



ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



5/2013

ČTRNÁCTIDENÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

Toto číslo vyšlo 11. 3. 2013



NÁZORY

Zdravý rozum se krčí v koutě
– zásadní rizika
„reformy psychiatrie“

STRANA 11



PŘEDSTAVUJEME

MUDr. Josefa Kříže,
nestora české pedopsychiatrie,
emeritního ředitele a primáře
DPL Opařany

STRANA 28



ZAHRA NIČNÍ ZKUŠENOST

Stanice na dřímající sopce
O pobytu v Antarktidě
s profesorem Pavlem Ševčíkem

STRANA 32



Milan Kubek:
Soukromníci nemají
odbory, a tak jim
musí pomoci komora.

(více na str. 6)

Protest lékařů ministerstvo nepřesvědčil

Dne 1. března proběhla první letošní protestní akce lékařů – „Den zdraví lékařů“. Podle ČLK svou informativní roli splnila, dosáhnout změny se však organizátorům zatím nepodařilo. Ministerstvo zdravotnictví totiž stále trvá na svém – naše zdravotnictví je na tom dobře.

Lékaři chtěli prostřednictvím symbolického protestu s přímým zapojením pacientů poukázat na problémy tížící české zdravotnictví a připravit tak půdu pro eventuální změny.

„Den zdraví lékařů svoji roli splnil. Naším cílem nebylo poškodit pacienty, kteří nejsou našimi nepřáteli, ale právě naopak logickými spojenci. Účelem akce bylo

zviditelnit naši petici a poukázat na problémy, s nimiž se české zdravotnictví potýká,“ napsal prezident České lékařské komory (ČLK) Milan Kubek v děkovném dopise lékařům, kteří se zapojili do protestu.

Svůj podpis pod petici za zachování fungujícího zdravotnictví zatím připojilo přibližně 45 tisíc občanů a komora chce se sběrem

podpisů pokračovat. „Petiční akce musí probíhat dál. Zatím totiž nebyl splněn ani jeden z požadavků této petice a nezmizel ani jeden z důvodů, proč byla protestní akce vyhlášena,“ tvrdí prezident Kubek, který doufá, že se ČLK podaří sesbírat dostatečný počet podpisů na to, aby ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09)

(pokračování na straně 2)

Zdravotnická tripartita naději na změnu nepřinesla

Jednání zdravotnické tripartity o změně úhradové vyhlášky skončilo pro odbory a zaměstnavatele neúspěchem. Ministerstvo zdravotnictví neustoupilo požadavkům zbývajících stran – nastavené restriktce stále platí.

Ministerstvo zdravotnictví i přes několikaměsíční snahu odborů a nemocnic, které koordinují svůj postup prostřednictvím tzv. krizového štábu, neustoupilo požadavkům na zmírnění restriktivní úhradové vyhlášky ani po jednání zdravotnické tripartity. Odbory i nemocnice požadují více finančních prostředků, které by zmírnily dopady nejen hospodářské krize, ale také vlastní legislativní činnosti vlády. To se týká především zvý-

šené sazby DPH, která podle nemocnic a odborů vede v kombinaci s restriktivním nastavením úhrad k výraznému propadu příjmů zdravotnických zařízení. Podle náměstka ministra zdravotnictví a předsedy správní rady VZP Petra Nosky je úhradová vyhláška dokumentem dodávajícím jen určité mantinely pro další vyjednávání.

Individuální úhrady

Náměstek nemocnicím doporučil,

aby si lepší úhrady domluvily individuálně s pojišťovnami v rámci jednání o dodatcích k novým smlouvám.

„Jsme stále ve stavu, kdy strana odborů a částečně i nemocnic trvá na tom, že vyhláška výrazně snižuje úhrady péče. My v každém případě v situaci, která tady je, změnu vyhlášky odmítáme,“ poukázal na současnou ekonomickou situaci Petr Nosek.

(pokračování na straně 2)

Protest lékařů ministerstvo nepřesvědčil

(pokračování ze str. 1)

musel názor uživatelů zdravotních služeb reflektovat.

Ministerstvo drží pozice

Ministerstvo zdravotnictví ale stejně jako v minulosti a před samotným protestem trvá i dnes na svém – výdaje na zdravotnictví, které jsou hlavním důvodem současné opozice lékařů a o nichž komora tvrdí, že systematicky klesají, podle ministerstva naopak rostou.

Náměstek ministra zdravotnictví pro zdravotní péči Ferdinand Polák výtky ČLK zásadně odmítá. „V žádném jiném odvětví kromě zdravotnictví v poslední době nerostly platy takovým způsobem, a to i přesto, že všichni víme, v jaké – řekněme ekonomicky problematické – situaci v posledních letech Evropa je. Takže opravdu to musím odmítnout. Navíc i přes tuto složitou dobu musím říci, že v posledních letech výdaje zdravotních pojišťoven na zdravotní péči neustále stoupají,“ vyvrace

náměstek Polák tvrzení České lékařské komory v rozhovoru pro Radiožurnál.

Podle ČLK ministerstvo zdravotnictví selektivně vyzdvihuje pouze některé statistiky a nebere v potaz další faktory, které vedou ke snižování celkového objemu finančních prostředků putujících do systému. „Vedle výdajů zdravotních pojišťoven existují ještě výdaje ze státního rozpočtu a z regionálních rozpočtů, které mají tak obrovský propad, že to přibližně stagnující výdaje zdravotních pojišťoven nevykompenzují. Propad výdajů na zdravotnictví u nás je hlubší, než jaký je propad naší ekonomiky,“ odvětil Milan Kubek v reakci na tvrzení Ferdinanda Poláka.

Štědře dotované odvětví?

Pro lepší demonstraci „skutečného stavu“ financování zdravotnictví vydal Hegerův úřad tiskovou zprávu, v níž uvádí srovnání s dalšími segmenty české ekonomiky. Podle ministerstva hospodářská krize během několika let



Ferdinand Polák. | Foto: Leoš Chodura

způsobila pokles tržeb jak v průmyslu, tak i například ve stavební produkci či ve službách. Ministerstvo v této souvislosti odkazuje na údaje Českého statistického úřadu (ČSÚ), podle kterých se uvedeným odvětvím stále nepodařilo překročit úroveň roku 2007. „V roce 2011 objem stavební produkce i tržby v odvětví služeb vykazovaly pokles kolem 11 % oproti roku 2007 a tržby v odvětví průmyslu byly také o 1 % nižší v porovnání s rokem 2007,“ uvádí se ve zprávě (viz tab. 1).

Výdaje na zdravotnictví tak podle ministerstva stále – i v době krize – patří mezi světlé výjimky.

„Výdaje na zdravotnictví od roku 2007 každoročně rostou. V roce 2011 výdaje pojišťoven vzrostly oproti roku 2007 o 21,4 %. Roste také objem poskytované péče, především v oblasti specializované péče. Je naprosto nepopíratelným úspěchem, že se systému veřejného zdravotního pojištění podařilo udržet hladinu výdajů na zdravotní péči na této úrovni,“ tvrdí ministerstvo.

Souboj interpretací dat

Podle ministerstva LOK-SČL a ČLK falešně argumentují, když ve svých materiálech, které mají dokazovat pokles výdajů na zdra-

Rok	Výdaje (mil. Kč)	Změna (%)
2009	210 033	
2010	214 373	+ 2,1%
2011	217 653	+ 1,5%

Zdroj: ÚZIS ČR a MZ ČR

voznictví, uvádějí celkové výdaje. „Do těchto dat se počítají i výdaje krajů a rovněž výdaje obyvatelstva na zdraví i za položky nesouvisející se systémem veřejného zdravotního pojištění. Podíl zdravotnictví financovaný pojišťovnami přitom roste – zatímco v roce 2009 činily výdaje pojišťoven 74,6 %, v roce 2011 již financovaly 78,2 %,“ uvádí ministerstvo (viz tab. 2).

Poskytovatelé zdravotních služeb a profesní organizace zdravotníků však vidí realitu naprosto odlišně. Statistická data MZ nepochybují přímo, ale ve svých předikcích a při posuzování financování zdravotnictví vycházejí i z dalších ekonomických ukazatelů. Podle poskytovatelů je třeba brát v potaz zejména růst inflace a aktuálně i vyšší sazbu DPH. ČLK vychází z toho, že inflace za poslední 2 roky činila 5,5 %, DPH pak reálně stoupla o 7 %. „Je třeba si uvědomit, že zdravotnická zařízení jsou v pozici konečného spotřebitele svých vlastních služeb. My platíme DPH, které nemůžeme na nikoho přenést. Propad reálných příjmů tu zkrátka je,“ uzavřel Milan Kubek. Filip Kút Citores

Tab. 1 Kumulativní růst odvětví od roku 2007 do roku 2011

Odvětví	2007	2008	2009	2010	2011
Průmysl	0,0	-0,3	-16,2	-7,9	-1,3
Stavební produkce	0,0	0,0	-0,9	-7,9	-11,2
Služby	0,0	0,2	-9,7	-10,4	-11,7
Výdaje ZP na zdravotnictví	0,0	6,3	16,7	19,4	21,4

Zdroj: ČSÚ a MZ ČR

Zdravotnická tripartita naději na změnu nepřinesla

(pokračování ze str. 1)

Podle něj jsou obavy krizového štábu předčasné, neboť jednání ještě neskončila. „Tvrdíme, že jako v minulých obdobích budou náklady na zdravotní péči výrazně vyšší, než teď ukazuje vyhláška,“ míní náměstek MZ, přičemž upozorňuje na zákonnou roli pojišťoven, které jsou navíc vázány vyhláškou o dostupnosti péče, a péči pro své pojištěnce tudíž zajistit musejí.

Odbory: Minus není plus

Ministerské doporučení však zaměstnavatele a odbory neuspokojilo. Některým zařízením prý hrozí reálný pokles úhrad až o 20 %, což už dodatky ke smlouvám nezachrání. Podle krizového



Dagmar Žitníková. | Foto: Leoš Chodura

štábu existuje skutečné riziko, že se pokles úhrad promítne nejen na výši platů všech zdravotnic-

kých zaměstnanců, ale i na kvalitě a dostupnosti zdravotní péče. „Chtěli nás dnes přesvědčit,

že minus je plus,“ komentoval předseda LOK-SČL Martin Engel přístup ministerstva, které trvá na tom, že výdaje na zdravotnictví již několik let po sobě naopak stoupají.

Hrozí ztráta „hegerovného“

Stejně jako šéf lékařských odborů i předsedkyně Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče (OSZSP) Dagmar Žitníková má za to, že situaci může vyřešit pouze změna úhradové vyhlášky. „Odbory ministerstvu předložily informace z jednotlivých nemocnic, kde se sníží úhrady o 5 procent, v reálu se započtením inflace a DPH to je až 13 procent,“ vysvětlila Dagmar Žitníková. Podle údajů odborů už se úrado-

vá vyhláška začala negativně projevovat i na platech lékařů, a to ve fakultních nemocnicích. Dagmar Žitníková tvrdí, že na těchto pracovištích začali „sahat“ lékaři na jejich „hegerovné“, tedy příplatek 6,25 %, který si před 2 lety vybojovali prostřednictvím akce „Děkujeme, odcházíme“. Odbory se však obávají i plošnějšího snižování platů ve zdravotnictví. „Máme informaci, že pokud se úhradová vyhláška nezmění, budou muset i v menších nemocnicích začít snižovat platy. S tím nesouhlasíme a budeme se muset poradit o dalším postupu,“ uvedla předsedkyně OSZSP, čímž nastínila možnost dalších protestních akcí zdravotníků.

(fkc, ČTK)

Správní rada VZP podpořila pojišťovnu proti protonovému centru

Správní rada Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) odsouhlasila postup pojišťovny, která neuzavře miliardový kontrakt s pražským Proton Therapy Center (PTC). Rada kvituje také fakt, že VZP podala na PTC trestní oznámení kvůli sporu o smlouvu o smlouvě budoucí.

„Postup pana ředitele Kabátka správní rada plně podpořila,“ okomentoval po jednání správní rady VZP její předseda a náměstek ministra zdravotnictví Petr

Nosek záměr VZP hradit protonovou léčbu pouze jako možnost poslední volby (viz článek „VZP a protonové centrum svádějí administrativní boj o pacienty“ v minulém čísle).

Náměstek Nosek dále uvedl, že „oficiální smluvní vztah zatím VZP s protonovým centrem nehodlá navázat i kvůli tomu, že je ve sporu s ním ohledně smlou-

vy o smlouvě budoucí, kterou bez projednání v orgánech VZP před lety podepsal nucený správce“. Podle zástupce PTC Vladimíra Šulce je ale trestní oznámení ze strany VZP „účelová kriminalizace a zastrašování“. Také PTC dle jeho slov nyní podniká právní kroky k ochraně svých zájmů. „Proton Therapy Center se bude bránit nepravdivým informacím obsaženým v tiskové zprávě VZP ze 4. března 2013 žalobou na ochranu dobrého jména právnické osoby. Zvažujeme a v současné době nemůžeme vyloučit ani podání trestního oznámení pro pomluvu,“ sdělil ČTK právník PTC Lukáš Michna.

Je léčba v zahraničí zastrašování?

Podle Petra Noska platila VZP za své pojištěnce protonovou léčbu již dříve na podnět komplexních onkologických center, posílala je

ale na zahraniční protonová pracoviště. O závažnosti sporu mezi VZP a PTC svědčí i další Noskovo vyjádření, že tak pojišťovna bude postupovat i nadále. „Všech porovná ceny tuzemské a zahraniční a podle toho rozhodne o příslušném způsobu zajištění péče.“ Podle PTC je takový přístup pojišťoven zastrašování pacientů. „Všechna zahraniční protonová centra jsou přetížena. Nejsou výjimkou zařízení, která například dětské pacienty ozařují každých 10 minut. Žádné zahraniční centrum nepřijímá ze dne na den a v případech, kdy má pacient měsíční prognózu, je zcela proti jeho zájmu, aby byl zařazen na čekací listinu zahraničního pracoviště,“ řekl naší reakci Vladimír Šulc.

Přestože odmítl, že by protonová léčba v Česku byla nákladnější, konkrétní čísla, která by dokazovala, že péče v pražském PTC je levnější nebo stejně nákladná jako v okolních státech, naší reakci nesdělil.

Petra Klusáková

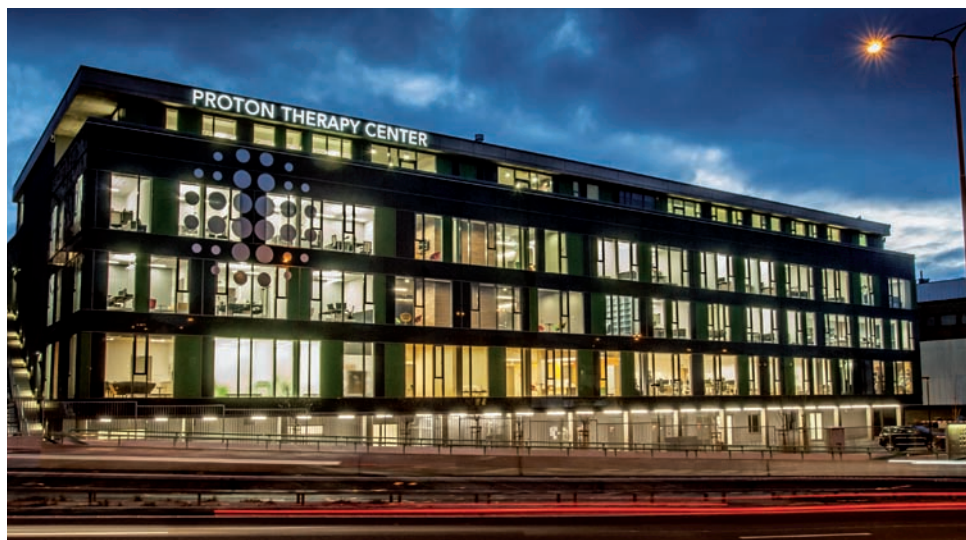


Foto: archiv PTC

Místo protonové léčby nukleární válka

Zdánlivá válka mezi VZP a protonovým centrem není víc než chřestění zbraněmi. Tedy mají-li obě strany rozum.

Mezi Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a pražským Proton Therapy Center (PTC) zuří už několik měsíců boj, v němž nejdříve létala vzduchem ostrá slova a nyní už mezi zákopy sviští jedna žaloba za druhou. Tu za neposkytnutí pomoci, támhle zase za poškození dobrého jména. Obě strany už dostaly spor do takové fáze, z níž se bude těžko hledat cesta ven důstojná pro oba hráče. Zároveň je jasné, že válčí-li velké a nákladné zdravotnické zařízení s největší zdravotní pojišťovnou, není to dlouhodobě udržitelný stav.

Tunel s ušlechtilými obklady

Kamenem úrazu je, že celý projekt PTC působí od samého počátku jako tunel, byť tunel s mi-

možnádně ušlechtilými obklady. Smlouva o smlouvě budoucí podepsaná za VZP nuceným správcem, který bezprostředně po podpisu přejde do managementu PTC, to je základ, na kterém by neměl stát žádný seriózní projekt. Přece jen jsme v Česku, a má-li někdo ve vínu takto okatý střet zájmů, nepomůže pak jeho důvěryhodnosti ani úvěr od slovatné nadnárodní banky, ani velká lékařská jména. To si měli uvědomit bratři Laštovkové a ostatní i Erste Group. Postavit několikamilardovou investici (případně záruku za několikamilardový úvěr) na jedině smlouvě podepsané v mimořádné situaci nucené sprá-



Martin Čaban

vy pod tlakem zjevné kolize zájmů je nepřipustná bohorovnost. Kdyby se to stalo někdy v raném kapitalismu 90. let, dalo by se to optimisticky svést na podnikatelské nadšení a nedostatek zkušeností, ale vzhledem k tomu, že mluvíme o roce 2006, lze tento argument uplatnit jen stěží.

Mělo-li mít PTC širší vyhlídky, mělo od počátku počítat se zahraničními pacienty, nejspíše z východních zemí (Slovenska, Ukrajina, Maďarska, východních částí Polska a podobně). Jakkoli o účinnosti či šetrnosti protonové terapie nepanují závažnější pochyby, mělo být od začátku zřejmé, že samotné Česko protonové cent-

rum prostě neuživí. Platit za léčbu necelé desítky pacientů s indikovanou radioterapií miliardu ročně, tedy osminu všech nákladů na všechny typy onkologické léčby, je zřejmě skutečně něco, co si současné české zdravotnictví prostě nemůže dovolit.

Slevit budou muset všichni

Přesto by v tuto chvíli bylo chybou nechat PTC jako projekt zcela padnout. Byl by to asi nejhorší představitelný konec. Arbitráž kvůli zmařené investici (tu klíčovou smlouvu, málo platné, podepsala veřejná instituce), s níž by v takovém případě téměř jistě vyrukovala Erste Group, je jen jedním z problémů. Když už centrum jednou stojí a je schopno fungovat, bylo by nejlepší, aby

všechny strany slevily ze svých nároků. Investoři by se měli intenzivně rozhlédnout po dalších možnostech, jak budovu plnou mramoru a chromu naplnit pacienty z jiných zemí. Erste Group – nechce-li skončit u dražby prakticky neprodejné nemovitosti – bude muset přehodnotit úvěrové podmínky. VZP by měla vzít existenci PTC na vědomí a vyjednat s vedením finančně únosný systém léčby a úhrad. Jinými slovy, když už špičkové centrum v Česku stojí, byť zřejmě tak trochu navíc, měly by všechny strany zakopat válečné sekery a sednout k jednacímu stolu. A ony to nakonec udělají. Mají-li trochu rozumu, ukáže se, že všechna silná slova jsou stěží víc než vzájemná mediální masáž.

Lékaři ve sporu s krajským úřadem kvůli přeregistracím

Úředníci krajského úřadu Královéhradeckého kraje údajně přesvědčují lékaře, kteří žádají o zpětvzetí své žádosti o přeregistraci, aby tak nečinili. Hrozí jim totiž kontrolou a pokutami ze strany úřadu. V dopise královéhradeckému hejtmanovi se proti tomu ohradil předseda Sdružení ambulantních specialistů (SAS) Zorjan Jojko.

Sdružení se na hejtmana Královéhradeckého kraje Lubomíra France a náměstkyni pro oblast zdravotnictví Janu Třešňákovou obrátilo s žádostí o napravení situace. Ústavní soud totiž už v prosinci minulého roku rozhodl o zrušení povinnosti přeregistrace.

Problémový kraj

Po rozhodnutí Ústavního soudu se řada dotčených zdravotnických zařízení rozhodla vzít svou žádost o přeregistraci (s níž je spojena další administrativa a mimo jiné také správní poplatek) zpět. Podle Zorjana Jojka jim bylo na všech krajských úřadech včetně Prahy vyhověno bez větších problémů. Kromě jediného – právě Královéhradeckého.

„K našemu velkému překvapení jsme se dozvěděli, že úřednice odboru zdravotnictví Vašeho krajského úřadu (*Královéhradeckého kraje – pozn. red.*) údajně přesvědčují žadatele o zpětvzetí této žádosti, aby to nedělali, s tím že pokud zpětvzetí přesto provedou, vystavují se prý riziku kontrol ze

strany Vašeho úřadu a vysokých pokut daných jim automaticky v případě zjištění jakýchkoli nedostatků (respektive chybějících dokladů těchto zařízení v evidenci krajského úřadu) bez předchozího varování,“ uvádí předseda Sdružení ambulantních specialistů v dopise hejtmanovi.

Upozorňuje také na to, že lékaři jsou údajně zadržováni i tím, že jim v případě neuposlechnutí hrozí potíže s navázáním smluv se zdravotními pojišťovnami po roce 2015.

Máte právo volby, ale...

Motivací k ponechání žádosti o přeregistraci má podle krajského úřadu být, že si lékaři tímto způsobem zajistí překontrolování své dokumentace ze strany úředníků bez rizika pokut. Úředníci údajně v případě nesrovnalostí pouze požádají o doplnění dokumentace. Úřad začátkem ledna také zveřejnil na svých webových stránkách dokument, ve kterém popisuje alternativy možného řešení. Mimo jiné zde uvádí: „Každý žadatel, který ponechá podanou žádost v dispozici krajského úřadu, získá oprávnění k poskytování zdravotních služeb v souladu s platnými a účinnými právními předpisy a zároveň bude v rámci kontroly spisu potvrzen soulad obsahu spisu (obsahu doložených listin) s platnou legislativou.“ V opačném případě se ovšem vystavuje riziku, že bude v případě nedostatků sankcionován dle zákona, a pozdější domluva nebude možná. Rozhodnutí jak postupovat je dle úřadu na každém zdravotnickém zařízení. Podle předsedy Sdružení ambulantních specialistů však nátlak na lékaře trvá. Součástí dokumentů zveřejněných na internetu je také formulář, respektive žádost o pokračování v řízení o udělení oprávnění. Tento dokument je nyní údajně rozeslán krajským úřadem mezi lékaře, kteří jsou následně telefonicky vyzýváni, aby jej podepsali.

Roční nátlak na lékaře trvá. Součástí dokumentů zveřejněných na internetu je také formulář, respektive žádost o pokračování v řízení o udělení oprávnění. Tento dokument je nyní údajně rozeslán krajským úřadem mezi lékaře, kteří jsou následně telefonicky vyzýváni, aby jej podepsali.

Roční nátlak na lékaře trvá. Součástí dokumentů zveřejněných na internetu je také formulář, respektive žádost o pokračování v řízení o udělení oprávnění. Tento dokument je nyní údajně rozeslán krajským úřadem mezi lékaře, kteří jsou následně telefonicky vyzýváni, aby jej podepsali.

Kraj si stojí za svým

Královéhradecký hejtman Lubo-

mír Franc ve své odpovědi ambulantním specialistům postup kraje obhajuje. Pracovnice odboru zdravotnictví se údajně velice často setkávají s neúplnou dokumentací. „Považují za korektní sdělit poskytovateli, jenž se rozhoduje, kterou variantu zvolit, informace o jeho možnostech, ale i o dalším postupu úřadu, když se kontrolní činností zjistí, že ve spisech nejsou doloženy všechny zákonem stanovené doklady,“ uvádí hejtman v dopise adresovaném SAS.

Mezi nejčastější chyby podle hejtmana patří absence provozního řádu, aktuální nájemní smlouvy nebo dokladu o vzdělání. Zdravotnická zařízení přitom mají zákonnou oznamovací povinnost při jakýchkoli změnách, které se týkají dokladů k registraci. Maximální pokuta, kterou kraj může za takové pochybení zdravotnickému zařízení uložit, činí až 300 tisíc korun. Kraj se dle vyjádření hejtmana France jen snaží předcházet případným sankcím.



Zorjan Jojko. | Foto: Leoš Chodura

Lékaři ovšem považují tuto formu komunikace mezi krajem a zdravotnickými zařízeními za nepřijatelnou. Zorjan Jojko v dopise hejtmanovi královéhradeckého kraje uvedl, že „není nutné lékaře obtěžovat vyhrožováním vycházejícím nejspíše z nejistoty úředníků krajského úřadu“. Zároveň Lubomíra France ubezpečil, že zdravotnická zařízení budou s krajem na úplnosti dokumentace spolupracovat i bez podobných kroků. Po odmítavé odpovědi hejtmana se nyní vedení SAS radí s právními zástupci, jak budou lékaři dále postupovat.

Irena Soukupová, (klu)

Pražská policie chce společně s lékaři zlepšit péči o oběti sexuálního násilí

Ředitel Ústavu pro péči o matku a dítě v Podolí Jaroslav Feyereisl a pražský policejní ředitel Martin Vondrášek podepsali smlouvu o spolupráci. Kooperace lékařů a policistů má zaomezit další traumatům a zlepšit přístup lékařů při vyšetřeních obětí znásilnění.

Psychologové i policisté, kteří doprovázejí oběti znásilnění na lékařská vyšetření, upozorňují, že zdravotnický personál s těmito ženami ne vždy jedná adekvátně situací.

„Proto je vhodné spolupracovat s vybranými zdravotnickými zařízeními, kde lékaři znají metodiku postupu při vyšetření obětí sexuálních trestných činů a jsou i poučení, jak se mají k obětem znásilnění chovat,“ uvedl mluvčí ministerstva vnitra Pavel Novák.

Jen za loňský rok Policie ČR eviduje

na 669 případů znásilnění a 46 případů sexuálního nátlaku.

Obětí je mnohem více

Organizace Česká ženská lobby, podporující práva žen v ČR, varuje, že násilí na ženách je mnohem rozšířenější, než dokládají oficiální statistiky. Výzkumy předních českých sexuologů odhadují, že znásilnění ohlásí na policii a tím dají podnět k vyšetřování pouhých 3% obětí. Až třetina žen se pak během života stane obětí sexuálního či jinak motivovaného násilí.

Psychologové také varují, že kolem znásilnění panuje řada mýtů. Pachatelé sexuálního násilí navíc bývají nezřídkou osoby blízké, například manžel nebo jiný člen rodiny, což vyšetřování komplikuje. Specifický přístup lékařů i policistů vyžadují rovněž dětské oběti a svědci trestných činů.

V Česku je v současné době zprovozněno 41 speciálních místností, kde probíhají jejich výslechy. Policisté v této souvislosti absolvují i specializované vzdělávací semináře.

(iso, ČTK)

Karlovarský kraj chce vyjednat navýšení plateb pro své nemocnice

Úhradová vyhláška komplikuje situaci v nemocnicích vlastněných Karlovarským krajem. Jeho zástupci proto chtějí v polovině března jednat s ministrem zdravotnictví i se Všeobecnou zdravotní pojišťovnou (VZP).

V tomto roce by měly nemocnice kraje obdržet o 5% méně než v minulých letech. To představuje zhruba 140 milionů korun, které by musel dotovat kraj, což hejtman Josef Novotný (ČSSD) nechce připustit. „Chceme o platbách diskutovat a přimět pojišťovny, aby je navýšily,“ uvedl hejtman Novotný pro ČTK.

Kraj vlastní celkem tři nemocnice – v Karlových Varech, Chebu a So-

kolově. Sokolovskou přitom pronajímá společnost Nemos.

Nový pavilon zvyšuje náklady

Úhradová vyhláška také podle slov předsedy představenstva Karlovarské krajské nemocnice (KKN) Ludka Nečesaného nezohledňuje nově postavený pavilon akutní medicíny v Karlových Varech, který zvýšil náklady provozovatelů. (iso, ČTK)

Lékaři mohou vést **elektronickou zdravotní dokumentaci včetně obrazových příloh**

Nové právní předpisy přinesly v dubnu předchozího roku zpřesnění pravidel vedení zdravotnické dokumentace v ryze elektronické podobě. Zdravotnická zařízení, která čekala na možnost přechodu z papírové na elektronicky vedenou dokumentaci, se tak konečně dočkala.

Současné řešení nově rozšiřuje vedení elektronické dokumentace pacienta i o obrazovou dokumentaci, čímž mnohonásobně zvyšuje její hodnotu a zajišťuje větší komplexnost. Vedení elektronické dokumentace v souladu s legislativou lékařům zaručí modul eParafa, který vyvinula společnost CompuGroup Medical.

Elektronicky a výhodně

Takzvané elektronické vedení zdravotnické dokumentace lékařům zaručuje nezanedbatelnou úsporu času a menší administrativní zátěž. Lékaři, kteří již přešli na tvorbu dokumentace v elektronické podobě, mohou nyní svou práci

ci ještě zjednodušit, urychlit a také zefektivnit. Modul eParafa totiž přidává možnost do elektronicky vedené dokumentace vkládat i obrazová data a u stomatologů navíc sledované indexy. Elektronicky vedená dokumentace se tak stává komplexnější.

Prakticky a legálně

Pokud lékaři chtějí vést svou zdravotnickou dokumentaci pouze v elektronické podobě, musejí si sami pohlídat její správnost v souladu s legislativními předpisy. V případě řešení pomocí eParafy je však tato práce vykonána za ně. Vznikl totiž nezávislý právní rozbor, který soulad lékařům stvr-

zuje. „Nezávislý rozbor rozhodl, že modul splňuje veškeré podmínky dané právními předpisy,“ říká Jakub Taške ze společnosti CompuGroup Medical, jež je lídrem tuzemského trhu v oblasti informačních systémů pro zdravotnictví. Řešení eParafa posuzoval renomovaný advokát Jakub Uher, spolupracovník Sdružení praktických lékařů ČR.

Systematicky a komplexně

Vedení elektronické zdravotnické dokumentace se příliš neliší od vedení papírové. Lékařům se tak nenaruší jejich naučené postupy a navíc mohou vést dokumentaci pacienta včetně obrazové doku-

mentace, aniž by řešili nákladnost tisku. Ambulantní lékaři mohou do výsledného souboru vložit jakékoli obrazové přílohy pořízené na daném vyšetření, například dokumentaci z CT, mamografu či rentgenové snímky. Stomatologové navíc mohou vkládat zubní kříž, index krvácení dásní (PBI) či index stupně onemocnění parodontu (CPITN). Obrazové přílohy se vkládají přímo do výsledného a elektronicky podepsaného souboru.

Univerzálně a jednoduše

Díky univerzálnímu výstupu ve formátu PDF/A mají uživatelé zaručeno, že v případě kontroly nemusejí řešit, zda formát bude pro

kontrolní orgány čitelný. Jeho čitelnost je u státních orgánů ze zákona povinná. „Při vývoji řešení bylo třeba myslet nejen na právní stránku, ale také na samotného uživatele. Práce s elektronickou dokumentací samozřejmě nesmí být méně efektivní než s papírovou. Pro lékaře je totiž velmi důležitá srozumitelnost a spolehlivost celého řešení,“ uvedl Jan Hlaváček, ředitel divize Ambulantní software společnosti CompuGroup Medical, která poskytuje specializované IT systémy bezmála 15 tisícům lékařů v České republice.

Bezpečně a transparentně

Všechny archivované soubory jsou při práci s řešením eParafa opatřeny elektronickým podpisem. Jediným kliknutím tlačítka je tak zajištěna jejich následná neměnnost.

Inzerce A121011983

eParafa



Váš pomocník při tvorbě elektronické dokumentace

AMICUS[®], DENTIST+[®], PC DOKTOR[®] a PC DENT[®]

Volitelný rozšiřující modul pro váš program umožňuje archivovat dokumentaci pacientů v elektronické podobě v nezávislém a obecně uznávaném formátu PDF. Všechny archivované soubory jsou opatřeny elektronickým podpisem s časovým razítkem.

Dle nezávislých právních rozborů splňuje modul eParafa podmínky dané právními předpisy a umožňuje tedy vedení zdravotní dokumentace pouze v elektronické podobě.

Veškeré informace získáte na webových stránkách vašeho programu
www.amicus.cz | www.dentist.cz | www.pcdoktor.cz | www.pcdent.cz

Synchronizing Healthcare



**CompuGroup
Medical**

Pacienti nám věří více než politikům nebo novinářům

O protestech, smyslu solidarity jednotlivých skupin lékařů i pacientů a míře reflexe ministerstva zdravotnictví jsme hovořili s prezidentem České lékařské komory (ČLK) MUDr. Milanem Kubkem.

Jak hodnotíte proběhnuvší protestní akci?

Jejím cílem nebylo někoho poškodit. Pacienti nejsou našimi nepřáteli, právě naopak. Máme společný zájem, kterým je zachování dostupnosti kvalitní a bezpečné lékařské péče. Smyslem „Dne zdraví lékařů“ bylo zviditelnění problémů, s nimiž se zdravotníci potýkají. A tento cíl byl bezesbýtku splněn. Zájem sdělovacích prostředků byl obrovský a o zdravotnictví se opět začalo veřejně diskutovat.

Veřejnost se mohla setkat i s označením „1. den zdraví lékařů“. Sledovali jsme vznik nové tradice?

Možná.

Součástí kampaně ČLK za „záchranu českého zdravotnictví“ je i stejnojmenná petice. Kolik pacientů už ji podepsalo a kdy bude sběr podpisů ukončen?

Dnes (5. března) počet podpisů překročil hranici 5 tisíc! Akce není časově omezená. Občané, kterým není osud našeho zdravotnictví a české medicíny lhostejný, mohou naši snahu podpořit svým podpisem i nadále. Petiční archy naleznou u svého lékaře nebo přímo na www.clkcr.cz.

Ministerstvo zdravotnictví se proti „zatahování pacientů“ do akce ČLK tvrdě ohradilo. Oslovením široké veřejnosti se prý zapojujete do politického boje na straně současné opozice...

Podobné řeči slyšíme vždy, pokud protistraně dojdou věcné argumenty. Já si však na rozdíl od pana ministra Hegera a jeho úředníků nemyslím, že občané jsou hlupáci. Vždyť právě občané, mezi které počítám i sám sebe, si platí nejenom zdravotnictví, ale i pana ministra a jeho lidi. Politici by si měli uvědomit, že jsou našimi zaměstnanci, a měli by se podle toho začít chovat. Vždyť když jsou občané politikům dost dobří na to, aby platili

daně a zdravotní pojištění, musí mít také právo vyjádřit svůj názor, zda si přejí zdravotnictví kvalitní, nebo zda se spokojí s tím, co na ně pan ministr Heger spolu se zdravotními pojišťovkami chystá.

Na stranu ministerstva se postavilo i Sdružení praktických lékařů (SPL), které postup ČLK kritizovalo. Víte, kolik praktických lékařů toto stanovisko následovalo?

Nekolegiální postoj vedení Sdružení praktických lékařů považují za skandální. Na rozdíl od vedení SPL si nemyslím, že boj lékařů za slušný příjem za vlastní práci s využitím podpory našich pacientů je něčím nemorálním. A nemohu se ztotožnit ani s jejich sobeckou snahou urvat nějaké výhody pro svoji skupinu na úkor ostatních kolegů, například zaměstnanců nemocnic. Ostatně takto krátkozraké nekolegiální jednání ohrožuje ze všeho nejvíce právě praktické lékaře, z nichž někteří dnes snad mohou mít pocit, že jsou „za vodou“, a že tedy nemají proč protestovat. Budíž jim přáno, avšak to opravdu nemají strach, že se na ně ostatní kolegové vykašlou, až se přišťe v existenčním ohrožení octnou oni sami?

Kolik praktických lékařů se ztotožnilo s vedením SPL a kolik naopak solidárně podpořilo své kolegy, to asi nelze nijak spočítat. Každopádně dostávám desítky dopisů od praktických lékařů, kteří vyjadřují znechucení nad prohlášením výboru SPL, které formuloval pan doktor Kinšt, a posílají komoře petiční archy plně podpisy svých pacientů. Všem těmto kolegům a kolegyním děkuji.

Sdružení připomíná váš někdejší smířlivý postoj k úhradové vyhlášce, která vznikala v době, kdy ministerstvo řídil David Rath, která byla podle SPL vůči pacientům diskriminační.

Nepřímo vás tak obviňuje z nadržování jedné politické straně. Jak tyto úvahy vyvrátíte?

Jak jsem již řekl, když chybí věcné argumenty, nahrazují je lži a osobní útoky. Úhradová vyhláška, kterou pro rok 2006 vydal tehdejší ministr Rath s cílem zbrzdit nárůst výdajů za léky, jenž meziročně dosahoval v procentním vyjádření dvouciferných hodnot, a stabilizovat VZP, která skončila v nucené správě poté, co platila zdravotnickým zařízením s více než měsíčním zpožděním, byla velmi tvrdá a postihovala všechny poskytovatele zdravotní péče. Nebyla tedy – na rozdíl od té Hegerovy – diskriminační. Vedle tvrdých limitů na léky ovšem také přinášela zvýšení příjmů zdravotnických zařízení za práci. To je další zásadní rozdíl oproti současné vyhlášce ministra Hegera, která naopak úhrady za práci snižuje.

V souvislosti s útoky vedení SPL na moji osobu (které snad mohou souviset i s tím, že místo předsedkyně SPL dr. Uhrová nespěla se svojí žalobou na ČLK, a musí tedy platit náklady řízení, což se jí asi nelíbí) je vhodné připomenout, že jsem to byl já, kdo jako prezident komory s tehdejší předsedou vlády Jiřím Paroubkem vyjednal finanční injekci ve výši 4 miliard korun pro zdravotnictví. A byl jsem to také já, kdo přesvědčil ministra Ratha o tom, že díky této finanční podpoře lze restriktivní úhradovou vyhlášku rychle zmírnit. Po pouhých 3 měsících tak byla novelizována. A podobnou novelu se v současnosti snažíme si vynutit na pana ministři Hegerovi, bohužel jsme nuceni bojovat i proti odporu vedení SPL, které za podraz na doktorech asi očekává nějaké speciální výhody.

SPL vám také vyčítá, že se ČLK pod vaším vedením dostala do pozice odborářské nátlakové skupiny, která odmítá jakékoli snahy ministerstva o reformu

zdravotnictví. Existuje něco, za co byste mohl ministerstvo zdravotnictví pochválit?

Pan ministr Heger a jeho úředníci se s pomocí některých žurnalistů a sdělovacích prostředků chválí sami dost. Nemám tedy důvod nosit dříví do lesa.

Je pravdou, že v minulosti byli hlavními iniciátory lékařských, respektive zdravotnických protestů odbory. V tomto případě se organizace ujala komora – je to nástup nového trendu? Do jaké míry budete v budoucnu svou činnost koordinovat s LOK-SČL a ČMKOS?

Soukromí lékaři logicky nemají žádné své odbory. Jsou však členy komory, kterou si platí. Je tedy logické, že právě bo české lékařské komoře požadují pomoc, když se ocitají v problémech. Kdo jiný než profesní samospráva vybavená potřebným odborným i materiálním zázemím by jim měl pomoci. Komora hájí profesní zájmy všech svých členů bez rozdílu, tedy jak zaměstnanců, tak i soukromých lékařů. Takto jedná lékařská komora v celé Evropě a také ČLK se tak snaží a snažila chovat, a to i za svých předchůdců Miloše Štefky, Bohuslava Svobody a Davida Ratha. Komora je samozřejmě připravena při hájení práv lékařů spolupracovat nejenom s ostatními lékařskými organizacemi, odbory a odbornými společnostmi, ale s každým, kdo je ochotný nám pomoci. Řeknu to jednoduše – pokud jste v bažině (a my lékaři v ní dnes spolu se svými pacienty vězíme až po uši), není rozumné kádrovat toho, kdo vám podává pomocnou ruku.

Hodně vám je vyčítán militantní postoj vůči současné vládě ve stylu „změnu k lepšímu si můžeme vynutit jen silou“. Proč je bariéra mezi vámi a ministerstvem zdravotnictví nepřekonatelná?

Nevím. Zeptejte se pana ministra Hegera, proč komoru ignoruje a proč mě nenávidí za to, že jsem odmítl jeho odvolání jako „řešení“ krize v době akce „Děkujeme, odcházíme“.



Foto: Leoš Chodura

Ve svém dopise lékařům obviňujete novináře, že o akci neinformovali objektivně. Která konkrétní pochybení médií máte na mysli?

Nevadí mi kritika, pokud obsahuje objektivní informace a jejich třeba i subjektivní hodnocení. Ilustrativním příkladem tendenční snahy stvát veřejnost proti lékařům může být reportáž TV Nova ve zprávách v pátek 1. března, která se snažila protest lékařů proti snižování kvality a bezpečnosti zdravotní péče líčit jako „boj doktorů o prachy“ a místo věcných informací jen podněcovala nenávisť vůči lékařům.

Dalším příkladem mohou být deníky Dnes a Lidové noviny, které do sebe postupně redakčně prorůstají. Vůbec se neobtěžovaly informovat o cílech našeho protestu, o textu petice, kterou občané podepisují, ani o tom, proti čemu my lékaři s podporou pacientů protestujeme. Omezily se toliko na publikování názorů ministerských úředníků a na „zasvěcené“ komentáře redaktorů, kteří plácali páte přes deváté, aniž by se obtěžovali hledat pravdu nebo si naše požadavky alespoň přečíst. Takový postoj považují za hluboce neprofesionální, bohužel v prostředí našeho závislého tisku již také za standardní.

My lékaři však přece jen máme jednu obrovskou výhodu. Pacienti nám věří mnohem více než politikům nebo novinářům. Pokud ovšem chceme občany o své pravdě přesvědčit, musíme s nimi lépe komunikovat. A nemůžeme se při tom omezit pouze na rozhovor o jejich nemocech, musíme je informovat i o našich problémech a neduzích trápících české zdravotnictví.

Elektronický recept

– zkušenosti po roční praxi

Prezident republiky Václav Klaus minulý týden podepsal novelu zákona o léčivech, která zavádí povinné používání elektronických receptů. **PharmDr. Bohumil Hanák** z Alphega lékárny ve Vsetíně elektronický recept používá již rok. Zeptali jsme se na jeho zkušenosti.

Myslíte, že bylo nezbytné zavést užívání elektronické preskripce jako povinnost?

Ano, je to nezbytný krok, aby se předepisování léků dostalo pod kontrolu. Lékař získává informaci, zda si pacient lék vyzvednul, respektive jaký lék byl vydán. Zamezí se falšování receptů i jinému zneužití.



Co si můžeme pod pojmem elektronický recept představit?

Je to klasický recept, kde je místo podpisu lékaře a razítka vytištěn čárový kód, který obsahuje veškeré údaje o preskripci. Je plně funkčním řešením elektronické preskripce a podmínkou elektronického zdravotnictví.

V čem podle vás spočívá jeho hlavní výhoda?

Usnadňuje práci lékárníkovi a i lékaři. Zvyšuje bezpečnost a především komfort pacienta. Jeho další výhodou je, že e-recept nemůžete vyplnit neúplně nebo nesprávně.

Elektronický recept by měl být odeslán do Centrálního úložiště elektronických receptů (CÚeR).

To bylo spuštěno již 1. ledna 2009, ale zatím se jeho provoz moc neosvědčil. Nemáte obavy, že systém nebude fungovat?
Nemáme. Naše roční zkušenosti s jeho užíváním ukazují, že tento systém je prakticky bez závad.

Jak to tedy funguje v praxi?

V praxi je to zatím tak, že pacient dostane klasický recept s čárovým kódem.

Celý proces přenosu dat chvíli trvá. Nebude to lékaře, lékárníky i pacienty zbytečně zdržovat?

Pro lékaře elektronický recept znamená žádnou zátěž navíc, pro farmaceuta naopak e-recept přináší významnou časovou úsporu. Zdravotní pojišťovny data dostanou ve strukturované podobě, což eliminuje značnou část administrativy.

Mají lékárny odpovídající čtečky čárových kódů?

Ano, každá lékárna má čtečku čárových kódů, která se běžně používá při výdeji léků.

Jaké údaje bude čárový kód obsahovat?

Čárový kód obsahuje identifikaci pacienta a lékaře, předepsané léky a dávkování. Jsou to údaje, které obsahují všechny papírové recepty.

Které údaje bude Centrální úložiště elektronických receptů shromažďovat?

Úložiště shromažďuje všechny údaje, jež se odesílají i při výdeji papírových receptů (zde není žádný rozdíl).

Není to nebezpečné kvůli zneužití citlivých dat?

Není to nebezpečné, protože jsou to data, která jsou v současné době uvedena na klasickém papírovém receptu. Elektronický recept vyhovuje všem požadavkům zákona o ochraně osobních údajů.

Co všechno k tomu lékárny budou potřebovat?

Router, běžně rychlý internet a běžný SW.

Jaké jsou náklady na pořízení příslušného software?

Náklady jsou minimální, protože všechno vybavení pro přijetí e-receptu již lékárna má i pro běžný provoz s klasickými recepty. Potřebný je elektronický podpis, který stojí 400 Kč za rok pro jednoho pracovníka.



Správná volba nezávislého lékárníka

- ✓ tradice a poslání
- ✓ stabilita a zázemí
- ✓ komplexní podpora

www.alphega-lekarna.cz

 **alphega**
lékárna

Realita současného zdravotnictví očima sester

(personální vybavení zdravotnických zařízení)

„Je běžné, že noční sloužíme o jedné sestře a i přes den je nás sotva pár. Pro pacienty děláme, co je v našich silách, ale mnohdy padáme na pusu.“ Těmito slovy začíná jedna z řady autentických výpovědí sester o současné situaci na odděleních českých nemocnic. Příspěvky jsou redakčně upraveny a pocházejí převážně z tematických internetových diskusí.

Nezajištěná služba = nebezpečí pro pacienty i personál

- Je běžné, že noční sloužíme o jedné sestře a i přes den je nás sotva pár. Pro pacienty děláme, co je v našich silách, ale mnohdy padáme na pusu. A v domovech důchodců? Klidně jedna sestra na dvě patra. Je to čím dál tím horší. Na všechno nakonec doplatí hlavně pacient (limity na pleny, podložky). Jedna sestra na noční velmi často pro velkou náročnost nezvládá veškerou potřebnou práci, lůžek je málo a pacient je nucen ležet uprostřed pokoje mezi dalšími šesti lidmi. Sama se kolikrát před pacienty stydím, ale bohužel nás k tomu nutí systém, který vymysleli úředníci.

- U nás na interně je na noční pouze jedna sestra na 23 lidí! Dnes jsem na noční napočítala ze 23 pacientů pouze 5 soběstačných a orientovaných, zbytek jich je imobilních a inkontinentních.

- Na noční sloužím jen s jedním sanitářem, který ale ve 22 hodin odchází a pak jsem na 40 lidí úplně sama. Mám na starosti i další patro s 35 lidmi, sice samostatnými, ale i jim se někdy udělá zle.

- Když jsem sloužila v domově důchodců, byla tam na 180 obyvatel 1 sestra a 2 sanitářky. Ovšem ne spolu – každá na jednom patře. Když jste v nemocnici o noční sama a někdo vás napadne, pomoci se nedovoláte.

- Ti nahoře nikdy nepochopí, jak to chodí v praxi. Kolikrát je sestra na pokraji fyzického a psychického zhroutení – to se týká hlavně nočních služeb, když máte exitus a do toho hned nový příjem (exitus znamená volné místo), jak máte vysvětlit ostatním pacientům, co se děje a že nemůžete na zazvonění hned odběhnout na pokoj? To už je na ministerstvu nezajímá. Kdyby tam přišla nějaká stížnost, pochopitelně by to byla chyba sestry.

- Pracuji na oddělení se 40 – převážně imobilními – pacienty. Přes den o ně pečují 2 sestry a 1 sanitář, další sanitářka obsluhuje kuchyňku. V noci slouží 1 sestra a sanitář je k dispozici pro 2 oddělení (zkušenost z jedné pražské LDN).

- Kutná Hora: Na noc 1 sestra na oddělení a sanitářka pro dvě oddělení, průměrně 25 pacientů. Denní služba: 1 sestra a staniční sestra na 8 hodin, 2 sestry a sanitářka na 12 hodin. Třetina pacientů je imobilních.

- Plicní: Na stanici o 32 lůžkách slouží 1 sestra na noční (12 hodin). Jedná se o náročné oddělení, kde leží pacienti s plicní i mimoplicní TBC.

Péče o psychiatrické pacienty

- Když jsem pracovala u mentálně postižených, na noční byla 1 sestra se sanitářkou na 140 klientů s různým mentálním postižením. Někdy nám bylo opravdu ouvej! O noční našel zřízenec zkolabovanou sestřičku na zemi. O systému rozhodují lidé, kteří nemocnému v životě ani nepodali vodu. Stavby nelze snižovat obzvláště na oddělení s ležícími pacienty. Už „jen“ přibývající administrativa sestrám ubírá čas, který by mohly trávit u pacienta. Místo toho lítáme od prvního ke třetímu a zpět. Neděláme přeci s krabicemi, ale s lidmi. Nemohu pacienta odbýt (i když to žádná sestra neudělá) – ráda bych měla čas pacienta pohlídat po ruce, nejen provádět léčebné úkony.

- Pracuji na dětské psychiatrii a sice nemáme ležící a imobilní pacienty, ale ti agresivní nebo s poruchami chování jsou také velmi nároční na péči. Na nočních, o víkendech a svátcích jsme tam také samy – maximálně s jedním sanitářem na výpomoc pro tři oddělení.

- Pracuji na psychiatrii na ženském oddělení jako diplomovaná sestra-specialistka ve 12hodinových směnách. Nevím, jestli jste zaregistrovali případ úmrtí pacientky, který se stal minulý rok právě na našem oddělení. V té době bylo na „ženském oddělení



Ilustrační foto: Shutterstock

akutního neklidu“ 46 velmi špatně zvladatelných pacientek.

Tehdejší personál: 2 diplomované sestry, 1 sanitář a 1 sanitářka do kuchyně a na pochůzky. K této situaci došlo kvůli nedostatečnému zajištění oddělení – ať už co se týče vybavení, organizace nebo personálního obsazení. Samozřejmě snahou ředitele a jiných bylo dokázat pochybení personálu, který však této události nemohl nijak zabránit – systém přeci nechyluje. Událost stále není došetřena.

Došlo jen k drobné změně – naše oddělení bylo překvalifikováno na chronické ženské oddělení a snížili nám počet pacientek na 38. Nejtěžší případy jsou sice umístovány na jiné oddělení, kde je k dispozici psychologická omluka (nejlepší řešení ke zklidnění neklidného pacienta), ale po krátkodobém zklidnění jsou opět vráceny na naše oddělení. Byla u nás komise pro lidská práva, které ředitel tvrdil, že pacienty nepřijímáme. Přitom přijímáme přibližně 10 pacientek měsíčně a pacientky nám z jiných oddělení překládají již 1 den po příjmu, což je velmi krátká doba pro posouzení stavu.

Naši klientelu tvoří z velké části lidé s mentální retardací, chronické schizofreničky, pacientky zneužívající návykové látky a pacientky se soudně nařízenou ochrannou léčbou. Tedy velice

náročná skladba pacientů. Slučování pacientů s různým typem onemocnění na jednom oddělení vede ke zvyšování napětí a nárůstu konfliktů mezi pacienty. Přibližně 10 pacientek je inkontinentních, u většiny je nutný dohled na hygienu, úpravu zevnějšku a pomoc při těchto úkonech. Nadále dochází k agresivním neklidům, potýkáme a konfliktům, kdy je vyžadován zásah zdravotnického personálu. Přitom nám byl odebrán zvýšený rizikový příplatek 300 korun.

Vedení nás nechává sloužit po třech lidech, protože máme přesčasové hodiny, které jsme si nucen vybírat v náhradním volnu, neboť naše zařízení nemá dostatek prostředků pro jejich vyplacení. Jsou situace, kdy na službě není přítomen jediný muž. Na zklidnění neklidného pacienta tak, aby nedošlo k poranění jeho nebo personálu, je třeba zásahu minimálně tří lidí – jeden musí volat lékaře nebo aplikovat injekci. Nedávno nám bylo řečeno, že letos naše zařízení přijde zhruba o 30 milionů, a tudíž tu situaci musí řešit takto. Dle nové vyhlášky o minimálním počtu personálu je nás prý nadbytek.

Na 38 pacientů je nás celkem 22 (5 psychiatrických sester, 5 všeobecných sester, 5 sanitářek, 5 sanitářů, 1 staniční sestra na „osmičku“). Podle nové vyhlášky by prý stačilo, kdyby nás bylo

15. Pro často nesmyslnou administrativu téměř nezbyvá čas na to s pacientkami hovořit, provádnout psychoterapii či ergoterapii, vše se redukuje na zajištění základní péče.

Když se člověk snaží zvládnout nemožné, brzy ho dostihne pocit bezmoci a vyhoření – domů chodíme s pocitem totálního vyčerpaní. Už jednou jsem se přesvědčila, že pokud dojde k selhání systému, obvinění jsou lidé dole, přestože opakovaně upozorňují vedení na nedostatky.

(Vzhledem k informacím, jež jsem vám poskytl, prosím o zachování anonymity.)

Jednou nohou v kriminále

- U nás na ARO sloužíme denní v 5 a noční ve 4 lidech na 8 lůžek. Když je někde třeba resuscitovat či převést pacienta v kritickém stavu na jiný pavilon, sestry na tu dobu musí opustit své pacienty. Někdy se nám také stává, že nás je 6 na 10 lidí a příjmy traumat od záchranky, to už je teprve „peklo“. Vím, že i my sestry máme svá práva a povinnosti, ale také vím, jak by to dopadlo, kdybychom se ozvaly: „Nelíbí se ti to? Tak běž! Na tvé místo čeká pět dalších.“ Lidé se zkrátka bojí ozvat, nechtějí přijít o práci.

- Zkušenější mohou porovnat. Po snížení stavů zůstane v ÚSP zaměstnáno 5 sester a 15 PPS (ošetřovatelé) na 90 klientů, z toho zhruba 40 leží na ošetřovatelském úseku, jsou nechodící, inkontinentní, část je nutné krmit. Je to v pořádku?

- U nás je situace následující. V noci 1 sestra a 2 ošetřovatelé, přes den 2 sestry a 7 ošetřovatelů na 90 lidí s diagnózou Alzheimerova choroba.

- Na denních službách jsme normálně ve složení 1 sestra a 2 ošetřovatelky. Mnohdy se ovšem stane, že pouze 1+1 na 32 pacientů, a podle toho ta péče také vypadá. Na nočních slouží pouze v jedné na celé oddělení, a to bez pomocného personálu – domů chodíme jak spráskaní psi.

- Kvůli snižování stavů je nás na oddělení jen 12, a to včetně staniční sestry. Služby vypadají tak, že sloužíme 8 služeb v 10 dnech. Domů chodíme úplně vyčerpané a je jen otázkou času, kdy někdo udělá chybu.

- Porodnice a šestinedělí: Dříve nás bylo 5 sester na 2 porodní sály, 4 rodičky, ambulanci.

Dnes jsme na to samé 3. Nejde jen o péči, obnáší to i běžnou administrativu, úklid sálů, mytí a dezinfekci nástrojů atd. Na šestinedělí je 1 sestra na 14 rodiček a na 2 další pacientky na monitorovaném lůžku po císařském řezu. Fasují se nekvalitní pomůcky a materiál...

● **Královéhradecký kraj:** Na lůžkové onkologii je v noci na celé oddělení pouze 1 sestra, nemá k sobě sanitáře, přítomen není ani lékař. V případě komplikací se volá lékař z jiného oddělení. Stává se, že při zhoršeném stavu pacienta sestra ve službě neví, zda má dříve běžet k telefonu a volat lékaře, nebo pomáhat pacientovi – čtyři ruce bohužel nemáme. Každou noční se modlíme, aby se nic vážného nestalo, do služeb chodíme se strachem.

● **Fakultní nemocnice v Praze, interní oddělení:** Jeden zdravotnický asistent je sám na 28 pacientů. Odpovědná sestra je na jiném poschodí nebo v jiném pavilonu.

Svazující limity

● **Brno, interna:** Bohužel je to zde rok od roku horší. Od letoška máme nařízené denní limity na

počty použitého ložního prádla a plen. Snižuje se počet personálu ve službách, v noci slouží pouze 1 sestra bez sanitářky. Při takové skladbě pacientů a počtu personálu není možné poskytovat dostatečně kvalitní péči. Při noční nikdy dopředu nevíme, kolik bude příjmů nových pacientů.

Mohou nastat situace, kdy jedna sestra musí zvládnout kromě náročného péče (plnění ordinací, pohovávání imobilních pacientů – u nás zhruba polovina klientů, řešení stavů zmatenosti až agrese u starších pacientů, přebalování, chození na zvonky atd.) i akutní příjmy nových pacientů (někdy až 5 za noc). To už se opravdu nedá zvládat.

Přes den slouží 12hodinovou službu 1–2 sestry s 1 sanitářkou, staniční sestra je jen na „osmičku“. Ovšem každý si také někdy musí vybírat dovolenou, takže sloužíme i bez sanitářek. Naše vedení teď přišlo s novinkou, že v polovině roku nemusí být na výplaty – jsme zvědaví, jak se to bude řešit. Dnešní situace ve zdravotnictví je skutečně hrozná. Rozhodla jsem se změnit povolání a podávám si přihlášku mimo obor. Zničit si

tělo a žít pod neustálým stresem mi za ten plat opravdu nestojí.

Ztráta iluzí

● **Zlín, domov pro seniory (108 míst, 1.–3. patro), domov se zvláštním režimem – uzavřená oddělení (64 míst, 4.–5. patro):** Na noční směně je na 5 poschodí jedna sestra, 1.–3. patro obstarává 1 pečovatelka, v uzavřené části je na každém patře jedna pečovatelka, která nesmí opustit své pracoviště. Jsme bez lékařského zabezpečení, a tak při problémech voláme záchrannou službu, pohotovost u nás nefunguje.

Tvrdí nám, že bude hůř a přijde i doba, kdy tento komplex bude úplně bez sester, protože „sociálky“ sestry nepotřebují. Mám za sebou několik let praxe v nemocnici u akutního lůžka, na LDN a v domácí péči. Když vidím, jak to tady vedou mladé holky bez praxe, které přišly ze školy s ještě horkým diplomem, a honí si své ego na personálu, co je zde x let, je mi zle.

● **Mě ta práce nesmírně baví, ráda pomáhám lidem a moc mě těší, když vidím, že jsme jim skutečně pomohli. Myslím na pacienta**

a stěžuji si, že mu nemohu dát to, co bych chtěla a k čemu nás vedli ve škole. V těch podmínkách to nejde a pacientů je mi líto. Nejhorší je, když člověk umírá a vy ani nemáte čas chytout ho za ruku. A to nemluví o tom, že se musíme dívat na to, jak trpí a bojí se smrti. Pracovala jsem na onkologii. Teď jsem doma se třemi dětmi a užívám si každé minuty života. Zdravotnictví je přeci o lidech a životě i smrti – nedá se srovnávat s jiným odvětvím, jako je třeba stavebnictví. Když nejste tam, kde byste měli být, může jít o život – někdo může zemřít. Měli bychom myslet na sebe a představit si, že těmi pacienty můžeme být taky. A co bychom pak chtěli my sami?

● **Dva roky jsem pracovala v krajské nemocnici a tam byla noční sestra sama na 30 pacientů. Když se něco stalo, hned to byl průšvih. Podotýkám, že se reálně jednalo o 13hodinové směny, protože ráno jsme ještě dělali „úpravku“. V současnosti již rok pracuji na LDN v jiné nemocnici a i tady se šetří, kde se dá. O Vánocích jsme kvůli přesčasným sloužili denní i noční služ-**

bu ve složení 1 sestra a 1 sanitář. O tom se ale nesmí mluvit – to se musí tutlat. Jsme sice na dvě poloviny (na každou vychází cca 25 pacientů), ale ve 14 hodin jedna odejde. Když se pak něco stane, je to „o hlavu“. Samozřejmě platí, že pokud se někomu něco nelíbí, následuje vyhazov.

Je to naprosto famózní atmosféra. Malý plat, hrozba tzv. zápisů a následné snižování osobního ohodnocení (které je i tak mizerné) a odpovědnost sestry za cokoli, co se stane. Jde o zdraví a život pacientů, ale i o zdraví personálu. Taky je u nás zřetelný mobbing, ale nikdo s tím nic neudělá, pouze to, že si neustále hledá něco jiného...

Když jsem studovala, měla jsem za vzor svou matku, která už přes 30 let usilovně pracuje na LDN. Svě děti – které zatím nemám – bych po svých zkušenostech na „zdrávku“ nikdy nedala. Jde o tady těžce do kytek. Doufám, že se s tím bude něco dělat. Sestry už nejsou prestižní povolání, pouze sluhové.

výpovědi sesbírala a zaslala Dana Krásová, zpracoval Filip Kút Čitores

Inzerce A131002408

1. března 2013 jsme zahájili již 8. ročník celostátního projektu NEMOCNICE ČR 2013, zaměřeného na zvyšování kvality a efektivity služeb pacientům v nemocnicích (fakultní, krajské a městské). Co je cílem? Především oceňovat nemocnice pozitivně vnímané v očích pacientů i zaměstnanců. Výsledky poté slouží pro podporu certifikačních a akreditačních norem řízení nemocnic v oblastech sledování spokojenosti pacientů a zaměstnanců nemocnic.

HLASUJTE

www.hc-institute.org
Neváhejte nás kontaktovat.

Neváhejte vaši nemocnici zapojit do celostátního hodnocení v těchto strategických oblastech:

Všechny dotazníky splňují národní akreditaci kvality a zároveň jsou testovány s pomocí představitelů akreditovaných českých nemocnic fakultního a krajského typu.

FINANČNÍ ZDRAVÍ
SPOKOJENÍ PACIENTI
MOTIVOVANÍ ZAMĚSTNANCI
EFEKTIVNÍ PROCESY

V roce 2012 hlasovalo celkem cca 62 tis. pacientů a přes 5 tis. zaměstnanců.

Při vývoji dotazníků spolupracujeme rovněž s představiteli 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze.

Detaily viz
www.nejlepsi-nemocnice.cz
odkaz: Podpora pro nemocnice

NEJLEPŠÍ NEMOCNICE

Hlasujte od 1. března do 30. září 2013

hlavní partneři	hlavní mediální partneři	hlavní odborní partneři	realizační partneři
spozor	marketingoví partneři	odborní partneři	spolupracujeme
spozor hlavní ceny	finanční partner	partneři	hlavní mediální partneři
spozor	marketingoví partneři	odborní partneři	spolupracujeme

ready prague?

Tři pruhy přicházejí.
Nová prodejna adidas.
Centrum Chodov, 9. 3. 2013.



adidas®

PRAHA, Centrum Chodov, 1. patro
Roztylská 2321/19, tel.: +420 725 442 931

Zdravý rozum se krčí v koutě (zásadní rizika „reformy psychiatrie“)

Psychiatrie je vědní obor a reformu nepotřebuje. Je v povaze vědy, že koriguje sama sebe. Péče o duševně nemocné vždy potřebovala zlepšování, aby odpovídala úrovni rozvoje společnosti. Její stagnace je známkou stagnace nebo úpadku společnosti.

Dnes nejvíce stížností slyšíme na zastaralé psychiatrické nemocnice. Je trapné, když si na ně stěžuje veřejná správa (v čele s ministerstvem), která je sama za jejich stav odpovědná. (Jako ministr v menšinové vládě jsem nemohl dokázat mnoho, ale bylo to maximum možného...) Je paradoxem, že vzdor své zastaralosti a chronické podfinancovanosti ze všech sektorů péče o duševně nemocné fungují nejlépe. Doposud se je nepodařilo rozvrátit. To hrozí až nyní. V tom má ČR zpoždění. V USA probíhaly dobře míněné, ale zhoubné reformy od počátku 60. let, v západní Evropě později. Motivy pro tyto „reformy“ jsou dva, jednak zamlčovaný – ekonomický (ušetřit v zájmu veřejných výdajů + zmocnit se nemovitostí v zájmu soukromých příjmů), jednak proklamovaný – ideologický (boj za „svobodu“ či „lidská práva“).

Příčiny nezájmu

Ačkoli duševní poruchy existovaly vždy, velký zájem si u lékařů od antiky až do první poloviny 20. století nezískaly. Příčiny byly dvě. Jednak to byla diagnostická a terapeutická bezradnost (ačkoli teorií a léčebných postupů bylo mnoho), jednak duševní poruchy prohlubují nejen lidskou, ale i materiální bídu. Chudáci lékaře neuživí.

Duševní poruchy se jako vedlejší vědecký zájem u lékařů na univerzitách objevily na přelomu 18. a 19. století, jako hlavní zaměstnání sporadicky v nejvyspělejších zemích od druhé čtvrtiny 19. století. Šlo o špatně honorované a společensky neocenené zaměstnání ve veřejných službách. Vrcholem tehdejšího snažení byla (relativní) humanizace ošetřování nemocných. Od poloviny 19. století bylo vrcholem péče morální léčeni. V podstatě šlo o snahu o resocializaci, později hlavně zaměstnáváním nemocných. To bylo vynuceno i materiální bídou ústavů. Přes obrovské výzkumné úsilí od 3. čtvrtstoletí 19. století nebylo dosaženo velkého pokroku. Ústavy sice téměř ve všech

vyspělých zemích řídili lékaři, kteří byli upřímně přesvědčeni, že nemocné „léčí“, nicméně azyly, ústavy pro choromyslné a psychiatrické nemocnice byly sociálními zařízeními. V Rakousko-Uhersku spadaly pod zemskou správu jakožto „ústavy humanitní“.

Tento stav se v podstatě nezměnil až do druhé poloviny 50. let 20. století, kdy se začala ve větším měřítku používat „moderní“ psychofarmaka. Ještě před tím, v roce 1949, v Československu byly psychiatrické ústavy kategorizovány jako „odborné léčebné ústavy“ (spolu s plicními „sanatorií“, dětskými ozdravovkami a rehabilitačními ústav), s předpokladem dlouhodobosti a malé nadějnosti léčení. Ocitly se tak na samém konci financování zdravotnictví a jsou tam dodnes, ačkoli poskytují většinu pacientů (ale na menšině lůžek) především akutní péči se stejně dlouhou ošetrovací dobou jako oddělení nemocnic. Hodnotit psychiatrické léčebny podle „prů-



MUDr. Ivan David, CSc.
PL Bohnice

měrné ošetrovací doby“ mohou jenom hlupáci – a také toho využívají.

První velká revoluce

Historicky byli nešťastníci s těžkými duševními poruchami tuláky (bezdomovci), jakmile rodina nebyla schopna nebo ochotna o ně pečovat.

V důsledku duševní poruchy neuměli ani účinně zbrat, což snižovalo jejich vyhlídky na delší přežití (viz schizofrenička Viktorka v „Babičce“ Boženy Němcové). Ve městech někteří vyvolávali pohoršení a zejména tím narušovali veřejný pořádek. Taková se dostávali do vězení, kde byli týráni nejen dozorcí, ale i spoluvězni. V západní Evropě od vrcholného středověku mohli být umístěni v celách církevních nebo městských azylů.

Pod vlivem myšlenek osvícenství a humanismu byly nemocným „snímány okovy“ (poprvé ve Florencii už kolem roku 1750) a byli přemísťováni z cel vězení a charitativních blázninců do cel

specializovaných veřejných azylů, avšak byli dále „hodni politování“. Nicméně toto přemísťování do specializovaných ústavů mělo za cíl ošetřovat humánně, „léčit“ a propouštět, nejen izolovat, a bylo první zásadní reformou péče o duševně nemocné, i když šlo o péči ošetrovatelskou, sociální, později resocializační a rehabilitační.

Už od poloviny 19. století nejkrokovější alienisté (označení psychiatr se vžil mnohem později) upozorňovali, že nestačí „humanita z malty a cihel“ a že „nejdůležitější nejsou budovy, ale duch, který v nich vládne“. Reformy proklamované i politicky od 60. let 19. století obvykle spočívaly ve snaze o „heterofamiliární péči“, tedy svěřování nemocných rodinám podle vzoru z belgického Ghelu (Geel), podobně jako při pěstounské péči o sirotky. Podobnost s dnes propagovanou komunitní péčí je zřejmá. Reformy nedosáhly zamýšleného rozšíření hlavně pro nedostatek vhodných pacientů a nedostatek zájmu rodin.

Humanizace ústavů, jejich rostoucí kvalita (respektive snesi-

telnost) společně s industrializací a urbanizací vedly společně k „progresivnímu dodávání choromyslných do ústavů“. Tehdejší odborníci (asi 1850–1950) viděli příčinu jevu jednak částečně správně „v tlaku poměrů sociálních“, jednak v „genetice“ – velkém rozmnožování „degenerovaných“. Náklady na stavbu a zejména udržování ústavů s rostoucími výdaji začaly přesahovat „humanitou prodchnuté“ záměry vlád, a to zejména v době hospodářských krizí a světových válek. Přesto byli nemajetní nemocní ošetřováni zdarma (asi 60 %), bez regulačních poplatků.

Nejméně od počátku 20. století rostla snaha omezovat výdaje. I čeští psychiatři, kteří si stěžovali na rakousko-uherské nedostatky veřejné podpory ústavů pro choromyslné, byli zklamáni škrti i proti dobám za mocnářství. Třetí říše především z ekonomických důvodů fyzicky zlikvidovala přes 70 tisíc pacientů jen psychiatrických ústavů. Od té doby jsou uplatňovány méně drastické formy genocidy.

Druhá velká revoluce

Druhá světová válka znamenala krizi pro psychiatrické ústavy i v jiných zemích. Silně zredukovaly provozní výdaje, i mnohé stavby byly na konci životnosti. Federální vláda v USA odbržela v roce 1961 zprávu o strašném stavu státních psychiatrických ústavů. Bylo navrženo zavřít velké ústavy a vybudovat malá komunitní centra, jedno na 50 tisíc obyvatel (zhruba jeden americký okres, tj. county). Ústavy byly nejprve zvolna, od 80. let pak rychle likvidovány, a to zejména škrtáním rozpočtu. Myšlenku zavírání státních ústavů a budování komunitních center výrazně podpořil John F. Kennedy.

Vloudila se ovšem chybička. Nikdo nevyřešil, jak a z rozpočtu koho mají být komunitní služby financovány. Již v roce 1975 Národní institut duševního zdraví (NIMH) ve své zprávě konstatoval, že komunitní služby nemají potřebnou kapacitu – zejména skoro nedisponují lůžkovou péčí a jsou naprosto nedostatečně personálně a kapacitně vybaveny. Místo orientace na nemocné s nejzávažnějším vývojem onemocnění se komunitní



Klecové síťové lůžko používané v současné době v psychiatrické nemocnici v nizozemském Haagu.

| Foto: Ivan David



Institut psychiatrie a neurologie, druhá největší budova v Budapešti (1868), prodána developerům k 31. 12. 2008, 840 pacientů bylo propuštěno, institut zrušen. | Foto: Ivan David

centra soustředila na poradenství v „předvídatelných životních situacích“. Uzavírání ústavů mělo za následek masivní bezdomovectví duševně nemocných s mnoha předvídatelnými i nepředvídanými důsledky. Nedostatečná sociální podpora a většinou absentující adekvátní léčení vedly k drobné hospodářské kriminalitě, násilné kriminalitě, zneužívání návykových látek a následné kriminalizaci bývalých pacientů. V některých státech unie docházelo k umístění ve vězení i bez trestného činu nebo odsouzení, které fungovalo jen jako standardní sociální intervence.

Podle statistik roste podíl kriminalizovaných osob s nejtěžšími poruchami (*severe mental illness*, SMI) i při stále rostoucí počtu vězňů. V roce 2011 tvořili 9 % v *countyjails* (okresní vězení do jednoho roku vězení) a 20 % ve *state prisons*. Podle kvalifikovaných odhadů přibývá zřejmě i bezdomovců s SMI. Na rozdíl od ostatních bezdomovců, mezi nimiž tvoří 25-40% podíl, se vyhýbají frekventovaným místům, zdravotní a často i sociální péči. Dříve veřejné psychiatrické služby byly hlavně za prezidenta Reagana privatizovány, což vedlo ke zhoršení kvality kvůli najímání levnějších, málo kvalifikovaných zaměstnanců. I v Madisonu ve Wisconsinu, který byl opakovaně vyhodnocen jako město s nejlepší veřejnou péčí o duševně nemocné, je aspoň částečně postaráno o méně než 50 % potřebných.

Prevalence psychóz mezi lidmi bez domova

V západní Evropě se po zavírání psychiatrických ústavů rovněž projevilo masové bezdomovectví, ale podle literatury při rostoucím počtu bezdomovců podíl psychotických nerostů a pohybuje se mezi 20 a 30 %. Reinstytucionalizace (transinstitucionalizace) se spíše než kriminalizaci projevuje rostoucím podílem hospitalizovaných v ochranné léčbě (*forensic dpts.*), která je sice zdravotnickým zařízením, ale v podstatě se neliší od zařízení vězeňských. Nejhorší je situace v chudých zemích východní Evropy, kde roste bezdomovectví duševně nemocných i bez zavírání ústavů. Při jejich zavírání (například v Maďarsku) ovšem ještě více. Není důvod se domnívat, že situace v Česku je zásadně jiná. Jen mezi bezdomovci v Praze lze kvalifikovaně odhadovat více než 1000 psychotiků (nehledě na závislé, organiky, poruchy osobnosti atd.), zatímco ve všech lůžkových psychiatrických ústavních zařízeních v Praze jich není více než 400 a v sociálních ústavech „se zvláštním režimem“ dalších 400, a to při celkovém počtu podle prevalence asi 10 tisíc. Psychotiků přibývá podle zpráv, které mám od zaměstnanců vězení, i tam. A to ještě ani nezačalo plánované, z EU prosazované a Ministerstvem zdravotnictví ČR projektované zavírání ústavů. Stručně řečeno, první revoluce v ošetřování duševně nemocných vedla k cestě nemocných z ulice

a vězení do psychiatrických ústavů. Druhá velká revoluce pak vedla z ústavů na ulici a do vězení.

Lesk a bída ambulantní péče

Historicky až podnes byli méně závažně nemocní ošetřováni doma, pokud si udrželi sociální zájem. Ústavní léčení pro ně je, bylo a bude zbytečné. Ambulantní péče praktických lékařů byla běžná, ale účinné prostředky neexistovaly, dnes zase praktickým lékařům chybí speciální znalosti a zkušenosti. Specializovaná ambulantní psychiatrická péče měla před objevením psychofarmak charakter „poraden“, které byly v západní Evropě někdy bezplatné jako součást církevní charity nebo městských sociálních služeb. Rozšíření ambulantních služeb (možnost užít se tím) umožnila psychoanalýza, ale léčení bylo zdlouhavé, nákladné a většinou málo efektivní. K masivnímu rozvoji ambulantních služeb došlo po objevení psychofarmak. Zpřístupnění ambulantních psychiatrických služeb v systému zdravotnických obvodů bylo hlavní součástí doktríny socialistického zdravotnictví v oblasti psychiatrie. Služby měly být a také stále více byly doplněny sociálními pracovníci, měla být prováděna návštěvní služba. S privatizací se samozřejmě ambulantní psychiatrické služby logicky soustředily na pojišťovny placené služby. S podporou jiných forem práce není zdra-

vozními pojišťovnami počítáno. Ambulantní psychiatrii, kteří je chtějí rozvíjet, tak mohou činit ke své finanční újmě nebo hledat zdroje v grantech, jež často nepokrývají potřeby a neumožňují kontinuální péči.

Boj o peníze a o prestiž

Takzvaná komunitní psychiatrie je do značné míry ideologickou konstrukcí s často křečovitou snahou o konflikt s psychiatrickou péčí, která nesdílí její hesla. Zčásti totiž vychází z ideologie antipsychiatrického hnutí a navazuje na filozofická díla (Foucault, Szasz, Goffman) a náboženské směry (Scientologická církev) zpochybňující, nebo dokonce popírající existenci duševních poruch a pokládající diagnózy za „nálepky“ uměle vytvořené za účelem ostrakizace osob účelově označených za duševně nemocné.

Tento přístup je jako „vědecká“ argumentace nepřijatelný. Bohužel takto „odborně“ orientované osoby nalézají sluchu mezi novináři a politiky a značně se uplatňují i ve Světové zdravotnické organizaci (WHO) a orgánech Evropské unie. Většinou akcentují témata „lidských práv“, která jsou v důsledku jejich přístupu vlastně právem být nemocný, nikoli právem na zdraví. Typickou je snaha zakázat omezovací prostředky společně s popíráním skutečnosti, že stav některých nemocných obvykle po omezenou dobu užití takových prostředků vyžaduje, aby se zabránilo jejich sebepoškození nebo napadení jiných osob.

Komunitní psychiatrie odmítá korektní používání statistických metod a prosazuje falešná kritéria terapeutického úspěchu, jako je „spokojenost nemocných“ místo dosažení zlepšení zdravotního stavu. Často se snaží nemocné před léčením „chránit“, když pobyt v lůžkovém zařízení pokládají za krajně škodlivý. Racionální diskuse s nimi je často nemožná, místo argumentů se snaží názorové oponenty „nalepkovat“ a připisovat jim nekvalifikovanost a nečestné úmysly.

Komunitní služby nejsou nijak jasně definovány – z hlediska přívrženců jsou to takové služby, které pokládají za správné, protože v nich pracují nebo fungují v organizacích takové služby pouze propagující. Pobytová komunitní zařízení se ve skutečnosti nijak neliší (ani lišit nemohou) od standardních lůžkových ústavů, protože se musejí vyrovnat se stejnými nároky péče. Jejich boj proti „zastaralým ústavům“

je boj ideologický, boj o peníze a o prestiž.

Vymahatelná odpovědnost na všech úrovních

Jak by tedy v zásadách a hrubých obrysech měla vypadat racionálně organizovaná péče o duševně nemocné?

Měla by se prioritně starat o všechny závažně nemocné, a to přiměřeně jak o zdravotní péči o ně, tak i o jejich sociální potřeby. Všechny formy péče musejí být rozvíjeny rovnoměrně tak, aby péče mohla být všeobecně dostupná, komplexní a kontinuální. Není nadále přípustné, aby jednotlivé segmenty péče byly financovány podle dojmů pracovníků zdravotních pojišťoven bez odborné kvalifikace, a to ještě s ohledem na jejich jedinou snahu – ušetřit. Protože finanční prostředky budou vždy omezené, musí být přísně zkoumána efektivita péče s ohledem na cíl – dosažení maximální reálně dosažitelné kvality života. Nelze se tedy neúměrně starat o kvalitu života jedněch na úkor péče o jiné prostřednictvím nahodile organizované charitativní péče. I ti, kteří v důsledku onemocnění neprojevují při vyhledávání péče iniciativu, musejí být předmětem veřejného zájmu.

Péče o duševně nemocné je v Česku ve srovnání se zeměmi EU relativně dost podfinancovaná z hlediska podílu na výdajích zdravotnictví. To je neopodstatněné, a proto nepřijatelné. Musí být jasně stanoveno, které potřeby zajišťuje resort zdravotnictví, které MPSV, eventuálně další resorty. Propagované spojení fondů je nanejvýš rizikové. Veřejná správa musí na každé úrovni nést vymahatelnou odpovědnost za zajišťování služeb, nikoli nahodile a účelově vybírat segmenty a jednotlivce. Iniciativu musí mít veřejná správa, nikoli primárně nemocní, protože nedostatek iniciativy je častým důsledkem onemocnění. Proto veřejná správa musí mít zákonem jasně definované povinnosti, které nyní nemá.

„Hektarové výnosy“

Ústavní péče musí získat podmínky pro zlepšení ubytovacího standardu na úrovni doby v souladu s požadavky na kvalitní péči a lidskou důstojnost. Už to samo o sobě povede k redukcí jejich kapacity. Deset dvoulůžkových pokojů s příslušenstvím zabere mnohem více místa než čtyři pětilůžkové bez příslušenství. Nesmí to být na úkor příjmů

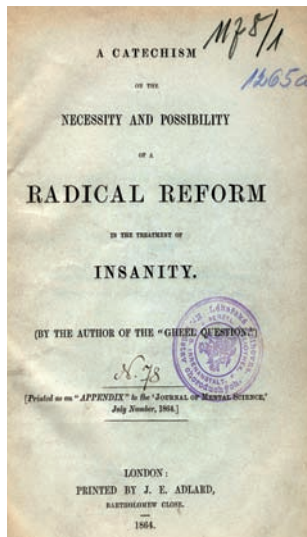


Foto: Ivan David

zdravotnických zařízení, při dosud uplatňované platbě za „hektarové výnosy“, jak říkají ředitelé psychiatrických léčeben. Ekonomická tíseň neumožňuje rozsáhlejší investice a vede i k omezení běžné údržby. V racionálně postupujících zemích západní Evro-

py byly staré budovy rekonstruovány, případně postaveny nové. Situace v sociálních pobytových zařízeních je podobná, relativně poněkud příznivější. Čekací doba v sociálních ústavech je neúměrná a pro nemocné s nízkými příjmy je v důsledku přijetí zákona č. 108/2006 Sb. se zrušením pořídků nekonečná.

Ambulantní péče je převážně orientována jen na krátké explorační a farmakoterapii. Vede k tomu omezená kapacita a zejména způsob financování, který umožňuje další potřebné formy péče jen za předpokladu iniciativy lékařů při zajišťování dalších finančních zdrojů (granty, platby od nemocných). To se musí změnit nutným aktivním přístupem veřejné správy, která musí nést odpovědnost, získat potřebné kompetence a vyčlenit finanční zdroje. Například hlavní město Praha se uchází o převzetí Psychiatrické léčebny Bohnice a propaguje omezení lůžkové péče právě s poukazem na údajně zamýšle-

ný rozvoj komunitních služeb. Ve stejné době veřejně oznamuje záměr zrušení linky důvěry (založené v roce 1967) a center krizové pomoci, tedy typických komunitních služeb. Rovněž musí být zajišťována návštěvní služba, kterou nelze financovat nahodilým přidělením grantu.

Větší pozornost (a náležité finanční zajištění) se musí věnovat prevenci primární (ve spolupráci s dalšími resorty), sekundární a terciární (zejména dispenzarizace). Vzdělávání v oboru je stejně nahodilé a soustředěným úsilím rozpadlé jako v oborech jiných.

Nekoncepčnost jako trvalá brzda

Organizaci péče o duševně nemocné rozhodně poškozuje ideologie reformy pod praporem „lidských práv“, která – jak se ukázalo v řadě zemí v průběhu posledních pěti desetiletí – vede k bezdomovectví a reinstitucionalizaci, zejména kriminalizaci, a lidská

práva rozhodně poškozuje. Fanaticí s omezeným rozhledem a s planoucím zrakem vyzbrojená antipsychiatrickou „teorií“ labelingu i přes svoji nepočetnost nepřestávají ohrožovat zájmy nemocných, protože jsou přirozenými spojenci těch, kteří chtějí na péči o nemocné ušetřit a/nebo se zmocnit nemovitostí. Už dnes je více psychotiků mezi bezdomovci než v psychiatrické ústavní péči. Po realizaci bizarních plánů EU se situace dále zhorší. Pokud tomu nezabráníme.

Psychiatrická péče je – stejně jako jiné zdravotní služby – trvale brzděna nekoncepčností při absenci projektů dalšího vývoje oborů a systémů služeb. Změny jsou nahodilé obvykle s horizontem kratším než volební období, limitované průměrnou životností ministrů závislých na přízni zájmových skupin, k nimž uživatelé služeb ani většina poskytovatelů rozhodně nepatří. Ve snaze docílit koncepční odborné řízení jsem proto změnil Vědeckou

radu MZ ČR ze sboru na rozdělování dotací na projekty (podle zájmů členů vědecké rady) na sbor s úkolem vytvořit koncepci oborů. K tomu však už nedošlo, fungování vědecké rady je velmi formální.

Komunita psychiatrických profesionálů nepotřebuje zvláštní podporu řešení problémů diagnostiky a léčby, to jim bohatě nabízí odborná literatura, ale potřebuje zajištění lepších podmínek pro poskytování služeb ve prospěch pacientů i poskytovatelů.

Příští vláda zřejmě nebude pokračovat v iniciativách současného vedení ministerstva. To se nepochybně musí a bude týkat také psychiatrické péče. Situace je neudržitelná a „reformy“ s absurdní koncepcí mohou jenom škodit. Často si připomínám vystoupení dr. Sokola popisujícího na schůzi Psychiatrické společnosti ČLS JEP absurdní situaci v oboru. Zakončil je slovy: „Kde je zdravý rozum...? Ten se krčí táhle v koutě!“

Poznámky k reformě psychiatrické péče

Hned úvod je jazykově a terminologicky trochu odrazující. Na základě *strategického plánování to optimalizujeme a pak implementujeme, čímž to zefektivníme*. Panebože! Jenže hlavně není jasné co přesně.

Zaměňuje se pojem *psychiatrická péče* s pojmem *péče o duševní zdraví*. Není to ani zdaleka totéž. To první je zdravotní služba pro nemocné, to druhé, tisíckrát širší, je zcela mimo možnosti MZ a státu vůbec – má souvislost s celospolečenskou atmosférou, a to nejen v České republice, ale v celém západním kulturním okruhu. Radím pro začátek skromnější ambice.

Jakmile začneme problému „co a kam s psychiatrickými pacienty“ orwellovsky přezdívat „péče o duševní zdraví“, už jsme vedle jak ta jedle a přestáváme si rozumět. V Česku obvyklý stav. Čili radil bych nejprve vyjasnit terminologii a definice.

Strukturální problém

Nejsem si jist tak jednoznačným tvrzením o vzrůstající nemocnosti. Psychózy, které (chybně a zjednodušeně) slouží v dosavadních diskusích jako model pro celou reformu, je pořád stejně. Riziko vzniku je na celém světě konstantní. Přibývá však demencí, návykových nemocí a neuroz, to určitě. Je tedy třeba diferencovat, co nám narůstá a co je z povahy věci neměnné. Způsoby péče se totiž hodně liší, tedy nutně i na-

še závěry. A jsme opět u definice aneb co si laici i odborníci představují pod pojmem „psychiatrie“ (nezapomenout na návykové nemoci, gerontopsychiatrii a sexuologii, též nevynechat těsnou provázanost s klinickou psychologií). Takže strukturální (= kvalitativní) problém, nikoli čistě kvantitativní. To by byla nepřipustná simplifikace.

Zbožná přání a účty bez hostinského

„Budeme úzce spolupracovat s MPSV“: To je právě to, co přes opravdu intenzivní snahy obou ministrů nedávno beznadějně padlo pro neprůchodnost legislativní radou vlády. Čili šance sněhové koule v pekle.

V zákoně 372 je pro to sice předběžně vytvořen prostor, totiž pojem dlouhodobé (= zdravotně-sociální) péče, zůstává však množinou prázdnou. O úzké spolupráci nemůže být ani řeči. Zbožné přání. Ta spolupráce je podmíněna dohodou, průnikem možností dvou finančních sfér: státního rozpočtu a prostředků zdravotního pojištění, což se dvacet let ukazuje jako neprůstředné. Na místě je proto silná skepse. Přitom

jde o úhelný kámen jakékoli významné a příznivé změny. Ne o hezká slova, ale o peníze tu jde až na prvním místě. Neb již z Bible je známo, jak se kámen úhelný stal kamenem úrazu.

Organizační struktura: Impozantní pavouk, jen aby výsledek odpovídal takovému nakročení. Podíváme-li se na seznam zástupců, oko zachytí hned dva zásadní

problémy: 1. velkou otázkou názorově reprezentativního zastoupení léčeben, 2. absenci zdravotních pojišťoven. Za těchto okolností je jakákoliv práce takto pojatého tělesa přehlídka promarněného času. Účet bez hostinského.

Uklidnění před smrtící ranou?

Uklidňující tak je jen název kapitoly „Reforma je daleko před začátkem“. Podobně může znít našim uším následující citace:

Znalosti, zkušenosti, názory
Na základě mnoha dotazů a někdy i ne-

gativních reakcí by projektový tým chtěl zdůraznit, že v současné době bylo rozhodnuto o práci na přípravě strategie, a vše je tedy zcela otevřené. Existují názory na směry řešení, existují odborné analýzy a komparativní studie, existují zájmy a skupiny je prosazující. Nemáme však zatím žádný ze směrů za prioritní a nemáme všechny potřebné informace k rozhodnutí o dílčích postupech. Není proto třeba se znepokojovat, a cokoli považujete za podstatné či rizikové, zkuste nejprve komunikovat s námi.

Nejde-li ovšem o pouhé klasické uklidnění obětí před smrtícím úderem.

MUDr. Milan Novák



PL Bohnice. | Foto: archiv

MZ SR dokončilo legislativu pro vyvlastnění pojišťoven

Na Slovensku finišují přípravy transformace zdravotních pojišťoven v jedinou instituci. Ministerstvo zdravotnictví předloží v nejbližších dnech legislativu řešící mimo jiné vyvlastnění dvou soukromých pojišťoven.

„Transformační zákon je v konečném stadiu, světlo světa by měl spatřit v nejbližších dnech. Legislativní norma je podle mého připravena velmi kvalitně,“ uvedla ministryně zdravotnictví Zuzana Zvolenská pro slovenský deník Pravda. Brzy by mělo začít i výběrové řízení na firmu, jež stanoví cenu obou soukromých zdravotních pojišťoven a bude po celou dobu procesu transformace zajišťovat ekonomické a právní poradenství.

Arbitráže na obzoru

Zdravotní pojišťovny Union a Dôvera od počátku rozhodnutí vlády vytvořit na Slovensku jedinou pojišťovnu deklarují, že s transformací rozhodně nesouhlasí a v případě, že by kabinet přistoupil k jejich vyvlastnění,

jsou připraveny se bránit – nejčastěji se skloňuje slovo arbitráž. Nizozemská společnost Achmea, jež je akcionářem Unionu, již slovenské vládě doručila dopis, v němž jí oznamuje začátek arbitrážního řízení.

Akcionář Dôvera, skupina Penta Investments čeká s konkrétními kroky na postup ministerstva zdravotnictví. „V případě, že dojde k vyvlastnění našeho akcionářského podílu v pojišťovně Dôvera, jsme připraveni přijmout veškeré kroky k ochraně našich práv,“ cituje Pravda Martina Danka z Penta Investments. Další postup společnosti odmítl specifikovat s tím, že v případě arbitráže by ji předběžná prohlášení mohla poškodit.

Ministerstvo zdravotnictví nicméně od záměru zřídit v zemi je-

dinou zdravotní pojišťovnu odmítá ustoupit, a to i přes případnou hrozbu arbitráže, a doufá, že se mu podaří zástupce obou institucí přesvědčit, aby pojišťovny akcie státu prodaly. Pokud jednání nedospějí k požadovanému cíli, vláda pojišťovny vyvlastní.

Průzkum ZZZ

Združení zdravotních pojišťoven (ZZP) si ve druhé polovině února nechalo od agentury TNS zpracovat *on-line* průzkum veřejného mínění, podle jehož výsledků si zachování pluralitního systému ve veřejném zdravotním pojištění přeje 85 % Slováků. V průzkumu ze září loňského roku byla podpora tohoto systému 81 %.

„Lidé odmítají státní monopol jediné zdravotní pojišťovny, který jim vezme možnost volby po-

jištění. Nerozumíme, proč vláda chystá mrhání vzácnými zdroji bez ohledu na názor pojištěnců a odborníků,“ komentovala průzkum předsedkyně ZZP Katarína Kafková a upozornila, že respondenti rovněž vyjádřili nespokojenost s tím, že kabinet nevyvaloval finanční prostředky, jež si transformace vyžádá, účelněji – například 73 % oslovených by peníze investovalo do rekonstrukce nemocnic. „Pacient si uvědomuje, že se jedná o finanční prostředky, jež tak lehce do zdravotnictví nad rámec současných možností nepřitečou,“ cituje Katarínu Kafkovou deník Pravda.

Chybí analýza

Ministryně Zvolenská však průzkum odmítla jako neobjektivní, navíc vzorek 1000 respondentů nepovažuje za reprezentativní. „Především se všichni v dostatečné míře skládáme, aby si zdravotní pojišťovny mohly na to samé téma skoro každý den provést vý-

zkum. Přivítala bych, kdyby provedly průzkum samy u sebe, proč tento rok bylo tolik lidí podvodem přepojištěno u soukromých společností,“ prohlásila Zuzana Zvolenská a ubezpečila klienty dvou soukromých pojišťoven, že se jich transformace nijak nedotkne.

Katarína Kafková ministerstvo zdravotnictví rovněž obvinila, že dosud nebylo schopné předložit seriózní analýzu, která by dokazovala výhodnost jediné zdravotní pojišťovny, a poukazuje na skutečnost, že případné vyvlastnění pojišťoven může stát přijít na 200 až 600 milionů eur. „Od zveřejnění zákona o vyvlastnění nás dělí několik dní, maximálně týdnů, a veřejnost dosud neslyšela, proč je pro ni něco, co odborníci zpochybňují, tak výhodné ani jak chtějí státní manažeři ušetřit desítky až stovky milionů eur, jež za vyvlastnění zaplatí běžní občané,“ říká předsedkyně Združení zdravotních pojišťoven.

(Zdroj: Pravda)

(kha)

Krátce ze světa

● **Rakouský červený kříž (ÖRK)** oznámil, že v jednom z vídeňských zdravotnických zařízení došlo k nakažení pacientky virem HIV prostřednictvím krevní transfuze. „Jsme hluboce zasaženi tím, co se stalo,“ prohlásil generální tajemník ÖRK Werner Kerschbaum, podle něhož se jedná o vůbec první takový případ v zemi a riziko nákazy HIV touto cestou činí 1 : 2,5 milionu. Nakažená žena již začala užívat antiretrovirovika, nemá žádné související zdravotní potíže a podle lékařů má „dobré vyhlídky“.

● **Německá biskupská konference** povolila personálu zdravotnických zařízení spravovaných katolickou církví předepsat znásilněným ženám postkoitální antikoncepci. Změnu postoje církve si podle komentátorů vynutily medializované události posledních let, například když loni dvě katolické nemocnice v Kolíně nad Rýnem odmítly ošetřit znásilněnou ženu (jedním z důvodů měla být právě nemožnost předepsat jí postkoitální antikoncepci).

● **Anglická ministryně zdravotnictví** Anna Soubryová prohlásila, že

by v zemi mělo být zakázáno kouření v autech, kde cestují i děti. Po takových restrikcích v minulosti již volalo několik protikuřáckých i odborných společností, narazily však vždy na postoj vlády. Její předseda James Cameron uvedl, že sice bezpodmínečně podporuje zákaz kouření ve veřejných prostorách, ale je „trochu na rozpacích, zda zasahovat lidem i do toho, co se děje v jejich autech“. Britské ministerstvo zdravotnictví si loni nechalo vypracovat průzkum, podle něhož kouří v autech či domácnosti v přítomnosti dětí každý pátý kuřák. Ročně pak lékaři kvůli důsledkům pasivního kouření ošetří více než 300 tisíc dětí.

● **Hurleyova klinika v americkém městě Flint** v Michiganu řešila obvinění, že zakázala afroamerickému personálu pečovat o novorozence bílé pleti. Čtyři černošské sestry tvrdily, že jejich nadřízení ustoupili požadavku muže, jenž měl mít údajně vytetovaný hákový kříž, že se jeho právě narozeného dítěte po dobu pobytu v zařízení nesmějí dotýkat afroameričtí zaměstnanci – toto nařízení prý bylo připojeno i k rozpisu služeb. Spor byl

nakonec vyřešen dohodou a klinika vydala stanovisko, že se postup popsaný sestrami neslučuje s její politikou, která je „zásadně proti rasové diskriminaci“. Podle Americké lékařské asociace (AMA) není požadavek pacientů na ošetření zdravotníkem stejné rasy především na pohotovostech výjimečný. A ačkoli to AMA ve svých stanovách zakazuje, podle jedné studie z roku 2007 nemocnému až ve třetině případů personál vyhověl.

● Podle Světové zdravotnické organizace hrozí lidem, kteří byli vystaveni radiaci při jaderné havárii v **japonské Fukušimě**, jen nepatrně vyšší riziko onemocnění onkologickým onemocněním. „Mimo území Japonska se podle úsudku WHO nedá očekávat žádný zjiitelný nárůst zdravotních komplikací v důsledku havárie. V Japonsku pak může být riziko onemocnění některými druhy rakoviny v nejvíce zasažených oblastech u jistých věkových skupin a pohlaví trochu vyšší, než je průměr,“ píše se ve zprávě organizace, která zároveň doporučuje dlouhodobé sledování obyvatel kontaminovaných území. Zvýšené riziko onemoc-



Foto: morningwhistle.com

nění se týká především karcinomu prsu u žen vystavených radiaci v prvních letech života (o 6 %), leukemie u stejně staré skupiny mužů (o 7 %) a rakoviny štítné žlázy (75% nárůst rizika u radiaci vystavených dívek – obecně v populaci hrozí o,75 % žen, ve Fukušimě pak 1,25 %).

● **Čínská vláda** poprvé v historii přiznala, že zdraví obyvatel některých tamních oblastí s rozvinutým průmyslem může být v důsledku vystavení nebezpečným chemikáliím výrazně poškozeno (viz foto). Ministerstvo životního prostředí v nejnovejší zprávě přiznává vážné znečištění vod či vzduchu v průmyslových regionech, a dokonce používá termín „rakovinné vesnice“, který do

té doby úřady odmítaly a užívali jej prakticky jen aktivisté a bojovníci za lidská práva.

● **Brazílské úřady** hlásí prudký nárůst nakažených horečkou *dengue* – během prvních 7 týdnů roku 2013 bylo potvrzeno 200 tisíc případů tohoto onemocnění, 33 pacientů infekci podleho. Za stejné období roku 2012 se v Brazílii nakazilo 70 tisíc obyvatel a zemřelo jich 41. Podle tamního ministra zdravotnictví Alexandra Padilhy se na příznivém vývoji v počtu úmrtí podepsala intenzivní kampaň na zlepšení péče o pacienty s horečkou *dengue*, která v zemi proběhla v loňském roce.

(Zdroje: ČTK, BBC, Reuters)

(kha)

OSN nevyplatí odškodné obětem cholery na Haiti

Organizace spojených národů (OSN) oznámila, že nebude vyplácet odškodnění haitským obětem cholery či jejich rodinám, přestože je zavlečení nemoci do země spojováno s mírovými jednotkami OSN.

Cholera si na Haiti od října roku 2010, kdy epidemie vypukla, vyžádala na 7750 lidských životů. Počet nakažených se vyšplhal na téměř 620 tisíc. V listopadu 2011 bostonský Institut pro spravedlnost a demokracii na Haiti (IJDH) sepsal petici, v níž po OSN požaduje nejméně 100 tisíc dolarů pro nejbližší rodinu zemřelého pacienta a 50 tisíc dolarů pro každého přeživšího nakaženého cholero.

15 měsíců na 1 větu

Tiskový mluvčí generálního ta-

jemníka OSN Pan Ki-muna Martin Nesirky však koncem února oznámil, že zástupcům institutu zaslali vyjádření, podle něhož není požadavek na odškodnění oprávněný, a poukázal mimo jiné na článek 29 Úmluvy o výsadách a imunitách Organizace spojených národů, který jí v podobných situacích a sporech OSN zaručuje jakousi diplomatickou imunitu.

Haitská pobočka IJDH neskrývala z rozhodnutí organizace zklamání a deklarovala, že je připravena podat na OSN žalobu u soudu buď

na Haiti, nebo ve Spojených státech amerických, případně v Evropě. „Rovněž jsme rozčarování, že jim trvalo 15 měsíců vydat zamítavé stanovisko prakticky o jedině větě, ačkoli to klidně mohli udělat den poté, co obdrželi náš požadavek,“ uvedl ředitel IJDH Brian Cocannon.

OSN: Pomáhali jsme

Nezávislá vyšetřovací komise ustavená v květnu 2011 Pan Ki-munem ve své závěrečné zprávě konkrétního původce zavlečení cholery na Haiti nejmenovala.

Americké Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) nicméně o měsíc později došlo k závěru, že existují velmi přesvědčivé důkazy, že se nákaza do země dostala z tábora nepálských příslušníků mírových sborů OSN. Cholera navíc zasáhla Haiti jen několik měsíců poté, co zemi v lednu 2010 postihlo ničivé zemětřesení, jež si vyžádalo okolo 300 tisíc lidských životů a zanechalo více než 1,5 milionu Haítanů bez střechy nad hlavou.

„Organizace spojených národů se svými partnery velmi usilovně pracovala ve spolupráci s haitskou vládou a tamními obyvateli na zajištění péče, obnovení zdrojů pitné vody i zabezpečení kanalizace, posílení prevence a systému včasného varování,“ vypočítává Martin Nesirky v prohlášení OSN. „Generální tajemník by znovu chtěl vyjádřit svou nejhlubší lítost nad utrpením, které epidemie cholery způsobila,“ píše se dále v dokumentu. V prosinci loňského roku OSN spustila program, který by měl v příštím desetiletí cholero na Haiti vymýtit. Organizace pro iniciativu vyčlenila 2,2 miliardy dolarů.

(Zdroj: Reuters)

Květa Havlová



Foto: myowneyes.org

Smějí lékaři mít svou lékárnu?

Ve více než polovině švýcarských kantonů smluvní lékaři smějí mít vlastní „lékárnu“. V některých kantonech pojatou širěji, v jiných naopak s výraznými omezeními.

Tamní lékařská komora možnost vydávat pacientům léky na recept přímo v ordinaci podporuje a tvrdí, že náklady na tyto léky jsou v přepočtu na jednoho pojištěnce nižší, než když si nemocný vyzvedává léky v lékárně.

Komora vs. pojišťovny

Švýcarský svaz pojišťoven však poukazuje na problémy v této oblasti s tím, že lékaři provozující výdej léčiv si dopomáhají k duplicitním

úhradám svých výkonů a výdaje na takto dispenzované přípravky jsou naopak vyšší. Toto tvrzení komora rozzlobilo. Zveřejnila údaje, z nichž mají vyplývat mnohem výhodnější finanční podmínky pro lékárny (vyšší marže, možnost inkasovat od pacientů poplatek za poradenství), zatímco lékaři se ohledně svých nákladů a příjmů pohybují ve více regulovaných úhradách. Nicméně komora navrhuje diskuto-

vat o jejím vlastním novém modelu začlenění úhrady léčiv do sazebníku výkonů. Zatímco svaz pojišťoven zpochybňuje užitečnost výdeje léčiv v ordinacích, komora zdůrazňuje, že pro nemocné je výhodnější moci si vybrat, zda si půjdou pro lék do lékárny, nebo zda si tuto cestu navíc ušetří. Pokud se pacient právě necítí dobře, je pro něj příjemnější získat léky od lékaře, argumentuje komora.

(vla)

Vládě dali červenou kartu

Ve Švýcarsku by měl být k 1. dubnu obnoven zákaz otevřít si smluvní praxi ambulantního specialisty na účet veřejného zdravotního pojištění, a to po dobu příštích 3 let.

Lékařská komora za tento záměr vystavila vládě „červenou kartu“ – tvrdí, že v některých specializacích se záhy projeví nedostatek lékařů, neboť mnozí jejich kolegové odejdou do důchodu a nikdo je nenahradí.

Rozpolcená komora

Ve vedení komory, spolupracující s dalšími profesními organizacemi, se ovšem projevuje určitá rozpolcenost – v některých svých předchozích zveřejněných stanoviskách připustila, že zdroje veřejného pojištění nelze bezdříve čerpat na

neregulovanou síť zdravotnických zařízení. Také v aktuálním stanovisku komora uvádí, že „stop stav“ na počet lékařských ordinací by bylo možné akceptovat při splnění některých podmínek. Kantony by měly mít možnost flexibilně upravit síť ordinací podle lokální situace. Zákaz založení praxe by se podle komory neměl týkat lékařů, kteří v rámci doškolení už nejméně 5 let působili na školících pracovištích schválených švýcarským institutem pro celoživotní vzdělávání lékařů.

Komora si také přeje, aby lékař při

získání povolení k činnosti mohl založit vlastní praxi nikoli ihned, ale po jednom roce. Dále tato profesní organizace upozorňuje na potřebu zahrnout do celé záležitosti rovněž nemocniční lékaře, protože jinak při snížení počtu levnějších samostatných ordinací budou pacienti o to více čerpat péči v dražších nemocničních ambulancích. Regulační opatření vlády „zadrží lékařský dorost“ v lůžkových zařízeních a ten pak bude podle stavovské organizace chybět v ordinacích opouštěných staršími lékaři, kteří ukončují svou profesní kariéru.

(vla)

Nizozemská vláda plánuje úspory

Koaliční smlouva nové nizozemské vlády počítá s redukcí veřejných výdajů napříč všemi resorty, včetně zdravotnictví či školství, což se mimo jiné dotkne i lékařských fakult či výzkumu.

Ve zdravotnictví se mají s výhledem do roku 2018 ušetřit desítky milionů eur. Resortní ministryně Edith Schippersová (Lidová strana pro svobodu a demokracii) přitom proklamuje, že za spolupráce s poskytovateli péče i jejími uživateli chce celkově zkvalitnit a zefektivnit zdravotnický systém, s dostupnou moderní medicínou za přijatelné ceny.

Limit růstu úhrad

V popředí pozornosti je záměr koncentrovat vysoce specializovanou péči, ale i lékařský výzkum (tyto racionalizační zásahy však vláda plánuje současně i u svých

institucí, počítá se slučováním ministerstev i nižších územních celků a jim podřízených organizací). Meziroční růst úhrad pro praktické lékaře a specialisty má být limitován do 2 %, avšak praktici prý dostanou o půl procenta více než někteří profesní pracovníci působící ve specializovaných zařízeních. Plánují se opatření pro efektivnější využívání lékařské techniky i léčiv. Vláda chce rovněž tlumit náklady na straně pojišťoven (administrativa apod.). Mnohé instituce postihnou také redukce přidělovaných grantových prostředků.

(vla)

AKTUALITY

Vzestup a pád profesora Boldta

Případ Joachima Boldta bývá některými komentátory i odborníky označován za největší skandál v oblasti medicínského výzkumu od dob Andrewa Wakefielda, který v podvržené studii z roku 1998 spojil očkování proti spalničkám, příušnicím a zarděnkám (MMR vakcína) se vznikem autismu u dětí.

Německý anesteziolog byl mezinárodně uznávaným odborníkem a podle deníku *Telegraph* i velmi okouzlejším a charismatickým mužem. „Byl jsem svědkem vystoupení Joachima Boldta na několika konferencích a byl velmi přesvědčivý, měl obrovské charisma. Všechna ta obvinění jsou pro mě šokem,“ uvedl pro zmíněný deník prezident britské Společnosti intenzivní péče (ICS) Bob Winter.

Podezřelý článek

Joachim Boldt se zabýval výzkumem syntetických koloidů, především hydroxyethylškrobu (*hydroxyethyl starch*, HES). Snažil se dokázat, že tyto koloidy jsou právě tak bezpečné jako jejich alternativy – navzdory řadě studií, jež poukazovaly na jejich negativa (zmiňováno bylo hlavně vyšší riziko úmrtí během chirurgického zákroku, selhání ledvin, závažné ztráty krve nebo selhání srdce). Svá tvrzení o bezpečnosti HES Joachim Boldt podpořil desítkami studií, jež „dokazovaly“ výhodu užívání hydroxyethylškrobu pro objemovou náhradu při hypovolemii.

První podezření, že data prezentovaná prof. Boldtem ve výzkumu

HES neodpovídají realitě, přišla po publikování jedné ze studií zaměřené na výhody HES oproti albuminu při kardiopulmonálním bypassu v americkém časopise *Anesthesia and Analgesia* v roce 2009. V následujícím roce byla tato studie stažena pro závažné nedostatky. Začalo vyšetřování i ostatních publikovaných článků – šéfredaktorů celkem 16 odborných časopisů oznámili, že pochybnosti o pravdivosti a relevantnosti výzkumu mají u dalších 89 ze 102 uveřejněných textů.

Skutečná vs. publikovaná data

Následoval poměrně strmý kariérní pád – v listopadu 2010 Joachim Boldt kvůli článku v *Anesthesia and Analgesia* dostal výpověď z Klinikum Ludwigshafen, kde do té doby působil na pozici vedoucího anesteziologa, v únoru 2011 mu byl odebrán titul mimořádného profesora (obdržel jej v roce 1993 na Univerzitě Justuse Liebiga v Giessenu). Německé úřady začaly vyšetřovat 92 publikovaných studií, které Joachim Boldt vedl či se na nich podílel. Anesteziolog navíc čelí obviněním, že padělal dokumenty a podpisy svých údaj-

ných spoluautorů, testoval léčivé přípravky na pacientech bez jejich souhlasu a nutných povolení a nárokoval si peníze za operace, které nikdy neprovedl. Objevily se rovněž informace, že dostával platby od výrobců HES. Pokud by se obvinění prokázala, mohl by být Joachim Boldt odsouzen i k více než 10 letům odnětí svobody a také pokutě až 100 tisíc eur.

Vedoucí německé vyšetřovací skupiny profesor Eike Martin v médiích uvedl, že jeho tým nejprve předpokládal, že všechny výzkumy jsou zcela podvržené. „Máme podezření, že studie, respektive jejich výsledky, nejsou správně publikovány. Profesor Boldt byl velkým zastáncem hydroxyethylškrobu a uveřejněné údaje tomu odpovídají. Ovšem původní data, která jsme při vyšetřování viděli, jsou od těch publikovaných odlišná.“ Profesor Martin jako příklad uvádí článek, který „dokazoval“, že HES způsobuje mnohem méně závažných komplikací v porovnání s ostatními alternativami používanými pro objemovou resuscitaci. Když se však vyšetřovatelé zaměřili na původní, skutečné údaje vyplývající ze studie, zjistili, že podporují závěry přesně opačně.

Špatná zpráva pro obor

Ačkoli se srovnání se skandálem Andrewa Wakefielda může zdát nadnesené, odhalení závažných nedostatků v publikovaných studiích o HES vedlo například ve Velké Británii k revizi tamních

guidelines pro použití koloidů v anesteziologii. „To, co způsobil Andrew Wakefield, mělo neskutečný dopad na život mnoha dětí a princip této aféry je stejný,“ prohlásil prezident Asociace chirurgů Velké Británie profesor John MacFie poté, co na jaře 2011 oznámil přezkoumání zmíněných doporučených postupů. „Profese, již reprezentuji, nemůže být spojována s podvodnými výzkumy,“ uvedl. Podobně tehdy reagoval i profesor intenzivní medicíny a spoluautor britských *guidelines* Rupert Pearse. „Pamatuji si, jak jsem četl článek profesora Boldta v časopise *Anesthesia and Analgesia* a byl jsem překvapený, jakých výsledků se mu povedlo dosáhnout. Současná odhalení otřásla mým profesním světem i mojí důvěrou. Jako pacient bych se cítil úplně stejně,“ citoval profesora Pearse deník *Telegraph*. Velká Británie nicméně nebyla jedinou zemí, jež provedla revizi doporučených postupů pro užívání HES – *guidelines* v souvislosti s aférou prof. Boldta již upravily i další evropské země či Spojené státy americké. Navíc se Evropská léková agentura (EMA) i její americká obdoba Úřad pro kontrolu léků a potravin (FDA) v současnosti zabývají registrací HES jako léčivých přípravků – ve hře je nejen úprava indikace a dalších podmínek užívání hydroxyethylškrobu, ale dokonce případné zrušení registrace.

Aférou samozřejmě byli zaskočení i Boldtovi kolegové. „Vůbec tomu nerozumím. Zastával významnou

pozici a měl dobrou práci. Proč by něco takového dělal? Je naprosto neuvěřitelné, že někdo publikoval takové studie. Je to šílené a navíc velmi špatná zpráva pro náš obor,“ neskrýval rozhořčení vedoucí vnitřní vyšetřovací skupiny na Klinikum Ludwigshafen profesor Howard Martin.

Další analýzy nutné

Bezpečnost užívání HES pro objemovou náhradu při hypovolemii je stále předmětem mnoha studií. V únorovém čísle *Journal of the American Medical Association* (JAMA) vyšly závěry analýzy údajů z 38 výzkumů (včetně studií Joachima Boldta), kterou provedl tým dr. Ryana Zarychanského z Manitobské univerzity v Kanadě. Analýza ukázala, že u pacientů, kterým byl podán HES, byl zaznamenán stejný počet komplikací jako u operovaných, u nichž byly použity jiné přípravky (krystaloidy, albumin). Pokud však autoři z analýzy vyloučili studie profesora Boldta, zjistili u pacientů s HES vyšší riziko renálního selhání a následně potřeby dialýzy, respektive vyšší riziko úmrtí.

„Je těžké odhadnout, kolika pacientů se zfalšované výzkumy Joachima Boldta dotkly, z práce týmu Ryana Zarychanského je však jasné, že zahrnutí či naopak vyřazení jím prezentovaných výsledků hraje velmi důležitou roli v posuzování případného poškození pacienta,“ uvedl profesor intenzivní péče a anesteziologie Massimo Antonelli z Univerzity nemocnice Agostina Gemelliho v Římě který v JAMA publikoval článek doprovozující popisovanou analýzu.

(Zdroje: *Telegraph*, BBC, *Anesthesia and Analgesia*, *Anesthesiology News*, *HealthDay Reporter*)

(red)

V USA se podařilo vyléčit HIV-pozitivní novorozence

Američtí lékaři oznámili, že se jim nejspíš podařilo vyléčit standardní terapií dítě narozené s virem HIV.

Dívka narozená ve státě Mississippi, již je v současnosti již 2,5 roku, je nyní bez medikace a téměř rok u ní nebyly zjištěny žádné známky infekce. Podle dr. Deborah Persaudové z Univerzity Johnse Hopkinse je příklad malého děvčete důkazem, že u velmi malých dětí je HIV léčitelný – je však nutné začít s terapií co nejdříve, u starších dětí se zatím úplné vyléčení nepodařilo.

Okamžitý začátek léčby

Prvním „vyléčeným“ pacientem s HIV se v roce 2007 stal Timothy Ray Brown, u něhož však bylo úspěchu dosaženo během léčby leukemie – zničením jeho imunitního systému a transplantací kmenových buněk od dárce se vzácnou genetickou mutací zajišťující rezistenci

vůči HIV. Před rokem se však objevila zpráva, že se u Timothyho Raye Browna infekce vyskytla znovu. U novorozence z Mississippi však byla zahájena 30 hodin po narození terapie antiretrovirovými standardně užívanými u HIV-pozitivních dětí. Deborah Persaudová efektivitu 18měsíční léčby vysvětluje tím, že se virus podařilo zasáhnout dříve, než se stačil dostat do tzv. spících buněk. „Tento případ může změnit přístup k péči o novorozence s HIV,“ uvedla lékařka. Nepřítomnost testu v těle dívky byla potvrzena šesti nezávislými laboratořemi. Odborníci nicméně varují před předčasným optimismem. Navzdory současnému úspěchu se účinnost terapie potvrdí teprve v budoucnu.

(Zdroj: BBC)

(kha)

Pacienti s bazaliomem mohou být zařazeni do klinické studie

Na čtyřech pracovištích v České republice probíhá klinická studie fáze II přípravku určeného k léčbě pacientů s lokálně pokročilým či metastazujícím bazaliomem.

Do studie mohou být zařazeni nemocní starší 18 let mající histologicky potvrzenou diagnózu lokálně pokročilého nebo metastazujícího bazaliomu, u nichž po radioterapii došlo k návratu onemocnění.

Seznam pracovišť

Uvedená klinická studie v současnosti probíhá na těchto pracovištích:

- Dermatovenerologická klinika 3. LF UK a FN Královské Vinohrady,
- Kožní oddělení FN Ostrava,
- Onkologická klinika 1. LF UK a Thomayerovy nemocnice,
- Klinika onkologie a radioterapie LF UK a FN Hradec Králové.

V nadcházejících měsících by měla být zahájena rovněž na těchto pracovištích:

- Radioterapeuticko-onkologické oddělení, Onkologická klinika 2. LF UK a FN Motol
- Onkologická klinika LF UP a FN Olomouc
- Dermatovenerologická klinika 1. LF UK a VFV v Praze
- Kožní oddělení Nemocnice České Budějovice.

(akt)



První a jediná imunoglobulinová terapie s 20% koncentrací pro subkutánní podání

- Imunoglobulinová terapie s 20% koncentrací zkracuje dobu infuze^{1,2}
- Jednoduchá subkutánní aplikace „Rapid push“ při domácí léčbě, při které není nutná infuzní pumpa^{3,4}
- Přípravek Hizentra® může být skladován až 30 měsíců při pokojové teplotě do 25 °C^{1,3}
- Při přechodu z intravenózně podávaného imunoglobulinu na subkutánně podávaný imunoglobulin je použití 20% roztoku Hizentra® jednoduché na přepočítání dávky

Hizentra®
Imunoglobulin pro subkutánní podání (lidský) 20% roztok

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU HIZENTRA®

Název přípravku: Hizentra® 200 mg/ml injekční roztok k subkutánnímu podání. **Léčivá látka:** Imunoglobulinum humanum normale (SClg). Jeden ml obsahuje: Proteinum plasmatis humani 200 mg (čistota minimálně 98% IgG). Přibližné rozdělení podtříd IgG: IgG1 62–74 %, IgG2 22–34 %, IgG3 2–5 %, IgG4 1–3 %. Maximální obsah IgA je 0,050 mg/ml. **Terapeutické indikace:** Substituční léčba u dospělých a dětí při syndromech primární imunodeficiency jako např.: vrozená agamaglobulinémie a hypogamaglobulinémie, běžná variabilní imunodeficiency, závažná kombinovaná imunodeficiency, IgG deficiency podtříd s opakujícími se infekcemi. Substituční léčba u myelomní nebo chronické lymfatické leukémie s těžkou sekundární hypogamaglobulinémií a opakujícími se infekcemi. **Dávkování a způsob podání:** Léčba by měla být zahájena a na začátku monitorována pod dohledem zdravotnického pracovníka se zkušeností s léčbou imunodeficiency. **Dávkování:** Dávku je nutné stanovit individuálně pro každého pacienta v závislosti na farmakokinetice a klinické odpovědi a minimálních sérových hladinách IgG. Jako vodítka mohou posloužit níže uvedené režimy dávkování. **Dávkovací režim** využívající subkutánní aplikaci by měl zajistit udržitelnou hladinu IgG. Může být nutné podání počáteční dávky minimálně 0,2 až 0,5 g/kg (1,0 až 2,5 ml/kg) tělesné hmotnosti. Tu je případně nutné rozdělit na několik dnů. Po dosažení rovnovážného stavu hladin IgG jsou udržovací dávky podávány v opakovaných intervalech k dosažení kumulativní měsíční dávky řádově 0,4 až 0,8 g/kg (2,0 až 4,0 ml/kg) tělesné hmotnosti. **Způsob podání:** Léčivý přípravek se

musí podávat pouze subkutánně. Přípravek Hizentra® je možné aplikovat injekčně do míst jako je břicho, stehna, paže a laterální část kyčle. Pokud jsou podávány velké dávky (> 25 ml), doporučuje se podávání do více míst. Doporučená úvodní rychlost infuze závisí na individuálních potřebách pacienta a neměla by převyšovat 15 ml/hod/místo. Pokud je dobře tolerována, může být pak rychlost infuze postupně zvýšena na 25 ml/hod/místo. Je možné použít infuzní pumpy vhodné pro subkutánní podání imunoglobulinu. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo kteroukoliv z pomocných látek. Pacienti s hyperprolinémií. Hizentra® se nesmí podávat intravaskulárně. **Zvláštní upozornění:** Přípravek Hizentra® je určen pouze pro subkutánní podání. Pokud je přípravek Hizentra® náhodně aplikován do žíly, může u pacienta vyvolat šok. Je třeba dodržovat rychlost infuze uvedenou v bodě **Dávkování a způsob podání**. Po dobu podávání infuze je třeba pacienty pečlivě sledovat a věnovat pozornost případnému výskytu jakýchkoli nežádoucích účinků. **Interakce:** Podání imunoglobulinu může po dobu 6 týdnů až 3 měsíců snížit účinnost oslabených živých virových vakcín, jako např. vakcín proti spalničkám, příušnicím, zarděnkám a planým neštovicím. Mezi podáním tohoto léčivého přípravku a vakcinací oslabenou živou virovou vakcínou má uplynout interval 3 měsíců. V případě spalniček může toto snížení účinnosti trvat až 1 rok. Proto by měli být pacienti očkováni proti spalničkám vyšetření na protilátky. **Těhotenství a kojení:** Údaje z prospektivních klinických studií o použití normálního lidského imunoglobulinu u těhotných žen jsou omezená. Proto by se měl přípravek Hizentra® podávat těhotným ženám a kojícím matkám jen se zvýšenou opatrností. Na základě klinických zkušeností

s podáváním imunoglobulinu nelze očekávat žádné nepříznivé ovlivnění průběhu těhotenství nebo ovlivnění plodu a novorozence. Pokračující léčba těhotných žen zajišťuje pasivní imunitu pro novorozence. Imunoglobuliny jsou vylučovány do mateřského mléka a mohou přispívat k přenosu ochranných protilátek na novorozence. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Hizentra® nemá žádný nebo má zanedbatelný vliv na schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. **Nežádoucí účinky:** Občas se mohou objevit nežádoucí účinky, jako je třes, bolesti hlavy, horečka, zvracení, alergické reakce, nevolnost, artralgie, nízký krevní tlak a středně silné bolesti dolní části zad. Vzácně může normální lidský imunoglobulin způsobovat náhlý pokles krevního tlaku a v ojedinělých případech anafylaktický šok, dokonce i když nemá pacient v anamnéze známou přecitlivělost na předchozí podání. Lokální reakce v místě infuze: otok, bolestivost, zarudnutí, zatvrdnutí tkáně, místní proteplení, svědění, modřiny a vyrážka. **Předávkování:** Důsledky předávkování nejsou známy. **Doba použitelnosti:** 30 měsíců. **Uchovávání:** Neuchovávejte při teplotě nad 25 °C. Chraňte před mrazem. Uchovávejte injekční lahvičku v krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Velikosti balení:** Velikosti balení pro 1, 10 nebo 20 lahvíček: 1 g / 5 ml, 2 g / 10 ml, 3 g / 15 ml, 4 g / 20 ml. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** CSL Behring GmbH, Emil-von-Behring-Strasse 76, D-35041 Marburg, Německo. **Registrační čísla:** EU/1/11/687/001-EU/1/11/687/012. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci pro předepisování najdete v Souhrnu údajů o přípravku. Verze SPC platná ke dni vydání materiálu (4. 3. 2013).

Reference: 1. EMA scientific report Hizentra®. 2. D. Nguyen, et al. Subcutaneous Hizentra® (20%) Is Better Tolerated And Shares Similar Efficacy Compared To Subcutaneous Vivaglobin (16%). J Allergy Clin Immunol, Volume 129, Number 2. 3. SPC Hizentra®. 4. Ralph Shapiro. Subcutaneous Administration of IGG by Frequent Push in Primary Immunodeficiency Disorders. XIVth Meeting of the European Society for Immunodeficiencies, 26.

SÚKL INFORMUJE

Kontroly zdravotnických zařízení v roce 2012

V roce 2012 Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) provedl 282 kontrol zacházení s léčivými přípravky ve 24 lůžkových zařízeních a 258 ambulancích a ostatních zdravotnických zařízeních poskytujících zdravotní péči.

Kontroly SÚKL byly zaměřeny na plnění požadavků zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů, a jeho prováděcích předpisů.

Nejzávažnější přestupky

K nejzávažnějším zjištěním patřila tato porušení zmíněného zákona:

- Léčivé přípravky (LP) nevyhovující jakosti, s prošlou dobou použitelnosti, uchovávané nebo připra-

vené za jiných než předepsaných podmínek, zjevně poškozené nebo nespotebované nebyly jako nebezpečný odpad předávány osobě oprávněné k jejich likvidaci.

- Nepoužitelné léčivé přípravky byly předávány dodávající lékárně, která není organizační součástí zdravotnického zařízení a není osobou oprávněnou k likvidaci (u 10,3% kontrolovaných zdravotnických zařízení).

- Přestože měla zdravotnická zařízení (ZZ) uzavřenou smlouvu na zneškodňování nebezpečného od-

padu, nebyla v ní zahrnuta likvidace nepoužitých léčiv (ve 14,2% kontrolovaných ZZ).

- Léčivé přípravky vrácené pacienty nebyly odstraněny jako nepoužitelná léčiva, ale byla nadále používána při poskytování zdravotní péče (ve 2,8% kontrolovaných ZZ).

- U 22,3% kontrolovaných ZZ nebyly sledovány informace SÚKL o závadách v jakosti, nežádoucích účincích léčiv a stahování léčiv z oběhu. V jednom kontrolovaném ZZ došlo v důsledku ne-

sledování závad v jakosti k porušení zákona, když poskytovatel zdravotních služeb použil léčivo se závadou v jakosti.

- Byly nalezeny lékařské předpisy (v 6% kontrolovaných ZZ), které nebyly uloženy tak, aby se zabránilo jejich ztrátě nebo odcizení a možnosti jejich zneužití. Nevyplněné lékařské předpisy navíc byly opatřeny razítkem poskytovatele.

Nejčastější pochybení

Naopak k nejčastějším závadám, jež inspektoři SÚKL při kontrolách zdravotnických zařízení zjistili, patřily:

- Chybějící nebo jen částečně vypracované standardní operační postupy (SOP) pro příjem, úpravu, používání a uchovávání LP (u 43,3% kontrolovaných ZZ). V SOP navíc nebyly dostatečně nebo vůbec stanoveny pravomoci a odpovědnosti jednotlivých pracovníků za zacházení s LP.

- Nebyly vždy vedeny záznamy

o prováděných kontrolách dob použitelnosti uložených LP (u 29,4% kontrolovaných ZZ), záznamy teplot uchovávání při 15-25 °C (ve 26,6% kontrolovaných ZZ) a při 2-8 °C (v 8,9% kontrolovaných ZZ).

- K léčivým přípravkům uloženým v ordinaci poskytovatel zdravotních služeb nepředložil záznamy o jejich příjmu (ve 13,1% kontrolovaných ZZ), případně na příjmových dokladech chyběl podpis přijímající osoby (v 8,9% kontrolovaných ZZ). Nebyly předloženy doklady o nabytí reklamních vzorků LP používaných na pracovišti (v 10,6% kontrolovaných ZZ).

- U LP nebyly dodrženy podmínky uchovávání, které jsou uvedeny v souhrnu údajů o přípravku nebo podle pokynů výrobce, dodávající lékárně, pracoviště či zařízení připravujících léčivé přípravky (ve 21,3% kontrolovaných ZZ).

Podrobnější informace najdete na:

www.sukl.cz

(Zdroj: SÚKL)

SÚKL v loňském roce zkontroloval 804 lékáren

V roce 2012 působilo podle Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) celkem 2513 lékáren a 241 odloučených oddělení výdeje léčiv a zdravotnických prostředků (OOVL). Oproti roku předchozímu se počet lékáren zvýšil o 65, počet OOVL se naopak o 2 snížil.



vrhu na zahájení správného řízení patřily zejména:

- výdej léčivých přípravků se závadou v jakosti,
- příprava léčivých přípravků z neatestovaných surovin,
- výdej léčivého přípravku bez lékařského předpisu nebo výdej na neplatný tiskopis,
- opakovaný výdej léčivých přípravků obsahujících návykovou látku,
- nedostatky v kusové evidenci a další závady v dokumentaci,
- výdej léčivého přípravku lékárnou distributorovi,
- neposkytování údajů v rámci povinných hlášení o léčivých přípravcích,
- převody léčivých přípravků mezi lékárnami nad rámec zákonitých podmínek.

Podrobnější informace najdete na:

www.sukl.cz

(Zdroj: SÚKL)

Inspektoři SÚKL loni provedli 804 kontrol lékáren (ve 35 případech se jednalo o kontroly na základě podnětu), samostatná inspekce zaměřená na návykové látky (NL) byla provedena ve 308 lékárnách (v 8 případech šlo o cílenou kontrolu). Bylo vydáno celkem 95 příkazů (rozhodnutí o uložení pokuty). Ve 4 případech byly podány návrhy na zahájení správného ří-

zení o uložení pokuty za porušení zákona o léčivech, v 5 lékárnách byla pozastavena příprava léčivých přípravků (neověřená váha a laminární box) a ve 3 případech byla pozastavena činnost celé lékárně (provozování lékárně a OOVL v neschválených prostorech, nepřítomnost lékárníka). Mezi důvody k vydání rozhodnutí o uložení pokuty nebo podání ná-

Kontroly lékáren v roce 2012

Typ kontroly	Počet	Hodnocení inspekce						Sankce		
		1	%	2	%	3	%	A	B	C
Běžné kontroly	804	570	70,9	161	20,0	73	9,1	5	3	99
Kontroly NL	308	226	73,4	62	20,1	20	6,5	-	-	15
Cenové kontroly	101	nehodnoceno dle klasifikace závad						-	-	-

Hodnocení: 1 - lékárna bez závad nebo zjištěny pouze drobné závady; 2 - zjištěny významné nebo opakované závady; 3 - zjištěny kritické závady nebo závažná porušení zákona.

Sankce: A - pozastavení přípravy léčivých přípravků (částečně či zcela); B - pozastavení činnosti (provozu) lékárně; C - vydání příkazu (pokuty) nebo návrh na správné řízení ve věci uložení pokuty.

Kontroly zdravotnických zařízení v období od r. 2008 až do r. 2012

Druh kontroly	Povaha inspekce		Hodnocení (%)		
	Plánované	Na podnět	1	2	3
ZZ 2008	259	46**)	62,0	31,1	6,6
ZZ 2009	285	15**)	66,3	26,7	6,7
ZZ 2010	256	44**)	62,8	30,1	7,1
ZZ 2011	281	19	72,7	23,0	4,3
ZZ 2012	250	32	72,0	22,0	6,0

Pozn.: ** V jednom případě nebyla cílená kontrola provedena na podnět klasifikována.

***) Ve čtyřech případech nebyla cílená kontrola provedena na podnět klasifikována.

Klasifikace: 1 - drobné závady; 2 - významné závady; 3 - kritické závady.

Informace SÚKL k očním kapkám s obsahem kortikoidů

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) informuje o dočasném omezení dodávek očních kapek s obsahem kortikoidů.

Držitelé rozhodnutí o registraci, společnost Warszawskie Zakłady Farmaceutyczne Polfa S. A. a Ursapharm Arzneimittel GmbH & Co. KG, oznámili SÚKL dočasné přerušování dodávek léčivých přípravků:

- Dexamethasone WZF Polfa, oph. gtt. sus., 1x5 ml, 0,1% (k 4. 2. 2013),
- Predni-Pos, oph. gtt. sus., 1x5 ml (k 14. 1. 2013).

Dle informací poskytnutých držiteli rozhodnutí o registraci není dovoz cizozemské šarže možný u žádného z výše uvedených přípravků. Na trhu jsou však stále do-

stupné přípravky s účinnou látkou fluorometholon.

Obnovení dodávek přípravku Dexamethasone WZF Polfa se očekává v první polovině dubna, přípravku Predni-Pos již v první polovině března.

Veškerá hlášení o zahájení, přerušování či ukončení dodávek léčivých přípravků na trh od držitelů rozhodnutí o registraci jsou dostupná v souhrnném přehledu a zároveň i v databázi léků na internetových stránkách SÚKL (www.sukl.cz).

(Zdroj: SÚKL)

Chronické respirační infekce v dětském věku

Chronické respirační infekce v dětském věku jsou téměř každodenní problematikou nejen v ordinacích praktických dětských lékařů. Pokud se tyto problémy nevyskytnou již v nejranějším věku, velmi pravděpodobně se objeví v době nástupu dětí do kolektivu.

Zdánlivě banální problematika je ale velmi komplexní a její řešení často svízelné. Je nutné vyloučit organický podklad obtíží a také případný skrytý imunodeficit nebo metabolickou poruchu. Nicméně často ani komplex vyšetření neodhalí závažnější příčinu. Stav se často opakuje a výsledkem je řetězec: infekce – často podané antibiotikum jako řešení i u virové infekce (ve snaze zabránit superinfekci či jako „poslední“ řešení) – narušení fyziologické mikroflóry dýchacích cest i střeva – sekundární narušení obranyschopnosti systémové i slizniční – protražované zotavování křehkých sliznic – a opět infekce. V praxi je jistě velmi těžké rozhodnout, kdy jsou antibiotika plně indikována a kdy ne, protože každá aplikace antibiotik vede k narušení fyziologické mikroflóry a přirozené slizniční bariéry, se všemi negativními konsekvencemi. O jedno z možných řešení takových situací bych se rád podělil na následujících řádcích.

Průběh nemoci a léčby

Dívka, narozena v září 2009. Dítě ze 2. těhotenství, porod v termí-

nu, spontánní, bez komplikací. Kojená jen 2 měsíce, poté kojení ukončeno pro mastitidu. Očkována řádně třemi dávkami hexavakcí, jako doplňkové očkování Prevenarem, již kompletní.

V 5. měsíci věku začala s plaváním, od února 2010 stále trpí rýmou, nos bez sekrece, odsávání bez úspěchu, sekret spíše stéká do krku, holčička opakovaně zvrací spolykané hleny. ATB neindikována, kromě Pamyconu ve formě nosních kapek předepisovaného PL. Vyzkoušen Sterimar s mědí, s nulovým efektem.

První vyšetření v mé ordinaci v květnu 2010:

Nález: Nos zevně bez sekrece, hrdlo klidné, tonzily lehce zvětšené, bez obsahů, po zadní stěně faryngu stéká světlý hlen, několik malých uzlinek na krku.

Jednou z možných diagnóz je nedolčená rinfaryngitida, nicméně v jejím pozadí může stát i hypertrofie adenoidních vegetací. Cílené ORL vyšetření bych indikoval v případě, že nebude reakce na úvodní léčbu. Nasnadě by bylo i vyšetření imunologické a alergologické. V tuto chvíli je ale třeba podat lék odpovídající

charakteru sekretu a též lék se vztahem k lymfatické tkáni. Dýchací potíže jsou zhoršené v teplém prostředí. Dítě vyžaduje teplé nápoje.

Předpis: V homeopatickém ředění léky Kalium muriaticum 15 CH a Thuya occidentalis 9 CH v denním podávání.

Kontrola po měsíci: Částečné zlepšení rýmy a průchodnosti dýchacích cest, ale časté kýčání, bez sekrece. Ponechána zavedená medikace a přidán lék Sticta pulmonaria 9 CH na uvolnění obstrukce.

Další kontrola (opět po měsíci): Známky obstrukce opět menší, ale stále trvají, horší v teple, zvracení hleny též s menší frekvencí, ale trvá pořád. Nyní akutně rýma, žlutý sekret, nedráždivý, opět stéká do krku. Ráno zaschlý kolem nosu. Tonzily bez obsahů, uzliny klidné. Dítě je aktivní, neustále v pohybu. Chce neustále kousat, tvořit, stále vyžaduje nějakou činnost, změnu.

Předpis: V první řadě je nutno léčit akutní rýmu – předpis léku Kalium bichromicum 9 CH 3x denně a léku Oscilloccinum, 1 tuba denně. Jako prevenci dal-

ších recidiv je třeba podat hluboce působící lék se vztahem ke sliznicím horních cest dýchacích – Tuberculinum v ředění 30 CH jednorázově.

V srpnu 2010 matka telefonicky sděluje, že došlo ke zlepšení o 90 %, známky obstrukce nosu již prakticky nejsou.

Další kontrola po 2 měsících: Dítě mělo pouze jednu lehkou rýmu a jednu ataku zvracení hlenů. Od prvního vyšetření v ordinaci byly veškeré infekty úspěšně řešeny homeopatickými léky. V průběhu několika měsíců nebyla podávána antibiotika, celkově došlo k výraznému zlepšení stavu. Objektivně hrdlo klidné, uzliny nehmata. Na zadní stěně laryngu nepatrné množství žlutavého sekretu.

Doporučení: Tuberculinum 30 CH zopakovat opět jednorázově jako imunomodulaci, Hydrastis canadensis 9 CH indikováno vzhledem k charakteru a lokalizaci sekrece, denní podávání.

V březnu 2011 je dítě zcela v pořádku, bez rýmy a potíží.

Poslední kontrola v listopadu 2011: Dítě je nadále bez potíží.

Doporučení: Jednorázově podat zno-



Ilustrace foto: Shutterstock

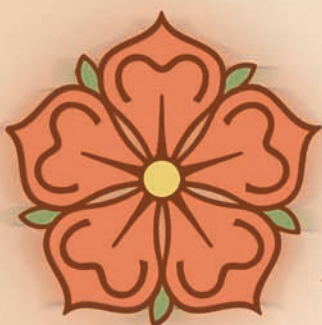
vu lék Tuberculinum 30 CH, dále lék Oscilloccinum, 1 tuba týdně, jako prevence infekcí. Eventuální kontrola dle potřeby.

Závěr

Uvedená kazuistika dokazuje, že i úporné případy recidivujících respiračních infekcí lze úspěšně řešit s pomocí léků v homeopatickém ředění a správně vedená léčba může pacientům významně pomoci. V praxi jsem se opakovaně přesvědčil, že symptomatická úleva v případě akutních potíží je s použitím dobře vybraného léku dle principů klinické homeopatie rychlá. Pro dlouhodobé vedení případu a ve snaze podstatně zlepšit stav pacienta je také nutné pečlivě zvolit správný lék s hlubokým účinkem, který dokáže nastolit významnou změnu v obranyschopnosti organismu.

MUDr. Jaroslav Čupera
ARO – SJIP Nemocnice Ivančice
privátní homeopatická
a akupunkturistická praxe Rosice u Brna

Inzerce A131002305



Dovolujeme si Vás pozvat na
*Sympatibulum České společnosti pro sexuální medicínu:
XVIII. andrologické sympóziium a I. feminologické sympóziium
Setkání „CECSM - Central European Collaboration on Sexual Medicine“
31. 5. – 1. 6. 2013 Městské divadlo Český Krumlov*

Pořádá:

Česká společnost pro sexuální medicínu, člen European Society for Sexual Medicine,
Mladá fronta a. s. divize Medical Services.
Ve spolupráci se Sexuologickou společností ČLS JEP
a Okresním sdružením ČLK Český Krumlov.

Registrace a další informace naleznete na www.medical-services.cz



Generální partner:



Hlavní partneři:



Recepty jsou speciálně pro asociaci s.r.l.

ROZHOVOR

Imunomodulace v ordinacích českých pediatriů

V období posledních zimních záchvěvů a blížícího se jara jsme oslovili tři pediatri z různých koutů České republiky, prim. MUDr. Zuzanu Vančíkovou, CSc., MUDr. Zdeňku Růžičkovou a MUDr. Miroslava Černého, s dotazy na aktuální situaci v jejich ambulancích a na možnosti prevence a léčby respiračních infekcí.



Ilustrační foto: Shutterstock

Jak byste charakterizovali současné období z hlediska nemocnosti dětí?

Zuzana Vančíková: Nemocnost dětí je stále vysoká. Převažují jako vždy respirační infekce. Doznívá chřipka, která je mnohdy provázena bakteriálními komplikacemi. Na našem oddělení jsme například počátkem roku léčili pacientku s pneumokokovou pneumonií s rozsáhlým výpotkem, pacienta s pneumokokovou meningitidou, pacienta s pansinusitidou a preseptální celulitidou, probíhají RS virové infekce, které jsou závažné hlavně u kojenců. Po zimní „přestávce“ se objevil už i rotavirový průjem.

Zdeňka Růžičková: V současné době je zvýšená nemocnost dětí až na hranici epidemie. Toto období trvá již od prosince 2012 s krátkými poklesy nemocnosti během prázdnin. Ve své praxi zjišťuji i změny klinických obrazů nemocí. Febrilie při virózách i chřipkách netrvají cca 3–4 dny jako dříve, ale 6–8 dní. Bolestivost při zánětu středouší u dětí je nyní minimální, spíše žádná. Toto onemocnění diagnostikuji pouze na základě otoskopického vyšetření a téměř vždy je potvrzeno odborným lékařem ORL s nutností paracentézy. Častěji než kdy jindy provádíme laboratorní vyšetření, FW, KO+diff, CRP, eventuálně ALT a AST, abychom vyloučili bakteriální onemocnění. Výjimkou není kombinace virového a bakteriálního infektu (*scarlatina* a chřipka typu B) nebo 2 virových chorob – *parotitis epidemica* potvrzená laborator-

ně s EBV, a to u dítěte řádně očkováného. Téměř každé 1,5leté dítě přichází do ordinace s respiračním onemocněním – dráždivým, bolestivým, úporným kašlem. Nezřídka bývá diagnostikována bronchopneumonie s obstrukční nástavbou. Navíc se zvyšuje výskyt alergických reakcí po podání ATB a enormně stoupá jejich rezistence.

Miroslav Černý: Na vaši otázku odpovím možná trochu nečekaně. Ve své ordinaci, zaměřené pediatricko-neurologicky, se v tomto období setkávám zejména s dětmi, které od září prodělaly již několik infekčních chorob dýchacích cest, léčenými symptomaticky nebo kauzálně (antibiotiky), a jejich rodiče si neví rady s dalším onemocněním. V této chvíli mám na mysli zejména děti předškolního věku, s ne zcela vyzrálým imunitním systémem, dostávající se v předškolních zařízeních do častějšího kontaktu s podobně nedolčenými vrstevníky. V důsledku této skutečnosti rovněž získají další virové onemocnění. Suprese jejich (dosud nevyzrálého) imunitního systému tak dále pokračuje.

Je proto nanejvýš vhodné zvážit další možnosti jak stav jejich sliznic vyvést ze začarovaného kruhu trvající iritace dýchacích cest. Například přetrvávající slizniční sekrece, týdny neustupující suchý afebrilní kašel a perzistující subfebrilní stavy vyžadují tento přístup. S dětmi, u kterých jsme (po dohodě s rodiči) od září upřednostnili preventivní (terapeutickou) strategii, se vidám

minimálně. A v tomto vyjádření snad spočívá ona nečekaná odpověď na vaši otázku. Prevence neznámá pouze jistou formou obrany před možným onemocněním, nýbrž je určitým druhem léčby, která vede k homeostáze organismu jako celku, imunitní systém nevyjímaje.

Jaká doporučení dáváte z hlediska prevence respiračních infekcí?

ZV: Prevence respiračních infekcí spočívá v první řadě v režimových opatřeních: vyhýbat se místům a situacím, kde může dojít k nákaze, omezit návštěvy hromadných kulturních akcí, nákupních center, bazénů, pokud možno se vyhnout hromadné dopravě a dodržovat základní hygienická pravidla. Důležitá je také správná životospráva a stravování, mnoho nesolit, nekouřit, pobývat v čistém prostředí, dostatek odpočinku, omezení stresu, dostatek vitamínů – to vše pomáhá zabránit infekcím nebo je lépe zvládat. Dalším krokem, který je vhodné provést již před začátkem sezóny, je očkování proti možným vyvolavatelům respiračních infekcí. K dispozici je například vakcína proti pneumokokům nebo chřipce. U pacientů, kteří sami z nějakého důvodu nemohou být očkovaní, je vhodné, aby byli očkovaní všichni, kdo jsou s nimi v úzkém kontaktu.

ZR: Pro prevenci onemocnění zimního období – respiračních infekcí – svým pacientům doporučuji především rozumnou životosprávu: klid v rodině bez závažných stresových situací, dostatek spánku, pobyt na čerstvém vzduchu s optimálním oblečením, otužování. Nesmíme opomíjet dostatek tekutin, ovoce a zeleniny, dodržování výživové pyramidy a omezení pobytu v uzavřených prostorách s velkým počtem lidí (kina, divadla...). Pro zlepšení imunitní odpovědi radím i přírodní medikamentózní léčbu – léky fyziologické regulační medicíny (FRM), eventuálně léky fytotherapeutické nebo homeopatické, prebiotika a probiotika.

MČ: Nebudu vypočítávat všechny

možnosti, které se v této souvislosti nabízejí. Zmíním zejména přístup, se kterým mám klinické zkušenosti a dobré výsledky. Domnívám se totiž, že nejlepším řešením je současné ovlivnění imunitní odpovědi na úrovni nespecifické (vrozené) i specifické (získané) imunity. Pokud mají maminky často nemocných dětí pozitivní zkušenost s přípravky obsahujícími například imunoglukan (komplex biologicky aktivních polysacharidů), doporučuji v jejich užívání pokračovat. Tímto přípravkem navozenou stimulaci zejména nespecifické imunity (stimulací makrofágů) doplňuji takovým preparátem, který působí na obě složky imunitního systému – a nejen na ně. Tím je pak možné dosáhnout aplikace preventivního účinku.

Jakou máte zkušenost s imunomodulačními látkami a které využíváte ve své praxi?

ZV: Imunomodulace je vhodná u pacientů trpících zvýšenou nemocností, u kterých není prokázán vrozený imunodeficit nebo jiné onemocnění vysvětlující jejich zvýšenou nemocnost. V těchto případech je prioritní kauzální léčba. Stále se ale setkáváme s pacienty, kteří ani po důkladném vyšetření nejeví známky žádného známého imunodeficitu či jiné

nemoci, a přesto jsou náchylnější k infekcím. Je pravděpodobné, že naše vyšetřovací metody nejsou tak detailní a porucha imunity u těchto jedinců není rozpoznána. Ve své praxi využívám biologicky aktivní polysacharidy (BAP), například imunoglukan, méně pak bakteriální lyzáty. Vliv biologicky aktivních polysacharidů na imunitu byl zkoumán na zvířecích modelech i v řadě klinických studií po celém světě. V letech 2009–2010 proběhla multicentrická, placebem kontrovaná klinická studie posuzující účinnost a bezpečnost imunoglukanu také v Česku a na Slovensku. Zúčastnily se jí předškolní děti trpící častějšími respiračními infekcemi (více než 5 do roka). Během podávání imunoglukanu po dobu 6 měsíců bylo 36% dětí zdravo, neonemocnely ani jednou respirační infekcí. Tento výsledek se statisticky významně lišil od skupiny placebové, kde neonemocnělo pouze 21% dětí. Také frekvence respiračních infekcí byla u 66% dětí v aktivní skupině hodnocena pediatrii jako významně snižená (oproti 38,3% v placebové skupině). Nežádoucí účinky nebyly zaznamenány.

U pacientů se závažnými projevy a vysokou nemocností, kteří nereagují na podávání BAP či lyzátů, používám v sezóně respi-

prim. MUDr. Zuzana Vančíková, CSc.

Absolvovala 1. lékařskou fakultu UK v Praze a úspěšně ukončila postgraduální studium s prací na téma „Ontogenetický vývoj slizniční imunity a její vztah k některým imunopatologickým stavům“.



Má zoleťou praxi u lůžka, atestaci z pediatrie, alergologie a klinické imunologie, TRN a zvláštní odbornou způsobilost z dětské pneumologie. V posledních 15 letech pracovala jako lékařka a odborná asistentka Pediatrické kliniky 2. LF UK a FN Motol a na Pediatrické klinice 1. LFUK a IPVZ Thomayerovy nemocnice v Praze-Krči. Vyučuje

a přednáší posluchačům medicíny a biologie i v kurzech postgraduálního vzdělávání lékařů. Publikuje v tuzemských i zahraničních časopisech.

Dlouhodobě se věnuje problematice respiračních nemocí a alergií u dětí. Nyní vede pracoviště plně vybavené pro komplexní diagnostiku a léčbu dětí s akutními i chronickými nemocemi dýchacích cest a plic, alergickými onemocněními i poruchami imunity a také všemi běžnými akutními i chronickými chorobami dětského věku v Hořovicích.

NOVINKY VE FARMAKOTERAPII

račních infekcí intramuskulárně aplikovaný imunoglobulin. Tato léčba je také vhodná u pacientů, u nichž hrozí rozvoj autoimunitního onemocnění. Z ostatních imunomodulací občas použiji inosin pranobexum, zejména u pacientů s opakovanými virovými infekcemi nebo přetrvávající aktivací EBV.

ZR: V mé praxi registruji své děti rodiče preferující spíše prevenci než léčbu a mají s ní dobré zkušenosti. Výborné výsledky mám u svých pacientů s imunomodulační léčbou pomocí přípravků Gunaprevac a Citomix. Každý z léků doporučuji podávat pouze 1x týdně. Citomix se užívá v dávce 10 pelet větším dětem a 5 pelet menším dětem, a to každou středu po dobu 6 týdnů, Gunaprevacu pak 1 dóza u větších a půl dózy u malých dětí každou neděli. Tuto léčbu doporučuji opakovat po dalších 6 týdnech pauzy, ve které často radím podávat sirup Imunoglukan v dávce 1 ml na 5 kg hmotnosti pacienta.

MČ: Mám-li být konkrétnější, zmíním také registrovaný více-složkový přípravek Gunaprevac, jehož jednotlivé složky působí na

více etážích. Na úrovni imunitního systému ovlivňují funkce profesionálních fagocytů, makrofágů, NK buněk (nespecifická imunita) a zejména cytotoxických lymfocytů (specifická imunita). Pro věkovou kategorii dětí, kterou jsem zmiňoval výše, je velmi důležitý takzvaný slizniční stabilizující efekt. Tato optimalizace stavu sliznic snižuje riziko rozvoje infekčního procesu, při jeho manifestaci jsou symptomy (například chřipky nebo jiného virového onemocnění) mírnější a dříve ustupují.

Této skutečnosti je dosaženo parasimpatolytickým efektem, který navozuje dekonstaci sliznic a tím podporuje slizniční integritu. Cis-akonitát (obsažený v jedné složce přípravku) vstupuje jako slabá kyselina do Krebsova cyklu. Organismus tak následně získá energii z adenosintrifosfátu rozkladem fosfátových vazeb. Optimalizace a podpora tvorby energie pro další buněčné procesy napomáhá fyziologické slizniční integritě.

Fakt, že jednotlivé složky přípravku jsou v nízkých dávkách, což umožňuje doporučit jeho uží-

vání již od kojeneckého věku, je pro mě jedním z velmi důležitých faktorů.

S blížícím se jarem přichází i období alergií. Jak na tento fakt připravujete své pacienty?

ZV: Mnoho pacientů s pylovou alergií dostává před začátkem sezóny pylové vakcíny, u některých typů vakcín se v podávání pokračuje i v sezóně a některé jsou užívány celoročně. Těsně před zahájením pylové sezóny začínají pacienti užívat antihistaminika celkově, případně antialergické topické léky do očí a nosu. Někteří astmatici musejí zvýšit dávky svých udržovacích inhalačních léků. U alergiků, kteří jsou náchylnější k infekcím, je vhodná i imunomodulace pomocí biologicky aktivních polysacharidů, například imunoglukanu, který aktivuje imunitu a působí i protialergicky.

ZR: Řada pacientů již netrpělivě očekává příchod jara, protože tato zima je skutečně velice chudá na sluneční svit. Počet slunečních dnů – spíše minut se sluníčkem – by se dal spočítat na prstech. Kvůli tomu je v populaci zvýšená únava, špatná nálada a někdy až depresivní chování. Pro zlepšení zdravotního stavu doporučuji podávat denně vitamin D₃ a vitamin C jako doplněk racionální stravy, a to zhruba do dubna. Před jarem doporučuji pacientům detoxikační kúru trvající 6 týdnů pomocí přípravku Guna-Matrix, u pacientů preferujících homeopatickou léčbu pak Sulphur. U alergických pacientů či pacientů s pozitivní alergickou anamnézou při-

MUDr. Miroslav Černý

Promoval v roce 1976 na LF UJEP v Brně. Atestoval z pediatrie (1980) a dětské neurologie (1985). V letech 1991–1993 získal mezinárodní homeopatický diplom CEDH. Specializoval se v elektroencefalografii (Klinika dětské neurologie LF MU a FN Brno, subkatedra dětské neurologie IPVZ v Praze) a v kojenecké neurologii



(subkatedra dětské neurologie IPVZ v Praze).

V roce 1986 založil a do roku 1990 vedl dětský neurologický stacionář MÚNZ v Brně, od roku 1995 až dosud provozuje soukromou homeopatickou praxi, od roku 2008 působí v privátním Centru analytické a nekonvenční medicíny.

dávám Guna Allergy Prev, při potížích Guna Allergy Treat. Potíže pak bývají snesitelnější, nebo dokonce žádné a tím se snižuje či omezuje podávání antihistaminik. Vždy je však nutné přistupovat k pacientovi individuálně a léčbu mu „šít na tělo“ podle jeho názoru a přání. Mou snahou je totiž léčit pacienta a ne pouze onemocnění.

MČ: Před třemi lety jsem rozšířil obvyklou preventivně léčebnou paletu o jeden nový přípravek (Guna Allergy Prev), o jehož účincích jsem se dozvěděl v rámci publikované klinické studie italského pediatra dr. Arrighiho. Ten konstatuje, že jeho užívání má obdobný preventivní účinek jako srovnávaný levocetirizin hydrochlorid. Dále uvádí, že v dlouhodobém horizontu (3 roky) preventivní užívání Guna Allergy Prev

u těchto dětí snižovalo v symptomatickém období spotřebu nazálních kortikosteroidů a antihistaminik. Uvedený přípravek obsahuje (kromě dalších složek) interleukin 12 a interferon γ v aktivovaných fyziologických dávkách, které upravují dysregulaci mezi Th₁ a Th₂ lymfocyty s odpovídajícím klinickým efektem. Vlastní klinické zkušenosti – na menším souboru dětí – odpovídají výsledkům citované studie. Guna Allergy Prev je vhodné zařadit do preventivního schématu již nyní a jeho současné užívání s jinými léky je možné.

Zpracování dané problematiky je součástí edukačních aktivit podpořených v rámci projektu Popularizace zdraví – Po.Zdrav.

PharmDr. Lucie Kotlířová
Edukafarm, Praha

MUDr. Zdeňka Růžičková

Absolventka Fakulty dětského lékařství UK Praha (1981). Od roku 1985 pracovala jako obvodní dětská lékařka v ordinaci v Karlových Varech – Doubí.

Od roku 1993 vede první nestátní zdravotnické zařízení pro



děti a dorost v okrese Karlovy Vary. Má zájem o přírodní léčbu (již od roku 1981); absolventka kurzů francouzské a rakouské homeopatické školy (Boiron, Dr. Peithner), nyní se věnuje studiu fyziologické regulační medicíny.

logické regulační medicíny.



evropský
sociální
fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



OP Vzdělávání
pro konkurenceschopnost

INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Inzerce A131002304

POZVÁNKA

PRACOVNÍ SKUPINA
KARDIOVASKULÁRNÍ
REHABILITACE ČKS

pořádá za organizačního zajištění



ČESKÁ
KARDIOLOGICKÁ
SPOLEČNOST



KONSTANTINOVY LÁZNĚ
LÉČEBNÉ LÁZNĚ A. S.
www.konstantinovy.cz



XXII. LÁZEŇSKÉ KARDIOVASKULÁRNÍ DNY V KONSTANTINOVÝCH LÁZNÍCH 15.-16. BŘEZNA 2013

Registrace a další informace naleznete na www.medical-services.cz

Zlomový rok české transplantologie

Lékaři Transplantcentra IKEM v loňském roce provedli nejvíce transplantací jater u dětí i dospělých v historii celého programu a nejvíce transplantací ledvin od žijících dárců. Transplantační program je však podfinancovaný a pojišťovny i ministerstvo mají na stole cenové balíčky, které by financování unikátního oboru narovnal.

Třetí nejvýkonnějšího českého transplantačního centra – Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) – v loňském roce provedly v průměru více než jednu transplantaci denně. Celkem 373 pacientům zde transplantovali 396 orgánů. „Velmi mě těší úspěchy lékařů ve velkých či unikátních transplantačních programech. Navíc také programy jako transplantace srdce, transplantace slinivky břišní nebo Langerhansových ostrůvků drží svůj standard, který je nad průměrem oproti ostatním transplantačním centrům v ČR,“ říká ředitel institutu MUDr. Aleš Herman, Ph.D. I on je poměrně novým „projektem“ IKEM. Ministr zdravotnictví jej (po prošetřování korupčních skandálů kolem bývalého ředitele ústavu Jana Malého) jmenoval do funkce v říjnu roku 2011.

Nejvíce transplantací ledvin od živých dárců

Kvantitativně největším programem v IKEM jsou transplantace ledvin. „I když nejvíce ledvin získáváme od zemřelých dárců (loni to bylo 183 orgánů), podařilo se velmi výrazně rozvinout program transplantací od živých dárců. Ledvinu tak někdo příbuzný, známý nebo kamarád loni daroval nemocnému v 52 případech, což je nejvíce v celé historii programu,“ říká přednosta Transplantcentra IKEM MUDr. Pavel Trunečka, CSc. O zvýšení počtu orgánů od živých dárců IKEM usiluje dlouhodobě. Letos by mu měl napomoci nový zákon (č. 44/2013 Sb.), který mění tzv. transplantační novelu. Zákonem Česko do svého právního řádu zapracovalo směrnici Evropského parlamentu a Rady 2010/53/EU o jakostních a bezpečnostních normách pro lidské orgány určené k transplantaci, jež v ČR spadají především do gesce Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL).

Lehké schvalování a orgány cizinců

Navrhované změny prošly legislativním procesem hladce, protože reflektovaly již prováděnou praxi. Navíc ale zákon nově stanovil například kompenzační mechanismy pro živé dárce a otevřel také cestu k dárceství orgánů od zemřelých občanů jiné národnosti, k získání



Lékaři Transplantcentra IKEM Jiří Froněk (vlevo) a Jiří Mendl při řetězové transplantaci ledvin. | Foto: archiv IKEM

finančního příspěvku pozůstalým i živým dárcům, k úhradě výkonů spojených s transplantací zdravotní pojišťovnou dárce nebo k zajištění vyšší jakosti a bezpečnosti transplantací lidských orgánů dle platných směrnic Evropské unie. „Nově připravený transplantační zákon má dárcům orgánů například poskytnout výhody a kompenzace za čas strávený v nemocnici či úhradu léků, které musejí kvůli odběru orgánů užívat. Povolení převozu orgánů přes hranice se v urgentních případech zjednoduší a převoz v těchto případech bude umožněn prakticky okamžitě,“ uvedl současný ředitel SÚKL a Koordinačního střediska transplantací (KST) MUDr. Pavel Březovský, MBA, poté, co nový zákon schválila vláda. Možnost transplantovat orgány od všech zemřelých dárců jiné národnosti se týká jak těch, kteří na území České republiky žijí trvale, tak například i od turistů, kteří navštíví Českou republiku v rámci krátkodobé návštěvy. Počet možných dárců orgánů jiné národnosti odborníci odhadují na statisíce.

Zákon dále nově začlenil Koordinační středisko transplantací pod SÚKL. „Ve fungování KST nedojde k žádné změně, efektivně se využije společné účetnictví, IT, výběrová řízení a tak dále. Současně se sníží počet organizačních složek státu ve zdravotnictví tak, jak navrhuje ministerstvo financí,“ uvedl před časem pro naši redakci Pavel Březovský, který si do doby před

sloučením obou institucí zachovával jako nový ředitel SÚKL také o,1 úvazku v KST. Sloučením úřadů je však dle svých slov ukončil.

Mezinárodní portál

Šanci na získání vhodného orgánu k transplantaci začal letos zvyšovat také nový projekt Koordinačního střediska transplantací, které uvedlo do provozu mezinárodní portál Coorenor. „V nabídce jsou přebytečné orgány, pro které není v zemi původu momentálně možné najít vhodného příjemce. Zveřejňují se zde rovněž požadavky po orgánech pro pacienty, kteří jsou v akutním ohrožení života a potřebují transplantaci v řádu několika málo dnů,“ popisuje ředitel Koordinačního střediska transplantací.

Portál funguje pro celou Evropu a do jeho využívání je zatím zapojeno 8 zemí (Česko, Slovensko, Polsko, Maďarsko, Lotyšsko, Litva, Francie, Itálie), další se přidávají. Úspěch projektu potvrzuje výměna, která proběhla počátkem srpna. Koordinační středisko transplantací vložilo do nabídky dětské srdce, jehož dárce byl ani ne rok a půl starý chlapec, který zemřel na následky vážného úrazu. „Během několika minut se ozvali lékaři z kliniky v Římě, kteří měli v péči pacientku, jejíž organismus mohl takové srdce akceptovat. Srdce se k ní dostalo v řádu několika málo hodin a bylo úspěšně transplantováno. Od počátku roku 2012 jsme

v rámci mezinárodní výměny poslali také plíce do Vídně. Ze zahraničí jsme k transplantaci pro naše pacienty zatím dovezli 9 orgánů. Lze očekávat, že tato aktivita se po spuštění provozu portálu Coorenor ještě zvýší a přispěje tak k záchraně více životů jak u nás, tak v Evropě,“ potvrzuje přínos tohoto druhu spolupráce Pavel Březovský.

Kulový blesk každé tři měsíce

Nezvyklým počinem transplantačních týmů IKEM byla první řetězová transplantace ledvin u nás. Během ní darovalo 6 lidí orgán 6 pacientům z jiného páru. Po 9měsíčních přípravách bylo během 2 listopadových dnů loňského roku provedeno celkem 12 operací. „Na prvním operačním sále jsme s Jiřím Mendlem prováděli odstranění ledviny od žijících dárců miniinvazivní laparoskopickou technikou. Na vedlejším operačním sále v přesně určený čas operační tým Libora Janouška a Tomáše Marady provedl postupně všech 6 transplantací. Celkem jsme tuto šestisměnu operovali 20 hodin,“ popisuje průběh operací přednosta Kliniky transplantační chirurgie IKEM MUDr. Jiří Froněk, Ph.D. Druhá řetězová výměna orgánů proběhla letos v únoru. Při deseti operacích si během 2 dnů v IKEM vyměnilo ledvinu 5 dárců a 5 příjemců. Na počátku řetězce, stejně jako u první řetězové operace, stannul altruistický dárce, který ledvi-

nu daroval komukoli, kdo ji potřebuje. „Plánování nyní bylo lehčí než napoprvé, už jsme měli zkušenosti z listopadové výměny. Navíc nám tentokrát pomáhali předvýběr provést i matematicí pomocí přesných algoritmů. Teprve na základě jejich propočtů pak shodu u pacientů ověřovali naši imunologové, nefrologové a další lékaři. Tím jsme významně zkrátili čas přípravy,“ popisuje přednosta Froněk, který je zároveň vedoucím týmu transplantací od živých dárců.

Renální selhání se nepodchytí ve 40 %

Řetězové transplantace ledvin chce IKEM provádět optimálně každé 3 měsíce. „Početem dvojic nechceme lámat rekordy, jde nám především o bezpečnost a pomoc pacientům. Je ale pravdou, že se nám ozývá stále více nemocných a jejich příbuzných nebo známých, kteří by chtěli transplantaci od živých dárců podstoupit. Například už teď vyšetřujeme dalších 14 dvojic,“ doplňuje přednosta Kliniky nefrologie IKEM prof. MUDr. Ondřej Viklický, CSc.

Transplantace ledvin představují nejlepší metodu léčby nezvratného selhání ledvin. Tím v Česku trpí přes 6 tisíc lidí, kteří jsou vesměs léčeni především dialyzačními metodami. „Jen 12 procent z nich je zařazeno do programu transplantace ledvin, z toho více než polovina z nich jsou pacienti IKEM. Proto se naši nefrologové i speciálně vyškolené sestry snaží pacienty z ostatních zdravotnických zařízení co nejvíce informovat o tom, jaké jsou jejich další možnosti a že se díky transplantaci jejich stav může výrazně zlepšit. V IKEM se je pak k transplantaci snažíme co nejlépe připravit,“ popisuje týmovou práci u transplantací ledvin přednosta Viklický. Zároveň upozorňuje na fakt, že pacientů se selháním ledvin stále přibývá, odhalením renálního selhání však podle něj stále není podchyceno včas. „Alarmující je fakt, že v naší zemi stále máme vysoké procento (až 40 procent) lidí, které se selháním ledvinami musí přivést do nemocnice až sanitka. Jen v 60 procentech tuto diagnózu podchytí lékař již v počátcích,“ dodává profesor Viklický.

Nejvíce transplantací jater u dospělých i dětí

O téměř 20 transplantací více než v roce 2012 (celkem 83) zachránili život pacientům s nefunkčními

játry. Výjimečné úspěchy zaznamenal i program dětských jaterních transplantací, který IKEM provádí jako jediné centrum v republice. Nová játra dostal rekordní počet 11 dětí. Počty nejmenších pacientů také zvýšila změna alokačních kritérií a aktivnější přístup ke zmenšení štěpu jater, případně k hledání příbuzenských dárců. V IKEM si při transplantacích jater nejmenším pacientům pomáhají buď redukcí, tedy odpovídajícímu zmenšením orgánu, nebo výhodnějším rozdělením (split) na dvě funkční části. Tyto postupy zvyšují šanci dětí na transplantaci.

„U nejmenších pacientů chceme provádět zejména příbuzenské transplantace jater ještě ve větším počtu, i když se jedná o enormně náročné výkony materiálově i odborně. Pro naše malé příjemce nabízíme nejlepší možnost úspěšného výkonu,“ vysvětluje vedoucí programu dětských transplantací jater v IKEM MUDr. Libor Janoušek, Ph.D.

Nejmenší pacientka po 10 letech

Na konci roku 2012 v IKEM po 10 letech provedli u dítěte historicky třetí transplantaci jater od živého dárce. Roční pacientce, jejíž stav se při čekání na játra od zemřelého dárce rapidně zhoršoval, byl transplantován štěp jater jejího otce. „Odebrat část životně důležitého orgánu zdravému člověku a tu pak transplantovat malému dětskému příjemci je jedna z nejobtížnějších transplantací. O to větší radost je vidět, že se po měsíci od operace oběma – otci i dceři – daří dobře,“ dodává Jiří Froněk.

Přestože se v IKEM specializují především na dospělé pacienty, pro ty dětské je zde speciálně vyškolený personál. „U dětských pacientů s tak těžkou diagnózou, jakou jsou jaterní onemocnění, je velmi náročná jak operační, tak i pooperační péče. Proto veškerý personál naší kliniky prošel vysoce specializovaným výcvikem, jsme pro tyto pacienty plně vybaveni, máme

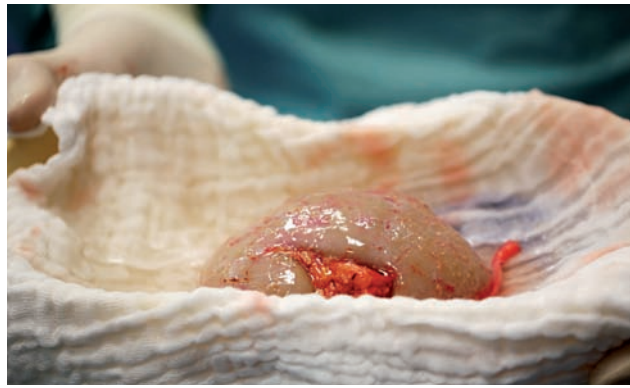


Foto: archiv IKEM

pro ně přizpůsobeny všechny přístroje jak na sálech, tak na klinice, kde jsou například umístěny vždy v samostatném boxu,“ doplňuje přednostka Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní péče Transplantcentra IKEM MUDr. Eva Kieslichová, Ph.D.

Financování v troskách

Připravené balíčkové ceny, jak je definovali odborníci v transplantologii, stanovují celkové náklady

na transplantaci srdce na 1,7 milionu, jater na 1,68 milionu, ledviny na 0,53 milionu a ledviny společně s pankreatem na 0,58 milionu korun. Podle ředitele IKEM Aleše Hermana je zohlednění skutečné ceny transplantací a individuální způsob úhrady s využitím systému DRG řešením, jak současné podfinancování transplantáčního programu narovnat. „Zatímco v minulých letech jsme finanční výpadyk v transplantáčních pro-

gramech hradili z výsledků některých programů Kardiocentra IKEM, letos to již kvůli jinak nastavenému finančnímu ohodnocení některých kardiologických programů není možné. A tím by mohl vzniknout velký problém,“ varuje ředitel Herman a vyjmenovává tři oblasti, kde zdravotní pojišťovny výkony zdravotníků nehradí. Patří sem některé výkony a roztoky pro odběr a udržování orgánů, práce transplantáčních koordinátorek, ale i některé léky.

„Celkem jsme tuto ztrátu spočítali u 360 transplantací přibližně na 160 milionů korun, kde nehraněná péče činí 60 milionů a podfinancování transplantací vede ke ztrátě dalších 100 milionů korun. Intenzivně jednáme s ministristvem zdravotnictví a pojišťovnou jak o krátkodobém, tak o dlouhodobém, systémovém řešení tohoto problému právě formou balíčkových cen,“ uzavírá ředitel Herman.

Petra Klusáková

Transplantace jater po třiceti letech zkušeností

Brněnské Centrum kardiiovaskulární a transplantáční chirurgie (CKTCH) si připomnělo třicáté výročí první transplantace jater u nás, vedle lékařů úspěšného týmu se setkání zúčastnil i pacient Josef Mynář, jemuž byla játra transplantována v roce 1983.

Příprava programu zaměřeného na transplantace jater ve Fakultní nemocnici u sv. Anny (FNUSA) v Brně začala již v roce 1968, rok po první úspěšné operaci tohoto druhu v USA. S přípravnými pracemi zde začali v listopadu 1968 a v jejich rámci tým lékařů z chirurgické kliniky experimentálně prováděl operace na prasatech. Během této fáze se uskutečnilo asi 150 transplantací, než lékaři dosáhli uspokojivých výsledků, do roku 1978 pak trvalo, než zvířata s transplantovanými játry standardně přežila více než rok. Teprve pak si lékaři mohli dovo-

lit přikročit k první klinické transplantaci jater. „Žádali jsme ministerstvo zdravotnictví a vědeckou radu o povolení provádět transplantaci jater a trvalo celé čtyři roky (do roku 1982), než jsme toto povolení dostali. Bylo však omezeno, že transplantace mohla být provedena pouze v kategorii nejtěžších typů onemocnění – v případě zhoubného nádoru neléčitelného jiným způsobem, tedy v nehorší indikační skupině, která má i v současnosti velmi špatné operační výsledky. Měli jsme štěstí, že náš první pacient, který ministerským kritériím odpovídal, si

měl zhoubný nádor, který postihoval celá játra, ale nemetastázoval,“ vzpomíná na první klinickou transplantaci jater prof. MUDr. Jan Černý, CSc., který u této historické operace u nás byl. Úspěšně odoperovaný pacient Josef Mynář se pak vrátil k plnohodnotnému životu a v současnosti je podle evropského registru transplantací jater zřejmě nejdéle žijícím pacientem po tomto zákroku v Evropě.

Od experimentu k rutině

V prvních letech lékaři v brněnském CKTCH prováděli jednu až dvě transplantace jater ročně a počty transplantovaných se začaly výrazněji zvyšovat od roku 1994, v posledních letech se pohybuje mezi 25 a 36 operacemi za rok. „Původní pionýrské transplantace v našem centru byly provázeny častějšími časnými pooperačními komplikacemi, například krvácením, nebyla tak propracovaná pooperační péče a nebyly ani tak účinné léky potlačující imunitu příjemce. Během 80. a 90. let byly vyvinuty propracovanější režimy aplikace imunopresiv a zlepšila se i diagnostika a léčba eventuální poruchy transplantovaných jater,“ říká ředitel CKTCH doc. MUDr. Petr Němec, CSc., MBA.

Do konce roku 2012 bylo v Brně provedeno 451 transplantací jater a tento typ operace se zde stal rutinní a účinnou léčebnou metodou. Bezprostředně po operaci jsou transplantovaní pacienti umístěni na lůžku intenzivní péče, po stabilizaci stavu pak stráví na standardním lůžku 2–3 týdny. „I přes jistá úskalí úspěšná transplantace dramaticky mění kvalitu života pacientů, jeho délku i celkovou nemocnost – mohou vést zcela normální život a necítí se nijak limitováni. Narůstá i počet dětí narozených rodičům s transplantovanými játry,“ uvedl k operačním výsledkům centra Petr Němec.

Hrazení neodpovídá nákladům

Brněnské CKTCH loni získalo prestižní certifikát kvality a patří k nejkompaktnějším pracovištím v Česku v oblasti kardiochirurgie a kardiologie. Za dobu své existence se zde uskutečnilo 27 tisíc srdečních operací a přes 1700 transplantací orgánů (srdce, játra a ledviny). Ročně se tu provede na 1100 srdečních operací a 100 transplantací. Centrum v současnosti zatěžuje ekonomická stránka jaterních transplantací. Podle Petra Němce

jde o značně nákladnou záležitost v řádu stovek tisíc až milionů korun, což není zohledněno úhradovými mechanismy pojišťoven. „Pro zdravotnické zařízení jsou někdy transplantace vysoce ztrátovou záležitostí, v systému je proplácení nastaveno tak, že se operace zaplatí pouze v případě, že nenastanou žádné komplikace. Jestliže tomu tak není, musíme na tyto pacienty doplácet z jiných prostředků a hrazení neodpovídá skutečným nákladům,“ vysvětluje ředitel Němec. Počet transplantací je v současnosti v CKTCH limitován především počtem dárců. Pokud jde o praktický model transplantace, dárci jater se stávají lidé, u nichž byla jednoznačně prokázána smrt mozku a vyloučena infekce či nádorové onemocnění, aby nedošlo k přenosu na příjemce. Jejich výběr probíhá podle čekací listiny, na kterou jsou zařazováni podle závažnosti onemocnění. „První na řadě jsou pacienti v nejtěžším stavu, při přiřazení jater vhodnému pacientovi se ovšem musí přihlížet i k velikosti transplantovaného orgánu a dalším medicínským faktorům,“ říká k výběru kandidátů transplantace docent Němec. Roli podle něj hraje i délka, po kterou je pacient na listině. V současnosti je v Brně průměrná čekací doba 100 až 150 dní. Zhruba 90 % pacientů přežívá 1 rok, 5 let po operaci pak asi 80 %, přes 10 let 72 %.

David Daniel



První pacient s transplantovanými játry u nás Josef Mynář a profesor Jan Černý třicet let po úspěšné operaci. | Foto: David Daniel

ZAJÍMAVÉ PRACOVIŠTĚ

ICRC se soustředí i na Alzheimerovu chorobu

V brněnském Mezinárodním centru klinického výzkumu (ICRC) začíná v nových prostorách působit Centrum pro poruchy paměti Fakultní nemocnice u sv. Anny, jež se specializuje zejména na Alzheimerovu nemoc.

Vsoučasnosti je v péči Centra pro poruchy paměti přibližně 400 pacientů, u nichž již Alzheimerova choroba propukla, další skupinu tvoří lidé se subjektivními poruchami paměti, kteří jsou v programu sledování. Nové podmínky, jež centru poskytne umístění v areálu ICRC, usnadní práci multioborovému lékařskému týmu a pacientům nabídnou komfort, jaký dosud chyběl – většina vyšetření se bude moci uskutečnit v jednom místě, odpadne tak nutnost hledání dalších vyšetřovacích místností (neuropsychologie, ambulantní LP, laboratorní odběry) v rámci areálu nemocnice.

Osvěta mezi lékaři i pacienty

Počet pacientů, kteří do centra přicházejí, roste a děje se tak z různých stran. Část z nich do centra posílají praktičtí lékaři, na něž byla zaměřena osvětová aktivita, kterou již centrum mezi praktiky v rámci svého programu uskutečnilo a jejíž náklady pokryla dotace Ministerstva zdravotnictví ČR „Národní akční plány a koncepce“ pro rok 2012. Jednalo se o přednášky zaměřené na možnosti moderní diagnostiky preklinických a prodromálních

stadií Alzheimerovy choroby, které proběhly v šesti městech krajů Jihomoravského, Zlínského a Vysočina.

„Účastníci přednášek byli také seznámeni s možnostmi pokročilé diagnostiky těchto stadií nemoci v brněnském centru a s významem diagnostiky pro pacienty. Součástí vzdělávací akce bylo i seznamování širší veřejnosti s problematikou onemocnění a nutnosti nepodceňování příznaků choroby,“ říká vedoucí Centra pro poruchy paměti v Brně MUDr. Kateřina Sheardová, podle níž se část vyšetřovaných pacientů rekrutuje i z přednáškové akce pro veřejnost a z mediální kampaně, jež proběhla v rozhlasu a televizi.

Vyšetřovací metody

Pacienti, kteří do centra přicházejí, se ocitají v péči multioborového týmu, v němž pracuje neurolog, geriatr, neuropsychologové, radiologové. Součástí diagnostiky jsou kromě neurologického vyšetření také zobrazovací metody, podrobná neuropsychologie zaměřená na hippokampální typ poruch paměti, laboratorní a genetické vyšetření a vyšetření likvoru. Alzheimerova choroba se projevuje úbytkem určitých



MUDr. Kateřina Sheardová. | Foto: Michaela Dvořáková

specifických mozkových oblastí, diagnostika proto zahrnuje i speciální sekvence na magnetické rezonanci, kde se mimo jiné měří objem či atrofie mozkových struktur, jež odpovídají za paměť, *hippocampus* a parietální oblasti. Kromě toho je v centru možné ambulantně provést vyšetření důležitých biomarkerů Alzheimerovy nemoci a neurodegenerativních změn z mozkomíšního moku – jedná se o beta-amyloid a tau-protein. To vše pak pomáhá určit nejen pacienty, kteří trpí Alzheimerovou

chorobou, ale i vyhledávat lidi s mírnou kognitivní poruchou, u nichž se velmi pravděpodobně demence brzy rozvine. K diagnostikování onemocnění v časných stadiích by mohla přispět rovněž metoda vyšetření tzv. pittsburskou substancí, která je aplikována nitrožilně, má schopnost se v mozku vázat na beta-amyloid a pomáhá jej zobrazit. „Výroba pittsburské substance je ovšem nákladná a problémem je, že kvůli krátkému poločasu rozpadu nestabilní a musí se připravovat v místě vyšetření. V Česku zatím její užití není schváleno, ale rysují se nové možnosti ligandů s delším poločasem rozpadu, o jejichž využití se jedná, a existuje naděje, že je bude možné v budoucnu uplatnit. Pacienti by pak v rámci přesnější diagnostiky nemuseli podstupovat lumbální punkci,“ upřesňuje doktorka Sheardová.

Klíčové je včasné odhalení

Pokud jde o vlastní léčbu, nejpožívanější jsou inhibitory acetylcholinesterázy – donepezil, rivastigmin a galantamin, problémem však je, že se jedná o látky ovlivňující příznaky, nikoli samotnou podstatu onemocnění. „Nasadíme-li tyto léky, během 3 měsíců se sice pacient mírně zlepší, ale pak se jeho stav vyrovná víceméně paralelně s pacienty neléčenými. Tato léčba přesto dokáže oddálit stadia nesoběstačnosti a nástup pacienta

do instituce, nicméně je to terapie symptomatická – léčí příznaky a není schopná zastavit úbytek buněk,“ říká kognitivní neurolog MUDr. Martin Vyhnaněk, který pracuje ve výzkumném týmu Neuro 2 při Centru pro poruchy paměti ICRC.

„Proti beta-amyloidu se experimentálně očkuje od roku 2000, u části pacientů dojde k jeho téměř úplnému vymizení z mozku, nicméně je záhadou, proč toto vymizení není provázeno výrazným zlepšením klinického stavu. Možná, že léčíme pozdě, tudíž je nutné mít lépe vypracovaný systém diagnostiky,“ dodává Martin Vyhnaněk. I proto se činnost brněnského Centra poruch paměti orientuje na včasné odhalování nemocí.

Součástí programu je i výzkum

Vedle osvěty a péče o pacienty s onemocněním je program brněnského centra zaměřen na snahu o hledání příčin nemocí, tedy na výzkum. „Základem výzkumu je epidemiologická studie a je přínosné, že můžeme sledovat pacienty pomocí celosvětově uznávaných biomarkerů. Lze tak přispět k trendu sledování rizikových faktorů, jako je životní styl, pohybové aktivity či stravovací návyky, a získané poznatky korelovat s tím, u koho se pak nemoc projeví,“ vysvětluje Kateřina Sheardová.

Výhodou týmu je multioborovost a multicentricita – součástí neuroepidemiologického programu Neuro 2 ICRC je kromě brněnského centra také Centrum pro poruchy kognitivních funkcí ve FN Motol vedené doc. MUDr. Jakubem Hortem, Ph.D. „Výhodou multicentricity je, že máme synchronizované protokoly mezi Prahou a Brnem, což umožňuje vyšetřovat a hodnotit pacienty standardně v rámci celé republiky, pro vědecké účely je pak výhodou naše společná databáze biomarkerů,“ dodává Kateřina Sheardová.

Obě centra také spolupracují s týmem na Mayo Clinic v americkém Rochesteru. Ve spolupráci s tímto prestižním zařízením zavedli konkrétní protokoly, které vyšetřují biomarkery Alzheimerovy nemoci. Ty mohou napovědět, jestli je pacient v ohrožení touto chorobou. Spolupráce s Mayo Clinic je široká, pracoviště v USA již navštívili mnozí členové týmu Neuro 2, v současnosti je v rámci neuroepidemiologické studie ve Spojených státech několik českých lékařů na tréninku.

David Daniel



Foto: Michaela Dvořáková

Pražská charta je apelem na podporu paliativní péče ve světě

U příležitosti Evropského kongresu paliativní péče vznikl na půdě Evropské asociace pro paliativní péči (EAPC) dokument nazvaný Pražská charta. Jeho signatáři vyzývají světové vlády, aby se zasadily o dostupnost paliativní péče ve svých zemích.

Podle dokumentu by vlády měly uznat dostupnost paliativní péče jako jedno ze základních lidských práv plynoucí z nároku na nejvyšší dosažitelnou úroveň tělesného a duševního zdraví. Stát by se tak měl prostřednictvím zdravotní politiky, která vyslyší potřeby pacientů

v terminálním stadiu, zajištěním základních léků včetně opioidních analgetik, vzděláním zdravotníků v paliativní péči a léčbě bolesti a integraci paliativní péče do zdravotnického systému země.

„Pokud pacienti čelí silným bolestem, může být neschopnost

vlády zajistit paliativní péči hodnocena jako kruté, nelidské či ponižující zacházení. Paliativní péče umí účinně mírnit utrpení a předcházet mu, a to za relativně nízkých nákladů,“ apelují organizátoři charty, ke kterým patří vedle EAPC také Mezinárodní asociace

pro paliativní péči (IAHPC), Světová aliance paliativní péče a Human rights watch (HRW). Upozorňují na fakt, že v řadě zemí je paliativní péče omezená nebo úplně nedostupná. „Tento stav vede, obzvláště v rozvojových zemích, ke zbytečnému utrpení milionů pacientů,“

uvádí charta. Kromě začlenění paliativní péče do systému zdravotní péče a zajištění dostupnosti nutných léků Pražská charta požaduje, aby právo na paliativní péči prosazovaly významné světové organizace, jakými jsou Rada Evropy, Světová zdravotnická organizace (WHO), Světové zdravotnické shromáždění (WHA), Světová lékařská asociace (WMA) a Mezinárodní rada sester (ICN).

(dlu)

Kvalita života nesmí být proklamací

Pražskou chartu pro naše čtenáře okomentoval předseda České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP, ředitel a vedoucí lékař Domu léčby bolesti s hospicem sv. Josefa MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.

Proč Pražská charta vznikla?

Protože je v současných evropských (i světových) zdravotnických systémech velmi obtížné prosadit smysluplnost systémové péče o nevy léčitelně nemocné. Důvodem je jak nezáměr zdravotníků, tak významný odklon hodnotových měřítek a cílů zdravotní péče od *well being* (tedy dobrého bytí, dle definice zdraví WHO) k systému úprav a oprav („autoopravna“). Kvalita života a snaha dosáhnout jí organizační zdravotní péče jsou spíše jen proklamace. Co pak ovšem probíhá v realitě, tomuto cíli vůbec neodpovídá. A v takové atmosféře je

již nutné posunout prosazování smysluplné péče do roviny politické – tu mimo jiné Pražská charta reprezentuje. Cílem je vyzvat evropské vlády, aby byly důslednější v prosazování zájmů nevy léčitelně nemocných, včetně dostatečného přístupu k paliativní péči.

Lze některé požadavky petice považovat v Česku za naplněné?

V České republice je například dostupnost léků či vyšetření ve světovém srovnání na výborné úrovni. Ale dostupnost ve smyslu nabídky ještě neznamená dostupnost reálnou. Mnohem horší je navíc

velmi špatná vzdělanost lékařů a dalších profesionálů v této oblasti a také velmi špatná organizace péče z hlediska potřeb nevy léčitelně nemocných a jejich rodin. Tedy vlastně optikou zdravotní pojišťovny jsou reálné předpoklady k tomu, aby péče byla, ale protože není realitou kontinuita a komplexnost péče, nejsou naplněny ani potřeby nemocných a jejich blízkých.

Které body charty jsou nyní pro ČSPM v popředí zájmu a proč?

Především se snažíme, aby do současného systému zdravotní péče

pronikla „specializovaná paliativní vzdělanost“. A to znamená vzdělat v nejbližších třech letech několik desítek lékařů a promlomit především u zdravotních pojišťoven odmítavý postoj k nasmlouvání ambulantní specializované paliativní péče. Mezi zásadní body úsilí ČSPM nyní patří podpora přijetí Národní strategie rozvoje paliativní péče. Dále prosazení přijetí nových zdravotních výkonů paliativního specialisty do Seznamu zdravotních výkonů jako nutný předpoklad rozvoje ambulantní specializované paliativní medicíny. Důležitým bodem je podpora rozvoje mobilní specializované paliativní péče v jejich různých formách (v domácím nebo náhradním sociálním prostředí). Chceme také pokračovat v podpoře a roz-

voji vzdělávání v oboru Paliativní medicína, více začlenit témata paliativní péče do pregraduální a postgraduální přípravy všech odborností, které pracují s pacienty v závěru života. Akreditované vzdělání v paliativní péči chceme prosadit i pro sestry.

Jaké návrhy Pražské charty u nás budou obtížné prosaditelné?

Například se mi v Česku jeví velmi obtížné prosadit systematické propojení zdravotních a sociálních služeb v jedné době, u jednoho nemocného. Stejně tak je problematické prosadit jako součást péče o nemocného podporu jeho blízkých – a to i po úmrtí pacienta.

Petra Klusáková

Na našem webu zdravi.e15.cz si můžete přečíst rovněž rozhovor se zástupcem Evropské asociace pro paliativní péči **Lukášem Radbruchem**.

Inzerce A131001474

SIRUP STODAL

šetrná přírodní léčba kašle



BOIRON

- na všechny typy kašle
- bez lékových interakcí
- bez chemických barviv a umělých sladidel

STODAL, sirup. SLOŽENÍ: 100 g sirupu obsahuje: Drosera tinktura 0,95 g, Pulsatilla 6 CH 0,95 g, Rumex crispus 6 CH 0,95 g, Bryonia 3 CH 0,95 g, Ipecacuanha 3 CH 0,95 g, Euspongia officinalis 3 CH 0,95 g, Sticta pulmonaria 3 CH 0,95 g, Kali stibii tartras 6 CH 0,95 g, Myocardium 6 CH 0,95 g, Dactylopius coccus 3 CH 0,95 g, Balsami tolutani sirupus 19,00 g, Polygalae sirupus 19,00 g; Pomocné látky: ethanol (součást tinktury), sacharóza (součást sirupů). **INDIKACE:** Tradiční rostlinný léčivý přípravek používaný na všechny typy kašle. Přípravek mohou používat dospělí, mladiství a děti od 2 let. Použití tohoto tradičního rostlinného léčivého přípravku je založeno výhradně na zkušenosti z dlouhodobého použití. **DÁVKOVÁNÍ A ZPŮSOB POUŽITÍ:** Perorální podání. Děti od 2 let do 4 let: ½ čajové lžičky (2,5 ml) 3-5x denně. Děti od 5 do 11 let: 1 čajová lžička (5 ml) 3-5x denně. Dospělí a mladiství od 12 let: 1 polévková lžice (15 ml) 3-5x denně. **KONTRAINDIKACE:** Hypersenzitivita na léčivé látky nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku. Zánět žaludku (gastritida), žaludeční vředy. **UPOZORNĚNÍ:** Tento léčivý přípravek obsahuje 1,74% V/V ethanolu (alkohol). Tento léčivý přípravek obsahuje sacharózu. Pacienti se vzácnými dědičnými problémy s intolerancí fruktózy, malabsorpcí glukózy a galaktózy nebo sacharózo-izomaltázové deficiencí by tento přípravek neměli užívat. Nutno zohlednit v případě diety s nízkým obsahem cukru nebo u diabetiků. ½ čajové lžičky (2,5 ml) obsahuje 0,0345 g ethanolu a 1,875 g sacharózy. 1 čajová lžička (5 ml) obsahuje 0,069 g ethanolu a 3,75 g sacharózy. 1 polévková lžice (15 ml) obsahuje 0,206 g ethanolu a 11,25 g sacharózy. Množství alkoholu v této dávce odpovídá 2,18 ml vína nebo 5,22 ml piva. Užití tohoto přípravku je škodlivé pro alkoholiky. Obsah ethanolu je nutno vzít v úvahu u těhotných a kojících žen, dětí a vysoce rizikových skupin, jako jsou pacienti s jaterním onemocněním, mozkovým onemocněním, poraněním mozku nebo epilepsií; **INTERAKCE:** Nejsou známy. Z důvodu nedostatku specifických údajů se použití přípravku v těhotenství a při kojení nedoporučuje. Je rovněž třeba vzít v úvahu, že přípravek obsahuje ethanol. Studie na ovlivnění schopnosti řídit a obsluhovat stroje nebyly provedeny. Ovlivnění se nepředpokládá. U citlivých osob se mohou objevit zažívací obtíže. Žádný případ předávkování nebyl dosud zaznamenán. Doba použitelnosti 5 let. Tento přípravek nevyžaduje žádné zvláštní podmínky uchování. **DRUH OBALU A VELIKOST BALENÍ:** Lahvička z hnědého skla, polyethylenový sroubovací uzávěr, krabička. Velikost balení 200 ml. **DRŽITEL ROZHODNUTÍ O REGISTRACI:** BOIRON, 20 rue de la Liberation, 69110 Sainte-Foy-lès-Lyon, Francie. **REGISTRAČNÍ ČÍSLO:** 94/700/92-C. **DATUM REVIZE TEXTU:** 27.9.2011. Výdej přípravku bez lékařského předpisu. Přípravek není hrazen zdravotními pojišťovnami.

Ve stylu retro aneb návrat ke kořenům

Motto: Moudří uchovávají poznání, kdežto ústa pošetlice přinášejí zkázu.

(Přísl. 10, 14)

Ukázalo se, že pořád ještě podceňujeme čtenost těchto novin. Minule jsme tu hovořili o racionalitě poskytování péče a řekli i pár slov do vlastních řad. A hle! Myšlenka se bleskově přehoupala přes Velkou louži a zapustila kořeny. Americká neurologická asociace (AAN) pléduje za neprovádění irelevantních vyšetření a léčebných postupů. Pro začátek v těch nejkřiklavějších případech. Seznamu pochopitelně suverénně vedoucí EEG o bolesti hlavy. Musí to u nich být běžný problém. Stejně jako u nás. Péče je příliš mnoho a často mimo mísu. Víc než je únosné.

Samo vystoupení AAN je však jen součástí mnohem širší kampaně napříč obory, již organizuje American Board of Internal Medicine (ABIM). Američtí kolegové ji pojmenovali „*Choosing Wisely*“ aneb vybíráme moudře. Jsou to jakési čistě negativní *guidelines*, čili doporučení, co všechno v definovaných situacích nedělat pro naprostou zbytečnost, nebo dokonce škodlivost pro pacienta. Je to trochu jako starý skeč Vodňanského a Skoumala. Pamatujete? *Co padák před seskokem nesmí obsahovat: otvory větších rozměrů, Červenou Karulku, otvory menších rozměrů, sebrané spisy...* Tehdy to byla absurdní legrace. Kdežto ve zdravotnictví dnes všechna sranda definitivně končí.

Akci podporuje celkem 34 medicínských oborů. Mají toho zkrátka plné zuby a ruply jim nervy. Osvícenější hlavy už odmítají blbnout. Je to nezvladatelně drahé a stresující pro lékaře i pacienta. Že by předzvěst nějaké revoluce v medicíně? Nejsem si jist. Doufáme. Je nejvyšší čas. Namísto falešného pokřiku o zhoršování dostupnosti. Je to úplně jinak. Takže začneme ze švédského stolu možností vybírat opravdu moudře. Heslo: Vždy jen k věci a nikdy jinak. Návrat ke kořenům medicíny.

V tenatech vlastních protimluvů

Alternativní léčbou tohoto kritického stavu může být pití vlastní moči, mesmerismus nebo neustálé protesty ČLK a LOK. Efekt vyjde nastejno. Protestovat proti realitě nikam nevede. Viz okřídlený cimrmanovský citát. A protestovat proti fikcím, které jsem

si sám vymyslel – no to je taky ptákovina. Jenom se zaplétám do vlastních protimluvů. Příklad? „Petice za zachování kvalitního zdravotnictví“ praví, že *nechceme platit stále více za předražené léky*. To je vskutku pozoruhodné ve chvíli, kdy se zvedl povyk kolem nedostatku některých léků, které se pro svou výraznou láci skupují a vyvážejí do vyspělých zemí. Asi mi chybí dialektické myšlení autorů petice, ale mně to přijde docela jako rozpor. A to antagonistický. Ne že by na lékové politice nebylo neustále co zlepšovat. To určitě je. Hlavně ji trochu zprůhlednit, protože z vyjádření, která čtu, nabývám dojmu, že v tom plavou už i odborníci.

Podobné je to s varováním před zánikem ambulancí a zhoršením dostupnosti péče. Jenže v řadě specializací máme zřetelně více lékařů než v těch nejvyspělejších zemích. Někde se musí skrývat problém úplně jiné kategorie, než je kvantita. Třeba ten, který je popsán hned v úvodu. Nebo organizace práce. Nebo je to v pacientech, kteří mají jiná měřítka při vyhledávání péče. Nebo... Nejsm si jist. Jen vnímám jakýsi rozpor mezi apokalyptickými prognózami a skutečností.

Podle dr. Kubka je též nutné zabránit přijetí údajně rizikových novel zákonů o zdravotních pojištovnách. Ani to nechápu. Kdo to četl, zjistí, že obsahem návrhů není nic jiného než soupis důvěrně známých a dlouhodobě kritizovaných vad zdravotních pojišťoven. Opraveno to mělo být už dávno. Nejméně před deseti lety věc přežrala hranici přijatelnosti. Vedení ČLK možná o těchto věcech ani nediskutuje. Třeba mají jen takový jednoduchý počítačový program, jaký by dovedl napsat chytřejší školák. Ten ke každému ministerskému návrhu automaticky přiřadí rudě blikající NE! nezávisle na obsahu. Spekulace, říkáte? Tak či onak, výstupy tomu odpovídají. A o ty tu jde. Vnitřní mechanismus, jímž se k nim dospívá, nám může být lhostejný.

Lunatický cyklus

Nakonec bublina protestu organizovaného ČLK splaskla. Jediný vy-



MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

sledek: Mám spamový koš plný nevyžádané korespondence z kanceláře komory. Někdo se trochu zúčastnil, ale vidět to moc nebylo. Média byla natěšená na senzaci, ale žádná se nekonala. Celá věc neškodně vyvyměla.

Ambice přítom nebyly malé: *Cílem protestu není poškodit pacienty, ale prokázat jednotu lékařského stavu takovým způsobem, aby si toho veřejnost všimla. Lékaři nebudou na tento den objeďnávat pacienty na plánované zákroky a vyšetření. Provoz zdravotnických zařízení bude omezen.* Tak to se nepovedlo. Zejména generalizující výraz „lékaři“ byl značně přehnaný. Podobně si zvykly referovat některé tiskoviny: LOK či ČLK cosi vypustí z úst a hned se mluví o „lékařích“ jako takových. Tady vede paní Petrášová z deníku Dnes, která úporně označuje dr. Kubka jako „šéfa lékařů“. To je hodně bizarní. Nevím jak cí, ale můj šéf to není. I nadsázka a básnická licence má své hranice, za nimiž se mění v pitomost.

Mimochodem, právě tady mě moc pobavil nedávný článek s titulkem „Ministr válčí s šéfem lékařů“, za nímž však hned druhá věta říká, že *první výstřel vyšel od České lékařské komory*. Takže kdo s kým válčí? Není tomu náhodou přesně naopak? Řidič srazil chodce, nebo chodce vběhl přímo pod auto? Obojí je vlastně pravda. Leč jsou to dvě opačné a neslučitelné pravdy. Klasický příklad mediální nepřesnosti. Nebo manipulace. Paní Petrášová oběma pánům navrhuje dovolenou, aby se zklidnili. Je to taková ta rádoby vyváženost, kdy se obě zcela nesouměřitelné strany falešně staví na roveň. Jako paní učitelka, když řeší klukovskou rvačku. Nezajímá ji, že možná šlo o vážnou věc a spravedlnost byla jen na jedné straně. Měří oběma stejně a tím v důsledku velmi nestejně.

Nadržením na příležitost zahrát si svůj standardní štěk byli i další odboráři, jejichž hlučnost je nepřímou úměrná znalosti problematiky. Je to folklórní tanec – ministr má zase podat demisi. S grácií sobě vlastni to vyjádřil zemitý tribun lidu pan Zavádil: „Nastal čas, aby si pan ministr Heger sbalil svoje lejtstra a odešel.“ Podle frekvence tohoto ri-

tuálu se tu dá soudit na jakýsi lunární cyklus, od něhož pochází anglické slovo *lunatic*.

Liga nesmrtelných

Jako na zavalanou jsme v téže době mohli opět vzpomenout výročí Vítězného února. Všeodborový sjezd, davy zpitomělých lidí, dupot ilegálních ozbrojenců s páskami na rukávech, studenti v Nerudovce brutálně rozehnaní, těžce sklerotický prezident izolován. Smrt tisíců, tragédie statisíců, neštěstí milionů, ruská okupace, mrzačení země, kastrace myslí a lámání páteří s invalidizujícími následky dodnes.

Bolševici si naopak se slzou v oku leč s bradou hrdě vztyčenou připomněli soudruha Gottwalda a všechny ty ostatní ohavné mordýře, aby demonstrativně popřeli své předchozí listivé řeči, jak se odřízli od totalitní minulosti. Zde budiž varováním pohádka o vlku a kůzlátkách. Poté sborově zapěli svou hymnu. Jak jsou ta slova? „Již vzhůru, psanci této země, dejme se na pochod *mit ruhig festem Schritt...*“ Nebo tak nějak. Cože? Že jsem to popletl? Ale vždyť je to fuuk. Osmnáct, nebo dvacet bez dvou?

K tomu všemu navrch spoluvláda bývalých politruků a rezidentů StB v krajích. Dva z nich pod tlakem občanské společnosti rezignovali. Kolik jich ještě zbývá? Jaké mají soudruzi kádrové rezervy? Nejsem si jist. *Budoucnost patří lidem s nevyřešenou minulostí.* (Pavel Kosorin)

A retro pokračuje. František Čuba (pro později narozené: šéf legendárního perestrojového JZD Slušovice) se má stát poradcem Miloše Zemana, prezidenta *zvoleného v historicky první přímé volbě* (ZHPPV), jak zní jeho konstantní epiteton ve veřejnoprávní televizi. Nikdy ho nevynechají. Dávám na to pečlivě pozor. Kliše začíná znít skoro jako nějaký titul. Však si to zkusme nanečisto, jak by to vypadalo třeba na vizitce: *Ing. Miloš Zeman, ZHPPV. Úžasně. A další staří nesmrtelní následují: Grégr, Schling et alii. Mušketýři ještě po deseti letech. Kordy dávno zplihlé již, však jas v oku stejný zříš. Proboha, kam se to propadáme? Přestávám se bavit. Je to na smyčku.*

Čas na kondolenci

V čem spočívá naděje? V partajích moc ne. Jedna zrovna mele z po-

sledního. V křečích si rve vnitřnosti a rozhazuje je kolem sebe. Hrozný pohled, jak se *ultimum moriens* ODS, totiž nic nechápající poslanec Štátný a další duchem spříznění, *vrací ke kořenům*. Obvykle dokud nedostanou trafikku. Poté se jejich zjitřený stav myslí zázračně upraví a přestanou plácet nesmysly. Zkušenost již máme a poslední takový případ šetří policie. Ty shnilé kořeny je naopak třeba vysekát z dásní, aby z úst tolik nepáchlo. Nutkavě se mi vrací vousatý vtip z mého dětství: „Proč je Praha tolik rozkopaná?“ – „Protože soudruzi hledají kořeny komunismu.“ No nic, tak to bylo taky jedno retro...

Paní Němcová sbírá pro ODS vzácné body kritikou systému korupce trafikami, ale je hrubě okřiknuta premiérem. Už jsem na to přišel: Ten muž nemá pud sebezáchovy. ODS by měla honem začít dělat úplně jiné věci než dosud. A myslet dopředu. Právě návrat ke kořenům by byl symptomem vpravdě letální. Katastrofální retro. *Signum mali ominis*. Zde diagnostik unaveně pokrčí rameny, tiše vycouvá, aby nerušil klid zesnulých, a jde kondolovat příbuzným. Jsou-li jací.

Šance zřejmě není v žádných „občanských“ stranách, ale ve zmíněné občanské společnosti. Některá nám přeci jen už vyrostla a umí se ozvat. Volby totiž nejsou všechno. Formální zastupitelský princip není samospasitelný. Dokáže se i zvrtnout. Vždyť za komunistů jsme také měli „parlament“. Je to tak, že základem státu je silná občanská společnost. Teprve ona je zřizovatelem demokracie, která však není sama o sobě cílem, pouze metodou. Způsobem jak si uchovat svobodu. Třeba proti těm, kdo by měli chuť na příliš *extenzivní výklad ústavy* (citace: Ing. Miloš Zeman, ZHPPV).

Souboj dinosaurů

Domácí mazlíček ČEZ, jemuž je u nás dovoleno vše, tvrdě narázil v Bulharsku. Zřejmě však jen sehrál roli posledního spouštěče tamní bouře. Pouhé mknutí motýlích křídel. Jenže skončilo hurikánem. Klaus a Zeman útočí na vládu, že již několik hodin poté nevystupuje na zvyklý domácí způsob se siláckými a jalovými slovy, aniž je jasné, co se tam přesně stalo. Národní zájmy! Naše diplomacie nereaguje! Starý a neschopný kníže zaspal! Nečas to neřeší! Uááá, uááá, uááá! Pak se ukazuje, že všechno je jinak.



Grégr a kol. se mají stát poradci prezidenta Miloše Zemana. Mušketýři ještě po deseti letech. Kordy dávno zplihlé již, však jas v oku stejný zříš. Proboha, kam se to propadáme? | Foto: Robert Zlatohlávek/EIS

ČEZU se nestalo nic. Byl to napak on, kdo svým způsobem *de facto* připravil bulharskou vládu o licenci.

Náš prvořadý národní zájem je přestat se konečně zesměšňovat. Tuzemský zvyk při každé prkotině se hned sprostě rozeřvat jako podomek, který na zahnojeném dvoře stoupl na hrábě, se zkrátka do mezinárodní společnosti nehodí. Než otevřu nevytěžená ústa, zjistím si základní fakta, abych se neblamoval. A nešlapal v tom. No však víte v čem. Zajímavé je, že propagandistické souboje tohoto typu vyhrává prizmatem médií u méně pozorných občanů vždy útočník. Kdo ryčí dříve a silněji, stává se vítězem souboje dinosaurů. Kdo vztyčí

prostředník až jako druhý, je běčko z okresního města. Hřmotný buran bere vše. Slušnost a pravda prohrávají. Pokud se připustí, aby se dostaly do defenzivy.

Kořen ztráty důvěry

Anonymní akcie konečně vyřešeny. Sice nedokonale, ale pokrok se nedá zastavit. Už je hájil jenom nešťastný poslanec Šťastný s absurdním argumentem o nedotknutelnosti majetku. Holý nesmysl. Nikdo se ničeho majetku nedotýká, jen chce vědět, kdo to je. Kdo pere špinavé peníze a ukládá lup z veřejných prostředků. Čí je ta firma Venca Consulting, s. r. o., Nikosia, Kypr? Není to náhodou dceřiná firma firmy manželky starostova bra-

trance? Nebo někoho z managementu polostátního gigantu? Jenže co říkat, když tenhle princip představuje kořeny politické strany a jejího financování? Kořeny zla. Potom takový *odklon od kořenů* může ODS nepochybně připravit část voličů a členů, jak se věcně správně, ale politicky hrubě nemravně obává Boris Šťastný. O voliče a členy tohoto druhu ovšem není co stát. Tam je právě zakopán kořen ztráty důvěry. Což se napravuje hůř než ztráta panenství.

Mnohem otřesnější je Klausův výrok v tom smyslu, že korupce je přirozený průvodce života a nemá cenu ji nějak zvlášť řešit. Opravdu? Nakonec proč zamykat a nenechat dveře dokořán i s velkou svítící šipkou, když zloděj si i tak cestu vždycky najde? Geniální. Lehne se na kanape a necháme to koňům. Zrušíme i policii a justici. Zlu neodporovat. Jenže ani Chelčický, ani Gándhí to takhle nemysleli. Koneckonců Klaus taky ne. Není totiž pravda, že špinavé peníze nelze rozeznat. To jen mnozí dělali všechno možné, aby se to nedařilo. Právě identifikace majitelů akcií je jednou z cest jak dramaticky zvýšit naši rozlišovací schopnost. Velká rána pro mafii. Ještě pár takových a jsme za vodou.

Proč je to tak důležité? Zdaleka nejde jen o peníze. Jde doslova o všechno. Naše postavení v současné evropské krizi mohlo být lepší. Ta krize, jejíž výklad si monopolizují ekonomičtí technokraté, má i rozměr morální, ideový a politický. Poslední příklady: Bulharsko a Itálie.

Korupce nás připravila o evropské peníze i o část veřejných rozpočtů. Proto tolik škrtů, za něž prý může až tato vláda. Ale, ale. Korupce zvyšuje podíl špinavých peněz a šedé ekonomiky na úkor seriózních investorů. Ale především: Při korupci provází peníze i moc, a to cestami, jež ústavní pořádek země nezná. Moc se vykonává jinak a jinde, než by měla. Znamená to rozklad demokracie a práva. Ztrátu svobody. Pro exprezidenta stav, který je nutno snášet jako přirozený. I proto byla nutná tak velkorysá amnestie.

Chůze po hrobech

Apropos minulost: Velké díky Petru Nečasovi za to, co řekl v bavorském parlamentu. Bylo to taktické, taktické, pravdivé, vstřícné, ale přitom nijak nevybočující z dávno vstřebované česko-německé deklarace, jejíž podstatou je vyváženost vzájemných omluv. Česko-německé vztahy ovšem nejsou úplně totéž co česko-bavorské. Takže malé opakování rozhodně nezaškodilo. Některé naše politiky popadl z úplně normální věci podivný rapl (Hašek, Kuba). Prý za to měl na fleku žádat také omluvu druhé strany. Páni, to jsou diplomati! V bagančatech na ples v opeře. Takže pozor! Tyhle dva nikdy neposílat za hranice! Příklad onoho buranství, o němž byla řeč.

Nevyhneme se faktu, že někteří naši otcové a dědové mučili, vraždili, znásilňovali a krutě vyháněli bez zákona. Pomsta zbabělých na nevinných. Válka v míru. Drtili ty, kteří nenesli žádnou vi-

nu, neuznáváme-li vinu kolektivní. To, co jiným a jinde předtím učinili příslušníci stejné jazykové skupiny, není omluvou. Omluvy obou stran se vzájemně nepodmiňují. Jsou paralelní.

Kdo by neznal podrobnější dějiny, tomu doporučuji dílo Adriana von Arburga, nezávislého švýcarského historika trvale žijícího u nás. Zatím vyšly dva ze šesti dílů nekomentovaných dokumentů. Hrůza stíhá hrůzu. S podpisem a razítkem. A to je jen zlomek. Všechn ten děs by se do knih nikdy nevešel. Většina je na přiložených CD. Ten retro horor se stal -historicky vzato - docela nedávno. Na místech, která známe. U sousedů. V našem městě. Ve vedlejší vesnici. Dnes tudy chodíme jakoby nic. Po hromadných hrobech. Tohle jsou naše hříchy. O viny těch druhých se nestarejme. To je na nich. Ostatně makají na tom skoro sedmdesát let. My jsme ještě ani nezačali.

Aby to nebylo tak smutné, tak na konec jedna retro perlička. Václav Klaus *ante finem*: „Kritika amnestie je politická hra vyvolaná lidmi kolem Havla.“ Připomíná mi jednu devadesátiletou pacientku, která ve dne v noci hledala svou matku a nebylo možné jí nijak vysvětlit, že je třicet let po smrti. Nebrala to na vědomí. Spadlo jí připojení. Její schopnost zapamatovat si klesla k nule. Pořád jen opakovala těch několik posledních frází, které dosud nevyhasly. Už žádné ENTER, pouze DELETE. Ovšem ta pacientka nehovořila do médií. Byla samozřejmě hospitalizována...

Inzerce A131003399

ČESKÁ NEFROLOGICKÁ SPOLEČNOST NADAČNÍ FOND JANA BRODA ČESKÁ ASOCIACE SESTER



**5. edukační sympozium
Predialýza
12. Jan Brod Memorial Lecture**

www.brodovydny2013.cz



**Kongresové
centrum
Parkhotel Plzeň
24. - 25. dubna 2013**

ORGANIZAČNÍ SEKRETARIÁT

Congress Business Travel spol. s r. o.
Lidická 43/66, 150 00 Praha 5

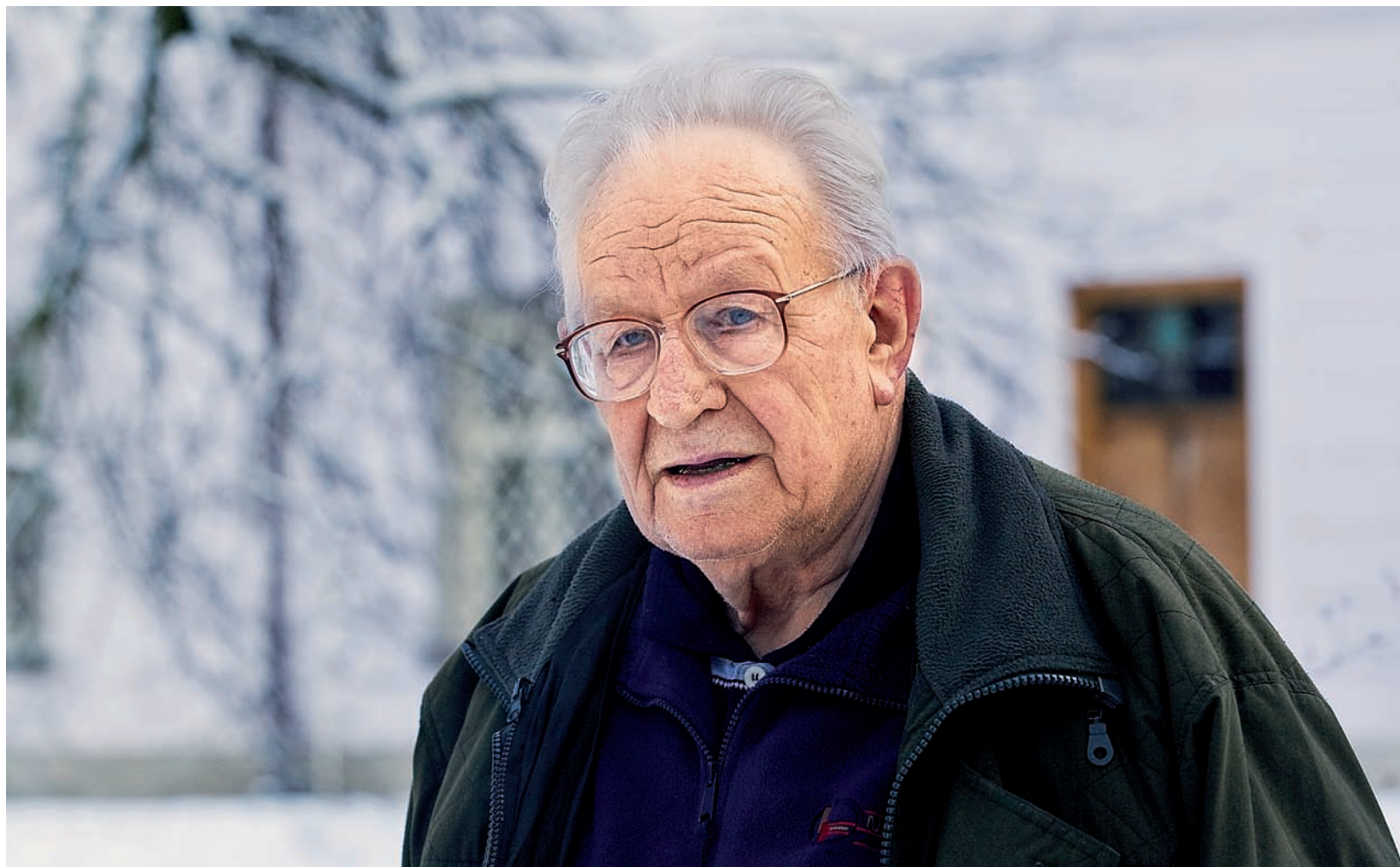
tel.: 224 942 575
224 942 579

fax: 224 942 550

brodovydny2013@cbttravel.cz



- Lékařská sekce
- Sesterská sekce
- Firemní sympozia



Dětský psychiatr je doktor na hraní

Text a foto: Martina Řehořová

„Nesouhlasím s tvrzeními, že se děti zhoršily. Jsou pořád stejné. Změnila se doba a prostředky, s nimiž zacházejí, ale vlastní povahové vybavení dětí tak, jak si je přinesly na svět, i vlivy, které na ně působily, zůstávají,“ říká nestor české pedopsychiatrie a bývalý primář i ředitel Dětské psychiatrické léčebny Opařany **MUDr. Josef Kříž**.

Kudy vedla vaše cesta k medicíně? Pocházíte z lékařské rodiny?

Ne, oba moji rodiče pracovali v továrně a s medicínou neměli nic společného. V rodině jsem žádný lékařský vzor neměl. Po maturitě jsem šel studovat nejdřív psychologii na filozofickou fakultu, ale vydržel jsem tam jen rok. Maturoval jsem v roce 1950 a filozofická fakulta tehdy byla plná marxismu-leninismu. Hned v prvním roce jsem to viděl a měl obavu, že by ze mě nic nebylo. A tak jsme ještě s jedním kolegou zažádali o přestup na medicínu, což se nám podařilo.

Měl jste od počátku jasno, ve kterém lékařském oboru chcete pracovat?

Neměl. Během mých studií byla založena fakulta dětského lékařství, která dnes už v této podobě neexistuje. Tehdy se ale říkalo, že by tam studium mohlo být o půl roku kratší, a o to jsem stál, protože jsem se za studii oženil a moje manželka kratší studium měla. Nakonec se to očekávání nesplnilo a studoval jsem šest let. Ale byl to důvod, proč jsem do praxe vstoupil jako pediatr. Začínal jsem v Litomyšli. Tehdy pro rozmístování lékařů fungoval distribuční systém, takže manžel-

ku přidělili do Přelouče jako stomatoložku a mě poslali do stejného kraje, konkrétně na dětské oddělení do Litomyše. Byl jsem tam rok a další dva roky pak strávil v Čáslavi, než se ženě naskytla možnost získat byt pro zubařku v Opařanech. Teprve po příjezdu jsme zjistili, že v Opařanech je dětská psychiatrická léčebna. Já se o dětskou psychiatrii vždy zajímal, už jako pediatr jsem občas navštěvoval pedopsychiatrickou ambulanci v Pardubicích, takže mi to vyhovovalo. Nabídlí nám místo, tedy přesněji nabídli nám, že Jihočeský kraj za nás dá do distribučního systé-

mu náhradou jednoho stomatologa a jednoho pediatra, abychom sem mohli být přeloženi. Tehdy lékař nemohl dát výpověď, mohl jen požádat o přeložení, což se po určitých komplikacích nakonec povedlo. To bylo v roce 1960. A pak už jsme tu zůstali. Další atestace jsem si doplňoval až během práce v léčebně. V tehdejšímu systému mohla na atestaci z pediatrie po třech letech praxe navázat atestace z dětské psychiatrie. Já si nejdřív udělal atestaci z dospělé psychiatrie a potom z pedopsychiatrie.

V čem vidíte základní rozdíl

mezi pedopsychiatrií a psychiatrií dospělých?

Ten rozdíl je poměrně velký. Dětská psychiatrie řeší trochu jiný soubor diagnóz než dospělý obor. Zabývá se určitými specifiky, která do dospělosti nemusejí přecházet anebo v dospělém věku nemusejí vyžadovat léčbu. Podle statistik jen asi 30 procent dětí a mladistvých, kteří se léčili u dětského psychiatra, vyhledá psychiatra i v dospělosti. Čili 70 procent psychiatrických onemocnění se většinou odbude v mladším věku. Do péče psychiatrů pro dospělé nepřecházejí například pacienti

PŘEDSTAVUJEME

s hyperkinetickým syndromem, různými vývojovými poruchami, poruchami chování socializovanými nebo nesocializovanými a tak dále. Pacienti, kteří tyto diagnózy v dětském věku měli, si ce mohou v dospělosti cítit nějaké problémy či odlišnosti, ale nemusejí pro ně nutně vyhledávat péči psychiatra.

Na koho jste ve své práci navázal a kdo byl vaším vzorem v lékařské praxi?

Mým vzorem byl hlavně Vladimír Vojtík, ředitel opařanské dětské léčebny. Když jsem v 60. roce do Opařan přišel, on už tu pět let působil. Léčebnu převzal ve stavu, který neodpovídal moderním požadavkům na pedopsychiatrickou léčbu, a věnoval velké úsilí jejímu reformování. Léčebna tehdy byla přeplněná a převažovali tu mentálně retardovaní pacienti, kteří sem vlastně nepatřili. Setrvali tu především ze sociálních důvodů, protože ještě chyběla rozvinutá síť ústavů sociální péče. A to Vojtík postupně změnil. Léčebnu rozdělil na jednotlivá oddělení a jednotlivé primariáty, zavedl nás a postaral se, abychom získali příslušnou kvalifikaci. Dal nám dobrý příklad svým osobním přístupem a samozřejmě svými schopnostmi a vzděláním. Takže to byl můj zásadní učitel.

Pomáhal jste v jižních Čechách zakládat síť ambulančí dětské psychiatrie. Co vás přivedlo k názoru, že je to potřebné?

Síť ambulančí založil také ředitel Vojtík. V rámci Jihočeského kraje disponoval určitou autoritou, a tak objel okresy a získal příslušné osoby, většinou pediatrického primáře, pro myšlenku zřízení ambulance dětské psychiatrie. Dali nám k dispozici nějakou místnost, kam jednou týdně mohl přijet psychiatr, psycholog a někdy také sociální pracovnice. Nebylo tam žádné vybavení, vozili jsme si i psací stroj, abychom mohli vyhotovovat dokumentaci přímo na místě. A tak jsme ordinovali. Místní pediatrii nám doporučovali pacienti a některá místní sestra, jež k tomu byla vyčleněná a vyškolená, pro nás ty případy vždycky koordinovala. Když jsme přijeli, nahlásila nám, kolik máme nových pacientů, kolik kontrol, prostě nám je připravila a my to ordinovali. Takhle jsme objížděli všechny okresy.

Postupně jsme se stabilizovali, takže jeden z kolegů jezdil do Tábora, další do Budějovic a tak dále. Já jezdil jedenáct let do Písku a několik dalších let do Strakonice, ale jak jsme za sebe různě zaska-

kovali, občas jsem objel všechny okresy. Zajížděli jsme i do dětských domovů a zvláštních škol. Potom jsme získali kolegy pediatrii, kteří se rozhodli specializovat v dětské psychiatrii. Primáři k tomu byli většinou vstřícní a umožnili jim to, takže ti lékaři šli do opařanské léčebny na stáž, zaškolili se, atestovali a potom úspěšně dělali dětskou psychiatrii, většinou až do penze. Mám na to ty nejlepší vzpomínky.

Narazili jste při zakládání ambulančí na nějaké překážky? Na někoho, komu by se ta myšlenka vysloveně nelíbila?

Ne, nebo rozhodně ne mezi lékaři. Někdy jsme se střetli s byrokraty, myslím tím ředitele a podobné lidi, kteří zastávali názor, že když na okrese zavedou pedopsychiatrii, přibude dětských duševních nemocí. Na jednom místě se nám stalo, že ředitel OÚZ navštívil ordinaci nové pedopsychiatryně a zastihl ji, jak sedí na koberec s dítětem, hraje si s ním a povídá. Strašně ho to naštvalo, že prý tam doktory nemá na hraní. Nepochopil, že je to ideální způsob kontaktu s pacientem. Pro nás je z diagnostických důvodů rozhodující získat si důvěru dítěte.

To však byly spíš anekdotické příhody. Na zásadní odpor jsme nenarazili, jen občas na určitou neochotu, když jsme po někom něco chtěli. Ale i ta neochota se postupně rozplývala, jak se ukazovalo, že náš obor má význam. Postupně se na nás začali někteří funkcionáři nemocnic sami obracet, když měli problémy se svými dětmi. Přestali brát skutečnost, že jejich dítě vyšetřil dětský psychiatr, jako odstrašující. Podle toho jsme poznali, že se jejich přístup změnil, že nás začali brát vážně.

Jak zpětně hodnotíte výsledky této práce?

Dětská psychiatrie a psychiatrie vůbec se z hlediska medicínských úspěchů nedá srovnávat třeba s chirurgií, kde učiníte zákrok a pacient je potom zdravý. U nás je těžší dosáhnout úspěchu. Musíte angažovat svou osobnost.

Když jsem ještě pracoval na pediatrii, přivedli mi dítě, sestra ho podržela za štítem a já hned viděl, že je to pneumonie. Naordinoval jsem lék, sestra ho píchla a bylo to. Celkem nezáleželo na tom, jestli jsem si to dítě získal, nebo ne, to antibiotikum prostě léčilo za mě.

V psychiatrii je to jinak. Přivedou mi dítě s nějakým problémem, většinou nedobrovolně, protože dítěti nemusejí jeho vlastní obtíže

vadit – vadí škole, vadí rodičům, kteří se rozhodnou vyhledat odbornou pomoc, ale dítěti ne. A já se musím angažovat, abych si malého pacienta získal, měl jeho důvěru, protože jen tak může akceptovat, co mu naordinuji. Když se mi to nepodaří, léčba nebude účinná. A právě to je na dětské psychiatrii – a vůbec na všech psychiatricko-psychologických oborech – nejzajímavější a svým způsobem vzrušující. Přes padesát let jsem pracoval v ambulanci a nikdy jsem necítil rutinu.

Co považujete za největší změnu, k níž došlo v pedopsychiatrické léčbě za dobu vaší praxe?

Je třeba si uvědomit, že se bavíme o velmi dlouhém období. Za 52 let, co jsem působil v oboru, se událo mnoho změn. Vzhledem k délce své lékařské praxe pamatuji třeba nástup poznatků o psychické deprivaci. Formulovali je američtí autoři a k nám pronikly až poměrně pozdě, na přelomu 50. a 60. let, kdy je sem přenesli psychologové Josef Langmeier a Zdeněk Matějček.

Ty poznatky byly velmi cenné. Poválečná pediatrie totiž byla tak trochu studená, strojová. Říkala, že děti se nemají moc houpat, kolébat a chovat. Tam, kde matka už nekojila, byly přesně stanoveny dávky a intervaly, kdy má být dítě krmeno, a tak podobně. Dokonce se vážně uvažovalo o zavedení ústenek pro matky, což by znamenalo, že dítě v rozhodujícím věku kolem tří měsíců, kdy se tvoří úsměv, žádný úsměv nevidí. Čili v poválečném období převládala spíše zdravotně-hygienický přístup. Teprve poznatky o psychické deprivaci vnesly do dětského lékařství důležitost takových věcí, jako je třeba mazlení, zpívání, chování, povídání si s dítětem, i když ještě nerozumí.

Další důležitou změnou, kterou bych rád zmínil, byl nástup dnes běžně užívané nozologické jednotky, která nyní v MKN nese název hyperkinetické poruchy nebo spíše ADHD. Odstartoval to doktor Otakar Kučera svou knížkou „Lehká dětská encefalopatie“, tehdy jsme říkali LDE. Zkratky a názvy se od té doby ovšem mnohokrát změnil, mluvílo se o instabilních dětech, lehké mozkové dysfunkci, dokonce o minimální mozkové dysfunkci a v současnosti se tomu říká hyperkinetický syndrom. Měnil se i etiologický pohled. Zpočátku to bylo považováno pouze za lehké organické poškození mozku, ale diagnóza se postupně specifikovala do podrobností a byl k ní zaujímán jiný klinický přístup.

V dnešní době je to tak běžná věc, že ji žádný z dětských psychiatrů nezpochybnuje, ale zpočátku, když jsem se ještě jako pediater zúčastňoval pediatrických sjezdů, jsem od čelných dětských lékařů slyšel, že tato problematika je pouze námětem do diskuse. Zdeněk Matějček musel na seminářích vysvětlovat, jak vypadá (v dnešní terminologii) dítě s hyperkinetickým syndromem. A moc mu nevěřili.

Řadu let jste pracoval v dětské léčebně. Mohl byste popsat, jak se z vašeho pohledu změnila česká dětská psychiatrie po nástupu psychofarmak a jak se od té doby změnila psychofarmaka pro děti?

Opět mluvíme o strašně dlouhé době, takže musím říci i to, o čem už se dneska moc nemluví. To jsou třeba antiepileptika. V polovině 60. let bylo mezi pacienty opařanské léčebny až 15 procent dětí s epilepsií a dalšími podobnými poruchami. Tehdejší terapie hydantoináty a barbituráty sice u těchto pacientů ome-

zovala počty záchvatů, ale současně měla nepříznivý vliv na vývoj jejich chování. Od té doby však došlo k modernizaci antiepileptické terapie a v důsledku toho se dnes s epileptiky jako pedopsychiatři skoro nesetkáváme, protože komplikace, které toto onemocnění mohlo vyvolávat v jejich povahových projevech a chování, prakticky vymizely. To tedy byla první změna.

Jinak v psychiatrii samé k nějaké velké revoluci, která by zásadně změnila obor, za mé praxe nedošlo. Ta proběhla už dříve, když na trh vstoupila neuroleptika. Doba, kterou pamatuji, však přinesla rozvoj a modernizaci neuroleptik, jež postupně přibývala a zjemňovala se. Nedocházelo k zásadní změně jejich terapeutického účinku, ale ubývalo nežádoucích vedlejších efektů. A to též platí i u antidepresiv, kde lze rovněž pozorovat úbytek vedlejších, případně škodlivých účinků. Velmi důležitý je také přínos léků z oblasti stimulancií při dobře zvolené aplikaci u dětí s již zmíněným ADHD.



V našem oboru je těžší dosáhnout úspěchu. Musíte angažovat svou osobnost.

PŘEDSTAVUJEME

Zmínili jste, že dětské psychiatrické léčebny dříve ve velké míře pečovaly o pacienty, jejichž hlavní problém byl svou povahou spíše sociální než psychiatrický a o něž se rodina kvůli jejich určitému handicapu nechtěla či nemohla postarat. Stává se ještě dnes, že se takoví pacienti do dětské psychiatrické léčebny dostanou?

Jistě, stát se to může, protože děti k nám přicházejí z různého terénu, ale jejich pobyt je pak pouze diagnostickou hospitalizací. My prostřednictvím anamnézy, vyšetření a krátkého pozorování diagnostikujeme, že pacientovy problémy jsou převážně sociální povahy, a navrhneme či nabídneme jiný postup než hospitalizaci. Čili není vyloučeno, že by se sem nějaké dítě ze sociálních důvodů dostalo, ale jeho pobyt je pak krátkodobý a nemá terapeutický charakter, protože řešení jeho problému se nachází jinde.

Převážnou část svého aktivního lékařského života jste prožil v období totality. Některé lékařské obory byly v té době odtrženy od světového odborného dění nebo v nich docházelo k tlaku na zavádění sovětských metod. Projevily se politické doktríny období komunismu na české pedopsychiatrii?

Musím pochválit psychiatrii celkově, že politickým tlakům příliš nepodlehla. Šuškal se o tom, že byla zneužívána – řekněme – k násilné hospitalizaci disidentů. Ale nevzpomínám si, že by si v nové době někdo z disidentů na postup psychiatrii stěžoval, takže se to neprokázalo. Je pravda, že někteří disidenti byli psychiatricky vyšetřováni a někteří možná i krátkodobě hospitalizováni, ale mám pocit, že výsledek v naprosté většině vyzněl v jejich prospěch. Disident přece nestál o to, aby byl prohlášen za blázná! On považoval svoje myšlení za normální, protože ono také normální bylo. Kdežto režim měl zájem na tom, aby názory disidentů byly zneváženy tím, že jejich nositelé budou považováni za blázny. A to se nestávalo. Do dětské psychiatrie pak politické vlivy nepronikly už vůbec.

Ani v podobě povinného upřednostňování výzkumů sovětských vědců? Co například Pavlov?

Ne nebo o tom alespoň nevím. Ani Pavlov nebyl uplatňován dogmaticky. Navíc základ jeho poznatků je realistický, byl to exaktní vědec, stejně jako jeho následovníci. Například z jeho žáka Bykova, který ve své monografii popisoval vliv mozkové kůry na činnost vnitř-

ních orgánů, měli radost i psychoanalyticky zaměřeni autoři. On objevil (když to přenesu do jiné terminologie), že z oblasti vědomé mohou pocházet obtíže v oblasti do té doby považované za nevědomou, ovládanou jenom vegetativním systémem, nikoli mozkovou kůrou. Což byl poznatek podle mě správný.

Když se vrátím k těm politickým tlakům, vidím vlastně za celé to období jen jedinou výjimku, a ani ta se netýkala přímo dětské psychiatrie, nýbrž diagnostiky v oblasti psychologické. Tou výjimkou bylo zrušení pedologického ústavu, který u nás existoval od první republiky. Vyvinul dokonalé testovací metodiky, které přihlížely i k sociálnímu postavení dětí, což podle některých sovětských názorů (spíše než pavlovské to ovšem byly názory pedagogické) bylo nesprávné. Takže pedologický ústav se zavřel, ačkoli byl do té doby velmi cenný.

Ví se o vás, že patříte mezi nadšené skauty a celý život jste se ke skautingu hlásil. Do jaké míry vaše afinita ke skautskému hnutí ovlivnila váš osobní život?

Já se stal skautem ne proto, že jsem dětský psychiatr, ale kvůli zážitkům z dětství. Můj o osm let starší bratr byl jedním ze třinácti dětí, které se v roce 1936 odtrhly od Foglarovy „Dvojky“ a založily pražskou vodní „Třináctku“. Tam jsem samozřejmě nebyl, protože mi v té době bylo teprve pět let. Nicméně bydleli jsme v Karlíně, a když potom byli skauti zrušeni a gestapo zapečetilo libeňskou klubovnu, dostal můj brácha za úkol vždycky tam v noci jít a postupně odtud vynosit věci, které tam po oddílu zůstaly. Byl jsem devítiletý kluk a hrozně se mi to líbilo, udělalo to na mě opravdu dojem. Za války jsem se pak dostal do Klubu českých turistů, kde nás vedli skauti, a když válka skončila, samozřejmě jsem vstoupil do „Třináctky“ a zůstal v ní až do zrušení skautingu v roce 1950.

Pak jsem maturoval a šel na vysokou školu, také poměry byly v 50. letech ostřejší, zkrátka pro další činnost nebyly podmínky. Ta možnost se znovu otevřela až v roce 1968, kdy už jsme byli v Opařanech. Přiznám se, že to bylo spíše na popud manželky, která také prošla „Třináctkou“, když jsme založili skautský oddíl, který funguje dodnes. Hned v roce 1968 se nám povedlo udělat skautský tábor, jako jediný z celého okresu. Smáli se nám, že jsme vodní skauti a máme daleko k řece, nám ale čtyři kilometry k Lužnici stačily.

Před prázdninami roku 1970 nám tehdejší náčelník skautů doktor Plajner řekl, že kdo můžeme u dětí zůstat, ať zůstaneme. To jsme udělali a i v rámci pionýra náš vodácký oddíl udrželi, protože když jsme vytrvali za války, řekl jsem si, že nějak překlepeme i tohle. Válka ale byla krátká, zatímco normalizace trvala dvacet let. Ovšem kdo z místních lidí měl pozitivní vztah k dětem, věděl, že jsme bývalí skauti, a fandil nám. Pak v roce 1989 přišel převrat a my se opět mohli přihlásit ke skautingu.

Od roku 1968 jste tedy měl skvrnu v kádrovém posudku, protože jste byl skaut. Jak se to projevilo ve vaší kariéře?

Naštěstí jsem nikdy nebyl v KSČ, takže jsem nemohl být vyloučen, a tudíž jsem v roce 1970, když tu vylučovali někdejší straníky, nepřišel o primariát. Primariát ve venkovské psychiatrické léčebně, ještě ke všemu dětské, nebylo moc významné místo, tam se to mé nestranictví a skautství ještě neslo.

Jiné to bylo s pozicí ředitele léčebny. To bylo místo nomenklaturní a směl ho zastávat jen straník. Já byl proto jmenován ředitelem teprve na jaře 1990, vlastně už jako šedesátiletý. Přebíral jsem léčebnu automaticky po svém předchůdci, který odešel do penze, a když o rok později vypsal na ředitelské místo konkurz, přihlásil jsem se – jako jediný žhavý zájemce.

Působil jste kromě jiného jako soudní znalec v oboru dětské psychiatrie. Co všechno tato práce zahrnovala a co vám na ní přišlo nejtěžší?

Soudním znalcem jsem se stal vlastně také díky doktoru Vojtíkoví, který nás v roce 1967 uvedl do problematiky a naučil nás posudky psát. Protože jsem měl atestaci i z psychiatrie dospělých, posuzoval jsem také dospělé pacienty, což je práce, která má začátek a konec a jejíž smysl lze dohlédnout. V pedopsychiatrii jde o posuzování dětských svědků, to jsou třeba pohlavně zneužití děti. Je to tedy poměrně smutný a zodpovědný úsek, ale opět má začátek a konec. Znalec tam dochází k určitým závěrům, které mohou mít vliv na osud dítěte nebo na potrestání pachatele.

Nejtěžší jsou spory mezi rozváděcími se manželi o svěření dítěte do péče anebo potom po rozvodu spory o styk. Už sama skutečnost, že k tomu sporu dochází, je špatným znamením. V těchto případech neplatí, že na všechno zlé se zapomíná. Je to právě naopak,



zapomene se na to dobré. Bývalí partneři se snaží toho druhého potrestat za všechny údajné křivdy a hořkosti a dělají to prostřednictvím dětí. My potom dojdeme k určitým závěrům, ale i když jsou správné, pro ty děti to do budoucna nemá žádný význam, protože rodiče stejně budou do kontaktu s nimi přenášet své vlastní postoje. V takových případech je pak často obtížné najít smysl práce.

Věnoval jste se také syndromu vyhoření u pracovníků v sociálních službách. Proč právě toto téma?

V rámci svého působení na Zdravotní sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích jsem dostal za úkol připravit školení pro sociální pracovníky k tomuto tématu. Proto jsem se spolupráci s kolegou Radkinem Honzákem formuloval teze, podle nichž tato školení probíhala.

Cítil jste se vy sám někdy ohrožen syndromem vyhoření?

Ne, necítil. Možná právě díky skautům, poněvadž – jak známo – syndromu vyhoření se předchází mimopracovní a vlastně i mimorodinnou činností, kterou jsem já osobně našel ve skautingu.

Za jednu z možností obrany proti syndromu vyhoření se považuje supervize zdravotníků. Nedomníváte se, že se u nás tento nástroj dosud podceňuje?

Supervizi skutečně považuji za užitečný a nedostatečně využívaný nástroj. Zejména ve zdravotnictví je velmi důležitá, protože člověk sám sebe nevidí a má tendenci podléhat dojmům sympatie a nesympatie. Každého hodnotíme intuitivně, aniž si uvědomujeme, že můžeme být méně objektivní nebo nespravedliví vůči člověku, který v nás z nějakých důvodů vzbuzuje určitou neli-

bost. Vzhled, porucha řeči, zá-pach, prostě věci, které si neuvědomujeme, ale přesto ovlivňují náš přístup. Supervize je může odhalit a ukázat, že někomu vlastně ubližujeme, protože je nám protivný.

Ale platí to i opačně. Podvědomě fandíme sympatákům a hezkým dětem. Poznatky o psychické deprivaci ukázaly, že z dětí, které vyrostly v kojeneckých ústavech a jiných výchovných zařízeních, určité procento netrpí deprivací. Jsou to ty hezké děti, kterých si sestry v rámci svých mateřských citů víc všimaly, víc se s nimi mazlaly a podobně. Kdykoli vedle sebe na přednášce posadím třicet žen a zeptám se jich, jaké se jim líbí děti, dozvím se vždycky totéž. Velké oči, úsměv, kudrnaté vlasy. Psycholog doktor Koch jim říkal „vokatý Olinky“. Tyto děti mají protekci, tak to prostě je. Akorát k profesionálnímu přístupu patří si to uvědomit.

Kdybyste měl srovnat charakter duševních poruch a poruch chování u dětí a mladistvých v době, kdy jste začínal, a dnes, k jakému závěru byste došel?

Zaprvé nesouhlasím s tvrzeními, že se děti zhoršily. Jsou pořád stejné. Některé formy se mohly změnit, protože se změnila doba a prostředky, s nimiž zacházejí, ale vlastní povahové vybavení dětí tak, jak si je přinesly na svět, i vlivy, které na ně působily (teď myslím genetické, psychogenní a sociogenní), zůstávají. To, co za nás neexistovalo, je rozšíření drog, ale i v tomto případě lze základní problém, tedy otázku, proč se dítě nechalo strhnout do party a začalo fetovat, pořád ještě vysvětlit na základě rodinných poměrů, anamnézy a podobně. Vůbec nemohu souhlasit, když někdo tvrdí, že spějeme k záhubě, protože nová generace po nás

PŘEDSTAVUJEME / VÝROČÍ

nebude schopna převzít svět. S nadsázkou říkám, že to možná bude pravda, protože moudří staří mužové už to hlásají 3 tisíce let.

Hovoříme-li o nových technologiích, životním prostředí a jiných civilizačních vlivech, objevují se v jejich důsledku u dětí nové psychiatrické diagnózy? Nebo naopak – jsou diagnózy, které u dětí vymizely? Mění se frekvence výskytu některých duševních chorob v souvislosti s komercializací společnosti a nárůstem konzumu?

Komercializace nepřinesla nic zásadně nového. Změnila se sice společenská situace, materiální či technické vybavení a vůbec způsob života, ale psychopatologické reakce zůstaly. Podněty k nim mohou být s ohledem na společenské změny trochu jiné než dřív, psychogeneze většiny poruch si však své zákonitosti zachovala. To, co přibýlo nově a zejména v posledních letech se stalo trochu módou, je rozšíření pojmu diagnóz v rámci autistického spektra. Patřím k dětským psychiatrům, kteří nadužívání diagnózy autismu kritizují. Část laické veřejnosti navíc směřuje autismus s mentální retardací.

Měla jsem na mysli spíš bulimii, mentální anorexii, závislost na hracích automatech, počítačových hrách... Myslíte si, že jsou to opravdu nové diagnózy?

Nejsou. Mentální anorexie existuje odpradáвна. Byla popsána

už ve starověkém Řecku, kde ženy přestaly z protestních důvodů jíst. Bulimie je u této nozologické jednotky jen druhou stranou mince.

Gamblerství a závislost na počítačích jsou sice nové fenomény, které přinesla tato doba a její technika, ale i ony měly v minulosti svůj předobraz v karetních a jiných hazardních hrách. Proto už za Rakouska byl hazard zakázaný. Skutečné gamblerství se ale vyskytuje spíš v dospělosti, z mladší generace se týká převážně mladistvých. Děti k počítačům sice leckdy inklinují, avšak není to ta pravá biologická závislost. Dítě se nechá strhnout, ale poměrně snadno se dá také odvrátit. Aby se z dětské závislosti vyvinula závislost biologická, která mívá až hrůzné rozměry a netýká se vždy jen mužů, musí tam být určité předpoklady a vrozené dispozice. Jedním z nich je tendence k jakési nepružnosti, která umožní, aby člověk uvízl v představě, které se pak neumí zbavit. Tedy například že vyhraje, ačkoli to je naprosto iracionální. Fascinace počítačovými hrami je trochu jiná, většinou má přechodný charakter.

Péče o psychicky choré se změnila k nepoznání. Jak se změnil postoj veřejnosti k duševně chorým? A zvlášť k dětem?

Celkové klima se uvolnilo. Přispěla k tomu popularizační literatura, ale paradoxně také televizní seriály. Některé seriály jsou takřka nekonečné, a aby se tam

pořád mělo co odehrávat, otevírá se řada témat týkajících se dětí a mládeže, od poruch příjmu potravy přes fetování a alkoholismus až po problémy lidí, kteří prošli kolektivními zařízeními, adopcí či rozpadem rodiny. Ty seriálové postavy, kterých se to týká, často na obrazovce vyhledají odbornou pomoc, což pomáhá popularizaci naší práce.

Ale změnil se i celkový vztah k mentálně nebo tělesně postiženým. To je beze sporu. Já v léčebně většinou vedl dorostové oddělení a asi deset let jsem s těmi chlapci jezdil na lyže. Často to byli kluci, kteří předtím neměli možnost se naučit nasedat na vlek a podobné dovednosti, a tak jsme zdržovali frontu lidí za námi. Omlouvám se za to vlekáři, ale on mi odpovídal, že naopak oni nás obdivují, že se o ty chlapce tak staráme. Za starých časů by mi nejspíš řekl, ať tam nepřekážíme.

A ještě jedna věc z nové doby hraje roli v přístupu k poruchám, a to internet, díky kterému je společnost informovanější. Pokud někdo vysloví podezření na nějakou diagnózu, lidé si to najdou na internetu, a když přijdou do ambulance, mají to nastudované, nebo dokonce vytištěné a začnou mě zkoušet. Některým diagnózám proto říkám internetové diagnózy.

Jaké jsou podle vás možnosti, kam se pedopsychiatrie může dále vyvíjet?

MUDr. Josef Kříž

* 25. února 1931 v Praze

Po ukončení karlínského reálného gymnázia zahájil studium na Filozofické fakultě Univerzity Karlovy, obor psychologie. Po prvním ročníku přestoupil na medicínu a roku 1957 absolvoval Fakultu dětského lékařství Univerzity Karlovy. V letech 1957–1960 působil jako pediatr v Litomyšli a Čáslavi. Od roku 1960 pracoval v Dětské psychiatrické léčebně v Opařanech, v letech 1967–1990 jako primář, v letech 1990–1994

jako ředitel léčebny. V roce 1959 získal atestaci z pediatrie, roku 1965 atestoval z psychiatrie a roku 1966 z dětské psychiatrie. Po roce 1989 přednášel dětskou psychiatrii, soudní psychiatrii a později i lékařskou psychologii na Zdravotně sociální fakultě Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích.

Je ženatý a má 2 děti. K jeho zálibám patří skauting a historická literatura.

Předně si myslím, že se bez dětské psychiatrie neobejdeme. S ohledem na to, jak nyní ubývá lůžkových zařízení, lze očekávat, že budoucnost oboru bude spočívat spíše v té ambulantní složce. Bude se upřednostňovat práce s rodinou a ponechání dítěte v původním prostředí. Nicméně určitý objem lůžkové péče bude zapotřebí pořád – a to neříkám jen jako fanda opařanské léčebny. Jsem přesvědčen, že i nadále bude nutné si podržet zařízení schopné nabídnout možnost delší hospitalizace pro případy, kdy práce s rodinou či krátká hospitalizace v místním lůžkovém zařízení nepostačí. Současná struktura pacientů naší léčebny tento můj názor potvrzuje.

V roce 2011 ocenila Psychiatrická společnost ČLS JEP vaši ce-

loživotní práci Heverochovou medailí. Co pro vás osobně toto ocenění znamená?

Nečekal jsem to. Celkem nás tu medaili v roce 2011 dostalo asi dvacet. Velkou část kolegů jsem znal už z dřívějších a vážil si jich, takže jsem měl radost, že jsem se ocitl v tak dobré společnosti.

Přestože jste už dávno překročil důchodový věk, do loňského roku jste aktivně léčil, publikoval, vyučoval. Máte nějaký osobní recept jak se dobrat dlouhověkosti při plném duševním zdraví?

Vůbec nevím. Pro mě samotného je překvapení, že ještě žiju, protože nejsem právě z rodu dlouhověkých a ani moje životospráva není zrovna ideální. Takže je pro mě trochu zázrak, že jsem se takového věku dožil. Ale nejsem nerad.

Osobnosti české medicíny vážně i nevážně

prof. MUDr. Jan Řehoř, DrSc.

(10. 3. 1895 Dolní Bukovina u Českých Budějovic – 6. 3. 1969 Pardubice)

Český lékař, internista, žák Josefa Pelnáče. Habilitován byl v roce 1945, profesorem jmenován v roce 1946. Od roku 1955 coby přednosta v čele I. interní kliniky Lékařské fakulty UK v Hradci Králové (nástupce profesora Josefa Libánského), kterou vedl do roku 1962. Jako první ve světové literatuře popsal elektrokardiografické změny u akutní nekrozy pankreatu (1937). Jeho hlavními díly byly „Úvod do vyšetřování ve vnitřním lékařství“ (1962) a „Učebnice vnitřního lékařství“ (1964).

Sklenička vína

Přednosta hradecké psychiatrické kliniky profesor Krákor si chtěl zažádat o poukaz do lázní. K tomu



Ilustrace: foto: thebestbrainpossible.com

bylo zapotřebí EKG, i zašel si za kolegou Řehořem, přednostou interní kliniky. Ten právě dělal velkou vizitu, tak řekl Krákorovi, ať si nechá natočit křivku, že jak dokončí vizitu, podívá se na něj. Po vyvolání záznamu (tehdy ještě nebyl přímo píšící elektrokardiograf) přinesl trochu vykulený laborant záznam profesoru Řehořovi, který ještě dokončoval vizitu, a poznamenal: „Tak pan profesor tam má infarkt.“ Překvapený Řehoř se podíval na záznam, hned

přerušil vizitu a snažil se spojit s Krákorou. Od jeho sekretářky se dozvěděl, že pan profesor právě před chvílí odjel do hotelu Avion na svou obvyklou sklenku vína. Rozrušený Řehoř zavolal „svěho“ řidiče doktora Petrleho, který jej denně vozil z Pardubic na kliniku, nenechal jej ani převléknout. A pak se oba v bílých pláštích řítili pro profesora Krákoru rychlostí, která značně převyšovala tu dovolenou.

Udivení hosté i personál vinárny spatřili dva muže v bílých pláštích, jak spěšně zamířili ke stolu, kde upíjeli ze skleničky své vlnko profesora Krákor. „Musíš hned s námi do nemocnice!“ prohlásil Řehoř. „Jsi po těžším infarktu zadní stěny. Extra jsem pro tebe připravil, jak mi to BKG ukázali... Ne, nezvedej se. Zvednu tě sám a odvedu tě opatrně do auta. Jdeme!“ „Jen tak nespíchej. Když myslíš, já s tebou pojedou, když jsi ten

Thomayerův žák, ale já si v klidu dopiju to vlnko. To mi snad necháš.“ A pak pojedem. Jedno po druhém.“ A jak byl zvyklý, dopil. A pak jeli.

Nadávat možno jen profesorům

Když byl hradecký profesor chirurgie Jan Bedrna léčen u docenta Filipa v Poděbradech po embolii plicnice, dostával Pelentan. Laboratorní kontroly Quickova testu se prováděly v hematologické laboratoři hradecké interní kliniky, kterou vedl MUDr. Chrobák. Konziliárně za profesorem Bedrnou dojížděl profesor Řehoř. Jednou si Řehoř zavolal doktora Chrobáka: „Chrobák, pojedete se mnou dnes na konzilium k akademikovi Bedrnovi.“ „Ale proč já?“ vypravil ze sebe obledlý lékař.

„No, víte, on má Bedrna špatné žíly, a když se mu s Filipem po-

koušíme nabrat krev, hrozně nám nadává.“

„...?“

„No nic, Chrobák, žádné strachy. To může jenom nám. Vám on nadávat nebude.“

Když má Řehoř dobrou náladu

Profesor Řehoř se vracel z velké vizity z oddělení ve velmi dobré náladě. Když míjel skupinku studentů, zaslechl, jak se jich tehdejší asistent MUDr. Ladislav Chrobák ptá: „Kam se propaguje šelest při stenóze aorty?“ Nežli mohli studenti odpovědět, obrátil se sám přednosta se stejnou otázkou i na vedoucího té skupiny, asistenta Chrobáka. Když překvapený Chrobák správně odpověděl, prohlásil profesor Řehoř: „Tak proč se ptáte studentů, když to víte správně?“

Stanice na dřímající sopce

Přírodovědci z brněnské Masarykovy univerzity vyrážejí každou zimu na českou polární stanici v Antarktidě. Mezi členy týmu patří i lékař, a to nejen jako výzkumník, ale i nezbytný zdravotnický doprovod. Jednu sezónu expedici doprovázel i přednosta Anesteziologicko-resuscitační kliniky LF OU a FN Ostrava **prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSC.**

Překročení antarktické konvergence

V roce 2006 vznikla v Antarktidě polární stanice Masarykovy univerzity. Nese jméno Johanna Gregora Mendela. Přírodovědci tam na výzkum jezdili první čtyři roky bez lékaře. Posílají skupinu vědců na 2 měsíce na tak odlehle a obtížně dostupné místo, jakým je ostrov Jamese Rosse, však byl přece jen riskantní podnik. Shodou okolností jsem měl tu čest být před dvěma roky prvním lékařem na této stanici.

Z Ruzyně jsme odlétali 30. prosince 2010. Teploměr na Vysočině, cestou na letiště, ukazoval -15 °C, a byl jsem letěl do Antarktidy, po celou dobu pobytu už jsme tam nezažili chladnější den než tento. Letěli jsme přes Frankfurt, Madrid a Santiago de Chile až do Punta Arenas, město v jižním cípu Chile, na samé patě Patagonie. Tam jsme se nalodili na ledoborec chilské armády. Z Jižní Ameriky jsme se na této již letité lodi plavili přes Drakeův průliv, což je spíše než průliv tisíc kilometrů široké moře, v němž se stýkají vody Tichého a Atlantického oceánu. Moře v Drakeově průlivu je považováno za nejoblíbnější na světě.

Po třech dnech plavby průlivem jsme překonali antarktickou konvergenci, úzké pásmo, ve kterém se střetávají teplejší vody nižších zeměpisných šířek s chladnými antarktickými vodami – a člověk náhle pocítí, že se nachází výrazně jinde, v jiném světě. Čtvrtý den ráno jsme už proplouvali kolem ledovců padajících do moře, kolem prvního z ostrovů Jižních Shetland. Byli jsme v Antarktidě.



Česká stanice Johanna Gregora Mendela na ostrově James Ross na břehu průlivu Prince Gustava. V pozadí Antarktický poloostrov.

Oáza za polárním kruhem

Poté, co jsme po několika dalších dnech připluli do blízkosti „našeho“ ostrova, začal výsadek osádky stanice a materiálu. Helikoptéry několik hodin doslova kmitaly mezi palubním heliportem na ledoborci a přistávací plochou v areálu Mendelovy polární stanice. Ta se nachází v severním cípu ostrova Jamese Rosse a ve srovnání s ostatními antarktickými stanicemi stojí na docela pohostinném místě. Naprostá většina ostrova o rozloze 2500 km² je totiž pokrytá ledem, ale naše útočiště bylo postaveno v „oáze“, poměrně rozsáhlé odlednělé části ostrova. Vegetace je však velmi sporá i v této oblasti bez pokryvého ledovce. Ve srovnání se severní Skandinávií, kde je v obdobných zeměpisných šířkách vzrostlá tajga, tu ci-

telně schází teplý Golský proud. I v části ostrova, které naši polárníci říkají „Krkonošova zahrádka“ a která je na vegetaci nejbohatší, rostou pouze pásy zelených mechů a oranžových lišejníků. Teplota v létě, čili v lednu a únoru, se tu pohybuje v rozmezí +6 až -6 °C. Klesá v hluboké zimě a nejméně tu bylo naměřeno -36 °C, což koneckonců není ani ve srovnání s „vydařenou“ středoevropskou zimou extrémně málo.

Na expedici nás přijelo celkem jedenáct a část výpravy byli ostřílení kozáci, kteří už tam byli několikrát. Před přistáním působili dojmem, že se vracejí na chalupu – nemohli se dočkat, až tam budou. A měli na co se těšit! Být v Antarktidě je nádherný a těžko sdělitelný zážitek.

Helikoptéry definitivně odletěly a my stáli s hromadou beden a barelů na břehu. V takovou chvíli si zřetelně uvědomíte, že jste se ocitli úplně sami odříznuti na obtížně přístupném ostrově, 15 tisíc kilometrů od domova. Začali jsme s odzimováváním stanice. Jedním z prvních architektonických dojmů na stanici je ve sněhu zabíjená klasická dřevěná „kadibudka“ s výřezem ve tvaru srdíčka. Jedná se o významný relikt z doby výstavby stanice. Vlastní stanice je samozřejmě značně rozsáhlejší, sofistikovanější, využívá se tu větrná energie, solární panely, skleníkový efekt... a řídí se přísnými ekologickými pravidly.

Ve stanu i pod širákem

V blízkosti stanice se tyčí strmé kopce sopečného původu se zarovnanými temeny (tzv. mesety). Na některých místech vystupují zachovalé křídové vrstvy. Ty jsou zhruba 80 milionů let staré a lze v nich nalézt i zkamenělé kmeny stromů z té doby. Ostrov sám je ale vulkanického původu. Jednou jsem nadhodil, že zdejší 6 milionů let stará sopka je vyhaslá. Někdo z přítomných geologů okamžitě odvětil, že 6 milionů let vůbec nic neznamená a že tato sopka je dosud jen dřímající. Takže máme stanici na dřímající sopce.

Občas jsem měl možnost pozorovat výzkumníky při práci, třeba při odečtu dat z měření fotosyntézy. Ornitologové prováděli výzkum chování ptáků, například hnízdících chaluh jižních. To je velmi inteligentní a značně neodbytný pták, který si ostře hlídá své hnízdo. Má rozpětí křídel kolem jednoho a půl metru, a pokud se výrazně přiblížíte k jeho hnízdu, útočí vám přímo na hlavu.

V blízkém i vzdáleném okolí stanice mají vědci rozestaveny meteorologické stanice, provádějí tu klimatologické výzkumy. Nepracují jen poblíž stanice, vyjíždějí na člunech také na několikadenní výzkumné výpravy, při nichž kempují ve stanech.

Být v Antarktidě a nevyssat se tam „pod širákem“ bych považoval za hřích, a tak jsem si jednou dovolil opustit stanici a strávil jsem noc

venku ve spacáku. To je velmi silný zážitek. Jen mě utvrdil v tom, že Antarktida není bezpodnělově prostředí a že něco jako antarktické ticho v podstatě neexistuje. I v noci slyšíte stále nějaké zvuky, nárazy ledu na pobřeží, neutichající vítr, hlasy velkých savců z moře či pobřeží. Intenzivně si to uvědomíte už proto, že například lachtan by si klidně mohl dojít až k vašemu loži, jsou to zdatní turisté, kteří umí i zaútočit.

Zvířata si ale obvykle od lidí drží určitý odstup. Když se přiblížíte k lachtanovi tak na 8 metrů, vztyčí se na předních ploutvích a výhrůžným postojem vám velmi hlasitě dává najevo, že v jeho blízkosti nemáte co dělat. Kdyby člověk překročil tu vzdálenost, zaútočí, a to velmi rychle. Jinak se chová tuleň Wedellův, ten je natolik klidný, že ho můžete i překročit a téměř si vás ani nevšimne. Je povahovým protikladem k tuleni leopardímu, což je nebezpečný predátor, který dokáže člověka stáhnout pod vodu do hloubky několika desítek metrů a utopit ho.

Keporkaky pozorujte z dálky!

Překvapivě jsme zažili i několik návštěv jiných polárníků. Nedaleko naší stanice krátce zakotvila britská antarktická výzkumná loď Ernest Shackelton. Při té příležitosti nás Britové přišli navštívit a tak trouhu i zkontrolovat, jestli si počináme dostatečně ekologicky. Míle bylo, že přinesli lahev dvacetileté whisky Chivas Regal.

Při zmínce o whisky nelze opominout led. Některé kusy antarktického ledu jsou čiré, průhledné. Průhledný led je velmi starý, údajně kolem 6 tisíc let. Je úplně nejlepší, jaký do whisky může být. Občas jej příliv vyplavil na břeh. Odtud jsme si ho přenesli do mrazáku a s úctou jej vkládali do whisky. Normálně si do whisky led nedávám, je škoda její chuť znečistit ledem z vody, která u nás nebývá prosta jemných pachutí. V Antarktidě je zcela odlišná situace a je to nejčistší led, jaký na světě můžete mít.

Zakotvila u nás také polská plachetnice partičky soukromníků, kteří se do Antarktidy plaví opákaně. Nezměrný Drakeův průliv přeploouvají na nesouměřitelně malé lodi o délce 21 metrů. Polští mořeplavci se potřebovali na chvilku vyspat na pevné zemi, my se zase chtěli podívat na loď. Doplavili nás přes průliv Prince Gustava na Antarktický poloostrov a my pozorovali, jak velmi obtížná je navigace mezi krami a plujícími ledovci, mezi nimiž se plachetnice doslova ztrácí. Jeden



Typický alfa-samec – lachtan Gaston na pláži před naší stanicí

ZAHRAŇIČNÍ ZKUŠENOST

námořník stojí na přídi a druhý je vytažen vysoko na stěžeň. Při plutí mezi krami vidíte úžasně modré barvy ledu, ale mohou se mezi nimi neočekávaně objevit i hřbetní ploutve keporaků, obrovských velryb. Samozřejmě kapitán hned vypnul motory a párek hravých keporaků začal kroužit v těsné blízkosti jachty. Nozdrami mohutně vypouštěli vydechaný vzduch. V průvodcích se nedočete, že když velryba vydechne, je to neuvěřitelný zápach. Neucítíte jej, pokud velryby pozorujete jako turisté z velké lodi na značnou vzdálenost, ale když se keporak přátelsky otírá o plachetnici a přitom vydechuje, je to závan jako z desítek latrin najednou.

Blíží se zima

Na ostrově se ve značné vzdálenosti od břehu občas nacházejí mumie tuleňů, jako by tam chodili umírat. Mráz jejich těla velmi kvalitně zakonzervuje. Našli jsme

i desítky let starou mumii tuleň obrostlou mechem. Už při mezi-přistání na Jižních Shetlandech, cestou na náš ostrov, jsme u chilské stanice viděli kosti velryby vyskládané na břehu. Kousek nad tím malá dřevěná kaplička. Bylo to zvláštní a velmi pietní místo. Jednou při procházce ostrovem, šel jsem tehdy sám, se mi poštěstil velmi vzácný zážitek – slyšel jsem „zpívat“ keporak. Jak proplouvali několik kilometrů od břehu, dorozumívali se zvláštními zvuky připomínajícími trubku či houkání lokomotivy, chvílemi zazněly vyšší tóny. Zpívající keporakové jsou jedním z mých nejsilnějších zážitků z Antarktidy. Při putování po ostrově jsme se občas nechtěně přiblížili hnízdu skuí (chaluh) a okamžitě narazili na tvrdý odpor, se kterým tyto ptáci bránili svá mláďata. Musí umět nejen přežít v drsném klimatu, ale ještě se ubránit útokům jiných ptáků. Navštěvovat

nás chodil i jeden tučňák kroužkový, říkali jsme mu „inspektor“, protože do areálu stanice přicházel každý rok přepeřovat, což je znamení, že už se zase blíží zimní období. Když tučňáci přepeřují, nejsou příliš pohybliví, drží se na břehu a mnoho neloví. V závěru našeho pobytu, tedy ve druhé polovině února, začalo v moři před stanicí cestovat víc obrovských ker, některé měly desítky metrů na výšku a stovky metrů na délku. Na konci února se už blížilo zimní počasí. Loď v té době nemohla připlout do blízkosti ostrova obklopeného spoustami plovoucího ledu, a tak jsme evakuaci absolvovali padesátikilometrovým přeletem nad Antarktidou v helikoptéře. Bylo to za nádherného jasného dne a pohled shora na antarktickou krajinu lemující Wedellovo moře byl úchvatný. Cestou zpět do Ohňové země bylo moře v Drakeově průlivu podstatně rozbouřenější, výkyvy lodi byly



i 30 stupňů do každé strany. Teprve poté, co jsme vpluli do zátvrti Hornova mysu, se moře zklidnilo a my zanedlouho přistáli v Puerto Williamsu na ostrově Navarino, v nejjižnější městečku na světě. Byli jsme zpět v civilizaci, být v těchto místech ještě značně odlehlé.

ještě něco na mě působilo velmi silně a nezapomenu na to. Když jsem se vracel v té nádherné antarktické pustině na stanici a viděl nad ní vlát českou vlajku, intenzivně jsem si uvědomoval, co to znamená. V tak vzdáleném koutě světa to byl příjemný pocit.

zapsala Jana Jilková

Polárníci jsou **solidní pacienti**

Profesor Pavel Ševčík byl lékařem expedice na Mendelově polární stanici a staral se nejen o zdravotní stav svých kolegů, ale uskutečňoval také samostatný vědecký program zaměřený na monitorování projevů zátěže členů posádky při různých aktivitách, zejména během dlouhodobého pobytu v terénu a při typických expedičních činnostech.

Byl jste prvním lékařem na Mendelově stanici. Jak se tam dříve za dlouhodobých pobytů polárníci obešli bez zdravotníka?

Nebyl jsem první český lékař v Antarktidě, ale na této stanici ano. Do té doby se polárníci snažili řešit zdravotní problémy svépomocí. Sice to byli z hlediska medicíny laici, ale velmi poučení. Manželka jednoho z účastníků je zubařka, tak si s sebou vezli i nějaké stomatologické vybavení. Už při budování stanice tam dopravili řadu léků, obvazového materiálu, transportních prostředků. Odhad toho, co na stanici najdu, jsem učinil pod-

le fotografií jednotlivých příhrádek tamní lékárny pořízených v předchozím roce. Na cestu jsem připravil velkou bednu s medikamenty, spotřebním materiálem a různými pomůckami.

Vežli jste jenom základní léky?

Nejen základní, například z antibiotik jsem vezl i širokospektré preparáty vyšší řady, protože kdyby nastal nějaký vážný problém, záchrana tam není hned – záleží na počasí. Evakuace z ostrova může trvat i jeden nebo dva týdny. Vybavil jsem stanici docela důkladně také infuzemi. Samozřej-

mě jsem tam měl vybavení na malé chirurgické výkony a měl jsem prostředky pro poskytnutí jednoduché celkové anestezie.

Malé chirurgické výkony... Co kdyby u někoho nastala akutní appendicitida?

Na prvním místě je potřeba doufat, že k tomu nedojde. Nejsem chirurg. Neocitl jsem se pod tlakem takové události, a tudíž nemohu říci, jakou strategii bych v konkrétní situaci zvolil. Klíčová by v té situaci byla možnost či naopak nemožnost rychlého transportu pacienta. 80 kilometrů od tamtuh, na ostrově Seymour, je velká argentinská základna Marambio, kde je asi tři sta lidí. Je to vojenská základna a je na ní i malá nemocnice. Snažil bych se nějak tam pacienta dopravit. Ale někdy se Argentincům pro nepřítel počasi nepodaří ze základny vzlétnout třeba po dobu tří týdnů...

Došlo k nějaké situaci, kterou jste jakožto lékař nečekal?

Oni to byli všechno velmi zkušené lidi „otlučení“ z řady předchozích výprav do různých koutů světa. Všichni se chovali velmi zodpovědně, aby si nezpůsobili napří-

klad nějaký úraz. Také jsem tam ale fungoval jako „zubní záplatovač“, občas jsem vyplňoval otvory po vypadlých plombách. Výplně zpravidla nějakou dobu vydržely, pak je bylo nutné obnovit.

Monitoroval jste účastníkům expedice krevní tlak. Jak se sžívali s holterem?

Musím přiznat, že program 24hodinového holterovského měření tlaku ke zjištění zátěže jednotlivých polárních nebyl zrovna něco, nač by se těšili. Tlakoměr vás v noci budí – automat spouští měření v noci každých 30 minut a ve dne každých 15 minut. Zajímavé bylo, že téměř u všech byl krevní tlak v Antarktidě v průměru vyšší – v klidu i při zátěži – než v Česku. Ty průměry byly překvapivé, šlo o 10–20 torrů navíc. Pobyt v Antarktidě je nezvyklá záležitost. Faktorů je víc – nejen průběžně větší chlad a venku stálý vítr různé intenzity, ale i vzdálenost od domova, obtížně představitelná odloučenost nehostinného ostrova, nezvyklost krajiny, polární poušť. Osobně jsem měl první tři týdny pocit, že nejsem dobře aklimatizovaný, byl jsem unavenější než obvykle. Teprve po třech týd-

nech jsem si šel poprvé na několik vteřin „zaplat“ do moře. V moři jsem se tam koupal několikrát. To je zážitek sám o sobě.

V souvislosti s takovými expedicemi se nabízí otázka na ponorkovou nemoc. Jaká byla na stanici atmosféra?

Bylo nás tam jedenáct a všichni jsme za sebou měli řadu cestovatelských zkušeností, polovina výpravy už dříve pracovala i na této stanici. Všichni byli zvyklí na fungování v týmu i jednodušší podmínky k žití. Ponorková nemoc se nekonala, naopak – pokud se tým rozptýlil na 3–4 dny do několika skupin, protože se pracovalo v odloučených kempech na více místech ostrova, všichni byli rádi, když se zase sešli zpátky na stanici. Atmosféra byla velmi dobrá.

Chcete se do Antarktidy jako lékař ještě někdy vrátit?

Našemu rozhovoru naslouchá manželka, budu tedy opatrně volit slova... Příležitost vrátit se v této sezóně byla, ale z pracovních důvodů jsem ji zavrhl. Naštěstí brzy po návratu z Antarktidy, před dvěma lety, jsem našel nástupce. Je to mladý kolega, kterého polární kraje nesmírně zajímají, a současně zdatný a zkušený horolezec. Odcestoval do Antarktidy s dalšími nápady na výzkum. Ale kdyby se někdy sešlo více okolností dohromady, to znamená pracovní i rodinná situace... Přiznám se, že bych se tam chtěl ještě jednou podívat. Říká se tomu antarktický virus. Té nákyze se člověk zbavuje těžko.



Profesor Ševčík při monitorování krevního tlaku na modelu.

ZE SPOLEČNOSTI

„Sen můj, jehož nit jsem spřádala po čtvrt století“

Na pražském Albertově byla slavnostně otevřena nově zrekonstruovaná posluchárna Purkyňova ústavu a odhalena pamětní deska prof. MUDr. Otakara Srdínka, věhlasného vědce a politika, který se významně zasloužil o výstavbu tohoto ústavu.



Pamětní desku odhalili emeritní přednosta Ústavu histologie a embryologie 1. LF UK docent Petr Hach, prorektor UK profesor Jan Škrha a děkan 1. LF UK profesor Aleksi Šedo. | Foto: Leoš Chodura

Profesor Srdínka se problematikou výbudování moderního ústavu pro svůj obor zabýval od roku

1901, kdy pracoval ještě jako asistent v berlínském anatomicko-biologickém ústavu u slavného

profesora Oscara Hertwiga. Od té doby shromažďoval popisy a plány různých vysokoškolských ústavů více než padesát evropských univerzit, které navštívil. Již v roce 1917, tedy ještě za habsburské monarchie, poslal do Vídně podrobný návrh na vybudování histologicko-embryologického ústavu české lékařské fakulty v Praze.

Podle nejmodernějších požadavků své doby

Purkyňův ústav byl slavnostně otevřen 16. dubna 1926 a česká univerzita získala krásnou účelovou budovu odpovídající nejmodernějším požadavkům dobové vědy a výuky. Zakladatelem ústavu byl profesor Otakar Srdínka, architektem Alois Špalek, který projektoval i Hlavův patologicko-anatomický ústav. Otevření ústavu se tehdy uskutečnilo za přítom-

nosti prezidenta T. G. Masaryka. „Sen můj, jehož nit jsem spřádala po čtvrt století, stal se skutekem. Pohádka, se kterou jsem srovnal tak, že opravdu se mi o novém ústavu zdávalo ve snu již před válkou, stala se řízením osudu skutečností,“ svěřil se při té příležitosti profesor Srdínka.

Zrekonstruovaná posluchárna

Nyní 1. lékařská fakulta UK nově

zrekonstruovala a zásadně modernizovala posluchárnu Purkyňova ústavu a tím ukončila jednu z dalších velkých rekonstrukcí v budovách, které spravuje.

Mezi hosty jejího slavnostního otevření spojeného s odhalením pamětní desky profesora Otakara Srdínka byl i jeho vnuk – nyníjší proděkan pro zahraniční a vnější vztahy Fakulty strojní ČVUT prof. Ing. Petr Zuna, CSc.

(j)

Rektor VŠCHT navštívil Teva Czech Industries

Vrcholní představitel Vysoké školy chemicko-technologické v Praze v čele s rektorem prof. Ing. Karlem Melzochem, CSc., v pátek 22. února navštívili farmaceutickou společnost Teva Czech Industries v Opavě.

Kromě prohlídky výrobního závodu, s nímž VŠCHT pojí více než dvacetiletá odborná spolupráce, bylo cílem návštěvy také nastavení dalších společných projektů přímospolečenských pacientům v České republice i ve světě. Setkání vrcholných představitelů obou subjektů na půdě opavského závodu je oceněním dlouhodobé spolupráce, která vysokou školu a výrobní farmaceutický závod spojuje již od roku 1990.

Teva Czech Industries se dlouhodobě specializuje mj. na výrobu uceleného portfolia námelových alkaloidů, jež jsou skupinou látek terapeuticky využívaných například k léčbě migrény, poruch prokrvení, nemocí žil, vysokého krevního tlaku, dále v porodnictví a u chorob spojených se stárnutím). Počátky spolupráce školy s továrním výzkumem a vývojem byly založeny právě na určování struktur těchto alkaloidů pomocí rtg difrakce. Pomocí této metody byly objeveny a publikovány dosud neznámé přírodní námelové alkaloidy.

Zapojují se učitelé i studenti

Počátek spolupráce byl spjat především se jménem vedoucího Ústavu chemie pevných látek VŠCHT v Praze prof. RNDr. Bohumila Kratochvíla, CSc. V průběhu let pak do ní byla zapojena řada studentů, posléze doktorandů a dnes i přednášejících. Původní koncept spolupráce byl časem rozšířen i na další metody spolupráce v oblasti krystalových struktur velké sku-



Foto: archiv VŠCHT

pinu alkaloidů a významně přispěl ke standardizaci procesů pro výrobu léčiv i jejich registraci v mnoha zemích světa. Praktická spolupráce VŠCHT s výrobním závodem umožnila řadě studentů pracovat na prakticky využitelných projektech. Teva Czech Industries škole pomáhá podporou studentských odborných soutěží, praxí a stáží, nákupem vybavení i při diskusích a formulaci nových studijních programů.

„VŠCHT není jedinou vysokou školou, s níž úzce spolupracujeme, ale co do vědeckých přínosů patří k těm nejvýznamnějším. Jsem tomu rád, protože i já jsem jejím absolventem,“ řekl k návštěvě ředitel divize účinných farmaceutických látek Teva Czech Industries Opava Ing. Lubomír Roder. Opavská společnost Teva Czech Industries, s. r. o., (dříve Galena, IVAX) je významným farmaceutickým producentem se 130letou historií průmyslové výroby. Od roku 2006 je součástí nadnárodní skupiny Teva, celosvětově největšího producenta generických léčivých přípravků.

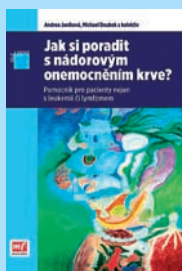
(red)

Pozvánka na výstavu a křest knížky

Zveme vás na výstavu dětských ilustrací a křest nové knížky. Obojí se váže k publikaci „Jak si poradit s nádorovým onemocněním krve?“, která vznikla na pomoc pacientům.

V krásných historických prostorách Galerie U Prstenu v Jiřské ulici 14 v Praze 1 proběhne ve dnech 18.–22. března výstava obrázků dětí z brněnského Ateliéru Studánka, které se podílely na ilustraci knížky „Jak si poradit s nádorovým onemocněním krve“.

Autory publikace, vydané nakladatelstvem Mladá fronta v edici Lékař a pacient, jsou doc. MUDr. Andrea Janíková, Ph.D., a prof. MUDr. Mi-



chael Doubek, Ph.D. Kniha vznikla jako logická reakce autorů – hematologů – na dotazy a požadavky pacientů, které mají ve své péči, a snaží se v ní dále rozvinout to, co nemocným poskytují edukační brožury o klasické protinádorové terapii a nádorových onemocněních.

Poslední den výstavy, tedy v pátek 22. března, se od 10 hodin v galerii uskuteční křest knížky. Přítomni

budou jak autoři, tak děti, které obrázky malovaly, a také několik zajímavých hostů. Čtenáři našich novin jsou srdečně zváni. (red)



Rakovina v představě dětského ilustrátora. | Foto: Ateliér Studánka

Vyhlášení „Čechovy ceny“ pro rok 2012

Česká společnost pro ultrazvuk v porodnictví a gynekologii ČLS JEP (ČSUPG) vyhláší soutěž o „Cenu profesora Evžena Čecha“ za loňský rok, která je udělována českým lékařům do 35 let za publikaci s tematikou ultrazvukové diagnostiky v oblasti gynekologie a porodnictví, vzniklou na našich pracovištích.

Do soutěže je nutné zaslat vědeckou, odbornou či didaktickou publikaci in extenso, nejlépe elektronicky ve formátu pdf či v podobě knihy a DVD nosiče v originále. Přijímána nejsou abstrakta ani pouhé souhrny prací.

O vítězi soutěže po vyhodnocení zaslaných prací rozhodne výbor pro udělování Čechovy ceny ČSUPG. Cenu nelze získat opakovaně.

Uzávěrka do konce května

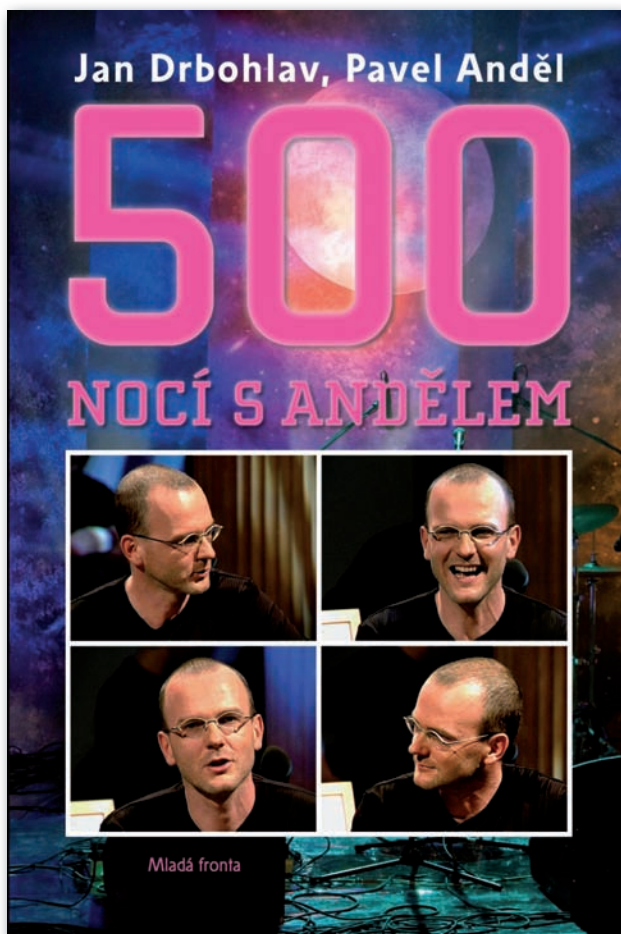
Přihlášky zasílejte nejpozději do 30. května 2013 e-mailem na adresu: info@csupg.cz nebo písemně na adresu: Česká společnost pro ultrazvuk v porodnictví a gynekologii ČLS JEP, Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN, Alšbátův náměstí 18, 128 51 Praha 2.

(red)



Prof. Evžen Čech. | Foto: Leoš Chodura

Předplatte si MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN



a získáte knihu 500 nocí s Andělem

500 nocí s Andělem

Pořad Noc s Andělem již existuje 10 let a stal se fenoménem pro celou generaci. Za dobu jeho trvání se v něm vystřídal přešel hostů, vystoupili v něm často muzikanti, kteří by se jen tak spolu nesetkali. Kniha nabízí „nejlepší příběhy z natáčení“, a kromě výjimečných událostí, které se před očima diváků v pořadu seběhly, podhaluje také věci, které se staly v zákulisí.

Kompletní nabídka knih na knihy.cz



**Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 7. 4. 2013.
Předplatné na rok pouze za 590 Kč**



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku **predplatne.mf@cpost.cz**, uveďte své **jméno** a **doručovací adresu** a informaci, zdali jste nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZDN 0313**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách **www.mf.cz**



Volejte zdarma 800 248 248

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZDN 0313**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.



Pošlete SMS na číslo 900 09 06

ve tvaru **ZDN ABO jméno, příjmení, adresa, lékařská specializace** (v případě, že jste lékař) předplatitele. Cena SMS je 6 Kč včetně DPH. Službu provozuje goNET s. r. o. Technicky zajišťuje MobilBonus s. r. o. Help line 777 717 535 po-pá 9.00-17.00.

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. Dárky jsou rozepisovány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné s dárkem nebo slevou nelze po dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a. s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávkou předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávkou dále dává předplatitel souhlas se zasláním jim vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovávány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména, že poskytnuté údaje je dobrovolně, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybnosti o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na www.mf.cz.

Kalendář akcí odborných lékařských společností – duben 2013

Pořádá-li vaše společnost odbornou konferenci, seminář, přednáškový večer atd., o kterých by profesní kolegové rozhodně měli vědět, zašlete prosím základní informace na e-mail: miksova@mf.cz

Molekulární diagnostika v parazitologii

Principy, výhody a limity molekulární diagnostiky, molekulární diagnostika malárie ve stolici lidí, molekulární diagnostika toxoplasmózy, kryptosporidií, mikrosporidií a giardií, střevních tasemnic, *Trichuris spp.* atd.

2. 4. 2013/Praha

Místo konání: Lékařský dům

Pořadatel: Společnost pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP

Kontakt: www.sem-cls.cz

Tradiční melanomová konference s Pražským kazuistickým seminářem

3. 4. 2013/Praha

Pořadatel: Dermatovenerologická klinika 3. LF UK a FNKV

Kontakt: prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA, doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.; e-mail: dermasec@fnkv.cz; www.lfhk.cuni.cz/dermat

Bezpečná infuzní terapie, prevence rizik

Úvod do problematiky, léková pochybení, mikrobiální kontaminace infuzí, prevence rizik vzduchové embolie, bodná poranění ve zdravotnictví - chraňme sami sebe...

3. 4. 2013/Praha

Místo konání: Vzdělávací centrum Nemocnice Na Bulovce, za pavilonem 2. interní kliniky, č. 10

Pořadatelé: Aesculap Akademie, Nemocnice Na Bulovce

Kontakt: www.aesculap-akademie.cz

Moderní metody polyfázové identifikace bakterií

Taxonomie, klasifikace, nomenklatura, fenotypová identifikace, sekvencování MALDI-TOF

3. 4. 2013/Praha

Místo konání: Lékařský dům

Pořadatel: Společnost pro lékařskou mikrobiologii ČLS JEP

Kontakt: www.splm.cz

Pracovní schůze SNN ČLS JEP

Ohlédnutí za výzkumy a klinickou aplikací LSD v ČSSR

3. 4. 2013/Praha

Místo konání: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN, Apolinářská 4a (aula)

Pořadatel: Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP
Kontakt: www.snncls.cz

Pracovní schůze ČPS ČLS JEP

3. 4. 2013/Praha

Místo konání:

Vondráčkova posluchárna Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN

Pořadatel:

sekte lůžkové péče České psychiatrické společnosti ČLS JEP

Kontakt: www.ceskapychiatrie.cz

Večer chirurgické kliniky

3. 4. 2013/Plzeň

Pořadatelé: Spolek lékařů ČLS JEP v Plzni; Chirurgická klinika 1. LF UK a FN Plzeň

Kontakt: www.fmplzen.cz

14th international myeloma workshop

3.-7. 4. 2013/Kjóto, Japonsko

Místo konání: Kyoto International Conference Center

Kontakt: www.imw2013kyoto.jp

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Současná prevence kardiovaskulárních onemocnění (KVO) v EU a v ČR

4. 4. 2013/Liberec, Ústí nad Labem

Místa konání: Clarion Grand-hotel Zlatý lev (Liberec), Best Western Hotel Vladimír (Ústí n/L)

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.svl.cz

Seminář oční kliniky

Onkologie: diagnostika a terapie retinoblastomu, gliomy dětského věku

4. 4. 2013/Praha

Místo konání:

posluchárna Oční kliniky

Pořadatel: Oční klinika 1. LF UK a VFN Praha

Kontakt: www.vfn.cz

9. mezinárodní workshop funkční MR

Funkční magnetická rezonance v neurovědách, funkční MR metodologie

4.-5. 4. 2013/Olomouc

Místo konání: Arcidiecézní muzeum, Václavské nám. 3

Pořadatel: Univerzita Palackého Olomouc ve spolupráci se sekci pro funkční mapování mozku



ilustrační foto: Shutterstock

České společnosti pro klinickou neurofyzilogii ČLS JEP

Kontakt: Mgr. Hana Kroupová; tel.: 585 631 054, 734 237 091; e-mail: hana.kroupova@upol.cz; prof. MUDr. Ing. Petr Hlušík, Ph.D.; tel.: 588 443 419; e-mail: phlustik@upol.cz; www.crs.cz, www.fmri2013.upol.cz

Konference SPLDD ČR

4. 4. 2013/Praha

Místo konání: Hotel Olympik

Pořadatel:

Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR (SPLDD)

Kontakt: www.detskylekar.cz

12. brněnské dny přednemocniční neodkladné péče

4.-5. 4. 2013/Mikulov

Místo konání: Hotel Galant

Pořadatel: Zdravotnická záchranná služba Jihomoravského kraje, p. o., ve spolupráci s Alfa – Helicopter, spol. s r. o.

Kontakt: www.urgmed.cz

Konference pracovníků terapeutických komunit

Deset kolizních zásad v praxi TK, trauma a TK, poruchy příjmu potravy u drogově závislých klientů, práce s relapsem v TK, konflikt mezi „striktním“ a „liberálním“ přístupem ke klientovi v léčbě, specifika léčby matek v TK, změny patologických rysů osobnosti a copingových stylů v průběhu léčby v TK

4.-5. 4. 2013/Liberec

Místo konání: budova Krajského úřadu Libereckého kraje

Kontakt: <http://konference.terapeutickakomunita.cz>

5th international IVI congress

Embryo time-lapse, genomics in human reproduction, psycho-social aspects of human reproduction, paternal inheritance, reproduction and cancer, ovarian stimulation update, innovative strategies for implantation and prenatal genetic diagnosis...

4.-6. 4. 2013/Sevilla, Španělsko

Místo konání: Melia Hotel

Pořadatelé: Spanish Obstetrics and Gynecology Society, Sociedad Española de Fertilidad

Kontakt: www.comtecmed.com/ivi/2013

CORA meeting 2013

Controversies in rheumatology and autoimmunity

4.-6. 4. 2013/Budapešť, Maďarsko

Kontakt: www2.kenes.com/cora

25. Vanýskův den

5. 4. 2013/Brno

Místo konání: Hotel Voroněž

Pořadatel: Česká internistická společnost ČLS JEP

Kontakt: www.interna-cz.eu

Prevenční infekčních onemocnění – kurz

Historie mikrobiologie od středověkých morů po současnost, rizikové faktory vzniku a šíření nozokomiálních nákaz, podíl personálu na přenosu infekce – prevence přenosu na personál, chřipky včetně „ptačí“ a „prašecí“, hepatitidy, salmonelóza

a listerióza, nákazy močového systému, kožní nálezy, svrab, plísně, MRSA, TBC, HIV...

5. 4. 2013/Rajhrad

Místo konání: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa (DLBSH)

Pořadatel:

Edukační centrum DLBSH

Kontakt: Mgr. Romana Kestlerová; tel.: 547 232 223, 737 230 770; e-mail: romana.kestlerova@charita.cz; www.dlbsh.cz

12. šumperské dny alergologie a klinické imunologie

Motto konference:

Imunolog, když mu do bot teče

5.-6. 4. 2013/Kouty nad Desnou

Místo konání: hotel Dlouhé Stráně

Pořadatelé: Čes. společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP, Alergologie Šumperk, s. r. o.

Kontakt: MUDr. Petr Brož; tel.: 588 517 933; e-mail: ambulance@alergologiesumperk.cz; www.alergologiesumperk.cz; www.csaki.cz

Futurum Ophthalmologicum 2013

Lamelární keratoplastiky, nové možnosti léčby sítnicových dystrofií, spolupráce terénního oftalmologa a glaukomové poradny, femtolasik u pediatrického pacienta, aktuální trendy v preskripci, bezbolestné PRK...

5.-6. 4. 2013/Lázně Bělohrad

Místo konání:

Spa Resort Tree of Life

Pořadatelé: Česká oftalmologická společnost ČLS JEP, Oční klinika LF UK a FN Hradec Králové

Kontakt: www.oftalmologie.cz; www.treeoflife.cz/partneri

40. sjezd Společnosti českých patologů ČLS JEP

16. seminář mladých patologů

Tradiční setkání s tradičním programem na tradičním místě, letos s tématem „neuropatologie“

5.-6. 4. 2013/Litomyšl

Místo konání: Zámecký pivovar Litomyšl

Pořadatel: Společnost českých patologů ČLS JEP

Kontakt: Bc. Michaela Žáková, tel.: 495 832 611; e-mail: zakovmic@gmail.com; MUDr. Markéta Nová; tel.: 495 832 461; e-mail: nova.marketa@seznam.cz; www.patologie.info

18. dny profesora Vladimíra Staška

Personalizovaná onkologie v klinické praxi – karcinom prsu jako klinický model, racionální a důkazy podložené metody sledování po léčbě karcinomu prsu, farmakoterapie karcinomu

prostaty – nové molekuly a jejich začlenění v léčebném algoritmu + minisymposium: biomarkery při karcinomu pankreatu a jiných nádorech GIT

5.–6. 4. 2013/Praha
Místo konání: Top Hotel
Pořadatel: Onkologická klinika
 1. LF UK a VFN v Praze
Kontakt: www.linkos.cz

Konference SPLDD ČR

6. 4. 2013/Ústí nad Labem
Místo konání: budova Krajského úřadu Ústeckého kraje
Pořadatel: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR (SPLDD)
Kontakt: www.detskylekar.cz

Vše, co potřebuji vědět o arytmiích před kardiologickou atestací

Postgraduální kurz: základy léčby implantabilními přístroji, přehled supraventrikulárních tachykardií a možnosti léčby, fibrilace síní – jak rozhodnout o správné léčbě a antitrombotickém zajištění, komorové tachykardie – možnosti léčby, diagnostika v arytmiologii, vybraná témata z otázek k atestaci...

6. 4. 2013/Praha
Místo konání: Kongresové centrum IKEM
Pořadatel: Česká kardiologická společnost, ve spolupráci s PS Kardio 35 a Klinikou kardiologie IKEM Praha
Kontakt: www.cksonline.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Současná prevence KVO v EU a ČR
 6. 4. 2013/
 Karlovy Vary – Březová, Plzeň
Místa konání: hotel Starý mlýn (Karlovy Vary), Šafránkův pavilon (Plzeň)
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Vzdělávací seminář OSPDL a SPLDD

6. 4. 2013/Brno
Místo konání: Hotel Avanti
Pořadatel: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP (OSPDL), Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR (SPLDD)
Kontakt: www.detskylekar.cz

35th Charing Cross international symposium for vascular and endovascular surgeons, interventional radiologists, interventional cardiologists, nurses and technicians
 6.–9. 4. 2013/Londýn, Velká Británie
Kontakt: www.cxsymposium.com

AACR 104th annual meeting

6.–10. 4. 2013/Washington, USA
Místo konání: Walter E. Washington Convention Center
Pořadatel: American Association for Cancer Research (AACR)
Kontakt: www.aacr.org

39th annual meeting of the European Group for Blood and Marrow Transplantation

7.–10. 4. 2013/Londýn, Velká Británie
Kontakt: www.congrec.ch/ebmt2013

46th Annual Meeting of the Pacific Association of Paediatric Surgeons

7.–11. 4. 2013/
 Hunter Valley, Austrálie
Kontakt: www.paps2013.com.au

8. konference imunologických laborantů

8. 4. 2013/Pardubice
Místo konání: Kongresový sál hotelu Labe
Pořadatel: sekce imunologických laborantů České společnosti alergologie a klinické imunologie ČLS JEP
Kontakt: Olga Jůzová; tel.: 605 922 414; e-mail: olga.juzova@fnkv.cz; www.csaki.cz

Hennerův večer

Přednáškový večer Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze – poruchy spánku: hypersomnie centrálního původu, porucha pozornosti s hyperaktivitou a poruchy spánku, parasomnie – problém i v dospělém věku, syndrom neklidných nohou a jeho sekundární formy...

8. 4. 2013/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Spolek lékařů českých ČLS JEP v Praze
Kontakt: www.cls.cz

Chronická plicní hypertenze

Seminář Pneumologické kliniky 1. LF UK a Thomayerovy nemocnice
 8. 4. 2013/Praha
Místo konání: Posluchárna pneumologické kliniky, pavilon G1
Pořadatel: Pneumologická klinika 1. LF UK a Thomayerovy nemocnice Praha
Kontakt: www.ftn.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Současná prevence KVO v EU a ČR
 8. 4. 2013/Zlín
Místo konání: aula Střední zdravotnické školy, Zlín – Příluky
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

ORL workshop

Mikrochirurgie hrtanu a fonochirurgie – indikace, diferenciální diagnostika, live surgery
 8.–9. 4. 2013/Ostrava
Místo konání: ORL klinika FN Ostrava, přednáškový sál ředitelství FN
Pořadatel: ORL klinika FN Ostrava, foniatriká sekce České společnosti otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP
Kontakt: http://otolaryngologie.cz

Malý doškolovací večer

Jak vyhovět přáním rodičů (předčasné propuštění novorozenců a alternativní možnosti v očkování dětí), očekávání a realita očkování proti HPV, gynekologické problémy dospívajících dívek
 9. 4. 2013/Hradec Králové
Místo konání: hotel Tereziánský dvůr
Pořadatel: Levret, s. r. o.
Kontakt: www.levret.cz

Balintovská skupina intenzivní

9. 4. 2013/Praha
Místo konání: Středisko psycho-terapeutických služeb, Břehová 3
Pořadatel: Balintovská sekce České psychoterapeutické společnosti ČLS JEP
Kontakt: PhDr. Olga Bejstová; tel.: 222 324 027; e-mail: sps.brehova@tiscali.cz; www.psychoterapeuti.cz

Krajský dermatovenerologický seminář

9. 4. 2013/Jihlava
Pořadatel: Dermatovenerologické oddělení Nemocnice Jihlava
Kontakt: MUDr. Zuzana Nevoralová, Ph.D.; e-mail: znevoralova@atlas.cz; www.lfhk.cuni.cz/dermat

Večer interní kliniky

10. 4. 2013/Plzeň
Pořadatel: Spolek lékařů ČLS JEP Plzeň, 1. interní klinika LF UK a FN Plzeň
Kontakt: www.fnplzen.cz

Organické poruchy

Seminář Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze
 10. 4. 2013/Praha
Místo konání: Knihovna psychiatrické kliniky
Pořadatel: Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha
Kontakt: http://psychiatrie.lf1.cuni.cz/seminare-psychiatricke-kliniky-1-lf-uk-a-vfn

Pracovní den sekce biochemických laborantů

10. 4. 2013/Praha
Místo konání: Lékařský dům

Pořadatel: Sekce biochemických laborantů České společnosti klinické biochemie ČLS JEP
Kontakt: Bc. Jana Blažková; tel.: 495 833 377; e-mail: blazkjan@fnhk.cz; www.cskb.cz

Interpretace nejednoznačných MRI nálezů

10. 4. 2013/Praha
Místo konání: FN Motol
Pořadatel: 2. LF UK a FN Motol
Kontakt: www.lkcr.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Současná prevence KVO v EU a ČR
 10. 4. 2013/Litomyšl
Místo konání: hotel Zlatá hvězda
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

17. Rozmaričovy soudnělékařské dny

Soudnělékařské, toxikologické a medicínskoprávní kazuistiky, problematická laboratorní praxe
 10.–12. 4. 2013/Kouty nad Desnou
Místo konání: hotel Dlouhé Stráně
Pořadatel: Ústav soudního lékařství a medicínského práva LF UP a FN Olomouc, Okresní sdružení ČLK v Olomouci
Kontakt: www.fnlol.cz/rozmaricky2013

30. celostátní konference sekce perinatální medicíny ČGPS

Mateřská mortalita, doporučené postupy, kam kráčí naše porodnictví
 10.–12. 4. 2013/Lázně Jeseník
Místo konání: Priessnitzovy léčebné lázně, a. s.
Pořadatel: sekce perinatální medicíny České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP, Česká neonatologická společnost ČLS JEP, Lékařská fakulta UP Olomouc
Kontakt: doc. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.; tel.: 588 445 836, 603 995 109; e-mail: martin.prochazka@fnol.cz; www.perinatologie2013.cz

Biotechnology and biomedicine

The student scientific conference: molecular biology of human non-oncological diseases, molecular oncology, tissue engineering and stem cell research
 10.–12. 4. 2013/Brno
Místo konání: Kancelář veřejného ochrání práv, Údolní 39
Pořadatel: Ústav experimentální biologie Přírodovědecké fakulty MU Brno, Biomania, o. s.
Kontakt: www.biomania.cz/conference-2013

WPA regional meeting 2013

10.–13. 4. 2013/Bukurešť, Rumunsko
Pořadatel: Romanian Psychiatric Association
Kontakt: www.wpa2013bucharest.org

Pracovní schůze ČSAKI – kazuistiky

11. 4. 2013/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP (ČSAKI)
Kontakt: MUDr. Dalibor Jílek, CSc.; tel.: 477 751 801; e-mail: dalibor.jilek@zuusti.cz; MUDr. Irena Krčmová, CSc.; tel.: 495 833 780; e-mail: krcmova@fnhk.cz; www.csaki.cz

14. kongres sekce gynekologické endoskopie SGPS

11.–12. 4. 2013/Levice
Místo konání: Business Hotel Astrum Laus
Pořadatel: sekcia gynekologickej endoskopie Slovenskej gynekologicko-pôrodnicej spoločnosti SLS, Európska spoločnosť gynekologickej endoskopie, gynekologicko-pôrodnice oddelenie NsP Levice
Kontakt: www.astrumlaus.sk/sgps

Homolecké dny

11.–12. 4. 2013/Čejkovice
Místo konání: Zámek Čejkovice
Pořadatel: Nemocnice Na Homolce Praha
Kontakt: www.lkcr.cz

62nd ESCVS congress

11.–13. 4. 2013/Řezno, Německo
Pořadatel: European Society of Cardio-Vascular Surgery (ESCVS)
Kontakt: www.escvs2013.org

2nd IGCS regional meeting on gynecologic cancers

11.–13. 4. 2013/Bali, Indonésie
Pořadatel: International Gynecologic Cancer Society (IGCS)
Kontakt: www2.kenes.com/igcs2013

American Academy of Pain Medicine 29th annual meeting

11.–14. 4. 2013/Fort Lauderdale, Florida, USA
Pořadatel: American Academy of Pain Medicine
Kontakt: www.painmed.org

Frontiers in critical care medicine 2013

12. 4. 2013/Amsterdam, Nizozemsko
Místo konání: Grand Hotel Krasnapolsky
Kontakt: www.frontierscriticalcare.nl

KALENDÁŘ AKCÍ



Ilustrace foto: Shutterstock

(VŠCHT): „éčka“ v potravinách, biopotraviny, mléko, tuky, maso, špatné interpretace výsledků vědeckých studií...

12. 4. 2013/Praha

Místo konání: Výstaviště Letňany
Pořadatel: Společnost STOB
Kontakt: www.stob.cz

10. sjezd Sdružení ambulantních dermatologů

Neobvyklé infekty na kůži, ekzémy a seboroické dermatitidy, strangulující jizvy – příčiny některých sekundárních lymfémů a jejich řešení infiltracemi hyaluronidázou, ikonografie z našich praxí, diskuse s právníkem...

12.–13. 4. 2013/Pardubice

Místo konání: Dům techniky
Pořadatel: Sdružení ambulantních dermatologů ČR
Kontakt: Ing. Monika Hubálková; tel.: 733 129 696; e-mail: monika.hubalkova@sadcr.com; http://sadcr.com

30. výroční setkání SAOF Moderní metody terapie ORL onemocnění

12.–13. 4. 2013/Humpolec

Pořadatel: Sdružení ambulantních otorinolaryngologů a foniatrů (SAOF)
Kontakt: e-mail: domagalska@medico.cz; www.saof.cz; http://otolaryngologie.cz

Regionální anestezie – kurz

Využití neurostimulátoru Stimuplex HNS-11 při stimulaci periferních nervů, ovládnání UZ přístroje pro potřeby UGRA, anestezie u operací na a. carotis, blokády pro horní končetinu, blokády na trupu, blokády pro dolní končetinu

12.–13. 4. 2013/Brno

Místo konání: FN u sv. Anny
Pořadatel: Aesculap Akademie, Anesteziologicko-resuscitační klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně
Kontakt: www.aesculap-akademie.cz

49. doškolovací seminář – oslavy 15. výročí založení SSG ČR

12.–14. 4. 2013/Olomouc

Místo konání: hotel Flora
Pořadatel: Sdružení soukromých gynekologů ČR (SSG)
Kontakt: www.ssg.cz

Severočeské sympozium gynekologů zabývajících se UZ diagnostikou

Aktuálně v UZ a prenatalní péči, Doppler, 3D a 4D v ambulantní praxi, aktuálně v legislativě a úhradě zdravotní péče, varia

12.–14. 4. 2013/Kadaň

Místo konání: Kulturní dům Střelnice
Pořadatel: Gyn-E-Centrum Ústí nad Labem, gynekologicko-porodnické oddělení Nemocnice Kadaň
Kontakt: www.bos-congress.cz

Konference SPLDD + vzdělávací seminář

13. 4. 2013/Opava

Místo konání: Slezská univerzita
Pořadatel: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR (SPLDD)
Kontakt: www.detskylekar.cz

Akutní stavy v pediatrii

13. 4. 2013/Praha

Místo konání: Ústav pro péči o matku a dítě v Praze-Podolí
Pořadatel: Česká lékařská komora
Kontakt: www.lkcr.cz

Sociální zabezpečení pro ošetřující lékaře – kurz

13. 4. 2013/Praha

Pořadatel: Česká lékařská komora
Kontakt: www.lkcr.cz

Vzdělávací seminář OSPDL a SPLDD

13. 4. 2013/Plzeň

Místo konání: Šafránkův pavilon
Pořadatel: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP (OSPDL), Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR (SPLDD)
Kontakt: www.detskylekar.cz

Dětská pneumologie 2013

Laboratorní diagnostika – virologie, molekulární metody, diagnostika TBC, molekulárně-biologická vyšetření v respirační mikrobiologii, nové laboratorní metody v alergologii; náhlé příhody v pneumologii – pneumothorax, plicní hemoragie, úrazy respiračního systému

13. 4. 2013/Praha

Místo konání: Kongresový sál hotelu DAP
Pořadatel: Česká společnost dětské pneumologie ČLS JEP
Kontakt: www.detskapneumologie.cz

5. konference sester

Nové poznatky v alergologii a klinické imunologii

13. 4. 2013/Praha

Pořadatel: sekce sester České společnosti alergologie a klinické imunologie ČLS JEP, Synlab Czech, s. r. o.
Kontakt: www.csaki.cz

Aktuální přístupy ke karcinomu prostaty
Diagnóza a nový pohled na CaP, vysokorizikový lokalizovaný

a lokálně pokročilý CaP – multimodální přístup, nové přístupy k pokročilému CaP – imunoterapie, nové molekuly v hormonální léčbě, chemoterapie...

13. 4. 2013/Praha

Místo konání: Hotel Hilton
Pořadatel: onkologická sekce České urologické společnosti ČLS JEP, ve spolupráci se Sdružením ambulantních urologů
Kontakt: www.cus.cz

Úskalí bioptické diagnostiky – kurz

13. 4. 2013/Praha

Místo konání: Ústav patologie, katedra patologické anatomie, Studničkova 2
Pořadatel: Ústav patologie 1. LF UK a VFN Praha, katedra patologické anatomie a subkatedra cytologie IPVZ
Kontakt: www.patologie.info

Fyzioterapeutický kurz

Aktivace hlubokého stabilizačního systému a nácvik centra kloubů s využitím moderních fitness pomůcek

13. 4. 2013/Rajhrad

Místo konání: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa (DLBŠH)
Pořadatel: Edukační centrum DLBŠH
Kontakt: Mgr. Romana Kestlerová; tel.: 547 232 223, 737 230 770; e-mail: romana.kestlerova@charita.cz; www.dlbsh.cz

Traplův večer

Přednáškový večer Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze-Podolí na téma: Fetální terapie a intrauterinní výkony
15. 4. 2013/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Spolek lékařů českých ČLS JEP v Praze
Kontakt: www.cls.cz

23. workshop pracovní skupiny intervenční kardiologie

15.–16. 4. 2013/Brno

Místo konání: hotel Voroněž
Pořadatel: pracovní skupina intervenční kardiologie České kardiologické společnosti
Kontakt: www.kardio-cz.cz

13. konference pracovníků krizové připravenosti ve zdravotnictví

15.–19. 4. 2013/Sloup v Čechách

Místo konání: rekreační zařízení Doly Bílina
Pořadatel: Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa, a. s., Společnost krizové připravenosti ve zdravotnictví ČLS JEP
Kontakt: Olga Marková; tel.: 739 500 455; e-mail: olga.markova@nemcl.cz; www.nemcl.cz

British Society for Haematology 53rd annual scientific meeting

15.–17. 4. 2013/Liverpool, Velká Británie

Místo konání: Arena and Convention Centre
Pořadatel: British Society for Haematology (BSH)
Kontakt: www.bshconferences.co.uk

Biopsychosociální přístup ke klientovi s bolestí

Mechanismus vzniku a charakteristika bolesti, prožívání a tišení bolesti v historickém kontextu, kulturní faktory, faktory ovlivňující bolest, zásady podávání léků na bolest, nefarmakologické možnosti tišení bolesti...

16. 4. 2013/Rajhrad

Místo konání: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa (DLBŠH)
Pořadatel: Edukační centrum DLBŠH
Kontakt: Mgr. Romana Kestlerová; tel.: 547 232 223, 737 230 770; e-mail: romana.kestlerova@charita.cz; www.dlbsh.cz

Obesity, physical activity and cancer

16.–17. 4. 2013/Londýn, Velká Británie

Místo konání: Charles Darwin House
Pořadatel: The International Association for the Study of Obesity (IASO), The World Cancer Research Fund International (WCRF)
Kontakt: www.iaso.org/events

Večer Komplexního kardiologického centra

17. 4. 2013/Plzeň

Pořadatel: Spolek lékařů ČLS JEP Plzeň, Komplexní kardiologické centrum FN Plzeň
Kontakt: www.fnplzen.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Současná prevence KVO v EU a ČR

17. 4. 2013/České Budějovice, Jihlava

Místa konání: Clarion Congress Hotel (České Budějovice), presbytář hotelu Gustav Mahler (Jihlava)
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Nejedlého Kladno

17. 4. 2013/Kladno

Místo konání: Hotel Kladno
Pořadatel: Česká společnost klinické biochemie ČLS JEP (ČSKB), Oblastní nemocnice Kladno, a. s.
Kontakt: Jana Sedláková; tel.: 312 606 330; e-mail: sedlakova@klinickalaborator.cz; www.cskb.cz

Hirschův den

Celková a regionální anestezie, anestezie u dětí, postupy neodkladné resuscitace a intenzivní péče + workshop: Využití UZ při regionální anestezii na horní a dolní končetině

12. 4. 2013/Olomouc

Pořadatel: Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny LF UP a FN Olomouc
Kontakt: Bc. Karolina Slaninová; tel.: 588 443 765, 730 167 464; e-mail: karolina.slaninova@fnol.cz; www.fnol.cz

Specifika psychiatrie

Školící akce pro všeobecné sestry, pracovníky sociální služby a nutriční terapeutky

12. 4. 2013/Rajhrad

Místo konání: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa (DLBŠH)
Pořadatel: Edukační centrum DLBŠH
Kontakt: Mgr. Romana Kestlerová; tel.: 547 232 223, 737 230 770; e-mail: romana.kestlerova@charita.cz; www.dlbsh.cz

Symposium patient safety

12. 4. 2013/Praha

Místo konání: 1. lékařská fakulta UK, Kateřinská 32
Kontakt: www.cskb.cz

Pokroky ve výživě novorozenců

Sympozium pro neonatology, pediatriy, gastroenterology, všeobecné sestry a porodní asistentky. Témata: osteopenie z neznanosti, co možná nevíte o kojení, strategie zavádění příkrmů v kojeneckém věku

12. 4. 2013/Praha

Místo konání: Hotel Clarion
Kontakt: Jaroslava Poláková; tel.: 261 083 252; e-mail: jaroslava.polakova@ftn.cz; www.neonatology.cz

Mýty a pověry při redukci váhy a ve výživě

Odborný seminář STOB, přednáší prof. Ing. Jana Dostálová, CSc.,

Filip Málek a kol. Speciální problémy u chronického srdečního selhání



Rozsah:
160 stran
Cena: 250 Kč
ISBN: 978-80-
-204-2879-0
Vydavatel:
Mladá fronta,
edice Aeskulap

Srdeční selhání, zejména v chronické formě (CHSS), je spojeno s častějším výskytem některých onemocnění, jež nezdírají limitující prognózu, případně již tak dost sníženou kvalitu života pacientů s tímto klinickým syndromem. Mezi časté komorbidity srdečního selhání, které vyžadují speciální přístupy, patří renální insuficience, poškození jaterních funkcí, anemie, poruchy plicních funkcí, kardiální kachexie, hypotyreóza, deprese, poruchy dýchání vázané na spánek, arteriální a žilní tromboza a další onemocnění. Speciální přístup vyžaduje rovněž terapie dyslipidemií a diabetu u pacientů s CHSS.

Renální insuficience se u nich vyskytuje častěji než u obecné populace a má negativní prognostický význam. Stejně tak narušení jaterních funkcí a abnormalita jaterních testů – koncentrace bilirubinu a aktivity AST, ALP a GMT se u nemocných s CHSS ukázaly být významnými indikátory rizika úmrtí. Velmi častá je u pacientů s CHSS mírná až středně těžká anemie, jejíž etiologie je multifaktoriální. Srdeční selhání je také vždy provázeno změnami plicních funkcí. S velmi špatnou prognózou je spojen vznik srdeční kachexie. Dále je u pacientů s CHSS převládající vysoká prevalence subklinické hypotyreózy či *sick euthyroid syndrome*. Časté jsou dále u CHSS poruchy dýchání ve spánku, jejichž přítomnost má také nepříznivý prognostický význam. Přestože pacienti se srdečním selháním mají vysoké riziko tromboembolických příhod, incidence cévní mozkové příhody, plicní a periferní embolie je relativně nízká (kolem 2 %), zatímco výskyt infarktu myokardu je vyšší (3 % ročně). Důsledkem somatických obtíží spojených s CHSS pak může být deprese, která je u těchto pacientů poměrně obvyklá – středně těžká až těžká forma se vyskytuje u 20–40 % z nich. Všechny výše uvedené stavy a one-

mocnění představují speciální problémy diagnostiky a péče o pacienty s CHSS. Šíře a problematika těchto stavů přesahuje hranice oboru kardiologie a zdůrazňuje nutnost nejen základních znalostí dalších oborů vnitřního lékařství, ale též neurologie a psychiatrie.

Jindřich Špinar, Ondřej Ludka a kol. Propedeutika a vyšetřovací metody vnitřních nemocí 2., přepracované a doplněné vydání



Rozsah:
336 stran
Cena: 479 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4356-1
Vydavatel:
Grada

Druhé, přepracované a doplněné vydání učebnice navazuje na vydání první. Autoři sbírali připomínky k předchozímu vydání zejména od studentů při výuce, a tak vznikla tato nová verze publikace. Kniha obsahuje některé moderní postupy, které se objevily v době od prvního vydání, vypouští některé méně podstatné části textu a naopak zařazuje nové pasáže, důležité i z pohledu didaktického. Obsahuje také více přehledných schémat a některé nové obrázky.

Otto Schüch Poruchy metabolismu vody a elektrolytů s klinickými případy



Rozsah:
160 stran
Cena: 349 Kč
ISBN: 978-80-
-247-3689-1
Vydavatel:
Grada

Po deseti letech přichází autor – jeden z našich nejznámějších nefrologů – se zcela novou publikací na toto životně důležité medicínské téma. V knize pojednává o typických poruchách vodního, elektrolytového a acidobazického metabolismu, které je nutné řešit v každodenní klinické praxi. Jsou uvedeny diagnostické a léčebné možnosti a připojena je i nezbytná teorie, potřebná pro pochopení postupu.

NOVÉ KNIHY

Milan Kvapil (ed.) Diabetologie 2013



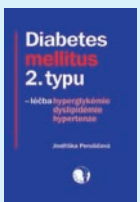
Rozsah:
328 stran
Cena: 399 Kč
ISBN: 978-80-
-7387-656-2
Vydavatel:
Triton

Sborník „Diabetologie 2013“ letos vychází v poněkud větším rozsahu než v předešlých letech a podílelo se na něm 33 autorů z různých pracovišť v Česku a jeden autor ze Slovenska. Obsah tvoří 38 příspěvků, které jsou rozděleny do těchto sekcí: I. K zamyšlení, II. Koncepte, III. Kardiologické okénko, IV. Endokrinnologické okénko, V. Životaspráva, VI. Terapie diabetu mellitu, VII. Prevence a léčba komplikací, VIII. Také důležité, IX. K debatě, X. Právník se vyjadřuje.

Významná část sborníku je věnována přehledu nových lékových skupin, které v této chvíli přicházejí na trh nebo jsou ve stadiu pokročilého výzkumu. Některé skupiny jsou variací na již dobře známé terapeutické modalitě, jiné využívají intervenci nově rozpoznávaných metabolických souvislostí pro dosažení kýženého cíle – bezpečné a účinné terapie diabetu 2. typu.

Jindřiška Perušicová a kol. Diabetes mellitus 2. typu

Léčba perorálními antidiabetiky, inkretiny, inzulinu, hypolipidemiky a antihypertenzivy



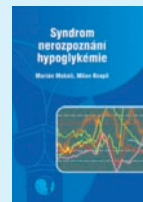
Rozsah:
582 stran
Cena: 1500 Kč
ISBN: 978-80-
-86256-78-8
Vydavatel:
Geum

Terapie diabetu mellitu, zvláště 2. typu, prošla v posledních několika letech doslova revolučními změnami. Přibyla řada zcela nových lékových skupin, doporučené postupy byly na základě mnoha klinických studií změněny a lékařům pečujícím o diabetiky se tak otevírá zcela nový pohled na terapeutické možnosti a postupy.

Přehledová monografie skupiny předních českých diabetologů a internistů shrnuje a komentuje, jak by měla a může vypadat současná moderní terapie DM 2. ty-

pu. Mapuje, co se osvědčilo z tradičních diabetologických postupů, a představuje nové možnosti včetně nejnovějších postupů, jakými jsou inkretinová léčba, nejnovější antidiabetika, inzulinová analogová a jejich aplikační režimy, bariatrie, moderní aplikační technika a další. DM 2. typu je pojímán v celé své šíři, takže je zastoupena i terapie obezity, dyslipidemie a hypertenze. Kniha navazuje na dříve vydanou monografii „Diabetes mellitus 1. typu“, která obdržela cenu České diabetologické společnosti ČLS JEP za nejlepší monografii roku.

Marián Mokáč, Milan Kvapil Syndrom nerozpoznání hypoglykemie Fenomén neuvědomění si hypoglykémie



Rozsah:
80 stran
Cena: 165 Kč
ISBN: 978-80-
-86256-76-4
(česká verze),
978-80-86256-
-75-7 (slovenská verze)

Vydavatel:
Geum

Podrobně zpracovaný přehled aktuální diabetologické problematiky syndromu nerozpoznání hypoglykemie vychází současně ve slovenské jazykové mutaci jako „Fenomén neuvědomění si hypoglykémie“.

Vlasta Koudelková Ošetrovatelská péče o ženy v šestinedělí

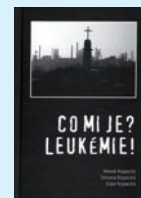


Rozsah:
136 stran
Cena: 169 Kč
ISBN: 978-80-
-7387-624-1
Vydavatel:
Triton

Učebnice pro studenty bakalářského programu v oboru porodní asistence svým zpracováním vychází ze situací a stavů, které se vyskytují u žen v poporodním období. Publikace obsahuje řadu doporučení jak přistupovat k matkám, jež mají sníženou soběstačnost z důvodu operativního porodu nebo po-

porodních komplikací. Teoretické informace jsou doplněny kontrolními otázkami a ošetrovatelskými diagnózami.

Marek Kopecký, Ester Kopecká, Simona Kopecká Co mi je? Leukémie!



Rozsah:
180 stran
Cena: 160 Kč
ISBN: 978-80-
-86057-82-8
Vydavatel:
Zdeněk Susa

Dokument Marka Kopeckého o přetiletém boji s akutní leukémií, doplněný svědectvím jeho sestry Ester, která mu věnovala kostní dřev, a básněmi jeho ženy Simony. Navzdory hořkému konci je knižka oslavou lidské statečnosti a naděje... Marek psal od počátku hospitalizace „zpravodaje z hemačky“ a posílal je e-mailem početným přátelům. Později vznikl „zpravodaje z transplantačky“. Tyto „zpravodaje“ v autentické, redakčně neupravené podobě tvoří jádro knihy.

Ukázka:

Přiznám se otevřeně, že ač se člověk snaží, jak chce, jistým sentimentálním a melancholickým myšlenkám se takhle sám na nemocničním pokoji neubrání. ... Nejsem tady s ničím hotověj, a ačkoliv tomu světu opravdu někdy nerozumím, vůbec nejsem připravený odejít. Věřím, že se to povede, že budu mít ještě šanci tady nějaký rok zůstat, a taky vidím, že mi to mění pohled na svět. Některý věci přestávají být důležité, jiný naopak začínají. A taky si člověk uvědomuje, že ty sračky, ve kterých se potácí, jsou pořád ještě v pohodě ve srovnání s tím, v čem musej žít a přežívat někteří jiní. Taky věřím, že tohle životní období nečistí jen můj vztah k okolnímu světu a k Bohu, ale čistí vztahy i mezi námi, a jsem si jistý, že skutečné přátelské vztahy upevňuje. A nakonec jsem přesvědčený o tom, že to může něco přinést i vám. Budme upřímní – všichni přece zijeme v takovém dostatku a pohodě, že často zapomínáme na to, že za rohem číhá zubatá, možná ani ne na nás, ale třeba na někoho z našich blízkých, nebo na někoho na druhém konci světa, a že je spousta lidí, který na rozdíl od nás žijou a přežívají v ne-lidských podmínkách. A teď je ta potvora najednou blíž i vám a třeba vás vytrhla z té pohody.

PRÁVNÍ PORADNA

Nárok na odškodnění za nemoc z povolání

Pracovala jsem jako sanitářka, než mi byla zjištěna nemoc z povolání související s alergií na používaný dezinfekční prostředek. Zaměstnavatel neměl možnost převést mě na jinou práci, kde by se daná dezinfekce nepoužívala, a tak jsme se dohodli na ukončení pracovního poměru. Mám však ještě další zdravotní problémy a momentálně jsem v pracovní neschopnosti. Mám nárok na odstupné a také na odškodnění za nemoc z povolání?



odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc

odškodnění zaměstnanců v případě nesolventnosti zaměstnavatele nebo jeho zániku. Nová právní úprava zákoníku práce z roku 2006 proto přešla na koncepci úrazového pojištění zaměstnanců a současně s novým zákoníkem práce byl v roce 2006 přijat také zákon o úrazovém pojištění zaměstnanců. Jelikož však nebyly vytvořeny věcné podmínky pro současně nabytí účinnosti obou těchto předpisů od roku 2007, byla účinnost zákona o úrazovém pojištění zaměstnanců uložena až na 1. 1. 2013.

Povinnosti zaměstnavatele

Z dotazu nevyplývá, zda ke zjištění nemoci z povolání došlo před 1. lednem 2013, nebo po tomto datu, ovšem tento časový údaj je důležitý pro určení, zda na popsanou situaci bude dopadat režim zákoníku práce, či režim zákona o úrazovém pojištění zaměstnanců. Předpokládám však, že se jedná o nemoc z povolání

zjištěnou před 31. 12. 2012, a tudíž se v tomto případě nárok na odškodnění řídí úpravou obsaženou v zákoníku práce.

Podle této úpravy zaměstnavatel odpovídá zaměstnanci za škodu vzniklou nemocí z povolání, jestliže zaměstnanec naposledy před jejím zjištěním pracoval u zaměstnavatele za podmínek, za nichž vzniká nemoc z povolání, kterou byl postižen. Za nemoc z povolání se přitom považují nemoci uvedené ve zvláštním právním předpise, nařízení vlády č. 290/1995 Sb., kterým se stanoví seznam nemocí z povolání.

S ohledem na princip objektivní odpovědnosti zaměstnavatele za vznik nemoci z povolání zákoník práce výslovně stanovuje, že zaměstnavatel je povinen nahradit škodu, i když dodržel povinnosti vyplývající z právních i ostatních předpisů k zajišťování bezpečnosti a ochrany zdraví při práci. Zaměstnavatel se zprostí zcela či zčásti své odpovědnosti například tehdy, prokáže-li, že škoda vznikla tím, že zaměstnanec sám svým zaviněním porušil právní a ostatní předpisy nebo pokyny k zajištění bezpečnosti a ochrany

zdraví při práci, ačkoli s nimi byl řádně seznámen a jejich znalost a dodržování byly soustavně vyžadovány a kontrolovány.

Typy náhrad

Zaměstnanci, u něhož byla zjištěna nemoc z povolání, je zaměstnavatel povinen poskytnout bolestné, náhradu za ztrátu na výdělků a za ztížení společenského uplatnění, náhradu za účelně vynaložené náklady spojené s léčením a dále náhradu za způsobenou věcnou škodu.

U náhrady ztráty na výdělků přichází do úvahy náhrada jak po dobu pracovní neschopnosti (rozdíl mezi průměrným výdělkem před vznikem škody způsobené nemocí z povolání a plnou výší náhrady mzdy), tak i po dobu po skončení pracovní neschopnosti (rozdíl mezi průměrným výdělkem před vznikem škody a výdělkem dosaženým po zjištění nemoci z povolání). Bolestné a náhrada za ztížení společenského uplatnění se poskytují jednorázově dle vyhlášky vydané Ministerstvem zdravotnictví ČR. Ve výjimečných případech může soud toto odškodnění přiměřeně

zvýšit. Pokud jde o náhradu za účelně vynaložené náklady spojené s léčením, přísluší tomu, kdo tyto náklady vynaložil.

Rovněž je třeba uvést, že změnil-li se podstatně poměry poškozeného, které byly rozhodující pro určení výše náhrady škody, může se poškozený i zaměstnavatel domáhat změny v úpravě svých práv a povinností.

Nemoci z povolání po 1. lednu 2013

K Vašemu dotazu tak shrnuji, že v případě, že u Vás byla zjištěna nemoc z povolání, máte nárok na odškodnění za nemoc z povolání tak, jak je toto odškodnění popsáno výše. Co se týče Vašeho případného nároku na odstupné, k posouzení této otázky by bylo potřeba více informací, než vyplývá z Vašeho dotazu.

Závěrem pouze stručně uvádím, že u nemoci z povolání zjištěné po 1. 1. 2013 se uplatňuje zcela nový režim nároku obsažený v zákonu č. 266/2006 Sb., o úrazovém pojištění zaměstnanců. Podle této právní úpravy se při zjištění nemoci z povolání poskytují tyto peněžité dávky: úrazový příspěvek, úrazové vyrovnání, úrazová renta, bolestné, příspěvek za ztížení společenského uplatnění, náhrada nákladů spojených s léčením (popřípadě náhrada nákladů spojených s pohřbem, jednorázový příspěvek pozůstalému a úrazová renta pozůstalého).

Poplatek za odběr krve lékařem?

Má pacient právo požadovat, aby mu krev neodebírala sestra, ale ošetřující lékař? A máme jako zdravotnické zařízení právo požadovat v tomto konkrétním případě za tuto možnost volby od pacienta poplatek?



odpovídá
JUDr. Klára Trnková

ho pracovníka zákon nezakotvuje. Dle zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, má pacient jako pojištěnec právo na poskytnutí hrazených služeb, přičemž poskytovatel nesmí za tyto hrazené služ-

by přijmout od pojištěnce žádnou úhradu. Hrazenými službami jsou v rozsahu a za podmínek zákona o veřejném zdravotním pojištění zdravotní péče preventivní, dispenzární, diagnostická, léčebná, léčebně rehabilitační, lázeňská léčebně rehabilitační, posudková, ošetrovatelská, paliativní a zdravotní péče o dárce krve, tkání a buněk nebo orgánů související s jejich odběrem. Pokud lze tyto zdravotní služ-

by poskytnout více než jedním způsobem, přičemž všechny tyto způsoby mají stejný terapeutický účinek, hradí se takový způsob poskytnutí, který je v souladu s účelným a hospodárným vynakládáním zdrojů veřejného zdravotního pojištění, tedy tzv. základní varianta zdravotních služeb. Ostatní, ekonomicky náročnější varianty zdravotních služeb, které nesplňují podmínku účelného a hospodárného vynakládání zdrojů veřejného zdravotního pojištění, se ze zdravotního pojištění hradí ve výši stanovené pro úhradu základní varianty zdravotních služeb. Za ekonomicky náročnější variantu zdravotních služeb pak lze považovat pouze zdravotní služby, které jsou takto výslovně označeny v prováděcích právních předpisech.



ilustrace: foto: Shutterstock

S ohledem na skutečnost, že odběr krve je hrazenou zdravotní službou, kterou lze poskytnout pouze jedním způsobem a nedá se o ekonomicky nároč-

nější variantu zdravotních služeb, nesmí zdravotnické zařízení za odběr krve ošetřujícím lékařem přijmout od pojištěnce žádnou úhradu.

Jednotlivá práva pacienta vymezuje zákon č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Předmětný zákon zakotvuje právo pacienta na volbu poskytovatele zdravotních služeb (z poskytovatelů oprávněných poskytovat zdravotní služby, které odpovídají pacientovým zdravotním potřebám) a dále na výběr zdravotnického zařízení. Právo pacienta na volbu konkrétního ošetřujícího zdravotnické-

Zajímavé www stránky

– Pompeho nemoc

Pompeho nemoc patří mezi glykogenózy, geneticky podmíněné metabolicky poruchy tvorby glykogenu. V případě Pompeho choroby jde o mutaci genu pro lyzozomální kyselinou α -1,4-glukosidázou. Jedná se o autozomálně recesivně dědičné onemocnění. V důsledku deficitu uvedeného enzymu dochází ke stádání lyzozomálního glykogenu v řadě tkání, zejména v kosterních svalech. Vzhledem k určitým terapeutickým možnostem narůstá diagnostické úsilí i v ČR za účelem časného zjištění tohoto dosud málo známého a zjevně poddiagnostikovaného onemocnění.

Muscular Dystrophy Association USA

www.mdausa.org

Nezisková organizace působící na území Spojených států amerických podporuje výzkumné aktivity na poli svalových a nervosvalových onemocnění a péči



o pacienty, kteří některou z těchto chorob trpí. Hned na úvodní stránce si v sekci „Learn about muscle diseases“ můžeme vyhledat i záložku Pompeho nemoc (*Pompe disease*), kde získáme základní přehled o tomto onemocnění – klinické příznaky, popis onemocnění, diagnosticko-terapeutické možnos-

ti. Procházením webu však můžeme získat mnohem širší přehled o problematice převážně dědičných svalových onemocnění.

Official Website of the Acid Maltase Deficiency Association

www.amda-pompe.org

Tímto odkazem představujeme portál s velmi podrobnými informacemi o Pompeho nemoci. Jeho autorem je Acid Maltase Deficiency Association, organizace založená v roce 1995 k podpoře výzkumných aktivit u Pompeho nemoci. Na webu kromě mnoha zajímavých aktuálních i archivních informací o nemoci najdeme i odkazy na další zajímavé internetové stránky s touto problematikou či příběhy a osudy pacientů, kde mohou najít inspiraci nejen lékaři, ale i pacienti a zejména jejich blízké okolí. Nepochybě ani pozvánky na různé vzdělávací konference či přehledy aktivit, kterými se Acid Maltase Deficiency Association zabývá.



Pompe Community

www.pompe.com

Webový portál s informacemi o Pompeho chorobě provozovaný farmaceutickou firmou, který obsahuje řadu informací jak pro pacienty a jejich rodiny, tak pro zdravotnickou veřejnost. Odborná část webu obsahuje mnoho informací o příznacích onemocnění a diagnostických možnostech, přičemž je zdůrazněna potřeba časné a přesné diagnostiky. Popis terapeutických možností je zaměřen zejména na enzy-

movou substituční terapii, díky které se zlepšuje kvalita života pacientů.

International Pompe Association

www.worldpompe.org

Jedny z dalších webových stránek věnovaných Pompeho nemoci. Vyjma řady základních informací o nemoci je k dispozici rozsáhlý přehled odkazů na další internetové zdroje včetně registru pacientů s Pompeho nemocí.

MUDr. Michal Peříšek



MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

číslo 5/2013

Séfredaktorka

Mgr. Markéta Mikšová
tel. 225 276 295, e-mail: miksova@mf.cz

Redakce

Petra Klusáková, DiS. (Z domova)
tel. 225 276 388, e-mail: kluskova@mf.cz
Filip Kút Citores, DiS (on-line, Z domova)
tel. 225 276 176, e-mail: kut@mf.cz
Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, Farmabiznys, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mf.cz
Mgr. Martin Cermák (Představujeme)
tel. 225 276 436, e-mail: cermak@mf.cz
PhDr. Jana Jilková (Ze společnosti, rozhovory)
tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mf.cz
PaedDr. Jaroslava Sladká (Lékařské listy)
tel. 225 276 162, e-mail: sladka@mf.cz
MUDr. Andrea Skalová (Lékařské listy)
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz

Stálí spolupracovníci redakce

Leoš Chodura, Mgr. Martin Čaban, Bc. Irena Soukupová, David Daniel, Eva Pavlatová, MUDr. Milan Novák, prof. Ing. Jaroslav Petr, DrSc.

Editor/korektor

Mgr. Martin Cermák

Grafika a technická zpracování

Pavla Jilková
tel. 225 276 455, e-mail: jilkovap@mf.cz

Redakční rada Lékařských listů ZDN

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA
prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
MUDr. Ivan David, CSc.
doc. MUDr. Petr Hach, CSc.
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.
prof. MUDr. Miloslav Kršiák, DrSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. MUDr. Zdeněk Malý, CSc.
prof. Ing. Rudolf Polešný, CSc.
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
prof. MUDr. Marek Trněný, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková

OBCHODNÍ ODDĚLENÍ

fax 225 276 444

group sales manager

František Bauer
tel. 225 276 393
e-mail: bauer@mf.cz

personální inzerece

Jiřina Hollá
Tel. 724 561 805
e-mail: holla@mf.cz

generální ředitel

Ing. David Hurta

kreativní ředitel

Retuš Decastole



MLADÁ FRONTA

ředitel divize Medical Services

MUDr. Martin Hofman

art director

Petr Honzák

DTP
retuš Milan Kubička, Zdeněk Němec,
Libor Horyna, Michal Žák

MARKETING

ředitelka marketingu novin
a časopisů Hana Holková
brand manager Kristýna Dytrchová

DISTRIBUCE A VÝROBA ředitelka distribuce a výroby

Soňa Starhová
manažerka předplatného Jana Horáková,
tel. 225 276 317, e-mail: horakovaj@mf.cz

výroba Monika Šnaidrová,

Renáta Cermáková, Michaela Mrázová

Vydává Mladá fronta a. s.,
sidlo: Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4
IČ: 49240315, www.mf.cz
adresa redakce:

Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN,
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,
e-mail: zdn@mf.cz

Vydává Mladá fronta a. s.,
sidlo: Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4
IČ: 49240315, www.mf.cz
adresa redakce:

Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN,
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,
e-mail: zdn@mf.cz

Vydává Mladá fronta a. s.,
sidlo: Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4
IČ: 49240315, www.mf.cz
adresa redakce:

Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN,
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,
e-mail: zdn@mf.cz

Vydává Mladá fronta a. s.,
sidlo: Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4
IČ: 49240315, www.mf.cz
adresa redakce:

Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN,
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,
e-mail: zdn@mf.cz

Vydává Mladá fronta a. s.,
sidlo: Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4
IČ: 49240315, www.mf.cz
adresa redakce:

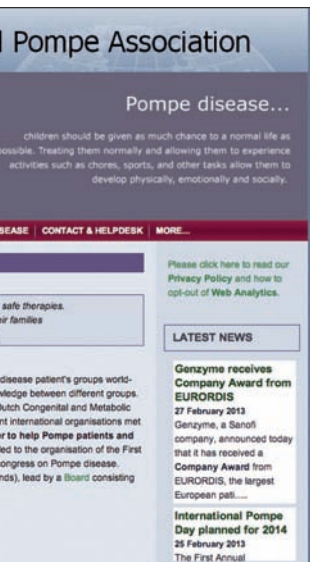
Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN,
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,
e-mail: zdn@mf.cz

Vydává Mladá fronta a. s.,
sidlo: Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4
IČ: 49240315, www.mf.cz
adresa redakce:

Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN,
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,
e-mail: zdn@mf.cz

Vydává Mladá fronta a. s.,
sidlo: Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4
IČ: 49240315, www.mf.cz
adresa redakce:

Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN,
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,
e-mail: zdn@mf.cz



Objednávky do zahraničí:
Mediaservis, s. r. o., zákaznické centrum,
Videnská 995/63, 639 63 Brno,
tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:
Mediaprint Kapa Pressegrasso, a. s.,
oddelenie inej formy predaja, P. O. Box 183
Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3
tel. +421 244 458 821, fax +421 244 458 819
e-mail: predplatne@abompkapa.sk

Smluvní vztah mezi vydavatelem a předplatitelem se řídí všeobecnými obchodními podmínkami pro předplatitele. Předplatné se automaticky prodlužuje.

Vydavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah inzerátů ani jiných materiálů komerční povahy.

Tisk EUROPRINT a. s.
Číslo dáno do tisku 7. 3. 2013

Přetisk a jakékoli šíření
pouze se souhlasem vydavatele.

Tištěný náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

© Mladá fronta a. s., 2013

Evidenční číslo MK ČR: E 20524

ISSN 1805-2355

Výběrová řízení

Náměstek/náměstkyně útvaru zdravot. činnosti

ŘEDITEL ZDRAVOTNICKÉ ZÁCHRANNÉ SLUŽBY PLZEŇSKÉHO KRAJE, P. O., vyhlašuje výběrové řízení na obsazení pracovní pozice:

Náměstek/náměstkyně útvaru zdravotnických činností

Požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru,
- I. a II. atestace nebo specializovaná způsobilost v oboru: urgentní lékař, anesteziolog, intenzivista, chirurg, internista, kardiolog, neurolog, traumatolog, dětský lékař, praktický lékař nebo lékař pro děti a dorost,
- minimálně 10 let praxe,
- velmi dobré organizační a komunikační schopnosti.

Příhláška musí obsahovat název funkce a zařízení, v němž má být funkce vykonávána, datum a vlastnoručný podpis.

K přihlášce musí být doloženy tyto doklady:

- strukturovaný profesní životopis,
- ověřené kopie dokladů o nejvyšším dosaženém vzdělání,
- osvědčení a čestné prohlášení dle § 4 zákona č. 451/1991 Sb.,
- výpis z evidence rejstříku trestů ne starší 3 měsíců,
- zdravotní způsobilost,
- návrh vlastní koncepce rozvoje útvaru (max. 3 str. A4),
- nejméně dvě reference odborníků z oboru nebo zástupců odborných společností.

Příhlášku a výše uvedené doklady doručte do 22. dubna 2013 na adresu: sekretariát, Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje, Edvarda Beneše 19, 301 00 Plzeň, s označením obálky „Neotvírat – výběrové řízení“.

ZDN A131003509

Lékař

ŘEDITEL FAKULTNÍ NEMOCNICE HRADEC KRÁLOVÉ vypisuje výběrové řízení na místo:

Lékař III. interní – gerontometabolické kliniky

Požadujeme:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru,

- zdravotní způsobilost a bezúhonnost,
- specializovanou způsobilost v oboru vnitřní lékařství nebo předpoklad jejího brzkého získání,
- zájem o obor nefrologie vítáme,
- znalost anglického jazyka,
- znalost práce na PC,
- souhlas k využití osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., v platném znění, o ochraně osobních údajů pro účely tohoto výběrového řízení.

Nabízíme:

- práci ve špičkovém zdravotnickém zařízení,
- možnost vědeckého a odborného rozvoje,
- sociální výhody,
- zvýhodněné ubytování pro svobodné,
- platové podmínky podle platných předpisů.

Nástup po vzájemné dohodě.

Případné informace na tel.: 495 832 271 (sekretariát kliniky).

Písemné přihlášky doložené kopiemi dokladů o získané kvalifikaci, strukturovaným životopisem, přehledem o průběhu předchozí praxe a souhlasem k využití osobních údajů v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, v platném znění, zasílejte do 14 dnů po zveřejnění na adresu: personální oddělení, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové.

ZDN A131003519

Primář/primářka

GENERÁLNÍ ŘEDITEL KARLOVARSKÉ KRAJSKÉ NEMOCNICE, A. S., vypisuje výběrové řízení na obsazení funkce:

Vedoucí primář/-ka interních oborů

Požadujeme:

- VŠ vzdělání v oboru všeobecného lékařství,
- specializaci v oboru v souladu se zákonem č. 95/2004 Sb., v platném znění,
- minimálně 10 let praxe v oboru,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost podle § 3 odst. 1 b), c) zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění,
- osvědčení ve smyslu § 4 odst. 1 a čestné prohlášení ve smyslu § 4 odst. 3 zákona č. 451/1991 Sb.,
- manažerské a organizační schopnosti,
- osobnostní a profesionální předpoklady pro řízení odborného týmu pracoviště interního oddělení,

- schopnost koordinovat péči ostatních vnitřních oborů,
- samostatnost, flexibilitu, aktivitu.

Písemná přihláška musí obsahovat:

- stručný životopis s přehledem dosavadní praxe,
- ověřené fotokopie dokladů o dosaženém vzdělání a kvalifikaci,
- výpis z rejstříku trestů ne starší než 3 měsíce,
- lékařské potvrzení o způsobilosti k výkonu povolání,
- přehled publikační, případně vědecké činnosti,
- souhlas s nakládáním s poskytnutými osobními údaji pro účely tohoto výběrového řízení ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Nabízíme:

- tvůrčí práci v moderním zdravotnickém zařízení,
- zaměstnanecké a sociální výhody,
- možnost profesního a kariérního růstu,
- možnost dalšího vzdělávání a rozšiřování kvalifikace.

Písemné přihlášky s požadovanými doklady do výběrového řízení zasílejte na adresu: Karlovarská krajská nemocnice, a. s., Bezručova 19, 366 60 Karlovy Vary, nejpozději do 31. března 2013, k rukám náměstka pro nechirurgické obory MUDr. Roberta Jandy, nebo e-mailem: robert.janda@kkn.cz

ZDN A131003528

Primář/primářka

GENERÁLNÍ ŘEDITEL KARLOVARSKÉ KRAJSKÉ NEMOCNICE, A. S., vypisuje výběrové řízení na obsazení funkce:

Primář/-ka urologického oddělení

Požadujeme:

- VŠ vzdělání v oboru všeobecného lékařství,
- specializaci v oboru v souladu se zákonem č. 95/2004 Sb., v platném znění,
- minimálně 8 let praxe v oboru,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost podle § 3 odst. 1 b), c) zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění,
- osvědčení ve smyslu § 4 odst. 1 a čestné prohlášení ve smyslu § 4 odst. 3 zák. č. 451/1991 Sb.,
- manažerské a organizační schopnosti,
- osobnostní a profesionální předpoklady pro řízení odborného týmu pracoviště,

- samostatnost, flexibilitu, aktivitu.

Písemná přihláška musí obsahovat:

- stručný životopis s přehledem dosavadní praxe,
- ověřené fotokopie dokladů o dosaženém vzdělání a kvalifikaci,
- výpis z rejstříku trestů ne starší než 3 měsíce,
- lékařské potvrzení o způsobilosti k výkonu povolání,
- přehled publikační, případně vědecké činnosti,
- souhlas s nakládáním s poskytnutými osobními údaji pro účely tohoto výběrového řízení ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů.

Nabízíme:

- tvůrčí práci v moderním zdravotnickém zařízení,
- zaměstnanecké a sociální výhody,
- možnost profesního a kariérního růstu,
- možnost dalšího vzdělávání a rozšiřování kvalifikace.

Písemné přihlášky s požadovanými doklady do výběrového řízení zasílejte na adresu: Karlovarská krajská nemocnice, a. s., Bezručova 19, 366 60 Karlovy Vary, nejpozději do 31. března 2013, k rukám lékařského ředitele MUDr. Josefa Märze, nebo e-mailem josef.marz@kkn.cz

ZDN A131003532

Volná místa

Lékaři/lékařky

KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, A. S., přijme:

Lékaře/ky anesteziology na ARO

Požadujeme:

- odbornou a zdravotní způsobilost,
- trestní bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- ukončení základního anesteziologického kmene,
- specializovanou způsobilost v oboru anesteziologie a intenzivní medicína vítána.

Nabízíme:

- práci v moderním zařízení s akreditací II. typu,
- podporu odborného profesního růstu bez jakýchkoli stabilizačních závazků,
- možnost ubytování,
- zaměstnanecké benefity,

- perspektivní zaměstnání v oblasti Jizerských hor s možností sportovního vyžití.

Kontakt: PhDr. Alena Kučerová – personální oddělení, e-mail: alena.kucerova@nemlib.cz, tel.: 485 312 185.

ZDN A131003580

Primář

SPOLEČNOST PRIVAMED HEALTHIA, S. R. O., hledá vhodné uchazeče na pozici:

Primář oddělení LDN

Požadavky:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- specializovaná způsobilost v oboru, jehož součástí je jeden z těchto základních kmenů: chirurgický, interní, všeobecné praktické lékařství,
- minimálně 8 let praxe v oboru,
- licence ČLK pro výkon vedoucí funkce,
- organizační a řídicí schopnosti,
- orientace v ekonomice zdravotnictví,
- bezúhonnost a zdravotní způsobilost.

Nabízíme:

- byt nebo ubytování v areálu nemocnice,
 - příspěvek na stravu,
 - příspěvek na penzijní fond a životní pojištění,
 - příspěvek na dovolenou,
 - dodatkovou dovolenou,
 - platové podmínky dle dohody – smluvní plat.
- Pracoviště: Masarykova nemocnice v Rakovníku.

Strukturované životopisy zasílejte na adresu: PRIVAMED Healthia, s. r. o., Masarykova nemocnice v Rakovníku, sekretariát jednatele společnosti, Dukelských hrdinů 200/II, 269 29 Rakovník. Tel.: 313 525 270, 313 525 296, e-mail: sekretariat@nemorako.cz

ZDN A131003542

NŠP Nemocnice s poliklinikou
Karviná-Ráj Karviná - Ráj, p.o.

přijme do pracovního poměru pro rehabilitační oddělení

lékaře

se specializovanou způsobilostí

Bližší informace poskytně
prim. MUDr. Milena Kašpárková
tel.: 596 583 292,
e-mail: kasparkova@nspka.cz

www.nspka.cz

PERSONÁLNÍ INZERCE

Primář

SPOLEČNOST PRIVAMED

HEALTHIA, S. R. O.,

hledá vhodné uchazeče na pozici:

■ Primář gynekologicko-porodnického oddělení

Požadavky:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- minimálně 10 let praxe v oboru,
- licence ČLK pro výkon vedoucí funkce,
- specializovaná způsobilost v oboru gynekologie a porodnictví,
- organizační a řídicí schopnosti,
- orientace v ekonomice zdravotnictví,
- bezúhonnost a zdravotní způsobilost.

Nabízíme:

- byt nebo ubytování v areálu nemocnice,
- příspěvek na stravu,
- příspěvek na penzijní fond a životní pojištění,
- příspěvek na dovolenou,
- dodatkovou dovolenou,
- platové podmínky dle dohody – smluvní plat.

Pracoviště: Masarykova nemocnice v Rakovníku.

Strukturované životopisy zasílejte na adresu: PRIVAMED Healthia, s. r. o., Masarykova nemocnice v Rakovníku, sekretariát jednatel společnosti, Dukelských hrdinů 200/II, 269 29 Rakovník.

Tel.: 313 525 270, 313 525 296,
e-mail: sekretariat@nemorako.cz

ZDN A131003550

Lékař

NEMOCNICE TÁBOR, A. S., přijme do pracovního poměru:

■ Lékaře pro oddělení patologie

Požadujeme:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
 - specializaci v oboru,
 - pracovní úvazek minimálně o,6.
- Nabízíme:
- trvalý pracovní poměr,
 - mzdové ohodnocení podle stupně vzdělání,
 - pozici zástupce primáře,
 - pružnou pracovní dobu,
 - náborový příspěvek při vzniku PP.

Nástup dle dohody.

Nemocnice Tábor, a. s., má akreditaci MZ ČR v oboru patologická anatomie I. stupně.

Bližší informace podá:

MUDr. Josef Kult, primář oddělení patologie, tel.: 381 607 400,
e-mail: josef.kult@nemta.cz

ZDN A131003574

Kordinátor

KLINIKA TRANSPLANTAČNÍ CHIRURGIE IKEM přijme:

■ Kordinátora programu transplantací ledvin od žijících dárců

Požadujeme:

- dokončenou střední zdravotnickou školu,
- registraci,
- praxi v oboru nefrologie,
- praxe v oboru chirurgie výhodou,
- uživatelskou znalost PC (MS Office, internet),
- komunikační schopnosti.

Kontakt: Ing. Andrea Štastná,
e-mail: andrea.stastna@ikem.cz

ZDN A131003537

Praktický lékař

NESTÁTNÍ AMBULANTNÍ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ přijme:

■ Praktického lékaře na kliniku v Praze a v Brně.

Požadujeme:

- atestaci ze všeobecného praktického lékařství,
- uživatelskou znalost PC,
- flexibilitu, spolehlivost, zodpovědnost,
- klientský přístup k pacientům,
- aktivní znalost angličtiny vítána, není podmínkou.

Nabízíme:

- příjemné pracovní prostředí,
- zázemí stabilní nadnárodní společnosti,
- možnost dalšího vzdělávání,
- zajímavé platové ohodnocení,
- mobilní telefon,
- 5 týdnů dovolené,
- další firemní benefity.

Nabídky včetně profesního životopisu zasílejte na e-mail: klara.gottwaldova@medicover.cz

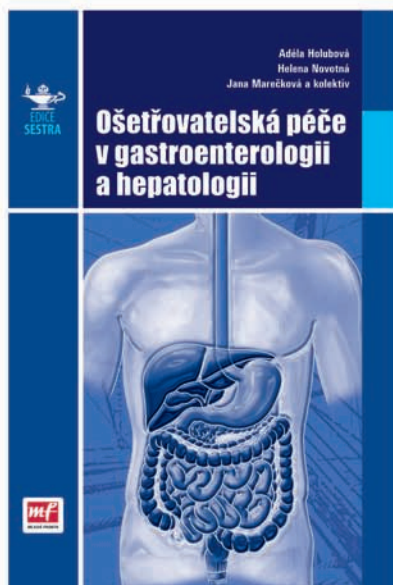
ZDN A131003584



PERSONÁLNÍ INZERCE

je přijímána na adrese:
Zdravotnické noviny
Mladá fronta a. s.,
Mezi Vodami 1952/9
143 00 Praha 4 – Modřany
e-mail:
personalni.inzerce@mf.cz
tel.: 724 561 805

Inzerce A131003610



Představujeme publikaci Ošetrovatelská péče v gastroenterologii a hepatologii

Publikace je určena nejen studentům zdravotnických oborů, všeobecným sestřám, ale také jako kvalitní podklad pro výuku. Většina kapitol je zpracována formou standardizovaného ošetrovatelského postupu, doplňuje je použití NANDA taxonomie II, která

je dnes již nezbytným prvkem ošetrovatelské diagnostiky. Kromě základů medicínské problematiky se čtenář naučí rozpoznávat ošetrovatelské problémy klienta i správnou diagnostiku, získá přehled o farmakách používaných v gastroenterologii a hepatologii.

Autoři: Adéla Holubová, Helena Novotná,
Jana Marečková, a kolektiv

Doporučená cena 420 Kč

Při objednání na
sleva 25% **knihy.cz**

**MEDICAL
SERVICES**

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR



MLADÁ FRONTA

Mladá fronta a. s. Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany, tel. 225 276 168, www.medical-services.cz, e-mail: knihy@mf.cz



**Aima**
Hlasit do světa svých.

**Cochlear®**



kochleární implantát
Systém Cochlear Nucleus



Aima,s.r.o.
Zavadilova 24, 160 00 Praha 6
tel.: 251 013 822 e-mail: sluzby@aima.cz
www.cochlear.com

Výhradní dovozce implantabilních sluchových
pomůcek společnosti Cochlear pro Českou republiku

www.aima.cz