



TEMPUS MEDICORUM

1/2025
ROČNÍK 34

ČASOPIS ČESKÉ LÉKAŘSKÉ KOMORY

DÁLE V TOMTO ČÍSLE:

Vláda se chválí
za plnění programového
prohlášení. Jak jí to jde
ve zdravotnictví:

Plná moc pro ČLK-o.s.

Lékaři na Slovensku
už potřetí podávali
výpovědi

14. konference
Etika a komunikace
s podtitulem
„Bolest v medicíně“

Parvine Gricová
je držitelkou Čestné
medaile ČLK

Komplexní program
prevence obezity dětí
BF24

David Dezort zvládl
ultramaron kolem
Mont Blancu

Policie ČR žádá
gynekology o pomoc

Revize Helsinské deklarace



Rána pro soukromé lékaře

Tak jako každý rok, i letos od ledna platí nová verze seznamu zdravotních výkonů. Ta letošní zohledňuje valorizaci ceny práce nositelů výkonů, kterou prosadila Česká lékařská komora.

Soukromí lékaři, kteří si do svých počítačů nainstalovali aktuální verze programů, na nichž účtují zdravotním pojišťovnám, již jistě zaznamenali podstatnou změnu. U výkonů, které vykazujeme, se výrazně zvýšila jejich bodová hodnota. To je právě výsledek práce lékařské komory.

Vypadá to docela dobře, za stejné výkony více bodů než vloni. Bohužel tento náš úspěch do značné míry likviduje úhradová vyhláška ministra Válka, která snižuje hodnoty bodu. A navíc tak činí diferencovaným způsobem, s čímž bohužel souhlasilo Sdružení ambulantních specialistů, které zůstává po ČLK-o.s. druhým nejsilnějším účastníkem dohodovacího řízení v segmentu ambulantní specializované péče.

Výsledek je krutý. Česká lékařská komora vyjednala zvýšení ceny práce pro všechny poskytovatele zdravotních služeb. Prospěch z toho mohli mít všichni, od praktiků až po nemocnice, avšak ministr Válek rozhodl jinak. Cílem našeho snažení je v první řadě zvyšovat cenu práce lékařů i ostatních zdravotníků, aby poskytovatelé služeb měli z čeho zaplatit důstojné platy a mzdy svým zaměstnancům, aby měli prostředky na investice, aby mohli vytvářet rezervy na řešení nečekaných událostí a aby měli ze svého podnikání přiměřený zisk. Nepožadujeme nic mimořádného, jen dodržování principů platných ve všech ostatních oborech podnikání. Je zvláštní, že vláda, která sama sebe označuje za středopravicovou, toto odmítá respektovat.

Komora sdružuje všechny lékaře a lékařky a při své snaze prosazovat dobré profesní podmínky tak logicky musí vyvažovat oprávněné zájmy všech. Nemůžeme si dovolit asertivně prosazovat zájmy jedné skupiny na úkor ostatních, jak z pohledu své členské základny legitimně a dle objektivních výsledků i úspěšně činí třeba Sdružení praktických lékařů. Proto hledáme to, co spojuje všechny lékaře, nebo alespoň jejich většinu. A právě cena práce je důležitá pro každého z nás.

Zdravotní pojišťovny mají logicky jiné zájmy. Jejich cílem je platit za zdravotní péči co nejméně. Pokud by se ministru Válkovi skutečně podařilo realizovat záměr, který lze shrnout do hesla „všechna moc pojišťovně“, pak bychom měli opravdu problém. Vláda hájí zájmy velkopodnikatelů

a zdravotnických řetězců by pro ně vytvořila prostředí, ve kterém by cestou individuálních dohod s pojišťovnami mohli dumpingovými cenami soukromé lékaře zlikvidovat. To nesmíme připustit. Proto se nyní například snažíme zabránit zrušení výběrových řízení, která předcházejí uzavírání smluv mezi pojišťovnami a ambulantními lékaři. Návrat do džungle „devadesátek“, kdy mohl „jezdit“ jen ten, kdo „mazal“, opravdu není v zájmu soukromých lékařů. Někteří, zejména mladší kolegové, kteří dosud nikdy nemuseli hájit existenci své praxe, bohužel ve své naivitě posilování nekontrolované moci pojišťoven dokonce podporují.

Ze zvýšení ceny práce, které komora prosadila do seznamu zdravotních výkonů, mohli profitovat opravdu všichni. Zejména jsme ale chtěli podpořit ty odbornosti, které jsou tradičně nejvíce podhodnocené (např. ambulantní interna...) a nikoliv náhodou proto také personálně nejvíce zdevastované. Kvůli ministerské vyhlášce bohužel úhrady neporostou a někteří ambulantní specialisté si na úkor diferencované a snižující se hodnotě bodu dokonce pohorší.

Komora chtěla alespoň částečně napravit historické nespravedlnosti, kdy praxe lékařů těch odborností, které nemají možnost provádět přístrojová vyšetření a výkony, doslova živoří. Tento záměr překazila aktivita Sdružení ambulantních specialistů, které prosadilo diferencovanou hodnotu bodu. Jeho vedení zřejmě ty nespravedlnosti vyhovují. Za stejný výkon tak budou lékaři různých odborností znovu placeni různě.

Úhradová vyhláška ministra Válka je vůči soukromým lékařům a malým nemocnicím nepřátelská. Je to tvrdá ekonomická rána zejména pro ambulantní specialisty, kteří patrně v chápání univerzitního profesora Válka tvoří jakýsi zbytečný balast mezi praktickými lékaři a nemocnicemi. Balast, který poskytování zdravotní péče „prodrazuje“.

Komora je již ze zákona tou nejsilnější lékařskou organizací a na rozdíl od různých zájmových sdružení nemá potřebu se vůči někomu vymezovat, a obhajovat tak svoji existenci. Naším úkolem je zájmy lékařů nejenom prosazovat, ale také vyvažovat. Můžeme tedy podporovat veškerá snažení různých zdravotnických organizací, ovšem jen za podmínky, že jejich aktivita nepoškozuje ostatní a že se pro jednu skupinku doktorů nesnaží urvat nějaký prospěch na úkor ostatních. Při respektování tohoto základního pravidla tak jednou podpoříme kolegy v nemocnicích, podruhé soukromé lékaře. V současnosti je našim hlavním úkolem boj o ochranu ohrožených ambulantních specialistů coby představitelů svobodného lékařského stavu.

Milan Kubek

**Úhrady
neporostou
a někteří si
dokonce pohorší**

OBSAH

| | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|
| HELŠINSKÁ DEKLARACE | 3-7 |
| Revize Helsinské deklarace WMA Aktuální text Helsinské deklarace | |
| PLNĚNÍ PROGRAMOVÉHO PROHLÁŠENÍ VLÁDY ČR | 8-12 |
| Sebechvala – v té jsou dobří | |
| PLNÁ MOC PRO ČLK-O.S. | 13 |
| SLOVENSKO | 14-15 |
| Slovensko zažilo výpovědi lékařů už třikrát | |
| ETIKA A KOMUNIKACE | 16-21 |
| Bolest v medicíně | |
| VZDĚLÁVÁNÍ | 21 |
| Bonifikace držitelů diplomu | |
| ČINNOST ČLK | 22 |
| BF24 – komplexní program prevence obezity dětí, část čtvrtá: Finále | |
| ZAJÍMAVÝ KOLEGA | 23-25 |
| Ultramaraton kolem Mont Blancu | |
| ČESTNÁ MEDAILE ČLK | 26 |
| Ocenění obdržela MUDr. Parvine Gricová | |
| DUŠEVNÍ ZDRAVÍ LÉKAŘŮ V ČR | 27-31 |
| Klíč k udržitelné péči o pacienty | |
| PRÁVNÍ PORADNA | 32-33 |
| Informovaný souhlas a předem nepředvídaný potřebný výkon | |
| NAPSALI JSTE | 34 |
| O zdravotnictví, vládě, ministrové, občanech, zdraví a smrti Vzniká orchestr českých a slovenských lékařů | |
| NEKROLOG | 35 |
| Zemřel primář MUDr. Jan Šírek | |
| VÝZVA | 36 |
| Policie ČR se obrací na gynekology o pomoc | |
| SERVIS | 38-43 |
| 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: Dům lékařů, Drahobojlova 27, 190 00 Praha 9
tel. +420 257 215 285, +420 257 216 810, +420 603 116 383
recepte@clkr.cz • www.clkr.cz
Šéfredaktor: MUDr. Milan Kubek
Redakční zpracování: EV public relations, s. r. o., Praha
Odpovědná redaktorka: PhDr. Blanka Rokosová
Přijímá příspěvky: blanka.rokosova@ev-pr.cz
Grafická úprava, sazba: Jan Borovka
Inzerce: inzerce-tempus@clkr.cz, blanka.rokosova@ev-pr.cz
Tisk: SEVEROTISK s.r.o., Mezní 3312/7, 400 11 Ústí nad Labem
www.severotisk.cz
Uzávěrka čísla I: 8. 1. 2025 • Vyšlo: 20. 1. 2025
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 Prepara
Predplatné pro nečleny ČLK 300 Kč/rok (příjímá redakce)
Příspěvky se nemusejí 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.



Pohled do sálu při schvalování Helsinské deklarace v roce 1964

Revize Helsinské deklarace

Na 75. valném shromáždění Světové lékařské asociace (WMA), které se konalo ve finských Helsinkách ve dnech 16.–19. října 2024, byl slavnostním hlasováním završen proces revize Helsinské deklarace.

Helsinská deklarace je klíčovým dokumentem, který definuje etické zásady pro lékařský výzkum zahrnující lidské účastníky. Jednomyslnému přijetí valným shromážděním předcházelo 30 měsíců intenzivní práce pracovní skupiny pod vedením bývalého prezidenta Americké lékařské asociace (AMA) dr. Jacka Resnecka Jr.

Revize, jež reflektuje změny v medicíně i ve společnosti, ke kterým došlo od roku 1964, byla jednomyslně přijata symbolicky právě v Helsinkách, tedy v místě, kde před šedesáti lety spatřil světlo světa původní text.

Aktuální revize Helsinské deklarace z roku

2024 poskytuje zvýšenou ochranu zranitelným skupinám obyvatelstva, přináší větší transparentnost klinických zkoušek a stanoví větší povinnosti pro organizátory a účastníky klinických studií a výzkumu garantovat spravedlnost a rovnost práv v medicínském výzkumu.

Aniž by byly zpochybňovány tradiční historické hodnoty a etické principy, kterými se medicína a biomedicínský výzkum musejí řídit, se lídři světové lékařské komunity shodli na potřebě reagovat na změny ve společnosti a na morální výzvy, které s sebou přináší bouřlivý rozvoj nových technologií.

Milan Kubek

Helsinská deklaráce WMA

Etické zásady pro lékařský výzkum s účastí lidských bytostí

Přijata na 18. valném shromáždění Světové lékařské asociace (WMA), Helsinky, Finsko, červen 1964, a pozměněna na:

29. valném shromáždění WMA, Tokio, Japonsko, říjen 1975

35. valném shromáždění WMA, Benátky, Itálie, říjen 1983

41. valném shromáždění WMA, Hongkong, září 1989

48. valném shromáždění WMA, Somerset West, Jihoafrická republika, říjen 1996

52. valném shromáždění WMA, Edinburgh, Skotsko, říjen 2000

53. valném shromáždění WMA, Washington, USA, říjen 2002

55. valném shromáždění WMA, Tokio, Japonsko, říjen 2004

59. valném shromáždění WMA, Soul, Jižní Korea, říjen 2008

64. valném shromáždění WMA, Fortaleza, Brazílie, 2013

75. valném shromáždění WMA, Helsinky, Finsko, říjen 2024

Preambule

1. Světová lékařská asociace (WMA) předkládá Helsinskou deklaraci jako návod k etickým zásadám lékařského výzkumu zahrnujícího lidské účastníky, včetně výzkumu na identifikovatelném lidském materiálu a datech.

Deklarace tvoří jeden celek a každý paragraf je třeba číst v souvislostech s ostatním relevantním textem.

2. Ač byla Deklarace přijata lékaři, WMA má za to, že jsou principy v ní uvedené platné pro všechny jednotlivce, týmy i organizace zapojené do lékařského výzkumu, neboť jsou základem respektu a ochrany vůči všem účastníkům výzkumu, ať už se jedná o pacienty, či zdravé dobrovolníky.

Všeobecné zásady

3. Ženevská deklarace WMA zavazuje lékaře těmito slovy: „Zdraví mého pacienta je pro mne na prvním místě“ a Mezinárodní kodex lékařské etiky WMA stanovuje: „Lékař se zavazuje mít na prvním místě zdraví a blaho pacienta a při poskytování péče jedná v jeho nejlepším zájmu“.

4. Je povinností lékaře prosazovat a chránit zdraví, blaho a práva pacientů, a to včetně těch, kteří jsou účastníky lékařského výzkumu. Lékařovy znalosti a svědomí musejí být ve shodě s naplňováním této povinnosti.

5. Lékařský pokrok je založen na výzkumu, který nutně zahrnuje i studie na lidských účastnících.

6. Lékařský výzkum podléhá etickým normám, jež prosazují a zajišťují respekt vůči lidským bytostem a chrání jejich zdraví a práva.

I již prověřené postupy by měly být trvale podrobovány hodnocení z hlediska jejich bezpečnosti, účinnosti, přínosu, dostupnosti a kvality.

Vzhledem k tomu, že lékařský výzkum probíhá v kontextu různých strukturálních odlišností, měli by výzkumníci pečlivě zvážit rozložení přínosů, zátěže a rizika.

Smysluplné zapojení potenciálních i registrovaných účastníků a jejich okolí by mělo probíhat v předstihu, v průběhu i po ukončení lékařského výzkumu. Výzkumníci by měli umožnit potenciálním a registrovaným účastníkům a jejich okolí sdílet své priority a hod-

noty; zapojit se do navrhování, realizace a dalších relevantních aktivit výzkumu; a podílet se na šíření výsledků a jejich porozumění.

7. Prvořadým smyslem lékařského výzkumu zahrnujícího lidské bytosti je zjišťovat nové poznatky za účelem porozumění příčinám, rozvoji a následkům onemocnění, vylepšovat preventivní, diagnostické a léčebné zákroky, a především přispívat k lepšímu zdraví jednotlivců i celé společnosti.

Tento cíl však nesmí být nikdy nadřazen nad práva a zájmy účastníků výzkumu.

8. I v případě mimořádných událostí v oblasti veřejného zdraví, kdy mohou být naléhavě zapotřebí nové poznatky a intervence, je nezbytné dodržovat etické zásady uvedené v této Deklaraci.

9. Povinností lékařů, kteří se účastní lékařského výzkumu, je chránit život, zdraví, důstojnost, integritu, autonomii, soukromí a osobní data účastníků výzkumu. Odpovědnost za ochranu účastníků výzkumu leží vždy na lékaři nebo jiném výzkumníkovi, nikdy na účastnících výzkumu, byť dali svůj souhlas k účasti na výzkumu.

10. Lékaři a ostatní výzkumníci musejí brát v potaz etické, právní a regulační normy a standardy výzkumu na lidských účastnících, které platí v zemi či zemích, kde je výzkum iniciován a kde má být prováděn, stejně jako ty, jež platí mezinárodně. Žádná národní ani mezinárodní etická, právní nebo regulační opatření by však neměla zmenšovat či odnímat kterýkoliv druh ochrany zkoumaných účastníků stanovený touto Deklarací.

11. Lékařský výzkum by měl být navržen a veden způsobem, který eliminuje či minimalizuje možnou škodu na životním prostředí a usiluje o ekologickou udržitelnost.

12. Lékařský výzkum na lidských účastnících by měli provádět pouze ti, kteří mají příslušné etické a vědecké vzdělání, trénink a kvalifikaci. Takový výzkum vyžaduje supervizi kompetentním a příslušně kvalifikovaným lékařem nebo jiným výzkumníkem.

Při provádění lékařského výzkumu zahrnujícího lidské účastníky je nezbytná vědecká integrita. Zapojení jednotlivci, týmy a organizace se v rámci výzkumu nikdy nesmějí odchýlit od správného jednání.

13. Skupiny, které nejsou v lékařském výzkumu dostatečně zastoupeny, by měly získat možnost účastnit se v něm.

14. Lékaři, kteří kombinují lékařský výzkum s lékařskou péčí, by měli své pacienty zahrnovat do výzkumu pouze do takové míry, která je pro ně opodstatněná potencionálními preventivními, diagnostickými či terapeutickými výhodami, a tehdy, mají-li dobrý důvod věřit, že účast ve výzkumu neovlivní negativně zdraví těchto zúčastněných pacientů.

15. Těm, kteří byli při účasti ve výzkumu poškozeni, náleží vhodná kompenzace a léčba.

Rizika, zátěže a prospěch

16. V lékařské praxi a výzkumu většina intervencí obsahuje rizika a zátěže.

Lékařský výzkum zahrnující lidské účastníky smí být prováděn pouze tehdy, když význam cíle převažuje nad riziky a nežádoucími účinky pro tyto zúčastněné.

17. Veškerému lékařskému výzkumu, zahrnujícímu lidské účastníky, musí předcházet pečlivé vyhodnocení předvídatelných rizik a zátěží pro zúčastněné jednotlivce i skupiny ve srovnání s předpokládaným prospěchem pro ně i další jednotlivce či skupiny postižené zkoumaným stavem.

Je třeba zavádět opatření vedoucí k minimalizaci zátěže a rizik. Rizika i zátěž musejí výzkumníci trvale monitorovat, vyhodnocovat a dokumentovat.

18. Lékaři ani ostatní výzkumníci by neměli provádět výzkum zahrnující lidské účastníky, pokud si nejsou jisti, že rizika i zátěž byly adekvátně zhodnoceny a lze je uspokojivě zvládnout.

Když lékaři či jiní výzkumníci shledají, že rizika a zátěž převažují nad potenciálními výhodami, nebo že již získali přesvědčivý důkaz o konečných výsledcích, musejí zvážit, zda mají ve výzkumu pokračovat, modifikovat jej či okamžitě zastavit.

Ohrožené skupiny a jednotlivci

19. Někteří jednotlivci, skupiny či komunity jsou coby účastníci výzkumu obzvláště v ohrožení z důvodů, které mohou být trvalé, proměnlivé, či mohou vycházet z aktuální situace, a je u nich vyšší riziko způsobení újmy či poškození. Mají-li tito jednotlivci, skupiny či komunity specifické zdravotní problémy, mohlo by jejich vyloučení z lékařského výzkumu vést k přetrvávání a prohlubování těchto problémů. Proto musejí být možná rizika nezahrnutí těchto jednotlivců, skupin a komunit do výzkumu promyšlena a zvážena vůči možným rizikům jejich zahrnutí. Aby bylo možné všechny ohrožené jednotlivce, skupiny a komunity férově a s odpovědností

zařadit do výzkumu, měla jim být poskytnuta specificky promyšlená ochrana a podpora.

20. Lékařský výzkum na ohrožených jednotlivcích, skupinách či komunitách je opodstatněn jedinec, když se vztahuje k jejich zdravotním potřebám a prioritám, a jednotlivce, skupina či komunita budou mít prospěch z výsledných poznatků, praxe nebo intervencí. Výzkumníci by měli zvláště zranitelné do výzkumu zahrnout jen tehdy, nelze-li výzkum provést na méně zranitelné skupině či komunitě, nebo pokud by jejich nezahrnutí vedlo k přetrvávání a prohlubování jejich obtíží.

Vědecké požadavky a protokol o výzkumu

21. Lékařský výzkum zahrnující lidské účastníky musí být nastaven a prováděn solidně a rigorózně, s vysokou pravděpodobností získání spolehlivých, platných a cenných poznatků při současné eliminaci výzkumného odpadu. Výzkum musí být v souladu se všeobecně přijímanými vědeckými zásadami, musí být založen na důkladné znalosti vědecké literatury a dalších relevantních zdrojích informací a na adekvátních laboratorních pokusech či, kde je to vhodné, na pokusech na zvířatech.

Přitom je nezbytné nepoškodit zvířata používaná při výzkumu.

22. Plán i průběh každé výzkumné studie zahrnující lidské účastníky musí být jasně popsán a zdůvodněn v protokolu o výzkumu.

Protokol by měl obsahovat etické prohlášení a uvádět, jak jsou dodržovány zásady této Deklarace. V protokolu by měly být uvedeny informace týkající se cílů, metod, předpokládaných přínosů a případných rizik a zátěže, kvalifikace výzkumníka, zdrojů financování

Inzerce

ATRAKTIVNÍ NABÍDKA OD ATRAKTIVNÍ LDN HLEDÁME

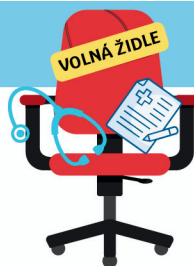


MASARYKOVO
SANATORIUM
DOBŘÍŠ

PRIM. MUDR. TEREZA HORÁLKOVÁ

horalkova.t@medi-help.cz

702 182 429



**ZÁSTUPCE
PRIMÁŘE**



140.000,-

**NÁBOROVÝ
PŘÍPĚVEK 150.000,-**

**+ ODMĚNA ZA SLUŽBY
A DALŠÍ BENEFITY**



✓ **POSKYTUJEME
ZDRAVOTNÍ,
NE SOCIÁLNÍ PEČI**

✓ **JSME KOUSEK
OD PRAHY**

✓ **MOŽNOST
PŘECHODNÉHO
BYDLENÍ ČI
PŘESPÁNÍ**

♥ **I PRÁCE NA LDN JE
ZAJÍMAVÁ A
PESTRÁ**



#sanatorkadobris

www.medi-help.cz



VÍCE INFO

vání, jakéhokoliv potenciálního střetu zájmů, opatření na ochranu soukromí a důvěrnosti, odměn pro účastníky, ustanovení ohledně ošetření a/nebo kompenzace pro účastníky, kteří byli poškozeni v důsledku zapojení do výzkumu, a všechny další relevantní aspekty výzkumu.

U klinických studií se musí v protokolu rovněž popsat vhodná opatření navržená pro období po skončení studie.

Etické komise ve výzkumu

23. Před zahájením výzkumu se musí předložit protokol o výzkumu k posouzení, připomínkování, dohledu a schválení příslušné etické komisi. Tato komise musí fungovat transparentně, musí být nezávislá a musí být schopna odolávat nepatřičnému vlivu ze strany výzkumníka, sponzora či kohokoliv jiného. Komise musí mít dostatek zdrojů pro plnění svých povinností a její členové a pracovníci musejí dohromady disponovat adekvátním vzděláním, výcvikem, kvalifikací a diverzitou, aby byli schopni dostatečně posoudit každý typ výzkumu, kterým se bude komise zabývat.

Komise musí mít dostatečné povědomí o lokálních okolnostech a kontextu a mít ve svých řadách minimálně jednoho zástupce veřejnosti. Musí brát v úvahu etické, právní a regulativní normy a standardy země či zemí, kde má být výzkum prováděn, jakož i příslušné mezinárodní normy a standardy. Nelze však připustit snížení či upuštění od ochrany účastníků výzkumu, jak ji stanovuje tato Deklarace.

Probíhá-li výzkumná spolupráce na mezinárodní úrovni, protokol o výzkumu musí být schválen etickými komisemi jak sponzorské, tak hostitelské země či zemí.

Komise musí mít právo monitorovat, navrhopvat změny, odejmout souhlas či pozastavit probíhající výzkum. V případě požadavku na monitoring musí výzkumník poskytnout informace komisi a/nebo orgánu kompetentnímu ke kontrole dat a bezpečnosti, zejména o vážných nežádoucích účincích. V protokolu by se neměly dělat úpravy bez posouzení a souhlasu komise. Po ukončení výzkumu musejí výzkumníci komisi předložit závěrečnou zprávu, která obsahuje souhrn výsledků a závěry.

Ochrana soukromí a zachování mlčenlivosti

24. K ochraně soukromí účastníků výzkumu a zachování mlčenlivosti o jejich osobních datech je třeba podniknout veškerá preventivní opatření.

Svobodný a informovaný souhlas

25. Svobodný a informovaný souhlas je základním prvkem respektu vůči autonomii jednotlivce. Účast jednotlivců schopných dát informovaný souhlas k účasti v lékařském výzkumu musí být dobrovolná. I když může být vhodné konzultovat se členy rodiny nebo komunitními představiteli, nikdo schopný udělit informovaný souhlas nemůže být do výzkumu zařazen proti své vůli.

26. V lékařském výzkumu se zapojením lidských účastníků schopných dát svůj informovaný souhlas musí být každý potenciální účastník prostým jazykem adekvátně informován o cílech, metodách, předpokládaných přínosech a možných rizicích a zátěži, kvalifikaci výzkumníka, zdrojích financování, možných konfliktech zájmů, opatřeních na ochranu soukromí a důvěrnosti, odměnách pro účastníky, ustanoveních ohledně ošetření a/nebo kompenzace pro účastníky, kteří byli poškozeni v dů-

sledku zapojení do výzkumu, a o všech dalších relevantních aspektech výzkumu.

Potenciální účastník musí být informován, že má právo odmítnout účast ve výzkumu nebo svůj souhlas kdykoliv stáhnout bez represí. Zvláštní pozornost by měla být věnována specifickým informačním a komunikačním potřebám jednotlivých potenciálních účastníků, jakož i způsobům předávání těchto informací.

Poté, co se lékař či jiná příslušně kvalifikovaná osoba ujistí, že potenciální účastník porozuměl podaným informacím, musí bez nátlaku získat informovaný souhlas potenciálního účastníka, a to formálně v papírové či elektronické podobě. Pokud souhlas nemůže být vyjádřen na papíře či elektronicky, nepsaný souhlas musí formálně proběhnout za účasti svědka či svědků a být zdokumentován.

Všichni zkoumaní účastníci lékařského výzkumu by měli mít možnost dostat informace o celkovém výsledku a závěrech výzkumu.

27. Při získávání informovaného souhlasu k účasti ve výzkumu musí být lékař či jiný výzkumník velmi obezřetný, aby vůči němu nebyl potenciální účastník v závislém postavení či nepodléhal jeho nátlaku. Pokud se tak stalo, musí informovaný souhlas získat jiná příslušně kvalifikovaná osoba, která je na daném vztahu zcela nezávislá.

28. Za potenciálního lidského účastníka lékařského výzkumu, který není schopen udělit sám informovaný souhlas, musí lékař nebo jiná kvalifikovaná osoba požadovat souhlas od zákonného zástupce, při současném zohlednění preferencí a hodnot vyjádřených potenciálním účastníkem.

Osoby neschopné udělit svobodný a informovaný souhlas jsou zvláště zranitelné a zasluhují odpovídající ochranná opatření. Kromě ochrany určené pro zvláště zranitelné je navíc tyto osoby možné do výzkumu zapojit pouze tehdy, je-li pravděpodobné, že z toho budou mít osobní prospěch, nebo to pro ně představuje minimální riziko a minimální zátěž.

29. Je-li potenciální účastník výzkumu, považovaný za nezpůsobilého udělit svobodný a informovaný souhlas, přesto schopen rozhodnout o své účasti ve výzkumu, musí si lékař nebo jiná kvalifikovaná osoba vedle souhlasu zákonného zástupce opatřit i toto svolení a zohlednit preference a hodnoty potenciálního účastníka. Nesouhlas potenciálního účastníka by měl být respektován.

30. Výzkum zahrnující lidské účastníky, kteří jsou fyzicky či mentálně neschopni dát svůj souhlas, např. pacienti v bezvědomí, lze provádět pouze tehdy, pokud je právě takový fyzický či mentální stav, zabraňující vyjádření souhlasu, nezbytnou charakteristikou zkoumané skupiny. Za takových okolností musí lékař nebo jiná kvalifikovaná osoba získat informovaný souhlas od zákonného zástupce. Pokud není zákonný zástupce k dispozici a výzkum nelze odložit, může výzkum pokračovat i bez informovaného souhlasu za předpokladu, že specifické důvody pro zahrnutí účastníka ve stavu, který neumožňuje poskytnutí informovaného souhlasu, jsou zaznamenány v protokolu o výzkumu a že byl výzkum schválen etickou komisí.

Svobodný a informovaný souhlas se setrváním ve výzkumu je nezbytné získat od zákonného zástupce nebo samotného účastníka, pokud se mu vrátila schopnost souhlas udělit, co nejdříve.

31. Lékař nebo jiný výzkumník musí potenciálního účastníka úplně informovat o tom, které aspekty péče o něj se vztahují k danému výzkumu. Nesouhlas pacienta s účastí ve výzkumu nebo pacientovo rozhodnutí o odstoupení nesmí nikdy

nepříznivě poznamenat vztah lékař–pacient či úroveň poskytnuté péče.

32. Lékaři či jiné kvalifikované osoby musejí od účastníka výzkumu získat svobodný a informovaný souhlas se sběrem, zpracováním, ukládáním a případným druhotným využitím biologického materiálu a identifikovatelných nebo znovu identifikovatelných dat. Veškerý sběr a ukládání dat a biologického materiálu získaných od účastníků výzkumu za účelem opakovaného a neomezeného použití by měl probíhat v souladu s požadavky uvedenými v tchajpejské deklaraci WMA, a to včetně práv jednotlivců a principů správy. Etické komise musejí schválit založení a kontrolovat využívání takovýchto databází a bank biologického materiálu. V situacích, kdy je nemožné či neproveditelné souhlas získat, lze sekundární výzkum s využitím uložených dat či biologického materiálu provádět pouze na základě posouzení a souhlasu etické komise.

Použití placeba

33. Přínos, rizika, zátěže a efektivita nového zákroku se musejí testovat a porovnávat s prokazatelně nejlepšími současnými postupy s výjimkou těchto okolností:
Pokud neexistuje žádná prověřená intervence, je přípustné použít placebo nebo neléčit;
nebo pokud je z pádných a rozumných vědeckých metodických důvodů proveden jiný než prokazatelně nejlepší zákrok, používá se kontrola placebem či neléčení k posouzení účinku či bezpečnosti zákroku;
a když je účastníkovi proveden jiný než prokazatelně nejlepší zákrok, placebo či neléčení pro něj v důsledku toho nepředstavují další riziko závažné a nezvratné újmy.
Je nezbytné věnovat maximální péči tomu, aby nedocházelo ke zneužívání této možnosti.

Opatření přijímaná po ukončení testování

34. Před zahájením klinického testování musejí sponzoři, výzkumníci, zdravotní systémy a vlády pořádajících zemí přijmout opatření pro období po jeho skončení, které zajistí dostupnost intervence, označené v průběhu testování za prospěšnou a přiměřeně

bezpečnou, všem účastníkům, kteří ji nadále potřebují. Případné výjimky z tohoto požadavku musejí být schváleny etickou komisí. Konkrétní informace o opatřeních po ukončení klinického výzkumu musejí být účastníkům zpřístupněny v průběhu získávání jejich informovaného souhlasu.

Zaregistrování výzkumu a publikování a šíření výsledků

35. Lékařský výzkum zahrnující lidské účastníky musí být zaregistrován ve veřejně přístupné databázi ještě před zapojením prvních účastníků.
36. Výzkumníci, autoři, sponzoři, editoři a vydavatelé jsou eticky vázáni, co se týče publikování a šíření výsledků výzkumu. Výzkumníci mají povinnost zveřejňovat výsledky svého výzkumu na lidských účastnících a jsou zodpovědní za včasnost, úplnost a přesnost svých zpráv. Všechny strany by měly dodržovat přijatá pravidla publikační etiky. Pozitivní, ale i negativní a neprůkazné výsledky se musejí zveřejnit či učinit veřejně přístupnými. Při publikování se musejí uvádět i zdroje financování, institucionální příslušnost a konflikty zájmů. Zprávy o výzkumu, který nebyl v souladu se zásadami této Deklarace, by neměly být přijaty k publikování.

Neověřené zákroky v klinické praxi

37. Je-li ve snaze o navrácení zdraví či zmírnění utrpení u konkrétního pacienta využita neověřená intervence, neboť prověřené možnosti jsou nevhodné či neúčinné, a zapojení do klinických testů není možné, měla by tato být následně předmětem výzkumu zaměřeného na zhodnocení její bezpečnosti a účinnosti. Lékaři zapojení do takovéto intervence musejí v první řadě vyhledat odbornou konzultaci, zvážit možná rizika, zátěž a přínosy a získat informovaný souhlas. Je-li to vhodné, musejí rovněž zaznamenávat a sdílet údaje a vyhnout se kompromitování klinických studií. Tyto intervence nesmějí být nikdy prováděny za účelem obejití ochrany účastníků výzkumu stanovené v této Deklaraci.

Prohlášení: ©2024 World Medical Association. Všechna práva vyhrazena. Všechna práva duševního vlastnictví uvedená v Helsinské deklaraci jsou svěřena Světové lékařské asociaci. WMA udělila JAMA výhradní práva na zveřejnění anglické verze deklarace do 31. prosince 2024.

Inzerce

EUC přijme atestované PNEUMOLOGY

Pro své kliniky v Českých Budějovicích, Brně, Kladně, Ostravě a Plzni

- částečný i plný úvazek
- příspěvek na dovolenou 6 000 Kč
- 25 dní dovolené a 5 dní osobního volna
- možnost ubytování nebo služebního auta
- zázemí a podmínky největšího soukromého poskytovatele ambulantní péče v ČR

Profesionální a lidský přístup uplatňujeme ke klientům i k našim zaměstnancům.



kamila.tepla@euc.cz | +420 799 119 980





Sebechvála – v té jsou dobří

Kabinet vládne skvěle, jen občané si toho nevšimli

Statistika v pojetí propagandistů nemusí odpovídat skutečnosti, má totiž v první řadě budit nadšení. Snad právě proto vláda velkými číslicemi oznamovala, že plní své programové prohlášení z 93 procent. Prohlásil to premiér Petr Fiala na tiskové konferenci svolané ke třem letům jeho vlády. Vládní činitelé se na ní jednohlasně pochválili a tvrdí, že dělají a budou dělat vše pro to, aby se lidem žilo lépe.

Jak je na tom konkrétně oblast zdravotnictví? Jaké byly tři roky ministra Vlastimila Válka, který se navíc v prosinci stal rekordmanem v délce vládního angažmá mezi polistopadovými ministry zdravotnictví, když překonal svého stranického kolegu (TOP-09) Leoše Hegera? Bohužel neznáme metodiku, kterou ministři dospěli k impozantním 93 procentům, ale přesto mám pocit, že Ministerstvo zdravotnictví svými úspěchy skvělou bilanci vládě profesora Fialy spíše kazí.

Vedle míry spokojenosti pacientů s kvalitou a dostupností zdravotní péče a spokojenosti zdravotníků s pracovními podmínkami a profesními možnostmi se jako možné měřítko úspěšnosti práce ministra a celého kabinetu nabízí plnění programového prohlášení, na jehož základě získala vláda důvěru poslanců.

PROGRAMOVÉ PROHLÁŠENÍ VLÁDY ČR leden 2022

Zdravotnictví

Preambule

Podpoříme oblast „veřejného zdraví“ programy na podporu prevence (zejména v oblasti zdravé výživy a pohybových aktivit). Prevence je nejefektivnější přístup, jak předcházet nemocem, zvyšovat kvalitu života a podporovat zdraví našich občanů. Právě podpora této doposud zanedbávané oblasti má za cíl posunout kvalitu zdraví českých seniorů na stejnou úroveň, jaká je ve vyspělých státech Evropské unie.

O významu prevence samozřejmě nikdo nepochybuje. Každý o prevenci hovoří, ale zásadní podpora preventivních programů se nekoná. Například nezáměr ministerstva o propagaci očkování je vskutku zarážející.

Kvalitní a dostupnou zdravotní péči pro všechny bez regionálních rozdílů považujeme za jeden z pilířů moderního a úspěšného státu. K zajištění tohoto cíle je nutné zdravotnímu systému poskytovat nezbytnou podporu ve formě transparentního, předvídatelného a odpovídajícího finančního zajištění. Proto plánujeme jeho financování minimálně ve dvouletém horizontu.

Doktoři nejsou. Statisíce lidí nemají praktického lékaře, děti nemají pediatra. Zubaře, který by pracoval na smlouvu s pojišťovnou, nenajdete a čekací doby na neurgentní vyšetření u ambulantních specialistů již dávno překročily únosnou mez. Ministr Válek je přesto s výsledky své práce spokojen. Hurá, alespoň někdo.

Zdravotnictví potřebuje v první řadě peníze, aby mohli být zdravotníci za svoji odpovědnou, náročnou práci slušně zaplacení. Pokud nezajistíme dobré pracovní, profesní a ekonomické podmínky, nebude práce ve zdravotnictví dostatečně atraktivní. Naše výdaje na zdravotnictví, či chcete-li moderní terminologií investice do zdraví, zůstávají hluboko pod průměrem EU.

Zaměříme se na posílení vzdělávání lékařů, mladých vědců i výzkumníků. Budeme zjednodušovat předatestační přípravu, kontrolovat její kvalitu. Posílíme roli školitelů, která je zcela zásadní.

Slova, slova, slova... Vše zůstává ve stadiu diskusí. Další směřování není vůbec jasné. K dnešnímu datu ani jedna v legislativě ukotvená změna tímto směrem. Návrhy na rozvolnění pracovněprávních vztahů školitelů ke zdravotnickému zařízení, kde vzdělávání probíhá, směřují přesně naopak. Tedy k formalismu a podvodům.

S onemocněním covid-19 se musíme naučit žít. Nebudeme donekonečna omezovat zdravotní péči pro ostatní pacienty. Z covidu-19 se musí stát další závažné onemocnění, které umí zdravotnictví řešit a předcházet závažnému průběhu tohoto virového onemocnění. Během pandemie se jasně ukázalo, že občany matou stanoviska různých „mediálních odborníků“. Proto vytvoříme ve spolupráci s Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně (ČLS JEP) všeobecně respektovanou a srozumitelnou odbornou autoritu, která bude odborná stanoviska formulovat. Inspirací pro nás je německý Kochův institut, který fungoval výtečně nejenom během pandemie. Základem bude ve spolupráci s ČLS JEP do konce ledna 2022 založení Národního institutu pro zvládání pandemie, který bude ve spolupráci s Vědeckou radou MZ odbornou a nezávislou oporou Ministerstva zdravotnictví.

S nemocí covid-19 jsme se museli naučit žít, nic jiného nám ani nezbyvalo. Obrovské množství rizikových pacientů se bohužel stále neočkuje ani proti covidu, ani proti chřipce. Ministra Válka to však evidentně netrápí.

Dle informací z webu ministerstva pan ministr Válek ustavil Národní institut pro zvládání pandemie (NIZP) pod vedením epidemiologa profesora Romana Chlábka. Úkolem institutu je vytvářet odborná doporučení a stanoviska pro Ministerstvo zdravotnictví, kterými se následně zabývá Centrální řídicí tým (ČŘT). ČŘT s NIZP

úže spolupracuje a analyzuje dopady, přínosy a realizovatelnost stanovených doporučení. Ta jsou předkládána ministrům věnujícím se problematice covidu-19, zástupcům krajů a také Ústřednímu krizovému štábu. V institutu zasedají přední vědci a odborníci a scházejí se pravidelně každý týden. Poslední informace o jeho činnosti na stránkách ministerstva je datována 10. 2. 2022. Poté český „Kochův ústav“ patrně přešel do ilegality.

Financování, ekonomika a role zdravotních pojišťoven
Zahájíme diskusi o potřebě a vhodnosti cenové konkurence zdravotních pojišťoven. Zavedeme možnost dobrovolného doplňkového připojištění.

Pokud měli autoři programového prohlášení na mysli to, že by se zdravotní pojišťovny podbízel pojištěncům v tom, která bude vybírat nižší pojistné, pak šlápli vedle. Ve skutečnosti se spíše diskutuje o tom, jak po zrušení dohodovacího řízení a úhradové vyhlášky budou pojišťovny z pozice síly snižovat zdravotnickým zařízením úhrady, aby dumpingovými cenami mohly s politiky provázané zdravotnické řetězce rychleji zlikvidovat soukromé lékaře, kteří nejsou pro politiky zajímaví.

Neplodné diskuse o reformě zdravotnictví trvají třicet let. Řada odborníků (chytráků) si z nic udělala živnost. Ministr zdravotnictví se aktivněji nezapojuje. Takže, kde nic, tu nic. Nesplněno.

Posílíme veřejnou kontrolu nad finančními prostředky na úhradu zdravotní péče. Zavedeme systematické hodnocení nákladů a přínosů nových technologií a vydávání doporučených klinických postupů. Do konce roku 2022 vytvoříme samostatný panel Agentury pro zdravotnický výzkum s cílem vytvářet klinické doporučené postupy. Jejich doporučení bude reflektovat i Přístrojová komise Ministerstva zdravotnictví.



Hodnocení nákladů a přínosů (HTA) funguje u léků, ale tak tomu bylo již dávno předtím, než se profesor Válek stal ministrem. U nových technologií jeho „systematické zavádění“ stále kulhá.

Garanční komisi pro tvorbu klinických doporučených postupů zřídil ministr Vojtěch v roce 2018. Fungovala do té doby, dokud bylo možno čerpat finanční prostředky z fondů EU. Postupně vzniklo asi čtyřicet klinických doporučených postupů (KDP) rozdílné úrovně. Bez odpovědi zůstaly zásadní otázky, zda pojišťovny postup dle KDP vždy proplatí a za jakých podmínek se lékaři mohou od doporučení odchýlit. A od roku 2022 se žádný nový KDP neobjevil.

V únoru 2023 zřídil ministr Válek Národní institut kvality a excelence ve zdravotnictví (NIKEZ) a to za účelem zabezpečení činností souvisejících s řízením národního systému hodnocení kvality a bezpečí zdravotních služeb a jejich nákladové efektivity.

Prosadíme víceleté financování a plánování úhrad zdravotní péče.

Nesplněno.

Budeme pokračovat v implementaci CZ-DRG do úhrad a odstraníme nerovnosti v úhradách i v dalších segmentech.

Nerovnosti v úhradách přetrvávají.

Do konce volebního období prosadíme pravidelnou valorizaci plateb za státní pojištění.

Splněno, bohužel špatně. Pan ministr Válek obětoval v druhém pololetí 2022 celkem 14 miliard korun, které posílala do zdravotnictví ještě minulá vláda prostřednictvím platby za státní pojištění. O dalších šest miliard korun připravil zdravotnictví svým souhlasem se snížením platby v roce 2023.

Pravidelná valorizace platby o inflaci nezajišťuje nic víc, než že by se její nominální hodnota neměla snižovat. Vzhledem k velmi nízké počáteční hodnotě jde jen o poukázku na trvalou chudobu českého zdravotnictví. Pro rok 2025 bude nárůst o 42 korun měsíčně, což je nejméně za posledních deset let. Navíc, pokud by ekonomika rostla a s ní stoupaly i průměrné mzdy, tak platba státu poroste jen polovičním tempem oproti reálným mzdám. Nůžky mezi tím, co platí zaměstnanci a jejich zaměstnavatelé, a tím, co za 2/3 obyvatel odvádí stát, se tak budou stále více rozvírat. To nebyl pro zdravotnictví dobrý obchod. Pan ministr si však za těch 20 miliard zajistil podporu koaliční ODS a své setrvání ve funkci do konce mandátu vlády.

Kvalita a dostupnost zdravotní péče

Učiníme kroky ke zvýšení transparentnosti, zejména k dalšímu rozvoji systematického měření kvality poskytovaných služeb ze strany Kanceláře zdravotních pojišťoven i dalších subjektů.

Poměrně obtížně hodnotitelné. Zdravotní pojišťovny jistě data mají, ale moc je nevyužívají. ÚZIS výsledky svých statistických šetření v podobě důrazných varování předává vládě a ta je vesele ignoruje. Ředitel zmiňované kanceláře zdravotních pojišťoven patrně někomu vadil, a tak byl odvolán. Zohledňování kvality péče v úhradách od zdravotních pojišťoven se nekoná.



Podpoříme sdílení informací mezi poskytovateli a pacienty, tedy urychlený rozvoj digitalizace českého zdravotnictví a propojení systémů jednotlivých zdravotnických zařízení.

Tak jako prevence, kvalita, tak i digitalizace tvoří nedílnou součást soudobého politicko-propagandistického slovníku. Propagandě navzdory však digitalizace ve zdravotnictví vážně a pan ministr Válek spouštění připravovaných projektů mazaně odkládá až na rok 2026, kdy s největší pravděpodobností plody práce jeho úřadu budou sklízet již jiní politici. Patrně nechce skončit jako piráti se stavebním řízením.

Úspěchem je propojení dat resortu práce a sociálních věcí se zdravotnictvím, ze kterého může v první řadě těžit ÚZIS.

Evropská směrnice o sdílení zdravotnické dokumentace (EHDS) bude vyžadovat vysokou míru digitalizace, která v českém zdravotnictví vážně. Stát nám nedokázal zajistit ani jednotný identifikátor, kterým bychom se mohli přihlašovat do různých datových systémů, aniž bychom museli platit za neustálé obnovování komerčním firmám. Zatímco do nemocnic (zejména těch fakultních) tečou stovky milionů z evropských fondů, tak v případě soukromých lékařů si ministerstvo vystačí s opakovaným tvrzením, že digitalizace nepřináší a nebude přinášet žádné finanční náklady. To je lež.

Budeme přísně kontrolovat realizaci odpovědnosti pojišťoven za tvorbu sítě zdravotnických kapacit a její rovnoměrnou distribuci včetně lékařské pohotovostní služby. Ve spolupráci s pojišťovnami vytvoříme systém monitoringu a správy čekací

doby na plánované zákroky a plánovaná vyšetření. Zavedeme elektronické monitorování volných kapacit pro možnosti registrace u některých specializací lékařů (praktický, zubní, ženský, dětský).

Ministerstvo přehazuje zodpovědnost za zajišťování LPS z krajů na zdravotní pojišťovny. Pro pacienty se k lepšímu nezměnilo nic. Důkazem jsou zoufalé pokusy regionálních politiků zajišťovat „lékaře na telefonu“.

Ministerstvo navrhuje zrušení výběrových řízení před uzavřením smluv s poskytovateli ambulantních služeb. Jedná se o prokorupční změnu směřující k netransparentnímu rozhodování pojišťoven. ČLK nesouhlasí.

Elektronické monitorování volných kapacit je chiméra nemající nic společného s realitou. O ničem takovém nevíme a nevíme bohužel ani o žádných volných kapacitách. Dostupnost ambulantní lékařské péče se zkrátka zhoršuje.

Zavedeme pravidelné reportování důležitých dat přímo řízených organizací MZ a systematický controlling pomocí elektronických nástrojů – vyhodnocování výsledků s jasným dopadem do praxe.

Touto složitou větou nám chtěl pan ministr patrně sdělit, že jím vedené ministerstvo začne konečně plnit své povinnosti a bude tzv. přímo řízené nemocnice opravdu řídit. Aleluja!

Zavedeme personální, investiční a provozní benchmarking přímo řízených organizací.

Proboha, co to znamená?

Podnikneme kroky ke sjednocení stížnostní agendy u poskytovatelů zdravotních služeb.

O tomto nemá ČLK žádné informace, ale ministerstvo stále dělá vše pro to, aby Česká lékařská komora stížnosti efektivně prošetřovat nemohla.

Vytvoříme systém pro uplatňování aktivní lékové politiky, který umožní lépe předcházet nenadálým výpadkům dodávek léků.

Výpadky léků zůstávají stále velkým problémem. To, že problémy mají občas po celé Evropě, je slabou útěchou.

Podpoříme ženy v jejich volbě poskytovatele péče v těhotenství, při porodu i po něm tím, že zpřístupníme péči porodních asistentek s důrazem na kontinuálnost péče poskytované jednou osobou.

Počet porodů drasticky klesá. V rámci „boje o rodičku“ se porodnice snaží ženám vycházet maximálně vstříc a vytváří tzv. centra porodní asistence. Jestli má na tomto vývoji nějaký podíl práce ministerstva, to nevím. Spíše se porodníci se sebezapřením snaží dělat cokoliv pro to, aby ochránili rodičky a děti před rizikem domácích porodů.

Vzdělávání zdravotníků

V rozvoji vzdělávání je zásadní stabilizace systému bez dalších neustálých změn.

Veškeré dosavadní změny ve specializačním vzdělávání jsou pouze kosmetické. Pokud bylo cílem vlády zakonzervovat stávající nevyhovující stav, pak se to ministru Válkovi podařilo.

Nastavíme vstřícnější a efektivnější model postgraduálního vzdělávání lékařů i nelékařských oborů. K tomu bude mimo jiné sloužit přímá finanční podpora studia nelékařských oborů, stomatologie a financování kmene i odměny školitelů ze státního rozpočtu dle analýzy počtu potřebných v jednotlivých oborech.

Ve vzdělávání lékařů k žádné takové změně nedošlo, naopak o posílení role školitelů a jejich odměnu nyní aktivně bojuje SML-ČLK, neboť ministerstvem navrhované změny směřují přesně opačným směrem. K nelékařským oborům se vyjadřovat nebudu.

Specializační vzdělávání potřebuje zásadní změny. Například slučování vzdělávacích oborů, zvýšení jejich vzájemné prostupnosti a zkracování doby případné rekvalifikace. Máme nedostatek lékařů a jedním z dílčích řešení může být jejich větší vzájemná zastupitelnost. Teorii mají mediky naučit na fakultě. Těžištěm specializačního vzdělávání je praxe, kterou mladí kolegové a kolegyně spíše získají v regionálních nemocnicích, ve kterých se však v současnosti na atestaci připravit nemohou. Část vzdělávání musí také probíhat v ambulancích soukromých lékařů, a to nejenom u praktiků.

Prioritou budou i motivační programy pro návrat našich špičkových vědců ze zahraničí.

Vracejí se špičkoví vědci zpět do ČR? Zaznamenal někdo takový motivační program?

Studentům budou garantovány jasné vzdělávací plány, čas na přípravu a odstraňování nadbytečných formalit v ates-

Inzerce



Hledáme
**LÉKAŘE / LÉKAŘKU NA
HEMATOLOGICKO-TRANSFÚZNÍ ODDĚLENÍ**

**PŘIJĎTE SE K NÁM PODÍVAT!
RÁDI VÁM VŠE UKÁŽEME A ZODPOVÍME
VAŠE DOTAZY.**



VÍCE INFORMACÍ O PRACOVNÍ POZICI



canisterapeutický pes Dobrovolnického centra
Klaudiana nemocnice
Scooby-Doo

Své životopisy nám můžete zasílat na email
nabor@onmb.cz nebo nás kontaktujte na tel.: 727 969 043



tačním a kvalifikačním vzdělávání. Do poloviny roku 2022 novelizujeme vyhlášku o vzdělávání tak, aby se zjednodušila zkouška po kmeni.

Nechápu, proč v souvislosti s mladými lékaři a lékařkami používá ministr termín „student“, když tito kolegové a kolegyně žádné studentské výhody nepožívají.

Stran vzdělávacích plánů k žádné významné revizi nedošlo. Jedním z výsledků protestní akce „Nebud' mýval“ bylo opětovné zavedení placeného volna před atestační i kmenovou zkouškou. Toto jsme museli vybojovat přes odpor ministerstva. Odstraňování nadbytečných formalit – tak tady lze ministerstvu připsat nějaké pozitivní body, i když opakovaně slibovaný digitalizovaný systém Administrátor by měl fungovat až od roku 2026. Ministerstvo sice ruší některé dosud povinné kurzy, které byly obtěžující formalitou, ale zároveň umožnilo faktickou likvidaci tzv. základního klinického kolečka. Ke zjednodušení zkoušky po kmeni nedošlo a je sporné, zda je něco takového u zkoušky, která se stále více podobá bývalé atestaci I. stupně, vůbec žádoucí.

Upravíme kompetence lékařů i nelékařských pracovníků tak, aby odpovídaly moderním trendům v medicíně, vzdělání i zkušenostem jednotlivých zdravotníků.

Nekonečné diskuse. ČLK zastává pozici, že cílem podobných změn musí být vyšší kvalita a bezpečnost zdravotní péče, a nikoliv pouhá snaha ušetřit peníze.

Prevence a výživa – zlepšení zdraví obyvatelstva

Vytvoříme prostředí podporující zdravý životní styl a návrh realizace se zapojením všech relevantních složek společnosti, zejména pojišťoven, škol, zaměstnavatelů a neziskového nevládního sektoru. Budeme reformovat primární péči a posilovat primární a sekundární prevenci nemocí a zlepšovat zdravotní a pohybovou gramotnost s cílem zvýšit odpovědnost občanů za vlastní zdraví.

Formulace natolik obecná, že plnění či neplnění úkolu se podle mého názoru nedá hodnotit.

Podpoříme zavedení dietního stravování ve školách a školkách. Podpoříme produkci lokálních potravin s důrazem na kvalitu a prevenci civilizačních chorob a také přidanou

hodnotu v místě produkce a do konce roku 2022 připravíme legislativní podmínky pro tuto změnu.

ČLK nemá informace o možnostech dietního stravování ve školách a školkách a nezaznamenali jsme ani žádnou aktivitu Ministerstva zdravotnictví ve smyslu podpory našich zemědělců.

Zaměříme se na zavedení inovativních forem péče zaměřených na prevenci a management chronických nemocí – kardiovaskulární choroby, diabetes, onkologická onemocnění, psychiatrická onemocnění. Do konce roku 2022 podpoříme vznik dalších komplexních center zdravotní péče.

Zaměříme se na finanční motivaci zdravotních pojišťoven, poskytovatelů zdravotních služeb a pacientů v oblasti prevence.

Ano, některé preventivní programy existují a jsou i finančně podporovány.

Zajistíme ve spolupráci s MPSV kvalitní a dostupné sociální služby pro lidi s autismem a funkčním postižením.

ČLK nemá informace.

Aktivním přístupem k reformě psychiatrické péče zefektivníme a zmodernizujeme léčbu duševních onemocnění a snížíme jejich dopady na společnost, a to i pro dětské pacienty.

Reforma psychiatrické péče se odehrává zatím více v oblasti sestavování pracovních skupin a odborných rad při Ministerstvu zdravotnictví a v sepisování různých materiálů než v reálných změnách klinické péče. Ministerstvo lze však pochválit za program rezidenčních míst pro psychiatrii a dětskou a dorostovou psychiatrii.

Zvýšíme dostupnost preventivních intervencí, díky čemuž dokážeme snížit výskyt psychiatrických onemocnění a jejich dopad na zdravotní systém.

To je proklamovaný abstraktní cíl, se kterým si nevědí rady ani mnohem bohatší zdravotnické systémy, natož ten náš.

Posílením terénních služeb a vhodnějším ukotvením CDZ (center duševního zdraví) zlepšíme regionální pokrytí a dosah sítě psychiatrické péče.

Hledají se modely lepšího financování CDZ. Vznik nových CDZ v posledních letech dosti zpomalil, takže cíl zlepšení regionálních pokrytí se plní obtížně. Kromě nedostatku peněz chybějí v regionech i zkušené odborníci.

Při řešení problematiky závislosti budeme uplatňovat politiku postavenou na vědecky ověřeném a vyváženém konceptu prevence rizik a snižování škod, přičemž zajistíme dostatečné financování jak preventivních programů, tak i služeb a regulace návykových látek, které bude odpovídat míře jejich škodlivosti.

Některé nové návykové látky se dostávají pod regulaci velmi pomalu. Dostatečné financování preventivních programů je stále někde v budoucím výhledu. Prevence a potlačování drogových závislostí je jistě pověstným „bojem s větrnými mlýny“, tak alespoň body za snahu.

Co říci závěrem? Snad jen to, že 93 procent vypadá opravdu jinak.

Milan Kubek

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 státní 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., z.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., z.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., z.s., Drahobejlova 1019/27, 190 00 Praha 9 – Libeň
IČ: 70885117

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 zmocnitel 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.

Pozn.: IČZ je fakultativní údaj, na jehož základě ČLK – o.s., z.s. získává komplexní představu o smluvních poskytovatelích zdravotních služeb, které v rámci dohodovacích řízení reprezentuje. **Nevyplnění tohoto údaje nezákládá 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.

V _____ dne: _____

Zmocnitel (podpis a razítko)

Slovensko zažilo výpovede lekárov už tretíkrát

Minimálnu mzdu lekárov a sestier v lôžkových zariadeniach na Slovensku určuje zákon. Ten sa podarilo lekárom dosiahnuť pod vedením Lekárskeho odborového združenia (LOZ) pri výpovediach v roku 2011. Tieto mzdy boli naviazané na priemernú mzdu v národnom hospodárstve SR ako jej násobok – koeficient, ktorý určuje zákon. Ako sa mení priemerná mzda v štáte (a tým aj zdravotné odvody), lekárom a sestram sa tak pravidelne valorizujú mzdy.



Zákon bol nutný vzhľadom k tomu, že personálna situácia v slovenských nemocniciach bola katastrofálna. Okrem zákona stanovujúceho mzdu, lekári v roku 2011 žiadali aj zastavenie transformácie nemocníc na obchodné spoločnosti, zavedenie DRG systému a dodržiavanie zákonníku práce v slovenských nemocniciach. Problém slovenského zdravotníctva je hlavne v tom, že naši politici robia zo zdravotníctva biznis, ktorý ovládlo pár finančných skupín s dosahom na politikov a reálne Slovensko kráča k zdravotníctvu USA (Slováci za rok 2023 zaplatili na priamych platbách do zdravotníctva takmer dve miliardy eur, napriek tomu dostupnosť radikálne klesá. Poplatok za termín do špecializovanej ambulancie je často aj 50e).

V roku 2022 nemocniční lekári pod taktovkou LOZ podali výpovede znovu, okrem navýšenia miezd (navýšenia koeficientov v zákone) požadovali znovu aj zavedenie DRG (ktoré nevyhovuje finančným skupinám) a poriadku vo financovaní nemocníc – realita na

Slovensku je, že súkromné ziskové zdravotné poisťovne nezaplatia nemocniciam ani náklady na liečbu pacienta. Ďalej žiadali navýšenie plátov sestier pre ich kritický nedostatok, výstavbu Národnej nemocnice, reformu postgraduálneho vzdelávania lekárov, podporu lekárskejších fakúlt, zrušenie zdaňovania vzdelávania lekárov a opravu takzvanej reformy nemocníc. Časť týchto požiadaviek sa podarilo splniť a do zákona o minimálnej mzde lekára a sestry sa dosali aj ďalšie nedostatkové zdravotnícke profesie – napríklad záchranári. Čo sa týka miezd, nemocniční lekári si vydobyli v roku 2022 pre neatestovaného lekára 1,5násobok priemernej mzdy v národnom hospodárstve spred dvoch rokov a pri atestovanom 2,5násobok, zároveň sa nám podarilo zaviesť aj 0,25násobok priemernej mzdy za každý rok praxe lekára až do maximálnej výšky 20 rokov praxe. Tým sme riešili aktuálne najväznejší personálny problém našich nemocníc – nedostatok skúsených lekárov, špecialistov. Tieto koeficienty určujúce mzdy neboli len v zákone, ale LOZ ich dosiahol aj do pracovných zmlúv lekárov, ktorí podali výpovede, ako poisťku.

Počas roku 2024 však Ministerstvo zdravotníctva nie len že neplnilo dohody zo záväzkov, ale viaceré už splnené veci z dohody 2022 zrušilo. Na to LOZ reagovalo v júni 2024 vyhlásením, že hrozia znovu výpovede lekárov, keďže vláda dohodu nie lenže neplní, ale dokonca ju porušuje. V septembri 2024 vláda bez akejkoľvek diskusie vyhlásila, že v rámci šetrenia zmení zákon o mzde zdravotníkov a zníži v ňom koeficienty, tak aby nárast miezd pre nemocničných lekárov, sestry a ďalších zdravotníkov bol pre rok 2025 len tri percenta. Paradoxne v roku 2024 si slovenské súkromné zdravotné poisťovne odložili zo zdravotných odvodov občanov 176 miliónov a ďalších takmer päť miliónov eur na dividendy pre svojich akcionárov, čo vláda neriešila. Dvaja z troch najbohatších Slovákov podniká v našom chátrajúcom zdravotníctve a slovenské

zdravotníctvo je tretí najziskovejší sektor pre podnikanie po energetike a telekomunikáciách. Ďalej existuje analýza ministerstva financií, ktorá upozorňuje, že ak by tri slovenské zdravotné poisťovne (jedna štátna a dve súkromné) platili



za rovnaký výkon podobné sumy, štát by ročne ušetril 53 miliónov eur, a súkromné zdravotné poisťovne by tak museli doplatiť 40 a 13 miliónov eur. Ale slovenská vláda nemala potrebu šetriť na „podnikanie“ v zdravotníctve, naopak riešenie finančných problémov štátu videla v znížení dohodnutých miezd nedostatkových sestier a lekárov. Okrem toho vláda prekvapivo vyhlásila zámer transformácie posledných štátnych nemocníc na obchodné spoločnosti, za čím bol záujem finančných skupín ďalej privatizovať slovenské zdravotníctvo. LOZ a nemocniční lekári ihneď zareagovali a v priebehu necelého mesiaca vyzbierali takmer tritisíc výpovedí z nadčasovej práce. Upozornili vládu, že ak do daného zákona vstúpi, lekári dodržia zákon na nadčasovú prácu. Na to vláda ponúkla navyšovanie miezd na rok 2025 na úroveň šesť percent, pričom sestram a záchranárom by dohodnuté mzdy neklesli (navýšenie vyplývajúce z nárastu priemernej mzdy by bolo 9,6 percenta). Tým sa lekárom opäť podarilo zabezpečiť sestram mzdy. Vláda napriek upozorneniam LOZ znížila koeficienty lekárom a ďalším zdravotníkom v zákone. Tu je dôležité uviesť, že vyše 2200 nemocničných lekárov, ktorí podali výpovede v roku 2022, mali dané koeficienty v pracovnej

zmluve a zmena zákona by im mzdu neznížila. Avšak LOZ videlo vstup vlády do zákona o mzde zdravotníkov ako precedens, kde hrozilo, že ak by vstup vlády do tohto zákona prešiel bez reakcie lekárov, politici by to opakovali aj do budúcnosti. Preto LOZ začal zbierať opäť výpovede lekárov. Výpovedí sa za krátky čas podarilo vyzbierať 3340 a boli podané do konca októbra. Lekári okrem opravy pokazeného zákona o mzdách žiadali aj plnenie ostatných bodov dohody z roku 2022, predovšetkým poriadok vo financovaní nemocníc. Na Slovensku máme stav, že štátne nemocnice, napriek tomu, že im narastá objem práce, vykazujú miliardu eur dlh, naopak súkromné malé nemocnice, ktorým produktivita a objem výkonov klesá, dosahujú až 23 percent maržu a zisk.

Počas dvoch mesiacov výpovednej doby, Ministerstvo zdravotníctva rokovania naťahovalo bez výsledkov a premiér sa odmietal s LOZ stretnúť. Vláda ako reakciu na výpovede prijala zákon, ktorý lekárom vo výpovedi prikázal pracovať aj po uplynutí výpovednej doby. Daný zákon bol v rozpore s medzinárodnými dohovormi o zákaze nútených prác. Vzhľadom na nikam nevedúce rokovania LOZ v polovici decembra ohlásilo vypovedanie súhlasov na nadčasovú prácu a koncom decembra niekoľko tisíc lekárov vypovedalo nadčasovú prácu v nemocniciach. Tým sa rokovania s ministerstvom dostali na úplne inú úroveň a behom pár dní sa zrodila dohoda medzi vládou a LOZ – podpísaná bola 20. 12. 2024. Na základe tejto dohody lekári stiahli výpovede formou dodatkov k pracovným zmluvám, kde majú mzdu určenú v pôvodných koeficientoch a stanovené, že ak vláda neprijme dohodnuté zákony, tak im 28. 2. 2025 končí pracovná zmluva a 3300 lekárov odíde z ne-



mocníc. Vláda sa zaviazala, že na prvej schôdzi parlamentu vo februári 2025 schváli zákony, ktoré zrušia škandalózne zákony o nútených prácach, opraví zákon o mzdách zdravotníkov do pôvodnej podoby, prijímajú sa zákony, ktoré upravujú rozpočtovú vyhlášku, prikážu zverejňovať údaje o financovaní a efektívnosti nemocníc a ďalšie zmeny, ktoré zabezpečia poriadok vo financovaní nemocníc, zlepšia sa dodržiavanie zákonníka práce a personálnych predpisov v nemocniciach. Ďalej vláda prijala uznesenie, že zastavuje transformáciu nemocníc na obchodné spoločnosti, zmení svoje rozhodnutie na nereálnu lokalitu národnej nemocnice a zákonom zavedie štandardizované zmluvy medzi nemocnicami a poisťovňami. Vláda prisľúbila plnenie aj ostatných záväzkov z dohody z roku 2022 a na tento účel bola zriadená aj komisia na kontrolu

dodržiavania týchto záväzkov a ktorá bude spadať pod premiéra SR.

Vzhľadom na to, že lekári, ktorí podali výpovede, sa vrátili do nemocníc už s novými pracovnými zmluvami, títo lekári majú už 1. 1. 2025 mzdu vyššiu ako lekári, ktorí výpovede nepodali a tí si musia počkať na opravu zákona vo februári.

Tieto, nami dosiahnuté opatrenia sú v neprospech finančných skupín v našom zdravotníctve a tomu odpovedá aj výrazný protitlak finančných skupín, voči LOZ i dohodnutým zmenám.

LOZ teda ešte čaká na hlasovanie v parlamente, kde by mali byť prijaté tieto zákony. Sme teda v polceste nášho boja za lepšie zdravotníctvo.

MUDr. Peter Visolajský
predseda LOZ

Inzerce

ordinace VPL - Ústí nad Labem

HLEDÁME LÉKAŘE/KU

čistá mzda 90 000 Kč
(30 hod/týden),
možnost i menšího úvazku

moderně vybavená ordinace
(EKG, CRP, INR, TK Holter, ABI)

flexibilní volba
ordinačních hodin

firemní rekreační objekty
(ČR i zahraničí)

příspěvek na vzdělávací
akce 20 000 Kč/rok

5 týdnů dovolené,
3 dny sick days

**VŠEOBECNÝ
LÉKÁŘ**



**podpora silného
administrativního týmu**
(kódování, provoz ordinace)



Bolest v medicíně

Již 14. ročník konference České lékařské komory Etika a komunikace v medicíně s podtitulem „Bolest v medicíně – klinické, etické, psychologické, teologické a právní aspekty“ proběhl 11. prosince 2024 v krásných prostorách ČLK v Praze 9. Hlavními organizátory byly nedávno zesnulý prof. PhDr. Radek Ptáček, Ph.D., MBA, a doc. MUDr. Petr Bartůňek, CSc. Konferenci moderoval Mgr. Tibor A. Brečka, Ph.D., MBA, LL.M. Konference se konala jak offline, tedy v prostorách Domu lékařů, tak i online. I z této konference, jak je již dobrým zvykem, vznikl sborník, jenž je věnován právě památce zesnulého prof. Ptáčka.

Letošní konferenci po krátkém úvodním projevu doc. Bartůňka uvedl prezident ČLK MUDr. Milan Kubek, který právě zmínil významný přínos zesnulého prof. Radeka Ptáčka, bez kterého by série konferencí „Etika a komunikace v medicíně“ jen těžko vznikla. Také s tím oznámil, že tento 14. ročník konference Etika a komunikace v medicíně je zároveň ročníkem posledním. Právě k otázce, zda se opravdu jedná o ročník poslední a zda bude, či nebude další pokračování, proběhla diskuse pak na samém závěru konference, kde se, lze říci všichni přítomní, vyjádřili pro její pokračování.

Konference byla, jako již tradičně, rozdělena do dopoledního a odpoledního bloku s prostorem na otázky po skončení každého

z bloků. Dopolední blok zahájil prof. MUDr. Pavel Kalvach, CSc., FEAN, s příspěvkem s názvem „Od zoufalého hledání k rozmařilé zkáze“, který byl vskutku perfektním uvedením do problematiky. Následoval MUDr. Radkin Honzák, CSc., se svým příspěvkem „Bolest způsobená medicinou“, kde způsobem sobě vlastním pojmenovával další důležité body v problematice bolesti. Následoval příspěvek prof. MUDr. Antonína Pařízka, CSc., „Bolest u porodu“, ve kterém pan profesor navázal ze svého pohledu předního perinatologa na další rozměr problematiky bolesti. Dalším dopoledním řečníkem byla MUDr. Mgr. Jana Šeblová, Ph.D., s příspěvkem „Bolest v urgentní medicíně“, ve kterém zohlednila

problematiku bolesti právě zase ze své specializace, kterou je urgentní medicína. Následně navázal příspěvek MUDr. Františka Koukolíka, DrSc., který nás přesunul do oblasti neuropatologie s příspěvkem „O duševní bolesti“. MUDr. Blanka Zlatohlávková, Ph.D., přednesla velice zajímavý příspěvek s názvem „Bolest v neonatologii“, ve kterém mj. prezentovala problematiku neléčené bolesti v dětství a její následné celoživotní dopady na člověka. Jako další se svým příspěvkem vystoupil jako již tradičně i prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc., nazvaným „O bolestech těla, srdce, duše a systému v onkologii“, ve kterém svým osobitým způsobem pojal tuto problematiku z pohledu (nejen) onkologického. Dalšími příspěvateli

do dopoledního bloku byli doc. MUDr. Jitka Fricová, Ph.D., a prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc., s příspěvkem nazvaným „Bolest pohledem algeziologa“. Jako poslední řečník pak v dopoledním bloku vystoupil doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc., s tématem „Bolest a zubní lékařství: Motivace i devastace“, které bylo velice motivující a kterým uzavřel dopolední, zejména medicínský blok.

I odpolední blok přinesl další zajímavé příspěvky na téma bolesti v medicíně a oproti dopolednímu bloku i více z perspektivy psychologie, teologie nebo i práva. Než se však tak stalo, i odpolední blok byl zahájen vzpomínkou, a to na nedávno zesnulou doc. MUDr. Jarmilu Drábkovou, CSc., která byla vždy vzácným hostem a autorkou velmi zajímavých příspěvků do našich konferenčních sborníků. Po této tiché vzpomínce byl prvním přednášejícím v odpoledním bloku Mgr. Tibor A. Brečka, Ph.D., MBA, LL.M., s příspěvkem „Bolest je dobrá“, kde byl představen psychoterapeuticko-teologický pohled na problematiku bolesti. Mgr. Dana Chmelařová, Ph.D., pak následovala s příspěvkem „Jak tišit bolest, když duše stůně“, který, jak sám název napovídá, bolest reflektoval zejména z pohledu psychologického. Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D., v pohledu na bolest vystoupil s příspěvkem „Komunikace k sobě, syndrom vyhoření a změna paradigmatu“. Prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc., se v příspěvku „Bolest v životě i v medicíně“ zaměřila zejména na stále aktuální problematiku



Mgr. Tibor A. Brečka, Ph.D., MBA, LL.M.

existenciální bolesti. Další pohled na bolest pak nabídla ve svém příspěvku s názvem „Bolest jako neodmyslitelná součást lidské existence: etické perspektivy“ také MUDr. Anetta Jedličková, Ph.D. „Téma bolesti ve výuce lékařské etiky“, tak znělo další zajímavé a zároveň velmi aktuální téma v podání Mgr. Barbory Řebíkové, Ph.D. ThLic. Jan Polák, Ph.D., pak navázal s příspěvkem „Cicely Saundersová a její koncept spirituální bolesti“. K problematice etického vzdělávání nás pak ve svém velmi poutavém a inspirativním příspěvku s názvem „Reflexe bolesti: využití četby klasické literatury ve výuce studentů a studentek medicíny“ vrátila MUDr. Tereza Pinkasová. Právní pohled na problematiku bolesti přinesla doc. JUDr. Olga Sovová, Ph.D., v příspěvku nazvaném „Může

právo utišit nebo zmírnit bolest?“, který kvůli zdravotní indispozici paní docentky přednesl dr. Brečka. Posledním přednášejícím jak odpoledního bloku, tak i celé konference pak byl Mgr. Jaroslav Hořejší, který ve svém příspěvku „Fenomén bolesti z pohledu pacienta“ reflektoval soucit i z pohledu pacienta.

Závěrečného slova konference se zhostil opět doc. MUDr. Petr Bartůněk, CSc.

Během konference se ukazovalo, jak důležité je téma bolesti v medicíně, jak mnohostranně je možné jej nazírat a jak důležité je pro lepší pochopení pacienta.

Děkujeme všem přednášejícím a všem účastníkům. Volání po dalším pokračování série konferencí „Etika a komunikace v medicíně“ bude ze strany České lékařské komory svázáno.

Zde přinášíme krátké ukázky některých příspěvků:

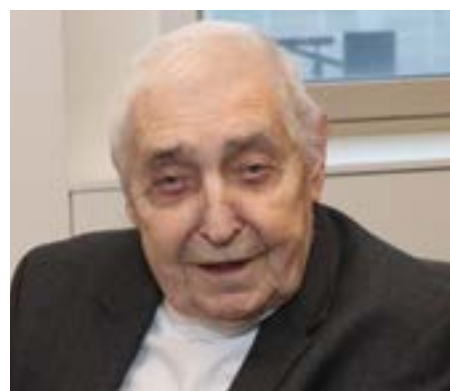


prof. MUDr. Pavel Kalvach, CSc., FEAN – „Od zoufalého hledání k rozmařilé zkáze“:

Vyskytují se také pokyny, že dnes už není nikdo povinen se trápit bolestí. Spolehliví „painkillers“ jsou přece všude k dostání, tak proč se trápit. Šířitelé těchto rad si přitom nevzpomenou na „Brave New World“, kde

jim Aldous Huxley dosti svědomitě vysvětlil, jak plytký trouba vznikne z člověka, který se soustavně vyhýbá bolesti a trápení. Když se trablům takový člověk vyhnul znetvořením principiálního údělu naší existence, vyměnil pochopení plného života za bezmyšlenkovitou, blaženě prázdnou pohodu.

Kompenzovat si zoufalství situace narkotiky, fantastiky, analgetiky, ataraktiky svádělo lidi od dávných dob. V americké občanské válce byla zdokumentována spotřeba deset milionů opiových tablet a další opium se podávalo v tinkturách a prášku pro vojáky Unie. Sto tisíc z nich zůstalo pak závislými i po válce. Podobné zvyky z barbarského amerického válčení ve Vietnamu přinesly reference o 34 procentech vojáků používajících občas heroin, ve 20 procentech pak závislých. I z těch, kteří byli z těchto důvodů vráceni domů, se 12 procent znovu propadlo do závislosti během dalších tří let.



MUDr. Radkin Honzák, CSc. – „Bolest způsobená medicínou“:

Bolest byla dlouho podceňována. Houževnatá a nezdolná zdravotní sestra Margo McCaffery sjezdila ve své době tři kontinenty, aby na všech zjistila, že nádorová bolest není dostatečně léčena a tato skutečnost je obalena

celou řadou někdy neuvěřitelných mýtů. Na příklad vysvětlení u pacienta v terminálním stavu: Přece z něj neuděláme narkomana.

Přestože se situace postupně zlepšovala, zůstávala zde rezidua expertní role lékaře či sestry. Když pacient na škále nula rovná se žádná a deset rovná se nesnesitelná bolest uvedl „pět“, zapsala sestra do dekurzu „čtyři“. Věta, to vás přece nemůže tak bolet, není utěšující, ale znehodnocující; lékař by ji měl navěky škrtnout ze své výbavy. Nemluvě o tom, že traumatické zážitky v předchorobí, zejména v dětství, výrazně ovlivňují intenzitu bolesti a na to není čas se zeptat. Kdyby i nakrásně byl, je tu obava, co by mohlo následovat po otevření ran.



prof. MUDr. Antonín Pařízek, CSc. – „Bolest u porodu“:

Člověk ještě nikdy ve svém vývoji neměl možnost tak účinně a současně bezpečně ovlivňovat bolest u porodu. Na druhé straně by se nemělo nikdy zapomínat, ani při užití těch nejúčinnějších technik, na lidský faktor. Přístup a konání každého člena zdravotnického personálu, který se účastní, je přítomen u porodu, by měl být empatický. Každá žena v naší zemi, která přichází k porodu nerozhodnutá nebo s představou, že porodí bez jakéhokoliv bolesti tišícího prostředku, by měla být zároveň ujištěna/uklidněna, že v kterékoliv fázi porodu jí bude v případě její potřeby/žádosti poskytnuta pomoc přesně podle jejího stavu, respektive vývoje porodu. Porodnická analgezie by měla respektovat individuální potřeby každé ženy, měla by být poskytována „na míru“.

MUDr. Mgr. Jana Šeblová, Ph.D. – „Bolest v urgentní medicíně“:

Bariéry efektivního managementu bolesti jsou v individuální i v systémové rovině. Jedním z faktorů je i samotný charakter práce na urgentním příjmu – interakce lékaře a pacienta se odehrává v časovém tlaku a chaotické



kém prostředí, vidí se většinou poprvé, někdy není dostupná ani anamnéza včetně lékové. Samotný pocit bolesti a její vyjádření je vysoce individuální a subjektivní. Její exprese pacientem může záviset na psychologických, behaviorálních, kulturních i kontextuálních faktorech. Stejně tak může dojít k chybné interpretaci a posouzení na straně poskytovatele péče. Lékaři jsou často soustředěni na diagnostiku a považují bolest jako jeden z příznaků chorobných stavů, snaží se ji objektivizovat. Nepovažují ji za samostatný komplexní symptom, a tudíž se nesoustřeďují na její potlačení. Dochází k převaze léčby nad péčí, tedy „objektivní“ složky lékařské profese, která se zabývá patofyziologií nemocí a řešením odchylek oproti celkovému pohledu na potřeby pacienta. V prostředí, kde se řeší naléhavé situace, je používání standardních a objektivních postupů efektivní, přesto by zdravotníci urgentní medicíny neměli rezignovat na komplexní a individualizovaný přístup k pacientovi a na vztahovou rovinu interakce lékař–pacient, byť je tato krátká a nemusí se opakovat.



MUDr. František Koukolík, DrSc. – „O duševní bolesti“:

Jen malá část studií však cílí na psychologickou bolest. Pilotní studie, která užila fMRI, testovala neuronové koreláty sebevražedného chování včetně psychologické bolesti v sou-

boru osmi žen. Pacientkám byly v průběhu vyšetření fMRI předloženy autobiografické skripty z osobního vyprávění, které probouzely vzpomínky na nedávný sebevražedný pokus. Činnost mozku byla měřena v průběhu pocitu duševní bolesti, sebevražedné akce a v průběhu neutrálního stavu. V porovnání s neutrálním stavem byly duševní bolest plus sebevražedná akce spjata s deaktivací prefrontální kůry, a to Brodmanových area 6, 10, 46. Vzpomínání na sebevražednou akci bylo v porovnání s duševní bolestí spjata s růstem aktivity mediální prefrontální kůry, přední kůry cingulární a hipokampu. Klinické a fMRI informace ukazují, že duševní bolest, která spouští sebevražedné chování, je spjata s poklesem prefrontální aktivity. Plánování sebevražedného chování a jeho výkon, které jsou odpovědí na mentální bolest, jsou naopak spjata s růstem aktivity v dalších oblastech frontální kůry. Což odpovídá Shneidmanovu výkladu: cílené sebevražedné chování je spjata se snížením míry duševní bolesti (Reisch et al., 2010).



MUDr. Blanka Zlatohlávková, Ph.D. – „Bolest v neonatologii“:

Bolest novorozence, přestože o její existenci v současnosti nikdo nepochybuje, je v klinické praxi stále podceňovaná, nedostatečně rozpoznávaná a léčená. Ačkoliv splňuje kritéria nové definice a dostojí všem šesti poznámkám, neschopnost novorozence verbálně vyjádřit, co prožívá, a charakteristické rozdíly v reakcích novorozenců, obzvláště těch nejvíce nezralých a nemocných, představují zásadní překážku v rozpoznávání i léčbě bolesti. Po více než 35 letech multidisciplinárního výzkumu mechanismu bolesti a jejího vlivu na vyvíjející se organismus jsme stále pouze na počátku porozumění, jak novorozenec bolest vnímá. Zůstává proto řada otázek nejenom pro výzkum, ale zejména pro denní klinickou praxi, jako jsou možnosti prevence, diagnostiky a terapie. Neléčená nebo nedostatečně tlumená bolest v novorozeneckém ob-

dobí má celoživotní následky pro vývoj dítěte a jeho zvládnání bolesti; ovlivňuje nežádoucím způsobem jeho funkční, psychickou a sociální pohodu. Přístup k léčbě bolesti bez diskriminace věkem patří k základním lidským právům. (49) Je povinností všech pečovateli respektovat, že toto právo má i novorozenec, a snažit se jeho právo naplnit. Při zvažování prospěchu poskytované péče pro novorozence musí být bolest důležitým kritériem. Komise složená z pediatriů, anesteziologů, neurovědů, psychologů a etiků navrhla v roce 2021 čtyři cíle, jak dosáhnout změn v dětské bolesti: učinit bolest důležitou, porozumět bolesti, zviditelnit bolest, ulevit od bolesti. (50) Je to úkol pro všechny, kteří denně pečují o novorozence, a také pro vědce v základním a klinickém výzkumu.



prof. MUDr. Jan Žaloudík, CSc. – „O bolestech těla, srdce, duše a systému v onkologii“:

Přístup k léčbě nádorové bolesti, přesněji řečeno tělesné bolesti onkologických pacientů, musí být vždycky personalizovaný a schematický jen v metodických principech nikoliv v individuálních aplikacích a řešeních. Proto je to problém složitý a nezřídka víceborový. Kvalifikovaná a adekvátní léčba fyzické bolesti u pokročilých nádorů je celosvětový problém, nebude se jí možno zcela vyhnout ani s využitím nejučinnějších nových analgetik. Zvládnání analgetických postupů patřilo odedávna k základním znalostem a dovednostem lékařské profese, je tou bazální pomocí, kterou trpící člověk od lékaře očekává, a ve výchově a vzdělávání lékařů by měla mít klíčové místo, patrně významnější než dosud.

doc. MUDr. Jitka Fricová, Ph.D.; prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc. – „Bolest pohledem algeziologa“:

Globální rok 2024 se zaměřuje na zvláštní aspekt bolesti, aby zvýšil povědomí nejen



v komunitě bolesti. Globální rok 2024 se bude zabývat tím, co je známo o pohlaví a genderových rozdílech ve vnímání a modulaci bolesti, a bude se zabývat rozdíly mezi pohlavími a pohlavími ve výzkumu i léčbě bolesti. (22, 23, 24)

Existují pohlavní rozdíly u chronické bolesti, které začínají vyšší prevalencí bolesti u žen, a to u většiny diagnóz chronické bolesti. V některých studiích jsou rozdíly mezi vnímáním bolesti mužů a žen interpretovány pouze výrazně vyšší intenzitou bolesti právě u žen. Vyšší prevalence bolesti u žen se vyskytuje u mnoha chronických bolestivých stavů, kde byla také pozorována zhoršená odpověď na hypoalgezií vyvolanou cvičením, včetně fibromyalgie. Dalo by se tedy předpokládat, že rozdíly mezi pohlavími mohou alespoň částečně vysvětlit zhoršenou odpověď na aerobní zátěž. Podstata neopioidní hypoalgezie vyvolaná cvičením není zcela objasněna, ale předpokládá se, že se na ní může podílet endokannabinoidní systém.



doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc. – „Bolest a zubní lékařství: Motivace i devastace“:

Zajištění toho, aby byl veškerý zubní personál dobře vyškolen v technikách léčby bolesti, může maximalizovat efektivitu dostupné pracovní síly. Správné delegování úkolů a využívání teledentistiky pro konzultace a následné kontroly může pomoci

zvládat zatížení pacientů a poskytovat poradenství v oblasti léčby bolesti. (20) Bohužel však nedostatek zdravotnického personálu, zejména nelékařských profesí, stahuje kvalifikované síly tam, kde jsou lépe ohodnoceny, do nemocnic. V ambulantních zařízeních pak často lékaři pomáhají pracovníci, kterých je málo a nemají dostatečný výcvik.

Příklad: Stomatologická ambulance vyškolí zubní asistenty, aby prováděli předběžné posouzení bolesti, čímž uvolní zubní lékaře pro složitější případy. Doplněním personálu o zubní instrumentárky odejme zdravotním sestram rutinní hygienické úkony typu péče o zubní soupravu, a mohou se tak věnovat pacientovi a jeho pocitu bezpečí.



Mgr. Tibor A. Brečka, Ph.D., MBA, LL.M. – „Bolest je dobrá“:

I mimo křesťanské paradigma je bolest a utrpení do značné míry tajemnem, něčím, co nelze jednoduše pochopit, ale i zde si bolest a utrpení kladou nárok na to, aby byly přijaty jako danost. Bolest a utrpení lze i mimo křesťanské paradigma již jen díky empirické zkušenosti chápat jako danost, ba dokonce jako jeden z charakteristických rysů člověka a života. Již byl vzpomenut Bentham a ve světle výše uvedeného by tedy bylo možno pozměnit známý výrok Reného Descarta „Cogito ergo sum!“ („Myslím, tedy jsem!“; Descartes, 2016) na „Patiō ergo sum!“ („Trpím, tedy jsem!“).

Mgr. Dana Chmelařová, Ph.D. – „Jak tišit bolest, když duše stůně“:

Bolest je tedy důležitou a nedílnou součástí našeho života. S tímto faktem se setkáme nejen v rámci odborných pojednání, ale i v rámci literatury. Jeden z nejvýznamnějších českých autorů Karel Čapek například ve svém díle popisuje bolest jako nepřítomný, ale zároveň neodmyslitelný doprovod lidské existence. Bolest pro něj není pouze fyzickým fenoménem, ale také psychickým a emocionálním stavem, který ovlivňuje



celý život člověka. Ve svém díle ukazuje, jak může bolest ovlivnit lidské myšlení, jednání a vztahy s druhými lidmi. Bolest pro něj není pouze symptomem nemoci nebo zranění, ale také důsledkem lidského utrpení a zármutku. Věnuje se také otázce, jak lidé na bolest reagují a jak se s ní vyrovnávají, což odráží jeho hluboké porozumění lidské psychice a existenciálním otázkám.



Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D. – „Komunikace k sobě, syndrom vyhoření a změna paradigmatu“:

Slovo „poznání“ používáme ve vědeckém a lékařském světě ve smyslu řeckého chápání. Poznáváme chladně, nezaujatě, bez emocí, ve vědě sledujeme fakta, ať již nás zavedou kamkoliv.

Experiment je otázka položená přírodě a je-li proveden dobře, pak příroda poskytne jednoznačnou odpověď. Hebrejské „poznání“ je zcela odlišné. „Poznat“ znamená proniknout do, být neoddělitelně spojen s. Slovo se používá v nečekaných souvislostech. Když Eva vidí, že se ve scéně v ráji jedná o strom poznání dobrého a zlého, jí i čtenáři je zřejmé, že nelze poznat zlo objektivně, zvenku, vědecky, že nelze poznat zlo, aniž bych se do něj ponořil, aniž bych zhřešil. V následném textu je totéž sloveso použito v ještě silnějším významu: „Adam poznal Evu, svou ženu, ta počala a porodila Kainu“ (Gen 4,1). „Poznání“

se zde užívá pro sexuální styk. Proniknout do, být neoddělitelně spojen s.

Pokud je téma této publikace právě téma bolesti, je jistě možné se k němu postavit z mnoha různých objektivních stran a popsat, co popsat lze. Vždy je však třeba mít na paměti, že v hebrejském smyslu „poznat“ bolest může čtenář nikoliv tím, že si o ní přečte několik knih, nýbrž pouze tím, že ji prožije sám v sobě, že je do ní ponořen, teprve pak si můžeme učinit hrubou představu (qualia jsou nesdělitelná), co pacient pravděpodobně cítí. Vše, co říkáme a píšeme, je tedy třeba psát s velikou pokorou.



prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc. – „Bolest v životě i v medicíně“:

Dodejme, že se kromě existenciální bolesti často vyskytuje existenční bolest, kterou prožívají dlouhodobě nemocní. Chronické strádání nutně mění jejich dosavadní způsob života a má vliv na změnu životních hodnotových orientací, lidově řečeno na „žebříček“ hodnot. Neskrývají, že mají strach o finanční zabezpečení své rodiny, pokud nebudou moci pracovat, bojí se, že zůstanou opuštěni, protože jejich „drahé polovičky“ nebudou ochotny nebo schopny žít s „neplnohodnotným“ člověkem. I oni nezřídka potřebují psychologickou pomoc vedoucí k úspěšné adaptaci na nový způsob každodenního, nemocí spoutaného života. (4)

MUDr. Anetta Jedličková, Ph.D. – „Bolest jako neodmyslitelná součást lidské existence: etické perspektivy“:

Na bolest lze nahlížet z různých úhlů pohledu zahrnujících psychologické, sociální, etické, filozofické a praktické perspektivy. Bolest je komplexní fenomén vyznačující se mnohostranným charakterem, který má hluboké důsledky pro lidskou existenci a společnost jako celek. Kromě fyzických implikací má bolest také emocionální a sociální rozměr se závažnými důsledky na celkovou kvalitu života a psychické zdraví jedince.



Psychologické, sociální a etické dopady bolesti v praxi poukazují na složitost této problematiky a potřebu komplexního přístupu k jejímu řešení. Efektivní management bolesti vyžaduje nejen léčbu samotné bolesti, ale také řešení jejích psychologických, sociálních a kulturních faktorů, které mohou ovlivňovat její projev a vnímání.



Mgr. Barbora Řebíková, Ph.D. – „Téma bolesti ve výuce lékařské etiky“:

Dnes je nepředstavitelné, aby byli nevyčleřitelně nemocní pacienti nuceni podstoupit třeba chemoterapii nebo cokoliv jiného, pokud si to sami nepřejí. To, co ve skutečnosti děláme, není prodlužování života, ale pouze prodlužování procesu umírání. Možná, že zachováváme „život“, ale to, co z pacienta zbývá, je možná jen skořápka. Nebude mu žádná kvalita života. Žádná schopnost fungovat, dokonce ani myslet. Pokud definujeme život jen jako skutečnost, že se jedinec nerozkládá, není to myslím život, o jehož zachování by měl kdokoliv, koho znám, zájem.

ThLic. Jan Polák, Ph.D. – „Cicely Saundersová a její koncept spirituální bolesti“:

Koncept total pain vstoupil do dějin lékařství v roce 1964 a od té doby rezonuje u zdravotnických profesionálů zabývajících se problematikou smrti a umírání po celá desetiletí až do dnešních dnů. Podle nás je však mnohem důležitější osobnost té, která



ho začala používat jako první. Na začátku se v Cicely Saundersové setkáváme s mladou ženou, jež hledá své místo v životě v univerzitním studiu politiky, filozofie a ekonomie. Altruisticky smýšlející zdravotnice, nabízející pomoc raněným vojákům, pak objevuje opravdový smysl svého života ve službě nevléčitelně nemocným, z nichž se někteří nesmazatelně zapisují do jejího života. Její první láska, David Tasma, ji inspiruje z jistého hlediska k bláznivému kroku: založit zařízení pro pacienty v terminálním stadiu. A Cicely si jde tvrdě za svým cílem...

MUDr. Tereza Pinkasová – „Reflexe bolesti: využití četby klasické literatury ve výuce studentů a studentek medicíny“:

Četba literatury nemusí být jen koníčkem, kratochvílí (budoucích) lékařů a lékařek. Kla-

sickou literaturu lze chápat jako důležitou součást lékařského vzdělání/vzdělávání. Skrze příběhy literárních hrdinů i obrazy vylíčené poezií lze zahlédnout lidský rozměr medicíny: život plný bolesti a utrpení, ale i uzdravování a smyslu. Literatura nabízí mezilidský a společenský kontext, který z lékařských učebnic lze jen stěží vyčíst.

Studenti a studentky medicíny mohou získat četbou klasické literatury cenný vhled do mnohovrstevnatého prožívání bolesti pacienta, jež není omezen pouze na vnímání fyzických symptomů. Seznámí se s dalšími aspekty vnímání bolesti i s dopady bolesti



pro život pacienta a jeho blízkých. V lékařské praxi pak mohou lépe zahlédnout pacienta v kontextu celého jeho bytí, a díky tomu snad i smysl svého snažení v medicíně.



Mgr. Jaroslav Hořejší – „Fenomén bolesti z pohledu pacienta“:

Zaujalo mě, že jednou z nejintenzivnějších a nejupornějších bolestí je bolest zubů, a zajímalo mě proč. A také proč musejí existovat zubní pohotovosti, aby v případě bolesti problém řešily ošetřením či vytržením bolavého zubu. Pátral jsem po tom, leč bohužel bezúspěšně. Teprve po diskusích s několika lékaři si možná poněkud troufale dovoluji navrhnout odpověď spočívající v tom, že v lidském těle všechno souvisí se vším, a proto i naše zuby mohou ovlivňovat vnitřní orgány či soustavy, včetně mozku, a že jejich výjimečnost je dána především tím, že jsou mozku tak blízko. Zuby (zejména řezáky) jsou velkou hrozbou především pro mozkové splavy, v jejichž těsné blízkosti se nacházejí, a nejspíše právě proto jsou vybaveny oním varovným mechanismem – bolestí.

Mgr. Tibor A. Brečka, Ph.D., MBA, LL.M.

Bonifikace držitelů diplomu CŽV v roce 2025

I v letošním roce poskytla Česká lékařská komora Všeobecné zdravotní pojišťovně databázi držitelů Diplomu celoživotního vzdělávání, které jsou vydávány v souladu se stavovským předpisem č. 16 – Celoživotní vzdělávání lékařů ČLK. Tuto databázi VZP každoročně využívá k automatickému nastavení bonifikace pro ty poskytovatele, u nichž pracují lékaři, kteří jsou držiteli diplomu celoživotního vzdělávání ČLK. Letos byla databáze držitelů diplomu CŽV vedle VZP poskytnuta i České průmyslové zdravotní pojišťovně, která o spolupráci s komorou projevila zájem.

Diplom (diplomy) celoživotního vzdělávání musí poskytovatel zdravotní pojišťovně doložit nejpozději do 31. ledna tohoto roku. V databázi České lékařské komory předané VZP a ČPZP jsou všichni členové, kteří ke dni 8. 1. 2025 disponují platným diplomem celoživotního vzdělávání. Celkem se jedná o 19 148 lékařů.

Má-li člen komory diplom celoživotního vzdělávání platný po celý rok 2025, nemusí poskytovatel pojišťovně VZP a ČPZP tento diplom aktivně dokládat. Co se týče ostatních zdravotních pojišťoven, musí poskytovatel sám nejpozději do konce ledna doložit diplomy celoživotního vzdělávání, které ještě

nemá zdravotní pojišťovna k dispozici. V této souvislosti ČLK apeluje na ostatní zdravotní pojišťovny, aby navázaly spolupráci s komorou po vzoru dlouhodobě nastavené spolupráce se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou, k níž letos přistoupila i ČPZP.

V případech, kdy platnost diplomu celoživotního vzdělávání končí v průběhu tohoto roku, tj. roku 2025, což se týká 2320 lékařů, je třeba navazující diplom CŽV zdravotním pojišťovnám aktivně předložit. To se týká i pojišťoven VZP a ČPZP. Navazující diplom musí být zdravotním pojišťovnám doručen do jednoho měsíce ode dne skončení platnos-

ti původního diplomu celoživotního vzdělávání, přičemž období mezi datem ukončení platnosti původního dokladu a datem nabytí platnosti nového dokladu nesmí činit více než 30 kalendářních dnů.

V případě dotazů ohledně platnosti diplomu celoživotního vzdělávání či procesu vydání se lze obrátit na okresní či obvodní sdružení České lékařské komory, jehož je lékař či lékařka členem, případně lze kontaktovat oddělení vzdělávání ČLK (kontakty naleznete na webu komory – www.lkcr.cz).

Mgr. Daniel Valášek
ředitel kanceláře ČLK

BF24 – komplexní program prevence obezity dětí, část čtvrtá: Finále

Rok 2024 utekl jako voda, a tak mi dovolu,te, abych vás po delší době informoval o vývoji projektu prevence dětské obezity BF24, s nímž jste byli seznámeni již dříve na stránkách časopisu Tempus medicorum a někteří z vás i v bulletiněch pediatrických.

Začnu hlavní zprávou, a tou je, že BF24 přes veškerá protivenství žije a má se k světu. Nutno přiznat, že jsme prošli obtížným obdobím, které vedlo k téměř půlročnímu zpoždění. Co za ním stálo?

Naše původní obavy stran výběrových řízení na zhotovitele mobilní aplikace a dodavatele fitness náramků se potvrdily, a to v míře přebohaté. Legislativní podmínky pro výběrová řízení v ČR jsou neúprosné, procesy zdlouhavé a výsledky nepředvídatelné. Ani nás tyto „radostné“ faktory neminuly. Míra frustrace členů pracovní skupiny během letních prázdnin dosahovala kritických hodnot, nicméně jsme vše ustáli bez infarktů a antidepresiv (doufejme). Finálním dodavatelem mobilní aplikace je firma MagicWare, s. r. o., fitness náramků pak firma Garmin.

A teď z té veselejší stránky. V téže době se nám podařilo díky pomoci kolegů z odborných pediatrických společností cestou online webinarů a přednášek získat potřebný počet praktických dětských lékařů pro zařazení dětí do pilotního ročníku. Proběhlo jejich zaslouhnutí ze strany Národního screeningového centra, v současné době probíhá příprava balíčků s kompletním vybavením včetně náramků k odeslání do jednotlivých

ordinací. Za nezištnou pomoc všem kolegům moc děkuji.

Velký kus práce se odvádí na portálu BF24, který se stal součástí Národního zdravotního informačního portálu, a je tak volně dostupný. Jsou vypracovány a postupně zaváděny informační kapitoly pro rodiče, vstupy pro lékaře, dotazníky a speciální edukační kapitoly stran výživy a pohybových aktivit pro věkovou kategorii dětí 6–11 let.

A to není vše. Vývoj mobilní aplikace rychle postupuje, v současnosti probíhá v Kutné Hoře laskavostí našeho kolegy a senátora MUDr. Procházky testování beta verze BF24 u menší skupiny dětí k doladění technických parametrů, včetně komunikace s fitness náramkem, ordinací pediatra a centrem ÚZIS. Zkušební verze aplikace je již dostupná na platformách Google play a Apple store.

V tomto roce se nám též podařilo navázat spolupráci s Odborem zdravotnictví Plzeňského kraje. Rádi bychom totiž přenesli část informačních aktivit BF24 na regionální webové stránky měst. Rodiny by tak měly zcela konkrétní aktuální informace o možnostech pohybových aktivit pro dětskou věkovou kategorii v regionu. To vše na jednom místě, pod logem BF24 a s přímým

propojením na centrální portál BF24. Pokud se tento model osvědčí, rozšíříme ho do dalších krajů.

Propagaci projektu v celostátním měřítku zahájíme nejspíše v lednu 2025, po důkladném otestování celého systému. Neradi bychom start BF24 úspěchali, katastrofický průběh digitalizace stavebního řízení je pro nás velkým varováním.

Závěrem bych chtěl zmínit jednu milou a důležitou zkušenost. V posledních vypjatých měsících, kdy o stresující momenty nebyla nouze, se ukázala úctyhodná soudržnost pracovní skupiny BF24. Jde přitom o pestrou paletu osobností z různých institucí. Krom ČLK, OSPDL, SPLDD, České obezitologické společnosti, Univerzity Karlovy, ČVUT a společnosti STOB nemohu nezmínit obě milé kolegyně z NSC/ÚZIS. Jde o týmové hráče s velkou psychickou odolností, a to bez výjimky. Velice si toho vážím. Rád bych všem tímto poděkoval a zároveň vyjádřil naději, že vše úspěšně zvládneme. Práce je před námi stále dost, nicméně světélko na konci tunelu už vidíme.

Držte nám prosím palce i nadále, v lednu to začne.

MUDr. Petr Jehlička, Ph.D.

V Plzni, 15. 11. 2024



Ultramaraton kolem Mont Blancu

Chtěl jsem dokázat svým pacientům s nadváhou nebo obezitou, že s pohybem lze začít kdykoliv, říká MUDr. David Dezort, který úspěšně absolvoval jeden z nejtěžších maratonů na světě.

Je ročník 1976 a rodilý Ostravan. Provoval na LF UP v Olomouci v roce 2000. Po škole nejprve pracoval jako anesteziolog ve FNOL, aby pak s rodinou odešel na delší dobu do Německa. Následně pracoval ve Velké Británii, kam dojíždí jako locum anesteziolog dodnes. Natrvalo zakotvil s rodinou u Litomyšle, odkud pochází jeho žena, která je soukromou oční lékařkou s úvazkem v nemocnici. Pracoval na ARO v Litomyšlské nemocnici. Později si dodělal atestaci ze všeobecného lékařství a převzal praxi po tchánovi. V současné době pracuje ve vesnické ordinaci, slouží na ARO v Litomyšli a v Londýně a občas zaskočí i na záchrance. Klasický doktor na maloměstě, říká o sobě. Nicméně jeho sportovní úspěch moc klasický není. Úspěšně absolvoval horský ultramaraton, tedy 176 km v Alpách s celkovým převýšením deset tisíc metrů a časovým limitem 46,5 hodiny.

Pane doktore, máte za sebou ultramaraton kolem Mont Blancu. Nemýlím se, když tento závod označím za jeden z nejtěžších běžeckých maratonů na světě? Můžete ten závod popsat?

UTMB je mistrovství světa v horském ultramaratonu, jde o finálový závod všech horských maratonů, které se běhají po celém světě; 176 km v Alpách, celkové převýšení deset tisíc metrů, časový limit 46,5 hodiny. Start je ve francouzském Chamonix a trasa vede kolem masivu Mont Blanc přes území Itálie a Švýcarska. Na startu vedle sebe stojí jak běžecká elita, tak zástupy natěšených hobby běžců, kterým jde hlavně o to si závod užít a jakkoliv v časovém limitu dojet do cíle. Celkem 2700 účastníků, z nichž tisíc závod nedokončí. Běžecký rekord trati je neskuptečný, něco málo pod 20 hodin.

Noc před závodem jsem šel spát už v osm večer a nemohl usnout. Honily se mi v hlavě myšlenky. Proč? Stojí mi to za to? Sedmačtyřicet let, po operaci přetrženého vazů v koleni, šroubovaný kotník. Fyzicky jsem si věřil, kondičku mám, kopce urvu silou, ale bál jsem se vazů a kloubů. Přece jen, mám adekvátně věkem zhutované tělo. Váha 73 kg na 177 cm. Na ideální běžeckou váhu, abych mohl hopsat po kamenech jak srnka,



mám asi 13 kg navíc. Stojím na balkoně penzionu v Chamonix a koukám na příkré svahy hor kolem a majestátní Mont Blanc. Chce se mi zvracet, tohle jsem fakt přehnal.

Prvních 80 km jsem si užíval. Běželo se opravdu dobře a trochu jsem to přepálil. Terén se střídal přes štěrkové cesty, udusané hliněné pěšinky, vysokohorské louky po obtížný technický kamenitý sešup. Baštil jsem gely plus jídlo, co bylo k dispozici včetně nabízených energetických izotoňáků, které jsem neznal a předem nevyzkoušel. Počasí bylo nádherné, noc jasná, hvězd nepočítané a já postupoval směle vpřed. Stoupání se

táhla, ale nebyla nekonečná. Klesání se dala seběhnout a nebolela. V horských vesnicích jsme hlasitě povzbuzováni tisíci fanoušky, kteří si z fandění udělali celonoční party. První vyčerpaní odpadlíci byli zdravotníci balení do alu fólií a stahování z trasy. Na 51. kilometru překvapivá kontrola povinného vybavení. Chtějí vidět nabitě a připojené mobily, dva litry vody a termofólii. Následuje totiž 30 km dlouhý úsek vysoko v horách. Byl jsem na trase 12 hodin, překročil francouzsko-italskou hranici a překonal pět vrcholů, z toho čtyři s výškou kolem 2500 metrů nad mořem. Nadšeně jsem se pustil z kopce na

hlavní check point na italské straně. Prudce 1300 výškových metrů dolů. Jde ti to skvěle, hlásí mozek. Tělo nenaříká, co se může stát? Krotím optimismus.

Krise první – 83. kilometr, Courmayeur. Strmý seběh do symbolické půlky trasy na druhé straně Bílé hory mě odvařil a dosa-
vadní popíjení nevyzkoušeného energetáku si vybralo svou daň. Mám průjem! Kurňa! Support team nedorazil. Uvázli s autem v zácpě v tunelu pod Mont Blancem. Depka. Trochu povzbudit bych potřeboval. Měním komplet oblečení za čerstvé a voňavé, ale suché trenky, ponožky a triko mi náladu nezvednou. Po třicetiminutové pauze těžce vstávám ze židle a jdu dál. Následuje příkré stoupání v pravé poledne a nepřátelská italská vespa mě bodá do pravého lýtka. První opravdová krize, kdy přemýšlím, že to zabalím. Ruce mám slabé, chybí mi vnitřní energie, totální deprese, pravé lýtko natéká a slunce peče, fakt peče. Začínají mě pálit chodidla. Jedu jak stroj. Připomenu si svou motivaci, proč tuhle šílenost dělám, a zapojím antikrizovou techniku. Zaháknu se za nejbližšího závodníka a kopíruji jeho krok a tempo v těsném závěsu a nechávám se jím vyvézt až nahoru. Vrtulník sváží v kleci nějakého chudáka, který vyšel nahoru, ale na cestu dál už mu nezbylo sil. Piju v tom vedru vše, co teče.

Následovala nejkrásnější část UTMB, která mě nakopne. Dlouhatánský třinácti-
kilometrový traverz s výhledem na jihovýchodní masiv Mont Blancu s několika ledovci. Škoda, že mi výhledy kazí pálení plosek

a úporná snaha kontrolovat svěrače. Břícho mám nafouklé jak buben. Na 101. kilometru se na občerstvovače očima vyhýbám medikům, kteří sondují a stahují z trati vyčerpané kusy. Dávám polívku, z pevné stravy se mi dělá šoufl, bolí mě břicho, láduju se banány a kolou. Na záchodě sedím 15 minut, dávám smectu proti průjmu a po vzoru okolí se pokouším o power nap. Lehnu si na 15 minut, ale neusnu. Vstanu, sklopím hlavu a dřu do dalšího kopce. Mega stoupání ve vedru na nejvyšší místo trati 2537 metrů nad mořem a zároveň italsko-švýcarskou hranici utáhnu rukama. Dojdu vyhublého zvracejícího Nora, nevypadá dobře, kolabuje vedle trasy, volají pro něj vrtulník. Do cíle stále zbývá 70 kilometrů, 14 kilometrů dolů je nekonečných, myslím jen na záchod, zpropadené nevyzkoušené energetáky!

Sto šestnáctý kilometr, opět neúspěšný pokus o šlofika u trasy. Začíná druhá noc. Nikdy jsem nešel závod delší než 119 kilometrů, takže nevím, jak bude moje tělo dál reagovat. Překonávám další stoupání na 130. kilometru, kde mě konečně čeká support team, komplet rodina. Snažím se vypadat pozitivně, ale moc mi to nejde. Je tma, dusno, nasoukám do sebe těstoviny se solí. Kolem mne odpadávají lidi ze závodu po desítkách. Nejčastěji pro puchýře, otoky chodidel, opruzeniny, bolesti kolen, zažívací obtíže, celkové vyčerpání a dehydrataci. Kanaďan naproti mne má nohy jeden velký puchýř, jeho manželka ho objímá a on se svěšenou hlavou pozoruje, jak mu odepínají startovní číslo s čipem. Celá rodina jde kousek trati se

mnou, po kilometru je setřesu a mizím jim z dohledu ve tmě.

Trient, 146. kilometr, do cíle 30 kilometrů. UTMB jde do finále. Teď se rozhoduje. Teprve teď závod doopravdy začíná. Jde se daleko přes limit. Nápor na tělo a psychiku je extrémní. Podpořit mě teď přišli oba synové. Vyjeveně na mne koukají, asi nevypadám zrovna svěže. Další pokus o chvilkový power nap. Kluci mě zabalují do spacáku a deky. Neusnu a jdu čelit nejprudšímu stoupání celé trasy. Masakr! Doslova si v tom prudkém krpále šlapeme na hlavy, hole se smýkají a nemají se v terénu oč zabodnout. V každé serpentíně někdo odpadne a těžce oddechuje, někdo to otáčí a končí. Sto padesátý pátý kilometr. Z předposledního kopce se potácím. Hlava mi hučí, jsem jak opilý. Je pět hodin ráno, opouštím běžeckou skupinu. Motá se mi hlava, nejsem schopen se soustředit na terén. Bojím se úrazu. Kolem trasy polehávají unavení závodníci, někteří nohama doslova uprostřed stezky. Totálně vyčerpaný lehnu do trávy někde na švýcarsko-francouzské hranici. Jen tak sebou plácnu na zem. Budík nastavím na 15 minut.

Probudím se za 45 minut. Svítá, hlava je svěží, ale každý krok mne pro puchýř pod palcem na noze bolí, běžet už nemůžu. Silou vůle se dobelhám po ostrých kamenech z kopce na předposlední check point 20 kilometrů před cílem. Pevné jídlo už nejím, jen čaj, šest kostek cukru, polévka, banán. Beru si analgetika. Tohle už dojdu, tohle už dorvu! Vylézá slunce, nálada se mi zlepšuje, sice jsem nabral ztrátu tři hodiny, ale mega krizi z nedostatku spánku jsem překonal. Mysl je jasná a šlapací robot ve mně jede na plné obrátky.

Vidinu cíle jsem si připustil až na vrcholu posledního kopce, až při posledním seběhu. Už jsem si povolil myslet na to, že závod zvládnu. Dával jsem sakra pozor na každý krok a kámen, abych si těsně před cílem něco neudělal. Jak já si těch posledních devět kilometrů užíval! Turisté kolem skandovali a tleskali na každého závodníka a volali bravo! A já odpovídal: I did it! I did it! a usmíval se jak jojo. Běžel jsem jak vítr, a když se ke mně asi kilometr před cílem v Chamonix přidal nejstarší syn Daniel, se kterým jsem ve dvojici před léty zvládl B7, zažíval jsem běžeckou a emocionální extázi. To se musí zažít! Všichni, ale opravdu všichni kolemjdoucí a postávající skandují, volají vaše jméno, tleskají a řinčí alpskými kravskými zvonci.

Cílová rovinka byla splněný sen. Z věže



kostela duní údery zvonů, obecenstvo burácí a vítá i mě jako vítěze. Míří na vás kamery a desítky fotoaparátů. Neskutečný pocit hrdiny okamžiku. Cílová brána s logem UTMB nad hlavou. Takhle jsem si to ve snu představoval. Chce se mi křičet štěstím. Já hobík jsem to dokázal! Já to opravdu dal! Chce se mi křičet, ale únava zvítězila a vydýchávám cílový sprint. Ta bolest za to stála. V duchu s pokorou děkuji čemukoliv a komukoliv za to, co mi bylo právě umožněno a že jsem u toho nebyl sám.

Jak se k takovému závodů dostane praktický lékař a anesteziolog z Čech?

Jsem doktorem na plný úvazek, mám tři děti a běhat jako hobík jsem začal po svých čtyřicátých narozeninách. Nechci říct, že hlavní motivací byla krize středního věku, ale možná, že právě tahle cifra mě nakopla. Motivací bylo nejen shodit nějaké to kilo navíc, ale zároveň dokázat svým pacientům s nadváhou nebo obezitou, že s pohybem lze začít kdykoliv, i v pozdějším věku. Chtěl jsem ostatním ukázat, že sportovní sny se mohou s trochou píle vyplnit každému, že aktivní přístup ke zdraví má každý ve svých rukou. Prevalence obezity, hypertenze, cukrovky u mé generace husákových dětí je opravdu extrémní.

V tu samou dobu přišel švagr, zubař, s tím, že poběží Beskydskou sedmičku (stokilometrový horský maraton v Beskydech) a přesně v ten okamžik jsem se rozhodl. Když to chce dokázat on, dokážu to taky! O nějakém UTMB jsem neměl ani páru, mým Everestem byla B7.

Začal jsem se po čtyřicítce také učit hrát na trumpetu, jezdit na koni, oprášil jsem střelbu, chodil jsem na Aikido, krav magu, provázel turisty po Litomyšli a Praze. Myslím, že po čtyřicítce jsem začal žít i jinak než jen prací a dětmi. Plnil jsem si konečně své nepracovní sny. Postavit se na start Beskydské sedmičky a později UTMB vedle běžecské elity a pokusit se zdolat B7 a UTMB patří rozhodně pro mě jako hobíka do kategorie ožvládnutého sportovního snu.

Horskou výzvou s 35 kilometry v Jeseníkách to začalo. Pak jsem šel třikrát Beskydskou sedmičku, poprvé to bylo fiasko. Nato jsem si poprvé oťuknul Alpy na 72kilometrovém Dolomiti Extreme Trail s převýšením 5500 metrů. Rok nato jsem zvládl Scenic trail ve Švýcarsku, 119 kilometrů s převýšením 7500 metrů. No a loni jsem dokončil nádherné Lavaredo, 120 kilometrů opět v Dolomitech. Nikdy mi nešlo o umís-

tění. Hlavní bylo dojít do cíle v časovém limitu, užít si hory a atmosféru. Pak se mi ale v hlavě usadila představa UTMB, nemohl jsem se jí zbavit. Ta vzdálenost a převýšení čněla nade vším. UTMB mě fascinoval a děsil zároveň. Pokusím se o UTMB a dám do toho všechno, co můžu jako hobík dát. Poběžím a s trochou štěstí dokončím mistrovství světa v ultramaratonu!

Příprava na takový závod musela být hodně náročná. Jak dlouho trvala a jak probíhala? Co jste musel pro úspěch u Mont Blancu obětovat?

V lednu jsem se dozvěděl, že jsem byl vybrán. Zájem o účast na závodě je totiž enormní. Zájemce musí splnit náročná běžecská kritéria a pak mít štěstí a být vylosován do startovního pole. Okamžitě jsem šlápnul do tréninku, běhal jsem 300 kilometrů za měsíc, ladil výbavu, speciální běžecskou výživu, posiloval střed těla, zhubnul sedm kilo. Trénoval jsem, kdy mi to práce dovozovala, třikrát čtyřikrát týdně. Studoval



jsem nelitostný profil trasy a byl nervózní z toho, že jsem to možná už trošku přehnal, že už nejsem žádný mrštný kamzík. Nejpravděpodobnější má diagnóza zněla – věčný snílek. Poslední měsíc jsem byl už fakt nervózní a napnutý, no a den před závodem se mi chtělo při pohledu na strmé kopce už vysloveně fyzicky zvracet.

Co vám maraton naopak dal?

Od 83. kilometru na UTMB jsem si přisahal, že s běháním ultramaratonu končím. Že si nehodlám dále ničit zdraví. Dnes, týden poté, už mám jasno. Asi. Ultramaratony pro mou váhovou a výkonnostní kategorii fakt nemají smysl. Snad jsem tímto možná trochu zbytečným počinem dokázal, že i přes náročnou profesi si my lékaři můžeme plnit nelékařské sny. Samo sebou že absolvování takového závodu nemá se zdravím nic společného. Před startem jsem si pro jistotu zašel na vyšetření ke sportovnímu lékaři doc. MUDr. Daliborovi Pastuchovi z FN Ostrava, aby mi dal zelenou. Díky přípravě jsem ale zhubnul, naučil se správně rehabilitovat a dodržovat pravidelný pohyb.

Jak se odrazil ve vaší práci lékaře?

Svým přístupem jsem už motivoval několik svých pacientů i kolegů k pravidelnému běhání nebo cvičení. A v ordinaci není dne, abych se mě někdo na běhání nezeptal.

Co chystáte dál?

Dotknul jsem se běžeckého nebe a málem shořel. Jsem si říkal, jestli existuje něco podobného na běžkách, sniž totiž neboří. Lákají mě běžky a putování drsnou zasněženou severskou krajinou. Láká mě jít na běžkách celou 470 kilometrů dlouhou Kungsleden ve Švédsku. Sto dvacet kilometrů jsem před pár lety projel se svým synem na běžkách se sněžnými sáněmi a stanem, bez signálu, v severské polární zimě a na prosté divočině. Surový zážitek srovnatelný s UTMB, jen bez diváků a té bolesti.

Mým snem je konečně zpomalit. Mým snem je nebýt přepracovaným doktorem nejpočetnější generace, která teď táhne české zdravotnictví. Mým snem je, ať to další generace našich lékařů konečně dotáhne na úroveň odměňování a pracovních podmínek v západní Evropě.

Už raději končím a jdu si zaběhat.

Děkuji za vaše odpovědi a držím palce.

Michal Sojka

Ocenění pro Parvine Gricovou

Slavnostní předání Čestné medaile České lékařské komory proběhlo ve středu 27. listopadu 2024. Za tento rok byla medaile udělena MUDr. Parvine Gricové, emeritní praktické lékařce pro děti a dorost, dlouholeté člence představenstva, delegátce sjezdů ČLK a člence Čestné rady OS ČLK Uh. Hradiště.



Medaili spolu s diplomem oceněné předal předseda okresního sdružení ČLK MUDr. Jan Píštěk, který jí jménem členské základny OS ČLK vyjádřil poděkování za její celoživotní obětavou práci ve svém oboru pro pacienty a taktéž za práci pro Českou lékařskou komoru, kterou vykonává od roku 1992 dodnes.

MUDr. Parvine Gricová se narodila v Teheránu (Írán), v roce 1961 se rodina přestěhovala do Československa, kde otec získal v Brně zaměstnání jako stavební odborník. České občanství má od roku 1990.

Vzdělání: 1964–1967 Střední všeobecně vzdělávací škola Brno, 1967–1973 Lékařská fakulta Jana Evangelisty Purkyně Brno (obor pediatrie).

Zaměstnání: 1973–1990 nemocnice Uherské Hradiště, 1973–1976 dětské oddělení nemocnice Uherské Hradiště, 1976 atestace z pediatrie I. st., 1976–1990 infekční odd. nemocnice Uherské Hradiště (zástupce primáře a vedoucí antirabického centra), 1980 atestace – přenosné nemoci, od 1990 praktická lékařka pro děti a dorost Uherské Hradiště, od 1992 soukromá ordinace praktického lékaře pro děti a dorost Uherské Hradiště, od 2007 akreditované pracoviště Ministerstva zdravotnictví ČR pro výuku lékařů a zdravotnických pracovníků v oboru praktický lékař pro děti a dorost, od 1995 okresní zástupkyně Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, od 2010 předsedkyně Sdružení praktických dětských lékařů Zlínského kraje.

Členství v organizacích: Česká lékařská komora, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, Odborná společnost praktických dětských lékařů, Česká lékařská společnost J. E. Purkyně.

Přednášková a publikační činnost s pediatrikou tematikou v posledních letech převážně z vakcinologie (přednášky v rámci Kongresu

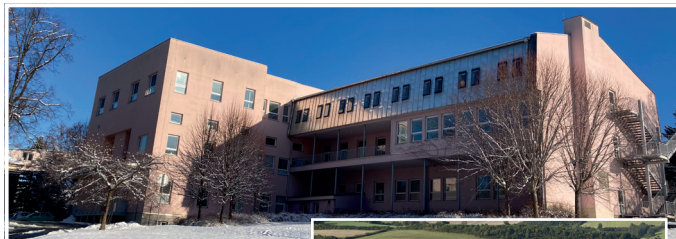
primární péče na Luhačovických pediatrických dnech a na dalších odborných pediatrických akcích v ČR).

Publikační činnost: pediatriká témata, hojně problematika očkování, v odborných lékařských časopisech i jiných periodikách (Vox Pediatrie, Medical Tribune atd.)

MUDr. Parvine Gricová je držitelkou diplomu celoživotního vzdělávání. Celý pracovní život spojila s nemocnicí v Uherském Hradišti, která byla a je její srdeční záležitostí. Zde se učila medicínu ode dne nástupu v září 1973 a zde jako důchodkyně pomáhá dodnes. Měla velké štěstí na vynikající učitele. Nezapomenutelnými učiteli nejen medicíny, ale i života byli prim. MUDr. Rudolf Váňa a prim. doc. MUDr. Palacký. Zažila vynikající nadřízené i kolegy primáře MUDr. Mojmira Dufka na ortopedickém odd., primáře MUDr. Jaroslava Bašuse na chirurgickém odd., primáře MUDr. Emanuela Tihona na plicním oddělení a primáře MUDr. Františka Havránka na gynekologickém oddělení.

Dodnes pomáhá s pohotovostními službami a očkováním. Pracuje jako dobrovolnice ve velkém množství neziskových organizací zaměřených na znevýhodněnou populaci – postižené děti a dospělé, těžce nemocné a důchodce. Vydatně pomáhá finančně i s praktickou péčí a konzultační činností. **(red)**

Inzerce



Milé kolegyně, vážení kolegové, před více než rokem jsem byl vyzván, abych se ujal Sušické nemocnice, která po dlouhé roky trpěla turbulentními změnami koncepcí a majetkových vztahů. Kromě podpory města Sušice jako zřizovatele a štědrého podporovatele jsem zde především našel kolektiv velmi schopných a obětavých lidí – od uklízeček přes sanitáře, ošetřovatelky, fyzioterapeuty a sestry až po lékaře. Naprostá většina z nich jsou srdcaři, kterým na jejich nemocnici záleží a kteří udělají vše, aby jí pomohli postavit na nohy. Máme jasný rozvojový plán a zajištěné financování. Hledáme do týmu lékaře a lékařky na stabilizaci a další plánovaný rozvoj nemocnice. **Nyní především primáře/ku oddělení následné péče, lékaře na jednodenní chirurgii a chirurgickou ambulanci a lékaře do interní ambulance.** Přivítáme ale i lékaře jiných odborností, kteří by nám pomohli rozšířit spektrum nabízených služeb pro obyvatele tohoto krásného regionu. Nabízíme slušné a férové jednání, nadstandardní finanční ohodnocení, klidné a přátelské prostředí a dodržování zákoníku práce. Máme zajištěné ubytování pro svobodné i pro rodiny s dětmi a Sušice nabízí široké možnosti sportovního i kulturního vyžití. Pokud hledáte pro své děti zdravé a bezpečné místo pro život, nebo jste již unaveni shonem a stresem velkých měst a nemocnic, Sušická nemocnice je pro Vás to správné místo. Pokud Vás moje povídání zaujalo, zavolejte nebo se přijďte podívat. Budu se na Vás těšit a doufám, že brzy přivítám nové kolegyně a kolegy.

Váš MUDr. Roman Vanžura, ředitel, Sušická nemocnice s.r.o.
tel.: 725 047 333, email: roman.vanzura@susnem.cz



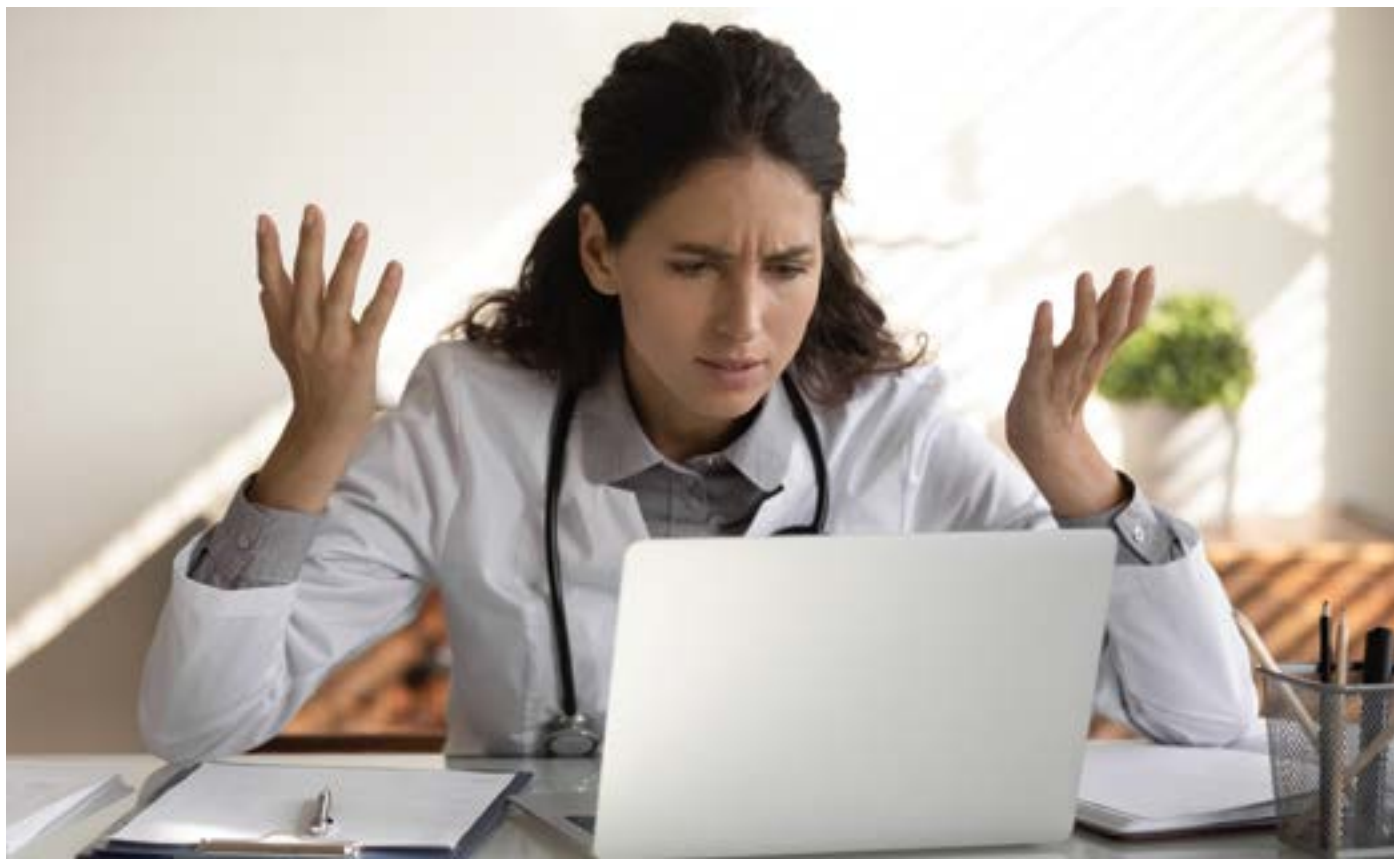


Foto: Shutterstock.com

Duševní zdraví lékařů: Klíč k udržitelné péči o pacienty

Lékařská profese patří mezi nejvíce stresující povolání. Lékaři denně čelí enormnímu stresu z rychlého rozhodování, emoční zátěže a práce pod vysokým tlakem. Tyto faktory mohou dlouhodobě ničit jejich psychické zdraví. Výzkumy ukazují, že psychická pohoda zdravotnických pracovníků má přímý vliv nejen na jejich životy, ale i na kvalitu péče, kterou poskytují pacientům (West, Dyrbye & Shanafelt 2018).

V posledních desetiletích se problematika duševního zdraví lékařů stává stále aktuálnější. Syndrom vyhoření, úzkost, deprese nebo dokonce sebevražedné myšlenky nejsou mezi lékaři neobvyklé. Studie provedené v různých zemích odhalují, že více než polovina lékařů zažívá během své kariéry syndrom vyhoření (Sla, 2016). Tento problém se však netýká pouze jednotlivců – ovlivňuje celý zdravotnický systém. Vyčerpaní lékaři jsou náchylnější k chybám, jejich produktivita klesá, a co je nejdůležitější, pacienti dostávají méně kvalitní péči (West, Dyrbye, Erwin, & Shanafelt, 2016).

Historie a globální kontext

Zájem o duševní zdraví lékařů není nový. Již v 70. letech 20. století byla poprvé popsána koncepce syndromu vyhoření. Tento fenomén byl nejprve zkoumán u profesí, které zahrnují intenzivní práci s lidmi, například učitelů, zdravotních sester a lékařů. Výzkum ukázal, že dlouhodobý stres spojený s emoční zátěží může způsobovat emoční vyčerpání, cynismus a pokles osobního uspokojení (Maslach & Leiter, 2016).

V posledních letech se problematika duševního zdraví lékařů stala celosvětovým tématem. Například ve Spojených státech se každoročně zaznamená alarmující počet sebevražd mezi lékaři – odhadem až 400 případů ročně (The Lancet, 2017).

Řada zemí proto zavedla programy na podporu duševního zdraví zdravotníků. Ve Velké Británii se osvědčily tzv. Schwartz Centre Rounds, což jsou skupinová setkání, kde mohou lékaři sdílet své emoce a zkušenosti (Reed et al, 2015). Austrálie se zaměřila na podporu lékařů v odlehlých oblastech, kde je stres často spojený s izolací (Russel et al, 2017). Ve Spojených státech existují anonymní programy psychologické podpory, které zahrnují peer-support skupiny a krizové linky (www.physiciansupportline.com).

Duševní zdraví českých lékařů

V České republice čelí lékaři obdobným výzvám. Duševní zdraví lékařů je klíčové pro efektivní fungování zdravotnického systému. Vysoká pracovní zátěž, stres a emoční vyčerpání mohou vést k vážným psychickým problémům, jako jsou deprese, úzkost či syndrom vyhoření.

Už během studia na lékařských fakultách jsou studenti vystaveni značnému stresu, který může negativně ovlivnit jejich duševní pohodu. Tento tlak pokračuje i v praxi, kde se lékaři denně setkávají s utrpením pacientů, pracují pod časovým tlakem a často zanedbávají vlastní psychické zdraví. Bohužel, český zdravotnický systém zatím nenabízí dostatečnou podporu v této oblasti.

Pandemie covidu-19 tyto problémy ještě prohloubila, což zdůrazňuje nutnost systematické péče o duševní zdraví zdravotníků. Výzkumy ukazují, že během pandemie vykazovalo 28,6 procenta lékařů mírné projevy úzkosti, 11,3 procenta střední až vysokou míru úzkostné symptomatiky. Podobně 14,2 procenta lékařů trpělo mírnou depresí, 9,6 procenta střední a 4,6 procenta těžkou depresí. Tyto statistiky podtrhují naléhavost situace a potřebu okamžitého řešení.

Dalším závažným problémem je stigmatizace duševních onemocnění. Mnoho lékařů se obává vyhledat odbornou pomoc kvůli strachu z negativního hodnocení od kolegů či nadřízených. Tento strach vede k tomu, že více než polovina zdravotníků trpících psychickými poruchami nevyhledá odbornou péči.

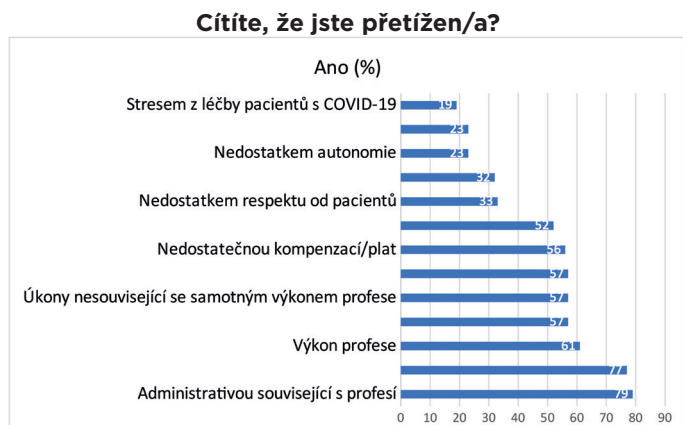
Současný výzkum

V České republice se výzkumu duševního zdraví lékařů již od roku 2013 věnuje Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN. Tento výzkum inicioval prof. MUDr. Jiří Raboch, na jehož práci později navázal prof. Radek Ptáček. Prof. Ptáček se významně zasloužil o zvýšení povědomí o syndromu vyhoření a dlouhodobě usiloval o zlepšení péče lékařů o jejich vlastní zdraví. Výzkum z roku 2024 je jedním z posledních projektů, které prof. Ptáček navrhl a realizoval. Ve spolupráci s Českou lékařskou komorou (ČLK) byla sesbírána data od 1764 lékařů, z nichž 65 procent tvořily ženy a 35 procent muži. Průměrný věk respondentů byl 47 let a průměrná délka praxe od ukončení lékařské fakulty činila 21 let.

Klíčové otázky výzkumu

Cítíte, že jste přetížen/a?

Jedním z nejvýznamnějších zjištění je, že třetina lékařů pociťuje nedostatek respektu jako problém, což poukazuje na důležitost interpersonálních vztahů v pracovním prostředí. Tento faktor přetížení však není hlavní – nejvíce respondenti uvádějí jako problém administrativní a byrokratické povinnosti. Administrativní zátěž byla dlouhodobě vnímána jako hlavní zdroj frustrace mezi zdravotníky. Vypĺňování dokumentace, legislativní požadavky a nadměrné kontroly odvádějí lékaře od jejich primární činnosti – péče o pacienty. Přestože pandemie vytvořila zvýšený tlak na zdravotní systém, většina lékařů

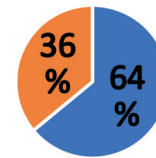


již začlenila léčbu pacientů s covidem-19 do své každodenní praxe, což ukazuje na jejich adaptabilitu. Nadměrný stres spojený s touto problematikou pociťuje pouze 20 procent respondentů.

Je pro vás výkon současné profese zdrojem dlouhodobého stresu?

V roce 2013 odpovědělo kladně až 92 procent lékařů, což poukázvalo na enormní úroveň stresu v této profesi. Aktuální výzkum ukazuje, že více než polovina (52 procent) lékařů stále pociťuje ohrožení syndromem vyhoření. Ačkoliv se zdá, že míra dlouhodobého stresu se ve srovnání s rokem 2013 snížila, stále se jedná o alarmující hodnotu, která ukazuje na vysoké riziko duševních problémů. Stres je vnímán jako běžná součást profese, avšak dlouhodobé vystavení bez možnosti regenerace přispívá k pocitu vyčerpání a vyhoření.

Je pro vás výkon současné profese/zaměstnání zdrojem dlouhodobého stresu?



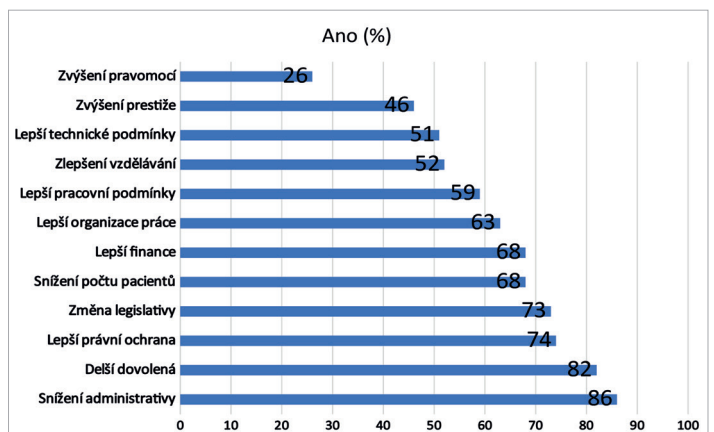
■ Ano ■ Ne

Pracovní faktory, které by mohly snížit stresové zatížení

Respondenti jednoznačně uvedli, že snížení administrativy by mělo největší vliv na snížení jejich stresu. Další důležité faktory zahrnují změnu legislativy a lepší právní ochranu.

Nadměrné množství administrativní práce nejenže zvyšuje stres, ale také snižuje efektivitu zdravotnického systému, protože lékaři tráví méně času s pacienty. Mnoho lékařů se cítí právně zranitelných, což zvyšuje jejich obavy při výkonu povolání, zejména při složitých medicínských případech.

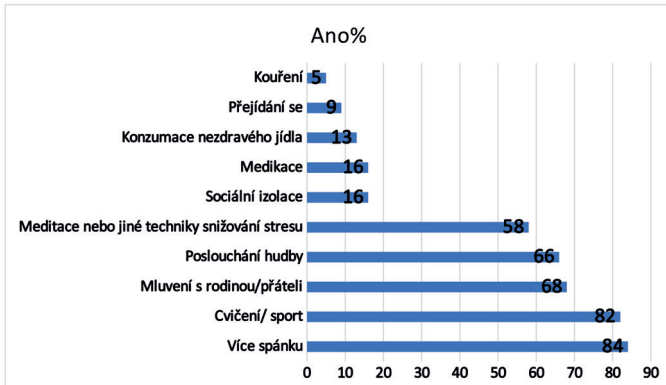
Pracovní faktory, které by mohly snížit stresové zatížení



Faktory životního stylu, které by mohly snížit stresové zatížení

Až 16 procent respondentů uvedlo, že stres zvládá pomocí medikace, což může být rizikové. Naopak 84 procent lékařů považuje za klíčové zlepšení kvality spánku. Užívání léků na zvládnání stresu může být varovným signálem, že část lékařů nemá dostatek zdravých copingových strategií. Dlouhodobé užívání medikace může vést k závislostem nebo jiným zdravotním komplikacím.

Faktory životního stylu, které by mohly snížit stresové zatížení



Nedostatek spánku významně přispívá k vyčerpání a zhoršení kognitivních schopností, což může mít vliv na kvalitu péče.

Sebevražedné myšlenky nebo přání

Přibližně 11 procent respondentů přiznalo myšlenky na sebevraždu, ačkoliv neplánují tyto myšlenky realizovat. Aktivní sebevražedné tendence (0,5 procenta) jsou vzácné, ale alarmující. Sebevražedné myšlenky jsou vážným signálem duševního nepohodlí a dlouhodobého stresu. Nízká procenta aktivních tendencí naznačují, že lékaři mohou své problémy skrývat nebo nejsou ochotni je přiznat. Stigmatizace odborné pomoci pravděpodobně brání některým zdravotníkům včas vyhledat podporu.

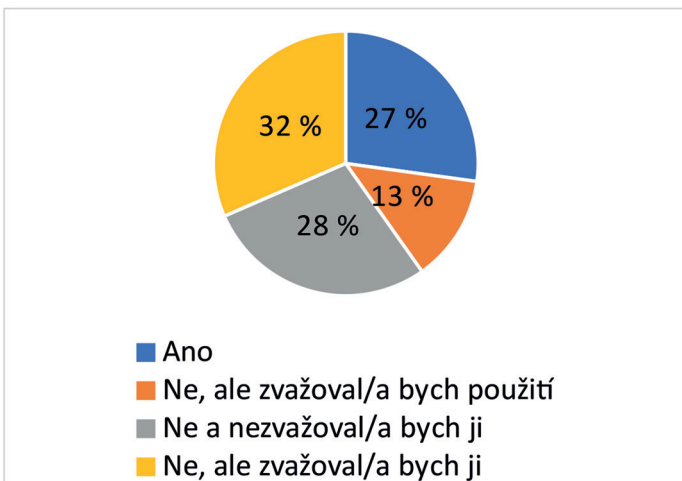
Sebevražedné myšlenky nebo přání

| Myšlenka/přání | N | % |
|----------------------------------------------------|------|------|
| Chtěl/a bych se zabit. | 8 | 0,5% |
| Kdybych měl/a možnost, tak bych se zabil/a. | 7 | 0,5% |
| Mám myšlenky o sebevraždě, ale neudělal/a bych to. | 193 | 11% |
| Nepřemýšlím o tom, že bych se zabil/a. | 1556 | 88% |

Depresivní symptomatika

Výsledky ukazují, že míra depresivních symptomů i syndromu vyhoření klesá s věkem. Nejvyšší hodnoty byly naměřeny u lékařů mladších 45 let. Vyšší skóre BDI-II a SMBM u mladších lékařů odráží vyšší míru stresu a emočního vyčerpání. To může být způsobeno náročnými začátky kariéry, nejistotou a nedostatkem zkušeností se

Hledal/a jste odbornou pomoc v případě, že jste se cítil/a v duševní nepohodě?



zvládnáním stresu. Mladší lékaři jsou navíc oproti dalším věkovým skupinám výrazně ovlivněni nutností postgraduálního vzdělávání, které je již náročné samo o sobě, a bohužel bývá i často využíváno jako vyjednávací argument a zároveň odůvodnění špatných pracovních podmínek. Nižší hodnoty u lékařů nad 65 let mohou být důsledkem menší pracovní zátěže nebo odchodu nejvíce postižených jedinců z profese.

Vyhoření a depresivní symptomatika podle věku

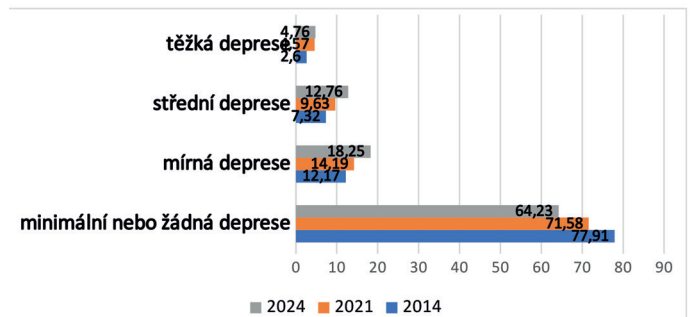
| věk | BDI - II | SMBM |
|-------|----------|-------|
| < 45 | 13,70 | 38,81 |
| 45-65 | 10,71 | 32,91 |
| 65+ | 8,57 | 27,47 |

V roce 2014 mělo minimální nebo žádné příznaky deprese 77,91 procenta lékařů. Tento podíl se však postupně snižoval – v roce 2021 na 71,58 procenta a dále na 64,23 procenta v roce 2024. Tento klesající trend ukazuje na rostoucí podíl lékařů, kteří se potýkají s nějakou formou depresivní symptomatiky.

Mírná deprese postihovala v roce 2014 12,17 procenta lékařů, v roce 2021 se zvýšila na 14,19 procenta a v roce 2024 na 18,25 procenta. Nárůst mírné deprese naznačuje, že dlouhodobý stres a pracovní zátěž mají na lékaře stále větší vliv.

Výrazně alarmující je nárůst střední deprese, která se z původních 7,32 procenta v roce 2014 zvýšila na 9,63 procenta v roce 2021 a na 12,76 procenta v roce 2024. Tato kategorie deprese již významně narušuje pracovní výkon a celkovou kvalitu života lékařů.

Nejvyšší míru závažnosti představuje těžká deprese. Zatímco v roce 2014 jí trpělo 2,6 procenta lékařů, v roce 2021 se tento podíl zvýšil na 4,57 procenta a v roce 2024 dosáhl 4,76 procenta. Přestože jde o relativně nízký podíl, tyto lékaři jsou ohroženi největšími důsledky, včetně pracovního selhání, izolace a sebevražedných myšlenek.



Profil „ohroženého“ lékaře

Ohrožení lékaři bývají obvykle mladší, s menšími zkušenostmi, což ztěžuje jejich schopnost zvládat náročné pracovní a emoční situace. Nedostatek praxe vede k tomu, že nemají dostatečně rozvinuté strategie, jak se vyrovnávat se stresem, což je činí zranitelnějšími vůči vyhoření a dalším psychickým problémům. Jedním z charakteristických znaků těchto lékařů je vysoká míra sebekritiky. Často sami sebe přísně hodnotí, zaměřují se na své chyby a nedostatky, což zvyšuje jejich vnitřní tlak. Tento způsob myšlení oslabuje jejich psychickou odolnost a vede k pocitu selhání či vyčerpání.

Dalším častým rysem je sociální izolace. Mladší lékaři se často zdráhají vyhledat pomoc nebo radu od kolegů, ať už z obavy před kri-

tikou, nebo kvůli pocitu, že by tím mohli projevit slabost. Výsledkem je, že na stresové situace často zůstávají sami, což jejich situaci ještě zhoršuje. Tento osamělý přístup nejen ztěžuje zvládnání stresu, ale také prohlubuje pocity izolace a frustrace.

Mnozí ohrožení lékaři se uchylují k maladaptivním strategiím zvládnání stresu. Ty mohou zahrnovat užívání léků na uklidnění, nadměrnou konzumaci alkoholu nebo jiné nezdravé způsoby, které sice krátkodobě přinášejí úlevu, ale z dlouhodobého hlediska problém neřeší a mohou mít důsledky na jejich zdraví. Navíc tito lékaři často zanedbávají volnočasové aktivity, které by jim mohly pomoci regenerovat a přinést radost. Jejich život je zaměřen převážně na práci, což přispívá k jejich vyčerpání.

Profil „zdravého“ lékaře

Zdraví lékaři naopak vykazují zcela odlišné vzorce chování a myšlení. Často jde o starší lékaře, kteří již mají za sebou mnoho let praxe, díky čemuž si vyvinuli vyrovnanější přístup k práci a životu obecně. Tito lékaři jsou schopni přistupovat ke svým chybám s nadhledem a brát je jako příležitost k učení, nikoliv jako důvod k přehnané sebekritice. Díky této schopnosti si udržují vysokou míru psychické odolnosti a vyhýbají se emočnímu vyčerpání.

Jedním z klíčových rysů zdravých lékařů je kvalitní síť sociální podpory. Tito jedinci neváhají vyhledat radu nebo pomoc od kolegů či blízkých, což jim umožňuje sdílet své starosti a čerpat emoční oporu. Díky tomu se cítí méně osamělí a lépe zvládají pracovní nároky.

Dalším charakteristickým rysem je využívání adaptivních strategií zvládnání stresu. Zdraví lékaři se soustřeďují na plánování, realismus a zaměření na řešení problémů, místo aby hledali krátkodobé úniky v podobě léků nebo alkoholu. Přístup k životu jako k souboru výzev, které lze zvládnout, jim umožňuje zachovat si klid i v náročných situacích.

Zdraví lékaři si rovněž pravidelně dopřávají čas na své záliby a volnočasové aktivity, jako je sport, umění nebo trávení času s rodinou a přáteli. Tyto činnosti jim pomáhají načerpat energii a posílit psychickou pohodu. Celkově jsou schopni udržovat zdravou rovnováhu mezi pracovním a osobním životem, což je klíč k prevenci vyhoření.

Tento profil ukazuje, že duševní zdraví lékařů je výsledkem kombinace zkušeností, kvalitní podpory a adaptivního přístupu k životním výzvám. Inspirace těmito rysy může být přínosem nejen pro mladší lékaře, ale i pro celý zdravotnický systém.

5 rad pro duševní zdraví lékařů

1. Pravidelná fyzická aktivita:

Zařaďte pohyb do svého každodenního režimu. Fyzická aktivita podporuje dobrou náladu, snižuje stres a zlepšuje celkové zdraví. Může jít o rychlou procházku, běh, jógu nebo cvičení v posilovně – důležité je najít si aktivitu, která vám vyhovuje.

2. Rovnováha mezi prací a soukromým životem:

Naplánujte si čas pro sebe a své blízké. Důsledná rovnováha mezi pracovními povinnostmi a odpočinkem je klíčem k dlouhodobé psychické pohodě. Vytvořte si rutinu, která zahrnuje pravidelný odpočinek, aby váš život nebyl pouze o práci.

3. Dostatek spánku:

Dbáte na kvalitní a dostatečný spánek? Regenerace během spánku je nezbytná pro tělo i mysl. Stanovte si pravidelný



Foto: Shutterstock.com

režim spánku a vyhýbejte se činnostem, které jej narušují, například konzumaci kofeinu nebo používání elektroniky před spaním.

4. Podpůrná síť vztahů:

Pěstujte kvalitní vztahy s kolegy, přáteli a rodinou. Sdílení emocí a problémů s někým, komu důvěřujete, může poskytnout emoční podporu a pomoci zvládnout náročné chvíle. Budování této podpory je dlouhodobou investicí do vašeho duševního zdraví.

5. Včasné vyhledání odborné pomoci:

Nebojte se kontaktovat psychologa, terapeuta nebo jiného odborníka, pokud cítíte příznaky vyčerpání, úzkosti či deprese. Včasná intervence může zabránit rozvoji vážnějších problémů a umožní vám rychleji se zotavit.

Jak mohou nemocnice pomoci chránit své lékaře?

1. Otevřená komunikace a destigmatizace

Nemocnice by měly podporovat kulturu otevřené komunikace, kde je v pořádku přiznat, že člověk potřebuje pomoc. Vedení by mělo aktivně vytvářet prostředí, které umožňuje zdravotníkům sdílet své problémy bez obav z odsouzení. Školení zaměřená na emoční inteligenci a zvládnání konfliktů mohou lékařům pomoci lépe komunikovat s kolegy a pacienty.

2. Anonymní podpora a dostupné služby

Ve světě se osvědčily anonymní krizové linky a peer-support skupiny zaměřené na zdravotníky. Tyto služby poskytují bezpečné prostředí pro sdílení problémů a získání pomoci bez obav z narušení důvěrnosti. Česká lékařská komora by mohla zvážit vytvoření podobného systému dostupného 24/7.

3. Fyzická aktivita a wellness programy

Nemocnice v zahraničí často organizují skupinové sportovní aktivity nebo nabízejí příspěvky na členství ve fitness centrech. Jóga a mindfulness jsou další osvědčené metody, které pomáhají zvládat stres a podporují psychickou pohodu. Tyto programy by mohly být implementovány i v českých zdravotnických zařízeních.

Tyto rady a postupy jsou jen začátkem. Kultura podpory, dostupné zdroje a pravidelná péče o psychickou pohodu jsou klíčem k dlouhodobému duševnímu zdraví lékařů. Je třeba, aby se zdravotnické systémy zaměřily na zlepšení podmínek nejen pro pacienty, ale i pro své pracovníky. Zároveň je však z výše

uvedených bodů patrné, že požadavky na udržitelnost systému pro zdravotníky jsou mnohdy protichůdné oproti požadavkům na dostupnost zdravotní péče, která často funguje právě na úkor zdravotníků. To se týká hlavně otázek zdravé životosprávy, rovnováhy mezi osobním a pracovním životem a psychohygieny, což bude představovat pro naše zdravotnictví do budoucna velkou výzvu, ale zároveň nezbytný krok.

Závěr

Zlepšení duševního zdraví lékařů je zásadním krokem k udržitelnému a kvalitnímu zdravotnickému systému. Lékaři čelí vysokému pracovnímu stresu, syndromu vyhoření a psychickým problémům, které ohrožují nejen jejich osobní pohodu, ale i bezpečnost a kvalitu péče, kterou poskytují pacientům. Abychom tuto situaci změnili, je nezbytné přijmout systematická opatření na podporu jejich duševního zdraví.

Klíčové kroky k řešení této problematiky zahrnují:

- **Vzdělávání a osvěta:** Již během studia na lékařských fakultách je důležité zahrnout do výuky témata spojená s duševním zdravím, zvládnutím stresu a prevencí vyhoření. Mladí lékaři by měli být připraveni na výzvy svého povolání a mít k dispozici nástroje pro efektivní zvládnutí psychické zátěže.
- **Dostupnost psychologické a psychiatrické péče:** Je klíčové vytvořit prostředí, kde lékaři mohou bezpečně a anonymně vyhledat odbornou pomoc bez obav ze stigmatizace nebo negativních dopadů na jejich kariéru.
- **Podpora od vedení zdravotnických zařízení:** Zdravotnické instituce by měly nabídnout pravidelné supervize, mentoring a možnosti sdílení problémů v bezpečném prostředí. Zapojení lékařů do rozhodovacích procesů v rámci organizací může zvýšit jejich pocit autonomie a snížit míru frustrace a vyhoření.
- **Prevence a ochrana před vyčerpáním:** Zavedení flexibilních pracovních hodin, snížení administrativní zátěže, podpora rovnováhy mezi pracovním a osobním životem a organizace wellness programů by měly být prioritou.

Zajištění duševního zdraví lékařů vyžaduje nejen praktické kroky, ale také změnu kulturního přístupu k této problematice. Je nezbytné vytvořit zdravotnický systém, který uznává, že duševní zdraví pracovníků není luxusem, ale nutností.

Společný závazek:

Lékaři by neměli být vnímáni pouze jako poskytovatelé péče, ale také jako lidé, kteří sami potřebují podporu a pochopení. Zlepšení jejich psychické pohody vyžaduje spolupráci na všech úrovních zdravotnictví – od státních institucí přes vedení nemocnic až po samotné zdravotníky. Investice do duševního zdraví lékařů není jen etickou povinností, ale také cestou k vyšší efektivitě a udržitelnosti celého systému.

Vytvořením kultury podpory a péče můžeme zajistit, že lékaři nebudou pouze pracovat, ale také plnohodnotně žít. To je cílem, který by měl být prioritou každého moderního zdravotnického systému. Jen tak můžeme zajistit kvalitní péči nejen pro pacienty, ale i pro ty, kteří ji poskytují.

Radek Ptáček (*), Martina Sebalo Vňuková, Ivan Sebalo,

Jan Přáda, Martin Anders

Psychiatrická klinika 1LF UK a VFN



nabídka práce

Primář RDG oddělení



nabízíme

- manažerskou smlouvu včetně **individuální dohody o vyšší měsíční mzdy a ročních cílových odměn**
- **nástupní bonus 500 000 Kč**
- nástup dle domluvy
- služební **byt** s příspěvkem na nájemné
- služební **automobil** i pro soukromé účely
- nadstandardní podporu dalšího vzdělávání
- v případě zájmu **pomoc s nalezením vhodného místa pro partnera/partnerku** v Trutnově či okolí a pomoc s umístěním potomků do škol nebo předškolních zařízení
- zaměstnanecké benefity
- život v malebném podhůří Krkonoš s bohatými možnostmi sportovního i kulturního využití (lyže, kolo, Trutnov trails, festivaly, letní kino, moderní společenské centrum, nové dvousálové kino, skály, lesy, ...)

požadujeme

- úvazek minimálně 0,8
- specializovanou způsobilost dle zák. č. 95/2004 Sb. v oboru radiologie a zobrazovací metody
- licenci ČLK k výkonu funkce vedoucího lékaře a primáře nebo splnění podmínek pro její získání
- schopnost vedení týmu a předávání zkušeností mladým kolegům v přípravě
- smysl pro týmovou práci, spolehlivost a komunikativnost

Naše radiodiagnostické oddělení ročně provádí zhruba 8000 CT vyšetření a 4000 vyšetření magnetickou rezonancí.

Naši lékaři pracují **se všemi** zobrazovacími metodami a provádějí i intervenční výkony. Řeší široké spektrum **pacientů ze všech klinických oborů.**

Příhlášky s profesním životopisem zasílejte do **28. 2. 2025** na adresu kubisova.pavlina@nemtru.cz.

Výběrové řízení proběhne do konce března 2025.

Pro více informací kontaktujte:

Ing. Miroslav Procházka, Ph.D.
předseda správní rady

☎ 499 866 102, 776 069 842 ✉ prochazka.miroslav@nemtru.cz

www.nemtru.cz/pridejte-se-k-trutnovu

Informovaný souhlas a předem nepředvídaný potřebný výkon

V praxi někdy dochází k situacím, kdy pacient podepíše předem připravený písemný formulář informovaného souhlasu s lékařským výkonem. Může jít i o výkon složitější, například operaci, při které někdy dojde k situaci, že se ukáže potřeba ještě dalšího, předem nepředvídaného zdravotního výkonu, který je třeba v rámci postupu lege artis provést a o němž předem lékař ani pacient nevěděli. V písemném informovaném souhlasu však takový výkon uveden není. Jde-li například o operaci v anestezii, lékař musí zvážit, zda prováděný výkon přerušit, pacienta „probudit“ a vyžádat si souhlas ještě s dalším výkonem, který nebyl v původním informovaném souhlasu uveden. Nebo zda „si zodpoví“, že provedl ještě další výkon, ke kterému se již informovaný souhlas nevztahoval, ale byl v zájmu pacienta a v zájmu postupu lege artis.



Rozhodnutí Ústavního soudu a Nejvyššího soudu

Z poměrně nedávné judikatury Nejvyššího soudu (25 Cdo 3811/2022) a nálezu Ústavního soudu (IV. ÚS 50/24) vyplývá, že informovaný souhlas nemusí nutně pokrývat všechny jednotlivé dílčí výkony související s provedením hlavního výkonu ani ty, které nebyly předem předvídané, ale až v průběhu zákroku se ukázalo, že je nutné je provést. Žaloba spočívající v obvinění, že lékař provedl vý-

kon na těle pacienta, k němuž se nevztahoval písemný informovaný souhlas a na který měl být pacient předem upozorněn, byť šlo o výkon spíše sekundární a k hlavnímu výkonu pacient souhlas dal, byla Nejvyšším soudem i Ústavním soudem odmítnuta. Šlo však o situaci, která nemusí být vztažena na všechny případy, zejména když potřebný výkon, ke kterému se nevztahoval písemný informovaný souhlas, není sekundární či zanedbatelný, ale jde o závažnou změnu na těle pacienta. Lze to dokladovat následující kazuistikou.

Kazuistika

Osmásmesátiletý pacient měl diagnostikován kolorektální karcinom. Nádor byl poměrně vysoko nad svěračem a byl předpoklad, že při operaci nádoru nebude třeba provést stomii. Lékař také pacienta ujistil, že „přední vývod“ proveden nebude, protože to není třeba, bude provedena jen resekce části tlustého střeva, ve které se nachází nádor. Také v písemném informovaném souhlasu nebyla o stomii zmínka. Když lékař operaci prováděl, zjistil, že tlusté střevo u tohoto pacienta je již v takovém stavu, že by nebylo bezpečné ani lege artis provést potřebný výkon bez provedení stomie, a byl tak postaven před otázku, zda výkon přerušit, pacienta probudit z ane-

stezie a požádat o dodatečný písemný informovaný souhlas i s provedením stomie, nebo zda to „risknout“ a stomii provést, i když k tomu souhlas pacienta nemá, ale jde o jedinou možnost a postup lege artis. Rozhodl se pro druhou možnost a v rámci výkonu provedl i stomii. K tomuto rozhodnutí vedla zejména obava o to, zda by pacient ve svém věku a v nepříznivém zdravotním stavu i z hlediska kardiologického přežil další uvedení do anestezie. Lékař se rozhodl, že v zájmu pacienta výkon dokončí podle pravidel lékařské vědy a uznávaných postupů bez ohledu na to, že písemně schválený souhlas se stomií nemá a dokonce byl pacient ujištěn, že stomie provedena nebude. Pacient byl pochopitelně rozčarován, když se probudil z narkózy a zjistil, že ač byl ujišťován, že stomie prováděna nebude, provedena byla. Velmi důležitá však byla informace lékaře, že pokud by na tom pacient trval, až se zdravotní stav stabilizuje, je možno přistoupit k další operaci a stomii zrušit za cenu ještě dalšího výkonu v oblasti tlustého střeva a obnovení činnosti konečniku. To pacienta do značné míry uspokojilo, že stav, který vznikl, není zcela nevratný. Posléze si však na stomii zvykl a zemřel za tři a půl roku se stomií, aniž se dožadoval další operace. Případ neměl žádnou právní ani jinou dohru.

Možná soudní dohra

Je ovšem otázkou, kterou těžko předem předjímat, jak by reagoval soud na případnou žalobu spočívající v tom, že pacient nebyl upozorněn na tak závažnou skutečnost, že operace bude mít za následek stomii, nedal ke stomii souhlas a posléze tvrdil, že by takový zákrok nepodstoupil, nebo že by nesouhlasil s provedením stomie i za cenu rizika úmrtí. Na takové stanovisko by měl pacient jistě právo. Těžko předvídat, zda by v této situaci soud i s ohledem na dosavadní judikaturu zvážil, že provedení stomie je natolik závažný zákrok, že vyžadoval předem souhlas pacienta, který musí být prokazatelný, tedy nejlépe písemný. Zda by, pokud pacient takový souhlas nedal a posléze tvrdil, že by s výkonem, kdyby o tom byl informován, nesouhlasil, soud hodnotil postup lékaře jako porušení práv pacienta. Nebo zda by naopak uznal, že postup lékaře byl v zájmu pacienta nezbytný a potřebný a tvrzení pacienta, že by s takovým postupem nesouhlasil, je nepravděpodobné, a případnou žalobu by zamítl. Dosavadní nálezy Ústavního soudu i judikatura Nejvyššího soudu svědčí o tom, že pokud se provede méně závažný zákrok, o kterém pacient nebyl v rámci závažnějšího komplexního zákroku přesně informován

v písemném informovaném souhlasu, nejde o porušení jeho práv, které by mělo za následek náhradu nemajetkové újmy. Mohou však nastat případy, například právě stomie, o které nebyl pacient předem informován, kdy by takto soudy uvažovat nemusely, a naopak by rozhodly, že došlo k porušení práv pacienta, protože pacient je oprávněn odmítnout i takový výkon, který je pro záchranu jeho života a ochranu jeho zdraví nezbytný.

Doporučení právní kanceláře ČLK

Právní kancelář České lékařské komory v této souvislosti doporučuje, aby písemný informovaný souhlas obsahoval i jisté zmocnění lékaře pacientem, aby, bude-li to nezbytné a v zájmu pacienta, mohl provést lékař i další výkony, v písemném informovaném souhlasu výslovně nevedené. Pokud pacient takový písemný informovaný souhlas s obsahem tohoto zmocnění pro lékaře podepíše, pak by těžko mohl lékaře úspěšně žalovat za to, že provedl výkon, ke kterému pacient nedal souhlas. Pacient by samozřejmě mohl neakceptovat zmocnění lékaře uvedené přímo v písemném informovaném souhlasu a mohl by žádat o jeho vypuštění, čemuž by bylo třeba vyhovět. Pak by bylo třeba asi velmi ostražitě dbát na to, aby v písemném informovaném souhlasu i v rozhovoru lékaře s pacientem bylo uvedeno vše, co může připadat v úvahu, a aby se pacient vyslovil, zda trvá na tom, aby byl proveden výslovně pouze zákrok uvedený v dokumentu o informovaném souhlasu, nebo zda souhlasí i s dalšími nepředvídanými zákroky, které by bylo třeba v jeho zájmu provést. Ve většině případů však pacient předložený informovaný souhlas podepíše, často ho ani nečte, což je jistě chyba, ale jde o právo, nikoliv povinnost

pacienta. Lze předpokládat, že většina pacientů by akceptovala písemný informovaný souhlas doporučený Českou lékařskou komorou, včetně zmocnění lékaře k tomu, aby provedl i další potřebné, v informovaném souhlasu výslovně neuvedené výkony, shledá-li, že je to v zájmu pacienta.

V písemném informovaném souhlasu proto vždy doporučujeme i s ohledem na znění občanského zákoníku, které dává poskytovateli zdravotních služeb povinnost, aby, pokud si je vědom nebo si musí být vědom toho, že i při správném odborném postupu nemusí zdravotní výkon splnit očekávaný účel, na toto pacienta upozornit. **Platí jednoznačně jak podle zákona, tak podle judikatury, že lékař neodpovídá za výsledek, ale odpovídá za správný odborný postup. A pacient by měl vědět a vzít na vědomí, že i při správném odborném postupu nemusí být předpokládán a očekávaný účel splněn.** Doporučujeme tedy neopomenout v závěru písemného informovaného souhlasu uvést následující dvě věty:

„Beru na vědomí, že shora uvedený zdravotní výkon i při správném odborném postupu nemusí splnit předpokládaný očekávaný účel. Současně vyslovuji souhlas s tím, aby byly provedeny i další zde neuvedené zákroky, výkony a poskytnuty další zdravotní služby, bude-li to potřebné pro ochranu mého života a zdraví a nebude-li možné vyžádat si další dodatečný informovaný souhlas.“

Vzor informovaného souhlasu, informovaného nesouhlasu – reverzu a dalších dokumentů, tak jak je doporučuje Česká lékařská komora, lze nalézt na webových stránkách komory www.lkcr.cz.

JUDr. Jan Mach, advokát
ředitel právní kanceláře ČLK



**NEMOCNICE TÁBOR, A.S.
PŘIJME DO PRACOVNÍHO POMĚRU:**

LÉKAŘE PRO ORL ODDĚLENÍ

Požadujeme:

- vhodné i pro čerstvé absolventy
- specializovaná způsobilost v oboru vítána, ale není podmínkou
- uvítáme zařazení v přípravě v oboru, ale není podmínkou
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost

Nabízíme:

- práci ve stabilní společnosti na moderně vybaveném pracovišti
- přátelský pracovní kolektiv zaměřený na medicínskou kvalitu a empatii
- plný pracovní úvazek
- dobré mzdové ohodnocení
- náborový příspěvek
- pro „mimotáborské“ příspěvek na bydlení či dojíždění 10.000,- Kč měsíčně po dobu prvních 12-ti měsíců zaměstnání
- plně hrazené specializační vzdělávání
- rozsáhlou nemocniční knihovnu
- 5 týdnů dovolené + 2 dny sickdays
- parkování v areálu nemocnice zdarma
- zvýhodněný mobilní tarif
- vlastní jídelna
- další benefity

Nástup dle vzájemné dohody

Bližší informace podá:

MUDr. Iveta Primasová, primář ORL,
tel: 775 897 400;
iveta.primasova@nemta.cz

MUDr. Chocholová Jana –
osoba pověřená vedením úseku zdravotních
oborů,
tel. 777 140 384,
[e-mail jana.chocholova@nemta.cz](mailto:e-mail.jana.chocholova@nemta.cz)

O zdravotnictví, vládě, ministrovi, občanech, zdraví a smrti

První mezi prioritami zájmu voličů, dle řady statistik, bylo a je zdravotnictví. Rozhodně nikoliv problematika digitalizace stavebních řízení. Když se pro nefunkčnost vyřizování stavebních řízení ta či ona stavba opozdí o několik měsíců, v podstatě se příliš nestane. Když občan nedosáhne včas vyšetření, operace... může mu jít o zdraví, ba i o život. A když nejde o život...

Když stávající vláda přebírala pomyslné veslo, bylo zdravotnictví zásluhou nečinnosti (v tom lepším případě) předchozích vlád od tzv. revoluce v „nedobré kondici“ – viz omezení dostupnosti zdravotní péče nejen narůstající vzdáleností nejbližší ordinace lékařů „první linie“, dlouhé termíny vyšetření u specialistů, dlouhé čekací doby na operace (např. kloubní náhrady). Základní příčinou tohoto „nedobrého stavu“ je řadu let se zhoršující personální situace ve zdravotnictví. Příčinou, kterou se žádná předchozí, tím spíše současná, vláda nezabývala a nezabývá, natož aby vyvinula či vyvíjela snahu ji řešit... Ta „nedobrá“ personální situace byla a je řadu let zachraňována množstvím přesčasové práce stávajících zdravotníků za cenu porušování zákoníku práce – viz protestní akce lékařů v prosinci minulého roku. Tento protest vláda, jako obvykle, vyřešila nesplněnými sliby, přesněji řečeno podvodem.

Kromě uvedené personální situace je u nás po řadu let nepoměr mezi tím, co mají pojišťovny zdravotnickým zařízením platit, a rozsahem péče, které se občané u zdravotníků dožadují. Stát si, prostřednictvím tzv. zdravotních pojišťoven, u zdravotníků objednáva zdravotní péči pro občany, kterým

slibuje všechno všem, kdykoliv a v libovolném množství a v náležité kvalitě. S úhradou „státem garantované“ péče si ovšem žádná vláda nikdy hlavu nelámala a neláme. Neměly a nemají to zapotřebí, protože tzv. zdravotní pojišťovny, potažmo vláda, zdravotníkům určuje, za jakou cenu budou státem slibovanou zdravotní péči občanům poskytovat. Bez ohledu na reálné náklady, inflaci, natož na nějakou míru oprávněného zisku... A tak jsou zdravotníci nuceni zdravotní péči poskytovat na úkor svých vlastních příjmů, z nich své spoluobčany dotovat. V letošním roce došlo k dosud nejhorší situaci ve financování zdravotnictví. Protože při tzv. dohodovacím řízení – institutu pro stanovení hodnot bodu, výši úhrad zdravotních služeb hrazených z veřejného zdravotního pojištění, včetně regulačních omezení – mezi zástupci tzv. zdravotních pojišťoven a zástupci příslušných profesních sdružení poskytovatelů došlo ze 14 skupin k nedohodě u 11 z nich, stanovuje hodnotu bodu ministr zdravotnictví tzv. úhradovou vyhláškou. Návrh úhradové vyhlášky předložený stávajícím ministrem Válkem je asi nejhorší variantou úhrad, jaká kdy byla předložena. Ve skutečnosti můžeme očekávat pokles příjmů praxí

ambulantních specialistů a maximálně jen stagnaci nominálních příjmů praktických lékařů. A o nějaké kompenzaci inflace nakumulované z minulých let (15,1 procenta v roce 2022 a 10,7 procenta v roce 2023) si mohou lékaři, potažmo zdravotníci nechat jenom zdát. Za této situace nazrávala nálada k další protestní akci... Ministru zdravotnictví Válkovi ovšem pomohla „vyšší moc“, která postihla naši zem katastrofálními povodněmi... Je pochopitelné, že za takové situace zdravotníci nemohou přistoupit k nějaké protestní akci. A tak pan ministr Válek opět, jako před rokem, nad zdravotníky vyhrál. Situace ve zdravotnictví se ovšem bude nadále zhoršovat a zhoršovat...

Mimochodem nemalý díl viny na stávající situaci ve zdravotnictví nese ten, který vládu vede a na podvodu lékařů v prosinci 2023 se svým podpisem spolupodílel. I díky jemu se situace ve zdravotnictví nejen nezlepšuje, ale dokonce ještě zhoršuje. Ale když nejde o zdraví, o život, tak jde o...

Vedle těchto životních hodnot je nějaká mezistranická půtka o digitalizaci stavebního řízení naprosto, ale naprosto zanedbatelná.

MUDr. Jiří Wicherek

předseda OS ČLK Plzeň jih a člen Etické komise ČLK

Vzniká orchestr českých a slovenských lékařů

Vážená kolegyně, vážený kolego, s velkou radostí si Vás dovoluujeme pozvat do nově vznikajícího Česko-slovenského orchestru a sboru lékařů.

Po vzoru jiných evropských zemí bychom rádi tento projekt založili i v České a Slovenské republice. Hudebníci z řad zdravotníků se jedenkrát ročně na několik dní sjedou v některém českém či slovenském městě a pod vedením profesionálních dirigentů a symfoniků navštíví program pro celovečerní koncert. Jedná se o charitativní akci, výtěžek z koncertu bude věnován neziskové organizaci spojené se zdravotnictvím.

První ročník se uskuteční v Olomouci v termínu 18.–22. 6. 2025 a bude zakončen slavnostním koncertem dne 22. 6. 2025 v 18 hod. v sále Reduta.



Bližší informace o tomto projektu včetně přihlašovacího formuláře jsou již nyní dostupné na webových stránkách: www.colek.eu.

Termín pro zaslání přihlášek je do 31. 1. 2025.

Těšíme se na Vás!

Jan Látal

předseda spolku ČOLEK

Zemřel primář MUDr. Jan Šírek

Po dlouhé a těžké nemoci zemřel 15. 10. 2024 ve věku 74 let MUDr. Jan Šírek, emeritní primář interního oddělení nemocnice v Příbrami.

Primář Šírek se narodil 27. července 1950 v Plzni. S rodiči se přestěhoval do Jinců u Příbrami, kde jeho otec vybudoval sanatorium pro pacienty s tbc. Po maturitě na SVVŠ v Příbrami v roce 1968 se rozhodl jít ve stopách svého otce a začal studovat na Fakultě všeobecného lékařství UK v Praze. Studium úspěšně dokončil v roce 1974.

V srpnu 1974 nastoupil na interní oddělení NsP OÚNZ Příbram jako sekundární lékař. Zde začala jeho lékařská dráha pod vedením pana primáře Kadeřábka a dalších kolegů. Od 1. 4. 1976 do 31. 3. 1977 absolvoval základní vojenskou službu na interním oddělení Vojenské nemocnice v Plzni. V roce 1977 úspěšně složil atestaci prvního stupně z vnitřního lékařství. Od září 1980 se stal vedoucím lékařem příjmové ambulance interního oddělení. V roce 1982 složil úspěšně atestaci druhého stupně z vnitřního lékařství. Primář Šírek byl nejenom odborně, ale i technicky velmi zdatný. To vedlo k tomu, že se velmi zajímal o implantace kardiostimulátorů. Díky podpoře vedení nemocnice, ale především díky podpoře prof. Kučery a spolupráci s VFN se podařilo založit kardiostimulační centrum, které bylo tehdy druhé v republice v nefakultním zařízení. Kardiostimulační centrum zahájilo svoji činnost v lednu 1985 – primář Šírek se stal jeho ordinářem.

V květnu 1988 se stává zástupcem primáře dr. Brandtla a od září 1990 pak primářem interního oddělení. V této funkci setrval až do 1. 2. 2013, kdy byl nucen předat primariát do rukou nového jmenovaného primáře. I po předání primariátu



nadále pracoval v Oblastní nemocnici Příbram jako lékař kardiostimulačního centra. Nemoc ho pak přinutila 13. 5. 2018 ukončit pracovní poměr v nemocnici.

Kromě práce v nemocnici se také zasloužil o šíření dobrého jména nemocnice a interního oddělení. Velmi dlouho byl významným učitelem na SZŠ v Příbrami.

Je také nutné zmínit, že po roce 1989 bylo rodině prim. Šírka vráceno sanatorium v Jincích, které pojmenoval po svém otci jako Sanatorium MUDr. Josefa Šírka, kde pečoval o pacienty vyžadující dlouhodobou následnou péči. Činnost sanatoria byla ukončena v roce 2005.

Primář Šírek byl nejenom skvělým lékařem, ale také manželem a otcem. Jeho manželka Eva (rovněž lékařka) a děti Jakub a Josef byli pro něj vším. Syn Josef pak rovněž vystudoval LF UK

a nakonec nastoupil na interní oddělení v Příbrami – v současné době pracuje na JIP a rovněž pokračuje ve šlépějích svého otce a podílí se na implantaci kardiostimulátorů. Měl také mnoho zálib – lyžování, vodáctví a cestování, vaření.

Primář Šírek měl mnoho přátel, kteří s ním jeho záliby sdíleli. Díky své šikovnosti si např. přebudoval vůz Avia na obytný a pak s ním a rodinou cestoval po vlastech českých. Miloval Brdy, a tak si postavil dům, aby měl krásné scenerie stále na očích. I přes nepřízeň osudu a dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav nikdy neztratil svůj humor a nadhled.

MUDr. Šírek byl také skvělým kolegou a kamarádem. Musím připojit svoji osobní vzpomínku – poznal jsem ho v roce 1980, kdy jsem jako student lékařství v rámci povinné praxe nastoupil právě na interní oddělení. Sdílel jsem pak s ním mnoho služeb jako medik až do konce studia. Po mém ukončení studia v roce 1985 jsem nastoupil na interní oddělení. Velmi brzy mi nabídl možnost naučit se a věnovat problematice kardiostimulace. Vše, co uměl, mě naučil a umožnil mi dále se vzdělávat v IKEM u prim. Švorčíka a dr. Bytešníka. Velmi brzy se tak z nás stali nejenom kolegové, ale i kamarádi. Vždy jsem oceňoval jeho přístup k pacientům a medicíně jako takové, ale také ke kolegům.

Jeho odchod byl bolestným okamžikem pro všechny jeho blízké, ale i pro mnohé kolegy. Osobně na něj nikdy nezapomenu. Čest jeho památce!

MUDr. Martin Polák, primář interního oddělení
Klaudánova nemocnice Mladá Boleslav

Inzerce

 **moje@ambulance**
praktický lékař pro dospělé



Vy léčíte, my papírujeme!

PRAKTICKÝ LÉKAŘ

Policie ČR se obrací na gynekology o pomoc

Policie ČR se obrátila na Českou lékařskou komoru s žádostí o zveřejnění následující výzvy k pátrání po možném pachateli zvláště závažného trestného činu v souvislosti s nálezem usmrceného novorozeného dítěte 24. 7. 2023.

Na OOK SKPV KŘP Jčk je dnem 24. 7. 2023 vedeno dle § 158/3 tr. ř. trestní řízení ve věci podezření ze spáchání zvláště závažného zločinu vraždy dle § 140/1,3c) tr. zákoníku, kterého se dopustil dosud neznámý pachatel tím, že usmrtil novorozené dítě dosud neznámé totožnosti, které následně uschoval do bedny na posyp umístěné u Základní školy v Lipně nad Vltavou č. p. 38, okr. Český Krumlov. Dítě bylo nalezeno 24. 7. 2023 v pokročilém stadiu rozkladu.

Soudní pitvou bylo stanoveno, že se jednalo o donošené novorozeně (gestační stáří v době porodu minimálně 37. týden), na základě nálezového stavu (ošetření pupeční šnůry atd.) nešlo určit, zda porod proběhl ve zdravotnickém zařízení, nebo mimo něj. Do současné doby byl vypracován profil DNA matky a dítěte, byl také určen genealogický původ, který zahrnuje východoevropskou populaci.

V rámci našeho šetření jsme se zaměřili na zdravotní výkony spojené s těhotenstvím, případně s potratem, kdy jsme komunikovali převážně s gynekology v rámci Jihočeského kraje.

Rádi bychom touto cestou oslovili širší okruh gynekologů, kteří se v rámci své praxe setkali s pacientkou, která by byla v jejich péči jako těhotná, a to v našem zájmovém období, tj. září 2022 až červenec 2023, a u které nedošlo k porodu dítěte, případně potratu, o kterém by její ošetřující lékař věděl.

Dále bychom Vás chtěli požádat případně také o informaci, pokud Vaši gynekologickou praxi navštívila pacientka, která by požadovala ošetření jako samoplátce, a toto vyžádané vyšetření bylo spojeno s počátkem těhotenství (září 2022) nebo s ošetřením po porodu (červenec až červenec 2023), a kdy ošetřujícímu gynekologovi rovněž není známo, zda u pacientky došlo k porodu, či potratu.

V poslední řadě bychom Vás rádi požádali, zda byste se mohli zaměřit také na případy, kdy se pacientka dostavila k ošetření do gynekologické ordinace z důvodu amenorey (diagnóza N-1.1 – N-91.2), následně u ní bylo potvrzeno těhotenství, avšak nebyl jí vydán těhotenský průkaz. Pacientka se již na další ošetření nedostavila a ošetřujícímu lékaři není známo, jak



V případě potřeby konzultace dalšího postupu se lze obrátit na Mgr. Daniela Valáška, MBA, právní kancelář ČLK, e-mail: pravni3@clkcr.cz

těhotenství dále probíhalo a zda bylo zakončeno porodem, nebo potratem. Pro tento případ je naše zájmové období od 9. 9. 2022 do 31. 12. 2022.

V případě jakéhokoliv poznatku o pacientce, která by mohla splňovat některé z výše uvedených kritérií, Vás prosíme, abyste nás kontaktovali na e-mail: marie.urbanova@pccr.cz.

S poděkováním

kpt. Mgr. Marie Urbanová LL.M., vrchní komisař
Krajské ředitelství policie Jčk, Odbor obecné kriminality
2. oddělení obecné kriminality,
Lannova 26, 370 74 České Budějovice

Profesionální přístup, časová flexibilita. Kontakt: 602 437 166, poradce@mybox.cz

SEZNÁMENÍ

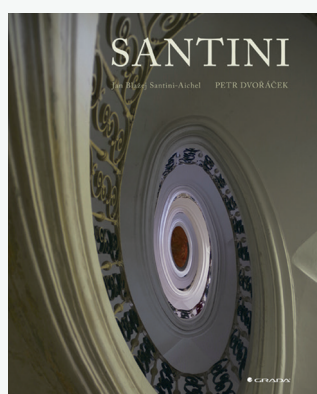
Lékař, 175/48, hledá příjemnou a štíhlou partnerku VŠ pro vztah, kdy se budeme jeden na druhého těšit a budeme si mít co povídat i za dlouhou řadu let. Bydlím i pracuji v Praze. Ze zájmů rád sportuji, jsem nekuřák. E-mail: eotaxin@seznam.cz

Lékařka hledá partnera, VŠ, nekuřák, 65–78 let, turistika, cestování, kultura, zahrádka. Kontakt: jas.ne2@seznam.cz

Lékař, VPL, Zlín, 33 let, 160 cm, hledá kolegyni k seznámení. Sportovně založený, cyklistika, turistika. Kontakt: 723 900 393

RÚZNÉ

Prodám dva unikátní domy ve východních Krkonoších – švýcarský alpský dům a křížovou roubenku, která byla v předminulém století pekárnou. Bližší info na tel. 606 590 043



Jan Blažej Santini-Aichel

Petr Dvořáček

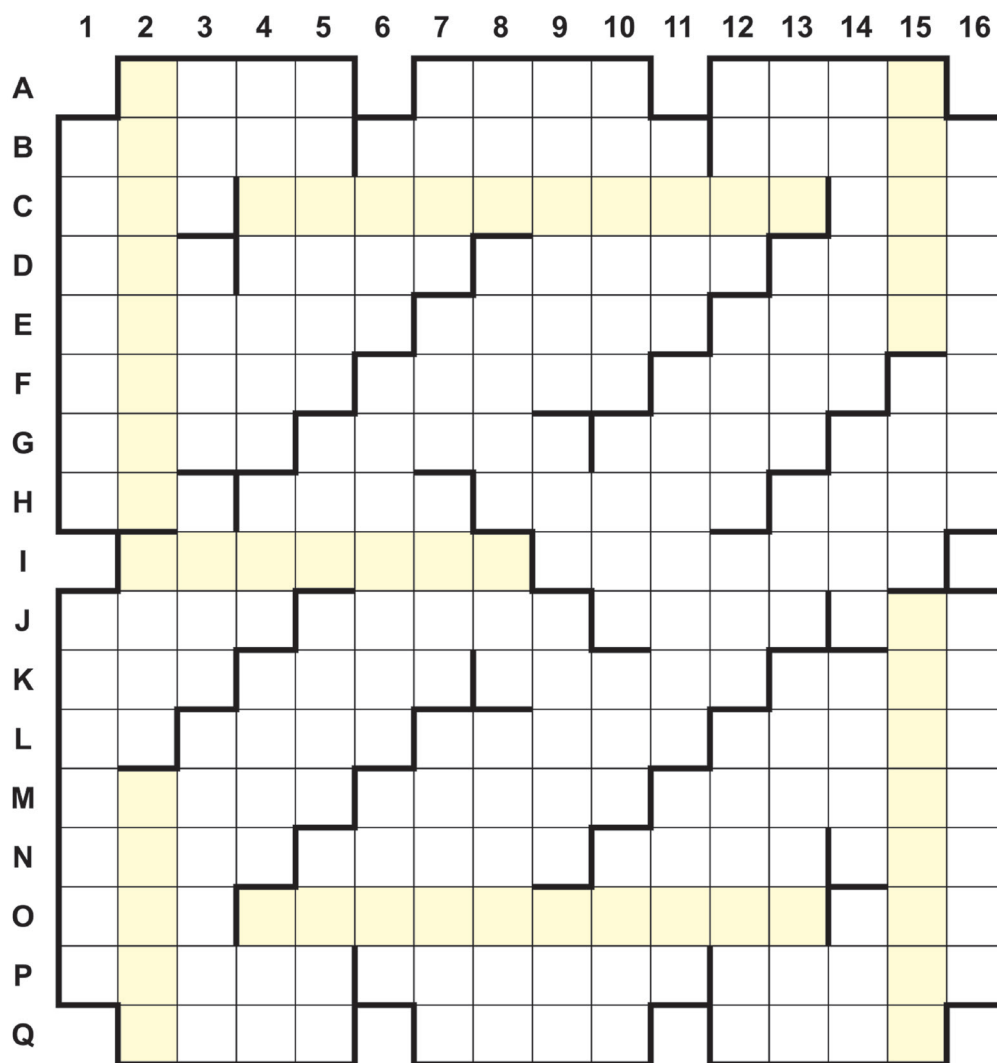
Architekt Jan Blažej Santini-Aichel je fenomén. V dějinách naší architektury není nikdo jiný, kdo by dokázal v prostředí vlády všeobecně respektovaného slohu uskutečnit tak velkolepým způsobem svou osobní vizi. Na druhé straně by však bylo nepochopením doby a díla interpretovat Santiniho jako osamělou individualitu vystupující z kontextu baroka a překračující všechny hranice. Nejpozoruhodnější na Santinim je právě to, že dokázal oba tyto zdánlivě protiklady spojit.

Ani dnes ještě nemá tento mimořádný architekt v obecném kulturním povědomí místo odpovídající jeho významu. A to je i důvod, proč vznikla tato kniha a proč byl Santini zvolen jako téma prvního svazku zamýšlené ediční řady věnované významným osobnostem naší stavební historie.

Petr Dvořáček (* 27. 2. 1955), český spisovatel, publicista a fotograf narozený v Brně, zve v nové knize do světa fenomenálního architekta. Popisuje nejen jeho život, ale hlavně dílo inženýra a mystika, jeho víze a životní zakázky. Samostatné kapitoly jsou věnovány deseti nejvýznamnějším stavbám. Text doprovází fotografie autora a ilustrace, které pro tuto knihu vytvořil Ivan Pecháček.

Cena: 649 Kč, Stran: 136
<https://www.grada.cz/jan-blazej-santini-achel-12146/>

KŘÍŽOVKA O CENY



Reklamy farmaceutických firem lékaře doslova zaplavují, ale většinou se z nich lékař nedozví, co by vědět měl. (dokončení citátu, jehož autorem je Arthur Hailey, najdete v tajence).

VODOROVNĚ: **A.** Rámus; nafoukanec; osahání. – **B.** Olejnaté plody; protivné dítě; přemety. – **C.** Plaz; **2. díl tajenky:** partner panenky Barbie. – **D.** Kód letiště Mandeville; sibiřský veletok; naplňovat; strunový hudební nástroj. – **E.** Pravidelná roční splátka dluhu; slovenské město; obyvatel starověkého Řecka. – **F.** Polotuhé hmoty z mouky; zbytek po pupěčniku; velcí ptáci; ano. – **G.** Latinsky „proti“; prudce odfukovat nosem; polohy na zádech; pres. – **H.** Těti; kovový chemický prvek; nejmenší ostrovní stát světa; konce šachových partií. – **I.** **3. díl tajenky:** oddělený motykou. – **J.** Z jakého důvodu; doplněk židle; Evin druh v ráji; jeden i druhý. – **K.** Německy „rada“; plemeno; narazit vozem; spláchnout. – **L.** Inicialy sochaře Zoubka; chutné nápoje; zápisník; rakouský anatom. – **M.** Temné; lupič pokladen; slovenské město. – **N.** Poukázky do loterie; někdejší polský voják na koni; anglicky „člun“; dědina. – **O.** Citoslovce pochopení; **7. díl tajenky:** chuchvalec. – **P.** Zámotek housenky; odpor; plodiny seté na podzim. – **Q.** Popelnice; škrabky na pluhu; Moravané.

SVISLE: **1.** Osahat; prolisovaná zelenina. – **2. 1. díl tajenky:** trauma; **5. díl tajenky:** – **3.** Občané; český novinář; ruské počítadlo; krveprolití. – **4.** Povoliti; slovensky „nic“; hroby; francouzský zápor. – **5.** Skleněné nádobka k chemickým pokusům; Severan; asijský nápoj z rýže; červené rostlinné barvivo. – **6.** Psice; soudní spory; karibský ostrov. – **7.** Velká rána (hovorově); český hudební skladatel; nouze; na straně srdce. – **8.** Domácky Roland; domácky Josef; mongolský vládce; vysadit rostliny. – **9.** Oceloví (zastarale); řecké písmeno; tyran; kozlí pach. – **10.** Kaprovitá ryбка; louky; měkký znak; keře. – **11.** Citoslovce plašení; krutý palestinský vládce; cviky na hrazdě. – **12.** Pokrýt osivem; citoslovce houkání; Matův kamarád; geometrické těleso. – **13.** Kamarád Šebestové; háje; klam; shrnutí složek v celek. – **14.** Chemické radikály odvozené od alkanu; silný provaz; obyčej; citoslovce výsměchu. – **15. 4. díl tajenky:** mlácený; **6. díl tajenky:** – **16.** Jižní ovoce; atlasové stuhu.

Pomůcka: Hyrtl, MVJ, proc.

Křížovka o ceny

V tajence křížovky v časopise Tempus medicorum 12/2024 se skrýval citát z knihy Richarda Gordona *Doktor v ráži*. **Možná že taková doktorská velkoprodějna je právě to, co pacienti chtějí. Aby se mohli s košíkem sunout od jednoho doktora k druhému a náramně si stěžovat, že nejnovější léčebný postup není na skladě.** Výpravnou životopisnou knihu *Jan Blažej Santini-Aichel*, kterou na-

psal a doprovodil fotografiemi Petr Dvořáček a vydalo ji nakladatelství Grada Publishing (viz anotaci), vyhrává deset vylosovaných luštětelů: **Ivana Boháčová**, Praha 8; **Martin Dvořák**, Krumlov; **Magdalena Fárová**, Praha 5; **Vlasta Hlaváčková**, Seč; **Jaroslav Krchňavý**, Pardubice; **Rudolf Lichka**, Brno; **Jaromír Pavka**, Olomouc; **Miloš Rund**, Jablonec n. Nisou; **Jarmila Škorpíková**, Třebíč; **Vlasta Štěpánová**, Hradec Králové.

Na správné řešení tajenky z TM 1/2025 čekáme na adrese recepte@elker.cz do 5. 2. 2025. Výherci se mohou těšit na knihu Vlastimila Bastla a Zdenky Rozehnalové z prostředí košumberské léčebny *Děti v empiru – vítězný boj se smrtící epidemií*.

Hodně štěstí!

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

Vysoce účinná léčba svrabu

**Eradikace svrabu až u 90 %
pacientů již po jedné aplikaci**

NOVINKA

Permethrin Axonia 50 mg/g gel permethrin



NOVÉ
BALENÍ
60 g

Kód SÚKL 0265906

Pouze na lékařský předpis!

Zkrácená informace o přípravku

Název a složení: Permethrin Axonia 50 mg/g gel. Jeden gram gelu obsahuje 50 mg permethrinu. **Indikace:** Léčba svrabu u dospělých a dětí starších 2 měsíců. **Dávkování a způsob užívání:** *Dospělí a dospívající starší 12 let:* Naneste až 30 g gelu (odpovídá jedné 30g tubě nebo ½ 60g tuby). *Děti ve věku od 6 do 12 let:* Naneste až 15 g gelu (odpovídá ½ 30g tuby nebo ¼ 60g tuby). *Děti ve věku od 2 měsíců do 5 let:* Naneste až 7,5 g gelu (odpovídá ¼ 30g tuby nebo ¼ 60g tuby). V případě ošetření obličeje, uší nebo vlasaté části hlavy, může být použita vyšší dávka. *Starší pacienti (nad 65 let):* Aplikujte na celé tělo včetně krku, obličeje, uší a vlasaté části hlavy. Vyhněte se oblasti blízko očí. *Dospělí a dospívající:* Aplikujte na celé tělo mimo vlasatou část hlavy a obličej, pokud tyto oblasti nejsou postiženy. *Děti starší 2 let:* Aplikujte na celé tělo. Vyhněte se oblasti kolem úst a očí. *Děti ve věku od 2 měsíců do 2 let:* Používejte pouze pod lékařským dohledem. Aplikujte na celé tělo včetně krku, obličeje, uší a vlasaté části hlavy. Vyhněte se oblasti kolem úst a očí. Gel ponechte na kůži po dobu 8-14 hodin. Poté celé tělo důkladně omyjte. Osoby, které jsou v kontaktu s postiženou osobou, mají být ošetřeny současně, i když nevykazují příznaky nákazy. Úspěšnost léčby je při jednorázové aplikaci přibližně 90 %. V případě neúspěchu léčby (nejsou-li známky hojení původních lézí nebo se objevily nové léze a podkožní chodbičky) lze provést druhou aplikaci nejdříve 7 dní po první aplikaci. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo jiné látky ze skupiny pyrethrinů. **Upozornění:** Pouze pro kožní podání! **Interakce:** Nejsou známy. **Fertilita, těhotenství, kojení:** Není znám významný vliv permethrinu na fertilitu či reprodukční toxicitu. Během používání a minimálně týden po aplikaci se doporučuje zdržet se kojení. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji mírné a přechodné kožní reakce, jako je vyrážka, svědění a kožní parestezie. **Balení:** Tuba s 60 g gelu. **Uchovávání:** Při teplotě do 25°C. **Držitel rozhodnutí o registraci:** AXONIA, a.s., Bydžovská 185/2, 190 14 Praha 9. **Datum revize textu:** 13. 6. 2023. **Přípravek je vázaný na lékařský předpis a je hrazený z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se seznamte s úplnou informací o přípravcích v Souhrnu údajů o přípravku.**

axonia
PHARMA

AXONIA, a.s., Bydžovská 185/2, 190 14 Praha 9, Česká republika, tel. 224 240 832, info@axonia.cz, www.axonia.cz

PERC20824A