rodinám pacientů s infaustní prognózou. V prosinci 1989 jsem proto dala výpověď v OÚNZ Praha 6, nastoupila na ústředí Charity, v ní zaměstnala tři skvělé geriatrické sestry a ve spolupráci se sympatizujícími obvodními lékaři spustila projekt, který bychom dnes nazvali domácí či mobilní hospic. Sestřičky, čerstvé důchodkyně, nám každý měsíc vracely na účet výplatu formou daru a tímto způsobem jsme je zaměstnávali celý první rok. Ovšem stát měl ještě ve zdravotnictví monopol a charita v těch rodinách neměla co pohledávat. Proto jsem požádala tehdejšího ministra zdravotnictví, pana profesora Klennera, o povolení dvouletého experimentu. „Když povolím experiment, musím vám k němu dát i peníze,“ řekl a stalo se – to byla naše první dotace.

V době, kdy projekt v Rooseveltce ztroskotával, už praxe jednoznačně potvrdila, že se bez lůžkových hospiců neobejdeme. Nehledala jsem budovu, ta se dá postavit kdekoliv. Klíčový je personál. Hledala jsem patričně vzdělané zdravotníky, empatické, správně motivované a ochotné sloužit. Jelikož jsem v milionové Praze neuspěla, objížděla jsem s přednáškou křížem kráčem republiku, dokud jsem je nenašla jinde.



Takhle vznikl první český lůžkový hospic v Červeném Kostelci v okrese Náchod. V těchto dnech slaví – kvůli covidu bohužel jen komorně – své 25. narozeniny.

**Dnes už máme v Čechách a na Moravě lůžkových hospiců osmnáct. Jak k tomu došlo, z čeho máte radost a co vám případně ještě dělá starosti?**

Na začátku byla vize, zformulovaná do čtyř bodů: a) začít o umírání a smrti nahlas mluvit a hlavně přemýšlet, b) pomoci vybudovat první český hospic a v něm ukázat, že když se chce, všechno jde, c) zkušenosti z hospice předávat dál (přednášky, semináře, stáže apod.), d) vzdálený cíl – myšlenku hospice prosadit i mimo budovy hospice, všude, kde lidé umírají. I když úplně u cíle ještě nejsme, tyto čtyři body si už odfajfkovat mohou. V celorepublikové síti lůžkových hospiců zbývá jediná díra, v Kraji Vysočina. Lůžková kapacita je dostatečná, ovšem za předpokladu, že na ni bude navazovat přiměřeně hustá síť hospiců domácích. Ta je dosud řídká, zejména na venkově.

**Takže mnohé se podařilo, ale překážkám čelíte neustále.**

Překážkám už teď musejí čelit mladší, ti, kterým jsem veslo ve svých sedmdesáti oficiálně předala. Mne život naučil před překážkami nekapitulovat, chápat je jako výzvu. Moc se nelitovat a naučit se co nejrychleji odpouštět. To je taky hodně důležitě.

Kdybych měla všechny podrazy a křivdy, které se mi kdy staly, neodpuštěné vláčet s sebou celým životem, asi bych nic kloudného neudělala a byla by dnes ze mne zapšklá nesnesitelná baba. Na sklonku života už vidím leccos jinak než dřív. Každá mince má dvě strany. Co mi mělo uškodit, to mi leckdy naopak prospělo. Uvedu příklad: co se mi přihodilo ve čtrnácti letech, jsem vnímala jako nespravedlnost a velkou křivdu. Hlásila jsem se na vysněnou zdravotnickou školu. Soudruh ředitel na základce moji přihlášku z kádrových důvodů stornoval, a když to vyšlo najevo, zdůvodnil to slovy: „Stejně na ni tělesně a duševně nestačíš.“ Totéž se v bleděmodrém opakovalo při přestupu ze střední školy na vysokou. Pár podobných zkušeností mě naučilo nevzdávat se a za dobrou věc vytrvale bojovat, takže ve výsledku mi ty křivdy nebyly ke škodě, ale k užitku.

**Předpokládám, že největším problémem hospiců je nyní financování. Co jiného vás ještě trápí?**

Velkým problémem je nedořešená legislativa. Vzniká-li u zeleného stolu a nebere v úvahu zkušenosti z terénu, skřípe to. A když už nám konečně někdo naslouchá a je ochoten pomoci, přijdou do toho volby a my začínáme vše vysvětlovat znovu. Nebo do toho přijde covid jako letos. Na jaře se už pomoc zdála být na dosah ruky. Pan ministr Adam Vojtěch se přímo na místě přesvědčil,

že podmínky pro poskytování domácí hospicové péče v Krkonoších se velmi liší od podmínek v Praze a velkých aglomeracích a nelze je proto všechny narazit na jedno kopyto. Slíbil rozdíl zohlednit v legislativě, což by skokem zvýšilo dostupnost domácí hospicové péče ve všech venkovských regionech Čech a Moravy. Uskutečnit to bohužel nestihl. Ale jak říkám, já už to na bedrech nemám, mají to mladší. Jsou schopní a houževnatí, věřím, že to nevzdají, i když čas, který je to stojí, by mnohem raději věnovali umírajícím pacientům a jejich rodinám.

**Před lety vydala ČLK doporučení pro přechod z kauzální na paliativní léčbu. Pomohlo vám to nějak? A je pořád ještě problém s tím, že se někdy kauzálně léčí, i když už to není vůbec účinné?**

Určitě to pomohlo, ale ne ve všech případech. Čím dál častěji slyším z hospiců, domácích i lůžkových, že je pacientovi v propouštěcí zprávě výslovně doporučena hospicová péče. Samozřejmě se liší pracoviště od pracoviště, ale některá, zvláště onkologická, už s hospici navázala ve prospěch pacientů velmi hezkou spolupráci. ČLK však hospicům pomohla víckrát. V roce 2011 je doslova zachránila, když jim jisté lobby šlo po krku a vyhrožovalo, že je zlikviduje, pokud v nich budou pracovat lékaři bez atestace z paliativní medicíny. Pomohlo Závazné stanovisko ČLK č. 2/2011. Lékaři z našich hospiců, sdružení v Asociaci poskytovatelů hospicové paliativní péče, se většinou znají osobně, a je-li třeba, navzájem si kolegiálně a zcela nezištně, v rámci svých původních odborností, poskytnou konzultace i konzilia.

**Jak jsme na tom v České republice s přístupem k umírajícím? Co by se mělo nejméně změnit?**

Mohu usuzovat jen z toho, co vidím nebo slyším od pacientů a jejich blízkých. Už to není tak časté, ale stane se, že je umírajícímu odpírána účinná kontinuální léčba bolesti s odůvodněním, že by mohlo dojít k návyku. Určitě se od revoluce změnilo hodně, ale stále je co zlepšovat. Paternalistický přístup, ke kterému ještě byla vychovávána moje generace, nahradil, snad už z větší části, přístup partnerský. Už se tolik nemocným nelze, alespoň pokud jde o pravdu diagnostickou. S pravdou prognostickou to ovšem bývá horší. Někdy jde o tvrzení proti tvrzení. Pacient řekne,

že mu nikdo nic neřekl, zatímco lékař ve zprávě píše, že byl o svém stavu plně informován. Možná byl, ale nestačil to pobrat. S tím je nutno počítat a opravdu se ujistit, že si rozumíme. Hrubou chybou je slibovat nemožné. Poslat pacienta s infaustní prognózou do hospice „na doléčení“ nebo „na rehabilitaci“, nemůže skončit jinak než zklamáním a ztrátou důvěry.

**S tím asi souvisí schopnost mluvit o smrti. Umíme to?**

Je otázka, jestli se to vůbec dá naučit. Jestli se to dá nastudovat z knih. Já bych spíš řekla, že je potřeba k tomu osobnostně dozrát. Nevyjadřujeme se jen slovy, ale i nonverbálně. Nemocný nás bedlivě pozoruje. Z vyhubavého pohledu, který není v souladu s našimi slovy, pozná, že k němu nejsme upřímní. A semínko trýznivé nejistoty je zaseto. Kdo sám není se svou vlastní smrtelností vyrovnaný, raději by se do těchto hovorů neměl pouštět, měl by je svěřit někomu z kolegů. To je výhoda týmové spolupráce.

**Tu a tam vyplouvá na povrch otázka eutanazie. Často s ní přicházejí politici, kteří nemají jiné téma. Jak vidíte tuto otázku vy? Mám pocit, že volání po eutanazii je problémem nezodpovědných politiků a zdravých lidí. Setkáváte se s umírajícími nevléčitelně nemocnými lidmi. Mají zájem o předčasné ukončení života, nebo se snaží bojovat?**

Pacienti vědí, že v hospicích život nikomu nezkracujeme, ani uměle, a na úkor

jeho kvality neprodlužujeme. Stává se, že zejména mladší pacienti, kteří zde zanechávají nezaopatřené děti, bojují o každý další den. Základy dělat neumíme, ale co je v lidských silách, pro ně samozřejmě uděláme. Jsou-li pacienti procesem umírání kvalitně doprovázeni, to znamená, že jsou ošetřeny všechny jejich bolesti – fyzické, psychické, sociální i spirituální – ani je nenapadne o eutanazii uvažovat. Pokud by se toto téma v hospici objevilo, pro všechny by to byl jasný signál, že něco někde není v pořádku. Pak bychom museli spolu s pacientem příčinu hledat a odstranit, nebo aspoň minimalizovat.

Politici, zvláště před volbami, na tématu eutanazie honí body. Problém je však složitější. Mnohokrát jsem na středních a vysokých školách před přednáškou na toto téma rozdala jednoduchý dotazník a zjišťovala, zda jsou studenti pro, nebo proti eutanazii. Téměř všichni byli pro. Po dvouhodinové přednášce, když jsem vysvětlila pojmy, co eutanazie je a co není, a že dnes nikdo nemusí umírat v nesnesitelných bolestech, všichni otočili o 180 stupňů. Zajímalo mě, proč ta změna, a dovidala jsem se: „Chodili jsme za babičkou do LDN, byla počůraná, proležela, dehydrovaná, vypnutý zvonek...“ Bylo mi z toho hodně smutno. Víím, že to není všude, ale stačí jedna negativní zkušenost a mladí zdraví lidé vidí jediné řešení v eutanazii. Jsem přesvědčená, že nepotřebujeme zákon o eutanazii, ale kvalitní a všude dostupnou hospicovou péči. Po staletí platil vztah „lékař – pacient“. Nedopusťme, aby se změnil na vztah „naš zákazník, náš pán“.

**Grémium volitelů vás zvolilo Rytířkou českého lékařského stavu. Co pro vás toto ocenění znamená?**

Znamená pro mne velmi mnoho právě proto, že je od lékařů. V medicíně je měřítkem úspěchu uzdravený pacient. My v hospicích máme naopak radost, když nám pacient „dobře umře“, to znamená nejen bez fyzické bolesti, ale i pokojně, smířen a vděčný za život, který mu byl dán.

Z toho, že se Grémium volitelů rozhodlo moji práci ocenit, usuzuji, že pochopilo, že dobrá medicína se dá dělat nejen na špičkových klinických pracovištích, ale i v hospicích. Toho si moc vážím a velmi ráda to vyřídím svým kolegům a kolegyním, kteří v hospicích obětavě slouží.

**Michal Sojka**







*Internistům za dobrý vnitřní zrak.  
Kardiologům za to, že umí ukázat srdce.  
Ortopedům za rovnou páteř.  
Praktikům za zásluhy bez potlesku.  
Ostatním oborům, které se sem  
nevešly, za velkorysost.  
A vám všem za odvahu  
stát v první linii.*

**Krásné Vánoce**  
a díky za to, že jste.

**Garant spolupráce:**

**Bc. Jan Soukup**  
tel.: 603 488 402  
e-mail: jsoukup1@koop.cz  
www.koop.cz/clk

*Vaše Kooperativa*

# VZP regulace uplatňovat nebude

**Nejenom o změnách tzv. kompenzační vyhlášky, jejíž novela musí zohlednit skutečnost, že se nenaplnil předpoklad bývalého ministra Vojtěcha, že na podzim již žádná další vlna epidemie nepřijde, ale i o potřebě zrušit v tomto atypickém roce regulace, jednal prezident ČLK MUDr. Milan Kubek s ředitelem Všeobecné zdravotní pojišťovny Ing. Zdeňkem Kabátkem hned po jeho opětovném zvolení do funkce dne 9. listopadu správní radou pojišťovny. Zatímco novela úhradové vyhlášky je v kompetenci ministra zdravotnictví docenta Blatného, tak o neuplatňování regulací může při splnění podmínek daných zdravotně pojistným plánem pojišťovny rozhodnout samo její vedení**

VZP regulace uplatňovat nebude a šéf komory Kubek doufá, že její vstřícný postoj napodobí i ostatní zdravotní pojišťovny.

Vážený pane prezidente,

dovolujeme si Vám zaslat informaci o přístupu VZP ČR k regulačním mechanismům pro rok 2020 na léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči.

Vzhledem k tomu, že byly naplněny parametry neuplatnění regulačních mechanismů, to znamená, nebyl překročen zdravotně pojistný plán pojišťovny v regulovaných složkách úhrady, si Vám dovoluujeme oznámit, že **v segmentu všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost i v segmentu ambulantní specializované péče nebude zdravotní pojišťovna za rok 2020 uplatňovat regulační mechanismy na léčivé přípravky, zdravotnické prostředky a vyžádanou péči** vycházející z vyhlášky č. 268/2019 Sb., o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení pro rok 2020 (dále jen



„úhradová vyhláška“) a dále z kompenzačního zákona č. 301/2020 Sb., o kompenzacích osobám poskytujícím hrazené zdravotní služby zohledňujících dopady epidemie onemocnění covid-19 v roce 2020 a z jeho prováděcího předpisu, vyhlášky č. 305/2020 Sb., o stanovení způsobu zahrnutí kompenzace do výše

úhrad za hrazené služby poskytnuté v roce 2020 (dále jen „kompenzační vyhláška“).

Děkujeme Vám a všem Vaším kolegům za spolupráci, přejeme klidný konec roku a těšíme se na další spolupráci a její rozvoj.

S pozdravem **Ing. David Šmehlík, MHA**  
náměstek ředitele VZP ČR pro zdravotní péči

## Členské příspěvky se zvyšovat nebudou

**Výši členského příspěvku, v souladu se stavovským předpisem č. 7, pro příslušný kalendářní rok stanoví zpravidla v předchozím roce sjezd delegátů ČLK. Vzhledem ke skutečnostem, které znemožnily konání sjezdu delegátů komory v tomto roce, zůstává výše členského příspěvku pro jednotlivé kategorie pro rok 2021 ve stejné výši jako v letošním roce.**

Objektivní skutečností, která ovlivnila konání letošního sjezdu delegátů, je zejména vyhlášení nouzového stavu vládou ČR a rovněž nelze opomenout mimořádná opatření MZ ČR, která byla v souvislosti s nepříznivou epidemiologickou situací přijata.

Příspěvek na činnost je splatný vždy k 1. březnu běžného roku. Přehled kategorií a výše členských příspěvků pro rok 2021 je uvedena níže v přehledu.

Pro úplnost je nutno uvést, že výše členských příspěvků na činnost by mohla být změněna pouze rozhodnutím delegátů

SKUPINA	KATEGORIE LÉKAŘŮ	ČÁSTKA
skupina 1	soukromý lékař	3 500
skupina 1	lékař ve vedoucí funkci	3 500
skupina 2	lékař zaměstnanec	2 500
skupina 2	ostatní lékař	2 500
skupina 3a	absolvent neplátcí	0
skupina 3b	absolvent plátcí	1000
skupina 4	nepracující důchodce	500
skupina 5	nedohledatelný lékař	0
skupina 6	mateřská dovolená	0
skupina 7	pozdní vstup do ČLK	10 000

sjezdu, a to jen v případě, že by epidemická situace umožnila konání sjezdu delegátů před 1. 3. 2021. Je to však velmi nepravděpodobné vzhledem k tomu, že představenstvo ČLK pro příští rok doporučilo zachovat členské příspěvky ve výši stanovené pro rok 2020. Samozřejmě je žádoucí sjezd delegátů uspořádat co nejdříve, avšak lze očekávat, že do výše uvedeného data (1. 3. 2021) budou pravděpodobně omezující opatření trvat a že tedy nedojde ani ke změně výše členských příspěvků pro rok 2021.

**Mgr. Daniel Valášek, MBA**, ředitel kanceláře ČLK

# JIŽ NYNÍ JE TŘEBA MYSLET NA BUDOUCNOST

O tom, zda Česká lékařská komora bude mít dost síly hájit zájmy soukromých lékařů v dohodovacím řízení o úhradách zdravotních služeb se rozhoduje již nyní.

- Chcete, aby vaše ekonomické zájmy hájilo nejsilnější sdružení poskytovatelů s profesionálními právníky a ekonomy?
- Jste soukromým lékařem - ambulantním specialistou, gynekologem, praktickým lékařem nebo provozujete vlastní laboratoř či radiodiagnostické pracoviště?



- Chcete se bránit ekonomické zvlí státu a zdravotních pojišťoven, které zneužívají nejednotnost nás lékařů?

Pokud jste alespoň na jednu z těchto otázek odpověděli ANO, pak neváhejte a zašlete plnou moc pro ČLK - o.s., abychom mohli v dohodovacích řízeních hájit také vaše oprávněné zájmy.

Žádáme o vyplnění formuláře plné moci také ty poskytovatele zdravotních služeb, kteří svoji plnou moc ČLK - o.s. udělili již dříve.

✂ zde odstříhnete

## PLNÁ MOC

### Zmocnitel - poskytovatel zdravotních služeb

název: \_\_\_\_\_

sídlo: \_\_\_\_\_

IČ: \_\_\_\_\_ IČZ\*: \_\_\_\_\_

zastoupený: \_\_\_\_\_

### tímto zmocňuje

### Zmocněnce - profesní (zájmové) sdružení poskytovatelů zdravotních služeb:

Českou lékařskou komoru - o.s., Lékařská 2, 150 00 Praha 5  
IČ: 70885117, se sídlem: Praha 5, Lékařská 2, 150 00

#### aby jej jako smluvního poskytovatele zdravotních služeb zastupoval

- v dohodovacím řízení o rámcové smlouvě ve smyslu ust. § 17 odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění
- v dohodovacím řízení o hodnotě bodu, výši úhrad hrazených služeb a regulačních omezeních dle ust. § 17 odst. 5 zákona č. 48/1997 Sb., v platném znění

#### a to za

- skupinu poskytovatelů praktických lékařů a praktických lékařů pro děti a dorost
- skupinu poskytovatelů ambulantních gynekologických služeb
- skupinu poskytovatelů mimolůžkových ambulantních specializovaných služeb, vysokoškolsky vzdělaných pracovníků ve zdravotnictví (zejména klinických psychologů a klinických logopedů) a ortoptistů
- skupinu poskytovatelů mimolůžkových laboratorních a radiodiagnostických služeb

(příslušnou skupinu zmocnitel označuje křížkem)

Zmocněnec je oprávněn zastupovat zájmy zmocnitele v plném rozsahu úkonů, stanoveném pro účastníky dohodovacího řízení zákonem č. 48/1997 Sb.

Zmocněnec je oprávněn ustanovit si za sebe zástupce, a pokud jich ustanoví více, souhlasí s tím, aby každý z nich jednal samostatně v plném rozsahu tohoto zmocnění.

Tato plná moc nabývá účinnosti dnem svého podpisu zmocnitelem a je vyhotovena ve dvou stejnopisech, z nichž jeden si ponechá zmocněnec a druhý zmocnitel.

V \_\_\_\_\_ dne: \_\_\_\_\_

**Pozn.: IČZ** je fakultativní údaj, na jehož základě ČLK - o.s. získává komplexní představu o smluvních poskytovatelích zdravotních služeb, které v rámci dohodovacích řízení reprezentuje. **Nevyplnění tohoto údaje nezakládá neplatnost plné moci.**

\* **IČZ - identifikační číslo poskytovatele zdravotních služeb nebo části poskytovatele zdravotních služeb:** osmimístný číselný kód, číslo přiděluje místně příslušné pracoviště VZP na základě žádosti té zdravotní pojišťovny, která první uzavře smlouvu na poskytování zdravotní péče s daným poskytovatelem.

Zmocnitel (podpis a razítko)

# Neonatolog profesor Straňák obdržel Cenu prezidenta ČLK

**Každoroční udílení Ceny prezidenta ČLK za mimořádný přínos v oblasti celoživotního vzdělávání lékařů proběhlo 26. listopadu v klubové místnosti sídla České lékařské komory. Letošní ocenění převzal profesor MUDr. Zbyněk Straňák, CSc., MBA, který se věnuje pedagogické činnosti na všech stupních vzdělávání lékařů a pracuje pro ČLK na poli vzdělávání více než deset let.**

Profesor MUDr. Zbyněk Straňák, CSc., MBA, (\*1964) se narodil v rodině lékařů (matka dětská nefrologie, otec dětská neurologie). V roce 1989 ukončil studium na 2. LF UK v Praze, po promoci pracoval krátce na DO nemocnice Most a 3 roky na JIP pro novorozence ve VFN Praha. Od roku 1996 je primářem novorozeneckého oddělení Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze. Od roku 1995 se profesor Straňák věnuje pedagogické činnosti na všech stupních vzdělávání lékařů (pregraduální výuka na 3. LF UK, specializační vzdělávání v oboru pediatrie, perinatologie a neonatologie, postgraduální vzdělávání doktorandů v biomedicině a celoživotní vzdělávání lékařů). Je autorem řady mezinárodních publikací, řešitelem grantů (domácí i zahraniční agentury), hlavním řešitelem mezinárodních studií a autorem několika monografií z oblasti neonatologie.

Pan profesor pracuje pro Českou lékařskou komoru více než 10 let, a to velmi intenzivně. Je odborným garantem pro obor neonatologie. Organizuje a realizuje mimořádně oblíbené kurzy z oblasti neonatologie, které vždy přitáhnou velký zájem lékařů. Vytvořil v této oblasti několik e-learningových kurzů a na letošní podzim, vzhledem k omezením v oblasti vzdělávání, velmi pohotově připravil i webinář, o který byl opět velký zájem. Pan profesor je výjimečnou osobností, ve které se snoubí dlouholetá a poctivá klinická zkušenost, vysoká akademická kvalifikace, domácí i mezinárodní uznání i velká lidskost a ochota podílet se na předávání svých znalostí a zkušeností mladším kolegům.

Pan profesor představuje velmi významnou osobnost domácí i světové medicíny, přesto je ochoten podílet se významným způsobem na realizaci celoživotního vzdělávání lékařů pod garancí ČLK.

## **Profesor Straňák stručně o významu celoživotního vzdělávání**

„Při srovnání jednotlivých typů vzdělávání lékařů považují kontinuální celoživotní



Foto: Luboš Vaňdí, TME-Solutions

vzdělávání (CME) za nejdůležitější s ohledem na potřeby pacienta a dynamiku změn v péči o nemocné,“ říká profesor Straňák. „CME je jediným typem vzdělávání, které garantuje kvalitu a dlouhodobou odbornou způsobilost lékařů při poskytování péče po získání specializační způsobilosti. Kvalita

CME přímo ovlivňuje kvalitu zdravotnictví, protože vzdělanost lékařů je prokazatelně faktorem, který rozhoduje o úspěchu nebo neúspěchu poskytované péče.

Systém CME je postaven na jasně definovaných kritériích pro získání Diplomu celoživotního vzdělávání, jenž je nenahra-



### Laureáti Ceny prezidenta ČLK

Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc.  
 Doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc.  
 Prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA  
 Prof. MUDr. Roman Čerbák, CSc.,  
 prof. MUDr. PhDr. Peter G. Fedor-Freybergh, DrSc.  
 MUDr. Štěpánka Čapková  
 Prof. MUDr. Jiří Raboch, DrSc.  
 Prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc.  
 Doc. MUDr. Vlasta Tošnerová, CSc.  
 Prof. RNDr. PhDr. Helena Haškovcová, CSc.  
 Doc. MUDr. Libuše Čeledová, Ph.D.,  
 MUDr. Rostislav Čevela, Ph.D., MBA  
 MUDr. Jiří Valenta  
 MUDr. Anna Zobanová  
 Prof. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc., MBA

ditelný pro výkon práce lékaře. Kreditní systém CME pro získání Diplomu zahrnuje řadu výukových aktivit (včetně samostudia), kde dosažení požadovaných kreditů je relativně snadné. Česká lékařská komora, která je garantem CME, by z mého pohledu měla kritéria pro získání kreditů zpřísnit, zvýšit kontrolní mechanismy pro posuzování odborné kvality jednotlivých akcí a zintenzivnit spolupráci s dalšími vzdělávacími institucemi v oblasti CME (odborné společnosti ČLS JEP,

Institut pro postgraduální vzdělávání lékařů, eventuálně lékařské fakulty).“

Dále říká: „Spolupráce s dalšími subjekty (pod vedením ČLK) může vést k personální optimalizaci (většina lektorů působí ve všech zmíněných institucích), racionální alokaci zdrojů a potencionálně ke zvýšení efektivity vzdělávacího procesu. Další oblastí k zamyšlení je forma vzdělávání, kdy převážně prezenční výuka (semináře, kurzy, kongresy) je zvláště dnes doplňována různými formami

výuky distanční (webináře). Forma vzdělávání, která je stále minoritní, ale velmi atraktivní, je praktická výuka na specializovaném pracovišti daného oboru. Vzhledem k tomu, že pořádám kurzy resuscitace novorozence na našem pracovišti (včetně prohlídky pracoviště a vizity na oddělení), vím, že tato část kurzu patří k nejžádanějším a skutečně originálním. Praktická výuka je velmi efektní, efektivní ale organizačně velmi náročná.“

**prof. Radek Ptáček**

zaměstnanci v naší péči



# Zapálený do plicního?

## EUC Klinika Ostrava hledá plicního lékaře!

Moderní, proklientsky orientovaná ambulantní klinika s velkým pneumologickým pracovištěm (plně vybavená ordinace, řešení spánkové apnoe, kalmetizace, RTG) přijme plicního lékaře. Nabízíme velice zajímavé finanční ohodnocení, rozsah pracovního úvazku dle domluvy, pět týdnů dovolené, studijní volno, podporu profesního růstu a řadu dalších benefitů.

**Kontakt** | ✉ [kariera@euc.cz](mailto:kariera@euc.cz) ☎ 800 400 100 🌐 [www.karieraveuc.cz](http://www.karieraveuc.cz)



# Naděje v medicíně

10. konference Etika a komunikace v medicíně

**Již 10. ročník konference ČLK Etika a komunikace v medicíně s podtitulem „Naděje v medicíně“ se konal 3. prosince 2020 se v prostorách České lékařské komory. Hlavními organizátory byly prof. PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA a doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc. Konferenci moderoval Mgr. Tibor A. Brečka, MBA, LL.M. Konference se konala online za dodržení přísných epidemických opatření. Název konference byl vybrán již v roce 2019 a jak se ukázalo, vzhledem k současné pandemické situaci byl více než příhodný.**

První takováto konference, respektive mezinárodní sympozium, proběhla 29. 11. 2011 v kongresovém centru Nemocnice Na Homolce. Tehdy ještě nikdo nevěděl, že je to začátek nyní již desetileté tradice. Tradicí se také stalo, že ke každé konferenci vychází objemný sborník s příspěvky renomovaných autorů k dané problematice. V rámci přípravy na toto první mezinárodní sympozium vznikla v edici celoživotního vzdělávání ČLK kniha Etika a komunikace v medicíně, která se stala základní rukojetí pro tuto problematiku nejen pro lékaře, ale i pro odborníky z řad jiných profesí, neboť se na jejím vzniku podílelo celkem 44 (!) odborných autorů. Jak se uvádí na přebalu knihy: „Kniha se tak stává naprosto unikátním ‚kultovním‘ moderním mezioborovým dílem v dané oblasti.“

A nejinak tomu bylo i s dalšími knihami, které na základě těchto konferencí vyšly. Dokonce publikace vzešlá z konference Eutanazie – pro a proti došla již svého druhého rozšířeného vydání, a to na podkladě opakování tohoto tématu v roce 2019. Přehled konferencí a publikací uvádíme v tabulce:

Rok	Název	Kniha
2011	Erika a komunikace v medicíně	Erika a komunikace v medicíně
2012 (2019)	Eutanazie – pro a proti	Eutanazie – pro a proti
2013	Lege artis	Lege artis v medicíně
2014	Etické problémy medicíny na prahu 21. století	Etické problémy medicíny na prahu 21. století
2015	Lékař a pacient v moderní medicíně	Lékař a pacient v moderní medicíně
2016	Kontroverze současné medicíny	Kontroverze současné medicíny
2017	Informovaný souhlas	Informovaný souhlas
2018	Můžeme to, co umíme?	Můžeme to, co umíme?
2019	Technologické pokroky v medicíně	Technologické pokroky v medicíně
2020	Naděje v medicíně	Naděje v medicíně

Každé konferenci se zúčastnilo několik set odborníků nejen z České republiky, ale i z dalších zemí. Každá konference opravdu dostala svému cíli a smyslu, každá jasně vy-



tyčila aktuální problematiku a pojmenovala dosavadní znalosti tématu, publikace z těchto konferencí jsou tedy po právu základem vzdělávání a dalšího zkoumání této problematiky. Kromě výše uvedeného se každá konference vyznačovala vysokou odborností a profe-

sionalitou, skvělou organizací a samozřejmě naplněnými požadavky na akreditace nejen v rámci ČLK, ale i České asociace sester (ČAS), Komory vysokoškolsky vzdělaných

odborných pracovníků ve zdravotnictví (KVVOPZ) a Asociace klinických psychologů České republiky (AKP ČR).

I z jubilejní desáté konference vznikl sborník se stejnojmenným názvem Naděje v medicíně. Sborník je výjimečný mimo jiné díky barevné příloze s finalisty výtvarné soutěže na téma právě „naděje v medicíně“. Byly vypsány dvě soutěžní kategorie, dětská a dospělá. Dětské se zúčastnilo více než 1 000 soutěžících a odborná komise se nakonec shodla, že není možné vybrat jednoho jediného vítěze a označila tak za vítěze všechny zúčastněné v dané kategorii. V kategorii dospělých bylo vybírání taktéž velice těžké, ale nakonec se vítězem stala Mgr. Andrea Špišáková s obrazem nazvaným Nádej lieči každú ťažkosť, který je i na obálce knihy.

Suma sumárum, za deset let konání těchto mezinárodních konferencí ji navštívily tisíce odborníků i studentů z různých vědních oborů, vzniklo deset skvělých publikací, ale hlavně se podařilo (a stále daří) tak klíčové téma, jako je etika a komunikace v medicíně, rozšířit napříč různými obory, a tím zefek-

tvítní péči o pacienta (ale i celkovou činnost lékařů a dalších pracovníků ve zdravotnictví) přesně dle starého hesla *Salus aegroti suprema lex!* Děkujeme všem, kteří nám v tomto úsilí byli nápomocni.

Letošní konferenci slavnostně zahájil prof. Ptáček, úvodní slovo pak také pronesl prezident ČLK MUDr. Milan Kubek. Konference byla, jako již tradičně, rozdělena i v rámci online přenosu do dopoledního a odpoledního bloku. Dopolední blok zahájila prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc., se svým příspěvkem Fenomén naděje v životě i nemoci. Následoval ji příspěvek Mgr. et Mgr. Marka Váchy, Ph.D., Naděje – „ještě ne“ pacienta v procesu uzdravování. MUDr. Radkin Honzák, CSc., přednesl svůj příspěvek s názvem Naděje medicíny. Dalším přednášejícím v dopoledním bloku byl i MUDr. František Koukolík, DrSc., jehož příspěvek Medicína 2020: naděje a každodennost, byl plný velice obtížných témat, ale i přesto jej MUDr. Koukolík zakončil alespoň trochu optimisticky, čímž dostal hlavnímu tématu konference – naději. Následoval prof. Ing. Jaroslav Petr, DrSc., s tématem Dvacet let od přečtení lidského genomu. Naplněné, nebo plané naděje?, kde shrnul zkušenosti a naděje, které nám výzkum lidského genomu



přinesl. Poslední přednášející dopoledního bloku byla doc. PhDr. Alena Slezáčková, Ph.D., s příspěvkem s názvem Psychosociální souvislosti naděje v kontextu zdraví i závažného onemocnění: Empirické poznatky a možnosti jejich aplikace v lékařské praxi.

I odpolední blok se samozřejmě nesl ve znamení naděje. Blok zahájil prof. MUDr. Pavel Pafko, DrSc., s příspěvkem Naděje a beznaděje v chirurgii, kde shrnul své bohaté zkušenosti v této oblasti. Následoval prof. MUDr. Vladimír Komárek, DrSc., a MUDr. Barbora Beňová, Ph.D., s pohledem na naději v dětské neurologii O naději v dětské neurologii dříve a nyní. Doc. MUDr. Jarmila Drábková, CSc., nás pak z neurologie přesunula do oblasti akutní péče s příspěvkem Akutní kritický stav a naděje. Mgr. Jaroslav Hořejší se na problematiku naděje v medicíně podíval naopak z pohledu pacienta ve svém příspěvku Naděje v medicíně pohledem pacienta. PhDr. Martin Loučka, Ph.D., nás seznámil s oblastí, kde je naděje velice důležitá, ale také někdy obtížné téma v příspěvku Naděje v paliativní péči. Onkologickou oblast popsala MUDr. Hana Stankušová, CSc., v příspěvku Naděje v medicíně – v oboru onkologie. Za stomatologii velice zajímavě promluvil prezident České stomatologické komory doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc., v příspěvku Naděje jako nástroj stomatologie. Svými mnohaletými zkušenostmi přispěl i prof. MUDr. Eduard Zvěřina, Ph.D., FCMA, v tématu Technologické a etické naděje neurochirurgie. Posledním řečníkem byl z Ústavu státu a práva Akademie věd ČR PhDr. David Černý, Ph.D., s příspěvkem Distribuce naděje v době krize. Konferenci zakončilo vyhlášení výsledků výtvarné soutěže a závěrečné slovo prof. Ptáčka.

Letošní konference opět zdůraznila a podtrhla význam naděje (nejen) v terapeutickém procesu. Naděje je pro člověka důležitá jak v celém jeho životě, tak i ve chvílích, kdy se potýká s nemocemi a obtížemi. A je to pak právě lékař, u nějž onu naději hledá. A ten by ho neměl zklamat. Naděje totiž neznamená jen úspěšné vyléčení, ale rozumnou kvalitu života.

Příští rok je plánováno otevření druhé desítky konferencí Etika a komunikace v medicíně s tématem Důstojnost lidské osoby. Těšíme se na viděnou!

Zde přinášíme krátké ukázky některých příspěvků:

### prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc. Fenomén naděje v životě i nemoci

Jen na první pohled by se mohlo zdát, že ti, kteří onemocněli zcela jednoznačně vyléčitelnou nemocí, nepotřebují naději. Mnohé z nich nemoc zaskočila v mladém nebo středně zralém věku, někteří obtížně zvládají její nepříjemné projevy a bývají netrpěliví. Z těchto důvodů je vhodné nemocného opakovane, i když třeba jen několika větami, povzbuzovat a nabádat k pečlivému dodržování všech poskytnutých odborných rad. Reálnou naději lékaři dobře zvládají a nemají s ní problém. Jen někdy „zapomínají“, že co je jasné jim, nemusí být zřejmé nemocným. Proto je opakované vysvětlování jejich obtíží namísto, stejně jako odpovědi na případné „obyčejné“ dotazy nemocných. Vzhledem k časové tísní lékařů mohou nemocné povzbuzovat také zdravotní sestry, které je ale třeba k takové činnosti cíleně vést.

**VŠEOBECNÝ LÉKAŘ**

**LÉKAŘ,  
KTERÝ  
NA VÁS  
MYSLÍ**

**Hledáte nástupce,  
který převezme Vaši praxi?**

Najdeme pro Vás vhodného lékaře, který naváže na Vaši celoživotní práci. Nebo byste ve své praxi i nadále rádi působili, ale chcete se zbavit jen administrativních starostí?

Společnost Všeobecný lékař, ryze české nestátní akreditované zdravotnické zařízení, Vám nabízí odkup Vaší ordinace VPL a zachování kontinuity kvalitní zdravotní péče o Vaše pacienty.

- V případě zájmu Vás rádi uvítáme v našich řadách, ve své ordinaci tak můžete působit nadále jako náš zaměstnanec v libovolném rozsahu, ale není to podmínkou.
- Veškeré administrativní úkony spojené s převodem praxe vyřídíme za Vás.
- Flexibilní a otevřené jednání české rodinné společnosti.

Rádi Vám o sobě řekneme více!  
Kontaktujte Michalu Šimonovou  
michala.simonova@vseobecnylekar.cz  
tel. +420 608 741 200

[www.vseobecnylekar.cz](http://www.vseobecnylekar.cz)

### Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D. Naděje – „ještě ne“ pacienta v procesu uzdravování

Jsou dva druhy beznaděje, oba křesťanská teologie považuje za hřích, společného mají to, že oba typy předpokládají, že člověk již více není na cestě, že cesta skončila. Prvním je beznaděj ve smyslu, že naplnění života nepřijde, že z onoho „ještě ne“ zůstává pou-



hé a definitivní „ne“, žádná cesta k naplnění neexistuje; v křesťanském smyslu se jedná o popření možnosti vykoupění, dveře jsou zavřeny, nastává stav zavržení, neexistuje žádná možnost odpuštění hříchů. Druhým typem je praesumptio, které konstatuje, že k naplnění již došlo, že se člověk již dostal do cíle, do onoho status comprehensoris. Pravý cíl však je ve skutečnosti stále ještě vpředu. V realitě je poutník stále uprostřed cesty, z „ještě ne“ se ale stalo falešné „již“. Kalendářně dospělý člověk zůstává ve svém neotenním stadiu, v infantilitě, a odmítá dospět psychicky, s představou, že již žádná další stadia vývoje neexistují.

### MUDr. Radkin Honzák, CSc. Naděje medicíny

Další naději vidím v tom, že medicína konečně akceptuje fakt, že emoce jsou primárně tělesné děje, které nastavují organismus směrem k určité aktivitě a že negativní afektivita vyznačující se úzkostností, hostilitou a sklonem k depresím je faktorem nepříznivě ovlivňujícím zdravotní stav (5, 6). Tyto poznatky by měly vést k celostnímu přístupu a přijetí emočních stavů mezi základní faktory sledování a ovlivňování. Největší naději vidím ve výchově lékařů jako osobností, ne jako robotů plnících doporučené pokyny. Téměř před stoletím vyslovil Michael Balint myšlenku, že lékař sám je tím nejvýznamnějším lékem, že by měl znát svoje účinky, i ty negativní, a umět se správně dávkovat. Síla lidské mysli je významná.



### MUDr. František Koukolík, DrSc. Medicína 2020: naděje a každodennost

Důsledky chronického psychosociálního stresu lze pozorovat denně. Příčinami jsou sociální nejistota, život v bídě, prohlubování nepříznivých změn životního prostředí včetně klimatické změny, narušení vztahu rodičů a dětí, školní a pracovní šikana, růst korupce, obtížná vymahatelnost práva, zadluženost, postupy některých exekutorů, činnost narkomafie, migrace, rozpor mezi debilizující propagandou a realitou, tudíž život v postpravdivém a postfaktickém světě (Postpravdivý svět, 2020), některé stránky činnosti korporací investujících do farmak, lékařských přístrojů, nemocnic, tabáku, alkoholu, potravin, masivní zbrojení včetně nukleárního a rostoucí riziko války (SIPRI, 2019; Bulletin of Atomic Scientist, 2020). Nic z toho, teoreticky viděno, není nevyhnutelné, nicméně se to děje a bují. Z čehož plyne úvaha o funkci současného sociálního systému. Medicína, obecněji zdravotnictví jsou jeho součástí, byť se někteří lékaři a vědci cítí výlučně.



### prof. Ing. Jaroslav Petr, DrSc. Dvacet let od přečtení lidského genomu. Naplněné, nebo plané naděje?

Současný úžasný pokrok v genetice, genomice a genovém inženýrství vede veřejnost ke zkreslenému náhledu na význam genomu pro člověka, jeho život a životní hodnoty. Nelze říct, že by byl význam genomu přeceněn. Spíše zůstávají nedoceny vlivy vnějšího prostředí, životním stylem počínaje a výchovou v rodině i ve škole konče. Laická veřejnost může pod vlivem zpráv o úspěších vědy propadnout nebezpečnému a mylnému dojmů, že náš život řídí ve všech jeho aspektech „geny pro...“, tedy monofaktoriální vložky jednoduše determinující naše vlastnosti. Škodlivost těchto mylných představ lidí asi ani nedohlédnou. Zrádné zdaleka není jen spoléhání na „geny chránící před rakovinou“, jejichž existencí se konejší kuřáci. Sociálně nebezpečné jsou i názory, že geneticky silně determinované máme i sociální aspekty života. Že je pro studenta zbytečné, aby se snažil v hodinách fyziky nebo matematiky, protože na tyto obory „prostě nemá buňky“. Že nemá cenu vzdorovat sklonům k obezitě, protože někdo „to má v genech“, nebo že lze omlouvat nevěru, protože to tak má někdo „od přírody dané“. Genom sehraává v našem životě významnou úlohu. Ale není to kniha osudu a my nejsme bezmocní proti tomu, co v něm máme zapsáno. Pokud jsme se něco za dvacet let od hrubého přečtení lidského genomu dozvěděli, pak je to zcela jistě fakt, že navzdory nespornému významu genomu máme svůj život významnou měrou pod kontrolou a je jen na nás, jak s ním naložíme.

Mgr. Tibor A. Brečka, MBA, LL.M.  
prof. PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA



# Nemocnice není věznice

Důležité rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR

**V judikatuře Nejvyššího soudu ČR dosud nebyl řešen případ žaloby pro nedostatečný dozor nad pacientem v lůžkovém zdravotnickém zařízení, který svévolně opustil nemocniční pokoj a posléze v mrazu zemřel. První judikát Nejvyššího soudu ČR byl přijat právě v tomto roce.**



Byla řešena otázka, do jaké míry odpovídá, či neodpovídá personál lůžkového zdravotnického zařízení za pacienta v případě jeho eventuálního vzdálení se z nemocničního pokoje a odchodu z nemocnice, dojde-li přitom k újmě na zdraví nebo úmrtí, které vznikne v důsledku svévolného odchodu z lůžkového zařízení.

**Zdravotnický personál nemůže nepřetržitě kontrolovat, zda je pacient na pokoji či na oddělení. Pacient má být omezován minimálně**

Právní předpisy otázku, jak postupovat v těchto případech, výslovně neřeší. Občanský zákoník stanoví obecnou prevenční povinnost, tedy povinnost snažit se zabránit případné újmě na zdraví nebo škodě na majetku, kterou má každý občan i každá právnická osoba. Právě na údajném porušení této povinnosti stála v daném případě žaloba o náhradu nemajetkové újmy v souvislosti s úmrtím blízké osoby. V některých případech tyto otázky řeší vnitřní předpisy lůžkového zdravotnic-

kého zařízení. Zde je třeba upozornit, aby tyto vnitřní předpisy zbytečně neukládaly lékařům, zdravotním sestřám a dalšímu personálu nereálné povinnosti, které ve skutečnosti při běžném provozu a plnění povinností v souvislosti s poskytováním zdravotní péče nemohou důsledně splnit. Pokud existuje vnitřní předpis, který podrobně a třeba i přísně ukládá v tomto směru určité povinnosti zdravotnickému personálu, je třeba počítat s tím, že bude využit žalobou v případě, že dojde k události uvedené shora. **Zákon a nálezy Ústavního soudu naopak nabádají k minimálnímu omezování pacientů lůžkových zdravotnických zařízení. Na tuto skutečnost, zejména pokud jde o nálezy Ústavního soudu, poukázal v dané kauze i Nejvyšší soud ČR.**

Podle § 28 odstavce 1 zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 Sb., zdravotní služby lze pacientovi poskytnout pouze s jeho svobodným a informovaným souhlasem, nestanoví-li tento zákon jinak.

Podle § 28 odstavce 3 písmene a) téhož zákona má pacient při poskytování zdravotních služeb právo na úctu, důstojné zacházení, na ohleduplnost a respektování soukromí, při poskytování zdravotních služeb v souladu s charakterem poskytovaných zdravotních služeb.

Podle § 28 odstavce 3 písmene k) téhož zákona má pacient právo na poskytování zdravotních služeb v co nejméně omezujícím prostředí, při zajištění kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

Také podle Úmluvy o lidských právech a biomedicině, zejména její preambule a posléze článku 5, svobodná vůle pacienta je rozhodující, je třeba ji respektovat a je nadřazena i zájmu na ochraně života a zdraví pacienta, což vyplývá i z judikatury Ústavního soudu. Také Etický kodex České lékařské komory vyzývá lékaře, aby se oprostili od paternalismu a respektovali pacienta jako člověka, který má právo o sobě rozhodovat a za své rozhodování nese plnou odpovědnost.

**Budeme-li se držet těchto principů, pak těžko můžeme požadovat, aby personál zdravotnického zařízení nepřetržitě kontroloval, zda se některý z běžných pacientů nevzdálil na delší dobu z nemocničního pokoje, případně proč se vzdálil, kde se pohybuje, kdy se vrátí a zda by po něm nemělo být zahájeno pátrání.**

## Existují odůvodněné výjimky

Poněkud jiná situace bude, pokud je pacient buď omezen ve svéprávnosti, nebo sice ve svéprávnosti omezen není (což bývá častější), ale jeho zdravotní stav neumožňuje platné právní jednání. Je například intoxikován, zmaten, nepřiléhavě reaguje a je zřejmé, že jeho zdravotní stav neumožňuje ani informovaný souhlas, ani informovaný nesouhlas. Zákon v těchto případech umožňuje i hospitalizaci bez souhlasu, pokud jde o ohrožení života nebo vážné ohrožení zdraví takového pacienta. Samozřejmě je nutno splnit do 24 hodin povinnost ohlásit hospitalizaci bez souhlasu pacienta soudu. Pokud jde o hospitalizaci, není možný ani zástupný souhlas blízké osoby a není-li souhlas s hospitalizací podepsán pacientem, nezbyvá než hlásit případ soudu. Zástupný souhlas pak mohou osoby určené pacientem nebo blízké osoby určené občanským zákoníkem dát s jednotlivými lékařskými zákroky a s poskytováním zdravotních služeb, není-li pacient sám schopen projevit svůj souhlas, či nesouhlas. Pokud by tedy šlo o pacienta, který vyžaduje z těchto či jiných důvodů zvýšenou pozornost, pak jeho případné nečekané vzdálení z nemocničního pokoje nebo oddělení je třeba řešit. Jde-li však o běžného pacienta, kde k tomu důvod není, pak těžko požadovat, aby personál, který má zcela jiné úkoly, kontroloval, podobně jako ve věznici, zda někdo náhodou „neutekl“ nebo se nedovoleně nevzdálil. Lékařům ani zdravotním sestřám nelze klást za vinu, pokud nezjistili, že pacient se nenachází na nemocničním pokoji, případně ani na oddělení, protože pacient se může volně pohybovat a případné omezení ve volném pohybu jsme

naopak povinni hlásit do 24 hodin soudu a musí pro něj být důvod.

### Postup při svévolném odchodu pacienta z lůžkového zařízení

**Pokud ovšem personál lůžkového zdravotnického zařízení zjistí, že pacient pravděpodobně svévolně opustil zdravotnické zařízení, právní úprava, jak v tomto případě postupovat, zde existuje.** Byla přijata až na naléhání právníků České lékařské komory i některých jiných právníků znajících praxi, protože tehdejší právníci Ministerstva zdravotnictví ČR naopak výslovnou právní úpravu této situace odmítali s tím, že zákon má být obecný a nemá řešit konkrétní situace (argument: „Co bychom pak dělali my právníci, kdyby zákon vše výslovně řešil a v každé situaci popsal, jak je třeba postupovat?“). Právní úprava je obsažena v ustanovení § 45 odstavci 4 zákona o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování č. 372/2011 Sb. a zní takto:

*„Poskytovatel je povinen informovat*

*a) osobu určenou pacientem podle § 33 odstavce 1, není-li takové osoby, nebo není-li dosažitelná, manžela nebo registrovaného partnera, není-li takové osoby, nebo není-li dosažitelná, rodiče, není-li takové osoby, nebo není-li dosažitelná, tak jinou svéprávnou osobu blízkou, je-li mu známa, že pacient svévolně opustil zdravotnické zařízení lůžkové péče,*

*b) Policii ČR, a to v případech, kdy přerušением poskytování zdravotních služeb je vážně ohroženo zdraví, nebo život pacienta, nebo třetích osob.“*

Zdravotnický personál zde má tedy přece jen konkrétní návod, jak v těchto případech postupovat s tím, že eventuální ohlášení takového případu Policii ČR nebo osobě blízké, máme-li o ní údaje ve zdravotnické dokumentaci, nemůže být porušením povinné mlčenlivosti nebo ochrany osobních údajů, protože jde o postup podle zákona.

Nabízí se otázka: *A co když pacient není ohrožen na životě nebo zdraví a svévolně opustil lůžkové zdravotnické zařízení?* Pokud má lékař jistotu, že pacient není ohrožen na životě a zdraví, byť opustil svévolně lůžkové zdravotnické zařízení, stačí poznamenat do zdravotnické dokumentace, kdy bylo opuštění zdravotnického zařízení zjištěno, a další opatření není třeba činit. Pokud však existuje odůvodněná obava, že přerušением poskytování zdravotních služeb je vážně ohroženo zdraví, nebo život pacienta, nebo třetích osob, pak je třeba vždy hlásit případ Policii ČR a učinit záznam do zdravotnické dokumentace

alespoň o služebním čísle policisty, kterému byl případ nahlášen, a jsou-li ve zdravotnické dokumentaci údaje o blízké osobě, pak oznámit tuto skutečnost i blízké osobě pacienta.

**Pokud Policie ČR pacienta vypátrá a dopraví zpět do lůžkového zdravotnického zařízení, jak dále postupovat?** Především bude třeba posoudit, zda pacientův zdravotní stav umožňuje podepsání informovaného nesouhlasu s další hospitalizací, tedy reverzu. Pokud zdravotní stav pacienta umožňuje, aby podepsal platný reverz, a pacient trvá na tom, že nadále nechce být v lůžkovém zdravotnickém zařízení, je možno mu předložit k podpisu příslušný reverz. Pokud jej odmítne podepsat, sepsat jej, jako by to pacient neodmítal, nechat jej podepsat svědkovi a podepsat i sám. Pak lze pacienta propustit, protože není důvod k hospitalizaci proti jeho vůli (samozřejmě nejde-li o případy, kdy jeví známky duševní choroby a ohrožuje sebe nebo své okolí, či intoxikace, nebo nejde-li o povinné léčení, např. z důvodu přenosné nemoci). Pokud pacient není způsobilý k podepsání informovaného nesouhlasu, s ohledem na jeho zdravotní stav rozhodne lékař o detenci, tedy hospitalizaci bez souhlasu pacienta, a případ hlásí do 24 hodin příslušnému soudu v místě sídla zdravotnického zařízení.

### Rozhodnutí Nejvyššího soudu ČR

V případě, který byl posuzován Nejvyšším soudem ČR, došlo k tomu, že pacient, u něhož nebyl žádný důvod ke zvýšenému sledování jeho pohybu, odešel z nemocničního pokoje, nějakou dobu se potuloval po nemocnici, posléze ji opustil a v mrazu venku zemřel. Pozůstalé blízké osoby podaly žalobu o náhradu nemajetkové újmy s ohledem na úmrtí blízkého člověka s tím, že personál nemocnice zanedbal prevenční povinnost: ač zjistil nepřítomnost pacienta v situaci, kdy se měl dostavit k určitému vyšetření a na pokoji se nenacházel, personál nespustil ihned alarm, nehlásil případ Policii ČR ani osobám blízkým a nezahájil pátrání po zmizelém pacientovi. Soud prvního stupně uznal, že personál zdravotnického zařízení porušil svou prevenční povinnost a přiznal blízkým osobám náhradu nemajetkové újmy za úmrtí pacienta. Odvolací soud toto rozhodnutí potvrdil, byť z poněkud jiných důvodů než soud prvního stupně. **Poskytovatel zdravotních služeb podal proti těmto rozhodnutím dovolání k Nejvyššímu soudu ČR, který vydal dne 31. 8. 2020 rozhodnutí pod sp. zn. 25 Cdo 3245/2019, kterým rozhodnutí soudu prvního stupně i odvolacího soudu**

**zrušil.** Odůvodnění tohoto rozhodnutí za situace, kdy konstatoval, že dosud nebylo nikdy v rámci dovolacího řízení Nejvyšším soudem rozhodováno o podobné záležitosti, proto zde byly důvody pro podání dovolání a pro uplatnění judikatury Nejvyššího soudu ČR, znělo takto:

*„Léčebná péče v nemocnicích nezahrnuje jen přímo medicínské postupy, ale je souhrnným označením též pro další imanentní náležitosti hospitalizace, zejména pak pobyt v nemocnici jako takový. Z rozhodovací praxe Ústavního soudu se přitom podává, že je třeba respektovat vůli nemocného a šetřit jeho práva (k tomu například téže vyslovené v usnesení Ústavního soudu ze dne 18. 5. 2001, sp. zn.: IV. ÚS 639/2000, či nálezu Ústavního soudu ze dne 30. 4. 2019, sp. zn.: II. ÚS 2843/2018). Nemůže-li provozovatel nemocnice nikoho nutit k léčbě (tedy ani k pobytu na lůžku či rádnému dostavení se na plánované vyšetření), nejedná-li se o některou ze zákonných výjimek, lze jen stěží požadovat, aby průběžně kontroloval, zda léčbu pacient důsledně dodržuje, případně jej k ní přimět přes jeho vůli, rozhodne-li se vzdát. Prevenční povinnost provázející poskytování zdravotní péče při dobrovolné hospitalizaci by se tak měla vztahovat především k jejímu rádnému zajišťování, nikoliv k doзору nad tím, nakolik se jí dotýčný rozhodne podřídit. Samotné vzdání se z příslušného oddělení pak nemusí automaticky značit riziko újmy na životě či zdraví nemocného, a to ani za chladného počasí; pacient se může pohybovat v budovách nemocnice, může být vyzvednut svým známým, může od něj převzít ošacení apod. Všechny tyto podstatné momenty přitom mohou být pro personál nemocnice, zvláště jedná-li se o rozsáhlejší nemocniční komplex, prakticky nezjistitelné (zdravotníci si jich mohou všimnout toliko mimoděk, permanentní sledování všech pacientů zdravotnickým personálem by v podstatě mohlo paralyzovat chod oddělení a obstruovat náležitě poskytování zdravotní péče). Za stavu, kdy je na daném (neuzavřeném) oddělení, v návaznosti na povahu léčebných diagnóz, běžné, že se plně pohybliví pacienti vzdalují opakovaně ze svých pokojů, například aby se bez doprovodu dostavili na jiná oddělení k vyšetření, ale též aby si zařídili své osobní záležitosti, šli se projít či něco koupit, lze navíc v krátkém časovém horizontu jen těžko rozlišit mezi dočasnou nepřítomností, případně opakovanými nepřítomnostmi,*

*a tím, kdy pacientovo vzdání značí jeho záměr opustit nemocnici. Jinak by bylo samozřejmě nutno dohlížet na osobu, u níž by s ohledem na její aktuální zdravotní stav či průběh léčby mělo být zdravotnickému personálu zřejmé, že její delší absence na oddělení může bezprostředně negativně ovlivnit její zdraví (například kvůli nezbytné aplikaci léčiv), či na osobu jevící známky duševní poruchy, jež může ohrozit sebe či své okolí.“*

*(Zveřejněna jen podstatná část obsahu odůvodnění).*

Na základě zkušeností nejen z tohoto případu lze doporučit:

1. Přiměřeně se zajímat o důvod nepřítomnosti pacienta, například v době vizity nebo v době, kdy u něho má být proveden nějaký zákrok, byť pacient je oprávněn nemocniční pokoj i oddělení opustit.
2. Do vnitřního řádu zdravotnického zařízení lze zakotvit povinnost pacienta například být přítomen při vizitách nebo v určité době, kdy je to třeba, na nemocničním pokoji, případně v době, kdy předem ví, že bude pozván k určitému vyšetření nebo zákroku. Vnitřní řád může v odůvodněných případech přiměřeně omezit práva pacienta.
3. Do předpisu ukládajícího povinnosti zaměstnancům, pakliže takový předpis ve zdravotnickém zařízení existuje a týká se i kontroly pohybu a pobytu pacientů na nemocničních pokojích, pokud možno nezakotvovat nereálné povinnosti pro lékaře a zdravotní sestry, případně další zdravotnický personál, z hlediska sledování pacientů. Sám Nejvyšší soud zde uvádí, že pokud bychom požadovali od zdravotnického personálu, aby kontroloval, zda se někdo z nemocničního pokoje nevzdálil, případně neopustil oddělení, pak by to mohlo obstruovat běžné poskytování zdravotní péče pacientům a paralyzovat činnost oddělení. Nebudme tedy „papežštější než papež“.
4. Znat a aplikovat postup podle § 45 odstavce 4 zákona o zdravotních službách v případě, že je skutečně zjištěno, že pacient svévolně opustil zdravotnické zařízení, a to zejména tehdy, pokud by v té souvislosti přerušением poskytování zdravotních služeb bylo vážně ohroženo jeho zdraví nebo bezpečnost a zdraví třetích osob. Na druhé straně tuto povinnost nelze brát tak, že pacient by mohl být venku přejeto moto-

rovým vozidlem, nebo si zlomit nohu, protože to již nesouvisí s přerušением poskytování zdravotních služeb a za to by poskytovatel zdravotních služeb odpovídat nemohl.

5. Pokud možno si vždy ujasnit případy pacientů, kterým je třeba věnovat zvýšenou pozornost a zvýšený dohled i z hlediska jejich pobytu na nemocničním pokoji a oddělení. Může jít o pacienty s duševní chorobou nebo poruchou, byť nejsou hospitalizováni v psychiatrické nemocnici, může jít o pacienty, u nichž by nepřítomnost na nemocničním pokoji nebo oddělení mohla být důvodem k vážnému zhoršení zdravotního stavu, a samozřejmě též o pacienty nezletilé. Ujasnit si, že tyto pacienti vyžadují přece jen zvýšený dohled, a pokud na nemocničním pokoji budou chybět, je třeba se zajímat, z jakých důvodů tam nejsou a kde se nacházejí.

U ostatních pacientů, kteří nevyžadují zvýšenou pozornost z těchto důvodů, respektovat jejich práva. Mezi tato práva patří i právo na volný pohyb a styk s vnějším světem.

JUDr. Jan Mach, advokát  
ředitel právní kanceláře ČLK

# Senioři a řidičské průkazy

Pokročilý věk sám o sobě není důvodem k nezpůsobilosti řídit motorová vozidla

**Nedávno nás oslovil starší lékař a dlouholetý funkcionář České lékařské komory. Dozvěděl se od praktického lékaře, že snad právník České lékařské komory na nějaké schůzi či školení přednášel, že je lépe ve věku nad sedmdesát let nedávat posudek o způsobilosti k řízení motorových vozidel (tedy paušálně občany ve věku nad 70 let posuzovat jako nezpůsobilé k řízení motorových vozidel) s ohledem na případnou odpovědnost lékaře za vydání nesprávného lékařského posudku.**

Mohu zcela odpovědně ujistit, že nikdo z právníků České lékařské komory nikdy nic takového na žádném školení či semináři nesdě-  
lil, a kdyby to učinil, nemohl by jako právník České lékařské komory působit. Taková výzva je totiž jednoznačně výzvou k nezákonnému jednání a je v hrubém rozporu se zákony a zá-  
kladními právy občanů této republiky.

Zdravotní stav každého uchazeče o potvrzení o způsobilosti k řízení motorových vozidel je posuzující lékař povinen posoudit zcela objektivně a odborně spravedlivě a vydat posudek o nezpůsobilosti k řízení motorových vozidel lze pouze tehdy, jsou-li k tomu konkrétní prokazatelné odborné důvody. Samotný věk

pacienta takovým důvodem není a být nemůže a nesmí. Ze svého okolí vím o případu, kdy 92letý pacient požádal svého lékaře o posouzení způsobilosti řídit motorová vozidla. Lékař velmi správně vyžádal celou řadu odborných vyšetření, jež byla k rozhodnutí o způsobilosti nutná, a když všechna tato odborná vyšetření vyzněla tak, že uchazeč je způsobilý řídit motorová vozidla, přičemž všechna odborná stanoviska měl ve své zdravotnické dokumentaci, s klidným svědomím vydal pacientovi posudek o způsobilosti ve věku 92 let motorové vozidlo řídit. Mohu ujistit všechny praktické lékaře, že **v žádném případě nemůže dojít k tomu, aby, pokud pacient ve vyšším**

**věku způsobí dopravní nehodu, byl lékař automaticky veden k právní odpovědnosti za to, že mu vydal příslušné rozhodnutí. Pokud ze zdravotnické dokumentace nevyplývá jasná a jednoznačná kontraindikace svědčící, že pacient nemůže řídit motorová vozidla a nic, co je uvedeno ve zdravotnické dokumentaci, nesvědčí pro to, aby řízení motorových vozidel nebylo pacientovi umožněno, nemohl by lékař nést žádnou odpovědnost za to, že mu příslušné potvrzení o způsobilosti řídit motorová vozidla vydal.**

JUDr. Jan Mach, advokát  
ředitel právní kanceláře ČLK

# Sto let od narození prof. Ctirada Johna

**Letos uplynulo 100 let od narození prof. MUDr. Ctirada Johna, DrSc., jednoho z nejvýznamnějších představitelů akademické obce 1. lékařské fakulty UK, emeritního přednosty Ústavu lékařské mikrobiologie a imunologie, předního imunologa, a především nezapomenutelného učitele a Rytíře českého lékařského stavu.**

O vědeckých a pedagogických počinech a úspěších prof. Johna bylo už mnoho napsáno. Lze se dočíst: Imunolog prof. Dr. Ctirad John, DrSc., emeritní přednost Ústavu lékařské mikrobiologie a imunologie 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy, člen Učené společnosti České republiky, zakládající člen České lékařské akademie, Rytíř českého lékařského stavu. Po osm let byl členem etické komise Akademie věd České republiky, přes třicet let předsedou redakční rady Acta Universitatis Carolinae Medica. Byl mnohokrát oceněn: Purkyňovou stříbrnou medailí, zlatou plakétou Jana Evangelisty Purkyně, Jubilejní medailí Univerzity Karlovy a řadou dalších poct. Není překvapující, že ctihodný profesor se jako vážená osobnost zapsal do dějin české vědy pracemi, učebnicemi a monografiemi a také jako oblíbený učitel. Život Ctirada Johna byl jedinečný svou mnohotvárností.

V nedávných letech se pustil do otázky, o níž už dávno přemýšlel, o uspořádání myslí akterů lékařského povolání, zkrátka jejich duše. Dvě knižní díla, která inicioval a redigoval, nesou jednoznačný titul O duši medika a O duši lékaře. Autoři příspěvků jsou převážně lékaři k věci nijak zvlášť úkolovaní. Jsou bezděčnými objekty i subjekty. Duše jedince formuje (dobrého) lékaře, nebo (až teprve) medicína ho formuje jako člověka? Závěr se ponechává čtenáři.

Proto se krátce pokusím o pohled na jedinečnost myslí Ctirada Johna. Měl jsem to štěstí, že jsem se před 70 lety stal jeho učedníkem. Čerstvě po maturitě jsem se dva měsíce rozhlížel v laboratoři střešovické nemocnice, kde si on odbýval vojenskou prezenční službu.



Okouzil mě vstřícností a zaujal hovory o všem, nejen o bakteriích, ale překvapivě i o Masarykovi. V roce 1950 téma riskantní. Splnil mé přání, uvedl mě do mikrobiologického ústavu a představil profesoru Patočkoví, který pro mě byl v nedohledných výšinách. Tam mě pak jako patron učil, jak se v laboratoři pracuje, bral mě s sebou na všelijaké konference a za pár let učení a posléze spolupráce jsem již byl jeho tovaryšem a pracoval s ním v jeho nevelké laboratoři. Vyprávěl mi o svých zážitcích, žasnul jsem, co všechno podnikal v mládí v Písku, jak odtud korespondoval s autoritami české kultury, pořádal, hrál i psal divadelní představení. Sto kilometrů mezi Prahou a Pískem byla vzdálenost nezměrně

větší než dnes. Našli jsme k sobě cestu skrze mikrobiologii i společné zájmy o literaturu, divadlo a o vše kolem. Sdíleli jsme obzvláštní lásku – Fráňu Šrámka a Joana Miró. Rozuměli jsme si pak i ve všelijakých taškařicích v ústavu i v tvrdém zlobení pana profesora Patočky, jehož ovšem on byl na fakultě v padesátých letech a dále štítem a pevnou kotvou. Sblížily se i naše rodiny. Stipendijní pobyt v Pasteurově ústavu začátkem šedesátých let znamenal pro Ctirada mohutný impulz. Paříž nasával – Théâtre National Populaire, divadelní velikány George Wilsona, Jeana Vilara, stopy Jean-Paula Sartra, Louise Aragona a především Alberta Camuse i šansoniéry Aznavoura, Becauda, Montanda. V Pasteurově ústavu byl okouzlen pozdějšími nobelisty Monodem, Jacobem a genetikou bakterií, ale především Pierrem Grabarem, u něhož pracoval. O denním životě v jeho laboratoři vyprávěl s pragmatickým čapkovským porozuměním lidem, se kterými tam pracoval. Tehdy se rozhodlo o jeho dalším zaměření. Na imunologii.

Ctirad John podědil mnoho po otci, učiteli, vzdělavateli, nadšeném divadelníkovi, výtvarníkovi, pokrokáři, sumou obdivuhodným občanu jižních Čech, jaké dnešní doba už neumí rodit. Ctirad byl tedy učitel se vším všudy. Jeho přednášky byly oblíbené, civilní, zdobené vytříbeným slohem. Pro imunologii získal studenty, ze kterých se po světě i doma stali význační badatelé.

Jako učitel, přednost ústavu, kolega a recenzent vlídně aplikoval zásadu medicíny „primum non nocere“. Také proto byl vyhledávaným diplomatem při řešení širších pedagogických a vědeckých problémů naší země. Formován svými inherentními láskami z mládí, vědou a divadlem, se stavěl k událostem a problémům jak se střízlivou rozvahou, tak s emocionálním dramatickým apelem.

Po odchodu z aktivního zaměstnání měl Ctirad John čas naplno rozvinout své touhy. Věk poněkud oslabil tělo a zrak, ne však jeho záviděníhodnou neskutečnou paměť na osoby a události. Umocňoval ji trvalou stylistickou virtuozitou. Nadiktoval tři knihy paměti a vzpomínek, jednu v autorské spolupráci a dvě ve spolupráci redigoval. Kdo spoluprožil, o čem psal či znal, shledával, že nevynechal sebemenší detail.

Prof. MUDr. Jiří Schindler, DrSc.

## Odhalení pamětní desky

Z iniciativy starostky obce Čičenice Renaty Regálové se 5. září t. r. uskutečnil slavnostní akt odhalení pamětní desky na rodném domě pana profesora. Po úvodním slavnostním projevu paní starostky zavzpomínal na otce v neformálním proslovu Radek John a poté vystoupil MUDr. Jaroslav Svoboda, aby připomněl význam prof. Johna nejen z hlediska jeho vědeckého přínosu. Slavnostní setkání umocnilo krásné vystoupení ženského pěveckého sboru Regina z Vodňan.

Vedle členů rozvětvené rodiny, dcery prim. MUDr. Štěpánky Čapkové a syna Radka Johna, byli mimo jiné přítomni žáci pana profesora, prof. MUDr. Jiří Schindler, DrSc., prof. MUDr. Michal Anděl, CSc., MUDr. Jaroslav Svoboda a doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc. Českou lékařskou společnost J. E. Purkyně reprezentoval její předseda a přítel p. profesora prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc. (pb)



Představenstvo Krajské zdravotní, a.s.  
vyhlašuje výběrové řízení na obsazení vedoucího pracovního místa

## generálního ředitele

### Kvalifikační a osobní předpoklady uchazečů:

- ukončené vysokoškolské vzdělání v magisterském studijním programu v oboru lékařství, ekonomika nebo právo
- minimálně desetiletá praxe na místě vedoucího zaměstnance
- praxe v řídicí funkci ve zdravotnickém zařízení s akutní lůžkovou péčí minimálně pět let
- praxe v řídicí funkci s kolektivem větším než 100 zaměstnanců minimálně tři roky
- organizační a řídicí schopnosti
- občanská a morální bezúhonnost
- zdravotní způsobilost
- schopnost efektivní komunikace
- schopnost motivovat podřízené
- vysoká úroveň flexibility, rozhodnost, analytické a strategické myšlení
- zkušenosti s projektovým řízením
- schopnost práce v zátěžových situacích, rezistence na stres
- znalost legislativy v oblasti činnosti obchodních společností
- znalost systému ekonomiky zdravotní péče
- znalost postupů zadavatele při zadávání veřejných zakázek
- vítána zkušenost s řízením investičních projektů
- vítána základní znalost alespoň jednoho cizího jazyka (Aj, Nj, Fj)

### Rámcová pracovní náplň:

- plnění úkolů vedoucího zaměstnance
- jednání ve věcech společnosti podle stanov a vnitřních organizačních norem
- zodpovědnost za činnost organizace a její rozvoj v rozsahu daném stanovami a vnitřními organizačními normami
- spolupráce s představenstvem a dozorčí radou společnosti

### Obsah přihlášky:

- název pracovního místa a označení společnosti, v níž má být vedoucí pracovní místo vykonáváno
- ověřené kopie dokladů o nejvyšším dosaženém vzdělání
- strukturovaný profesní životopis s údaji o dosavadních zaměstnáních a praxi, odborných znalostech a dovednostech
- informace o referenčních projektech ve zdravotnictví
- výpis z rejstříku trestů (ne starší než 3 měsíce)
- lékařské potvrzení o zdravotní způsobilosti k výkonu vedoucího pracovního místa
- datum a vlastnoruční podpis uchazeče
- udělení souhlasu společností Krajská zdravotní, a.s., aby za účelem výběrového řízení na obsazení vedoucího pracovního místa generálního ředitele, v souladu s nařízením Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES, zpracovávala osobní údaje v rozsahu, v jakém je uchazeč poskytl
- písemná koncepce organizace řízení a rozvoje zařízení (v rozsahu max. 10 stran formátu A4)

### Doplňující informace:

- součástí výběrového řízení může být i psychologické testování
- předpokládaný nástup do funkce dle vzájemné dohody
- platové podmínky se řídí vnitřními organizačními normami společnosti

### **Vyhlašovatel si vyhrazuje právo zrušit toto výběrové řízení kdykoliv v jeho průběhu.**

- Výběrové řízení bude vedeno formou pohovorů s uchazeči a výběrová komise si vyhrazuje právo zvolit k výběru nejvhodnějšího uchazeče i jiné, pomocné nástroje výběru, například psychologické testy.
- Přihlášky do výběrového řízení s požadovanými přílohami zašlete nebo předejte osobně v bezpečně zalepené obálce označené „VŘ-GŘ KZ - NEOTVÍRAT“ nejpozději do 29. 1. 2021 na adresu:

# Ohlédnutí za významnou osobností oboru anesteziologie a resuscitace

**MUDr. Jan Skácel, CSc., emeritní přednosta KARIM FN Ostrava, zemřel dne 21. září 2020. Byl jedním z lékařů, kteří se zasloužili a celý svůj profesní život zasvětili práci a rozvoji oboru anesteziologie a resuscitace.**

Jan Skácel se narodil 13. listopadu roku 1931 v Olomouci-Chválkovicích do úřednické rodiny. 1. 10. 1951 zahájil studium všeobecného lékařství na Lékařské fakultě Palackého Univerzity v Olomouci. Již v prvním ročníku se stal demonstrátorem na fyziologii u prof. MUDr. Mělky a během svého studia vedl praktika pro studenty nižších ročníků. Od roku 1955 pracoval jako demonstrátor na gynekologicko-porodnické klinice vedené prof. Maršálkem. Povinností demonstrátorů na této klinice byla asistence u operací a podávání anestezie u krátkých gynekologických výkonů. V této době se poprvé dostal do styku s anestezií, která jej, jako nově rozvíjející se obor, zaujala ze všeho nejvíce. Převážně vedl anestezie nejprve u krátkých výkonů a později i u velkých operačních zákroků. Studium ukončil dne 6. 7. 1957 a obdržel titul promovány lékař (prom. lék.) v oboru všeobecného lékařství.

Po promoci měl zájem pracovat na gynekologicko-porodnickém oddělení, nejbližší volná pozice byla v tomto oboru v krajské nemocnici v Ostravě, kam nastoupil 23. 7. 1957. Atestaci v oboru gynekologie a porodnictví získal 20. 4. 1961 a z anestezie a resuscitace 4. 6. 1964. Kandidátskou práci na téma Tišení bolesti za porodu obhájil v roce 1978.

V roce 1970 byla v krajské nemocnici otevřena lůžková část ARO, kde se stal MUDr. Jan



Skácel, CSc, primářem a krajským odborníkem pro anesteziologii. Během let obratně využil podmínek a v osmdesátých letech byla, především díky němu, v kraji naplněna koncepce

oboru AR. Při jeho nástupu do funkce pracovalo v oboru anesteziologie asi 40 lékařů. Jeho spolupracovníky v kraji byli lékaři zvučných jmen, jako prim. dr. Dostál v MÚNZ, prim. dr. Typovská ve Vítkovicích, prim. dr. Juchelka v Havířově a další. Začátkem devadesátých let to bylo již 18 resuscitačních oddělení se 120 lůžky a devět ARO nelůžkových, kde pracovalo 143 lékařů a 301 nelékařských zdravotnických pracovníků. V roce 1988 byla zřízena v krajské nemocnici Klinika anesteziologie a resuscitace ILF (institut lékařů a farmaceutů).

V oboru anesteziologie a resuscitace doktor Skácel svou aktivní činnost ukončil v 75 letech a odpracoval v něm plných 49 let, převážně na operačních sálech a na resuscitačním oddělení.

Ve svém oboru dosáhl skvělých výsledků a v roce 2010 získal ocenění za dlouholetou obětavou činnost pro obor anesteziologie a urgentní medicína. Svou profesi, která tvořila náplň celého jeho života, pak hodnotil slovy: „Práce lékaře je velmi náročná a zodpovědná činnost, je-li prováděna s vědomím, že pomůže trpícímu odstranit bolest a zlepšit jeho zdravotní stav, úspěch v jeho konání mu je odměnou za tuto práci.“

Bylo nám ctí, pane primáři...

**MUDr. Ivana Volfová, Ph.D.**

Listopad 2020

## Vzpomeňte na kamaráda Petra Nováka



Narodil se 25. ledna 1959, byl mým spolužákem a sousedem ve školní lavici od základky po medicínu. Kromě toho, že byl výborný student, miloval hory a lyže, a tak nepřekvapilo, že po medicíně nastoupil na chirurgii v Trutnově. Po atestaci z chirurgie získal i atestaci ze všeobecného lékařství a zakotvil konečně jako praktický lékař ve Špindlerově Mlýně. Na horách byl šťastný, i když bylo období, kdy jej prakticky nepřetržitá přítomnost a služba v ambulanci, kde vlastně i bydlel,

málem zničily. Poslední léta ale byla, myslím, šťastná. Věnoval se svým pacientům ve Špindlu, sloužil na záchrance v Trutnově a Vrchlabí a měl čas i na práci u Horské služby. S manželkou Markétou také přišli do jeho života psi, které Petr miloval. Ještě před rokem jsme si na ledovci v Rakousku plánovali lyžařské akce, ale bohužel všechno je nakonec jinak. Doufám jen, že „tam“ jsou také hory, sníh, sluníčko, pivo a lyže vždy dobře namazané...

**MUDr. David Zítko**



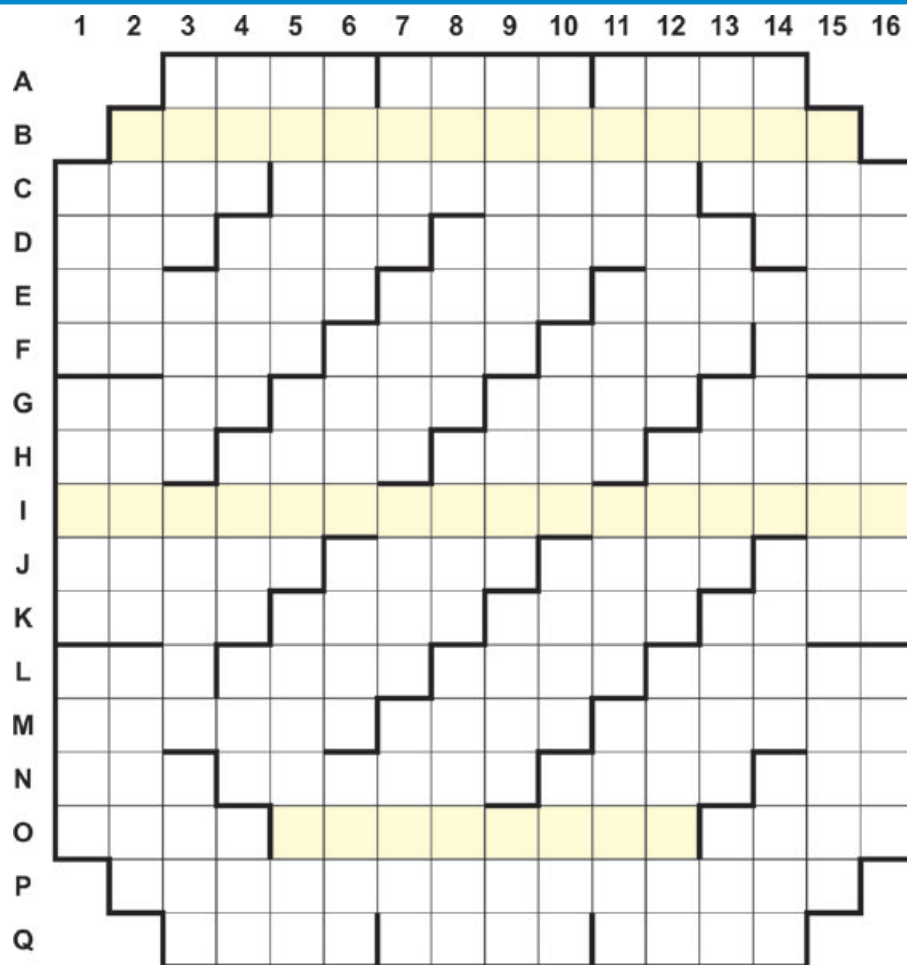








## KŘÍŽOVKA O CENY



Srdce je dutý sval nevábného vzhledu, který – anatomicky vzato – nemá s láskou nic společného. Sestylizováno ... (dokončení citátu, jehož autorem je Jiří Suchý, najdete v tajence).

**VODOROVNĚ:** **A.** Kolo; zaúpění; největší závodní veslice. – **B. 1. díl tajenky.** – **C.** Uctívané bytosti; vykořisťovatel (řídce); asijský stromový savec. – **D.** Kód letiště Rabat; někdejší ruský socialista; chirurgický nástroj; jednotka informace. – **E.** Velmi smyslný člověk; obilnina; nejedovatý had. – **F.** Sekat; osahání; obdiv; anglicky „dub“. – **G.** Povel psovi k lehnutí; jemná mlha; jas; lačnost. – **H.** Anglicky „starý“; radioaktivní prvek; ofouknout; snížení ceny. – **I. 2. díl tajenky.** – **J.** Paznehtník; skutečnost; lis; domácí Izabela. – **K.** Lysí; chlad; evropské moře; slovenská řeka. – **L.** Barvivo na vejčka; český zpěvák; proudy; kontra. – **M.** Odlišné; tenisový dvorec; půlkrejcar. – **N.** Zkratka rasistické organizace; stroje na čištění obilných zrn; nečistota; prkenné stropy (nářečně). – **O.** Letadla; **3. díl tajenky;** plemeno psa. – **P.** Parlamentářka. – **Q.** Rovněž; jihoamerické pohoří; kanadský zpěvák.

**SVISLE:** **1.** Pláč; okruh vlivu; řídicí tyčka vozíku. – **2.** Prospěšný skutek; Rachmaninova opera; pícnina. – **3.** Gymnastické nářadí; úděl; obyvatel části Belgie; bunkr. – **4.** Cizopasně houby; nejjednodušší alkin; týkající se sluchového orgánu; citoslovce štěknutí; španělská chuva. – **5.** Nošením opotřebovat; rozrývat pluhem; dezert. – **6.** Malý plaz; protiklad; plátek jakostního masa; kydání. – **7.** Příměr; hájová bylina; opuštěná; topné zařízení. – **8.** Dehet; podoba; škrabka na pluh; muslimská pokrývka hlavy. – **9.** Nedopalek; svatebčan (nářečně); sosnové lesy; SPZ vozidel Ostravy. – **10.** Zápisník; vejčitá křivka; vojenská úmluva; anglicky „hra“. – **11.** Svazek chraští; konzervovat kouřem; pařížské letiště; ceta. – **12.** Osvěžit vláhou; sklouznout; zdroj. – **13.** Konec šachové partie; fáze Mésíce; ceknutí; velký africký sudokopytník; chuchvalec. – **14.** Orientální kůň; zásah míče před dopadem na zem; čisticí na skla; dámský ručně tvarovaný klobouček. – **15.** Rarity; zpráva; trička. – **16.** Napadení nepřítel; malý cizokrajný savec; avivážní prostředek.

**Pomůcka:** oak, RBA, tla.

## Křížovka o ceny

V tajence křížovky v Tempus medicorum 11/2020 se skrýval citát z knihy Stanislava Komendy *Občané a páni: Jsou chvíle, kdy jediná krajina, o níž se člověk zajímá, je krajina žaludeční. Pokud jde o jídlo, jazyk i paměť má fantazii. Zludek je pouhý nositel následků.*

Knihu *Zpátky do Evropy*, s podtitulem *Ze zákulisí polis-*

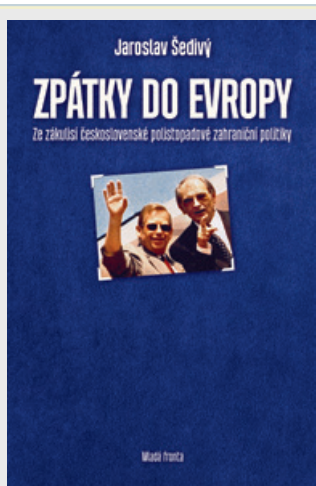
*topadové zahraniční politiky* od Jaroslava Šedivého (viz anotaci) vyhrává deset vylosovaných luštitelů: **Miloslav Doupal**, Krnov; **Miloslava Eliášová**, Litomyšl; **Barbora Ezerová**, Zlín; **Ladislava Holcepllová**, Most; **Monika Kasíková**, Nezvěstice; **Pavel Kopřiva**, Zlaté Hory v Jeseníkách; **Jarmila Minaříková**, Břeclav; **Vladislav Šikora**, Dětmarovice; **Zbyněk Šišlák**,

Zlín; **Jozef Zákopčan, CSc.**, Brno

Na správné řešení tajenky z čísla 12/2020 čekáme na adrese [recepte@clkr.cz](mailto:recepte@clkr.cz) do **6. ledna 2021**.

Holdně štěstí!

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



## Jaroslav Šedivý: Zpátky do Evropy

Třicet let od události roku 1989 se debatuje o nové české politice – hospodářské, bezpečnostní, ale i zahraniční, která tvoří nezbytný rámec vnitropolitického vývoje. V souvislosti s tím se objevují také dezinformace o počátcích polistopadové, tehdy ještě československé diplomacie. Právě to bylo impulzem k opětovnému vydání revidovaného a částečně doplněného textu Černínský palác v roce nula o rozjezdů nové éry naší zahraniční politiky lidmi bez předchozí diplomatické praxe. Nový název knihy připomíná jedno z hlavních hesel sametové revoluce, jež se stalo jmenovatelem aktivit nového osazenstva Černínského paláce – a které dnes, o tři dekady později, kontrastuje se smýšlením části české veřejnosti...

Knihu Jaroslava Šedivého (nar. 1929) je fascinující historií prvních dvou let naší polistopadové zahraniční politiky. Autor na základě osobních zkušeností připomíná velké události této doby, jako bylo vyjednávání o odchodu sovětských okupačních vojsk, či postupné opětovné začleňování Československa do evropských politických a hospodářských struktur, navíc ale dává čtenáři jedinečnou možnost nahlédnout do zákulisí tehdejšího hektického dění a lépe pochopit klíčová rozhodnutí, jež zásadním způsobem předurčila další směřování našeho státu.

Součástí knihy je obrazová příloha tvořená unikátními snímky z archivu autora.

# Prevence a léčba deficiencie vitaminu D

NOVINKA

## Vitamin D<sub>3</sub> Axonia colecalfiferolum

30000 IU  
potahované tablety



30 000 IU vitaminu D<sub>3</sub> v 1 tabletě

7000 IU  
potahované tablety



7 000 IU vitaminu D<sub>3</sub> v 1 tabletě

1000 IU  
potahované tablety



1 000 IU vitaminu D<sub>3</sub> v 1 tabletě

## Pouze na lékařský předpis!

### Zkrácená informace o přípravku:

**Název a složení:** Vitamin D<sub>3</sub> Axonia 30000 IU potahované tablety (colecalfiferolum 750 µg = 30 000 IU vitaminu D<sub>3</sub> v jedné potahované tabletě). Vitamin D<sub>3</sub> Axonia 7000 IU potahované tablety (colecalfiferolum 175 µg = 7 000 IU vitaminu D<sub>3</sub> v jedné potahované tabletě). Vitamin D<sub>3</sub> Axonia 1000 IU potahované tablety (colecalfiferolum 25 µg = 1 000 IU vitaminu D<sub>3</sub> v jedné potahované tabletě). **Indikace:** Léčba deficiencie vitaminu D. Prevence deficiencie vitaminu D u vysoce rizikových pacientů. Adjuvantní léčba osteoporózy. **Farmakodynamické vlastnosti:** Podávání celkové týdenní/měsíční dávky jednou týdně/měsíčně vede díky farmakokinetickým parametrům vitaminu D ke stejnému účinku jako denní podávání. **Dávkování a způsob užívání:** Dávka má být stanovena individuálně na základě nutné míry suplementace vitaminu D a s ohledem na národní požadavky. **Léčba deficitu vitaminu D (počáteční dávka):** 800-4000 IU/denně nebo odpovídající dávka podaná jednou týdně nebo jednou měsíčně. **Prevence deficitu vitaminu D (udržovací léčba):** 800-1600 IU/denně nebo odpovídající dávka podaná jednou týdně nebo jednou měsíčně. **Pacienti s osteoporózou:** maximálně 2000 IU/denně nebo odpovídající dávka podaná jednou týdně nebo jednou měsíčně. Pacientům má být také navíc podáno kalcium, je-li příjem z potravy nedostatečný. Vitamin D<sub>3</sub> Axonia potahované tablety je možné užívat nezávisle na jídle. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou nebo pomocnou látku. Hyperkalcemie. Hyperkalciurie. Kalciová nefrolitiáza, nefrokalcinóza, hypervitaminóza D. Závažná porucha funkce ledvin. **Upozornění:** Dávka má být stanovena individuálně na základě kontrol plazmatických hladin kalcia. Během dlouhodobé léčby mají být monitorovány sérové hladiny kalcia, vylučování kalcia močí a renální funkce. Vitamin D<sub>3</sub> Axonia nemá být užíván při pseudohypoparatyreóze a nemá být podáván dětem mladším 12 let. **Interakce:** Thiazidová diuretika a přípravky s obsahem kalcia ve vysokých dávkách zvyšují riziko hyperkalcemie. Perorální podávání kalcia může zesílit účinky digitalisu a dalších srdečních glykosidů. **Kojení:** Vitamin D<sub>3</sub> Axonia je možné užívat během kojení. Vitamin D a jeho metabolity přecházejí do mateřského mléka. **Nežádoucí účinky:** Méně časté: hyperkalcemie a hyperkalciurie. **Uchovávání:** Uchovávejte v původním obalu při teplotě do 25°C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** AXONIA, a.s., Bydžovská 185, 190 14 Praha 9. **Datum revize textu:** 23. 9. 2020. **Přípravek je vázaný na lékařský předpis a není hrazený z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se seznamte s úplnou informací o přípravku v Souhrnu údajů o přípravku.**