

1. Indikace laboratorních vyšetření - hematologie, biochemie, mikrobiologie a hodnocení výsledků

V ambulanci praktického lékaře máme možnost indikovat laboratorní vyšetření, přičemž zřejmě nejčastěji jde o laboratorní vyšetření ze vzorku žilní krve a vyšetření biologických vzorků v mikrobiologické laboratoři. Celkově platí, že při indikaci odběru bychom si měli ujasnit, zda nám výsledek bude užitečný a zda ovlivní náš další diagnostický, nebo terapeutický postup. Jistě je vhodné alespoň orientačně rozlišovat vyšetření i dle jejich ceny.

Fáze laboratorního vyšetření

1. Preanalytická fáze – Zahrnuje indikaci, odběr a transport materiálu do laboratoře. Vlastní výsledek je ovlivněn primárními biologickými vlivy (věk, pohlaví, strava, nasycenost, kouření, alkohol, farmakoterapie a fyzická zátěž), faktory při odběru, transportu a skladování. Odběr žilní krve má být proveden nalačno, vsedě a z natažené paže pomocí jehly se širším průsvitem. U řady odběrů obsahují zkumavky antikoagulační přísadu, se kterou je nabranou krev nutné opatrnými pohyby promísit. Transport má být pokud možno rychlý a šetrný při adekvátní teplotě. Při skladování dlouhém 24-48 hodin postačuje teplota 4°C.

2. Analytická fáze – Znamená vlastní zpracování vzorku v laboratoři a vyhodnocení požadovaných hodnot.

3. Postanalytická fáze – Znamená interpretaci výsledků. V případě zcela neočekávané hodnoty, která významně ovlivňuje další postup musíme zvážit možnost chyby v preanalytické, nebo analytické fázi a zvážit zopakování vyšetření.

Častěji prováděné odběry

Onemocnění jater a slinivky – Poškození jaterní tkáně ilustruje elevace ALT a AST, těžší poškození s nekrózami hepatocytů odpovídá spíše elevaci AST. ALP a GGT jsou markery obstrukce a najdeme je u cholestázy. V běžné praxi je GGT důležitým markerem alkoholového poškození jaterní tkáně. Žloutence odpovídá elevace bilirubinu, rozlišujeme přitom hladinu přímého a nepřímého bili. Z onemocnění slinivky břišní je základním markerem AMS močová a sérová, která je elevovaná u akutní pankreatitidy.

Onemocnění ŠŽ – Primárním odběrem je zjištění TSH, při patologickém odběru lze doplnit anti-TPO (detekce autoimunitního zánětu) a TRAK (u hypertyreózy).

Choroby ledvin – Základními biochemickými markery jsou urea a kreatinin. Z vyšetření moči je důležité zjištění proteinurie a speciálně u diabetu i mikroalbuminurie. Glomerulární filtraci v ml/s lze vypočítat pomocí rovnice MDRD.

Parametry zánětu – Přímo v ambulanci lze stanovit sedimentaci a případně CRP. Sedimentace je velmi nespolehlivá a nespecifická. CRP dokáže odlišit virové infekce od bakteriálních, ale může být elevováno i u neinfekčních zánětů. Přesnější je prokalcitonin (PCT), ale jde o drahý odběr, který je indikován spíše u nejasných stavů s podezřením na sepsi hospitalizovaných ve zdravotnických zařízeních. Z hematologických odběrů je u zánětů obvykle přítomna leukocytóza – neutrofilie u bakteriálních, lymfocytóza spíše u virových infekcí.

Glykemie – Přesné je hodnocení ze vzorku žilní krve odebrané nalačno, při podezření na cukrovku bychom měli provést odběr opakovaně. Hodnoty a další detaily jsou v textech o diabetu a prediabetu (otázky 98-102 Int).

Glykovaný hemoglobin - Je důležitý parametr u dispenzarizace diabetiků (opět viz otázky 98-102 Int).

Celiakie – Z krevních náběrů je nejpřesnější **anti-tTG IgA** + odběr celkového IgA. Asi 10% pacientů s celiakií má totiž celkové IgA snižené a pak vyjde anti-tTG IgA falešně negativní. V takovém případě laboratoř provede vyšetření anti-tTG IgG.

Kardiomarkery – V ambulanci praktického lékaře nejde o běžně prováděný náběr. Laboratoř obvykle nemá hned po ruce a při podezření na ACS (ke kterému kardiomarkery *nepotřebujeme*) bychom měli pacienta spíše urychleně transportovat do zdravotnického zařízení. Do kardiomarkerů lze počítat AST, CK a LD, ale nejlepší je stanovení podjednotek troponinu (TnT, TnI). Je ale nutné si uvědomit, že vzestup troponinu je až za 3-6 hodin po začátku příznaků, a proto je odběr často potřeba s časovým odstupem zopakovat. Kromě toho není elevace troponinu typická jen pro ACS, ale i pro jiné choroby (např. masivní TEN).

Dyslipidemie – Hodnotíme celkový cholesterol, jeho HDL a LDL formy, a TAG. Odběr musí být proveden nalačno, TAG bývá velmi výrazně zkreslen po alkoholovém excessu.

Lymfická borelióza – Odebírají se boreliové protilátky typu IgG a IgM, přičemž pouze významněji zvýšené IgM znamenají infekci. Mezi infikací a elevací protilátek je delší časový rozestup, kdy jsou protilátky falešně negativní. Při jasných známkách boreliózy (erythema multiforme migrans) nemá velký smysl protilátky odebírat.

Nádorové markery – Existuje jich celá řada (CEA, AFP, CA 19-9, CA 125 a mnohé další), často jsou zatíženy omezenou senzitivitou a specifitou, **v žádném případě bychom je neměli nabírat preventivně** a nejsou vhodné ani při primárním pátrání po nádorové chorobě (tj. nabrat CA 19-9 při váhovém úbytku bez dalších indicií není vhodné, naopak nabrat CA 19-9 při UZ ložisku v hlavě pankreatu je správně). Slouží k pomocné diagnostice při nálezů maligního tumoru a k hodnocení terapeutické odpovědi a remise.

Krevní obraz – Může být buď jednoduchý, nebo s diferenciálem (určení zastoupení jednotlivých podtypů bílých krvinek). Důležitá je zejména hladina hemoglobinu (anemie x polyglobulie), množství leukocytů (leukopenie x leukocytóza) a jejich podskupin, množství trombocytů (trombocytopenie x trombocytóza) a objem erytrocytů (mikrocytóza x makrocytóza).

Vyšetření moči

Základní je vyšetření moči testacím papírkem (pH, ketolátky, bílkoviny, glukóza, hemoglobin, leukocyty, dusitany...), je však orientační. Přesnější je vyšetření močového sedimentu a kultivační vyšetření moči. Chceme-li zjistit ztráty minerálů a bílkovin močí, je ideální vyšetření vzorku moči ze sběru za 24 hodin.

Mikrobiologické vyšetření

Obvykle provádíme výtěry z nosohltanu a laryngu ke zjištění přítomnosti bakterií nebo plísní. Vyšetření by mělo prokázat přítomnost infekčního agens, četnost a citlivost na ATB. Vyšetřit

kultivačně lze i rány, moč a oblast konečníku. Jednou se mi stalo, že byl v rámci předoperačního před ortopedickým požadován stěr z perinea na *S. aureus*, provedl jsem.

2. Indikace zobrazovacích vyšetření – RTG, UZ, CT, NMR, scinti, endoskopická vyšetření a jejich kontraindikace

V ordinaci praktického lékaře **většinou** nemáme žádná zobrazovací vyšetření k dispozici a pacienta musíme odeslat na konkrétní pracoviště (radiologie, nukleární medicína, endoskopické pracoviště). I když je nutné zdůraznit, že aktuálně se začínají v ordinacích praktických lékařů pomalu prosazovat POCUS mobilní ultrazvukové systémy pro detekci některých onemocnění (žilní trombóza, plicní výpotek aj.).

Při výběru určité zobrazovací metody musíme brát v potaz více faktorů – dostupnost, invazivitu, radiační zátěž a zejména předpokládanou výtečnost. Měli bychom vždy postupovat od vyšetření co nejjednodušších, nedostupnějších a nejméně invazivních k vyšetřením složitějším. Vždy a za každých okolností musíme zvážit, co nám vyšetření přinese a jak budeme postupovat v případě pozitivního nálezu. Pokud ani pozitivní výsledek vyšetření nezmění náš terapeutický přístup k pacientovi, je indikace tohoto vyšetření minimálně nejistá.

Kontraindikace

Vyšetření, jako je RTG, UZ, CT, NMR, scintigrafie a endoskopická vyšetření mají jen minimum absolutních kontraindikací, hlavní společnou absolutní kontraindikací je nesouhlas pacienta. MR je absolutně kontraindikováno u některých typů kovových materiálů v těle, či u KS (vždy nutno pracoviště konzultovat a precizně a pravdivě vyplnit žádanku).

Z důležitých relativních kontraindikací lze jmenovat:

1. Zobraz. metody s radiační zátěží v těhotenství
2. Zobraz. metody s podáním jodové kontrastní látky u pokročilé CHRI a u alergií na jod. Problém alergie lze nicméně řešit preventivní protialergickou přípravou dle zvyklostí daného radiologického pracoviště.

Časté zobrazovací diagnostické metody

RTG vyšetření – Je dostupné, nemělo by být provedeno v těhotenství, je cenné k hodnocení traumatických změn skeletu, nálezu na plicích, orientační zhodnocení srdce, nálezu kontrastních objektů (cizí tělesa, kameny) a některých NPB (pneumoperitoneum, hladinky). Speciální formou RTG vyšetření je **mamografie** mj. využívaná ve screeningu karcinomu prsu.

UZ – Je většinou dostupné a velmi efektivní při vyšetření břicha, měkkých tkání a cév. Výhodou je nulová radiační zátěž, nevýhodou určitá subjektivita hodnocení nálezu a někdy horší vyšetřitelnost pacienta.

CT – Je velmi užitečnou metodou k vyšetření většiny tkání a orgánů, nevýhodou je vysoká radiační zátěž a častá nutnost podat kontrastní látku s rizikem alergických reakcí a kontrastní nefropatie.

MR – Je vhodná na měkké tkáně včetně mozku i na páteř. Kontraindikací je klaustrofobie a přítomnost některých kovových materiálů a KS. Výhodou je nulová radiační zátěž.

Scintigrafie – V praxi se používá zejména scintigrafie štítné žlázy, kostí, myokardu a plic. Nevýhodou je radiační zátěž a možnost alergické reakce na podaný radionuklid.

Endoskopická vyšetření – Nejsou spojena s radiační zátěží, jsou však invazivnější a mohou vést k poranění vyšetřovaného orgánu. U pacientů užívajících antikoagulační léčbu může být nutné jejich vysazení, nebo převedení na LMWH dle konkrétní situace a požadavku diagnostického pracoviště.

Angiografie – Jde o invazivní vyšetření prováděná za hospitalizace, běžně se provádí angiografie srdečních tepen (koronarografie) a angiografie DKK.

3. Hodnocení EKG křivky

EKG křivka je záznam elektrické aktivity srdečního svalu v čase. Základem je 12 svodové EKG. Hned úvodem je nutné poznamenat, že ačkoliv je EKG velmi cenné v detekci řady patologií, musí být hodnocení křivky vždy probíhat ve vztahu ke klinickému stavu pacienta a izolovaný negativní výsledek EKG neznamena nepřítomnost chorobného stavu.

Při hodnocení EKG křivky považujeme za standard posun papíru o 25 mm/s (**1 malý čtvereček délky 1 mm je pak 40 ms**) a u vertikálních výchylek **1 mm odpovídající napětí 0,1 mV**.

1. Při hodnocení křivky vždy začínáme hodnocením pravidelnosti srdeční akce, která může být **pravidelná a nepravidelná**.
2. Následuje hodnocení srdečního rytmu podle místa jeho vzniku. Typicky jde o **rytmus sinusový**, ale může jít i o **sínový, junkční**, nebo **komorový rytmus**.
3. Hodnocení tepové frekvence rozlišuje nález na **normokardii, bradykardii** (TF pod 60/min) a **tachykardii** (TF nad 90/min).
4. Hodnotíme srdeční osu - **intermediální, semihorizontální, horizontální, semivertikální a vertikální**.
5. Dále hodnotíme **jednotlivé části EKG křivky**, tj. vlnu P, PQ interval, QRS komplex, ST úsek, QT interval a T vlnu.
 - a) **Vlna P** – Je obrazem šíření vzruchu síněmi. Chybí u fibrilace síní, je deformovaná u přetížení srdečních síní (**P pulmonale** – hypertrofie P síně, **P mitrale** – hypertrofie L síně).
 - b) **PQ interval** – Jeho normální délka je 120-200 ms, prodloužení této vzdálenosti je typické pro **AV blok I. stupně**.
 - c) **QRS komplex** – Normální šíře QRS komplexu je 90 ms. Širší QRS komplexy bizarnějších tvarů se vyskytují u komorového rytmu a u tzv. komorových bloků (**LBBB, RBBB**). Podle amplitud největších výchylek QRS komplexů ve V1/2 a V5/6 lze zhodnotit hypertrofii LK (**Sokolow-Lyonův index**).
 - d) **ST úsek** – Normálně je v izoelektrické linii, jeho elevace se mohou vyskytovat u akutního **STEMI** a **perikarditidy**, deprese u **ischemie** včetně **NSTEMI**.
 - e) **QT interval** – Normalizovaná délka QT intervalu se pohybuje mezi 350-450 ms, klinicky významné je prodloužení tohoto intervalu se zvýšeným rizikem rozvoje komorové tachykardie **Torsade de pointes**.
 - f) **T vlna** – Negativní vlny T mohou doprovázet **ischemii myokardu**, nebo rozsáhlejší **plicní embolii**.

Detailnější informace můžete najít [v mé sekci o EKG](https://www.stefajir.cz/ekg) (<https://www.stefajir.cz/ekg>).

4. Systém primární zdravotní péče v ČR, základní zákony týkající se zdravotní péče, smlouvy se ZP, vykazování, metodika VZP, MNK klasifikace

I. Systém primární péče

Primární péče je koordinovaná *zdravotně-sociální péče*, která by bývá prvním místem kontaktu pacienta se systémem zdravotní péče. Je základem zdravotního systému a vykonává činnosti preventivní, ošetrovatelské, rehabilitační, diagnostické a léčebné.

Kvalitní a silná primární péče umožňuje lepší prevenci a časnější záchyt vážných onemocnění a umožňuje celému systému dosáhnout lepších výsledků s nižšími náklady.

Složky primární péče

- *Všeobecní praktičtí lékaři*
- *Praktičtí lékaři pro děti a dorost*
- *Ambulantní gynekologové*
- *Agentury domácí péče* (detaily viz. níže)
- *Stomatologové*
- *LSPP*
- *Lékárny*

Domácí péče

Domácí péče je forma terénní zdravotně-sociální péče, která je určena nemocným a postiženým jedincům v jejich sociálním prostředí. Cílem je udržet, nebo obnovit zdraví nemocného a zajistit potřebnou kvalitu života, aniž by musel být dotyčný umístěn do zařízení lůžkové péče.

Zdravotní forma domácí péče je poskytována **na doporučení registrujícího praktického lékaře**. Domácí péče je multidisciplinární a zapojuje se do ní aktivně pacient i jeho rodina. Zdravotní domácí péče je financována ze zdravotního pojištění, určité nehrazené úkony mohou být placeny pacientem a jeho rodinou. Po indikaci domácí péče navštíví pacienta terénní pracovník agentury domácí péče, provede pohovor a domluví se na rozsahu péče. O zdravotní domácí péči se provádí záznamy, které se pravidelně předkládají indikujícímu lékaři. **Maximální rozsah domácí péče hrazený z pojištění je 3x 1 hodina denně**. Domácí péče musí být k dispozici 24 hodin denně 7 dnů v týdnu. Domácí péče může zahrnovat monitoraci životních funkcí, odběry biologického materiálu, parenterální aplikaci léků a hydrataci, péči o stomii, ošetrování PMK apod.

Sociální péče v rámci domácí péče je poskytována **pečovatelskou službou** za částečnou, nebo plnou úhradu pacientem. Sociální péče zahrnuje pedikúru, střihání vlasů, pomoc s běžnými denními činnostmi včetně mytí a hygieny, praní a žehlení oblečení, donášku jídla a léků, pomoc při stravování apod.

II. Zákony týkající se zdravotní péče

Zákon o zdravotních službách č. 372/2011 Sb.

Zákon o specifických zdravotních službách 373/2011 Sb.

Zákon o ZZS č. 374/2011 Sb.

Zákon o veřejném zdravotním pojištění č. 48/1997 Sb.

Zákon o způsobilosti k výkonu povolání lékaře, zubního lék. a farmaceuta č. 95/2004 Sb.

Zákon o způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání č. 96/2004 Sb.
Zákon o ČLK, ČSK a Č.lék.K č. 220/1991 Sb.
Zákon o ochraně před návykovými látkami 379/2005 Sb.

Zákon č. o ochraně veřejného zdraví č. 285/2000 Sb.
Zákon o umělém přerušení těhotenství č. 66/1986 Sb.
Transplantační zákon č. 285/2002 Sb.
Zákon o lidských tkáních a buňkách č. 296/2008 Sb.
Vyhláška o rámcových smlouvách č. 618/2006 Sb.
Vyhláška č. 185/2009 Sb. o základních a nastavbových lékařských oborech
Vyhláška o Seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami č. 134/1998 Sb.

Prováděcí předpisy

• Vyhláška 98/2012 o zdravot. dokumentaci • Vyhláška 99/2012 personální zabezpečení • Vyhláška 92/2012 o VT vybavení ZZ • Vyhláška 39/2012 dispenzární péče • Vyhláška 306/2012 hygienické požadavky • Vyhláška 116/2012 předávání údajů NZIS • Nařízení 307/2012 o dostupnosti ZS

Úmluva o lidských právech a biomedicině

čl. 3 - Spravedlivý přístup ke zdravotní péči, čl. 4 - Profesní standardy, čl. 5 - Jakýkoliv zákrok pouze se svobodným a informovaným souhlasem, čl. 6 - Ochrana lidí neschopných dát souhlas, čl. 7 - Ochrana lidí s duševní poruchou, čl. 8 – Stav nouze vyžadující neodkladná řešení, čl. 9 - Zřetel na dříve vyslovená přání, čl.10 - Ochrana osobních údajů a právo na informace shromážděné o zdraví

III. Smluvní vztahy se ZP

Smluvní vztahy se zdravotními pojišťovnami musí mít každý subjekt poskytující zdravotní péči, který chce za poskytování péče dostat peníze z veřejného zdravotního pojištění. Zjednodušeně řečeno platí, že každý nově vzniklý subjekt žádající o vznik smluvního vztahu se zdravotní pojišťovnou musí zažádat na zdravotní odbor Krajského úřadu a projít výběrovým řízením, na konci kterého bude zástupce pojišťovny s uzavřením smlouvy souhlasí.

IV. Vykazování zdravotní péče

Praktický lékař aktivně vykazuje péči nespádající do kapitační platby. Děje se tak pomocí kódů odpovídajících určitým výkonům (preventivní prohlídka, EKG, vyšetření CRP v ambulanci, dispenzarizace diabetika, předoperační a mnohé další).

Pravidla vykazování:

1. Výkon musí být proveden celý (včetně odpovídajícího času).
2. Určité výkony lze vykázat jen s určitou maximální frekvencí.
3. O výkonu musí být učiněn zápis do dokumentace.

IV. MKN klasifikace

Zkratka MKN znamená Mezinárodní Klasifikace Nemocí, kterou vydává WHO. Jde o rozsáhlou klasifikaci lidských onemocnění, která je určena písmenem latinské abecedy a následnou kombinací 3-4 čísel. Nespecifické příznaky začínají písmenem R (např. horečka, tachykardie, bolesti na hrudi apod.).

I.	<u>A00–B99</u>	Některé infekční a parazitární nemoci
II.	<u>C00–D48</u>	Novotvary
III.	<u>D50–D89</u>	Nemoci krve, krevetvorných orgánů a některé poruchy týkající se mechanismu imunity
IV.	<u>E00–E90</u>	Nemoci endokrinní, výživy a přeměny látek
V.	<u>F00–F99</u>	Poruchy duševní a poruchy chování
VI.	<u>G00–G99</u>	Nemoci nervové soustavy
VII.	<u>H00–H59</u>	Nemoci oka a očních adnex
VIII.	<u>H60–H95</u>	Nemoci ucha a bradavkového výběžku
IX.	<u>I00–I99</u>	Nemoci oběhové soustavy
X.	<u>J00–J99</u>	Nemoci dýchací soustavy
XI.	<u>K00–K93</u>	Nemoci trávicí soustavy
XII.	<u>L00–L99</u>	Nemoci kůže a podkožního vaziva
XIII.	<u>M00–M99</u>	Nemoci svalové a kosterní soustavy a pojivové tkáně
XIV.	<u>N00–N99</u>	Nemoci močové a pohlavní soustavy
XV.	<u>O00–O99</u>	Těhotenství, porod a šestinedělí
XVI.	<u>P00–P96</u>	Některé stavy vzniklé v perinatálním období
XVII.	<u>Q00–Q99</u>	Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality
XVIII.	<u>R00–R99</u>	Příznaky, znaky a abnormální klinické a laboratorní nálezy nezařazené jinde
XIX.	<u>S00–T98</u>	Poranění, otravy a některé jiné následky vnějších příčin
XX.	<u>V01–Y98</u>	Vnější příčiny nemocnosti a úmrtnosti
XXI.	<u>Z00–Z99</u>	Faktory ovlivňující zdravotní stav a kontakt se zdravotnickými službami
XXII.	<u>U00–U85</u>	Kódy pro speciální účely

5. Péče lege artis, povinná mlčenlivost, právní odpovědnost

Péče lege artis

Poskytování péče lege artis znamená poskytování zdravotní péče kvalifikovanou osobu na náležité odborné úrovni podle uznávaných postupů (viz. doporučené postupy odborných společností) **s ohledem na podmínky a možnosti**. Pacient má právo odmítnout postup lege artis na základě informovaného nesouhlasu.

Non-lege artis postupy zahrnují neposkytnutí první pomoci, hrubé pochybení v diagnostickém a terapeutickém postupu vlivem nedbalosti, nedostatečné zajištění odborné péče apod.

Protiprávní jednání se dělí na tzv. jednání aktivní a pasivní (nečinnost v situaci, kdy mělo být konáno). **Úmyslné zavinění** se dělí na **přímé**, kdy poskytovatel záměrně aktivně pacienta poškodí, a **nepřímé**, kdy poskytovatel nechce ublížit, ví však o potenciálním nebezpečí a nic s ním nedělá.

Nedbalost se potom dále dělí na **vědomou**, kdy poskytovatel nechce škodu způsobit, ale ví, že se tak stát může, a pouze spoléhá na to, že k tomu nedojde, a **nevědomou**, kdy o potenciální škodě neví, způsobit ji nechce, vzhledem ke svým povinnostem a znalostem s ní ale měl počítat.

Povinná mlčenlivost zdravotnických pracovníků

Povinná mlčenlivost patří mezi základní povinnosti zdravotníka, který o pacientovi nesmí proti jeho vůli, nebo bez jeho vědomí poskytovat žádné informace. Výjimkou je povinnost informovat daná zákonem (oznamovací povinnost orgánům činným v trestním řízení včetně oznámení spáchání trestného činu, oznámení nedobrovolné hospitalizace, výpovědi v rámci soudních sporů).

Pacient může nicméně s poskytováním informací souhlasit a může přesně určit osoby, kterým informace může být podána. Není-li pacient schopen dát souhlas, mají na informace právo osoby blízké (příbuzní, partneři).

Právní odpovědnost lékaře

Při pochybení vzniká právní odpovědnost tehdy, pokud dotyčný jednal protiprávně, nebo v rozporu se svými povinnostmi (typicky non-lege artis) a pokud toto jednání vedlo ke k poškození zdraví (nebo k pouhému jeho ohrožení!). Mezi jednáním a následkem musí být příčinná souvislost.

U občanskoprávního sporu nemusí být přítomno **zavinění** (úmysl, nedbalost), u trestně právního naopak musí být **zavinění** přítomno.

Lékař má právní odpovědnost:

1. **Občanskoprávní** – zejména odpovědnost za škodu
2. **Trestně právní** – vyžaduje zavinění, speciálně při neposkytnutí první pomoci platí pro zdravotníky vyšší trestní sazba
3. **Správní** – narušení poskytování zdrav. služby, padělání dokumentace, vykonávání činnosti pod vlivem návyk. látky aj., dále sem patří problematika Zákonu o zdrav. službách*
4. **Pracovně právní** (zaměstnanec vs. zaměstnavatel)
5. **Disciplinární** – jde o odpovědnost člena ČLK, proviněním je například postup non-lege artis, neetické zacházení, porušení mlčenlivosti apod.

Zákon o zdravotních službách

Zákon říká, že poskytovatel zdravotní péče může poskytovat pouze péči, ke které je oprávněn s výjimkou poskytnutí první pomoci. Zdravotnické zařízení dále musí být pro poskytování zdravotních služeb technicky a věcně vybaveno. Technické a věcné vybavení zdravotnického zařízení musí odpovídat oboru, druhu a formě poskytované zdravotní péče a zdravotních služeb.

6. Ekonomika praxe VPL, kapitace, bonusy, regulace

Z ekonomického hlediska je při vedení praxe praktického lékaře nutno počítat s příjmy a výdaji. Příjmy vycházejí částečně ze systému zdravotního pojištění, tj. platí pojišťovna, u které je daný pacient registrován.

Příjmy

1. Zdravotní pojištění

a) **Výkonová platba** – Jde o platby od zdravotní pojišťovny za konkrétní výkony (EKG, odběr krve, předoperační vyšetření, preventivní prohlídky, očkování, dispenzarizace apod.). Tvoří cca 15-20% příjmů.

b) **Kapitace** – Jde o paušální platbu „za hlavu“, kdy pojišťovna za každého pacienta platí určitou fixní částku. V kapitační platbě jsou zahrnuté i mnohé výkony (např. ošetření malé rány, aplikace injekce), které si tak lékař nevykazuje, nebo je přesněji řečeno u svých pacientů* vykázat může, ale nedostane za ně zaplacen. Tvoří cca 80-85% příjmů.

V běžné praxi se oba typy plateb kombinují a výsledná částka je tak souhrnem kapitačně-výkonové platby.

* U pacientů neregistrovaných si však i tyto v kapitaci zahrnuté výkony normálně vykazuje a dostává za ně zaplacen.

Pozn.: **Výše kapitační platby a hodnota bodu** u praktických lékařů pro dospělé a praktických lékařů pro děti a dorost **je dána vyhláškou MZ ČR** o stanovení hodnot bodu, výše úhrad hrazených služeb a regulačních omezení. Pro rok 2018 je to vyhláška č. 353/2017 Sb.

2. Ostatní příjmy

a) **Přímé platby** - Jde o platby za péči, která přímo nesouvisí se zdravotní péčí, může jít o příjmy za potvrzování dokumentů (posudek o schopnosti řízení motor. vozidel, posudky stran zbrojních průkazů), vydávání výpisu z dokumentace, cestovní očkování aj.

b) **Platby z podnikatelské sféry** – Jde zejména o pracovnělékařskou péči (prohlídky).

c) **Platby od státní správy** – Jde o platby za prohlídky pro úřady, nejčastěji pro ČSSZ a Úřad práce.

Výdaje

Výdaje zahrnují nájem, mzdy (zdravotní sestra, účetní), provozní náklady (počítačový hardware a software, přístroje, zdravotnický materiál aj.), provoz automobilu a vzdělávání.

Propočet kapitační platby

Základ kapitační platby je (v r.2024):

a) **53 Kč** na pojištěnce při neposkytování níže zmíněných služeb

b) **59 Kč** na pojištěnce při poskytování služeb alespoň 25 hodin v 5 pracovních dnech týdně s

jedním dnem do 18:00

c) **65 Kč** na pojištěnce při poskytování služeb alespoň 30 hodin v 5 pracovních dnech týdně s jedním dnem do 18:00 a s možností se alespoň dva dny v týdnu objednat na pevnou dobu

Celková částka se dále upravuje tzv. věkovým indexem, který bere ohled na věk pacienta. Stran praktického lékaře pro dospělé je důležité, že index je pod 1,0 ve věku 20-29 let a postupně narůstá, přičemž nejvyšší je u jedinců nad 85 let.

Navýšení plateb

Při provedení preventivní prohlídky (01021, 01022) alespoň u 30% registrovaných pojištěnců ve věku 40-80 let v hodnoceném období se připočítává ke kapitační platbě 0,50 Kč.

V případě, že poskytovatel doloží, že alespoň 50% nositelů výkonů je nositelem **platného diplomu celoživotního vzdělávání**, navýší se kapitační platba o 0,60 Kč.

Pokud poskytovatel získá Rozhodnutí MZ ČR akreditaci k uskutečnění vzdělávacího programu v oboru praktický lékař pro dospělé, zvyšuje se kapitační platba od 1 Kč od měsíce následujícího po doručení tohoto Rozhodnutí pojišťovně.

Poskytovateli, který na svém pracovišti školí lékaře ve vzdělávacím programu pro obor praktického lékaře pro dospělé, náleží další zvýšení kapitační platby o 3 Kč.

Pokud poskytovatel předloží smluvní pojišťovně potvrzení, že se účastnil alespoň 10x za rok služby LSPP, bude mu navýšena roční úhrada o 40000 Kč x koeficient dle daného Kraje (který má každá pojišťovna jiný). Od roku 2024 prý toto má ale končit...

Dále jsou podporováni praktičtí lékaři pro dospělé a PLDD, kteří zajišťují poskytování zdravotních služeb v oblastech, kde je jejich zajištění problematické (např. hůře dostupné oblasti, oblasti hranic ČR), a to formou navýšení celkové výše roční úhrady až o 30 %. Kromě toho je dorovnávána kapitační platba lékařům, kteří mají vzhledem ke geografickým podmínkám o alespoň 30 % menší počet registrovaných pacientů, než je celostátní průměr.

Regulace

Celkově není regulace pro praktické lékaře příliš přísná. V roce 2019 platil, že stran regulace na předepsané léčivé přípravky a zdravotnické prostředky, na vyžádanou péči (včetně ZUM/ZULP), a na pomůcky pro inkontinentní jsou pro VPL bude tolerováno překročení celostátní průměrné úhrady maximálně do 20%.

Pokud poskytovatel překročí celostátní průměrnou úhradu v některé z uvedených regulovaných oblastí o 20% a více, je zdravotní pojišťovna oprávněna uplatnit regulační srážku do 25% z překročení. Nově se regulace neuplatní, pokud komplexní náklady na poskytovatelem registrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny za rok 2019 nepřekročí komplexní náklady na poskytovatelem registrované pojištěnce příslušné zdravotní pojišťovny za rok 2018.

Pozn.: Všechna čísla se samozřejmě průběžně mění!

7. Lékař jako zaměstnavatel

Soukromý praktický lékař může provozovat praxi jako fyzická osoba nebo právnická osoba (obvykle s.r.o.). V obou případech zpravidla zaměstnává zdravotní sestru, ale může jít i o jiné zaměstnance (jiný lékař, účetní, uklízečka). Základem pracovního poměru je **pracovní smlouva**.

Pracovní smlouvu je nutné uzavřít písemně a musí obsahovat **den nástupu** do práce, **druh práce** (obvykle všeobecná zdravotní sestra bez odborného dohledu) a **místo výkonu práce** (obvykle jedna, nebo více ordinací). Pracovní smlouva nemusí obsahovat informace o výši platu nebo mzdy. Je-li dohodnuta zkušební doba, musí být také specifikována v pracovní smlouvě.

Při nástupu do práce musí být zaměstnanec seznámen s pracovním řádem, s předpisy BOZP a vnitřními předpisy zaměstnavatele. Dále musí být zaměstnanec seznámen s povinnou mlčenlivostí. Pozn.: **Dohoda o provedení práce** – Je omezena na 300 hodin za kalendářní rok a odměna plně závisí na dohodě mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem. Nejde o pracovní poměr.

Odměna zaměstnance za práci

Odměna zaměstnance soukromého lékaře je mzdou, a nikoliv platem. Mzda se obvykle stanovuje **mzdovým výměrem** a může být rozdělena na složku pravidelnou a nenárokovou (odměna za kvalitní plnění úkolů). Písemný mzdový výměr (částka, místo a termín výplaty) by měl být zaměstnanci vydán nejpozději v den nástupu do práce. Mzdový výměr může být zaměstnavatelem měněn.

Výše mzdy je do značné míry na zvážení zaměstnavatele, musí však být vyšší než minimální mzda. Všeobecná sestra spadá do **páté skupiny** a pro ni je v roce 2019 minimální mzda 118,60 Kč/hod (částka se samozřejmě postupně s časem mění).

Zkušební doba

Je možné ji sjednat nejpozději v den nástupu do práce a musí být uzavřena písemně. **Zkušební doba nesmí být delší, než je polovina sjednané doby pracovního poměru**. Zkušební dobu nelze dodatečně prodloužit ani vzájemnou dohodou. Výjimkou je jen situace, kdy zaměstnanec nemůže během zkušební doby pracovat pro překážky v práci.

Dovolená

Nárok na dovolenou vzniká zaměstnanci, který odpracoval minimálně 60 dnů v kalendářním roce, přičemž musí jít o nepřetržitý pracovní poměr u zaměstnavatele, u nějž chce dovolenou čerpat. Minimální výměra dovolené je 4 týdny v kalendářním roce. Čerpání dovolené nařizuje zaměstnavatel a měl by umožnit zaměstnanci čerpat příslušnou dovolenou v daném kalendářním roce. Dovolena by měla být poskytnuta vcelku a je-li poskytována ve více částech, měla by alespoň 1 část činit 2 týdny vcelku. V těchto případech je ale vždy ideální vzájemná dohoda.

Výpověď z pracovního poměru

Ve zkušební době může pracovní poměr zrušit zaměstnanec i zaměstnavatel bez udání důvodu, je to ovšem nutné provést písemně. Výjimkou je prvních 21 dnů trvání PN v této době. Po skončení zkušební doby je nutné písemně uzavřít **dohodu o ukončení pracovního poměru**. Standardem je 2 měsíční výpovědní lhůta.

Výpověď nelze zaměstnanci dát:

- v době, kdy je **uznán dočasně neschopným práce**, pokud si tuto neschopnost úmyslně nepřivodil nebo nevznikla-li tato neschopnost jako bezprostřední následek opilosti zaměstnance nebo zneužití návykových látek, a v době od podání návrhu na ústavní ošetřování nebo od nástupu lázeňského léčení až do dne jejich ukončení (při onemocnění tuberkulózou se tato ochranná doba prodlužuje o 6 měsíců po propuštění z ústavního ošetřování)
- při výkonu **vojenského cvičení nebo výjimečného vojenského cvičení** ode dne, kdy byl zaměstnanci doručen povolávací rozkaz, po dobu výkonu těchto cvičení, až do uplynutí 2 týdnů po jeho propuštění z těchto cvičení,
- v době, kdy je zaměstnanec dlouhodobě plně **uvolněn pro výkon veřejné funkce**
- v době, kdy je zaměstnankyně **těhotná** nebo kdy zaměstnankyně čerpá **mateřskou dovolenou** nebo kdy zaměstnankyně nebo zaměstnanec čerpají **rodičovskou dovolenou**
- v době, kdy je zaměstnanec, který pracuje v noci, uznán na základě lékařského posudku vydaného zařízením závodní preventivní péče dočasně **nezpůsobilým pro noční práci**

Zákaz výpovědi se nevztahuje na zaměstnance – a zaměstnavatel s ním tedy může skončit pracovní poměr výpovědí –, který by jinak podléhal ochraně (byl by např. v pracovní neschopnosti), kdyby pro výpověď existoval důvod, pro který může okamžitě zrušit pracovní poměr (§ 55 ZP) a pro jiné porušení pracovních povinností (porušení pracovní kázně).

8. Preventivní a dispenzární prohlídky - právní ukotvení, rozsah, frekvence, indikace pomocných vyšetření

Všeobecná preventivní prohlídka

Všeobecná preventivní prohlídka je preventivní vyšetření prováděné praktickým lékařem. Její obsah je zakotven ve vyhlášce č. 70/2012 Sb. o preventivních prohlídkách. Preventivní prohlídka se týká každého pacienta registrovaného u daného praktického lékaře a **její frekvence je 2 roky**. Reálně je provedení a vykódování preventivní prohlídky (kód 01022) možné za 23 měsíců po termínu poslední preventivní prohlídky.

Cílem preventivní prohlídky je vyšetření v podstatě asymptomatického jedince v rámci prevence chorobných stavů.

Součásti všeobecné preventivní prohlídky

Základem preventivní prohlídky je anamnéza a fyzikální vyšetření pacienta. V anamnéze bychom měli zhodnotit její změnu od poslední preventivní prohlídky (RA, OA, FA, SPA, Abusus a GA). V anamnéze se soustředíme na kardiovaskulární choroby a nádorové stavy. U ženy se vždy ptáme na frekvenci gynekologických prohlídek.

Součástí anamnézy by měla být **informace o očkování**, zejména o očkování **proti tetanu**, v případě potřeby pak zajištění přeočkování.

Fyzikální vyšetření by mělo být kompletní včetně vyšetření zraku a sluchu, vyšetření ŠŽ pohmatem, poslechu srdce a plic, pohmatu břicha, vyšetření DKK, **změření TK a TF**, změření tělesné váhy a zjištění BMI.

Stran **onkologické prevence** se doporučuje zhodnocení rizik dle rodinné a osobní anamnézy, při vyšším riziku se doporučuje vyšetření per rectum, nebo vyšetření varlat u mužů. U žen s vyšším rizikem tumoru prsu se má od 25 let věku provádět vyšetření prsů pohmatem s poučením o samovyšetřování. Doporučuje se vyšetření kůže, při nález většího množství névů lze doplnit odborné vyšetření dermatologem.

Doplňková vyšetření

Při každé preventivní prohlídce by měla být **vyšetřena moč testacním papírkem**.

Vyšetření lipidů je doporučeno v 18, 30, 40, 50 a 60 letech věku.

Vyšetření glykemie je doporučeno v 18 letech, ve 30 letech a od 40 let á 2 roky.

Vyšetření EKG je doporučeno od 40 let věku á 4 roky.

Vyšetření renálních parametrů je doporučeno od 50 let á 4 roky u pacientů s diabetem, hypertenzí nebo s kardiovaskulárními onemocněními.

Screeningová vyšetření

Praktický lékař by měl tradičně aktivně řešit screening kolorektálního karcinomu u obou pohlaví a screening karcinomu prsu u žen. Z novějších screeningů přibyl selektivnější screening demence, screening osteoporózy a screening plicních nádorů. **Screeningy samozřejmě nemusí být prováděny současně s preventivní prohlídkou**, ale tato vzájemná kombinace je na druhou stranu poměrně logická a efektivní.

- **Screening karcinomu kolorekta** spočívá v provádění TOKS od 50 let věku u všech asymptomatických nerizikových jedinců, provádí se á 1 rok do 54 let věku, následně od 55 let věku je TOKS á 2 roky. Při pozitivním nález TOKS je indikována kolonoskopie. (Alternativou k provádění TOKS je provedení primární screeningové kolonoskopie, pokud si ji pacient zvolí.) Základní kód je **15118** (vlastní management), **15119** (analytická část -

hodnocení vlastním přístrojem) a pak buď **15120** (negativní nález) nebo **15121** (pozitivní nález).

- **Screening karcinomu prsu** probíhá formou pravidelných mamografií od 45 let věku á 2 roky, žádanky vydává gynekolog, nebo praktický lékař (kód dg je Z123).
- **Screening demence** spočívá ve vyšetření vykazované kódem **01026**. Výkon je hrazen 1x za 2 roky u pacienta ve věku 65-80 let a obvykle se provádí v rámci preventivní prohlídky. V rámci této prohlídky se provádí tzv. Mini-Cog test (učení 3 slov, test s kreslením hodin), při negativním nálezu (3 a více bodů) se provádí kontrola za 2 roky, při pozitivním (pod 3 body) se má provést MMSE.
- **Screening osteoporózy** se provádí u pacientů vyššího věku. U žen od menopauzy do věku 59 let a u mužů ve věku 65-69 let spočívá v anamnéze a dotazníku FRAX. Při vyšším riziku odeslat na densitometrii (DXA). U žen nad 60 a u mužů nad 70 let automaticky poslat na densitometrii. Základní kódy jsou **11320** (vyšetření s odesláním na DXA) a **11321** (vyšetření bez odeslání na DXA). Více informací najdete ve vypracované otázce na téma osteoporóza.
- **Screening ca plic** je určen pro obě pohlaví ve věku 55-74 let, kteří jsou současní nebo bývalí kuřáci a mají vykouřeno alespoň 20 balíčkoroků. Pacienti by měli vyjádřit ochotu přestat kouřit a měli by být odesláni s dg Z122 na plicní ambulanci, případně přímo na CT low dose plic. Základní kódy jsou **01196** (odeslán na plicní nebo CT LD plic) a **01197** (pacient odmítl, možno opakovat 1x ročně). Detaily screeningu zpracuji v testu o nádorech plic.
- **Screening ca prostaty** se týká mužů ve věku 50-69 let a spočívá v odběru PSA (při negativním nálezu á 2 roky). OD určité hodnoty je pacient odeslán na urologii k došetření. Základní kódy jsou **01130** (vlastní management), pak **01131-01133** (vykázat dle hodnoty PSA) a eventuálně **01134** (odmítnutí pacientem). Více zpracuji v textu o karcinomu prostaty.

Dispenzární prohlídky

Seznam chorob podléhajících dispenzarizaci je dán ve **vyhlášce č. 39/2012 Sb. o dispenzární péči**. Z praktického hlediska nás nejvíce zajímá dispenzarizace nekomplikovaných diabetiků, hypertoniků, pacientů s poruchou metabolismu lipidů, pacientů s nekomplikovanou hypotyreózou a nově pacientů s onkologickými onemocněními v remisi.

1. Dispenzarizace diabetika (kód 01201 + 09532)

do kompenzace diabetu á 3 měsíce, poté á 6 měsíců

Při každém vyšetření:

výška, váha, BMI, obvod pasu

krevní tlak a puls

fyzikální vyšetření DKK

glykemie nalačno

glykovaný hemoglobin - do kompenzace á 3 měsíce, pak á 6 měsíců

1x ročně:

interní vyšetření dispenz. lékařem (vylouč. postiž. velkých cév)

náběry (urea, krea, minerály, lipidy, JT, kys. močová)

moč ch+s, mikroalbuminurie

eGFR (MDRD) – minimálně 2x ročně při poklesu eGFR pod 60ml/min!

EKG

orientační neurologické vyšetření

oční vyšetření

detailnější manuální vyšetření tepen DKK / oscilometrie - ABI / doppler

TSH – při podezření na tyreopatii, před začátkem hypolipidemické farmakoterapie

2. Dispenzarizace hypertonika (kód 09532)

Dispenzární kontroly TK se doporučuje u stabilizovaného hypertonika provádět **á 3 měsíce**, u hypertonika s nízkým KV rizikem je možno **á 6 měsíců**.

Kromě TK při každé kontrole se doporučuje 1x ročně kompletní fyzikální vyšetření, 1x ročně vyšetření moči a krevní odběry (glykemie, minerály, renální parametry, JT, lipidy) a EKG.

Vyšetření u arteriální hypertenze	
Nutná u všech hypertoniků	Vhodná u některých skupin
- Anamnéza včetně rodinné, gynekologické a farmakologické - Fyzikální vyšetření, včetně palpce periferních tepen DK či oscilometrického měření se stanovením kotníkového indexu ABI v ambulanci - TK vsedě, ev. vstoje, při prvním vyšetření na obou HK - SNa, SK, SKreat, kyselina močová v séru, glykemie - Vyšetření lipidového spektra (celkový cholesterol, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol, triglyceridy) - Vyšetření moče chemicky a vyšetření močového sedimentu - Odhadnutá glomerulární filtrace (např. podle rovnice MDRD nebo CKD-EPI) - Krevní obraz - EKG 1x ročně Albuminurie u vybraných skupin: - u pacientů s AH a diabetem mellitem, - u všech gravidních patientek léčených s AH - u všech pacientů s AH mladších 30 let. - u nemocných s hypertenzí 3 stupně - u nemocných s rezistentní hypertenzí	- Domácí měření TK, 24hodinové monitorování TK - Poměr systolického TK kotník/paže - Echokardiografie - Ultrazvukové vyšetření karotických tepen - Vyšetření aortální rychlosti pulzové vlny - Sonografické vyšetření ledvin - Oční pozadí - Glykemická křivka v případě glykemie nalačno 5,6–6,9 mmol/l - Albuminurie u ostatních pacientů Základní vyšetření při podezření na nejčastější typy sekundární hypertenze - Renin, aldosteron v plazmě (u středně těžké až těžké hypertenze nebo hypertenze doprovázené spontánní hypokalemií po předchozí úpravě antihypertenzní léčby) - Vyšetření průtoku krve ledvinami (dopplerovské vyšetření renálních tepen) - Vyšetření zaměřené na syndrom spánkové apnoe

3. Dispenzarizace pacienta s nekomplikovanou hypothyreózou (kód 09532)

Po nasazení substituce se doporučuje kontrola TSH za 4-6 týdnů, poté až do stabilizace á 3 měsíce a po stabilizaci postačuje á 1 rok. Podobně je tomu u pacientů, kteří jsou praktickému lékaři předáni z endokrinologické ambulance. Ostatně při předání pacienta by mělo být endokrinologem jasně napsáno, jakou frekvenci vyšetření u daného pacienta doporučuje (standardem je fT4 + TSH 1x ročně a případně UZ ŠŽ v určité menší frekvenci).

4. Dispenzarizace pacientů s poruchou metabolismu lipidů (kód 09532)

Na začátku terapie statiny je vhodné jejich efekt zkontrolovat za 4-12 týdnů, pak za stejnou dobu provést další kontrolu a **po stabilizaci kontroly 1x ročně**. CK + JT se doporučuje nabrat vstupně a při první kontrole.

5. Dispenzarizace pacientů s vybranými onkolog. onemocněními (kód 01188)

Jde o pacienty s onkologickým onemocněním v remisi, po předání onkologem se provede vstupní prohlídka s kódem 01186 a následné dispenzární prohlídky probíhají dle DP pod kódem **01188**. Prohlídka zahrnuje doplnění anamnézy, kontrolu očkování, kompletní fyzikální vyšetření včetně kůže, per rectum, u mužů vyšetření varlat a u žen vyšetření prsů s poučením o samovyšetřování. Laboratorní vyšetření zahrnuje glykemii, urea, krea, JT, FW, CRP, KO, moč ch+s a případně další náběry doporučené onkologem.

Kromě toho se doporučují preventivní vyšetření:

- a) **EKG** ve 40 letech a pak dále á 4 roky
- b) **TOKS** od 50 let věku á 1 rok a od 55 let věku á 2 roky, případně screeningová **kolonoskopie** á 10 let při neg. nálezu
- c) u žen **mamografie** od 45 let věku á 2 roky

Dále jsou nutná speciální vyšetření u jednotlivých typů tumorů:

Nádory varlat – tu markery, RTG plic, CT břicha a pánve

Maligní melanom – frekvence kontrol bývá individuální, není jasný vliv na přežití

Karcinom prsu – mamografie á 1 rok na 10 let, pak dle screeninu

Karcinom plic – první roky časté kontroly vč. zobraz. metod

Karcinom prostaty – kontroly PSA

Nádor mozku – pravidelně magnetická rezonance

Kolorektální karcinom – CEA, CT hrudníku a břicha, kolonoskopie 1x v prvním roce, při nálezu rizikového adenomu (high-grade / vilózní / nad 1cm) za rok, jinak za 3-5 let

Anální karcinom – rektoskopie

Karcinom ledviny – pravidelně zobrazovací metody

Karcinom ovaria – pravidelně CA 125

- *Nevím, jak je tomu jinde, ale naše spádové onkologické pracoviště u předávaného pacienta velmi přesně napíše, jaká vyšetření a v jakých intervalech u něj individuálně doporučuje.*

9. Pracovně lékařské služby, práce v riziku - legislativa

Pracovně lékařské služby

Pracovně lékařské služby (PLS) jsou definovány dle zákona č. 79/2013 (<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2013-79>) a definujeme je jako preventivní služby, které mají **hodnotit způsobilost daného jedince k práci**, chránit před pracovními úrazy a nemocemi souvisejícími s povoláním. Historickým podkladem pro rozvoj tohoto odvětví medicíny byl fakt, že určitá zaměstnání vedla po delší době k charakteristickým zdravotním obtížím.

U zaměstnání se hodnotí určité **kategorie rizikových faktorů** různé tíže, které hodnotíme čísly 1-4 (4 je nejtěžší). Příkladem je riziko hluku, riziko prachu, riziko fyzické námahy apod. Podle těchto rizik se hodnotí **celková kategorie práce**, která se řídí nejvyšším rizikovým faktorem. Kategorii 1 stanovuje zaměstnavatel, kategorii 2 a výše hygiena. Zaměstnavatel je povinen při rizicích 2-4 vytvořit smlouvu o PLS s poskytovatelem, u rizika kategorie 1 postačuje vyšetření praktickým lékařem dotyčného.

Kategorie práce

- **Kategorie 1** - Práce, při které není pravděpodobný nepříznivý vliv na zdraví (např. administrativní práce).
- **Kategorie 2** - Práce, při které lze očekávat jejich nepříznivý vliv na zdraví člověka jen výjimečně (zejména u vnímavých jedinců); jde o práce, při nichž nejsou překračovány hygienické limity faktorů stanovené zvláštními právními předpisy.
- **Kategorie 3** - Práce, při které jsou překračovány hygienické limity, rovněž pak tyto práce naplňují další kritéria pro zařazení práce do kategorie třetí, přičemž expozice fyzických osob, které práce vykonávají, není spolehlivě snížena technickými opatřeními pod úroveň těchto limitů, a pro zajištění ochrany zdraví osob je proto nezbytné využívat osobní ochranné pracovní prostředky, organizační a jiná ochranná opatření atd.
- **Kategorie 4** - Práce, při které je vysoké riziko ohrožení zdraví, které nelze zcela vyloučit ani při používání dostupných a použitelných ochranných opatření.

Pracovně lékařské prohlídky

Při pracovně lékařských prohlídkách se hodnotí zdravotní stav dotyčného a závažné anamnestické faktory ovlivňující způsobilost k dané práci, při pravidelných prohlídkách se hodnotí zejména vliv pracovních podmínek na zdraví zaměstnance a provádí se prevence nemocí z povolání. **Žádanku o prohlídku** má povinnost připravit zaměstnavatel, žádost musí mít uvedeno, o jakou prohlídku se jedná, jaká je její indikace, dále musí být definován přesný charakter práce a musí být vypsány rizikové faktory jednotlivých kategorií. Pracovník, u něž je prohlídka prováděna, by měl s sebou mít i aktuální **výpis ze zdravotní dokumentace** od svého praktického lékaře.

Závěr pracovně lékařské prohlídky může být - zdravotně způsobilý, zdravotně způsobilý s omezením (+ definice), zdravotně nezpůsobilý, nebo ztratil dlouhodobě zdravotní způsobilost. Samozřejmě u možnosti schopen s omezením lze přidat takové omezení, které fakticky schopnost vykonávat dané zaměstnání vylučuje. Termín „**zdravotně nezpůsobilý**“ může být použit pouze ve vstupní prohlídce, v ostatních prohlídkách se používá „**ztratil dlouhodobě zdravotní způsobilost**“.

Prohlídky rozlišujeme na: **vstupní, periodické, mimořádné a výstupní**

a) **Vstupní prohlídka** - Je velmi důležitá a měla by zabránit tomu, aby byl do zaměstnání přijat člověk, u kterého hrozí vlivem práce poškození zdravotního stavu, nebo pracovní úraz. Nebudeme například doporučovat zaměstnání epileptika v práci, kde je udávaná práce ve výškách, nebo jedince s chronickým VAS diskogenní etiologie do práce spočívající v manipulaci s těžkými břemeny atp.

b) **Periodické prohlídka** - Provádí se pravidelně v určitém intervalu, který odpovídá hodnotě kategorie práce, věku dotyčného a případně speciálním podmínkám.

- u kategorie 1 se doporučuje á 6 let do 49 let věku a pak á 4 roky
- u kategorie 2 se doporučuje á 4 roky do 49 let věku a pak á 2 roky
- u kategorie 3 se doporučuje á 2 roky
- u kategorie 4 se doporučuje á 1 rok
- u jedinců pracujících v noci se doporučuje á 2 roky
- u profesionálních řidičů se doporučuje á 2 roky do 49 let věku a pak á 1 rok

c) **Mimořádná prohlídka** - Nejčastěji se provádí tehdy, pokud došlo k vystavení DPN v délce delší než 2 měsíce. Dalšími možnostmi je podezření ošetřujícího lékaře na změnu způsobilosti vlivem zdravotního stavu, při zhoršení pracovních podmínek apod.

d) **Výstupní prohlídka** - Měla by vést ke zhodnocení vlivu předchozí práce na zdravotní stav jedince. Provádí se před ukončením pracovního poměru, nebo před převedením na jiný druh práce. Za normálních okolností by v ní neměl chybět závěr, že **vyšetřovaný nenese známky profesionálního poškození** a toto by v případě potřeby mělo být podloženo objektivně (např. audiometrie při riziku hluku). Pozn: K výstupní prohlídce není třeba výpis z dokumentace a nemusí být vydán posudek, stačí potvrzení o jejím provedení.

di)

Nemoci z povolání

Jde o chorobné stavy, u kterých je podezření na přímou souvislost s výkonem určitého zaměstnání. Ošetřující lékař (i zaměstnavatel) je povinen pacienta s podezřením na nemoc z povolání ke kompetentnímu odborníkovi (definovaní poskytovatelé v oboru pracovního lékařství).

Pozn.: Riziko hluku

Lékařské prohlídky provádí praktický lékař nebo pracovní lékař. U kategorie rizika 3 se provádí **1x á 2 roky**, u kategorie rizika 4 se provádí **1x ročně**. Vstupní prohlídka by měla zahrnovat ORL vyšetření včetně prahové tónové audiometrie. Periodická prohlídka by měla zahrnovat orientační vyšetření sluchu a screeningovou audiometrii.

10. Předoperační interní vyšetření, stratifikace operačního rizika

Předoperační interní vyšetření se praktických lékařů dotýká u většiny **elektivních výkonů**. Jde o vyšetření hrazené praktickým lékařům ze ZP pod kódem **01185**. O tom, zda je v dané situaci praktický lékař oprávněn vyšetření provést, a jakou má mít vyšetření podobu, se musí rozhodnout podle doporučeného postupu MZČR.

Cílem předoperačního vyšetření je zhodnotit kardiovaskulární, plicní a metabolické rezervy pacienta ve vztahu k výkonu a případně indikovat určitá opatření, která by měla být u daného pacienta perioperačně provedena.

Interní předoperační vyšetření dospělých **provádí praktický lékař nebo internista**, spolupracují při tom s chirurgem a anesteziologem. **Platnost předoperačního vyšetření je obvykle 1 měsíc** (nedošlo-li ke změně zdravotního stavu pacienta).

Stratifikace operačního rizika

Operační riziko závisí na několika faktorech:

polymorbidita – vyšší množství komorbidit zvyšuje operační riziko

věk pacienta – věk nad 70 let výrazně zvyšuje riziko komplikací

akutnost operace – akutní operace mají vyšší riziko než operace elektivní

závažnost výkonu – malé výkony mají 1-2% komplikací, střední 8% a velké 13%

Postup

1. Pacienta zařadíme podle komorbidit do ASA skupiny (ASA I-V).
2. Určíme typ výkonu (A-C).
3. Potvrdíme svou kompetenci k provedení vyšetření, nebo pacienta odešleme k internistovi.
4. Provedeme předoperační vyšetření

Tabulka A) Klasifikace ASA

pacient bude do této klasifikace zařazen v průběhu provádění interního předoperačního vyšetření na základě anamnézy a klinického vyšetření:

I.	Zdravý pacient bez klinického patologického nálezu Chorobný proces, jenž je indikací k operaci, je lokalizovaný a nezpůsobuje systémovou poruchu.
II.	Pacient s lehkým, kontrolovaným, funkčně nelimitujícím systémovým onemocněním.
III.	Pacient s těžkým nebo obtížně kontrolovatelným systémovým onemocněním, pacienta funkčně limitujícím, neohrožujícím však trvale pacienta na životě.
IV.	Pacient s funkčně limitujícím onemocněním, které ho trvale ohrožuje na životě, dále pacienti po transplantacích, chemoterapiích, radioterapiích, klinicky imunodeficientní a pacienti ve střední a těžké malnutrici (dle ESPEN 2010). ⁶
V.	Moribundní pacient, u kterého je předpoklad úmrtí do 24 hodin a operační výkon je poslední možností záchrany života (tzv. vitální indikace).

Do této mutace klasifikace ASA je implementováno riziko pacientů se sníženými energetickými, metabolickými a imunologickými rezervami.

Tabulka B) Rozdělení výkonů dle závažnosti a velikosti

KAT.	ROZSAH	PŘÍKLADY ZAŘAZENÍ JEDNOTLIVÝCH VÝKONŮ
A	malé do 1 h Krevní ztráty 0	endoskopické a ambulantní, výkony na kůži a prsu, oční, plastická a rekonstrukční chirurgie, stomatologické, diagnostické výkony, operace periferních nervů, malé výkony na hlavě-trepanace, malé extracerebrální nádory, jednoduché punkční diagnostické a léčebné zákroky na páteři - diskografie, opichy kloubů, PRT, exstirpace kostrče, otevřené výkony na genitálu, menší endoskopické výkony (cystoskopie včetně biopsií, zavádění stentu apod., uretrotomie, transuretrální resekce menšího tumoru měchýře), výkony pro ženskou inkontinenci, malé gynekologické intrauterinní výkony a výkony malého rozsahu na zevním genitálu, biopsie prostaty, ESWL, laserová vaporizace prostaty, většina extrakcí materiálu, Artroskopie prostá, Zavřená repozice a miniinvazivní osteosyntézy zlomenin končetinového skeletu, resp. perkutánní extrakce kovů.

Součásti předoperačního vyšetření

Předoperační vyšetření zahrnuje **anamnézu** (zejména RA, OA, FA, AA, abuzus) a **fyzikální vyšetření** včetně TK a TF. Z dalších vyšetření se vždy provádí **moč ch+s**, ostatní vyšetření jsou individuální dle ASA a typu operace (krevní náběry, RTG plic, EKG).

Krevní náběry

Nejsou nutné u ASA I-II/A, ve všech dalších případech se doporučují orgánově specifické náběry, KO, Quick, APTT

RTG plic

RTG plic **1 = nevyžaduje se**
2 = nad 60 let/u kuřáků/u plic. onem. **3 = RTG plic vždy**

		ASA I	ASA II	ASA III	ASA IV	ASA V
Malé výkony	A	1	1	1	3	3
Střední výkony	B	1	2	2	3	3
Velké výkony	C	1	2	2	3	3

EKG

Algoritmus provádění vyšetření EKG dle rozsahu výkonů a ASA I-V:

		ASA I	ASA II	ASA III	ASA IV	ASA V
Malé výkony	A	EKG není třeba	EKG není třeba	EKG nad 40 let věku	EKG vždy	EKG vždy
Střední výkony	B	EKG není třeba	EKG nad 40 let věku	EKG nad 40 let věku	EKG vždy	EKG vždy
Velké výkony	C	EKG není třeba	EKG nad 40 let věku	EKG nad 40 let věku	EKG vždy	EKG vždy

Speciální dodatky

V předoperačním vyšetření bychom měli zdůraznit některá individuální doporučení. S předstihem 24-48 hodin by měl být **vysazen metformin**, jinak perioperačně se vysazují i ostatní PADy a dočasně jsou glykemie korigovány inzulinoterapií. U pacientů na substituční kortikoterapii pro

insuficienci kůry nadledvin se perioperačně doporučuje dávky kortikosteroidů zdvojnásobit. U pacientů s astmatem se doporučuje aplikace kortikosteroidu před zákrokem (např. hydrokortison 100 mg i.v.). U jedinců s vyšším rizikem krevní srážlivosti je vhodné zdůraznit nutnost profylaxe TEN.

U urologických, ortopedických a některých gynekologických výkonů bývá požadována kultivace moči, při nálezu asymptomatické bakteriurie je indikováno přeléčení ATB!

Antiagregancia před operací

- v případě nutnosti se ASA vysazuje 7-10 dnů před zákrokem a další antiagregancia vysazují 5-7 dnů před zákrokem
- u pacientů se středním a vysokým rizikem KV komplikací u nekardiální operace není vhodné ASA vysazovat
- antiagregancia užívaná v primární prevenci je možné bez obav vysadit
- znovunasazení antiagregancií se doporučuje do 24 hodin po zákroku
- u pacientů s koronárním stentem užívajících duální antiagregaci je doporučeno odložení elektivní operace o minimálně 6 týdnů po implantaci metalického stentu a minimálně 6 měsíců po implantaci stentu uvolňujícího léky

Užívání ASA před plánovaným CABG se doporučuje bez vysazování. U koronárního stentu s nutností užívat ASA+clopidogrel není vhodné plánovat elektivní zákrok, při akutní operaci se ASA+clopidogrel nedoporučuje vysadit!

Warfarin perioperačně

Vysazuje se 3-5 dnů před zákrokem, perioperačně nahrazujeme LMWH, po zákroku při aplikaci LMWH Warfarin nasazujeme do 24 hodin zpět a INR měříme za cca 3 dny.

Není nutno vysazovat před extrakcí zubu, operací katarakty, punkcí kloubu, malých kožních excizi, gastroscopie a diagnostické kolonoskopie (u kolonoskopie je ale rozumnější vysadit).

NOAC perioperačně

- Vysazuje se 1-2 dny před zákrokem, perioperačně nahrazujeme LMWH, u dabigatranu první dávka LMWH po 24 hodinách od poslední dávky dabigatranu, u ostatních NOAC zahajujeme aplikaci místo první nepodané dávky NOAC.
- Není nutno vysazovat před extrakcí zubu, operací katarakty, punkcí kloubu a u malých kožních excizi.

Doplňující postřehy

- *Závěr, že "pacient je operace schopen" do operačního vyšetření nepatří. Schopnost podstoupit zákrok by měl hodnotit anesteziolog a operátor. Lehce jedovatě řečeno je stejně operačního zákroku schopen úplně každý člověk (jen s různým rizikem).*
- *Řada pracovišť požaduje jako součást předoperačního vyšetření náběry, které nejsou součástí povinných vyšetření stanovených MZČR (např. HBsAg apod.). Lékař provádějící předoperační vyšetření má právo tyto náběry ignorovat a může poučit dané pracoviště, že provádí předoperační vyšetření pouze v rozsahu daném MZČR. Na druhou stranu je jisté riziko, že dané pracoviště zákrok neprovede (i když právo není na jejich straně).*
- *Pokud si nejsme stran vysazení antiagregace / antikoagulace jisti, je rozumné se domluvit přímo s operujícím pracovištěm a vyjít mu v tomto vstříc. Je dobré se vyhnout situaci, kdy sice postupujeme podle doporučených postupů, ale pacienta pak odmítnou odoperovat.*

11. Vyšetření pro ŘP (řidičský průkaz a průkaz vůdce malého plavidla), ZP (zbrojní pas a průkaz pracovníka v potravinářství) a pro účely ČSSZ, Úřad práce, policii ČR

1. Vyšetření pro řidičský průkaz

Pro vyšetření zdravotní způsobilosti k řízení motorových vozidel bylo zásadní oddělení dopravně psychologického vyšetření od vyšetření zdravotní způsobilosti. **K provedení dopravně psychologického vyšetření je nezbytný již vydaný lékařský posudek.**

Nemoci omezující /vylučující způsobilost k řízení motorových vozidel – jsou zařazeny do skupiny č.1 a 2.

Skupina 1 - řidiči amatéři A, B, B+E, AM, podskupiny A1, B1

Skupina 2 - řidiči řídící vůz v pracovněprávním vztahu, řidiči užívající při jízdě výstražné modré světlo, lidé, u nichž je řízení předmětem samostatné výdělečné činnosti, žadatelé a držitelé řidičských oprávnění skupiny C, C+E, D, D+E a T a podskupiny C1, C1+E, D1 a D1+E

Nemoci je celý dlouhý výčet, já bych zde zjednodušeně popsal častou problematiku. V zásadě nejlepší při výskytu některé z nemocí je poslat dotyčného k vyšetření specialistou, který přímo určí schopnost řídit motorová vozidla – platí to zejména pro epilepsii a diabetes. Mezi choroby patří nemoci sluchu, nemoci zraku, vážnější nemoci oběhové soustavy (arytmie, těžké formy srdečního selhání, objemnější aneurysmata aorty a pro skupinu 2 i přítomnost ICD), recidivující TIA a CMP, vertiginózní stavy, diabetes, epilepsie, demence, organický psychosyndrom, abusus alkoholu a návykových látek.

Oční poruchy

Skupina 1 – vyloučena způsobilost

- binokulární zraková ostrost, a to i za použití korektivních čoček pod 0,5 při použití obou očí
- zraková ostrost menší než 0,5 při úplné funkční ztrátě zraku na jednom oku nebo v případě používání pouze jednoho oka, například v případě diplopie, a to i za použití korektivních čoček.

Skupina 2 – zde je velké množství podmínek, nejlepší je v případě orientačního zjištění poruchy zraku tohoto řidiče nechat posudkově vyšetřit očním lékařem.

Sluchové poruchy

Obě skupiny – způsobilost možná na základně odborného vyšetření:

- stále se zhoršující poruchy sluchu **znemožňující komunikaci hovorovou řečí** nebo při audiometrickém vyšetření je celková ztráta sluchu vyšší než 20%, zhodnocení závisí na možnosti kompenzace

Diabetes

Skupina 2 – vyloučená způsobilost:

- druhá a další hypoglykémie, která se vyskytne během období 12 měsíců od první hypoglykémie a k jejímuž zvládnutí je třeba pomoci další osoby
- druhá a další hypoglykémie, která se vyskytne během období 12 měsíců od první hypoglykémie, a kterou žadatel nebo řidič není schopen rozpoznat

Skupina 1 – způsobilost možná na základě odborného vyšetření:

- druhá a další hypoglykemie v bdělém stavu, která se vyskytne během období 12 měsíců od první hypoglykemie a k jejímuž zvládnutí je třeba pomoci další osoby,
 - druhá a další hypoglykemie v bdělém stavu, která se vyskytne během období 12 měsíců od první hypoglykemie a kterou žadatel nebo řidič není schopen rozpoznat („syndrom nerozpoznávání hypoglykemie“),
 - stav do 12 měsíců po první hypoglykemii vyžadující pomoc druhé osoby,
 - diabetes mellitus doprovázený závažnými orgánovými komplikacemi, nebo
 - diabetes mellitus, pokud byla zahájena léčba léky, u nichž hrozí riziko vyvolání hypoglykemie, a řidič nebo žadatel
- a) je o hypoglykemii dostatečně informován
- b) prokáže, že rozumí rizikům, která hypoglykemie přináší, a prokáže, že tento stav dokáže dostatečně kontrolovat; způsob prokázání zaznamená lékař do zdravotnické dokumentace vedené o posuzované osobě.

Pravidelná lékařská kontrola zdravotního stavu lékařem příslušné specializované způsobilosti je podmínkou zdravotní způsobilosti vždy, provede se nejméně jedenkrát za 3 roky.

Skupina 2 – způsobilost možná na základě odborného vyšetření:

- stav do 12 měsíců po první hypoglykemii vyžadující pomoc druhé osoby
 - diabetes mellitus doprovázený závažnými orgánovými komplikacemi
 - diabetes mellitus, pokud byla zahájena léčba léky, které nesou riziko vyvolání hypoglykémie, a v předcházejících 12 měsících nedošlo k žádné hypoglykemii vyžadující pomoc druhé osoby, neexistují zdravotní komplikace vzniklé v souvislosti s diabetes mellitus a řidič nebo žadatel:
- a) si hypoglykémii nebo její varovné příznaky uvědomuje,
- b) je schopen doložit pravidelné měření glykemie, které provádí alespoň dvakrát denně
- c) prokáže, že rozumí rizikům, která hypoglykémie přináší; způsob prokázání zaznamená lékař do zdravotnické dokumentace vedené o posuzované osobě.

Pravidelná lékařská kontrola zdravotního stavu lékařem příslušné specializované způsobilosti je podmínkou zdravotní způsobilosti vždy, provede se nejméně jedenkrát za rok.

Epilepsie

Skupina 1 – vyloučená způsobilost:

- epilepsie s bezzáchvatovým obdobím kratším 12 měsíců
- stav po izolovaném nebo prvním neprovokovaném epileptickém záchvatu pokud **byla** nasazena medikace, po **dobu 12 měsíců**
- stav po izolovaném nebo prvním neprovokovaném epileptickém záchvatu pokud **nebyla** nasazena medikace, po **dobu 6 měsíců**

Skupina 1 – způsobilost možná na základě odborného vyšetření:

- Epilepsie s délkou bezzáchvatového období **DELŠÍ než 12 MĚSÍCŮ**
- Epilepsie se záchvatů **pouze ve spánku**, v anamnéze nejsou záchvaty v bdělém stavu a epilepsie trvá minimálně 12 měsíců
- Epilepsie se záchvaty, které **neovlivňují schopnost řízení**, nejsou v anamnéze jiné záchvaty než takové u kterých bylo **prokázáno**, že neovlivňují schopnost řízení a epilepsie trvá minimálně 12

měsíců

- Epileptické záchvaty, které se vyskytnou v důsledku **změny medikace indikované lékařem**, v případě obnovení dříve účinné léčby nutné zachovat období **3 měsíce**, po které posuzovaná osoba neřídí.
- Stav po izolovaném epileptickém záchvatu nebo po prvním neprovokovaném záchvatu, kdy byla nasazena medikace, po **12 měsících** od tohoto záchvatu. Pokud nebyla nasazena medikace, po **6 měsících** od tohoto záchvatu.
- Stav po **provokovaném** epileptickém záchvatu způsobeném **rozpoznatelným příčinným faktorem**

Skupina 2 – vyloučená způsobilost:

- stavy jako pro skupinu 1 (viz. výše)
- epilepsie po dobu **10 let** bezzáchvatového období od vysazení antiepileptické terapie
- stav po ojedinělém neprovokovaném epileptickém záchvatu pokud **nebyla** nasazena medikace, po **dobu 5 let** od tohoto záchvatu

Skupina 2 – způsobilost možná na základě odborného vyšetření:

- stavy jako u skupiny 1 (viz. výše)
- ojedinělý neprovokovaný epileptický záchvat, pokud nebyla nasazena medikace a při neurologickém vyšetření nebyla nalezena žádná související mozková patologie a na EEG nebyla zaznamenána žádná epileptiformní aktivita, po dobu **5 let** od tohoto záchvatu
- epilepsie nebo stav po epileptickém záchvatu, pokud byla nasazena medikace, po **10 letech od vysazení léčby**; v případě prognosticky příznivých stavů (VVES) – 5 let od vysazení farmakoterapie

Psychoaktivní látky

Obě skupiny – vyloučená způsobilost:

- závislost na psychoaktivních látkách
- pravidelné užívání psychoaktivních látek

Obě skupiny – způsobilost možná na základě odborného vyšetření:

- způsobilost je podmíněna bezpečným abstinčním obdobím, za bezpečné abstinční období se považuje nezpochybněná **dvouletá důsledná a trvalá abstinence**, jehož prokázání vyplývá ze závěrů učiněných příslušným odborným lékařem (psychiatr-adiktolog); pravidelná lékařská kontrola je podmínkou zdravotní způsobilosti vždy

Povinné pravidelné prohlídky

Profesionálové – např. řidiči IZS, řidiči z povolání (zaměstnanci i OSVČ), řidiči nákladních vozů a autobusů (C1, C1+E, C, C+E, D1, D1+E, D nebo D+E) a učitelé autoškol

- Vstupní prohlídka před zahájením činnosti
- Každé 2 roky do 50 let věku
- Každý rok po dovršení 50 let věku

Osoby starší 65 let

- Nejdříve 6 měsíců a nejpozději v den dovršení 65 let věku
- Nejdříve 6 měsíců a nejpozději v den dovršení 68 let věku
- Každé 2 roky po dovršení 68 let věku

Dopravně psychologické vyšetření

Jeho absolvování není podmínkou pro způsobilost danou při lékařské prohlídce, ale platí to naopak (tj. lékařská prohlídka stanovující způsobilost k řízení je nutná pro absolvování dopravně psychologického vyšetření).

Je povinné pro řidiče z povolání, vybodované řidiče a řidiče se zákazem řízení z důvodu trestného činu nebo přestupku. U osob nad 65 let si může dopravně psychologické vyšetření vyžádat registrující praktický lékař.

2. Vyšetření pro průkaz vůdce malého plavidla

Na jeho základě je dotyčná osoba oprávněna na území ČR vést všechna malá plavidla. K získání průkazu je mj. nutné lékařské vyšetření, které má za cíl vyloučit zdravotní stavy podmiňující zdravotní nezpůsobilost (seznam nemocí je dlouhý, v zásadě jde o stavy narušující smysly, psychiatrické poruchy a nemoci s rizikem náhlých poruch vědomí a vertiga). Závěr lékařské prohlídky je pak klasicky – zdravotně způsobilý / způsobilý s omezením / nezpůsobilý.

3. Vyšetření pro zbrojní průkaz

Zbrojní průkaz (ZP) je listina, která fyzickou osobu opravňuje k vlastnictví střelné zbraně a střeliva.

Doba platnosti ZP je maximálně 10 let. Zbrojní průkaz je možné vydat na základě lékařského posudku o zdravotní způsobilosti s dobou platnosti kratší než 10 let.

Skupiny ZP: A – sběratelské účely, B – sportovní účely, C – lovecké účely, D – k výkonu zaměstnání nebo povolání, E – k ochraně života, zdraví nebo majetku, F – k provádění pyrotechnického průzkumu

Posudkový lékař: registrující praktický lékař, příslušný poskytovatel pracovnělékařských služeb u průkazu skupiny D, registrující PLD u žadatele o B/C mladšího 19 let.

Nezbytným obsahem každé prohlídky je zjištění anamnestických údajů o zdravotním stavu žadatele s cíleným zaměřením na vyloučení nemocí, které zdravotní způsobilost vylučují nebo omezují. Dále komplexní fyzikální vyšetření, a to včetně orientačního vyšetření sluchu, zrakové ostrosti, barvocitu, zorného pole, rovnováhy, orientačního vyšetření neurologického a ortopedického. Posudkový lékař má právo vyžádat si další odborná vyšetření – např. psychologické vyšetření.

Nemoci vylučující způsobilost pro A,B: organické duševní poruchy, poruchy duševní a chování související s návykovými látkami, schizofrenie

Nemoci vylučující způsobilost pro C,D,E,F: organické duševní poruchy, poruchy duševní a chování související s návykovými látkami, schizofrenie, mentální retardace, extrapyramidové poruchy, epilepsie, degenerativní poruchy CNS, snížení zrakové ostrosti pod 6/12 po korekci, poruchy sluchu znemožňující běžnou komunikaci na méně než 6 metrů, vertigo při onemocnění vnitřního ucha

Závěrem vyšetření je: a) ***zdravotní způsobilost***, b) ***způsobilost s omezením***, c) ***nezpůsobilost***
Posudek o zdravotní způsobilosti držet zbraň nesmí být starší než 3 měsíce a v takovém případě se může připojit k žádosti o vydání zbrojního průkazu.

Každý lékař (tj. nejen posuzující), který v rámci poskytování zdravotních služeb zjistí nebo nabude důvodné podezření, že pacient trpí nemocí, vadou nebo stavem, které vylučují nebo

omezují zdravotní způsobilost, je oprávněn u příslušného útvaru policie ověřit, zda je taková osoba držitelem zbrojního průkazu. Příslušný útvar policie tyto údaje lékaři sdělí bez zbytečného odkladu. V případě zjištění, že taková osoba je držitelem zbrojního průkazu, lékař **oznámí tuto skutečnost bez zbytečného odkladu** poskytovateli zdravotních služeb příslušnému k vydání posudku o zdravotní způsobilosti (tzn. buď **registrujícímu poskytovateli nebo poskytovateli pracovnělékařských služeb**), pokud je mu znám.

Pokud lékař nabude dojmu, že zdravotní stav dotyčného může v souvislosti s nakládáním se zbraní způsobit přímé ohrožení života nebo zdraví, uvědomí navíc policii (Odbor služby pro zbraně a bezpečnostní materiál).

4. Vyšetření pro potravinářský průkaz

Potravinářský zdravotní průkaz **byl v roce 2023 zrušen**. Dříve ho museli mít lidé vykonávající činnosti epidemiologicky závažné (výroba potravin, uvádění potravin do oběhu výroba kosmetických přípravků, provozování úpraven vod a vodovodů, provozování holičství, kadeřnictví, pedikúry, manikúry, solária, kosmetických, masérských, regeneračních nebo rekondičních služeb a provozování živnosti, při níž je porušována integrita kůže).

5. Účely ČSSZ - Invalidní důchod

Invalidní důchod je dávka důchodového pojištění podmíněná **dlouhodobě nepříznivým zdravotním stavem**.

Podmínkou nároku na invalidní důchod je **pokles pracovní schopnosti** nejméně o 35 % a **dobu pojištění**. Nárok na invalidní důchod vznikne i v případě, kdy je invalidita následkem **pracovního úrazu nebo nemoci z povolání**.

Vyhláška upravuje také proces stanovení míry poklesu pracovní schopnosti a posuzování invalidity, především **podrobnější zjišťování zdravotního stavu**.

Při podání žádosti o uznání invalidního důchodu je nezbytně nutné **vyšetření zdravotního stavu**. Ošetřující lékaři jsou povinni provádět příslušná **funkční vyšetření pro posouzení stupně invalidity**. Zároveň je potřeba, aby ošetřující lékaři spolehlivě **informovali** pojištěnce o jejich zdravotním stavu.

Pokles pracovní schopnosti

- 1. stupeň** - pokles nejméně o 35 % a nejvýše o 49 %
- 2. stupeň** - pokles nejméně o 50 % a nejvýše o 69 %
- 3. stupeň** - pokles nejméně o 70 %.

Výše procentní výměry **invalidního důchodu** se stanoví procentní sazbou z výpočtového základu za každý celý rok doby pojištění a dopočtené doby získané do dosažení důchodového věku, a to v závislosti na stupni invalidity.

Procentní sazba výpočtového základu za každý celý rok doby pojištění činí:

- u invalidního důchodu pro invaliditu **prvního stupně 0,5 %**
- u invalidního důchodu pro invaliditu **druhého stupně 0,75 %**
- u invalidního důchodu pro invaliditu **třetího stupně 1,5 %**

Způsob posuzování invalidity umožňuje objektivně posoudit **funkční schopnosti jedince a důsledky zdravotních postižení na pracovní schopnost** v souladu s aktuálními poznatky lékařské

vědy a následně invalidním důchodem cíleně kompenzovat pokles jeho pracovní schopnosti.

6. Účely ČSSZ - Příspěvky na péči

Příspěvek na péči náleží těm lidem, kteří jsou z důvodu nepříznivého zdravotního stavu závislí na pomoci jiné osoby v oblasti běžné denní péče o vlastní osobu a v soběstačnosti. Lékař by měl vyplněním formuláře zhodnotit **stupeň závislosti**, tj. soběstačnost v základních životních potřebách (ZŽP).

Základní ZŽP

a) *mobilita*, b) *orientace*, c) *komunikace*, d) *stravování*, e) *oblékání a obouvání*, f) *tělesná hygiena*, g) *výkon fyziologické potřeby*, h) *péče o zdraví*, i) *osobní aktivity*, j) *péče o domácnost*

Osoba starší 18 let věku se podle § 8 odst. 2 ZSS považuje za závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve:

- a) **stupni I** (lehká závislost), jestliže není schopna zvládat **3-4 ZŽP – 880 Kč**
- b) **stupni II** (středně těžká závislost), jestliže není schopna zvládat **5-6 ZŽP – 4400 Kč**
- c) **stupni III** (těžká závislost), jestliže není schopna zvládat **7-8 ZŽP – 8800 Kč**
- d) **stupni IV** (úplná závislost), jestliže není schopna zvládat **9-10 ZŽP – 13200 Kč**

Příspěvek náleží osobě, **o kterou je pečováno** (nikoliv osobě, která péči zajišťuje) a lékařský posudek by měl zhodnotit **stupeň závislosti** této osoby.

7. Účely ČSSZ – Průkaz osoby zdravotně postižené (OZP)

Dotyčný o něj zažádá na spádovém Úřadu práce, který přes ČSSZ požádá o posouzení zdravotního stavu. Typy průkazů jsou:

- a) **TP** - těžce postižený
- b) **ZTP** - zvláště těžce postižený
- c) **ZTP/P** - zvláště těžce postižený / průvodce

Výhody TP: přednostní místa na sezení v dopravních prostředcích a přednost při jednáních vyžadujících delší čekání

Výhody ZTP: přednostní místa na sezení v dopravních prostředcích a přednost při jednáních vyžadujících delší čekání, 75% sleva jízdného ve vnitrostátních vlacích a autobusech, zdarma místní MHD

Výhody ZTP/P: v podstatě stejné jako ZTP + navíc doprava vodícího psa zdarma

8. Účely ČSSZ – Příspěvek na zvláštní pomůcku

Lékař hodnotí zdravotní stav k posouzení nároku na zvláštní pomůcku, která jim má pomoci v běžném životě (vodící pes, úpravy auta, speciální úprava bytu). Příspěvek je určen lidem s těžkým postižením zraku, nebo sluchu, nebo pohybového ústrojí, které trvá alespoň 1 rok.

9. Posudky pro Úřad práce

Praktický lékař vystavuje posudek **při uplatnění pracovního omezení ze zdravotních důvodů**, dále provádí vyšetření za účelem posouzení zdravotního stavu a vydání lékařského posudku **při žádosti o zabezpečení pracovní rehabilitace, poskytnutí příspěvku na vytvoření chráněného pracovního místa**, anebo ke zhodnocení důvodů, které dotyčnému brání v plnění povinností

uchazeče o zaměstnání, v nástupu na rekvalifikaci, nebo jej omezuje ve výkonu určité profese.

10. Vyšetření zraněné osoby pro Policii ČR

Při podezření na účast jiné osoby na poranění je nutné při zápisu do dokumentace myslet na forenzní problematiku a přesně zaznamenat údaje o vzniku poranění (mechanismus, přesný čas), přesný popis vlastního poranění, subjektivní potíže, vystavení PN apod.

Od praktického lékaře zjišťuje Policie ČR informace o poraněné osobě formou:

a) **Předběžné lékařské zprávy** - Údaje uvedené do předběžné zprávy se nesmí lišit od údajů uvedených ve zdravotnické dokumentaci. Kopie zprávy se zakládá do zdravotnické dokumentace pacienta. Lékařské hodnocení závažnosti poranění (lehké, těžké) a mechanismu vzniku poranění nepatří do předběžné lékařské zprávy.

b) **Lékařské zprávy o zranění** (odborného lékařského vyjádření) - Lékařská zpráva o zranění (odborné lékařské vyjádření) se poskytuje na základě písemné žádosti, souhlasu zraněné osoby (se sdělením a zpřístupněním údajů obsažených ve zdravotnické dokumentaci pro účely trestního řízení) a zaslaného příslušného tiskopisu. Vyžádání souhlasu je věcí Policie ČR, nikoliv lékaře (lékař není povinen pravdivost souhlasu ověřovat, neboť u státních orgánů platí presumpce pravdivosti jejich sdělení). Součástí uvedené zprávy je lékařské hodnocení závažnosti poranění a posouzení mechanismu vzniku poranění.

12. Dlouhodobá a krátkodobá pracovní neschopnost

Pracovní neschopnost (PN) je stav, kdy je člověk neschopen vykonávat své dosavadní zaměstnání ze zdravotních důvodů. Týká se pouze zaměstnání, ze kterého se odvádí nemocenské pojištění. Od 01.07.2019 platí, že 1-14. den PN platí náhradu mzdy zaměstnavatel, poté již platí náhradu mzdy stát (**podpůrná doba**). Při trvání PN déle než 380 pracovních dnů přestává stát platit náhradu mzdy, není-li PN na základě žádosti prodloužena příslušnou OSSZ. Náhrada mzdy odpovídá 60% průměrného redukovaného výdělku.

Krátkodobá PN

Lépe je mluvit o dočasné PN, protože „krátkodobost“ není přesně definována. Jde o PN, která trvá dny až týdny. Vystavuje ji ošetřující lékař, který diagnostikoval nemoc, pro kterou není daný jedinec schopen vykonávat dosavadní pracovní činnost. Tento lékař může nicméně pacienta a jeho PN následně elektronicky předat lékaři jiné odbornosti.

Krátkodobá PN může být vystavena **zpětně max. 3 kalendářní dny**, o schválení delšího časového úseku lze požádat OSSZ. Při PN je možné stanovit **vycházky** s omezením **maximálně 6 hodin denně**, které musí být mezi 07:00 a 19:00. Výjimky v délce trvání vycházek je nutno řešit s lékařem ČSSZ a mělo by jít o vážné diagnózy (onkologická onemocnění). Tímto způsobem lze zažádat o neomezené vycházky. Dalším důležitým faktem je možnost změny místa pobytu během trvání PN.

Pokud pracovní neschopnost trvá déle než 14 dní, je důležité aby včas přišly peníze z nemocenského od OSSZ. Pro to je nutné, aby ošetřující lékař nemocnému vypsál tzv. **Potvrzení o trvání dočasné pracovní neschopnosti nebo karantény („Lístek na peníze“)**. Minimálně každý měsíc pracovní neschopnosti by měl nemocný odevzdat svému zaměstnavateli alespoň jeden „Lístek na peníze“.

- Správně by měl "lístek na peníze" být odeslán na základě kontroly pacienta a ne automaticky. Vysvětlím - pokud pacient na PN například v polovině měsíce zemře, lékaři to nikdo neoznámí a lékař na konci měsíce odešle automaticky "lístek na peníze", musí pak vzniklou škodu uhradit.
- PN je zdrojem řady konfliktů mezi praktickými lékaři a specialisty. V zásadě platí důležitá věc, že PN by měl vést lékař, který pacienta se stavem souvisejícím s PN léčí a sleduje. Pacient je například hospitalizován a operován (PN zahajuje chirurgické oddělení), následně je propuštěn a zván na kontroly. PN by měla vést chirurgická ambulance, která ji na konci sledování ukončí, nebo předá praktickému lékaři k jednoduchému doléčení.
- Předání PN mezi lékaři je proces, který má dvě části. Jeden lékař PN předává, ale proces neproběhne, dokud druhý lékař PN aktivně nepřevzme.
- *PN nevystavuje lékař LSPP a RZP!*

Pozn.: Historicky měla papírová PN pět částí, nicméně v dnešní době se několika kliky elektronicky odešle přímo na ČSSZ (eNeschopenka).

PN ukončuje ošetřující lékař:

a) pokud je z jeho pohledu dotýčný jedinec schopen vykonávat své dosavadní zaměstnání.

- b) po 180 dnech trvání PN, je-li zdravotní stav ustálen (většinou se nedělá).
- c) pokud se pacient nedostaví na domluvenou kontrolu nebo nějakým způsobem porušuje režim nemocného (většinou se nedělá). V případě, že pacient nepřijde na kontrolu a nebere telefon je nicméně vhodné písemně ho o ukončení PN informovat.
- d) do 30 dnů po uznání invalidity (velmi důležité!!!).

Dlouhodobá PN

Po 180 dnech trvání PN přichází ošetřujícímu lékaři upozornění od OSSZ s doporučením, že v případě ustáleného zdravotního stavu může být PN ukončena. Pokud má lékař podezření, že vlivem základního onemocnění došlo k poklesu pracovní schopnosti alespoň o 35%, měl by nemocnému poradit, aby si požádal o nárok na invalidní důchod. **Po úspěšném uznání invalidity musí být PN ukončena do 30 dnů** od jejího uznání.

Po 380 pracovních dnech PN končí podpůrná doba a nemocnému pak není vyplácena náhrada mzdy. Podpůrná oba **může být nicméně opakovaně prodloužena** příslušnou OSSZ na základě žádosti. Prodloužení je vždy možné na 3 měsíce a to maximálně o 350 dnů.

Pokud PN trvala déle než 6 měsíců u kategorie rizika 1, případně déle než 8 týdnů u kategorie 2 a výše, měl by zaměstnavatel před přidělením práce přikázat **provedení mimořádné pracovní prohlídky**.

Pozn.: Problematika uchazeče o práci evidovaného Úřadem práce

Uchazeč je dočasně neschopen, pokud:

- a) není schopen plnit své povinnosti, tj. navštěvovat Úřad práce, nebo
- b) není schopen zahájit výkon konkrétní práce, kterou mu Úřad práce zajistil v době, kdy již byl nemocen, ale mohl plnit povinnosti uchazeče o práci, tj. docházet na Úřad práce

V takových případech lékař vydává „**potvrzení o dočasné neschopnosti uchazeče o zaměstnání plnit povinnosti uchazeče o zaměstnání z důvodu nemoci nebo úrazu**“ (lidově řečeno "neschopenka pro Úřad práce"). Toto potvrzení není klasickou PN a nelze jej běžně vydat zpětně.

Potvrzení má dvě základní části:

1. **Potvrzení o ošetření/vyšetření** - má 2 listy, lékař vyplní, 1 si ponechá, druhý předá pacientovi, který jej neprodleně odevzdá na Úřadu práce
2. **Potvrzení o dočasné neschopnosti** – má 3 listy, 1 je předán pacientovi při zahájení nemoci, druhý při ukončení nemoci a třetí si lékař ponechá v dokumentaci

- Já problematiku "neschopenky pro ÚP" řeším jednoduše. Vystavuji ji na žádost pacienta pouze tehdy, pokud pacient není po svůj zdravotní stav fyzicky schopen dojít na ÚP a ideálně na co nejkratší dobu. Má akutní infekci? Vystavíme. Má chronické bolesti zad a je chodící? Nevystavuji.

13. Prohlídka mrtvého, list o prohlídce mrtvého

Prohlídka zemřelého je obsažena v zákoně č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Navazující právní úpravu najdeme ve vyhlášce č. 297/2012 Sb., o náležitostech Listu o prohlídce zemřelého. Úmrtí, nebo nález mrtvého těla musí být ihned **nahlášen příslušnému praktickému lékaři, nebo lékaři záchranné služby první pomoci**. Při podezření na trestný čin nebo sebevraždu musí být informována Policie ČR.

Praktický lékař provádí prohlídku v rámci provozní doby a poskytování návštěvních služeb, **provedení prohlídky však nesmí vést k narušení poskytování zdravotních služeb!**

Prohlízející lékař

Prohlízející lékař **musí Policii ČR kontaktovat:**

1. při podezření na trestný čin
 2. při podezření na sebevraždu
 3. při neznámé totožnosti mrtvého
 4. u zemřelého, kdy buď není známá osoba blízka, nebo ji nebylo možné o smrti vyrozumět
- Prohlízející lékař **by měl Policii ČR ve svém zájmu kontaktovat:** při jakékoliv násilné smrti, nelze-li určit příčinu smrti, při smrti dítěte a mladé osoby, při smrti cizince a při smrti osaměle žijící osoby.

Základní povinností lékaře je konstatovat smrt a vyplnit **List o prohlídce zemřelého**. Součástí vyšetření je potvrzení totožnosti mrtvého, stanovení přesného data úmrtí, stanovení příčiny úmrtí (vyloučení podezření na trestný čin) a případné rozhodnutí o pitvě.

Příčina smrti se zapisuje dle kódu MKN-10, nezjištěná příčina má kód R98. Při podezření na trestný čin je povinností přivolat Policii ČR, při nezjištění příčiny smrti je to přinejmenším doporučitelné.

Prohlídka

Lékař je oprávněn myslet na smrt přirozenou, pokud získá validní informace o předchozím zdravotním stavu zemřelého a jeho zdravotních obtížích, které by mohly smrt vysvětlit. To současně, nezjistí-li zevní prohlídkou na těle mrtvého známky cizího násilí a na místě nálezu nebo v jeho okolí není nic podezřelého, co by nasvědčovalo protiprávnímu jednání jiné osoby.

Při zevní prohlídce každé mrtvé osoby je důležité se zaměřit na vlasovou pokrývku hlavy s možným poraněním měkkých pokrývek lebních (tržné, sečné nebo střelné rány). Prohlédneme oční spojivky s přítomností krevních výronů jako jedna z obecných známek dušení nebo ikteru při onemocnění jater. Vždy zkusíme pevnost nosních kůstek, prohlédneme rty a dutinu ústní, celistvost uzdiček, známky poranění či cizího obsahu v dutině ústní. Poranění mohou být i za ušními boltci při jejich úchopu rukou druhé osoby, Následuje krk s poraněními v důsledku škrcení a rdoušení. Po vyhrnutí oděvu prohlédneme trup a záda. Na předloktí, zápěstí a ruce mohou být poranění jako známky sebeobrany. Na předloktí a v loketních jamkách pak injekční vpichy u toxikomanů. Je-li dotýčný před smrtí přenášen nebo pevně držen, bývají na pažích tzv. úchopové podlitiny od prstů ruky druhé osoby. U žen dobře prohlédnout též oblast prsou, genitálu a vnitřní strany stehů (krevní podlitiny, oděrky, výtok krve z genitálu). Plošné oděrky kůže na kolenou a loktech stejně jako na zbylých obrysových částech trupu a obličeje, pak obvykle vznikají při pádech v opilosti. Při prohlídce těla zemřelého je nutné věnovat pozornost také oděvu (krevní stříkance na oděvu, prosáknutí krví, pokálení oděvu, oděv s defekty (roztrhaný).

(Zdroj odstavce výše: <https://www.fno.cz/ustav-soudniho-lekarstvi>)

List o prohlídce zemřelého

Má celkem 4 části:

A - List 1 (prohlídka) a List 2 (pitva).

B1 (určená pro matriku)

B2 - List 1 (prohlídka) a List 2 (pitva).

B3 - List 1 (prohlídka) a List 2 (pitva)

- **A** – Předává se ideálně datovou schránkou Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) České republiky, a to po ukončení všech šetření souvisejících se zjištěním příčin a okolností úmrtí, nejpozději však do 30 dnů ode dne úmrtí, popřípadě ode dne nálezu těla zemřelého; kopie této části se ukládá do zdravotnické dokumentace
- **B1** - matričnímu úřadu podle zákona o matrikách
- **B2** - osobě zajišťující pohřbení
- **B3** - provozovateli pohřební služby zajišťující pohřbení

V případě, kdy bylo určeno provedení pitvy vyplní prohlízející lékař List 1 A, B1 a B3 a dále vyplní B2. A a B1 nejprve předává poskytovateli zdravotních služeb, v jehož zařízení bude pitva provedena, B2 (list 1) předává osobě zajišťující pohřbení a B3 (list 1) předává provozovateli pohřební služby.

Pitva

U osoby zemřelé ve zdravotnickém zařízení ji může provést lékař patologického oddělení, ale **při úmrtí mimo zdravotnické zařízení musí jít o soudního lékaře!** Lékař provádějící prohlídku mrtvé osoby mimo zdravotnické zařízení má právo **nařídit pitvu zdravotní**, nebo **doporučit pitvu soudní**. Nařídit soudní pitvu může Policie ČR.

Nařízení zdravotní pitvy lékařem je povinné:

1. náhlé úmrtí bez jasné příčiny
2. násilná smrt (úmrtí z vnějších příčin) včetně sebevraždy
3. podezření na souvislost s užíváním návykových látek
4. podezření na smrt vlivem lékařského pochybení
5. smrt ve výkonu vazby, nebo odnětí svobody

Nařízení soudní pitvy

Lékař ji smí doporučit, ale **nenarizuje ji**. Indikací je podezření na smrt v důsledku trestného činu. Pokud prohlízející lékař nařídí provedení zdravotní pitvy, vyplní příslušnou zdravotnickou dokumentaci a zařídí převoz zemřelé osoby k pitvě na oddělení (ústav) soudního lékařství. Pitevní diagnóza po provedené zdravotní pitvě je automaticky zasílána pouze lékaři provádějícímu úřední prohlídku mrtvé osoby.

Pitva soudní je nařizována orgány činnými v trestním řízení u všech případů, kdy vznikne podezření (resp. nelze vyloučit), že smrt člověka byla způsobena trestným činem. Pokud je soudní pitva nařízena, převoz mrtvého těla zařizuje a náklady spojené s převozem pohřební službě hradí nařizovatel.

Převoz těla

O tomto praktickém tématu je vhodné se zmínit zvlášť, i když řada věcí je naznačena v odstavcích výše:

1. Pokud jde o úmrtí, které není spojeno s provedením pitvy, zajišťuje převoz rodina, která kontaktuje pohřební službu a ta provede transport.
2. Pokud jde o úmrtí, kdy ohledávající lékař požaduje zdravotní pitvu, musí zajistit transport na pracoviště soudního lékařství, které zdravotní pitvu provede. Samotný převoz provádí pohřební služba, platí ho zdravotní pojišťovna a lékař musí vyplnit **Příkaz k transportu** (podobně jako při transportu živého pacienta sanitkou).

3. Pokud jde o úmrtí, kdy Policie ČR vyžaduje soudní pitvu, musí transport zajistit policie.

14. Spolupráce s agenturami domácí péče, s ambulantními i lůžkovými specialisty, s terénní pečovatelskou službou

Agentury domácí péče + terénní pečovatelská služba

Agentury domácí péče zajišťují domácí péči, což je forma **terénní zdravotně-sociální péče**, která je určena nemocným a postiženým jedincům v jejich sociálním prostředí. Cílem je udržet, nebo obnovit zdraví nemocného a zajistit potřebnou kvalitu života, aniž by musel být dotyčný umístěn do zařízení lůžkové péče. Různých agentur zajišťujících tyto formy péče bývá obvykle v okrese více, velmi často tyto služby zajišťuje místní charita.

Domácí péči lze rozlišit na:

- a) **domácí zdravotní péči**
- b) „**domácí sociální péči**“ (správněji **pečovatelská péče a osobní asistence**)

Domácí zdravotní péče je poskytována **na doporučení registrujícího praktického lékaře nebo na doporučení ambulantního specialisty nebo ošetřujícího nemocničního lékaře**. Je multidisciplinární a zapojuje se do ní aktivně pacient i jeho rodina. Domácí zdravotní péče je financována ze zdravotního pojištění. Po indikaci domácí péče navštíví pacienta terénní pracovník agentury domácí péče, provede pohovor a domluví se na rozsahu péče. O péči se provádí záznamy, které se pravidelně předkládají indikujícímu lékaři. **Maximální rozsah domácí péče hrazený z pojištění je 3x 1 hodina denně**. Domácí péče musí být k dispozici 24 hodin denně 7 dnů v týdnu. Domácí péče může zahrnovat **monitoraci životních funkcí, odběry biologického materiálu, parenterální aplikaci léků a hydrataci, péči o stomii, ošetřování PMK** apod.

- *Tady velký doplněk - Pozor, jedná se pro praktického lékaře o velice důležitou (!) problematiku. Ambulantní specialista nebo ošetřující nemocniční lékař mohou sice domácí zdravotní péči indikovat také, ale max. na 14 dnů, v případě delšího trvání už ji musí vést praktický lékař. A lékař, který domácí péči řídí, je zodpovědný za její správnou indikaci a nese při případné revizi finanční zodpovědnost. Existují agentury domácí péče, které se snaží "natlačit" lékaře do schválení dlouhodobé zdravotní péče za hranou její indikace. To sice agentuře vynáší značný zisk, ale v případě revize pak může být tato péče naučtována indikujícímu lékaři. A dlouhodobější zdravotní domácí péče je dosti drahá! Pokud byste si chtěli přečíst delší text na toto téma, který se hodí do praxe, tak můžete zde: <https://www.stefajir.cz/uskali-domaci-pece>.*
- **Domácí péče o pacienta v terminálním stavu** – je zde speciální signální kód **06349** – nemá časovou ani bodovou hodnotu, ruší omezení frekvence návštěvy 3x denně na max. 6 hodin/den, na 30 dnů, poté je nutno zažádat revizního lékaře o prodloužení.

Sociální péče v domácím prostředí bývá poskytována terénní **pečovatelskou službou** za částečnou, nebo plnou úhradu pacientem. Nezbytné životní potřeby jsou nicméně zabezpečovány zdarma. Sociální péče zahrnuje **pedikúru, stříhání vlasů, pomoc s běžnými denními činnostmi včetně nákupů, oblékání, mytí a hygieny, praní a žehlení oblečení, donášku jídla a léků, pomoc při stravování** apod.

Součástí domácí zdravotně-sociální péče může být i placené **zapůjčení kompenzačních pomůcek** (invalidní vozíky, polohovací lůžka, klozetová křesla, chodítka, hole aj.).

Praktický lékař může pomoci získat finance na hrazené úkony domácí péče zajištěním **příspěvku na péči** (tj. zhodnocení stupně závislosti pacienta pro OSSZ). Ideálně by měla být tímto způsobem

hrazena většina péče o pacienta (s výjimkou jasně indikovaných úkonů domácí zdravotní péče).

Ambulantní specialisté

Spolupráce s ambulantními specialisty tvoří důležitou součást práce praktického lékaře. V dobře fungující primární péči má praktický lékař pro dospělé na starosti tzv. „gate keeping“, tj. je spojovacím mostem mezi pacientem a odborným specialistou. Vyšetření u ambulantních specialistů může mít důvody **diagnostické, terapeutické, posudkové** a jejich kombinace.

Častá spolupráce je mezi praktickým lékařem a internistou, očním lékařem, ORL lékařem, diabetologem, ortopedem a neurologem. Praktický lékař odesílá pacienta s **žádankou typu "K"**, kde by měla být vyplněna žádost o vyšetření, terapii, nebo posudkové vyjádření a důležité anamnestické údaje.

Speciální problematikou je kontakt s radiologickými pracovišti, kam praktický lékař odesílá pacienta s **žádankou typu "Z"**.

Pokud specialista indikuje PN, měl by ji vystavit, pacienta dispenzarizovat a po zlepšení stavu předat do péče praktického lékaře. Platí to i opačně, kdy praktický lékař PN vystaví a následně předá ambulantnímu specialistovi, která pacienta začne s daným stavem sledovat.

- **Typickým příkladem jsou nelepšící se bolesti zad. Pacient přijde za praktikem, praktik vystaví PN, začne pacienta řešit a léčit, stav se nelepší, tedy je doporučeno neurologické vyšetření, neurolog začne došetřovat, léčit a zvát si pacienta na kontroly a toto je vhodná doba k možnému předání PN neurologovi. Při předání pacienta do péče specialisty obvykle píšu jednu speciální "K žádanku", kde prosím o převzetí a vedení PN.**

Specialisté mohou do péče praktického lékaře předat i dlouhodobě dispenzarizované pacienty, typicky jde o pacienty s nekomplikovaným diabetem, pacienty s nekomplikovanou hypothyreózou a nově i pacienty s vybranými onkologickými onemocněními v remisi.

Lůžkoví specialisté

S lůžkovými specialisty se praktický lékař dostává do kontaktu tehdy, pokud odešle svého pacienta k hospitalizaci. Hospitalizace může být **akutní**, nebo **plánovaná**. Účel hospitalizace může být **diagnostický, terapeutický**, nebo **obojí**. Specifický podtyp plánované hospitalizace je operační zákrok, před kterým praktický lékař obvykle provádí předoperační vyšetření.

Praktický lékař opět odesílá pacienta s žádankou typu „K“, kde by měla být vyplněna žádost o hospitalizaci, důvod odeslání a případně další důležité okolnosti (OA, FA, AA apod.). V neakutních případech se praktický lékař může předem domluvit na termínu přijetí.

Po skončení hospitalizace bývá pacient s propouštěcí zprávou odeslán k praktickému lékaři. V propouštěcí zprávě by měl být uveden další diagnostický nebo terapeutický plán, případně další doporučení (např. kontrolní krevní odběry v čase).

Poznámka z praxe

- **Výše uvedené informace jsou hezkou teorií, ale ve skutečnosti je ve vztahu mezi praktickými lékaři a specialisty přítomno mnoho třecích ploch, které mohou vést ke konfliktům. V řadě případů dochází k dohadům ohledně vedení dlouhodobějších PN,**

ohledně indikací diagnostických metod, ohledně transportu pacientů sanitkou hrazenou ze ZP a mnoha dalších činností. V tomto ohledu platí, že konkrétní zkušenosti budou dosti individuální a budou záviset na přesné oblasti, kde VPL bude svou praxi provozovat. Uvidíte sami, to se nedá jednoduše popsat, to se musí zažít.