

Elektronizace zdravotnictví



DOBŘÍ DEN. MOHLI BYCHOM ZDE HOVOŘIT S NĚKÝM, JEHOŽ INTELIGENČNÍ KVOCIENT JE VYŠŠÍ NEŽ DNESNÍ DATUM?

- Ohlédnutí za 14. kongresem primární péče
- Odpovědnost neatestovaného lékaře
- Vzdělávání sester v pediatrii
- Elektronické zdravotnictví
- Elektronická neschopenka u praktického lékaře pro děti a dorost
- Užitečné mobilní aplikace pro usnadnění lékařského života
- Aplikace Záchranka – nedocenitelný pomocník, který se vejde do kapsy
- Skrytá obezita: co o ní vlastně víme?

UNIKÁTNÍ SLOŽENÍ NYNÍ JEŠTĚ BLÍŽE K FUNKCI MATEŘSKÉHO MLÉKA

scGOS/lcFOS (9:1)

HMO 3'GL

POSTBIOTIKA



scGOS/lcFOS (9:1)

HMO 3'GL



2'FL

POSTBIOTIKA

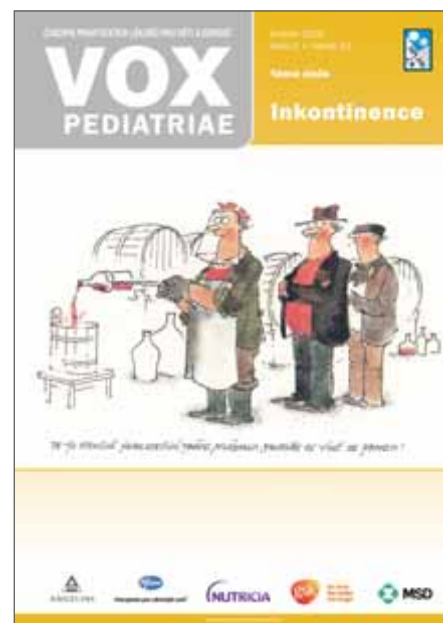
MLÉČNÝ TUK



PODPORUJE IMUNITNÍ SYSTÉM VE STŘEVĚ, SPRÁVNÝ RŮST A VÝVOJ MOZKU DÍTĚTE¹⁻⁷

HMO = Human Milk Oligosaccharides, oligosaccharidy přirozeně se vyskytující v mateřském mléce; 3'GL = 3'-galaktosylglukóza, 2'FL = 2'-fukosylglukóza, 2'FL a 3'GL nepocházejí z mateřského mléka; 3'GL přináší náš unikátní proces. * Obsahuje DHA (jak požadují první předpisy pro velkou kojeneckou výživu). ** Laktóza je jediným zdrojem cukru. **REFERENCE:** 1. Roberfroid M, et al. British Journal of Nutrition, 2010;104(S2):S3-S63. 2. Boehm G, et al. Arch. Dis Child 2002;86:F78-81. 3. Bruzzese F, et al. Clin Nutr, 2009;28(2):56-61. 4. Kneel J, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr, 2003;36:588-92. 5. Kneel J, et al. British Journal of Nutrition, 2005;94:783-90. 6. Tims S, et al. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2018;66(S2):1-877N-O-013:884. 7. Rodriguez-Herrera A, Abrahams-Berkeveld M, Alles M, Bourdieu H, Rubio RP, Munoz A, Agosti M, Lista H, Corvaglia LZ, Navero JLP. A partly fermented infant formula containing scGOS/lcFOS supports adequate growth in healthy, term infants: the life study. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2016; Abstract N-O-010 (p 658-9). **DŮLEŽITÉ UPOZORNĚNÍ:** Kojení je nejvhodnějším způsobem výživy kojenců. Kojenecké výživy by měly být používány na základě doporučení lékaře. Způsob použití a další informace na obalech a webových stránkách www.nutrilon.cz. Potravina pro zvláštní výživu. **MATERIÁL PRO ODBORNOU VĚŘILNOST:** 01/2020, BF21990.

	Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období	5
	Informace SPLDD	6
	MUDr. Ctirad Kozderka	9
	Ohlédnutí za 14. kongresem primární péče	
	MUDr. Jiří Zdražil	11
	Servisní organizace SPL – informace pro členy SPLDD	
	JUDr. Jan Mach	13
	Odpovědnost neatestovaného lékaře	
	Mgr. Jakub Uher	15
	Odškodňování újmy způsobené povinným očkováním	
	Mgr. Pavla Kordulová	16
	Vzdělávání sester v pediatrii	
	MUDr. Milan Cabrnach, MBA	20
	Elektronické zdravotnictví	
	MUDr. Milan Cabrnach, MBA	22
	Elektronická neschopenka u praktického lékaře pro děti a dorost	
	Mgr. Klára Křížková	25
	Aplikace Záchranka – nedocenitelný pomocník, který se vejde do kapsy	
	MUDr. Klára Vitoušová	27
	Užitečné mobilní aplikace pro usnadnění lékařského života	
	Doc. PhDr. Martin Musálek, Ph.D.	30
	Skrytá obezita: co o ní vlastně víme?	
	Ze světa odborné literatury	33
	Řádková inzerce	34
	Integrační centra	-



připravujeme další číslo VOX

V tomto čísle inzerují:

**AIDIAN
GSK
IDS MEDIA
KB SmartPay
NUTRICIA
OLIVOVNA
PFIZER**

ČASOPIS PRAKTICKÝCH LÉKAŘŮ PRO DĚTI A DOROST

**VOX
PEDIATRIAE**

www.detskylekar.cz

Tisk a distribuce: Casus Direct Mail, a.s., držitel certifikátu ISO 9001, ISO 14001 a ISO 27001, Žilinská 5, 141 00 Praha 4, www.casus.cz

Vydavatel:

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, o.s.
U Hranic 16, 100 00 Praha 10
telefon: 267 184 065
fax: 267 184 050

Redakce VOX:

telefon: 267 184 065
e-mail: centrum@detskylekar.cz

Inzerce: Ing. Veronika Drahovzalová
GSM: 605 281 665 – jen pro inzery
veronika.drahovzalova@detskylekar.cz

Jazykové korektury: Bohumila Weilová
Grafické zpracování: Michal Semerák

Redakční rada:

šéfredaktor MUDr. Jiřina Dvořáková,

redaktor pro profesní část
MUDr. Ctirad Kozderka,

redaktor pro odbornou část
MUDr. Klára Vitoušová,

členové redakční rady
MUDr. Jiří Liška, CSc.,
MUDr. Ilona Hülleová,
MUDr. Jana Kulhánková,
MUDr. Kateřina Štichhauerová,
MUDr. Ivana Koleč.

Kresba na titulní straně: Vladimír Renčín (autorská práva poskytl Miloslav Renčínová)

Časopis je určen převážně praktickým dětským lékařům. Distribuce členům SPLDD ČR zdarma. Vychází 10× ročně v nákladu 2 200 výtisků. Povoleno Ministerstvem kultury pod číslem MK ČR E 10971, ISSN 1213-2241. Redakce nezodpovídá za obsah článků. Reprodukce obsahu je povolena pouze s písemným souhlasem redakce. Nevyžádané podklady se nevracejí. Redakční rada VOX PEDIATRIAE nezodpovídá za obsah inzercí a vložených tiskovin.



Vážené kolegyně, vážení kolegové,
5× děkuji!

Děkuji, že zůstáváte ve svých ordinacích a snažíte se poskytnout maximum možného pro své pacienty. Často je to mnohem více, než jsme byli zvyklí poskytnout našim malým pacientům a jejich rodičům. Nemám na mysli akutní péči, tu jsme museli pro nedostatek ochranných prostředků velmi omezit či úplně přerušit. Mám na mysli zejména lidský přístup, laskavé slovo, uklidnění rodičů (někdy i našich sestřiček), konzultace mimo ordinací dobu, návštěvy u pacientů v domácnosti nad rámec našich povinností a určitě bych si vzpomněla na další činnosti. To vše s velkým osobním nasazením. Posunuli jsme se ve využívání „e-pomůcek“. Ukazuje se velká výhoda eReceptu v této době, kdy musíme při úplné absenci ochranných osobních pomůcek ordinovat bezkontaktně. S výhodou lze využít i ePN, nově elektronickou žádanku na testování COVID-19. Mnozí z nás komunikují s pacienty přes Skype či si zasílají fotodokumentaci pomocí SMS, e-mailu, používají WhatsApp. Má to určitě svá rizika, ale jsme v epidemiologické válce a ve válce je možné použít i věci nestandardní.

Děkuji i výkonnému výboru za víkendové videokonference a jejich pracovní nasazení, se kterým se snažíme zajistit pro PLDD nejen osobní ochranné pomůcky, ale aktuální informace a materiály pro každodenní činnost v této nelehké době. Prioritou je ochrana zdraví zdravotníků, nás PLDD v první linii především. Jsme nejstarší skupinou poskytovatelů, náš věkový průměr je 60 let. V evidenci SPLDD je kolem 350 lékařů nad 70 let. Bez nich bychom to nezvládli, pokud by vyslyšeli výzvu vlády a zůstali doma. Síť ordinací by výrazně prořídla. Ostatní PLDD by byli přetíženi neregistrovanými pacienty, které neznají a nemají informace o jejich zdravotním stavu. Nemocnice a odborné ambulance by byly zatíženy násobně větším množstvím pacientů, kteří v této době mohou být nakaženi koronavirovou infekcí či být bezpříznakovými nosiči, a tudíž mohou být zdrojem nákazy pro zdravotníky. Nedostatek ochranných prostředků je ve všech segmentech zdravotnictví.

Děkuji regionálním a okresním zástupcům SPLDD, kteří akčně předávají informace z terénu, pomáhají zajistit servis a ochranné pomůcky nejen pro naše členy, ale i pro nečleny SPLDD. Často s pomocí svých rodinných příslušníků. Jsme na jedné lodi, musíme si pomáhat, na okresní úrovni se většinou známe. Snažíme se odlehčit kolegům na dětských odděleních a i přes doporučení ošetřujeme akutně nemocné děti. PLDD slouží na LPS. Doufám, že to bude bez následků a všichni přežijeme tuto epidemii ve zdraví. Prosím chraňme sebe a své nejbližší okolí.

Děkuji rodičům za jejich přístup k nouzovému režimu našich ordinací. Telefonují, jsou velmi zodpovědní, nosí roušky, zajistili je i pro své děti. Tleskám jejich kreativitě a nadšení pomáhat druhým. Ten pocit nezkazí ani pár jedinců, kteří nerespektují nařízení vlády a epidemiologů. Pokud je nepotrestá stát, nemohou obdobnou toleranci očekávat od svého okolí. Zatajovat například pobyt v zahraničí a nenastoupit karanténu, nedodržovat karanténu, je nepochopitelné a nelze to tolerovat.

Děkuji všem lidem, kteří nabízejí nám zdravotníkům pomoc, šijí roušky, tisknou štíty, vaří dezinfekci, pomáhají rozvážet ochranné prostředky. Jako jeden z příkladů uvedu firmu Avenier, která nám pomohla se závozem prvních respirátorů a je připravena pomáhat i dále. Jako druhý příklad uvedu věznic v Pardubicích, kde vyhověli žádosti dr. Dvořákové a vězni vyrobili pro PLDD ochranné štíty. Také VŠ pomáhají, vaří dezinfekci, vyrábějí ochranné pomůcky, patří k nim další a další firmy, které pomohly či pomáhají či budou pomáhat.

Nejsme v tom sami, proto děkuji, děkuji, děkuji, děkuji, děkuji, ...
Společně to zvládneme!

V úctě
Ilona Hülleová



Přehled činnosti SPLDD za uplynulé období

MUDr. Ilona Hülleová
předsedkyně SPLDD ČR

Již druhý měsíc řešíme jedno téma – rozvoj epidemie COVID-19 v ČR. Veškeré dění ohledně koronavirové infekce a informace s tím související jsou zveřejněny na www.detskylekar.cz.

Sledujeme vládní opatření proti šíření COVID-19, nařízení a doporučení MZ ČR. Aktuální informace předáváme ihned našim členům, neboť PLDD patří do první linie. Prioritou je pro nás ochrana zdraví PLDD a zdravotnického personálu v našich ordinacích. VV se snaží metodicky vést PLDD po bezpečné cestě. Situace není jednoduchá, přes potlesky a děkovné projevy politiků jsme nadále vystaveni nedostatku osobních ochranných pomůcek.

Situace je složitá a mění se dne ze dne. Z tohoto důvodu velmi rychle a aktuálně informujeme členy prostřednictvím webových stránek a mailingu o potřebných opatřeních. Abychom zabezpečili informace i pro některé, kterým mail padá do nevyžádané pošty, využíváme i cestu přes volené zástupce SPLDD. Raději tedy informace dvakrát, než nemít žádné informace.

Stručné shrnutí:

24. 2. jsme obdrželi od MZ ČR první materiály k nové koronavirové infekci (definované rizikové oblasti, první algoritmus organizace ošetření, laboratorního vyšetření a předávání informace v případě pacientů s možnou zavlčenou infekcí COVID-19).

28. 2. se konal tradiční Kongres primární péče. Ve svém úvodním slově jsem požádala přítomného pana ministra zdravotnictví Adama Vojtěcha o zajištění ochranných prostředků pro nás, praktické lékaře v první linii. V rámci KPP se konal kulatý stůl se zástupci MZ ČR a zdravotních pojišťoven. Téma šíření koronavirové infekce zcela vytlačilo připravovanou diskusi na jiná aktuální témata. Dostali jsme příslib z úst náměstka Prymuly na dodání respirátoru v horizontu jednoho týdne. Ještě týž večer jsem zaslala jménem VV SPLDD na MZ ČR dotazy na režimová opatření, která potřebujeme pro upravení chodu ordinací PLDD. Od tehdejší hlavní hygieničky jsme nedostali žádnou odpověď.

11. 3. rozhodl VV SPLDD na svém jednání o zrušení všech plánovaných vzdělávacích akcí až do konce května, a to na všech úrov-

ních (od celostátních akcí až po malé okresní semináře). Důvodem bylo eliminovat možnou nákazu PLDD na těchto akcích, obavy před možnou karanténou většího počtu PLDD v jedné oblasti. Ukázalo se, jak jsme byli prozíraví, neboť po nás toto opatření vyhlásila i vláda svým nařízením. Nejprve zákaz akcí nad 100 osob, následně nad 30 osob a nakonec zrušila všechny společenské či vzdělávací akce. Finanční dopad na chod sdružení bude obrovský, zatím nedokážeme vyčíslit všechny možné důsledky. Nicméně zdraví nás všech je přednější. Plánované volební regionální konference budou přesunuty na podzimní termíny. Čeká nás velmi těžké období.

12. 3. jsem kontaktovala SZÚ a požádala je o vypracování doporučení upravujících režim v našich ordinacích, o vytvoření doporučení pro rodiče do čekáren, následně o souhrn a popis ochranných pomůcek vhodných pro práci PLDD a jejich zdravotních sestřiček v době epidemie COVID-19. Další můj požadavek byl na instruktážní materiály a videa k správnému použití těchto ochranných pomůcek a následně i k nakládání s infekčním odpadem. Vše bylo ihned předáváno členské základně v rámci VOX INFO. Každý víkend zpracovával a tvořil VV s velkým nasazením souhrn aktuálních informací pro své členy. Vše prostřednictvím telekonferencí.

13. 3. dodalo MZ ČR první respirátory pro PLDD v omezeném množství. Přednostní bylo zásobení krajů s vysokým počtem případů nového koronaviru. PLDD obdrželi prostřednictvím regionálních a okresních zástupců SPLDD a ve spolupráci s firmou AVENIER dva respirátory FFP2 do svých ordinací. Velké úsilí všech distribuujících dodat respirátory v co nejkratším čase bylo zastřeno rozladěním nad tak malým množstvím FFP2. Nicméně se ukázalo, že dalších 7–10 dnů nedostala většina PLDD nic dalšího z ochranných osobních pomůcek (OOP). Postupně začala docházet dezinfekce a rukavice. V dalším období jsem intenzivně jednala na MZ ČR a následně na MV ČR o dodávkách ochranných osobních pomůcek. Psala jsem ministrům, výkonný výbor oslovil hejtmany všech krajů. Po jednání s ministrem zdravotnictví dne 28. 3. byla vyčleněna dodávka respirátorů, roušek, rukavic a dezinfekce nad rámec dodávek z MV ČR (realizovanou přes kraje a ORP). Dodávky dal-

ších OOP budeme sledovat, neboť do vydání tohoto čísla jsme neobdrželi vše potřebné pro ochranu před nákazou onemocněním COVID-19.

Přehled dalších událostí:

3. 2. bylo zahájeno dohodovací řízení o cenách pro rok 2021.

7. 2. se v kanceláři SPLDD konalo předsednictvo SPLDD.

8. 2. se sešli PLDD na posledním semináři „Management v ordinaci PLDD“ v Praze. Opět skvělá účast, cílené dotazy na přednášející a výborní přednášející, bezchybná organizace naší agenturou TrendyMat. Všem děkuji a těším se na příští ročník.

19. 2. se uskutečnilo jednání na ÚP VZP na téma úhradového dodatku pro rok 2021.

26. 2. se sešli zástupci soukromých lékařů na jednání KSL.

28.–29. 2. proběhl úspěšně Kongres primární péče v TOP Hotelu v Praze. V úvodu kongresu pozdravili účastníky kongresu ministři zdravotnictví Vojtěch a další tradiční hosté. Během dvoudenního jednání se intenzivně diskutovalo téma koronavirové infekce, neutěšené situace v rizikových oblastech Itálie, odkud se vracelo množství Čechů z lyžařských pobyků, mezi nimi i spousta lékařů.

6. 3. zasedalo předsednictvo SPLDD. Hlavní téma bylo COVID-19, zajištění PLDD ochrannými pomůckami, včetně zajištění dětských LPS. Byla jsem v průběhu jednání akutně odvolána na jednání s ministrem zdravotnictví a jeho náměstkou, zástupci KHS, SZÚ, SPL, ČLK. Diskutovalo se o podmínkách karantény, indikacích odběrů na COVID-19, vystavování OČR, vystavování ošetřovného prostřednictvím škol, ochranných osobních pomůckách.

17. 3. se sešla na půdě MZ ČR Rada poskytovatelů. Projednávalo se vše kolem epidemie COVID-19, zajištění akutních lékařských služeb ve všech segmentech, ekonomické dopady na poskytovatele, zabezpečení OOP. Ve večerních hodinách se naposledy v období epidemie sešel v kanceláři sdružení výkonný výbor SPLDD. Od té doby byl výbor v takřka denním telefonickém kontaktu nad řešením aktuální problematiky a 1–2× týdně zasedá prostřednictvím Skype.



Informace SPLDD

Seznam států TBC – aktualizace únor 2020

Seznam států s vyšším výskytem tuberkulózy podle údajů Světové zdravotnické organizace k únoru 2020

Podle vyhlášky č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, ve znění pozdějších předpisů, uveřejňuje Ministerstvo zdravotnictví seznam států s vyšším výskytem tuberkulózy podle údajů Světové zdravotnické organizace:

Státy s vyšším výskytem TBC

V Evropě: Litva, Moldávie, Rumunsko, Rusko a Ukrajina.

V Asii: všechny asijské státy kromě Bahrajnu, Íránu, Izraele, Japonska, Jordánska, Kataru, Kuvajtu, Libanonu, Malediv, Ománu, Saúdské Arábie, Spojených arabských emirátů, Sýrie a Turecka.

V Africe: všechny africké státy kromě Egypta, Komor, Libye, Mauricia, Seychel a Tuniska.

V Americe: Bolívie, Brazílie, Dominikánská republika, Ekvádor, Guyana, Haiti, Nikaragua, Panama, Paraguay, Peru, Salvador a Venezuela.

V Austrálii a Oceánii: Fidži, Kiribati, Marshallovy ostrovy, Mikronésie, Nauru, Palau, Papua-Nová Guinea, Šalamounovy ostrovy, Tuvalu a Vanuatu.

Přechodná změna v použití kódu 01543 v souvislosti s onemocněním COVID-19

VZP a následně i ostatní zdravotní pojišťovny vyšly vstříc naší žádosti o kompenzaci finančních ztrát v ordinacích praktických lékařů pro děti a dorost po dobu vyhlášeného nouzového režimu v souvislosti s pandemií novým koronavirem. Všechny zdravotní pojišťovny přistoupily na úhradu výkonu 01543 – epizoda péče/kontakt u pacientů od 18 let věku (18+0) v souvislosti s klinickým vyšetřením v ordinaci lékařem, a to bez ohledu na věk, v případě telefonických, e-mailových a jiných distančních lékařských konzultací vyžádaných pacientem,

resp. rodičem. Kód 01543 lze tedy vykázat od 1. 3. 2020 i u osob mladších 18 let. Podrobné podmínky vykazování najdete na www.detskylekar.cz/organizacni-opatreni-zp-v-souvislosti-s-onemocnenim-covid-19. **Konzultace zdravotního stavu v době vyhlášení nouzových opatření v souvislosti s výskytem onemocnění COVID-19** v případě, že je nezbytná konzultace zdravotního stavu pojištěncem nebo zákonným zástupcem, ale není ji možno realizovat, z důvodů epidemiologického rizika standardním fyzickým kontaktem.

Vykazování výkonů:

pojišťovna	kód
podmínky	
VZP 111	01543
zápis obsahu tf. či jiné formy konzultace do zdravotní dokumentace	
OZP 207	01543
podrobný záznam ve zdravotnické dokumentaci včetně času telefonického kontaktu	
ZPMV 211	02023/02033 01543
- řádný záznam v dokumentaci, specifikovaná forma a obsah komunikace (video hovor, TF, popř. vytištěná e-mailová korespondence, délka komunikace)	
- frekvenční omezení dle Seznamu zdravotních výkonů	
- jde o pacienty, kteří jsou v karanténě, nebo ordinaci s omezenou činností (z důvodů karantény, nemá dostatečné vybavení/respirátory)	
RBP 213	01543
za předpokladu, že s ohledem na obsah vyšetření a zdravotní stav pacienta je takový distanční postup možný a <i>lege artis</i>	
ČPZP 205	01543
záznam do zdravotní dokumentace	
ZPŠ 209	01543
záznam do zdravotní dokumentace pacienta	
VOZP 201	02023/02033 01543

při kontaktu lékaře s pacientem „vzdáleným způsobem“ zápis do zdravotní dokumentace

Balíček opatření v oblasti daní

Ing. Jaromír Adamec – daňový poradce a auditor, Liberec

Vláda schválila balíček opatření v oblasti daní, která reagují na aktuální situaci a představují jedno z palety přijímaných opatření, která pomohou ekonomickým subjektům překlenout nouzový stav.

Co mohou poplatníci dělat?

Daňoví poplatníci mohou od pondělí 16. března odložit některé platby žádostí o posečkání úhrady daně, žádostí o úpravu (snížení) záloh anebo o výjimku z jejich placení, žádostí o odpuštění sankcí v případě prodlení, žádostí o prodloužení lhůty pro některá daňová přiznání:

Daňový subjekt může z důvodu tíživé sociální či ekonomické situace požádat správce daně o posečkání úhrady daně, popř. její rozložení na splátky. Právní úprava je obsažena v § 156 a § 157 zákona č. 280/2009 Sb., daňový řád, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „daňový řád“).

V případě žádosti o posečkání úhrady daně se odpouštějí správní poplatky pro všechny žádosti podané do 31. 7. 2020.

Úprava (snížení) záloh anebo výjimka z jejich placení

Odpuštění sankcí v případě prodlení

Nově se u žádosti o odpuštění sankcí v případě prodlení odpouštějí správní poplatky pro všechny žádosti podané do 31. 7. 2020.

Prodloužení lhůty pro některá daňová přiznání

Pro podání přiznání k dani z příjmů fyzických a právnických osob není třeba do 1. 7. 2020 individuálně žádat.

Co poplatníci dělat nemusejí?

Daňoví poplatníci nemusejí podávat **daňové přiznání k dani z příjmů** právnických osob,



k dani z příjmů fyzických osob a vyúčtování srážkové daně do termínu 1. dubna 2020. Postačí, pokud toto přiznání podají nejpozději do 1. července 2020. To platí zcela **automaticky bez žádosti**.

Daňoví poplatníci dále nemusejí podat v termínu **kontrolní hlášení k DPH**, přičemž pokuty za pozdní podání kontrolního hlášení budou řešeny následovně:

Bez výzvy správce daně bude **automaticky prominuta pokuta v hodnotě 1 000 Kč** vzniklá za období od 1. 3. do 31. 7. 2020.

Ostatní pokuty za pozdní podání kontrolního hlášení či daňového přiznání budou **promíjeny na individuální žádost poplatníka** z důvodů souvisejících s koronavirem.

Co poplatníkům doporučujeme?

Daňoví poplatníci by měli upřednostnit jiný než osobní kontakt s Finanční správou a využívat co možná nejvíce dálkové formy komunikace, tedy podávat daňová přiznání prostřednictvím aplikace Elektronická podání pro Finanční správu nebo poštou. Od pondělí 16. 3. 2020 jsou pracoviště Finanční správy přístupná pro veřejnost v rozsahu úředních hodin podatelny. Kontakt s veřejností bude probíhat v prostorách určených správcem daně (finančním úřadem, územním pracovištěm).

Co mohou poplatníci očekávat?

Daňoví poplatníci mohou očekávat vstřícný přístup Finanční a Celní správy. Finanční správa za tímto účelem mění promíjecí pokyny a vydala nový pokyn D-44, kterým se rozšiřují pokyny D-21 a D-29 o další ospravedlnitelný důvod související s opatřeními proti šíření koronaviru. Kompletní textace generálního pardonu (tzv. Liberačního balíčku) a Pokyn D-44 jsou k dispozici ve Finančním zpravodaji.

Kde mohou poplatníci získat další informace?

Byly zřízeny telefonní infolinky, které budou v provozu v pracovních dnech v době 9:00–17:00 hodin pro zodpovídání dotazů souvisejících s opatřeními k aktuální situaci. První infolinka je dostupná na telefonním čísle **224 041 111**. Přehled jednotlivých daňových opatření, jejich dopady a další pravidelně aktualizované informace týkající se koronaviru jsou k dispozici také na nové stránce Finanční správy.

<https://www.financnisprava.cz/>.

■ Izolace, karanténa

Informační leták ECDC: Co je karanténa? Co je izolace? a česká legislativa. Karanténa a izolace COVID-19.

Karanténní opatření a izolace jsou součástí legislativy ČR: zákon č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví a o změně některých souvisejících zákonů.

§ 2

(7) Karanténními opatřeními jsou

- karanténa**, kterou se rozumí oddělení zdravé fyzické osoby, která byla během inkubační doby ve styku s infekčním onemocněním nebo pobývala v ohnisku nákazy (dále jen „fyzická osoba podezřelá z nákazy“), od ostatních fyzických osob a lékařské vyšetřování takové fyzické osoby s cílem zabránit přenosu infekčního onemocnění v období, kdy by se toto onemocnění mohlo šířit,
- lékařský dohled**, při kterém je fyzická osoba podezřelá z nákazy povinna v termínech stanovených prozatímním opatřením poskytovatele zdravotních služeb nebo rozhodnutím příslušného orgánu ochrany veřejného zdraví docházet k lékaři na vyšetření nebo se vyšetření podrobit, popřípadě sledovat podle pokynu příslušného orgánu ochrany veřejného zdraví po stanovenou dobu svůj zdravotní stav a při objevení se stanovených klinických příznaků oznámit tuto skutečnost příslušnému lékaři nebo příslušnému orgánu ochrany veřejného zdraví,
- zvýšený zdravotnický dozor**, jímž je lékařský dohled nad fyzickou osobou podezřelou z nákazy, které je uložen zákaz činnosti nebo úprava pracovních podmínek k omezení možnosti šíření infekčního onemocnění.

§ 64

Opatření, kterým jsou povinny se podrobit fyzické osoby

Fyzická osoba, která onemocněla infekčním onemocněním nebo je podezřelá z nákazy, je podle povahy infekčního onemocnění zejména povinna

- podrobit se **izolaci**, podání specifických imunologických preparátů nebo antiinfektiv, potřebnému laboratornímu vyšetření, lékařské prohlídce a karanténním opatřením,
- dodržovat omezení, popřípadě zákaz užívání zdroje pitné vody, potravin a dalších výrobků podezřelých z toho, že obsahují původce nákazy,
- zajistit provedení nařízené ohniskové ochranné dezinfekce, dezinsekce a deratizace,
- zdržet se činnosti, která by mohla vést k dalšímu šíření infekčního onemocnění, a je-li běžnou součástí života, vykonávat ji tak, aby se riziko šíření snížilo.

Karanténa v současné situaci

a) Karanténa a volný pohyb obyvatel

Nařízení o povinné čtrnáctidenní **karanténě** po návratu ze zahraničí se kromě Itálie vztahuje od 13. března 12.00 hodin nově také na další vybrané rizikové země, jimiž jsou v současné době Čína, Jižní Korea, Írán, Itálie, Španělsko, Rakousko, Německo, Švýcarsko, Švédsko, Nizozemsko, Belgie, Velká Británie, Norsko, Dánsko a Francie. Aktuální seznam rizikových zemí naleznete na <https://koronavirus.mzcr.cz/staty-sve-ta-s-vysokym-rizikem-prenosu-nakazy/>. Dále vláda vydala s účinností od 16. března 2020 od 0.00 do 24. března 2020 do 6.00 hod. rozhodnutí o **zákazu volného pohybu osob** na území České republiky s výjimkou cest do zaměstnání, do zdravotnických zařízení, za rodinou a dalších nezbytných cest. Pro tento zákaz platí výjimky <https://koronavirus.mzcr.cz/rozhodnuti-vlady-o-zakazu-volneho-pohybu-osob/> (není to však karanténa podle zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví <http://szu.cz/tema/prevence/izolace-karantena>).

b) Kdo nařizuje karanténu a jak ji uplatnit

O nařízení karantény, jejím trvání a ukončení rozhoduje orgán ochrany veřejného zdraví a v tomto smyslu je povinen podat zaměstnavateli na jeho žádost informaci o tom, že zaměstnanci byla karanténa nařízena. Potvrzení „Oznámení o nařízení karantény“ vystaví ošetřující lékař nebo hygienik (https://www.cls.cz/dokumenty/dopis_neschopenky.pdf). Bylo-li toto nařízení vydáno,



je právně závazné a pokyny orgánů ochrany veřejného zdraví je třeba dodržet!

S nařízením domácí karantény je spojeno vystavení neschopenky. V souladu se stanoviskem České správy sociálního zabezpečení v těchto případech postačí, když praktický lékař pacientovi doručí neschopenku, a to optimálně eNeschopenku, aby se co nejvíce zamezilo kontaktu mezi lékařem a pacientem v karanténě.

c) Rady pro domácí karanténu

Přečtěte si rady a doporučení pro domácí karanténu. **Další informace najdete také zde:** http://www.hygp Praha.cz/dokumenty/jak-vystavovat-potvrzeni-o-narizeni-karanteny-nebo-rozhodovat-o-vzniku-pracovni-neschopnosti--navod-cssz--4643_4643_506_1.html

■ Užívání léků s ibuprofenem a paracetamolem s ohledem na výskyt nemoci COVID-19

V souvislosti s množícími se dotazy od laické i odborné veřejnosti a také diskusemi na sociálních sítích o údajné nebezpečnosti používání ibuprofenu při infekci koronavirem uvádíme toto na pravou míru.

V současné době neexistují žádné vědecky doložené důkazy, že by ibuprofen zhoršoval průběh infekce COVID-19.

Pokud se při onemocnění COVID-19 objeví horečka a bolesti (např. svalové), lékař nebo lékárník může doporučit různé možnosti léčby k úlevě od potíží. Mezi ně patří paracetamol nebo nesteroidní protizánětlivé léky, tedy právě i ibuprofen. Každá z těchto léčivých látek má svůj dobře známý bezpečnostní profil a liší se v některých přínosech i rizicích léčby.

Nepravdivá informace o škodlivosti ibuprofenu vychází zřejmě z článku publikovaného ve vědeckém časopise Lancet. Jeho autor poukazuje na určitou možnost zhoršeného průběhu infekce COVID-19 v důsledku působení některých léčivých látek na léčbu cukrovky a vysokého krevního tlaku. V této souvislosti je také okrajově zmíněn ibuprofen. V předmětném sdělení však zároveň není uveden zdroj tvrzení, že ibuprofen zvyšuje produkci enzymu ACE2. Souvislost ibuprofenu s vyšším rizikem průniku koronaviru do buněk je tak čistě hypotetická, autor sám upozorňuje, že se jedná pouze o jeho domněnku bez dalších vědeckých důkazů.

Použití ibuprofenu v souladu s příbalovou informací tak i nadále představuje pro pacienta účinnou a bezpečnou léčbu horečky a bolesti.

Jak ibuprofen (nebo další protizánětlivé látky), tak paracetamol jsou lékem volby pro zvládnutí příznaků infekčního onemocnění včetně infekce koronavirem. Tato doporučení jsou plně v souladu se stanoviskem Evropské lékové agentury (EMA). **O vhodnosti použití paracetamolu nebo ibuprofenu je potřeba se poradit s lékařem nebo lékárníkem.**

Paracetamol má například méně nežádoucích účinků na zažívací systém, nicméně se u něj musí důsledně dodržovat nejvyšší doporučená denní dávka (při překročení této dávky hrozí poškození funkce jater). Podle některých studií je u něj také nástup účinku při snižování horečky rychlejší než u ibuprofenu.

Ibuprofen má zase oproti paracetamolu protizánětlivé účinky, dle některých studií je jeho vliv na snížení horečky dlouhodobější než u paracetamolu, ale může mít ve srovnání s paracetamolem více nežádoucích účinků na zažívací systém.

Je také nezbytné si uvědomit, že výše uvedené léčivé látky obsahují přípravky pod různými obchodními názvy a že spousta těchto přípravků je dostupných volně, bez receptu. Pacienti tak mnohdy nevědomky užívají více léků se stejnou účinnou látkou, což může snadno vést k předávkování. O své léčbě se proto vždy poraďte s lékárníkem, případně pečlivě prostudujte přiloženou příbalovou informaci.

V každém případě je třeba pamatovat, že ani jedna z uvedených léčivých látek neléčí příčinu nemoci, ale pouze tlumí její příznaky. Je proto nezbytné dodržovat doporučenou délku podávání a při zhoršení stavu vždy kontaktovat lékaře nebo lékárníka.

Je pravdou, že v současné době probíhá celoevropské hodnocení protizánětlivých léčivých látek včetně ibuprofenu ve vztahu k virové infekci planými neštovicemi a k možnému zhoršení průběhu bakteriálních infekcí. Toto hodnocení však nemá žádný vztah k virové infekci způsobené koronavirem. Informace o tom, že se ibuprofen nemá používat v případě onemocnění planými neštovicemi, je již nyní obsažena v příbalové informaci léčivých přípravků s touto léčivou látkou.

Tisková zpráva Evropské lékové agentury (EMA) k užívání nesteroidních protizánětlivých léků: <https://www.ema.europa.eu/en/news/ema-gives-advice-use-non-steroidal-anti-inflammatories-covid-19>

18. 3. 2020

■ Prohlášení k provádění bezpečnostně technických kontrol (BTK) dle § 65 zákona č. 268/2014 Sb., o zdravotnických prostředcích, během nouzového stavu a používání přístrojů bez platné BTK

Z důvodu omezení vzniklých vyhlášením nouzového stavu a ve snaze omezit šíření nákazy způsobené COVID-19 vydává Státní ústav pro kontrolu léčiv toto prohlášení.

Nebude dočasně sankcionováno používání zdravotnického prostředku bez platné BTK, a to za následujících podmínek:

1. Neuplynuly více než 3 měsíce od konce platnosti BTK a současně trvá vládou vyhlášený stav nouze.
2. Provedení BTK není nezbytné pro další bezpečné používání zdravotnického prostředku (kalibrace, výměna kritické součástky, aktualizace softwaru apod.).
3. Výrobce nebo výrobce prostřednictvím servisní organizace nezakázal používání zdravotnického prostředku bez platné BTK.
4. Poskytovatel je povinen vést evidenci takto používaných zdravotnických prostředků.

Odbor zdravotnických prostředků

19. 3. 2020

■
Pro VOX připravil:
MUDr. Ctirad Kozderka



Ohlédnutí za 14. kongresem primární péče

MUDr. Ctirad Kozderka
místopředseda SPLDD ČR

Ve dnech 28.–29. 2. 2020 proběhl již 14. ročník Kongresu primární péče – společné setkání obou odborností praktických lékařů. Pozvání přijal ministr zdravotnictví, předseda ČLS JEP prof. Svačina, prezidentka České asociace sester PhDr. Šochmanová, předseda SVL doc. Býma. Odbornou garanci poskytla OSPDL svým místopředsedou MUDr. Zímou. V zahajovacím projevu potvrdil ministr zdravotnictví Mgr. et Mgr. Adam Vojtěch platnost strategie ministerstva nadále podporovat primární péči: „Dokud budu ministrem zdravotnictví, bude pro mne primární péče prioritou. Bez ní nemůže zdravotnictví v ČR efektivně fungovat. Děkuji vám všem a vašim organizacím SPL, SPLDD, SVL a OSPDL za spolupráci.“ Dále se zmínil o průběhu reformy primární péče, o uvolnění preskripce pro praktické lékaře, o chystaných změnách rezidenčních míst, zmínil aktuální situaci epidemie novým typem koronaviru a chystaných opatřeních pro ordinace praktických lékařů.

V průběhu kongresu také proběhlo jednání „Kulatého stolu“ na téma reforma primární péče. Na toto pracovní jednání přijal pozvání náměstek MZ prof. Prymula, náměstek generálního ředitele VZP Ing. Šmehlík, zástupkyně Svazu zdravotních pojišťoven MUDr. Knorová, ředitelka SÚKL Mgr. Storová, předseda SPL MUDr. Šonka,

předsedkyně SPLDD MUDr. Hülleová, předseda SVL doc. Býma, místopředseda OSPDL MUDr. Zíma a MUDr. Prokeš, který pracuje na uvolňování preskripce pro praktické lékaře. Debata začala spontánně diskusí na aktuální téma – koronavirus. Ze strany PL a PLDD směřovaly připomínky na adresu MZ k informování lékařské i laické veřejnosti o situaci a o adekvátních opatřeních k zamezení šíření viru. Prof. Prymula přislíbil, že v průběhu následujícího týdne zajistí uvolnění nedostatkových ochranných pomůcek (respirátory typu FFP3) do ordinací praktiků ze státních hmotných rezerv v objemu cca 10 000 ks. Zahájena byla také jednání s českým výrobcem masek na bázi nanotechnologií o nákupu státem pro tyto krizové účely. Upozornil ale, že tento typ masek zatím nemá dokončenou homologaci. MZ na svých webových stránkách vydává aktualizované algoritmy pro zdravotníky a občany. Ze strany praktických lékařů doporučeno zintenzivnit informovanost populace prostřednictvím státních médií. Dále byla diskutována otázka vystavování dočasné pracovní neschopnosti a žádosti o ošetřovné v případě doporučené domácí karantény. Na tomto poli musí být jednotný mezíresortní postup MZ a MPSV. Prof. Prymula přislíbil, že připomínky a návrhy z tohoto pracovního jednání zpracuje MZ do pokynů pro praktické lékaře, které budou na webových stránkách MZ a budou

ihned na začátku týdne (cca 1. 3. 2020) distribuovány elektronickou cestou členům SPL a SPLDD. Lékaři zajišťující primární péči by tak měli být průběžně informováni o možnostech zajištění ochranných pomůcek, o pokynech k triáži pacientů, o vystavování pracovních neschopenek a žádosti o ošetřovné, o kontaktech na call centrum.

Druhé téma Kulatého stolu se točilo okolo uvolňování preskripčních omezení pro praktické lékaře. Úvodního slova se ujala ředitelka SÚKL Mgr. Storová, která přítomné seznámila s procesem schvalovacího mechanismu. Uvedla, že ze strany praktických lékařů byla podána žádost o uvolnění léčivých látek z 37 skupin, zdravotními pojišťovnami bylo odsouhlaseno 24 skupin a reálně bylo uvolněno 10 skupin. SÚKL dle její ředitelky nechce blokovat uvolňování preskripce, protože nevidí racionální důvody (až na vysoce specializované a inovativní léčivé prostředky), proč by lékař nemohl předepsat jakékoliv léčivo, pokud dle svého nejlepšího vědomí a svědomí je schopen je k léčbě použít. Souhlasí s tím, že jednotlivé odborné společnosti nemohou blokovat uvolňování preskripce. Odborné společnosti nejsou dle platné legislativy účastníky správního řízení, ale jsou vyzvány k podání odborného vyjádření.





Mgr. Storová připomněla, že dle novely zákona o léčivech má pacient možnost od 1. 12. 2019 zakázat sdílení svého lékového záznamu. Nahlížení do lékového záznamu třetí osobou (zejm. dalšími lékaři) bude možné realizovat až od 1. 6. 2020. V souvislosti s eReceptem upozornila na vyhlášku č. 329/2019 Sb., o předepisování léčivých přípravků při poskytování zdravotní péče, dle níž o formě průvodky eReceptu rozhoduje pacient, nikoliv lékař.

Jak už bývá každoročním zvykem, velký zájem projevují účastníci kongresu o blok věnovaný profesní a právní problematice. Představen byl projekt SPL Servisní organizace SPL (SOSPL), která byla koncipována na základě požadavků praktických lékařů. Pomáhá v mnoha nelékařských oblastech, jako je pomoc s akreditací ordinace a realizací rezidenčních míst, převodem praxe, vyřízením úvěru při koupi praxe, s audity, se zajištěním BOZP, se splněním podmínek pro-

vozu praxe dle SÚKL, s ekonomikou praxí... Služby SOSPL mohou využít i PLDD, podrobnosti jsou na www.sospl.cz.

Zmíněna byla také zahájená dohodovací řízení o cenách na rok 2021. Díky významnému počtu udělených plných mocí k zastupování na DŘ získali zástupci segmentu praktických lékařů více než 2/3 hlasů, dr. Šonka poděkoval všem, kteří plnou moc udělili. Zástupci praktických lékařů chtějí prosadit nejen zvýšení ceny práce, jak to navrhuje ČLK, ale i vyšší režijní sazby, která je v současné době 3,10 Kč/min. To zdaleka neodpovídá reálné minutové režii našich ordinací, která je několikanásobně vyšší. Pokud ale bude vyhláškou i na rok 2021 stanoveno srovnávání nákladů, musí být v případě navýšení ceny práce i minutové režie tato diskrepance adekvátně promítnuta do stanovení regulačních mechanismů. Velkou neznámou je, zda se vytýčených cílů

podaří dosáhnout v krizové situaci pandemie koronavirem, která významně oslabuje ekonomiku státu.

V souvislosti se změnami legislativy byly nabídnuty služby společnosti Harpag, která průběžně aktualizuje pojistné smlouvy ČPP pro lékaře. Společnost nabízí kromě jiného posouzení stávající pojistné smlouvy od jakékoliv pojišťovny zdarma s upozorněním na mezery, které by mohly mít negativní vliv na případné pojistné plnění. Podrobněji na www.harpag.cz/pojistenilekaru.

Na 14. kongresu praktických lékařů zazněla řada odborných sdělení přednesených kolegy z našich řad i z řad specialistů zaměřených pro využití v našich praxích. Věřme, že se podaří i v následujícím roce uspořádat stejně kvalitní odborné i společenské setkání lékařů a sester z primární péče za spolupráce se špičkovými přednášejícími nejrůznějších odborností.





Servisní organizace SPL – informace pro členy SPLDD

MUDr. Jiří Zdražil
člen výboru SPL ČR

Vážené kolegyně a kolegové,

rádi bychom vás tímto způsobem informovali o projektu, jehož přípravou jsme se ve vedení SPL v poslední době poměrně intenzivně zabývali a o němž si myslíme, že může být přínosný a zajímavý pro všechny lékaře primární péče – tedy i pro vás, kolegy ze SPLDD.

Na úvod jen trochu historie a vysvětlení, proč jsme na novém projektu začali pracovat. Konference SPL v Průhonicích v dubnu roku 2019 rozhodla o vytvoření Servisní organizace SPL, která by měla zajišťovat pro členy SPL podporu v některých důležitých činnostech spjatých s provozem našich ordinací.

Základním impulsem pro toto rozhodnutí byl fakt, že v posledních cca třech letech začalo do segmentu primární péče pronikat několik soukromých společností, které se

při získávání nových praxí a při jejich dalším provozování chovají „velmi nestandardně“ a jejichž chování by mohlo ve střednědobém horizontu ohrožovat existenci primární péče v podobě, jak ji známe dnes.

Na dubnové konferenci tedy zazněla myšlenka, že by jednou z priorit SPL měla být podpora generační výměny – tedy aby si každý lékař, který chce v určitém časovém horizontu končit, mohl s předstihem zajistit svého nástupce. A samozřejmě to platí i opačně – aby si mladý lékař nebo ještě i student medicíny mohl najít lékaře, který mu za jasně a předem daných podmínek praxi předá. Průvodcem a garantem tohoto procesu by měla být pro obě strany důvěryhodná organizace – tedy organizace spadající pod SPL.

Od poloviny roku 2019 tak vzniká databáze, kde na straně nabídky jsou shromažďovány

údaje o lékařích, kteří chtějí v určitém časovém horizontu svoji praxi předat. Na straně poptávky jsou shromažďovány informace o potenciálních zájemcích o koupi ordinace. Dále byl vyvinut poměrně sofistikovaný algoritmus, který dle zadaných kritérií vhodné dvojice spáruje. Unikátností databáze spočívá v tom, že bude pracovat s opravdu dlouhodobým časovým horizontem, a bude tak docházet k propojení nabídky a poptávky v místě a čase tak, jak by bez existence této databáze zcela určitě nebylo možné. Dále je nutné zmínit, že se jedná o zcela uzavřenou databázi a k údajům v ní má přístup jen osoba pověřená vedením SPL. Pokud na základě požadavků obou stran dojde ke spárování nabídky a poptávky, je další postup zcela v rukou obou zájemců – buď jen dojde k předání kontaktů, nebo v případě oboustranného zájmu je možné zpracování převodu praxe za předem daných a férových podmínek.



Jako další úkoly pro Servisní organizaci vznikly postupně po diskusích se členy další funkcionality – přehledně viz obrázek na str. 11, který je úvodní stranou webu Servisní organizace.

Jedná se o funkcionality, které přirozeně souvisejí s chodem našich praxí a o jejichž zajištění je mezi členy SPL zájem. Proto bylo rozhodnuto, že se Servisní organizace pokusí tyto funkcionality pro členy SPL zajišťovat, a to za podmínek, které budou výrazně výhodnější než u komerčních subjektů, které tyto funkcionality také pro lékaře nabízejí.

Pojďme si je probrat postupně:

1. Prodej ordinace
2. Převod praxe na s.r.o.
3. BOZP, podklady pro SÚKL, GDPR apod.
4. Podpora akreditací, RM

Tyto základní čtyři funkcionality není jisté dále potřeba více rozebírat. V praxi to bude fungovat jednoduše: lékař, který bude mít zájem např. o zpracování BOZP, kontaktuje pověřeného pracovníka Servisní organizace e-mailem nebo telefonicky a ten ho již celým

procesem provede. Veškeré kontaktní údaje a podrobnější informace jsou dostupné na webu Servisní organizace. V rámci podpory akreditací a RM bude pro zájemce z řad členů SPL nabídnuta možnost zpracování žádosti o akreditaci, žádosti o RM, průběžné zprávy a závěrečné zprávy.

Jako další funkcionality chceme v brzké době nabídnout semináře týkající se ekonomiky ordinací se zaměřením na efektivní vykazování kódů, jejich časovou a obsahovou náplň a na celkové efektivní nastavení procesů v ordinaci.

Další naší ambicí je nabídnout členům několik tzv. afinitních programů. O co se jedná? Protože základním úkolem Servisní organizace je podpora generační výměny, jde v první řadě o možnost výhodného úvěru pro koupi praxe. Tento úvěr by měl být bezúročný úvěr, tj. využitelný i pro stávající praxe (nejen pro koupi praxe). Na podobném principu chceme nabídnout i další afinitní programy, které budou užitečné pro chod našich ordinací.

Jsme přesvědčeni, že některé nabízené funkcionality mohou být zajímavé i pro lékaře z řad SPLDD. Problematika zpracování žádostí o akreditaci a RM je u vás poněkud odlišná a databázi prodeje/nákupu praxí vytváříme pro obor VPL, ale ostatní funkcionality jsou bez problémů použitelné i pro vás. Pokud tedy bude mít někdo z vašich řad zájem o zpracování podkladů pro SÚKL, BOZP, auditů právních a administrativních povinností lékaře, kalkulaci věcně usměrňujících cen, procesování prodeje/nákupu praxe, převodu praxe na s.r.o., obraťte se prosím na nás. Postupně rozvíjíme i další funkcionality, o kterých si Vás dovolueme průběžně informovat.

Veškeré potřebné informace získáte na nově spuštěných webových stránkách, které mají adresu www.sospl.cz, nebo na telefonu 603 183 599.

E-mailový kontakt je: servis@sospl.cz.

DIGITÁLNÍ PANEL DO VAŠÍ ČEKÁRNY

Na informačním panelu můžete sdílet Vaše informace a rady pacientům, kteří právě čekají na vyšetření.

Instalace i provoz jsou pro praktické lékaře pro děti a dorost **bezplatné**.



+420 731 965 096



lucie.vorlickova@ids-media.cz



www.obrazovkavcekarne.cz





Odpovědnost neatestovaného lékaře

JUDr. Jan Mach

ředitel právní kanceláře ČLK

Lékař bez atestace také odpovídá za odborné pochybení, zvláště přecenění své schopnosti a samostatně řeší případy, které by měl konzultovat.

V poslední době se poměrně často stávají případy, kdy mladý lékař bez atestace, někdy i bez základního kmene, přecení své odborné znalosti a schopnosti a rozhodne se samostatně řešit takové situace, v nichž by měl raději vyhledat radu a pomoc zkušenějšího, pokud možno atestovaného kolegy, který nad ním vykonává odborný dozor (v případě lékařů bez základního kmene) nebo odborný dohled (v případě lékařů – absolventů základního kmene).

U některých lékařů se vžil představa, že lékař, který nemá specializovanou způsobilost, nebo dokonce není ani absolventem základního kmene a je na pracovišti pouze „školencem“, nenese za svá případná chybná rozhodnutí, která měla za následek úmrtí nebo újmu na zdraví, žádnou odpovědnost. Není tomu tak, naopak, tuto odpovědnost každý lékař má, i když je třeba jeho díl odpovědnosti hodnotit diferencovaně i s ohledem na délku praxe a kvalifikaci.

■ „Dětská nemoc“ mladých odborníků – příliš velká suverenita

Nejčastější případ, který bývá ze strany soudů nejvíce kriticky hodnocen, se týká lékařů v přípravě bez atestace, kdy mladý lékař suverénně rozhodl o dalším postupu a ač měl možnost poradit se a konzultovat případ se zkušenějším kolegou, neučinil tak, protože byl přesvědčen, že je to zbytečné a že je schopen rozhodnout o dalším postupu samostatně. Když se posléze ukáže, že postup, o kterém rozhodl, byl chybný a vedl k újme na zdraví nebo úmrtí pacienta, těžko pak může mladý lékař tvrdit, že nenese žádnou odpovědnost, protože je školencem v přípravě a nemá ještě atestaci. Tato obhajoba v situacích, kdy lékař přecenil své schopnosti a ač mohl případ konzultovat, neučinil tak, nemůže být úspěšná.

Z psychologického hlediska tuto situaci dobře znám i u právnických profesí. Začínající advokátní koncipient nebo právní čekatel v justici bývá někdy přesvědčen o své neomylnosti a o tom, že je způsobilý

rozhodovat a právně posuzovat i složité případy na vysoké odborné úrovni. Teprve praxe mu ukáže, že tomu tak není a že je třeba získávat zkušenosti, učit se a radit se zkušenějšími kolegy, jinak nadělá spoustu odborných chyb. Často s úsměvem pozorujeme, jak 25letý začínající advokátní koncipient je naprostý suverén, zatímco třicetiletý advokát (tentýž člověk) je již velmi opatrný ve všem, co činí, a raději se poradí se zkušenějšími kolegy. Domnívám se, že při výkonu lékařského povolání je tomu často podobně.

V situaci, kdy lékař bez specializované způsobilosti, ač má možnost konzultovat případ s tím, kdo nad ním vykonává odborný dozor nebo odborný dohled, sám suverénně rozhodne a ukáže se, že rozhodl odborně chybně, přičemž tato chyba měla fatální následky, nepochybně ponese za toto své jednání plnou odpovědnost. Měl a mohl věc konzultovat, měl a mohl se poradit, čímž by do jisté míry přenesl odpovědnost na lékaře, který nad ním vykonává odborný dozor nebo odborný dohled, nebo by se vyvaroval odborného pochybení.

■ Lékař školencem může odmítnout to, nač nestačí, a měl by upozornit zaměstnavatele, nemá-li zajištěn odborný dozor nebo dohled

Může se stát, že atestovaný lékař vykonávající odborný dohled nebo odborný dozor svěří školení činnosti, které přesahují rámec jeho dovedností a schopností. V takovém případě je třeba, aby na to školencem atestovaného lékaře upozornil, nepouštěl se do činností, kde by cítil nedostatek schopností, a aby vždy vyžadoval radu a odborné vedení od zkušenějšího kolegy v situacích, kdy si není jist, zda postupuje správně. **Je zcela legitimní, když se neatestovaný lékař ohradí, že toto ještě není schopen sám vykonat, a požádá dohlížejícího lékaře o radu a pomoc i tam, kde ho pověřil tím, aby konal samostatně.** Naprosto chápu, že u invazivních výkonů, které zasahují do

tělesné integrity člověka, se školencem musí naučit tyto výkony provádět a jednou je musí provádět poprvé. V případě nejistoty by si však měl vyžádat přinejmenším asistenci zkušeného lékaře, který ho při takovém výkonu povede.

Samotný manuální nezdar, kdy ve zlomku vteřiny lékař udělá chybný pohyb a má to nepříznivé následky pro pacienta, nemusí být ještě hodnocen jako chybný odborný postup nebo jako nedbalost. Často je taková situace hodnocena jako přípustné riziko příslušného výkonu, pokud jej lékař prováděl s náležitou opatrností a pokud se buď svévolně nepustil do něčeho, co by ještě konat neměl, nebo nebyl pověřen činností, která mu v dané etapě jeho specializované přípravy ještě nenáležela. **Mladý lékař by tedy měl dokázat odmítnout samostatně rozhodovat a konat za situace, kdy si není jist správností postupu, a má vždy právo vyžádat si radu a pomoc lékaře, který nad ním vykonává odborný dozor nebo odborný dohled.**

Lékař, jenž dosud neabsolvoval základní kmen, by měl pracovat pod odborným dozorem lékaře se specializovanou způsobilostí, který mu bude k dispozici do patnácti minut a který s ním bude přítomen v prostorách zdravotnického zařízení. Nestačí tedy odborný dozor „na dálku“, je třeba, aby s tímto lékařem byl ve službě přítomen atestovaný lékař. Pokud by lékař absolvent bez základního kmene zjistil, že je vypsán do služby úplně samostatně a nemá určen odborný dozor lékaře se specializovanou způsobilostí, který bude přítomen ve zdravotnickém zařízení, **měl by podle zákoníku práce upozornit nadřízeného na porušení zákona.** Zákon č. 95/2004 Sb. v platném znění stanoví, že v těchto případech musí být ten, kdo vykonává odborný dozor, přítomen ve zdravotnickém zařízení. Lékař, jenž je absolventem základního kmene, by měl mít vždy jasno, který lékař nad ním vykonává odborný dohled, na jakém telefonním čísle se mu dovolá, neboť komunikačně dostupný musí být takový lékař okamžitě, a měl by mít jistotu, že dohlížející atestovaný lékař je způsobilý



se nejpozději do 30 minut dostavit na místo a poskytnout radu a pomoc. **Pokud tomu tak není, měl by rovněž prokazatelně, tedy nejlépe písemně, upozornit nadřízeného na tuto skutečnost, tedy že je porušen zákon.**

Jaké činnosti může vykonávat lékař s odbornou, ale nikoli specializovanou způsobilostí, tedy lékař absolvent, byť není ještě absolventem základního kmene, stanoví **vyhláška č. 280/2018 Sb., o stanovení činností, které může lékař vykonávat bez odborného dohledu a bez odborného dozoru na základě odborné způsobilosti.** Zákon však současně umožňuje, aby lékař, který je jeho školitelem, stanovil i další činnosti v této vyhlášce neuvedené, jež s ohledem na dosavadní praxi a zkušenosti může neatestovaný lékař vykonávat, byť jde o činnosti nad rámec uvedené vyhlášky č. 280/2018 Sb.

■ Odpovědnost dohlížečícího lékaře není neomezená

Lékaři ve funkci školitelů a lékaři vykonávající odborný dohled a odborný dozor nad neatestovanými lékaři by však měli dobře zvažovat, jaké činnosti nad rámec vyhlášky č. 280/2018 Sb. dovolí ještě lékaři školenci vykonávat. Zejména lze doporučit, aby pokud lékař bez atestace, který pracuje na centrálním příjmu nebo jiném úseku, kde se rozhoduje o přijetí, či nepřijetí pacienta do nemocnice, rozhodne o tom, že pacient nebude přijat k hospitalizaci, a pošle ho domů, dříve než toto rozhodnutí učiní, konzultoval raději případ s lékařem, který nad ním vykonává odborný dozor nebo odborný dohled. Nejvíce trestních kauz u mladých lékařů nastává právě v situaci, kdy mladý lékař poměrně suverénně, ale zcela nesprávně posoudí zdravotní stav pacienta a rozhodne, že hospitalizace není nutná, aniž případ konzultuje s lékařem vykonávajícím nad ním odborný dozor nebo odborný dohled, ač jej konzultovat mohl. **Lékař vykonávající odborný dohled nebo odborný dozor nemůže nést odpovědnost za rozhodnutí, které mladý lékař učinil bez jeho vědomí.** Lze však doporučit, aby si raději vyhradil konzultaci případů, kdy mladý lékař chce rozhodnout o tom, že pacienta k hospitalizaci nepřijme a odešle ho domů. To platí zejména v případech, kdy pacient je přivezen zdravotnickou záchrannou službou do nemocnice, kde mladý lékař rozhoduje o jeho přijetí. V těchto případech **rozhodnout o nepřijetí a odeslat pacienta domů**

je poměrně závažným rozhodnutím, které by měl potvrdit atestovaný lékař.

Atestovaný lékař vykonávající odborný dohled nebo odborný dozor nad školenecem nikdy nemůže nést odpovědnost za odborné pochybení, kterému nemohl zabránit. Tvrzení, že dohlížečící lékař nese za školence plnou odpovědnost a odpovídá za jeho případné chyby, je zcela nesprávné.

Atestovaný lékař odpovídá za svá vlastní odborná pochybení, případně za to, že dal mladému lékaři chybné pokyny a rady nebo že nad ním zanedbal odborný dohled nebo odborný dozor, případně ho pověřil činnostmi, kterými ho pověřit neměl. Jakousi paušální obecnou odpovědnost za případné pochybení mladého lékaře však rozhodně nemá a mít nemůže.

■ Někteří rozhodnutí soudů v případě neatestovaných mladých lékařů

Případem lékaře, který neměl ještě ani rok praxe, se zabýval i Ústavní soud, a to za situace, kdy uznal, že lékař byl v poměrně těžké pozici s ohledem na situaci na pracovišti i případ, který řešil. Přesto však odmítl jeho ústavní stížnost proti uložení podmíněného trestu. V rozhodnutí Ústavní soud mimo jiné uvedl: „*Možnost rozpoznat úskalí zažitého systému, případně v krátké době po nástupu do práce dosáhnout jeho změny, je však pro čerstvého absolventa lékaře velmi omezená, ne-li vyloučená.*“ Ústavní soud připustil, že situace, v jaké se čerstvý absolvent lékařské fakulty – školenec ocitl, byla velmi složitá. Připustil rovněž, že v případech, kdy zdravotničtí pracovníci v dobré víře poskytují zdravotní péči s úmyslem zlepšit zdraví či přímo zachránit životy pacientů, nelze tuto činnost v žádném případě kriminalizovat. Ani v posuzovaném případě nešlo o situaci, kdy by zdravotničtí pracovníci měli úmysl pacientovi ublížit. Jádrem trestní věci však bylo, zda postupovali v souladu se současnými poznatky lékařské vědy a profesními standardy a zda dostáli obecné povinnosti nezanedbat hrozící nebezpečí. Ústavní soud uvedl, že pokud je málo profesionální a nejasné vedení mladých lékařů, kteří vedle soustavného prohlubování teoretických znalostí získávají praktické dovednosti pod vedením zkušených kolegů v přímém kontaktu s pacienty, systémový problém, mělo by se zavedení standardů zpřesňujících postavení a kompetence školenců ve zdravotnictví věnovat zvýšené úsilí a nepodcenit ani

dostatečnou administrativní dokumentaci s tím spojenou. Ústavní soud konstatoval, že v posuzovaném případě bylo prostředí pro start profesní kariéry, jak je vytvořilo vedení příslušného oddělení, z hlediska hrozící právní odpovědnosti začínajícího lékaře bez specializované způsobilosti značně rizikové. Přes tyto skutečnosti však Ústavní soud odmítl jeho ústavní stížnost a ponechal v platnosti podmíněný trest odnětí svobody, byť podstatně mírnější než ten, jenž byl uložen atestovanému lékaři se specializovanou způsobilostí, který byl rovněž na pracovišti s tímto lékařem přítomen a který byl odsouzen k trestu přísnějšímu.

V jiném případě se k otázce právní odpovědnosti mladých lékařů bez specializované způsobilosti poměrně výstižně vyjádřil krajský soud: „*Jakkoli je třeba hodnotit odpovědnost za odborný postup lékaře diferencovaně, podle stupně dosažené odbornosti, nelze a priori vylučovat ani odpovědnost čerstvého absolventa lékařské fakulty, jedná-li se o pochybení, k jehož rozpoznání je dostatečně odborně erudován i bez dosažení vyšších stupňů odbornosti.*“ Opačný přístup by podle krajského soudu „*ad absurdum znamenal, že neatestovaný lékař by nemohl být potrestán ani za neošetření tepenného krvácení obinadlem.*“ ... „*Není-li neatestovaný lékař s to přiměřeně reagovat, je samozřejmostí přivolat dohlížečícího atestovaného lékaře.*“

Když jsem osobně ve funkci obhájce položil znalci, který kriticky posuzoval postup klienta, jenž se dopustil odborného pochybení, otázku, zda je možno mu toto pochybení klást za vinu za situace, kdy ještě neměl ani rok praxe, znalec jednoznačně a kategoricky odpověděl jednou větou: „*Je přece doktor, ne?!*“

Ano, je nepochybné, že soudy budou posuzovat diferencovaně odpovědnost začínajícího neatestovaného lékaře, ale ten se těžko zproští odpovědnosti za situace, kdy měl a mohl přivolat zkušenějšího kolegu a neučinil tak, ač tak učinit měl a mohl.

Jinou záležitostí je situace, kdy se mladý lékař řídil pokyny atestovaného lékaře, který nad ním vykonával odborný dohled, a ukázalo se, že tyto pokyny byly chybné. Osobně zastávám stanovisko, že v takovém případě, nejde-li o zcela zjevné porušení jasně odborného postupu, by lékař školenec odpovědnost nést neměl. Přesto v případě, který končil u Ústavního soudu, byla uznána i odpovědnost mladého neatestovaného lékaře necelý rok po promoci za chybný postup, byť



starší atestovaný lékař byl souběžně s ním za stejné pochybení potrestán přísněji.

Dalším případem je situace, kdy atestovaný lékař svěřil neatestovanému mladému lékaři činnosti, které mu v dané fázi specializované přípravy ještě svěřovat neměl, a mladý lékař při jejich výkonu pochybil. Zde bude posouzení odpovědnosti velmi citlivé a bude záležet především na expertním znaleckém zhodnocení celého případu, přičemž víme, že závěry znaleckých posudků jsou v těchto případech zpravidla hodně subjektivní. Soud bude patrně požadovat v takovém případě stanovisko znalců k otázce, zda šlo o nesprávné odborné rozhodnutí, pokud atestovaný lékař svěřil mladému lékaři danou činnost, a dále stanovisko, zda tuto činnost měl a mohl mladý lékař sám dobře zvládnout, nebo zda v jeho případě šlo o přípustné riziko, za které ho nelze činit odpovědným, zejména s ohledem na jeho dosavadní kvalifikaci a praxi.

■ Nenechat se vmanipulovat do porušování zákona

Při současné nepříznivé personální situaci v nemocnicích může nastat i případ, kdy službu na oddělení vykonává samostatně lékař bez základního kmene a nemá zajištěn odborný dozor lékaře přítomného ve zdravotnickém zařízení. Obdobná situace může nastat, pokud službu sice vykonává absolvent základního kmene, ale nemá zajištěn odborný dohled na telefonu s možností atestovaného lékaře dostavit se na pracoviště do 30 minut. **Lékař bez atestace slouží tedy v podstatě úplně sám, bez jakéhokoli odborného dohledu, ač to zákon nepřípouští. Zde bude velmi významné, zda službu konající mladý lékař bez atestace upozornil, či neupozornil zaměstnavatele na porušení zákona při rozpisu služeb a na skutečnost, že v rozporu se zákonem nemá zajištěn odborný dohled, případně jde-li o lékaře bez základního kmene, odborný dozor. Pokud lékař na tuto skutečnost**

nadřazeného prokazatelně upozornil, těžko mu klást za vinu, že sloužil a rozhodoval samostatně. **Pokud se dopustí odborného pochybení, bude nutno expertně posoudit, zda jde skutečně o takovou chybu, jaké se ani absolvent lékařské fakulty dopustit nesmí.** Toto posuzování bude velmi citlivé a může být i velmi subjektivní. **Odpovědnost vedoucího lékaře, případně jiného vedoucího pracovníka, který takto vypsal služby a nepamatoval na zajištění odborného dohledu, případně odborného dozoru, v případě, že z důvodu nepřítomnosti atestovaného lékaře a neexistence odborného dohledu a odborného dozoru došlo k újmě na zdraví nebo úmrtí pacienta, bude pak zřejmě jednoznačná. Proto by se vedoucí lékaři a primáři neměli nechat vmanipulovat do situace, kdy s ohledem na nepříznivý personální stav takovou situaci na svém oddělení nebo na svém pracovišti připustí.**

Převzato z Tempus Medicorum 3/2020

Odškodňování újmy způsobené povinným očkováním

Mgr. Jakub Uher
právník SPL ČR

Byl přijat zákon č. 116/2020 Sb., o náhradě újmy způsobené povinným očkováním, který je účinný od 8. 4. 2020. Podstatou tohoto zákona je náprava dosavadního stavu, kdy nebyl dostatečně ošetřen nárok na případné zdravotní následky způsobené povinným očkováním. Původně za tyto újmy odpovídal poskytovatel, který očkování provedl, od přijetí nového občanského zákoníku (1. 1. 2014) poskytovatel odpovědný není, ale není odpovědný ani stát.

Nově je problematika upravena tak, že v případě závažných zdravotních následků způsobených povinným očkováním má očkovaný právo obrátit se se žádostí o náhradu újmy na ministerstvo zdravotnictví.

Pro poskytovatele zdravotních služeb, kteří povinná očkování provádějí, to znamená podle mne následující:

Žádost pacienta (zákonného zástupce) o kopii části dokumentace či zpracování výpisu. Pro podání žádosti o náhradu musí pacient doložit, kdy a jakou očkovací látkou

byl očkovan, jaké vznikly zdravotní obtíže. V tom asi není problém. Doplnuji, že není věcí lékaře, aby posuzoval, zda obtíže jsou skutečně následkem očkování, či nikoli.

Se žádostí o kopii dokumentace se může na poskytovatele obrátit ministerstvo v rámci šetření žádosti pacienta o náhradu. V tomto případě doloží poskytovateli souhlas pacienta (zákonného zástupce). Opět nevidím problém.

Pokud ministerstvo v rámci šetření dospěje k názoru, že nárok je odůvodněný, náhradu poskytne přímo pacientovi.

Určitým rizikem může být případ, kdy ministerstvo v rámci šetření dospěje k závěru, že vznik újmy byl způsoben zaviněným protiprávním činem jiné osoby – tj. v našem případě odbornou chybou lékaře. V tom případě může dojít k uplatnění nároku na regres (postih) ze strany státu vůči poskytovateli zdravotních služeb. Zde je pak podstatná otázka pojištění, tj. je potřeba, aby profesní pojištění poskytovatele krylo i tento případ.

Výslovně upraven ve stávajících pojistných smlouvách logicky není. Sdružení již v rámci legislativního procesu, kdy bylo jasné, že tento zákon přijat bude, projednalo věc s Českou podnikatelskou pojišťovnou. Výsledkem je změna rámcové smlouvy mezi SPL, SPLDD a ČPP ke dni 1. 1. 2020. Od tohoto data nové pojistné smlouvy uzavřené dle naší rámcové smlouvy věc výslovně upravují a pojistné krytí je vztaženo i na tyto situace. Zároveň bylo dohodnuto, že i u pojistných smluv uzavřených dle rámcové smlouvy v minulosti se pojistné krytí tohoto případného regresu (postihu) vztahuje také. Lékaři, kteří mají uzavřeny smlouvy před 1. 1. 2020, dostanou v nejbližší době písemně závazné stanovisko pojišťovny. Podle mého názoru nebudou případy náhrady dle tohoto zákona nijak četné a vznesení nároku vůči lékaři pak raritní. Nicméně vyloučit to nelze.



Vzdělávání sester v pediatrii

Mgr. Pavla Kordulová

Ústav teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK, Praha

Na lékaře a sestry pracující v oboru pediatrie jsou kladeny velké požadavky z hlediska teoretických znalostí, praktických dovedností, ale především v oblasti lidských kvalit – jak v nemocničních zařízeních, tak v primárních ordinacích pro děti a dorost, v dětských léčebnách, stacionářích, kojeneckých ústavech, dětských domovech a ústavech sociální péče. Na jedné straně jsou viditelné pokroky lékařských věd, možnosti nových technologií a na straně druhé musejí být tyto aspekty podpořeny týmy dobře připravených nelékařských pracovníků. Příprava těch, kteří pečují o pacienty, nikdy nekončí. Náplně práce sester se v jednotlivých úsecích liší a jsou velmi specifické, a proto je nutná specifická erudice dětských sester. Hlavním stimulem pro napsání krátkého textu bylo nejenom vědomí mimořádné náročnosti oboru pro lékaře a sestry, ale především zdůraznění celoživotního vzdělávání sester v pediatrii.

Klíčové slova: ošetrovatelská péče, dětská sestra, vzdělávání

■ Úvod

Od 1. 9. 2017 došlo ke změně právní regulace dětské sestry. Obecně platí, že při pokusu o inovaci bychom měli vědět, odkud vycházíme, a znát historii dětského ošetrovatelství.

■ Krátký historický přehled vzdělávání dětských sester

- Ošetrovatelská škola pro dětské sestry byla založena v roce 1922 při Nemocnici ochrany matek a dětí v Praze-Krči. Vedl ji od začátku primář Quido Mann (Brachfeld, Černayová, 1980).
- Samostatný obor dětská sestra vznikl pro odlišnost ošetrovatelské práce u dětí, danou věkovým rozdílem i rozličností nemocí. Posluchačkám se dostávalo specializovaného vzdělání. Od počátku školního roku 1949/50 byly zavedeny nové učební plány a osnovy. Výuka trvala 4 roky a byla zakončena maturitní zkouškou. Ke studiu byly přijímány dívky věku 14–15 let (Brachfeld, Černayová, 1980).
- Zákon z roku 1951 o středních zdravotnických pracovnících určoval povinnosti. Všem pracovníkům dával stejné zařazení, stejné společenské postavení. Tento zákon ruší ošetrovatelky a sociální pracovníce a vytváří jednotný typ – SZP. Mezi střední zdravotnické pracovníky se řadí zdravotní sestry, dětské sestry, porodní asistentky – později ženské sestry, dietní sestry, rehabilitační pracovníci, sanitární pracovníci, skupina laborantů – zdravotních,

rentgenologických, lékárenských a zubních a oční optiky (Brachfeld, Černayová, 1980).

- Zákon o soustavě výchovy a vzdělávání v roce 1960, podle kterého všechny školy a výchovná zařízení tvořily jednotný systém v Československé socialistické republice (Brachfeld, Černayová, 1980).
- Vědecký a technologický pokrok v medicíně přinesl i nutnost celoživotně se vzdělávat. V roce 1960 Institut pro další vzdělávání středních zdravotnických pracovníků v Brně a v Bratislavě (později NCO NZO), který se věnoval soustavnému a celoživotnímu vzdělávání sester v ošetrovatelské praxi. Jeho nejvyšším stupněm je specializační studium zakončené **atestační zkouškou** (Prošková, 2015).
- V roce 1996/1997 se otevřelo poslední čtyřleté denní studium dětské sestry na **střední zdravotnické škole**. Následně bylo ukončeno (Prošková, 2015).
- Nahrazeno bylo studiem na vyšší odborné škole zdravotnické v oboru **diplomovaná dětská sestra**, které probíhalo do roku 2004 (Prošková, 2015).
- Díky vstupu České republiky do Evropské unie se v roce 2004 změnila podmínky pro vzdělávání sester. **Evropská unie, WHO a dokumenty Mnichovské deklarace jednotně podporují akademickou úroveň vzdělávání** (Prošková, 2015).
- Obor dětská sestra byl přesunut **do celoživotního vzdělávání** (Prošková, 2015).
- **Zákon č. 96/2004 Sb.**, o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně

některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) (Prošková, 2015).

- **Povinná registrace** nelékařských pracovníků a sbírání kreditů v rámci celoživotního vzdělávání (Prošková, 2015).
- Práce bez odborného dohledu **podmíněna registrací** (Prošková, 2015).

■ Vzdělávání sester po roce 2004

Obecně dělíme vzdělávání sester na **kvalifikační a celoživotní dle Koncepce ošetrovatelství z roku 2004** (Věstník č. 9 – MZ ČR, 2004).

- 1. Kvalifikační vzdělávání** – kvalifikaci v oboru Všeobecná sestra je možné získat na vyšších odborných školách zdravotnických a v bakalářském oboru Všeobecná sestra na lékařských a zdravotnických fakultách.
- 2. Celoživotní vzdělávání** – nelékařští pracovníci si zvyšují, obnovují vědomosti a dovednosti v příslušném oboru v souvislosti s reflektováním nových vývojových trendů v jednotlivých medicínských oborech pomocí specializačních studií v akreditovaných zařízeních a také pomocí certifikovaných kursů. Mohou také absolvovat e-learningové kursy, konference, inovační kursy apod.
- 2.a Specializační vzdělávání** – pokud se chtěla stát všeobecná sestra dětskou sestrou po roce 2004, musela absolvovat **specializační studium v NCO NZO v Brně**. Bylo nutné podat přihlášku s potvrzením zaměstnavatele o pracovním poměru v pediatrii. Specializační studium



– **Ošetrovatelská péče v pediatrii.** Intenzivní péče v pediatrii. Studium je formou modulového systému a je ukončeno atestační zkouškou (MZ ČR).

2.b Specializace ve zdravotnictví – v rámci celoživotního vzdělávání je možné získat magisterské vzdělání v oboru **Ošetrovatelská péče v pediatrii** pro absolventy bakalářského studia Všeobecná sestra. Přínosem studia je nejen magisterské vzdělání, ale i získání specializované způsobilosti. Studium realizuje Zdravotně sociální fakulta Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích a Lékařská fakulta Ostravské univerzity (MZ ČR).

■ **Novela zákona v právní regulaci dětské sestry**

Zákon č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních). Tento zákon vrací obor **Diplomovaná dětská sestra do kvalifikační formy vzdělávání. Zkrácené – minimálně roční – studium na VOŠZ (vyšší odborná škola zdravotnická), tzv. 4 + 1.** Studium bude ukončeno absolutoriem a absolvent získá neakademický titul DiS. Podmínkou pro zkrácené studium dětské sestry je předchozí získaná kvalifikace praktické sestry, všeobecné sestry, zdravotnického záchranáře nebo porodní asistentky. Zkrácenou formu studia již některé VOŠZ nabízejí (prozatím pro obor Všeobecná sestra). Informace byly zveřejněny od 1. 9. 2017 včetně podmínek pro uchazeče. Přijímací řízení a formy studia záleží na konkrétní VOŠZ. Prakticky to znamená, že uvedení kvalifikovaní absolventi musejí splnit podmínky jednotlivých škol. Prokázat se znalostí prvního a druhého ročníku VOŠZ. Včetně absolvované praxe. Pokud podmínky splní, mohou nastoupit již do třetího ročníku VOŠZ. Pokud uchazeč nedosáhne na podmínky a pouze částečně je bude plnit (např. průměr hodnocení známek, absolvovaná praxe), může vedení školy nabídnout variantu, že nastoupí do druhého ročníku, a tedy studovat verzi 4+2. Také zůstává varianta, že student může studovat plně všechny tři ročníky VOŠZ v daném oboru (MZ ČR).

Pokud se rozhodnou stát se dětskou sestrou ostatní absolventi jakýkoliv středních škol (gymnázium, obchodní akademie apod.), budou se ucházet o tříletý obor v nezkrácené verzi. Studium bude ukončeno absolutoriem, titul DiS (MZ ČR).

V současné době si mohou uchazeči o studium vybrat, zda budou studovat obor Diplomovaná dětská sestra na vyšší odborné zdravotnické škole, nebo v bakalářském studiu obor Pediatrické ošetrovatelství na lékařských a zdravotnických fakultách (MZ ČR).

V roce 2017 proběhla **novelizace vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, vyhláškou č. 391/2017 Sb.** Zde jsou uvedeny činnosti, které vykonává dětská sestra bez odborného dohledu a bez indikace na základě diagnózy stanovené lékařem. Dále činnosti na základě indikace lékaře. Jsou zde vymezeny i činnosti, které dětská sestra vykonává pod dohledem dětské sestry se specializovanou způsobilostí (poznámka autorky).

■ **Registrace sestry**

Zákon č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., přinesl ukončení registrace nelékařských zdravotnických pracovníků u NCO NZO navázané na celoživotní vzdělávání formou kreditního systému k 1. 9. 2017. Sběr kreditů skončil, registraci již není nutné prodlužovat. Současné registrace jsou překloupy do Národního registru zdravotnických pracovníků, který vznikl novelou zákona o zdravotních službách zákonem č. 147/2016 Sb. Údaje vedené v NCO NZO byly převedeny. Práce bez odborného dohledu už není podmíněna registrací (MZ ČR).

■ **Kvalifikační příprava**

Během kvalifikační přípravy sestra **získává vědomosti i znalosti.** Jedná se o soubor informací, které si osvojuje v průběhu vyučování, samostudiem aj. Dále je výsledkem vnímání sestry, poznávání, myšlení i po získání životních zkušeností při praxi v pediatrickém ošetrovatelství. **Schopnosti sestry** jsou individuálním potenciálem, jsou ovlivnitelné výchovou, vzděláváním i vlastním úsilím. Můžou být zrakové, sluchové, pohybové a intelektové. **Dovednosti** jsou způsobilosti sestry k provádění činnosti. Jsou ovlivněny vrozenými předpoklady, ale dosahují se

učním a odborným výcvikem. Dovednosti můžeme členit na senzomotorické a intelektuální. Příkladem **senzomotorické dovednosti sestry** je měřit saturaci SaO_2 , zavést močový katetr, natočit EKG aj. **Intelektuální dovednosti** jsou rozumové, úzce souvisejí s vědomostmi např. ředění intravenózních léků do lineárních dávkovačů, příprava vaků all in one, péče o komplikované stomie apod. **Návyk** můžeme definovat jako zautomatizovanou činnost, kterou si student osvojil opakováním, např. hygienická dezinfekce rukou (Cichá, Dorková, 2006).

■ **Vzdělávání dětských sestry ve Velké Británii**

Pokud se řekne ošetrovatelství v Anglii, představíme si především hlavní představitelku Florence Nightingale. Ve všech učebnicích na světě je uváděna jako zakladatelka moderního **evropského ošetrovatelství** a Anglie je jeho kolébkou. Z těchto důvodů uvádím stručný přehled vzdělávání dětských sestry ve Velké Británii pro srovnání. Vzdělávání sestry zajišťuje college nebo univerzita. Existují dvě úrovně profesního vzdělávání pro budoucí registrované sestry – Diploma of Higher Education Nursing (Dip HE Nursing) a Degree in Nursing (BA, BSc in Nursing Studies). Studijní program diplomovaná sestra, stejně jako sestra bakalářka, začíná pro všechny studijní obory společným základem – Common Foundation Programme, který je zaměřen na celkový úvod do zásad moderního ošetrovatelství. Ten poskytuje studentům všeobecné základní poznatky a dovednosti, které je připraví pro práci ve zvoleném specifickém oboru ošetrovatelství. Ve druhé části programu si mohou studenti vybrat z následujících zaměření:

1. **ošetrování dospělých – Adult nursing** (obsahem neodpovídá všeobecné sestře, která by podle WHO a EU měla být částečně připravována i pro ošetrování dětí).
2. **Ošetrování dětí – Children's nursing** (dětská sestra).
3. **Ošetrování a duševní zdraví – Mental health nursing** (psychiatrická sestra, ale liší se od naší specializace).
4. **Ošetrování a poruchy učení – Learning disability nursing** (u nás takový obor v ošetrovatelství není).

Pokud si student zvolí obor ošetrování dětí, absolvuje po ukončení společného základu oborové kursy. Ty jsou zaměřeny na takovou



přípravu sestry, aby byla schopna zvládat nároky zdravotní péče i v problematičtějších oblastech, jako jsou chudinské čtvrti či komunity uprchlíků a žadatelů o azyl. V rámci nemocniční péče pak na zvládání požadavků intenzivní i dlouhodobé péče o chronické a dlouhodobě nemocné děti. Nemohu opomenout také výuku ošetrovatelství založeného na důkazech apod. (www.rcn.org.uk). Po ukončení studia se sestry registrují v **The Nursing and Midwifery Council** (poznámka autorky).

■ Paediatric Nursing Associations of Europe

Jedná se o sdružení, které se zabývá ošetrovatelstvím v pediatrii v Evropě. V mnoha zemích je rozdílné vzdělávání pro dětské sestry. Proto vznikla PNAE – sesterská asociace, aby posílala hlasy sester ve zdravotní politice v péči o děti a zlepšila potenciál sester přispět k ochraně a podpoře zdraví dětí a mladých lidí. Mimo jiné má tato organizace také přispívat i ke znovuzavedení vzdělávacích programů na pregraduální i postgraduální úrovni vzdělávání dětských sester. Sdružení vzniklo v roce 2003 pod záštitou **Royal College of Nursing** v Londýně. Paediatrická sekce České asociace sester je členem od roku 2005. Prosadila také kvalifikační vzdělávání dětských sester u nás na základě **zákona č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb.** (<http://www.childhealthservicemodels.eu/paediatric-nurses-association-europe>; <http://www.cnaa.cz>).

■ Celoživotní vzdělávání sester v pediatrii

Pro oblast paediatrického ošetrovatelství je určeno i kontinuální celoživotní studium formou specializačního vzdělávání, certifikovaných a inovačních kursů, odborných stáží, účastí na školení, absolvování e-learningových kursů. Na základě zodpovědnosti, kterou sestra má za děti, je nutné disponovat všemi informacemi, aby kvalita péče byla co nejvyšší a nedošlo k ohrožení lidských životů. Výhodou je, že některé kursy bývají financovány z Evropského sociálního fondu v Operačním programu pro zaměstnanost a konkurenceschopnost. Nabídka je tedy dostupná i pro jedince, kteří nemají podporu zaměstnavatele. Sestry mohou využít možnosti studia na tzv. rezidenčním místě. **MZ ČR vypisuje počet rezidenč-**

ních míst v jednotlivých oborech na rok.

Rezidenčním místem je školící místo na akreditovaném pracovišti, které je spolufinancováno ze státního rozpočtu. Uchazeč o rezidenční místo žádá prostřednictvím svého zaměstnavatele o umožnění specializačního vzdělávání. Výběr rezidenta provádí příslušné akreditované zařízení (resp. zdravotnické zařízení), které získalo dotaci ze státního rozpočtu na rezidenční místo. Výběrové řízení vyhlásí příslušné zařízení dle vyhlášky MZ ČR. Po schválení žádosti má sestra právo na úhradu nákladů spojených se specializačním vzděláváním rezidenta, včetně mzdových nákladů, a to po celou dobu trvání příslušného specializačního vzdělávání. Dovolují si vypsat obory specializačního vzdělávání: **Intenzivní péče v pediatrii a neonatologii, Perioperační péče, Ošetrovatelská péče v dětské a dorostové psychiatrii, Domácí péče a hospicová péče, Ošetrovatelská paediatrická péče v klinických oborech, Perfuziologie.** Studium je formou modulového systému a je ukončeno atestační zkouškou. Dětská sestra tak získá specializovanou způsobilost v daném oboru (MZ ČR).

Dovolují si uvést současné akreditované certifikované kursy Ministerstvem zdravotnictví určené sestrám pracujícím v pediatrii. Více informací si můžete najít na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví. Mezi certifikované kursy řadíme: **Katetrizace močového měchýře u muže, péče o permanentní močový katetr a čistá intermitentní katetrizace; Ošetrovatelská péče v hematologii; Specifika ošetrovatelské péče o chronické rány a defekty; Ošetřování ran a stomií u novorozenců; Specifická ošetrovatelská péče o minoritní skupiny a cizince; Ošetrovatelská péče v anesteziologii u dětí; Poradenství při kojení a výživě dítěte do 1 roku věku** apod. Dětská sestra si díky certifikovanému kursu rozšíří své kompetence. (MZ ČR).

■ Závěr

Dětská sestra by měla být vysoce specializovaná odbornice na základě kvalifikačního a celoživotního vzdělávání. Z jejího postavení vyplývá řada práv, ale také závazků. Vysoká odpovědnost vložená do rukou dětské sestry vyžaduje maximální důraz na vlastnosti, jako je pečlivost, spolehlivost, emoční stabilita, trpělivost, schopnost týmové spolupráce, projevování vzájemné úcty a korektnosti v jednání v týmu, ochota

učit se novým věcem, schopnost improvizovat, disponovat kreativitou. Současně i fyzická zdatnost, výdrž a zručnost.

■ Literatura

Brachfeld K, Černayová E. *Pediatric I.* Praha: Avicenum, 1980, 252 s. ISBN 08-009-82.

Prošková E. *Právní regulace k výkonu zdravotnických povolání na území České republiky.* Disertační práce. Olomouc: Univerzita Palackého, 2015, 242 s.

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Zákon č. 201/2017 Sb., kterým se mění zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Nařízení vlády č. 31/2010 Sb., o oborech specializačního vzdělávání a označení odbornosti zdravotnických pracovníků se specializovanou způsobilostí.

Zákon č. 147/2016 Sb., se kterým se mění zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách), ve znění pozdějších předpisů.

Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2013/55/EU ze dne 20. listopadu 2013, kterou se mění směrnice 2005/36/ES o uznávání odborných kvalifikací a nařízení (EU) č. 1024/2012 o správní spolupráci prostřednictvím systému pro výměnu informací o vnitřním trhu. Věstník č. 9 – MZ ČR, 2004.

Roušalová P. Seznam udělených prodloužených akreditací – certifikované kursy – aktualizováno. Verze 2017, poslední aktualizace 1. 7. 2017. [cit. 2017-07-24]. Dostupné na https://www.mzcr.cz/obsah/certifikovany--kurz_3081_3.html.

Paediatric Nursing Associations of Europe. Dostupné na <http://www.childhealthservicemodels.eu/paediatric-nurses-association-europe/>.

Royal College of Nursing. Responses to the NMC consultations on: Standards of proficiency for registered nurses. Education framework: Standards for education and training. Prescribing and standards for medicines management. Verze 2017, poslední aktualizace 10. 10. 2017. [cit. 2017-10-24].

Česká asociace sester. Dostupné na <http://www.cnaa.cz>.

Dítě s onemocněním štítné žlázy v ordinaci praktického lékaře

MUDr. Jitka Kytnarová, Ph.D.,

Klinika dětského a dorostového lékařství VFN a 1. LF UK, Praha

Olivova dětská léčebna, Říčany

Onemocnění štítné žlázy (ŠŽ) jsou nejčastějším endokrinním onemocněním dětského věku a dospívání. Tato onemocnění se mohou projevit zvětšením ŠŽ, příznaky z poruchy funkce a/nebo tlakovými obtížemi (tlakem ŠŽ na dýchací cesty). Nejčastější příčinou získané poruchy funkce ŠŽ je autoimunitní zánět, který je současně nejčastějším orgánově specifickým autoimunitním onemocněním. Základními vyšetřovacími metodami v diagnostice chorob ŠŽ je sonografické vyšetření, laboratorní funkční vyšetření a stanovení protilátek. Funkční laboratorní vyšetření získaných poruch ŠŽ se opírá o stanovení TSH v periferní krvi. Pokud je TSH v referenčních mezích, lze předpokládat, že je funkce štítné žlázy fyziologická. Je-li zvýšené, je nutné doplnit vyšetření hladiny fT4. Pokud je jeho hladina nízká, jedná se o nedostatečnou funkci osy ŠŽ (hypotyreózu). V případě subklinické hypotyreózy je TSH zvýšené a fT4 je v rozmezí normálních hodnot. Je-li TSH nízké a fT4 je rovněž snižené, jedná se o centrální hypotyreózu. Jestliže je TSH snižené a fT4

zvýšené, máme nepochybně co do činění s dítětem s hypertyreózou. Stanovení hladiny fT3 je indikováno pouze v situacích, kdy máme podezření na subklinickou hypertyreózu (nízké TSH a normální fT4).

Stimulační protilátky proti TSH receptoru (TRAK) jsou specifické pro autoimunitní hypertyreózu, při jiných onemocněních ŠŽ není jejich vyšetření indikováno. Mají přímý patogenetický význam a výše jejich titru dobře vypovídá o aktivitě autoimunitního zánětu u Basedowovy choroby. Protilátky proti thyreoidální peroxidáze (anti TPO) nemají přímý patogenetický vliv, jejich titr nevypovídá o aktivitě onemocnění a mají tedy pouze diagnostický význam. Thyreoglobulin není považován za hlavní antigen, proti kterému je namířen autoimunitní proces. Protilátky proti thyreoglobulinu (anti Tg) mají také nižší sensitivitu a specifitu než anti TPO protilátky. Z tohoto důvodu není v současné době doporučováno jejich stanovení v prvním diagnostickém sledu (tj. automaticky současně se stanovením protilátek anti TPO).

Literatura: Límanová Z a kol. Diagnostika a léčba tyreopatií. Novelizace 2015.
<https://www.svl.cz/files/files/Doporucene-postupy-od-2013/Stitna-zlaza.pdf>

MUDr. Jitka Kytnarová, Ph.D.



Elektronické zdravotnictví

MUDr. Milan Cabrnach, MBA

vedoucí výukového pracoviště elektronického zdravotnictví, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví

Elektronizace či digitalizace je jedním z nejfrekventovanějších termínů nejen ve zdravotnictví. Více či méně přínosné a více či méně srozumitelné plány na elektronizaci nás obklopují doslova na každém kroku a jsou bezpochyby fenoménem posledních let.

Mimořádný akcent na elektronizaci, konkrétně distanční poskytování zdravotních služeb, s sebou přinesla pandemie nového koronaviru v posledních dvou měsících. Epidemiologická situace vyžaduje co nejvíce redukovat osobní kontakty jak mezi lékaři a pacienty, tak mezi lékaři a dalšími zdravotníky navzájem. Je to úplně nová výzva, úplně nová situace a každý z nás se jí učí a hledá cesty, jak se s ní co nejlépe vypořádat. My, praktičtí lékaři pro děti a dorost, máme velkou výhodu oproti ostatním oborům. Naši pacienti i jejich rodiče, se kterými nejčastěji komunikujeme, si s novými technologiemi dobře rozumějí, již se do doby mobilů a chatů narodili a žijí s nimi. A tak se často stává, že tím, kdo si s facebookem, instagramem, skype či zoomem rozumí nejméně, je právě paní doktorka...

Pojďme se vrátit trochu k teorii. Co vlastně rozumíme pod pojmem elektronické zdravotnictví? Rozhodně to není jiné, paralelní zdravotnictví k tomu nám dobře známému, představovanému lékaři, sestřičkami, ordinacemi a nemocnicemi.

Dobře srozumitelným přístupem je definovat elektronické zdravotnictví jako využívání informačních a komunikačních technologií (dále ICT) při poskytování zdravotních služeb, ještě lépe při péči o zdraví.

Ve zdravotnictví můžeme pro přehlednost rozdělit využívání ICT do tří základních oblastí: (1) diagnostické a terapeutické přístroje, (2) telemedicina a (3) práce s informacemi.

První z nich je ICT jako součást diagnostických a terapeutických technologií. Prakticky každý jen trochu složitější přístroj či zařízení, jež při zdravotní péči používáme, obsahuje nějaké informační technologie. Vzhledem k tomu, že se v tomto případě jedná o zdravotnické prostředky, oprávněně na ně klademe zvýšené požadavky na bezpečnost a spolehlivost. V našich praxích je používáme relativně velmi málo, a proto se jim v tomto sdělení věnovat nebudu.

Druhou oblastí elektronického zdravotnictví je oblast telemedicíny. Zjednodušeně jde o služby využívající vzdálený přístup. Pro přehlednost je opět můžeme rozdělit na (a) vzdálené konzultace mezi lékařem a pacientem, (b) vzdálené konzultace mezi zdravotníky, (c) telemonitoring – přenos dat od pacienta ke zdravotníkovi a (d) přenos dat mezi zdravotníky. To vše jsou oblasti, které právě nyní zažívají obrovský nárůst zájmu. Telemedicina je dynamicky se rozvíjející oblastí, její regulace se vyvíjí v těsném závěsu za rozvojem technologií a služeb. Rozvoj služeb telemedicíny je podporován novými možnostmi technologií, narůstající připraveností občanů i zdravotníků s technologiemi pracovat a současně i klesající dostupností klasických zdravotních služeb. Telemedicině bude třeba věnovat samostatný článek.

Třetí oblastí, o které se v souvislosti s digitalizací zdravotnictví hovoří nejvíce, je práce s informacemi. Do této oblasti patří například informace o péči o zdraví pro veřejnost, vedení zdravotnické dokumentace, sdílení a předávání zdravotních informací, elektronický recept a nově i elektronická neschopenka a další rozvíjející se služby.

Péče o zdraví mimo zdravotnictví ovlivňuje naše zdraví nejvíce. Zdraví ovlivňují nejen genetické vrozené dispozice (které popravdě mnoho neovlivníme), ale i prostředí, ve kterém žijeme a pracujeme, a životní styl, kterým žijeme. Zájem o péči o zdraví stoupá tak, jak stoupá vzdělanost naší společnosti. Informace o zdraví najdeme na každém rohu, v každých novinách, v každém časopise, v rozhlase, televizi i na webu. Ne všechny informace jsou však správné a pravdivé. Zvláště na webu včetně sociálních sítí s jejich anonymitou se setkáváme s velkým množstvím informací zkreslených, nepravdivých, a to často vědomě a cíleně.

Z pohledu péče o zdraví a odpovědnosti státu i samotných poskytovatelů zdravotních služeb je logické, že se snažíme nabídnout občanům pravdivé a užitečné informace o péči o zdraví v dostupné a srozumitelné

formě. Není jednoduché garantované informace vytvářet, publikovat a aktualizovat. Pracuje na tom ministerstvo zdravotnictví v rámci přípravy národního zdravotního portálu. Jednou z prvních oblastí jsou informace o očkování, jeho významu, prospěšnosti a bezpečnosti.

Nikdo nepochybuje o tom, že správné nakládání se zdravotnickou dokumentací, nebo ještě lépe s informacemi při poskytování zdravotní péče, je nezbytnou součástí kvalitní a bezpečné zdravotní péče. Informace mají velkou cenu. Současné zdravotnictví produkuje velké množství informací. Má-li být zdravotní péče skutečně bezpečná a kvalitní, je potřeba zajistit, aby všechny dostupné informace byly vždy k dispozici lékařům i pacientům, kteří spolu rozhodují o dalším postupu, o dalším vyšetřování či léčení. S dnešními možnostmi je neomluvitelné, pokud lékař rozhodne špatně, protože neznal informace, které již o pacientovi známe. Pro příklad: lékař rozhodne o provedení kolonoskopie, protože neví, že byla provedena jinde před týdnem nebo nezná její výsledky; pediatr nasadí antibiotika, protože neví, že jiný lékař stejná antibiotika nasadil před týdnem bez efektu. Příkladů najdeme hodně, více či ještě více závažných.

Způsob poskytování zdravotní péče se rychle mění. Zatímco před několika desetiletími o pacienta pečoval obvykle jeden lékař, dnes se na péči podílí mnoho specialistů, kteří nejen spolu nekomunikují, ale často se ani neznají a nevědí o sobě. To spolu se svobodnou volbou lékaře, které se pacienti v ČR těší, akcentuje potřebu zdravotní informace předávat a sdílet, prostě zařídit, aby byly všechny informace ve správný čas na správném místě a sloužily jako podklad pro správná rozhodnutí.

Základem je vedení zdravotnické dokumentace v elektronické formě. Ve zdravotnické dokumentaci je většina informací, které potřebujeme. Pokud lékař vede svou zdravotnickou dokumentaci perem na papíře, je



její předávání velmi obtížné a sdílení téměř nemožné. Zdravotnickou dokumentaci vedenou elektronicky můžeme mnohem lépe nejen vytvářet, ale také ukládat, třídit, analyzovat, vyhledávat v ní, archivovat a nakonec i likvidovat, skartovat. Elektronickou zdravotnickou dokumentaci můžeme také sdílet a předávat tomu, komu je třeba. Pro vedení zdravotnické dokumentace je třeba vytvořit odpovídající podmínky. Její vedení musí být bezpečné a spolehlivé, současně nesmí být pro lékaře příliš komplikované.

Cíl i cesta jsou jasné, potřebujeme však také jasná pravidla a nástroje. S jejich použitím je předávání a sdílení zdravotních informací nejen možné, ale i bezpečné. Součástí těchto pravidel jsou i pravidla na ochranu osobních informací, která nově od roku 2016 artikuluje obecné nařízení EU známé pod zkratkou GDPR. Obecné nařízení stanoví jasné cíle, jejich naplnění ale nechává na každém jednotlivém správci osobních údajů. GDPR je užitečnou normou, protože dává správcům jistotu, že s citlivými daty pacientů pracují správně, chrání je před zničením, ztrátou, poškozením, před pozměněním i před neoprávněným přístupem.

Správná aplikace GDPR ve zdravotnictví je současně velkou výzvou, je kolem ní mnoho nejistoty a pochybností, a to ve všech evropských zemích. ČR se podílí na evropských projektech směřujících k vyjasňování těchto pochybností a hledání nejlepších cest, jak požadavky GDPR ve zdravotnictví nejlépe naplnit. Na prvním místě však je potřeba se GDPR neděsit, zamyslet se nad tím, jak s informacemi zacházíme, respektovat lékařské tajemství a informace pacientů chránit – naši pacienti mají plné právo očekávat, že budeme důstojně a odpovědně zacházet s tajemstvím, se kterým se nám svěřují.

Do oblasti elektronického zdravotnictví spadají také registry. Máme obecné registry veřejné správy i registry zdravotnické. Patří mezi ně registry obyvatel a osob, vedené státem, registry pojištěnců, které vedou zdravotní pojišťovny, registry zdravotnických zařízení, zdravotnických pracovníků i zdravotních služeb, vedené ÚZIS, registry členů vedené profesními komorami a dalšími organizacemi. Zvláštní místo zaujímají registry zaměřené na konkrétní zdravotní situace, třeba registr onkologický, registr kloubních náhrad a další. Nenaplněným úkolem zůstává provázání těchto registrů a především jejich praktické využívání.

Konkrétní praktickou aplikací jsou elektronické recepty. Před jejich zavedením v roce 2018 jsme prožili komplikované období naplněné odporem k nim. Příčinou bylo zejména násilné zavedení, nedostatečné vysvětlení, komplikované získávání potřebných certifikátů a plnění dalších technických podmínek a především chybějící konkrétní, pro pacienta a lékaře srozumitelné a prospěšné využití.

Pokud elektronické recepty nebyly doplněny nástroji pro podporu rozhodování lékařů a přístup pacientů, zůstávají pouze elegantním a užitečným administrativním nástrojem. I tak jsme je přijali, zvykli si na ně a rádi je užíváme – my lékaři i naši pacienti. Díky přijetí novely zákona bude snad brzy možné, aby lékaři využívali informace z receptů jiných lékařů, a tak očekáváme, že se budou postupně objevovat aplikace skutečně efektivně podporující rozhodování lékařů při preskripci. Třeba nás mile překvapí konkrétní příklady využívání umělé inteligence.

Aktuální epidemiologická situace podtrhuje dost výrazným způsobem výhody, které elektronická preskripce přináší. Velká část lékařů dnes, v mimořádné situaci, předepíše svým pacientům elektronické recepty bez toho, že by se s nimi osobně museli setkat. Využíváme této možnosti jak u případů chronické dlouhodobé medikace, tak u případů diagnosticky snadných, u kterých si lékař troufne předepsat lék bez klinického vyšetření. Setkávám se stále častěji i s kombinací jistého prvku telemedicíny a elektronické preskripce, kdy pacient na mobil vyfotografuje svou „vyrážku“ a lékař mu zašle elektronický recept.

Od ledna 2020 používáme elektronickou neschopenku. Tento nový nástroj má administrativní využití. Jde v zásadě o nový způsob komunikace mezi pacientem, lékařem, zaměstnavatelem a správou sociálního zabezpečení ve věci dočasné pracovní neschopnosti. Elektronická neschopenka slouží zejména těm lékařům, kteří vystavují neschopenky často. Přes počáteční rozpaky, nesouhlasy a odmítání lékaři elektronické neschopenky rychle přijali.

I v tomto případě neočekávaná a nepředvídatelná situace zapříčiněná pandemií a mnoha souvisejícími opatřeními ukazuje výhody elektronické neschopenky. Lékaři vítají možnost vystavování neschopenky distančně, bez potřeby fyzického kontaktu s pacientem. Elektronickou neschopenku

používáme i pro případy karantény. Vzpomínám na sérii besed, díky které jsem na sklonku roku 2019 měl příležitost setkat se s mnoha desítkami PLDD v celé ČR. Vzpomínám, že nás společně překvapovalo, že něco podobného, jako je neschopenka, mohou předepisovat i epidemiologové v případech karantény. Kdo z nás by předvídal, jak brzy se to stane každodenní realitou.

Součástí našich společných besed bylo vždy téma OČR. Shodli jsme se, že jsme rádi, že tento doklad elektronizován není, i na tom, že na jeho elektronizaci nebudeme spěchat. Možná bychom nyní distanční vystavování OČR uvítali více než před půl rokem. Současně realita dnešních dnů ukázala, jak odlišná je agenda neschopenky od OČR. Určitě takové poznatky využijeme v příští klidnější době.

Další očekávanou službou je elektronická žádanka, jak o vyšetření prováděná kompletem, tak o konziliární vyšetření či převzetí pacienta do péče. Diskuse o elektronické žádance jsou na samém počátku. Je zřejmé, že taková služba přinese mnoho užitečného jak pro kvalitu zdravotní péče, tak pro efektivní využívání zdrojů – lidských i strojových kapacit stejně jako prostředků veřejného zdravotního pojištění. Tyto diskuse znovu akcelerovaly epidemiologická situace a náhle je elektronická žádanka horkým tématem. Třeba již brzy přineseme podrobnější informace o jejím zavádění.

Závěrem: elektronizace a digitalizace zdravotnictví je součástí elektronizace a digitalizace celé společnosti a světa, ve kterém společně žijeme. Elektronické zdravotnictví není jiné, paralelní, je součástí celého systému. Elektronizace není samospasitelným řešením a nevyřeší žádné naše problémy, současně je ale mnoho problémů, které bez elektronizace nevyřešíme, a mnoho příležitostí, které bez elektronizace nevyužijeme. Elektronizace, především aplikace telemedicíny a podpora administrativy a sdílení informací včetně receptů, neschopenek, žádanek i OČR, jsou bezprostřední reakcí na krizi, kterou prožíváme, a odpovědí na potřebu omezení fyzického kontaktu pacientů i zdravotníků. Právě proto společně hledáme cestu, jak se s elektronizací „popasovat“ a jak nejlépe využít možnosti, které nám přináší, pro naši práci a především ve prospěch našich pacientů.



Elektronická neschopenka u praktického lékaře pro děti a dorost

MUDr. Milan Cabrnach, MBA

vedoucí výukového pracoviště elektronického zdravotnictví, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví

Toto sdělení volně navazuje na sérii přednášek realizovanou na konci roku 2019 v rámci tzv. komunikací pořádaných Sdružením praktických lékařů pro děti a dorost ve většině krajů ČR. Jak běží čas, nejsou již elektronické neschopenky nejasnou budoucností, ale realitou. Čas přinesl odpověď na některé otázky, na které jsme před několika měsíci odpovědět neuměli, vynořily se také otázky a témata, jejichž odpovědi a řešení hledáme – a bude to jistě nějakou dobu trvat. Cílem tohoto sdělení je přinést přehledné informace o elektronických neschopenkách tak, jak je vidíme dva měsíce po jejich poněkud násilném a tvrdém startu. Pokud se podaří, abychom se po přečtení této informace v elektronických neschopenkách lépe orientovali, je smysl tohoto textu naplněn.

■ Východiska a současná situace

České zdravotnictví, podobně jako zdravotnictví v mnoha, ne-li ve všech srovnatelných zemích, je zatíženo rozsáhlou a stále narůstající administrativou. Ta zabírá významnou část času odborných zdravotnických pracovníků, kteří se tak mohou méně věnovat klinické práci a svým pacientům.

Jednou z agend, která patří mezi povinnosti lékaře, je agenda dočasné pracovní neschopnosti. Lékař při každém vyšetření pacienta hodnotí, zda je pacient schopen vykonávat svou práci. Pokud zjistí, že onemocnění pacientovi brání práci vykonávat, rozhodne o krátkodobé pracovní neschopnosti.

Do konce roku 2019 probíhala komunikace kolem dočasné pracovní neschopnosti (DPN) v papírové formě s využitím speciálního formuláře. Lékař vystavil formulář a jeho jednotlivé díly byly předávány pacientovi, ČSSZ i zaměstnavateli. Od roku 2020 slouží k administrativě dočasné pracovní neschopnosti informační systém ČSSZ a jeho speciální aplikace elektronická neschopenka. Komunikace mezi pacientem, lékařem, zaměstnavatelem a ČSSZ je převedena výhradně do elektronické podoby.

■ Jak lékaři s elektronickou neschopenkou pracují?

Aby ošetřující lékař mohl splnit svou povinnost, tedy vystavit v odůvodněném případě DPN, musí se připojit k informačnímu systému ČSSZ. Připojení lékaře musí být takové, aby bylo zaručeno, že se skutečně připojil ten který lékař. Ověření identity lékaře je nezbytné, protože úkony prováděné v systému elektronických neschopenek (dále jen ePN) jsou spojeny s právní odpovědností. Zjednodušeně nemůžeme připustit, aby se někdo jiný do systému hlásil jako lékař a vystavoval, měnil či jinak nakládal s neschopenkami.

Autorizovaný přístup lékaře do systému ePN je možný dvěma způsoby, záleží na tom, jak lékař s neschopenkami pracuje.

■ Přístup prostřednictvím informačního systému

Pokud lékař spravuje neschopenky prostřednictvím svého informačního systému, je ověření identity lékaře prováděno prostřednictvím certifikátu využívaného Státním ústavem pro kontrolu léčiv (SÚKL) pro elektronické recepty. Využití certifikátu vydaného jednou státní organizací pro účely organizace jiné je chválným příkladem toho, jak by se stát měl ke svým klientům, občanům, správně chovat. Pro práci s ePN tedy tento lékař nepotřebuje žádné další ověřování.

Při nákupu informačního systému, který dokáže pracovat s elektronickými neschopenkami, musí lékař, tedy přesněji zdravotnické zařízení či ještě lépe poskytovatel zdravotních služeb zajistit, a to nejlépe smlouvou a jak jinak než s odpovídajícími sankcemi, aby jím kupovaný software skutečně garantoval všechny činnosti, které při práci s ePN přicházejí v úvahu. Jde tedy nejen o vystavení a ukončení neschopenky, o potvrzení jejího trvání, o zadání podmínek (například vycházky, místo pobytu pacienta během DPN). Patří sem bezpochyby i převzetí neschopenky vystavené jiným lékařem, vysta-

vování různých dokumentů a žádostí a řada dalších činností.

Smlouva mezi poskytovatelem zdravotních služeb a dodavatelem software by měla řešit i odpovědnost za chyby způsobené informačním systémem a řešení případných škod vzniklých jak zdravotnickému zařízení, tak případně i pacientům.

Na co dát pozor při nákupu software pro práci s ePN?

- aby systém zvládal všechny funkce práce s ePN
- propojení s ePreskripcí, využití certifikátu SÚKL
- smluvní sankce, když software nebude fungovat = nemohu vystavovat ePN
- odpovědnost dodavatele SW za případné škody vzniklé zdravotnickému zařízení i pacientům

■ Přístup prostřednictvím portálu ČSSZ

Lékaři, kteří nebudou využívat k práci s elektronickými neschopenkami svůj informační systém, mohou zdarma využívat Portál ČSSZ. Prostřednictvím portálu mají možnost provádět všechny potřebné činnosti s elektronickými neschopenkami. Současně se mohou jako (každý jiný) zaměstnavatel cestou portálu seznámit s podrobnými informacemi o dočasné pracovní neschopnosti svých zaměstnanců.

Také při přístupu na Portál ČSSZ je potřeba ověřit identitu přistupujícího lékaře. Musí být zcela jasné a prokazatelné, že s neschopenkou pracuje ten který lékař. K ověření totožnosti přistupujícího lékaře využívá portál identifikaci prostřednictvím Národní identitní autority (NIA). To je služba státu, pomocí které se může každý občan jednoznačně elektronicky identifikovat. Svou identitu prokáže lékař třemi možnými způsoby:



Zprv prostřednictvím (1) datové schránky. Pokud lékař, přesněji tedy poskytovatel zdravotních služeb, má zřízenou datovou schránku, přihlásí se jejím prostřednictvím k portálu ČSSZ a může v něm pracovat, tedy i s elektronickými neschopenkami.

Druhou cestou k ověření identity je využití Portálu národního bodu pro identifikaci a autentizaci. To je služba státu, pomocí které se může každý občan jednoznačně elektronicky identifikovat. Pro tuto identifikaci potřebuje lékař buďto (2a) elektronický občanský průkaz, nebo si (2b) zažádá o přidělení jména a hesla na přepážce Czech Point na každé poště nebo na obecním úřadu. Při identifikaci použije jméno, heslo a PIN, který mu bude doručen na jeho mobilní telefon.

Co potřebuji pro vystavení ePN na portálu ČSSZ?

- datovou schránku, nebo
- elektronický občanský průkaz, nebo
- registraci NIA (jméno, heslo a PIN na mobil)

■ IČPE

Bez ohledu na způsob, jakým lékař k elektronickým neschopenkám přistupuje, vždy vystavuje ePN jménem konkrétního poskytovatele zdravotních služeb. Pro identifikaci poskytovatele slouží Identifikační číslo pracoviště pro elektronické podání, zkratkou IČPE, které poskytovateli přiděluje ČSSZ.

■ Vystavení elektronické neschopenky

Ošetřující lékař, který vystavuje elektronickou neschopenku, identifikuje pacienta pomocí jeho rodného čísla, případně analogického čísla, které je pacientovi (obvykle cizinci) přiděleno. Systém elektronických neschopenek předvyplní další položky formuláře ePN údaji z databáze pojištěnců ČSSZ. Lékař tedy nemusí vyplňovat jméno, datum narození, bydliště ani zaměstnavatele pacienta, pouze zkontroluje správnost uvedených údajů. V odůvodněném případě je může změnit. Dále lékař doplní další údaje, jako je diagnóza, datum, případně vycházka či jiné místo léčení, než je místo trvalého pobytu. Vyplněnou ePN lékař odešle, systém při odesílání ověří, zda jsou potřebné údaje vyplněny.

Vystavování elektronické neschopenky se řídí celou řadou pravidel, která platila již dříve a s přechodem na elektronické neschopenky se nemění. Mezi ně patří například možnost vystavení neschopenky až tři dny zpětně. Opakovaně poptávané stornování neschopenky není možné – v režimu papírových neschopenek se snad dalo provést, ale v režimu elektronickém je jediným možným řešením ukončení již vydané neschopenky.

Tři součásti neschopenky

- rozhodnutí o DPN
 - potvrzení o trvání DPN
 - ukončení DPN
- + elektronicky hlášení ošetřujícího lékaře
 - + papírový průkaz práce neschopného

■ Potvrzení o trvání DPN

V průběhu trvání DPN přichází pacient k lékaři na kontrolu. Lékař potvrzuje nejméně jednou za měsíc trvání pracovní neschopnosti a odesílá toto potvrzení elektronickou cestou, velmi podobně jako při vystavení neschopenky, do systému ČSSZ. Tomuto úkonu se někdy lidově historicky říká „lístek na peníze“.

■ Ukončení neschopenky

Při ukončení dočasné pracovní neschopnosti, tedy když je pacient schopen vrátit se do práce, ošetřující lékař neschopenku ukončuje. I tento úkon provede elektronicky, podobně jako vystavení neschopenky či potvrzení o jejím trvání.

■ Průkaz práce neschopného

Komunikace lékaře s ČSSZ probíhá výhradně elektronicky, lékař neodesílá žádné papírové formuláře.

Komunikace s pacientem však i v prostředí elektronických neschopenek zůstává v papírové formě. Při rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti vystavuje lékař kromě elektronické neschopenky současně papírový „Průkaz práce neschopného pojištěnce“. Tento doklad vytiskne lékař z aplikace elektronických neschopenek, potvrdí svým podpisem a razítkem a předá pacientovi.

Pacientovi slouží papírový průkaz jako potvrzení o DPN. Nemusí je předkládat zaměstnavateli ani nikomu jinému. Pacient by měl průkaz nosit s sebou na kontroly k lékaři, nicméně formálně takovou povinnost nemá. Ošetřující lékař vždy při potvrzování trvání DPN nebo při jejím ukončení provede záznam na papírový průkaz pacientovi. Pokud pacient průkaz ztratí nebo na kontrolu k lékaři nepřinese, vytiskne mu lékař průkaz znovu.

Na průkazu je vytištěno i číslo vystavené elektronické neschopenky, správně číslo „Rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti“. Toto číslo pacient potřebuje, pokud má jeho neschopenku převzít jiný lékař než ten, který ji vystavil.

■ Převzetí neschopenky

V systému elektronických neschopenek může s neschopenkou nakládat pouze ten lékař, který ji vystavil. Pokud pacient přichází k jinému lékaři, může tento nový ošetřující lékař elektronickou neschopenku pacienta převzít. K převzetí elektronické neschopenky potřebuje nový lékař znát její číslo, tedy číslo rozhodnutí o DPN. To v systému nenajde, může ho zjistit pouze z papírového průkazu pacienta. Lékař tedy nemůže v systému elektronických neschopenek vyhledat neschopenku pouze prostřednictvím rodného čísla pacienta.

Když nový ošetřující lékař neschopenku pacienta převzme, původní lékař, který neschopenku vystavil, ji ve svém systému sice stále vidí, ale již v ní nemůže nic změnit, nemůže ji prodloužit ani ukončit.

■ Přínosy elektronické neschopenky pro lékaře

Jako každá nová služba má i systém elektronických neschopenek své slunné a své stinné stránky. Ani v atmosféře obvyklého nesouhlasu s novotami, zvláště když jsme měli málo času si na ně zvyknout a nejsme ani moc přesvědčeni o jejich výhodnosti, bychom neměli přehlédnout pozitiva, které s sebou elektronické neschopenky přináší. V tomto sdělení pomineme přínosy pro Českou správu sociálního pojištění, pro zaměstnavatele i pro stát, byť jsou nemalé. Soustředíme se na přínosy pro lékaře.

Stručně: snižuje se počet dokladů, se kterými lékař při rozhodování o DPN pracuje, z pěti na tři. Není již třeba pracovat s evidovanými, číslovanými ani s žádnými



Nechceme úřadovat, ale léčit! Mladí praktici se na tom shodli na své konferenci

eRecept, eNeschopenka a přebujelá administrativa – to vše je trnem v oku nastupující mladé generaci praktických lékařů, kteří přednedávnem opustili školu a vrhají se do praxe. Shodli se na tom na konferenci ve dnech 7. a 8. února 2020 v Brně.

„Přicházíme do oboru s nadějí, že budeme pečovat o své pacienty, ale vidíme přebujelou administrativu a byrokracii. Chceme dělat práci, kterou jsme studovali a na jakou se těšíme – léčit pacienty, vzdělávat sebe a další generaci lékařů.

Nechceme úřadovat – to ať dělají úředníci, kteří jsou za to placeni. Přidávání administrativy ohrožuje zdraví pacientů,“ píší lékaři v memorandu k 5. praktické konferenci pro praktické lékaře.

Podle mladého praktického lékaře MUDr. Vojtěcha Muchy je to vůbec poprvé, co mladí lékaři takové memorandum sepsali. Vede je k tomu znechucenost nad sliby politiků o krocení úředního šimla, které se však neděje. „My, mladí praktičtí lékaři shromáždění na 5. praktické konferenci pro praktické lékaře, kteří stojíme na začátku své profesní kariéry, prohlašujeme, že nejsme zcela spokojeni se situací v našem oboru. Přicházíme do něj s nadějí, že budeme především pečovat o své pacienty, ale vidíme realitu plnou přebujelé administrativy a byrokracie. Dlouhodobé sliby politiků o jejím snižování se bohužel nenaplnují.

Papírová administrativa je jen vyměňována za elektronickou, která však obvykle neplní svou hlavní funkci ušetření času. Příkladem je eRp s velkou složitostí inicializace a nebezpečím zneužití elektronického podpisu, ale zejména aktuální eNeschopenka, která přesouvá práci úředníků na zdravotníky a vinou své nepřipravenosti musí být prosazována výhrůžkami.“

Mgr. Markéta Pudilová

jinými formuláři, které by si lékaři museli vyzvedávat na okresních pracovištích ČSSZ. S elektronickými neschopenkami je méně papírování, zakládání, razítkování, podepisování. Nemusíme již nic odesílat poštou. Při vyplňování elektronické neschopenky nám systém „předvyplní“ řadu osobních údajů pacienta, nemusíme je zjišťovat, pouze je zkontrolujeme.

Aktuální epidemiologická situace ukazuje i další výhody, jako například možnost mimořádného vystavení elektronické neschopenky bez osobního kontaktu s pacientem v případě karantény.

Komplikace při zavádění elektronických neschopenek

Zavádění elektronických neschopenek se neobešlo bez některých komplikací. Řadě z nich se zřejmě dalo předejít lepší komunikací, vhodnější organizací vlastního zavádění a zejména příznivější právní úpravou celého tématu.

Lékařům je často podsouváno, že se brání novým postupům. Je to argument falešný a povrchní. Jsme vysoce vzdělaní odborníci, kteří během celého svého profesního života vstřícně a pružně přijímají nové postupy, nová řešení, nové technologie či nové léky, pokud jsou přínosem pro naše pacienty a také pro naši vlastní práci.

Jsme připraveni chápat a tolerovat počáteční „porodní“ bolesti, pokud je jejich míra přijatelná. Jinak se o časových prodlevách a občasných poruchách hovoří na semináři a jinak je přijímá lékař, který má pacienta s rodiči v ordinaci a dalších patnáct v čekárně.

Neměli jsme radost z toho, že byly elektronické neschopenky zavedeny jednorázově, bez možnosti si je předem vyzkoušet, bez jakékoli doby „souběhu“ papírových a elektronických neschopenek, a že byly zavedeny direktivním nařízením.

Velké rozpaky budí povinné vystavování průkazu práce neschopného v papírové podobě a nakládání s ním. Lékaři, ale i pacienti se právem ptají, jak moc je, či není nová neschopenka elektronická, když je její součástí opět papír, a navíc s ne zcela jasným smyslem.

Posledním, a současně velmi důležitým tématem je úhrada práce lékaře. S příchodem elektronické neschopenky je po ošetřujícím lékaři vyžadována nová činnost, a to práce v informačním systému ČSSZ. Lékaři jsou přesvědčeni, že tato administrativní činnost

není zahrnuta do zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění, a protože ji nehradí ani pojištěnci, jsou toho názoru, že ji vykonávají „zadarmo“, a k tomu by je stát neměl nutit. Skutečností je, že do konce roku 2019 vkládali informace o dočasné pracovní neschopnosti do informačního systému ČSSZ jiní pracovníci.

Závěr

Elektronické neschopenky jsou po elektronickém receptu druhou plošně a zákonem direktivně zavedenou službou elektronického zdravotnictví v českém systému zdravotních služeb. Obě služby jsou příspěvkem k řešení narůstající administrativy při poskytování zdravotních služeb a k jeho elektronizaci.

I přes řadu nepříznivých okolností proběhl skokový přechod na nový systém od 1. ledna 2020 v zásadě úspěšně, a to především díky značné flexibilitě ošetřujících lékařů i velmi dobré funkčnosti vlastního systému.

K vyřešení zůstává celá řada poměrně důležitých témat. Jejich vyřešení přinese prospěch pacientům i lékařům a povede k lepšímu přijímání nového systému u odborné veřejnosti.

V této etapě se zatím nehovoří o dalších podobných agendách, které zřejmě dříve nebo později budou elektronizovány. Aktuálně se masivně setkáváme s rozhodnutím o nařízení karantény, které má velice podobný režim jako rozhodnutí o dočasné pracovní neschopnosti, ale v elektronické podobě zatím vystavováno není.

V našich praxích PLDD jsou elektronické neschopenky většinou okrajovou záležitostí, u některých z nás je s nadsázkou největší výzvou nezapomenout přístupové heslo. Úplně jiná je situace s ošetřováním člena rodiny, tedy OČR. Tato agenda se nezasvěceným na první letmý pohled může zdát trochu podobná neschopence, ale není tomu tak. Zatímco neschopenka popisuje zdravotní stav pacienta a je vystavena pro něho, OČR popisuje zdravotní stav dítěte, je vystavováno pro rodiče, ti se v jeho čerpání mohou střídat, a naši bychom celou řadu dalších podstatných odlišností. Není kam spěchat, ale až přijde na elektronizaci OČR řada, musíme být u toho a důrazně prosazovat takové řešení, které našim pacientům, jejich rodičům i nám bude vyhovovat, mimo jiné jako paralelní systém k papírovým OČR, s dobrovolným a postupným náběhem a nastaveným tak, aby nám v naší práci pomáhal. Ale to je již jiný příběh...



Aplikace Záchranka – nedocenitelný pomocník, který se vejde do kapsy

Mgr. Klára Křížková

Aplikace Záchranka, z.ú., Brno

Náhlá nemoc nebo úraz přicházejí vždy nečekaně, a tak je dobré připravit se na ně předem. Krizová situace s sebou často přináší i stres. Ne každý se dokáže v šoku zorientovat, uvědomit si základní informace a zachovat chladnou hlavu. Případů, kdy si člověk nemusí vědět rady, je více. Ať už je v přírodě nebo cizím městě a neví, kde se nachází, nebo je doma a s velkou nervozitou volá sanitku někomu blízkému. Podobných scénářů jsou stovky, všechny však mají společné jednoduché řešení, ke kterému stačí mít chytrý telefon. Tím řešením je aplikace Záchranka.

■ Vznik aplikace Záchranka

Aplikace Záchranka vznikla v roce 2012 jako bakalářská práce Filipa Maleňáka – studenta biomedicínské techniky na brněnském VUT. Chtěl najít takové téma, na kterém by se něco naučil a zároveň by mohlo být užitečné v praxi. Díky otci, pracujícímu ve firmě tvořící informační systémy pro záchranky, se setkal se záchranáři, kteří mu vyprávěli o své práci. Za největší problém v té době považovali lokalizaci pacienta volajícího z mobilu. Bakalářská práce byla tedy zaměřená na to, jak je možné lokalizovat pacienta při zavolání na linku 155. A výsledek byl tristní. Záchranáři měli velmi nepřesné informace, kde se mobilní telefon volajícího nachází. Rozptýl byl od jednotek metrů až po desítky kilometrů. Výsledkem tedy bylo vytvoření aplikace, která měla lokalizovat člověka a poslat prostřednictvím SMS na číslo 155 GPS souřadnice – tedy přesnou polohu volajícího.

Celý projekt však dostal jasné obrysy až v roce 2014, kdy jej podpořil tehdejší provozatel letecké záchranné služby v České republice Pavel Müller a jeho společnost Alfa-Helicopter. Společně s Filipem Maleňákem našli následně pro projekt podporu dalších partnerů a odborné veřejnosti. Od té doby se aplikace Záchranka značně proměnila – už dávno není pouhým tlačítkem, které lokalizuje volajícího. Jedná se o komplexní aplikaci určenou k efektivní ochraně zdraví a života svých uživatelů, ve svých telefonech ji má už 1 300 000 Čechů a Češek, kteří z ní volali o pomoc už ve více než 40 000 případech.

■ Jak aplikace funguje?

Odpovídá na otázky co, kde a komu se stalo

Po stisknutí nouzového tlačítka dochází k odeslání tzv. nouzové zprávy. Ta obsahuje přesnou polohu, stav baterie mobilního telefonu, osobní informace včetně zdravotního stavu, kontakty na osoby blízké aj. – tedy vše, co si člověk v aplikaci uloží do svého osobního profilu. Současně aplikace vždy vytáhne linku 155 a je schopna automaticky poznat lokaci, ze které uživatel volá. Nachází-li se člověk na horách nebo u vody, odesílá nouzovou zprávu automaticky paralelně i horské, případně vodní záchranné službě. Horská či vodní záchranka pak vyráží na pomoc společně se zdravotnickou záchrannou službou, a raněnému tak pomáhají hned dva týmy profesionálů. Pokud se člověk nachází v takovém stavu, že není schopen hlasově komunikovat, je mu k dispozici tlačítko Nemohu mluvit, které se nachází v levém dolním rohu aplikace. Po jeho stisknutí se objeví tabulka nejčastějších poranění, stačí jedno vybrat a pokračovat v nabídnutém kontaktování linky 155. Operátoři tak díky výběru v tabulce předem uvidí, v jaké nouzové situaci se volající nachází, a zohlední v další komunikaci také nemožnost hlasového projevu.

Tyto základní funkce doplňuje několik dalších. Jednou z nich je návod první pomoci, kde je možné poučit se o tom, jak postupovat v případě bezvědomí, dušení, krvácení, při závažných onemocněních, otravě, podchlazení, úrazu, popáleninách nebo zasažení elektrickým proudem. Modul první pomoci

obsahuje interaktivní návod – tedy průvodce resuscitací. Ten je možné využít v případě, kdy se člověk dostane do situace, ve které musí někomu zachránit život. Jednoduchý popis úkonů provede záchránce až k masáži srdce, a dokonce mu metronomem bude udávat rytmus masírování.

Další užitečnou funkcionalitou je lokátor. Systém navigující k nejbližší pohotovosti, pohotovostní lékárně, zubní pohotovosti nebo stanovišti horské/vodní záchranné služby. Lokátor obsahuje i největší databázi AED (automatizovaných externích defibrilátorů) v České republice. V současnosti je jich nahlášených už více než 2 000.

Aplikace nabízí od roku 2019 i tzv. varovná upozornění. Jedná se o systém varování obyvatel na vybraném území v krizových situacích, který vhodně doplňuje jiné již zavedené prostředky (jako např. sirény). Aplikace umožňuje zaslání notifikace s varováním před život ohrožujícími událostmi (únik chemikálií do ovzduší, rozsáhlý požár apod.), a to ve spolupráci s krizovým řízením města či kraje. Představuje tak jednu z cest tzv. reverzní tísňové linky, která pomáhá předcházení dalším zraněním, a tím i nadměrnému využití tísňové linky. Do systému varovných upozornění se již zapojil celý Jihomoravský kraj, Plzeň a Praha. Další města budou přibývat postupně. Systém varovných upozornění využilo v současném nouzovém stavu také Ministerstvo zdravotnictví České republiky, které prostřednictvím aplikace Záchranka informuje uživatele aplikace o pandemii koronaviru.



Aplikace je plně přizpůsobena i lidem se zrakovým a sluchovým handicapem, pro které bylo dosud přivolání první pomoci velmi obtížné. Nevidomí nevědí, kde se nacházejí, neslyšící zase nejsou schopni hlasově komunikovat s operátory tísňové linky. Aplikace tyto překážky řeší – nevidomí se můžou spolehnout na „předčítání“ aplikace a neslyšícím, kteří svůj handicap označí ve svém zdravotním profilu v aplikaci, se po stisku nouzového tlačítka objeví tabulka (stejná jako u již zmiňovaného tlačítka Nemohu mluvit), kde vyberou jednu z devíti možností poranění. Informace o tom, co se jim stalo, se odešle spolu s polohou a dalšími informacemi na dispečink zdravotnické záchranné služby. Navíc téměř ve všech krajích v ČR můžou operátoři neslyšícímu odeslat pomocí SMS.

Aplikace Záchranka je navíc plně funkční v Rakousku, Maďarsku a na slovenských horách. Aniž by uživatel musel cokoliv nastavovat, po přjetí hranic těchto států aplikace sama automaticky kontaktuje tamní záchranáře, a to včetně odeslání GPS polohy a dalších údajů. Autoři aplikace mysleli i na jazykovou bariéru, proto se vám v případě, že budete volat o pomoc v zahraničí, objeví po stisku nouzového tlačítka tabulka (stejná jako pro neslyšící), kde vyberete, co se stalo. V dalších státech se po stisku nouzového tlačítka uživatel dovolá na tamní obdobu naší linky 155, avšak polohové a další údaje se neodešlou.

V letošním roce mají vývojáři v plánu integrovat aplikaci Záchranka také do tlačítkového telefonu nebo umožnit operátorům linky 155 využití videopřenosu přímo z místa nehody. Více o chystaných novinkách najdete na webu www.zachranka.app.

■ Kde aplikaci stáhnout, co v ní vyplnit a pro koho je určena?

Aplikace Záchranka je pro všechny zdarma, a to díky finanční podpoře Nadace Vodafone. Stáhnout si ji může každý, kdo vlastní dotykový telefon, bez ohledu na to, jakého operátora má. Nezáleží ani na věku, aplikace je jednoduchá a pochopí ji i děti nebo senioři, kteří s technikou nemusejí mít velké zkušenosti.

Pod heslem „Záchranka“ najdou uživatelé aplikaci v Google Play či App Store. Po stažení je nutné vyplnit základní údaje – jméno, telefon, zdravotní informace, kontakty na osoby blízké apod. Také je nutné povolit přístupy k GPS apod., aby aplikace mohla řádně fungovat. Poté je potřeba požádat ve vyplněném profilu o ověření telefonního čísla. Jakmile přijde SMS se čtyřmístným registračním kódem, stačí ho zadat a je hotovo. Aplikace je připravena k pomoci.

Jestli je nastavení v pořádku, může každý ověřit sám zapnutím testovacího režimu. V levém horním rohu aplikace Záchranka je ikona Zapnout testovací režim. Pokud ji uživatel stlačí, objeví se vyskakovací okno s informací, že je aplikace v testovacím režimu. Následuje potvrzení „OK“. Nouzové tlačítko aplikace a horní lišta jsou v testovacím režimu oranžové a ne červené jako v ostrém provozu. Stisknete tedy oranžové nouzové tlačítko 155 a podržíte ho, dokud paprsek neoběhne celé kolečko (stejně jako kdybyste volali naostro). Objeví se nápis: „do 5 vteřin můžete volání zrušit“. Nerušte je a počkejte na odečet. Poté se vám ozve nahrávka, která potvrdí, že jste v testovacím režimu a že je aplikace nastavena správně. Potvrzení bude i ve vyskakovacím okně přímo na obrazovce.

■ Co když nemám internet?

Nevadí, internet není k použití zapotřebí. Aplikace Záchranka s ním funguje pro uživatele přehledněji a jednodušeji, ale dá se bez něj obejít. Musíte jen počítat s tím, že vše, co by proběhlo na pozadí (tedy např. odeslání nouzové zprávy nebo žádost o registraci telefonního čísla), se projeví jako šifrovaná zpráva, jejíž odeslání je nutné potvrdit. Prakticky to vypadá tak, že vás aplikace „přehodí“ do odesílání zpráv a sama vygeneruje šifrovanou větu, která bude vypadat jako změť čísel a znaků. Tuto větu je potřeba odeslat (jako klasickou SMS zprávu) – aplikace vše sama přichystá, stačí kliknout na „odeslat“. Vše ostatní už funguje stejně jako při připojení na internet.

■ Na co nezapomenout

Každý telefon se neustále aktualizuje a jeho operační systém se mění, proto se musí i aplikace Záchranka aktualizovat, aby dokázala reagovat na změny v telefonu. Je tedy důležité udržovat ji aktuální a čas od času otestovat ve zkušebním režimu. Zkrátka občas zkontrolovat, zda je na 100 % připravena k použití. Další informace najdete na www.zachranka.app, s případnými potížemi se můžete obrátit na info@zachrankaapp.cz.

Tak jak jste se rozhodli, doporučíte aplikaci svým pacientům? V nouzi se jim bude zcela určitě hodit.



Užitečné mobilní aplikace pro usnadnění lékařského života

MUDr. Klára Vitoušová
PLDD, Brandýs nad Labem

1. Mediately databáze léčiv a klasifikace MKN-10

Kompletní databáze farmaceutických výrobků, kompletní databáze diagnóz MKN-10 v českém jazyce. V databázi můžete vyhledávat podle názvu léku nebo účinné látky. Databáze bude aktualizována měsíčně, takže vždy najdete nejaktuálnější informace.

Pomocí aplikace můžete prohlížet databázi s více než 8 900 léky s podrobnými informacemi, které zahrnují:

- základní informace o léku: účinné látky, složení, výrobce, výdej, seznam;
- důležité informace ze souboru SPC;
- balení a ceny;
- ATC specifikace;
- informace o posledních aktualizacích databáze – např. o nově registrovaných léčích, změnách v SPC, preskripčním omezení atd.

Vyhledávání diagnóz v klasifikaci MKN:

- vyhledávat nebo prohlížet diagnózy lze podle názvu nebo části názvu (českého nebo latinského) nebo kódu MKN;
- zobrazit podrobné informace o diagnózách (popis, zahrnuté nebo vyloučené nemoci);
- přidat nejčastěji vyhledávané diagnózy mezi oblíbené, a získat k nim tak rychlejší přístup.

Všechny informace jsou dostupné offline bez nutnosti datového připojení, s výjimkou stahování pdf souborů. Dále jsou součástí aplikace různé skórovací systémy, kalkulačky (např. QTc intervalu). Vše velmi jednoduše ovladatelné, praktické.

Aplikace je zdarma. Ke stažení v App Store i Google Play

2. Smart Medical Reference

V aplikaci Smart Medical Reference najdete vše na jednom místě, laboratorní hodnoty, farmakologický průvodce, diferenciální diagnostiku, postupy při testování a lékařských procedurách, kalkulačky, databáze odborných studií PubMed a slovník lékařské terminologie včetně seznamu zkratk. Je zdarma, součástí jsou placené složky aplikace.

Ke stažení v App Store i Google Play.

3. Resuscitation!

Simulační aplikace pro trénink řešení akutních stavů. Uživatel je v pozici lékaře, který určuje, jaká vyšetření je třeba provést, jakou léčbu indikovat. Systém postupně ukazuje vývoj stavu pacienta, monitor životních funkcí a jejich změny. Výborný nástroj pro trénink zkušených i méně zkušených lékařů a zároveň líbivá forma hry.

Je zdarma, ke stažení v App Store i Google Play.

4. Memorix anatomy QUIZ

Memorix Anatomy QUIZ je špičková aplikace určená pro opakování anatomie rychlou a zábavnou formou, která vznikla na podkladě revoluční učebnice Memorix anatomie.

Součástí je kvíz s tisíci detailními otázkami zaměřenými na obecnou, speciální a topografickou anatomii. Otázky lze studovat dle kapitol (např. 2 Kostra) a podkapitol (např. 2.2 Lebka, 2.2.2. Prostředí lebky), nebo je lze různě nakombinovat. V Premium verzi je k dispozici nový typ procvičování obsahující desítky snímků ze zobrazovacích metod (rentgen, CT, MRI) s označením struktur. Znalosti lze vyzkoušet i pod časovým tlakem zvolením varianty „Testování“. Naprostá většina otázek je zaměřena na základní anatomické znalosti, které by měl student umět, aby úspěšně zvládl zkoušku z anatomie. Aplikace není určena jen studentům, ale jistě i lékařům, vzhledem k množství detailních klinicko-anatomických popisů.

Aplikace funguje offline. Základní verze je zdarma, premium verze je za 349 Kč. Ke stažení v App Store i Google Play.

5. eRecept lékař

Webová aplikace pro lékaře slouží k vytváření elektronických receptů (eRecept) a odesílání do Centrálního úložiště elektronických receptů. V aplikaci lze vyhledávat založené eRecepty a zobrazit detail eReceptu včetně výdeje provedených na eRecept. Tato aplikace je alternativou k vystavování eReceptů v lékařských softwarech, např. tehdy, pokud lékař žádným softwarem nedisponuje či pokud je aktuálně mimo svoji ordinaci.

Pro její používání se využijí přístupové údaje osoby lékaře od SÚKL. V aplikaci je imple-

mentována možnost připojení kvalifikovaného certifikátu (podpisového) na zabezpečeném prostředku.

Je zdarma, ke stažení v App Store i Google Play.

6. eRecept pacient

Aplikace pro pacienty nabízející nejvíce možností a ucelený přehled všech předepsaných receptů daného pacienta. Zároveň se jedná o nejbezpečnější elektronický způsob předání identifikátoru eReceptu, jelikož není třeba identifikátor eReceptu nikam zasílat a pacientovi je umožněn náhled na jeho eRecepty přímo do Centrálního úložiště elektronických receptů. Další výhodou tohoto přístupu je, že pacient má přes aplikaci přístup ke svému eReceptu vždy, a to bez ohledu na to, jakou cestu předání identifikátoru si prvotně zvolil. V patientské aplikaci jsou zobrazovány pouze eRecepty, u kterých došlo při vystavení ke ztotožnění pacienta tak, aby bylo možné daný eRecept jednoznačně přiřadit konkrétní osobě. Pro přístup do webové aplikace je třeba vlastnit nový elektronický občanský průkaz (průkaz s čipem) nebo si zřídit účet na www.eidentita.cz, přičemž v takovém případě je nezbytné ověření vaší identity na některém z kontaktních míst veřejné správy (CzechPOINT).

Je zdarma, ke stažení v App Store i Google Play.

7. Nepanikař !

Aplikace „Nepanikař“ poskytne zdarma rychlou první psychologickou pomoc. Jedná se o první aplikaci tohoto druhu v českém jazyce. Aplikace má sedm základních modulů: deprese, úzkost/panika, sebepoškozování, myšlenky na sebevraždu, moje záznamy, poruchy příjmu potravy a kontakty na odbornou pomoc. Jednotlivé moduly zahrnují jednotlivá témata:

- „Co mi může pomoci“, např. v modulu deprese obsahuje rady, jak na relaxační cvičení, meditaci, kreslení, nebo je aplikace schopna vytvořit řízenou relaxaci přímými pokyny.
- „Plánování aktivit“, které motivuje uživatele k vytvoření plánu toho, co by chtěl v nejbližší době dokázat.



- „Co mě potěšilo“, která vede k hledání pozitiv z prožitého dne.
- „Úzkost a panika“ – má za úkol rychle překonat např. panickou nebo úzkostnou ataku, nabízí přímý návod k dechovým cvičením nebo jednoduché úkoly a zaměření pozornosti na jinou činnost – např. jednoduché početní nebo logické úkoly.
- „Myšlenky na sebevraždu“ – nabízí jakýsi záchranný plán, jak odloučit myšlenky na sebevraždu v akutním případě.
- „Kontakty na pomoc“ – obsahuje seznam telefonních čísel: přímá linka na ZZS, tísňové volání, linku bezpečí, krizová centra po celé ČR.

Aplikace je zdarma. Ke stažení v App Store i Google Play.

8. První psychická pomoc

Aplikace První psychická pomoc je pomůckou nejen pro příslušníky bezpečnostních sborů, ale i pro lidi v neziskových organizacích. Jedná se o strukturovaný přístup pomoci ke stabilizaci člověka, který se dostal do náročné životní situace. Obsahem aplikace je kromě rad a postupů i seznam vhodných odkazů a kontaktů. Aplikaci vytvořila pracovní skupina Sekce psychologie krizí, katastrof a traumatu při ČMPS ve spolupráci s CZ.NIC z.s.p.o.

Aplikace je zdarma. Ke stažení v App Store i Google Play.

9. uLékaře.cz

Mobilní aplikaci uLékaře.cz je verze známé internetové stránky <https://www.ulekare.cz>, která je jakousi online nemocnicí, kde pacient může online konzultovat své potíže s lékařem z oboru, který odpovídá jeho potížím. V online aplikaci pacienta provede virtuální sestra, která položí pár jednoduchých otázek a pomůže co nejlépe popsat pacientův zdravotní problém. K popisu je možné doplnit fotografii nebo lékařskou zprávu, které lze vložit přímo do aplikace. V první linii odpovídá praktický lékař a poradí, jak dále postupovat. Pokud shledá, že je třeba konzultace specialistou, ten se pacientovi sám ozve na online doporučení praktického lékaře. Pokud odborník doporučí osobní návštěvu lékaře, je možné si v aplikaci rovnou požádat o objednání ke specialistovi v místě bydliště.

Cena služby: 99 Kč za odpověď do 24 hodin, 199 Kč za odpověď do 6 hodin.

Aplikace je ke stažení zdarma v App Store i Google Play.

10. Mr. Pillster

Nedávné studie ukazují, že přes 50 % lidí nebere své léky ve stanovený čas. To může být dáno nejasnými instrukcemi lékaře, jakož i zapomínáním samotného pacienta. „Mr. Pillster“ je užitečným pomocníkem, který dbá na to, aby všichni brali své léky včas. Ideální pro pacienty užívající více léků dlouhodobě, aplikace má i funkci upozornění v telefonu dalšího člena rodiny, aby vznikla jakási dvojí kontrola. Aplikace je vybavena pamětí užívání léků, ošetřující lékař tedy může zkontrolovat compliance pacienta. V aplikaci může pacient zaznamenávat a sledovat různé druhy zdravotních měření: tělesnou teplotu, krevní tlak, puls, hladinu cukru, váhu, změny nálad, zkonsumované a spálené kalorie, intenzitu bolesti, kroky atd., aplikace sama připomíná čas vhodný pro změření parametrů. Aplikace bohužel zatím neobsahuje funkci pro „hlídání“ lékových interakcí či předávkování, to by bylo jistě velmi užitečné.

V aplikaci je možno objednat jednotlivé funkce v ceně 79,99–799,99 Kč za položku.

Aplikace je ke stažení v App Store i Google Play.

11. H-book – osobní zdravotní záznamy

H-Book je aplikace, která uchovává a organizuje zdravotní záznamy jedné či více osob (je možné si uložit např. data manžela, dětí nebo celé rodiny). Umožňuje evidovat celkový zdravotní stav, hlídat dávkování užívaných léků, upozornit na kontrolní prohlídky u lékařů, sledovat zdravotní záznamy k dané chorobě, archivovat fotokopie zdravotních zpráv k jednotlivým vyšetřením atd.

Jednotlivé moduly pak umožňují zaznamenat měření, která jste pořídili v rámci prevence, nebo měření, která souvisejí s monitoringem nemoci.

Klíčové vlastnosti:

- Rychlý přístup ke všem svým zdravotním záznamům
- Historie anamnézy
- Upozornění na pravidelná očkování, dávky léků
- Záznamy měření spojených s nemocí
- Archivace fotodokumentace prohlídek a vyšetření

Aplikace je zdarma ke stažení v App Store i Google Play.

12. Moje miminko: kojení, plenky a spánek

Tato aplikace je vytvořena rodiči a pro rodiče. Má všechny potřebné funkce pro uchovávání

informací o krmení dítěte, délce spánku, výměně dětských plenek.

Hlavní rysy:

- protokolování kojení;
- protokolování krmení z lahve;
- protokolování pevných potravin (příkrmů);
- protokolování výměny plen;
- deník spánku;
- vedení záznamů o nově zavedených příkrmech / doplňkovém krmení pro dítě a kojící maminku;
- denní a periodická statistika.

Cena aplikace je 40 Kč. Ke stažení v App Store i Google Play.

13. Dětská chůvička Annie

Annie Baby Monitor je dětská videochůvička, pomocí které lze sledovat miminko skrze mobilní telefon. Spánek dítěte je možno monitorovat poslechem zvuku nebo sledovat na videu. Je možné kdykoliv přepínat mezi přední a zadní kamerou mobilního telefonu. Funkce svítílny umožní si na dítě posvítit kdykoliv během noci. Aplikace funguje na Wi-Fi, 3G, 4G i LTE a mezi těmito sítěmi zvládne přecházet plynule a bez přerušení. Dítě může sledovat více osob, stejně tak lze sledovat více dětí najednou. Notifikace na mobil přijde, pokud hluk v místnosti překročí stanovenou hladinu, a tím vám dá chůvička znamení, že je vhodný čas jít dítě zkontrolovat. Všechny funkce lze vyzkoušet zdarma během trialu. Poté je možné zakoupit předplatné služby – týdenní, měsíční, nebo roční.

Zkušební verze (trial) aplikace je ke stažení zdarma v App Store i Google Play.

14. KPZ na cesty

Průvodce zdravotní péčí v EU, který shrnuje nároky ve státech EU, EHP, ve Švýcarsku a ve smluvních státech. V aplikaci jsou popsány v nejširší a zároveň nejprehlednější míře postupy, které by cestovatel měl znát dříve, než vycestuje do některého z uvedených států. Kompletní a podrobnější přehled je k nalezení na stránkách www.kancelarzp.cz.

Postupy uvedené v nabídce „Státy“ jsou určeny zejména těm, kteří se v rámci Evropské unie pohybují s Evropským průkazem zdravotního pojištění jako turisté, a jsou členěny podle jednotlivých zemí. V obecné části jsou rámcově popsány nároky nejen při přechodných pobytech v jiném státě, ale i v některých dalších situacích, např. pokud v jiném státě člověk pracuje a bydlí v ČR nebo pokud se hodlá po ukončení své aktivní pracovní činnosti do jiného členského státu přestěhovat. Veškeré údaje mají pouze informativní charakter. Rozhodující jsou vždy platné



právní předpisy. Pokud není v textu uvedeno jinak, týkají se informace států EU, Islandu, Lichtenštejnska, Norska a Švýcarska.

Aplikace je ke stažení zdarma v App Store i Google Play.

15. Mobilní infokarta MZČR o COVID-19

Nová mobilní aplikace MZČR, která poskytuje nejaktuálnější informace o vývoji nákazy novým typem koronaviru. Obsahuje všechna nařízení a doporučení MZČR a vlády ČR, důležité kontakty na infolinky. Notifikace se zobrazují přímo na displeji telefonu. Navíc kartu lze sdílet s dalšími členy rodiny.

Aplikace je ke stažení zdarma na webových stránkách <https://koronavirus.mzcr.cz/digitalni-kartacovid19/> pro iOS i Android.

16. MinutyMT

Minuty Medical Tribune přináší novinky ze světa medicíny a farmacie moderní formou videozpravodajství. Zprávy jsou kdykoli a kdekoli k dispozici ve vašem mobilu. Minuty MT jsou krátké a přehledné s možností prokliku na podrobnější informace v textové podobě.

Dostáváte jen ty zprávy, které chcete odbírat, máte možnost volby specializovaných kanálů dle odborného zaměření. Videozprávy jsou rychlé, aktuální, nezávislé a je jich více než v tištěném médiu. Odběr zpráv je zdarma. Aplikace je určena odborným pracovníkům ve zdravotnictví. Informace nejsou určeny pro laickou veřejnost. Analogicky je k dispozici aplikace Sestra MT, která je určená pro zdravotní sestry.

Aplikace je ke stažení zdarma v App Store i Google Play.

17. Fagron RecApp

Firemní aplikace, jež je určena pro lékaře, kteří si vyberou v aplikaci svou odbornost, anebo pro lékárníky, kteří se mohou podívat, jaké základy se používají ke konkrétním receptům. Mezi lékařské odbornosti, které mohou aplikaci využít, patří zejména anesteziolog, chirurg, dermatolog, farmaceutický asistent, gastroenterolog, geriatr, gynekolog, hospic, kardiolog, pediatr, neurolog a další. Aplikace je pravidelně aktualizována a nabízí aktuální přehled dostupných surovin a receptury prověřené lékárenskou praxí s tradičními

i moderními základy přehledně ve Vašem mobilu.

Aplikace je ke stažení zdarma v App Store i Google Play.

Mobilních aplikací týkajících se zdravotnictví a zdravého životního stylu jsou k dispozici tisíce, zvláště při hledání v mezinárodně dostupných aplikacích. Existují profesionální aplikace pro jednotlivé lékařské specializace, které komunikují na dálku s různými přístroji, programy zobrazovacích metod apod. Některé odborné nebo profesní společnosti mají také svou vlastní aplikaci upozorňující na novinky, vzdělávací akce atd. Frekvencované je téma KPR a našťastí i laické první pomoci – např. aplikace První pomoc nebo profesionální Urgentní medicína. Své vlastní aplikace mají i řetězce lékařů, různá zdravotnická zařízení, nemocnice. I pro pacienty se tedy spektrum možností výrazně zlepšuje. Nové technologie se vyvíjejí neskutečným tempem, zkusíme dát dohromady podobný „výťah“ opět za rok a uvidíme, čím nás e-svět překvapí.

AIDIAN

Okamžitá podpora při diagnostice infekčních onemocnění.

Nová generace testů
QuikRead CRP.

QuikRead go® easy CRP

Nová odběrová pomůcka pro jednoduchý odběr menšího množství vzorku krve. Kvantitativní výsledek do 2 minut.

Snadná a rychlá
detekce Strep A.

QuikRead go® Strep A

Pro diagnostiku streptokokové tonzilitidy (angíny) ve výtěru z krku u pacientů s podezřením na infekci způsobenou *Streptococcus pyogenes*.



Testy jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou.

Pro více informací navštivte webové stránky www.aidian.cz nebo nás kontaktujte: +420 602 710 657 nabidka@oriondiagnostica.cz



Skrytá obezita: co o ní vlastně víme?

Doc. PhDr. Martin Musálek, Ph.D.

Fakulta tělesné výchovy a sportu UK
Oddělení antropometrie a metodologie

Hned v úvodu článku chci zdůraznit, že pracuji na Fakultě tělesné výchovy a sportu v oblasti tzv. kinantropologie, vědní disciplíny, která se zabývá významem a rolí záměrného pohybu – pohybových činností v životě člověka v kontextu např. fyziologických, psychologických, neurologických nebo sociálních změn. Tím chci upozornit, že nejsem lékař a že můj pohled na předloženou problematiku je výrazně formován tělovýchovným prostředím. Mojí odbornou afiliací je antropomotorika, v níž se orientuji na motorický vývoj dětí od předškolního do staršího školního věku, který dávám do kontextu s ontogenetickými změnami postavy, nebo s tělesným složením dětí. Na problematiku skryté obezity u dětí jsem narazil poměrně náhodou a vlastně jen díky klinické zkušenosti z testování českých předškoláků. V roce 2017 jsem spolu s kolegy publikoval, řekněme, tuctovou studii (Musálek et al., 2017), která u dětí předškolního věku poukazovala na vztah mezi množstvím tělesného tuku a jejich úrovní základních motorických dovedností (angl. Fundamental Motor Skills). Kromě již 100× prověřeného, že děti s nadváhou a děti obézní dosahují v základních motorických dovednostech (rovnováha, manuální zručnost, manipulace) významně horších výsledků, jsme v této práci také zjistili, že významně horšího skóre v porovnání s normostenickými vrstevníky dosáhly i děti tělesně velmi „křehké“ s velmi nízkou hodnotou tělesného tuku. Za tímto zjištěním může stát množství jiných proměnných včetně toho, že tyto velmi křehké děti byly výrazně menší a možná též biologicky opožděné, což je však pouze spekulace, protože přímý parametr biologické maturace nebyl v této studii použit. Nicméně jako daleko zajímavější se ukázala skutečnost, že v našem výzkumném souboru byli předškoláci, kteří v oblečení vypadali stejně jako jejich normosteničtí vrstevníci, ale kteří měli při kaliperaci vysoké hodnoty kožních řas. Tento fakt nás vedl k reanalýze dat, kdy jsme celý soubor čítající skoro 500 dětí ve věku 3–6 let rozdělili podle součtu tloušťky tří kožních

řas (triceps, subscapula, suprailiaca) a vypočteného BMI do tří kategorií:

- 1) málo tělesného tuku ≤ 15 . percentil a nízké BMI ≤ 15 . percentil;
- 2) průměrně tělesného tuku 16.–84. percentil a normální BMI 16.–84. percentil;
- 3) hodně tělesného tuku > 84 . percentil – a vysoké BMI > 84 . percentil.

V tomto případě jsme se řídili standardy Státního zdravotnického ústavu (SZÚ), výsledky posledního celostátního antropologického výzkumu 6. CAV, realizovaného v roce 2001 (Vignerová et al., 2006) i doporučením kategorizace dle WHO. U dětí rozdělených do první a druhé kategorie byla senzitivita i specifita BMI poměrně vysoká > 95 %. Jinými slovy dítě s nízkou hodnotou BMI mělo až na skutečnou výjimku také nízkou hodnotu součtu kožních řas. Totéž platilo i pro děti normostenické. Jenže v kategorii $n = 178$ dětí, které byly dle hodnoty součtu kožních řas identifikovány jako děti s velkým množstvím tělesného tuku, bylo nalezeno $n = 47$ jedinců, jejichž BMI bylo v rozpětí 25.–80. percentilu. To znamená v rozpětí, které je stále považováno za „přiměřené“ BMI. Tyto děti tedy dle BMI nevykazovaly žádnou odchylku od normostenických vrstevníků, a přesto množství jejich tělesného tuku bylo minimálně na úrovni dětí s nadváhou. Četnost dětí s tímto nesouladem mezi BMI a tloušťkou kožních řas, která je ve světě označována pojmem skrytá obezita, byla v našem souboru předškolních dětí téměř 10 %, což dokonce převyšuje aktuálně publikované hodnoty jakési světově globální prevalence dětské, zjevné, obezity (vysoké BMI a vysoké zastoupení tělesného tuku), která je dle Baumana, Ruttera a Baura, (2019) kolem 7,6 %. Nás však více než relativní četnost zaujal slabý výkon těchto dětí v testech základních motorických dovedností, hodnocených dle standardizované baterie Movement Assessment Battery for Children 2 (MABC-2). Skrytě obézní děti dosáhly v průměru stejně špatných výsledků, ve všech měřených konceptech (manuální dexterity, manipulace i rovnováhy) jako děti se zjevnou nadváhou a děti zjevně obézní.

Toto zjištění považujeme za poměrně závažné, zejména z pohledu vztahu mezi motorickým vývojem a vývojem kognitivních funkcí dětí, který byl v lidské ontogenezi prokázán. Fenomén skryté obezity není zcela nové téma, nicméně informací ze světového písemnictví popisujících tento stav u dětí je zatím velmi málo. Následující text je proto sumarizací současného poznání, které je k dispozici o skryté obezitě, a to nejen u dětí, ale i u dospělých.

Skrytá obezita, pro kterou v současné době stále ve světě existuje řada pojmenování (latent obesity, hidden obesity, normal weight obesity, normal weight but metabolically obese, normal weight adiposity), je na vědecko-výzkumném poli cca 55 let.

Jedny z prvních studií, které poukázaly na existenci nesouladu mezi „průměrnou“ hodnotou výškově-hmotnostního indexu (např. BMI, Broca index apod.) a vysokým množstvím tělesného tuku v kontextu kategorizace obezity, pocházely z tehdejšího Československa (Rath, Petrásek, 1964; Petrásek, Rath, Mašek, 1965; Rath, Petrásek, Mašek, 1967). Výzkumy těchto autorů provedené na českých ženách ve věku 15–50 let ukázaly, že skrytě obézní ženy mají významně vyšší hodnoty cholesterolémie a lipémie v porovnání se skupinou normostenických žen. K tomu bylo také naznačeno, že četnost skrytě obézních žen stoupá s věkem a že výskyt fenoménu, který byl autory nazván latentní obezita, je pravděpodobně závislý na věku. Mezi stěžejní práce, které znovu otevřely otázku skryté obezity v souvislosti s metabolickými abnormalitami u lidí, kteří vypadají „normálně“, patří Ruderman, Schneider a Berchtold (1981). Tito autoři zavedli termín: metabolically-obese normal weight osoby, který ne zcela vystihuje opisem pojem skrytá obezita. Nicméně takto charakterizovaní jedinci měli vyšší pravděpodobnost výskytu hyperinzulinismu a endogenní hypertriglyceridémie včetně výskytu tukových buněk s větší velikostí. Tělo těchto lidí proto reaguje metabolicky tak, jako by byly obézní. Problém je v tom, že tyto osoby



vykazovaly přiměřenou hmotnost i tělesnou výšku, a proto je použitím základních antropometrických parametrů a s tím souvisejících výškově-hmotnostních indexů nebylo možné odhalit. Další výrazně zpřesňující informace o profilu metabolically-obese normal weight osob byly publikovány Rudermanem Chisholmem, Pi-Sunyerem a Schneiderem, (1998). Výsledky ukázaly, že metabolically-obese normal weight osoby mají distribuci tělesného tuku výrazně orientovanou na trup a že jejich aerobní kapacita hodnocená prostřednictvím spiroergometrie (protokolem VO2Max) i režim pohybových aktivit je výrazně nižší v porovnání s normostenickými vrstevníky.

Za významnou považují práci De Lorenza, Martinoliho, Vaii, a Di Renzo (2006). Její důležitost vidím v tom, že ve světovém písemnictví ukotvila mezinárodní pojmenování skryté obezity. Ani latent obesity ani metabolically-obese normal weight osoby se totiž příliš neuchytilo, navíc různí autoři se snažili najít vlastní pojmenování. Spojením průvodních charakteristik skryté obezité člověka, tj. že má „normální“ hmotnost nebo

„normální“ BMI spolu s vysokým zastoupením tělesného tuku, dalo vzniknout sousloví normal-weight obesity. To je od roku 2006 postupně přebíráno s tím, že v roce 2014 byla poprvé navržena alespoň základní metodologická a metodická pravidla, koho v dospělých populacích za „normal weight obese“, tj. skrytě obezitého považovat. Normal weight obesity zde byla definována rozsahem BMI 18–24,9 kg/m² spolu s množstvím tělesného tuku >30 % pro muže a >33 % pro ženy (Oliveros et al., 2014). Nicméně na tomto místě chci zdůraznit, že i přes tento návrh zatím neexistuje světově sjednocená metodika identifikace skrytě obezitních osob, což působí trochu zmatek v generalizaci výsledků již provedených výzkumů. Kritéria pro identifikaci skrytě obezitních osob se totiž v jednotlivých zemích, kde již výzkum této populace probíhá, liší (USA, Korea, Island, Japonsko). V České republice je zatím k dispozici pouze pilotní studie Čůty, Bařicové, Černého a Sochora (2019), která uvažuje o stanovení hranice množství tělesného tuku pro identifikaci skrytě obezitních žen na hranici 30 % nebo 37 %.

I přes současnou metodologickou nejednotnost se předchozí výzkumné studie zabývaly zejména zdravotními riziky vyplývajícími ze skryté obezity. Množství prací zjistilo, že skrytě obezité dospělí mají vyšší riziko vzniku funkčních, metabolických a kardiovaskulárních zdravotních problémů (De Lorenzo et al., 2006; Marques-Vidal et al., 2008; Romero Corral et al., 2009; Oliveros et al., 2014; Franco, Silveira, Lima, Horst, Cominetti, 2017). Odhaleno také bylo, že organismus skrytě obezitních osob je v chronickém proinflamatorním stavu, v jehož kontextu jsou tyto lidé vystaveni vyššímu oxidativnímu stresu. Například Renzo et al. (2010) ukázali, že skrytě obezité lidé měli významně nižší úroveň nonprotetických antioxidantů parametru spolu s významně vyšší četností hyperoxidových radikálů. Mezi konkrétní nálezy u skrytě obezitních osob patří významně vyšší inzulinová rezistence (Madeira et al., 2013), vyšší výskyt diastolické dysfunkce levé komory, která způsobuje hemodynamické poruchy a atrofické změny struktury myokardu (Kosmala et al., 2012; Litwin, 2012). Deficity u skrytě obezitních byly

Chcete vyřešit EET?

Pořídte si terminál se sazbou 0,95 % z transakce



- Uspadněte svým pacientům placení
- Platby kartou nemusíte v EET registrovat
- Hotovost můžete registrovat přes terminál

www.kbsmartpay.cz
nebo 277 700 700

Nabídka platí pro nové zákazníky. V případě uzavření smlouvy na 24 měsíců pronájem terminálu na první 3 měsíce zdarma, pak od 290 Kč bez DPH měsíčně.





nalezeny také v respiračních parametrech – významně nižší vitální kapacita plic a horší dynamika dýchání (výměna plynů), v porovnání s normostenickými vrstevníky (Chen et al., 2018). V oblasti hodnocení efektivity svalové práce bylo zjištěno, že skrytě obézní osoby měly ve srovnání s normostenickými vrstevníky, ale dokonce i ve srovnání s kategorií osob s nadváhou a obezitou významně horší mitochondriální bioenergetický metabolismus. Jinými slovy, měly významně nižší schopnost a rychlost resyntézy ATP i horší úroveň adaptace, kterou svalový aparát odolává vůči fyzické zátěži (Bellissimo et al., 2019).

Z výše uvedených výzkumů je patrné, že skrytá obezita je u dospělé populace významně spojena se závažnými zdravotními riziky. Na druhou stranu i přes tato zjištění máme nepoměrně méně informací o tom, zda a v kterém věku se skrytá obezita objevuje u dětí, zda se jedná o fenomén v čase stabilní a zda již v dětském věku má, stejně jako obezita zjevná, významné zdravotní následky. Z pohledu časové osy vývoje člověka se ukazuje, že skrytá obezita se vyskytuje již u dětí předškolního věku (Musálek et al., 2017). Navíc longitudinální sledování Wiklund et al. (2017) naznačuje, že diagnóza skryté obezity je poměrně stabilní v čase. Autoři, kteří v této studii hodnotili vývoj kardiometabolických rizik u finských dívek od 11 do 18 let, zjistili, že skrytě obézní dívky z tohoto souboru měly po celou dobu významně vyšší kardiometabolická rizika. Ta byla měřena jako tzv. metabolické

skóre zahrnující následující parametry: hodnoty diastolického i systolického krevního tlaku, plochu viscerálního tuku, glukózový profil a hodnotu HDL cholesterolu. Jelikož definování skrytě obézního jedince vychází primárně z kombinace parametrů „přiměřené“ hmotnosti a nadměrného množství tělesného tuku, je zřejmé, že tyto osoby mají sníženou úroveň rozvoje svalového aparátu. Rozvoj svalové hmoty v průběhu dětství a předpubertálního období je silně spojeno s vývojem kostí, a to jak hutností tkáně, tak plochou kosti (z angl. bone health development) (Janz et al., 2001; Janz, Rao, Baumann, Schultz, 2003; Pařízková, Hills, 2010). Základním principem ovlivňování vývoje kostí je podle Frosta (2003) a jeho Mechanostat teorie počet svalových kontrakcí a impaktů (dopadů), které vývoj kosti stimulují. To je ovšem možné pouze prostřednictvím pohybové aktivity, k jejíž realizaci je zapotřebí svalový aparát. Mnoho předchozích výzkumů proto prokázalo negativní vliv pohybové inaktivity na svalový rozvoj u dětí (Ortega, Ruiz, Castillo, Sjöström, 2008; Rietsch, Eccard, Scheffler, 2013). Při porovnání antropometrického a somatického profilu skrytě obézních a normostenických dětí a dospívajících – Olafsdottir, Torfadottir a Arngrimsson (2016) a Musálek et al. (2018) – bylo zjištěno, že skrytě obézní populace měla nejen významně nižší úroveň svalového rozvoje, ale měla také nižší hodnoty jak hutnosti kostní tkáně, tak skeletální robustnosti plochy epikondylů dlouhých kostí. Jinými slovy skrytě obézní děti a dospívající

byli skeletálně fragilnější. Vedle strukturálních antropometrických a somatických odlišností se však také ukázalo, že již od předškolního věku skrytě obézní děti a dále i dospívající dosahují významně horších výkonů v různých aspektech motorického vývoje nebo motorické výkonnosti. Musálek et al. (2017) našli již u populace předškolních dětí významnou negativní souvislost mezi skrytou obezitou a úrovní základních motorických dovedností, které jsou mediátory pro rozvoj tělesný, sociální i rozvoj kognitivních funkcí. U skrytě obézní populace dospívajících a v tzv. rané dospělosti byly objeveny významné deficity v tělesné zdatnosti s největšími propady ve složce aerobní kapacity (Olafsdottir et al., 2016; Zhang, Schumann, Huang, Törmäkangas, Cheng, 2018).

Z výše uvedeného textu tedy vyplývá, že skrytá obezita představuje fenomén, který je běžný již od předškolního věku a který významně negativně souvisí jak s funkčním, metabolickým, tak i se strukturálním vývojem jedince. Předcházející výzkumy také naznačují, že skrytá obezita a její výskyt se zvyšuje spolu s věkem a má jednoznačně větší evidenci u žen. V současné době neexistuje úzus ani mezinárodní kritéria, podle kterých by bylo možné jednotně identifikovat skrytě obézního člověka. Za velmi závažnou považuji absenci alespoň screeningového nástroje pro identifikaci skrytě obézních dětí, u nichž klasicky používané výško-hmotnostní indexy selhávají.

Německá Společnost pro výživu (DGE) a odborné společnosti Rakouska (ÖGE) a Švýcarska (SGE) vydávají pravidelně přepracovaná doporučení pro příjem živin na bázi aktuálních vědeckých dat. Od poslední novelizace v r. 2014 vyšla přepracovaná a doplněná vydání pro příjem bílkovin, vitaminů D, B1, B2, B6, vitaminu C, sodíku, chloridů, draslíku, zinku a selenu.

Inovace provedené do roku 2018 jsou obsaženy v českém překladu 2. vydání publikace „Referenční hodnoty pro příjem živin“.

Publikaci lze zakoupit v elektronické podobě na:
www.vyzivaspol.cz/publikace



Referenční hodnoty pro příjem živin

V ČR 2. vydání (2019)

Německá společnost pro výživu (DGE)
Rakouská společnost pro výživu (ÖGE)
Švýcarská společnost pro výživu (SGE)
Švýcarská společnost pro výživu (SVE)

Společnost pro výživu, z.s.

ISBN 978-80-906659-3-4





Ze světa odborné literatury...

■ Původ koronaviru

Tato studie časopisu Nature se podrobně věnuje výzkumu původu viru SARS-CoV-2, o kterém se vedou spekulace, zda se jedná o virus pocházející z přírody / zvířecích vektorů, nebo zda byl vyroben uměle v laboratoři. Zde citujeme závěry studie.

Ačkoliv studie ukazuje, že se prokazatelně nejedná o záměrně manipulovaný virus, je momentálně nemožné dokázat nebo vyvrátit ostatní teorie o původu viru. Každopádně lze ale říci, že všechny sledované charakteristiky chování a vlastností viru, včetně studie genetické informace viru vzhledem k příbuzným přirozeně vzniklým virům, odpovídají viru s přírodním a přirozeným původem, a tudíž jsou pro nás scénáře o umělém laboratorním vzniku viru nepřijatelné.

Podrobné informace najdete zde: <https://www.nature.com/articles/s41591-020-0820-9>

■ Úspěšně vyléčená fulminantní koronavirová myokarditida

37letý muž, přijat do nemocnice 14. 2. 2020 s bolestí na hrudi s dušností trvající 3 dny, doprovázenou průjmivými stolicemi. Na RTG snímku plic bylo patrné výrazné rozšíření srdce, na CT byla prokázána oboustranná pneumonie s výpotkem a dilatací srdečních oddílů. Na EKG byla patrná elevace ST úseků (III., aVF), CT angiokoronarografie však neprokázala žádné zúžení koronárních cév. Markery myokardiálního poškození byly výrazně zvýšené, troponin T > 10 000 ng/l, CKMB 112,9 ng/l, natriuretický peptid BNP 21 025 ng/l. Na ECHO prokázána opět dilatace srdečních oddílů, snížená systolická funkce LK a EF jen 27 %, navíc s výpotkem v perikardu 2 mm.

Ze sputa byla prokázána nukleová kyselina koronaviru, ostatní respirační patogeny byly negativní (virus influenzy A, adenovirus, bocavirus, rhinovirus, influenza A (H1N1) 2009, parainfluenza, chlamydia pneumoniae, influenza B virus, mycoplasma pneumoniae, influenza A virus H3N2, RS virus).

Klěbě byl použit methylprednisolon ke snížení zánětlivé reakce (200 mg/den, 4 dny léčby) a imunoglobulin (20 g/den, 4 dny léčby), noradrenalin ke zvýšení krevního tlaku (vstupní hodnoty se pohybovaly kolem 80/50 mm Hg), diuretika, milrinon ke zvýšení myokardiální kontraktility, piperacilin-sulbactam jako ATB krytí a pantoprazol ke zmírnění refluxu žalu-

dečních šťáv. Na léčbě došlo k signifikantnímu zlepšení stavu pacienta, již po týdnu byla velikost srdce normální, ECHO s normální srdeční funkcí, EF LK 66 %, markery myokardiálního poškození výrazně poklesly – troponin T 220,5 ng/l, CKMB 9,14 ng/l, natriuretický peptid BNP 1 587 ng/l. Po 3 týdnech došlo ke kompletní úpravě všech srdečních parametrů. Koronavirus (COVID-19) způsobuje převážně plicní postižení, tento případ byl oproti tomu dominantně charakterizován poškozením myokardu. Ke zvětšení srdce došlo za velice krátkou dobu (anamnéza dušnosti trvající 3 dny). Vzhledem k promptnímu efektu léčby lze doporučit tento léčebný postup i u dalších pacientů s podobnými symptomy způsobenými tímto původcem. Tedy včasné nasazení glukokortikoidní protizánětlivé léčby v kombinaci s imunoglobulinem.

European Heart Journal, ehaa190,
<https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa190>

■ Prodloužená doba detekovatelnosti RNA viru SARS-CoV-2 ve stolici ve srovnání s přítomností viru v dýchacích cestách

Data z čínské studie ukazují na 98 hospitalizovaných pacientech s různou tíží průběhu onemocnění COVID 19 různou dobu detekovatelnosti RNA viru ve vzorcích z dýchacích cest a ze stolice. U velké části pacientů jsou popisovány kromě respiračních klinických příznaků také příznaky gastrointestinální, převážně průjmy. Z toho důvodu se tým čínských lékařů rozhodl testovat přítomnost RNA viru ze stolice. Vzhledem k tomu, že přítomnost viru ve stolici nastává později než v dýchacích cestách, kam virus jednoznačně útočí primárně, není doporučeno používat RNA detekci ze vzorku stolice jako první diagnostickou metodu sloužící k průkazu původce. První volbou je vždy PCR z dýchacích cest. U 45 % pacientů byla stolice negativní na přítomnost RNA viru v době, kdy byla potvrzena jeho přítomnost v dýchacích cestách. S postupujícím časem však stoupalo procento pozitivních průkazů viru ve stolici, a to i v době, kdy už respirační příznaky odezněly. Průměrně byl virus ve stolici přítomen o 11 dní déle než v dýchacích cestách, tj. průměrně 27 dní od začátku klinických potíží.

Jeden pacient měl virus ve stolici pozitivní

ještě 33 dní od prvních příznaků a 4 pacienti dokonce 47 dní od prvních subjektivních příznaků. Není však zatím bohužel známo, jak dlouho virus přežívá ve stolici vitální, a byl by tedy potenciálně schopen se šířit i u jedince, který je podle výtěru z dýchacích cest považován za uzdraveného.

Zatím nebyla prokázána, ale ani vyloučena fekálně-orální cesta přenosu viru. Nicméně testování ve studii byli hospitalizovaní pacienti, v domácím nebo kolektivním prostředí by k potenciálnímu fekálně-orálnímu přenosu mohlo dojít, např. i u asymptomaticky probíhající nákazy (např. u dětí), ale i v ubytovacích zařízeních typu kolejí, hostelů, výletních lodí apod. Proto je třeba dbát na výraznou hygienu rukou i u vyléčených pacientů a u dětí, u kterých probíhá nákaza často asymptomaticky.

The Lancet: [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(20\)30083-2](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30083-2)

■ Plazma vyléčených jako potenciální terapie nemocných

Plazma nebo imunoglobuliny z plazmy vyléčených pacientů byly podávány pacientům, u kterých se stav zhoršoval na symptomatické léčbě. Již v roce 2014 byla léčba plazmou vyléčených osob součástí doporučení WHO při léčbě eboly, v roce 2015 v léčbě MERS i v roce 2009 při léčbě influenzy H1N1.

Plazma a protilátky v ní fungují jednak na přímé snížení virémie, ale také urychlují odstranění poškozených buněk a zabraňují další infekci. U všech pacientů, u kterých byla plazma použita, došlo ke zlepšení stavu, zmírnění příznaků a urychlení rekonvalescence. Vážné nežádoucí reakce nebyly popsány.

■ Jsou děti méně náchylné k nákaze virem viru SARS-CoV-2?

Jasně vysvětlení toho, proč jsou děti odolnější proti nákaze koronavirem, nám tato studie nepodává. Z epidemiologických důvodů může hrát roli fakt, že děti během karantény prakticky nepřicházejí do kontaktu s vnějším světem, nechodí do práce, necestují MHD, nechodí na nákupy tak jako dospělí. Také jistě hraje roli fakt, že jejich organismus je ve většině případů zcela zdravý, bez komorbidit, jejich plíce nejsou postiženy kouřením ani mnohaletou inhalací různých nečistot a prašných částic. Nicméně důvod, který přímo souvisí s mechanismem uplatnění viru SARS-CoV-2 v plicích, může souviset s množstvím expri-



movaných receptorů ACE2, jejichž množství se zvyšuje s věkem. Virus se po vstupu do plic váže právě na tento receptor a přes něj se dostává do buňky. Proto mohou být náchylnější osoby užívající inhibitory ACE, protože u nich může být mechanismem up-regulace zvýšený počet exprimovaných receptorů v plicní tkáni. Na druhou stranu budeme mocí počty nakažených dětí jednoznačně zhodnotit až na konci pandemie, protože neplatí, že nízký počet dětských pacientů na začátku pandemie znamená stejně nízký počet i na konci pandemie.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1684118220300396>

■ Ztráta čichu a chuti dokazuje, že COVID-19 postihuje nervový systém

Zmíněné příznaky ukazují, že virus je schopen napadnout CNS, mezi vědci aktuálně rezonuje otázka, zda by postižení mozku mělo význam pro predikci těžšího průběhu nemoci

a smrtelnost. Zkoumán je také podíl centrálně způsobené respirační insuficience. Čínská review, publikovaná koncem února 2020, dokazuje, že virus je schopen infikovat neurony, primárně v prodloužené míše, jejichž poškozením dojde k rozvoji respiračního selhání, které začíná průměrně 5. den od prvních příznaků. Těmto symptomům může předcházet ztráta čichu a chuti, ty však nejsou predikcí horšího průběhu onemocnění, vyskytují se i u velmi mírných průběhů infekce a do 14 dní by měly vymizet. Vzhledem k tomu, že virus se do buněk dostává přes receptory ACE2, které jsou exprimovány v plicích, srdci, ledvinách, střevě i mozku, může způsobit poškození kteréhokoliv z uvedených orgánů. Kombinace poškození neuronů dechového centra, pneumocytů a kardiomyocytů může výrazně přispět ke zhoršení stavu základních životních funkcí, a zvýšit tím riziko smrti. Výzkumy virů SARS a MERS na myších ukázaly, že hlavní příčinou smrti myší bylo poškození buněk kardio-respi-

račních center v prodloužené míše. Virus se do mozku dostal přes *bulbus olfactorius* v nose. V plicích myši se naopak našlo minimum viru. Nicméně velikost myšího bulbu v porovnání s velikostí myšího mozku je výrazně rozdílná než u člověka, tíže postižení neuronů touto cestou u člověka není zatím známá. Vyšetření mozku pacientů zemřelých na COVID-19 zatím nebylo rutinně prováděno, jako hlavní ložisko infekce byly doposud označovány plíce. Je nutné brát ohled na neurologické symptomy, a to již v začátku onemocnění, mohly by predikovat budoucí těžší poškození oblongaty, a tudíž nutnost plicní ventilace. Také zavádění terapie edému mozku, který jednoznačně zhoršuje funkci center v oblongatě, může být velmi prospěšná v prognóze respiračního selhání.

The Scientist

*Za spolupráce s firmou Angelini Pharma
Česká republika s.r.o.
připravila MUDr. Klára Vitoušová*

INZERCE

596 1-20

Pronajmu ordinaci s čekárnou a zázemím v Praze 10, Vršovická ul., cca 45 m. Dlouholetá tradice, parkování. Nejlépe pediatr, není podmínkou, vhodné i pro ostatní zdravotnické obory. Kontakt: 608 701 234.

597 1-20

V průběhu roku 2020 **přenechám** dobře zavedenou **praxi PLDD v Horšovském Týně**, okres **Domažlice**. Dohoda na další spolupráci možná. Telefonní kontakt: 603 485 408.

598 1-20

Přenechám výhodně dobře zavedenou **praxi** praktického lékaře pro děti a dorost **v Praze 3**. Telefon 606 831 171.

599 2-20

Přenechám velmi dobře zavedenou, prosperující soukromou **ordinaci PLDD v Humpolci**. Poznámka: velmi výhodně, termín 10/2020. Tel: 565 535 744 v prac. době.

600 2-20

Hledám pediatra pro bezúplatný převod ordinace PLDD Horní Planá-Černá v Poš.-Hořice na Š. v krásném prostředí rekreační oblasti Lipensko. Vstřícný přístup obec. úřadů. Možnost obecního bytu 4 + 1 v H. Plané. Kont.: tel. 602 118 123, e-mail: jan.indra@centrum.cz

601 2-20

Nabízím zaměstnání v ordinaci PLDD **v Kladně** na několik dnů v týdnu s možností převedení praxe. Mothejlova-ordinace@seznam.cz

602 2-20

Hledám zástup za PLDD po dobu rodičovské dovolené do dobře zavedené dětské ordinace v lokalitě **Brno-střed** od **června 2020** na delší období. Možný i částečný úvazek. Bližší informace na tel. 603 465 721.

603 2-20

PLDD v Brně-Bystřci hledá **zástup** na 1-2 dny v týdnu. Možnost postupného převzetí ordinace. Tel.: 777 801 880.

604 2-20

Hledám nástupce k převzetí dobře zavedené praxe PLDD **v Náměšti nad Oslavou**. Ordinance je v budově polikliniky. Zkušená dětská sestra. Kontakt : 605 579 364.

605 2-20

Prodám dobře zavedenou **ordinaci PLDD (s.r.o.) ve Vimperku**. Telefon: 732 611 897.

606 3-20

Hledám dětského lékaře k občasným zástupům v ordinaci PLDD, **okres Teplice**. Kontakt: kulicovaeva@seznam.cz, tel.: 739 775 667 / večerní hodiny dr. E. Kuličová.

607 3-20

Hledám PLDD na plný/částečný úvazek, možná flexibilní pracovní doba, **na Praze 2**. Velmi schopná sestra, atraktivní finanční ohodnocení, dobře vybavená ordinace, dobrá klientela, velmi příjemné prostředí i kolektiv. Kontakt: 724 088 999, mudr.honova@gmail.com

V této rubrice je možné otisknout požadavky na zástupy, možnost zaměstnání asistenta, lektory, pronájem místností apod. Pro členy SPLDD a OSPDL zdarma.

