POZNÁMKA K ZAMYŠLENÍ DOC. MUDR. JAROSLAVA KŘÍŽE ČTVRT STOLETÍ POKUSŮ O POKROK

A RESPONSE TO THE ANNIVERSARY COMMENTS OF ASSOC. PROF. JAROSLAV KŘÍŽ: 25 YEARS OF ATTEMPTED PROGRESS

VLADIMÍR BENCKO

*Univerzita Karlova v Praze, 1. lékařská fakulta, Ústav hygieny a epidemiologie a Všeobecná fakultní nemocnice
v Praze, Praha*

Ve svém jubilejním zamyšlení „Čtvrtstoletí pokusů o pokrok“ publikovaném v Hygieně č. 4/2014, kolega Kříž, první hlavní hygienik po „sametové revoluci“, popsal pozitiva i negativa následujícího čtvrtstoletí. Rád bych rozšířil, či místy prohloubil, jeho věcné zamyšlení o několik postřehů.

V euforické první fázi po politickém zlomu, v době nového dělení moci, když se s řadou věcí prostě nedalo nic dělat, tak se alespoň přejmenovaly. Z požárníků se stali opět hasiči, ekologové (ač nadále dělali to samé) se přejmenovali na jazykolamy environmentalisté a v naší branži se Institut hygieny a epidemiologie stal opět původním Státním zdravotním ústavem. Nešťastným, nepřesným překladem pojmu „public health“ pak vznikl neologismus „veřejné zdraví“, který bohužel doslova zaplevelil zdravotnickou legislativu místo lingvistiky i věcně správného „zdraví veřejnosti“. Potěšilo mne, že se zmíněný neologismus ani jednou neobjevil v komentovaném zamyšlení kolegy Kříže. Ač nejsem legislativec, dovoluji si zneužít této příležitosti, abych navrhl při příští novelizaci Zákona o ochraně veřejného zdraví jeho přejmenování na „Zákon o ochraně zdraví veřejnosti“ v duchu „*nomen omen*“.

Podle stávající koncepce ochrany a podpory zdraví, kterou vypracoval kolektiv vedený současným hlavním hygienikem MUDr. Vladimírem Valentou, Ph.D., je významnou součástí systematické sledování zdravotního stavu obyvatel ČR, organizované příslušnými zdravotními ústavy ve spolupráci s krajskými hygienickými stanicemi. Tato koncepce byla akceptována vedením tehdejšího MZ. Národní strategie Zdraví 2020 byla schválena usnesením vlády a podpořena zdravotními výbory parlamentu. Pokud je zmíněná koncepce míněna vážně, bude nutné posílení jejich pracovní kapacity a snad i kapacity koordinátora tohoto projektu zajišťujícího metodické vedení sběru a zpracování dat na úrovni SZÚ. Bez posílení pracovní kapacity zmíněných pracovišť může se stát, tento svým způsobem vynikající projekt, pou-

hým plácnutím do vody. Dvě desetiletí probíhající demontáž hygienické služby, zahájená předáváním kompetencí spolu s legislativou vynuceným, ale ve své podstatě nešťastným rozdělením služby na úřady a ústavy, dovedla hygienickou službu na současnou hranici akceschopnosti. Ve světě plném paradoxů se v principu proti zájmům kapacitního posílení hygienické služby postavilo i úspěšné zvládnutí mimořádných akcí, např. povodní v rámci součinnosti se záchranným systémem. Úspěšné zvládnutí krizových situací vedlo k „poklepání po rameni“ a zjištění, že je vlastně vše v pořádku!

Už od přelomu šedesátých a sedmdesátých let, vycházející z pionýrských prací našich učitelů prof. Karla Symona a doc. Vladimíra Kapalína, hygienická služba nahromadila v porovnání s jinými hospodářsky rozvinutými zeměmi úctyhodné databáze měření parametrů prostředí i zdravotního stavu, které byly bohužel spíše výjimečně zužitkovány ve formě příslušných studií v rámci národních, nebo mezinárodních multicentrických studií. Přes podstatné zlepšení situace v uvedeném kontextu v průběhu posledních dvou desetiletí není mnoho příkladů vedoucích k sebeuspokojení. Ke kladným příkladům patří např. zprávy SZÚ o výsledcích biomonitoringu. Získávané, u nás unikátní poznatky, jsou nejen popisovány, ale také interpretovány v evropském či jiném obecném kontextu.

Ještě jeden důležitý moment, který opakovaně zdůrazňuji při různých příležitostech. Náš zdravotnický výzkum v oblasti ochrany a podpory zdraví musí být veden v souladu s principy medicíny založené na důkazu. Proč? I v oblasti snah o předcházení nemocem nesmlouvavě platí náročný požadavek současné moderní medicíny „založené na důkazech“. Duchovním otcem takto chápané medicíny byl Robert Koch svými čtyřmi postuláty, prokazujícími kauzální souvislost mezi infekčním agens a klinickým obrazem příslušné nemoci, které se během času rozrostly na současná Hillova kritéria kauzality. Zásadní význam tohoto přístupu lze názorně de-

monstrovat na frustrujících zkušenostech z předbakteriální éry medicíny. V roce 1818 britský parlament odhlasoval pod tlakem obchodníků, kterým překážely tehdejší karanténní opatření v přístavech, že mor není nakažlivou nemocí. O deset let později, v roce 1828 francouzská sněmovna se usnesla ze stejného důvodu, že žlutá zimnice není nakažlivá nemoc a Nicolas Chervin, který tuto myšlenku prosadil, získal ve stejném roce prestižní Velkou cenu za lékařství. V současné době navrhované projekty či preventivní programy se musí opírat o výsledky biomedicínských výzkumů, potvrzených zkušenostmi klinické praxe. Je to mimořádně náročný požadavek, ale s pokrokem biomedicínských i biosociálních znalostí v oblasti behaviorální terapie je požadavkem oprávněným.

Jednou z klíčových podmínek dalšího rozvinutí žádoucích snah v oblasti preventivních aktivit je především zachování těch, které již byly uvedeny do praxe dříve. Můžeme být šťastni, že jsou dosud funkční, jako např. již výše zmíněná, byť značně redukováná, síť hygienických stanic vybudovaná v 50. letech minulého století, Národní onkologický registr, založený v polovině 70. let, a později zahájené screeniny rakoviny prsu, děložního čípku, kolorektálního karcinomu, rozvinuté poradenství v oblastech srdečně cévních chorob, diabetu, obezity a mnoho dalších aktivit, ve kterých můžeme dosud sloužit jako obtížně dosažitelný příklad i některým podstatně bohatším krajinám než jsme my.

Hygiena a epidemiologie jsou už delší dobu v Evropě chápány jako jeden obor a jako biomedicínské sloupce veřejného zdravotnictví. Třetím, bio-sociálním sloupem oboru, je sociální lékařství. Takže na závěr příklad z oblasti problému v epidemiologii, kritický pohled na současnou situaci surveillance nemocničních nákaz (NN) u nás v ČR. Zatímco z hlediska platné legislativy je tento aspekt formálně ošetřen přijatelným způsobem, z praktického hlediska je jeho zásadní slabinou v principu „lidová tvořivost“ vedoucí k nekompatibilitě jednotlivých systémů hlášení NN. Slabou útěchou pro nás může být, že před založením ECDC v roce 2005 exis-

tovalo v Evropě 17 systémů hlášení pro různá onemocnění, než došlo k vybudování jednotného elektronického systému jejich registrace The European Surveillance System (TESSy), který postupně integroval všechny individuální systémy předchozí a je jednotně používán pro sběr, validaci, analýzu a prezentaci dat potřebných pro veřejné zdravotnictví zemí Evropského hospodářského prostoru. Osobně v tom vidím selhání, rezignaci MZ organizačně zasáhnout v době tvorby informačních systémů centrálně řízených zdravotnických zařízení, kdy včas vydané instrukce by ušetřily spoustu úsilí nezbytného na dodatečné pokusy o standardizaci registrace a hlášení výskytu NN v našich centrálně řízených nemocnicích. Potíže tohoto druhu jsou v pozadí skutečnosti, že do roku 2012 17 zemí EU, včetně našich sousedů – Slovenska, Polska a Maďarska (aby byl výčet sousedů úplný, tak také Německa a Rakouska), bylo schopno poskytnout relevantní, ač neúplná data týkající se výskytu NN na rozdíl od nás, bývalého premianta v oblasti preventivních snah v oboru infekčních nemocí, ve kterých jsme na přelomu padesátých a šedesátých let a v jejich průběhu patřili díky věhlasu zakladatele naší moderní školy infekční epidemiologie prof. Karlu Raškovi a jeho žákům ke světové špičce v oboru.

Při už čtvrtstoletí (!) probíhající převážně nekonceptní restrukturalizaci zdravotnictví bychom z výše uvedených důvodů neměli dopustit, aby preventivní snahy v oblasti medicíny byly obětovány „honbě po maximalizaci zisku“. Některým soukromým společnostem v síti nemocnic, klinik, lékáren a pojišťoven dosud k úplnosti schází snad jen zdravotní ústav či územní hygienická stanice.

*Prof. MUDr. Vladimír Bencko, DrSc.
Ústav hygieny a epidemiologie
1. lékařská fakulta a VFN v Praze
Studničkova 7
128 00 Praha 2
E-mail: vladimir.bencko@lf1.cuni.cz*