



ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



6/2013

ČTRNÁCTIDENÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

Toto číslo vyšlo 25. 3. 2013



DISKUSE

Nastartuje povinnost ePreskripce fungující systém? Co si o tom myslí ti, kterých se nová legislativa bude dotýkat?

STRANA 9



PŘEDSTAVUJEME
RNDr. Tomáše Votrubu, CSc., MBA, generálního ředitele farmaceutické společnosti Roche

STRANA 28



ONKOLOGIE

Kam směřuje dětská onkologie ve 21. století? Přednáška profesora Jana Starého

STRANA 24

Kritici varují před úskalími reformy psychiatrické péče

Bezdomovectví jako výsledek reformy psychiatrické péče. Alespoň tak by podle některých psychiatrů v čele s bývalým ministrem zdravotnictví Ivanem Davidem (ČSSD) mohla dopadnout připravovaná reforma psychiatrické péče, pokud by ji ministerstvo pojalo čistě ekonomicky.

Podle ministerstva zdravotnictví současný systém psychiatrické péče neodpovídá nárokům 21. století a při rostoucím počtu pacientů není schopen dostát podmínkám kvalitní péče. V této základní tezi se úřad Leoše Hegera (TOP 09) shoduje i s drtivou většinou odborníků, včetně svých kritiků.

V čem se však oba tábory rozcházejí, je samotný způsob realizace změn, které by měly zlepšit péči o duševně choré. Zatímco ministerstvo zdravotnictví programově akcentuje úspory na všech úrovních resortu, někteří odbor-

níci z řad psychiatrů varují před čistě ekonomickým pojetím reformy a mají za to, že psychiatrická péče je v České republice dlouhodobě podfinancovaná. Ministerstvo zdravotnictví hodlá představit detailnější obrysy reformy do poloviny tohoto roku. Samotná reforma psychiatrie by měla probíhat v letech 2014-2020 a její financování by mělo být zajištěno z významné části i z fondů Evropské unie.

Hrozí rozklad péče?

Ačkoli ministerstvo zdravotnictví dosud nepředstavilo detailní

koncept reformy péče o duševně nemocné, její kritika zaznívá již nyní. Mezi kritickými hlasy převládají obavy ze scénáře, který následoval po reformách v USA či některých evropských zemích. Podle ministerstva zdravotnictví by se část péče, kterou nyní poskytují velké ústavy, měla přesunout do menších lokálních komunitních center, jež by byly nejen levnější, ale také místně dostupnější pro obyvatele ČR. A právě v tomto bodě začínají obavy náměstka ředitele Psychiatrické léčebny Bohnice (PLB) **(pokračování na straně 2)**



Ivan David: Za 15 let se situace nezměnila, jen chátrání pokračuje.

Inzerce A131002441

PRVNÍ
KVALITNÍ
DOSTUPNÝ



EGIS Biologicals

Proč Česko odmítá novou evropskou protikuřáckou směrnici?

Nová evropská protikuřácká směrnice má především zavést harmonizovaný rámec tabákových výrobků uvedených na trhu EU a nahradit a zpřísnit stávající pravidla z roku 2001. Už její příprava ale provází na půdě evropského parlamentu spíše disharmonie. Neladí zatím ani českým politikům.

Směrnice Evropského parlamentu a Rady, o sblížení právních a správních předpisů členských států týkajících se výroby, obchodní úpravy a prodeje tabákových a souvisejících výrobků, je řadou členských států EU kritizována za nerespektování principu subsidiarity, kdy EU nemá mandát k zásahům v oblasti zdravotní politiky. Návrh svazuje s mandátem regulovat vnitřní trh, nicméně převážná většina argumentace je právě z oblasti péče o zdraví.

Hlavně příjmy do rozpočtu
Překročení mandátu (principu subsidiarity) bylo jedním ze zásadních důvodů, proč směrnici odmítl i český senát a odpovědné výbory poslanecké sněmovny. Na jednání výboru pro evropské záležitosti však náměstkyně ministry zemědělství (MZe) Jaroslava Beneš Špalková odůvodnila odmítavý postoj ke směrnici hlavně tezí, podle níž jsou důležitější prostředky plynoucí do státního rozpočtu než benefity jedince – kuřáka i nekuřáka. „Tabákové výrobky jsou velkou exportní položkou ČR. Negativní stanovisko vláda zaujala proto, že nesouhlasí zejména se zákazem výrobků s chuťovou složkou a se zvětšením rozsahu varování na tabáku určeném ke kouření. Česká vláda se domnívá, že Evropská komise přebírá příliš

velké pravomoci, které jí nepřislouží,“ řekla náměstkyně MZe. Takový postoj (který vyjádřily i některé další členské státy, že totiž tabákový průmysl je významným zaměstnavatelem) však komise považuje pouze za kopírování zájmů producentů tabákových výrobků, kteří na půdě parlamentu v Bruselu divoce hrozili žalobami už v průběhu přípravy revize původní směrnice z roku 2001. Zásadní námitky z jejich strany mířily na porušení ochrany práv duševního vlastnictví. Šlo zejména o kritiku navrhovaných zdravotních varování, která na krabičkách zaberou tolik prostoru, že nezube místo pro prezentaci obchodní značky. Výrobci pak vzniká možnost vymáhat svá práva soudní cestou.

Žádné „sexy“ obaly

Kromě vymezení etikety a balení tabákových výrobků, omezení jejich prodeje na internetu a zákazu aditiv (dochucování tabákových výrobků) si směrnice klade za cíl určit, jakým způsobem by se měly regulovat produkty, které tabák neobsahují, ale jsou úzce spjaty s kouřením nebo konzumací tabáku, například elektronické a bylinné cigarety. Příkladem je povolení elektronické cigarety s vyšším obsahem nikotinu pouze jako farmaceutika, označení

varovným štítkem i na bylinných produktech určených ke kouření, zákaz přísad vyvolávajících dojem, že výrobky jsou zdraví prospěšné (např. vitaminů). Prostřednictvím nové směrnice Evropská komise usiluje hlavně o snížení počtu mladých kuřáků, a to s ohledem na výzkumy, ze kterých plyne, že před 18. rokem začalo kouřit až 70 % současných kuřáků. Atraktivita cigaret, jejich balení (např. *slim* cigarety) podle komise lákají mládež ke kouření, proto by obal cigaret měl být dostatečně varovný a nikoli „sexy“. „Na prvním místě usiluji o prosazování osobní svobody a svobodné volby každého občana, zároveň

podporuji přísnou kontrolu a tvrdý postih prodeje a podávání tolerovaných drog (tabáku i alkoholu) dětem a mladistvým. Pro nové regulace budu hlasovat pouze v případě, že bude jasně doložen jejich skutečný pozitivní dopad, který přinejmenším vyváží dopady regulace na osobní svobodu občana, na podnikání i na stát,“ sdělil naší redakci poslanec Evropského parlamentu Milan Cabrnoch.

Svobodná volba, ne zákaz

Další úsilí Evropská komise vyvíjí směrem ke zlepšení veřejného zdraví. Studie ukazují, že zhruba 50 % kuřáků umírá předčasně průměrně o 14 let dříve. Kuřáci navíc

často několik let trpí vážnými chorobami. Proto se budou navrhovaná opatření týkat také stávajících kuřáků (např. zmíněná zdravotní varování a regulace přísad). Výroční náklady EU na veřejné zdravotnictví spojené s léčením chorob spjatých s kouřením jsou odhadovány na 25,3 miliard eur a dalších 8,3 miliardy eur jde na vrub ztráty produktivity (včetně předčasných důchodů/úmrtí a vysokých absencí) spjaté s kouřením. „Kladu důraz na lepší informovanost občanů a jejich vzdělávání pro zdraví tak, aby porozuměli škodlivosti kouření, protože lidé přestanou kouřit, pokud se k tomu rozhodnou, ne když jim to někdo zakáže. Zároveň upozorňuji na důležitost léčebné podpory těch, kdo se rozhodli s kouřením přestat,“ dodává Milan Cabrnoch.

Předpokládané projednávání protikuřácké směrnice na plénu Evropského parlamentu proběhne koncem letošního roku. Předpokládáné nabytí platnosti normy, kterou musí odsouhlasit také jednotlivé členské státy, se odhaduje v letech 2015–2016. **Petra Klusáková**

Konkrétní navrhovaná opatření

- Elektronické cigarety obsahující větší množství nikotinu než stanovený limit budou povoleny pouze v případě, jestliže budou schváleny jako farmaceutika.
- Bylinné produkty určené ke kouření budou opatřeny varovným štítkem, aby spotřebitelé byli informováni o jejich škodlivých účincích.
- Zdravotní varování na krabičkách cigaret a produktech určených pro balení cigaret budou větší a více nápadné (75 % povrchu balení), budou také povinně obsahovat obrázky na

obou stranách obalu. Propagační či zavádějící prvky budou na obalech zakázány.

- Pro všechny členské státy bude zaveden společný formát pro uvádění tabákových přísad na obalech.

- Cigarety, tabák a bezkouřové tabákové výrobky, které mají charakteristické příchutě, jako mentolové cigarety a bezkouřový tabák s lékořičovou příchutí, budou zakázány.

- Přísady, jež vyvolávají dojem, že výrobky jsou zdraví prospěšné (např. vitaminy) nebo jsou spojeny s ener-

gií a vitalitou (např. kofein a taurin), budou také zakázány.

- Internetový prodej tabákových výrobků bude podléhat přísnějším kontrolám z hlediska ověřování věku zákazníků a povinnosti prodejce informovat o jejich aktivitě.

- Na úrovni EU bude zaveden systém pro sledování tabákových výrobků, aby došlo ke snížení nezákonných výrobků na území EU. Také bezpečnostní prvky proti padělkům umožní spotřebitelům ověřit, zda je produkt legální.

Kritici varují před úskalími reformy psychiatrické péče

(pokračování ze str. 1)

a bývalého ministra zdravotnictví Ivana Davida, jenž varuje před redukcí či uzavíráním psychiatrických léčeben, aniž by byla předem zajištěna náhradní péče v deklarovaných komunitních centrech – stejně jako v zahraničí by to prý i u nás mohlo vést k masivnímu bezdomovectví psychiatrických pacientů.

„Bezdomovectví těžce duševně nemocných je realitou. Mám informace, že jich přibývá i ve vězeň. Zavírání psychiatrických ústa-

vů by situaci ještě zhoršilo. Nejdříve je tedy potřeba vybudovat ta komunitní centra. V řadě zemí to ale probíhalo buď přesně naopak, nebo centra, která byla vybudována, nebyla dostatečně personálně a technicky vybavena, takže vůbec nemohla sloužit svému účelu,“ varoval v rozhovoru pro ČT24 Ivan David.

Ministerstvo mírní vášně

Že by reforma psychiatrické péče měla začít uzavíráním či postupným omezováním péče ve velkých ústavách, ministerstvo rezolutně

odmítá. Podle náměstka ministra zdravotnictví Marka Ženiška (TOP 09) jsou takové obavy naprosto neopodstatněné. „Pan doktor David kritizuje něco, co ministerstvo nedělá a nikdy o tom ani nehovořilo. Tedy že se prý chystáme rušit léčebny a teprve potom budovat komunitní centra. Je to přitom přesně naopak. Ministerstvo zdravotnictví operuje s tím, že nejprve musí být vybudována alternativa nebo síť alternativ, teprve poté se začnou řešit léčebny,“ reagoval na vyřčené obavy Marek Ženišek, podle kterého neexistu-

jí žádné analýzy ani tiskové zprávy z dílny ministerstva zdravotnictví, které by byt jen naznačovaly oprávněnost podobných prohlášení. „Rozhodně se nestane, aby v důsledku reformy končili pacienti bez péče a na ulici,“ ujistila novináře mluvčí ministerstva Viktorie Plívová.

Ivan David však uvedl, že vychází z dosud nezveřejněné analýzy, jež s variantou uzavírání psychiatrických léčeben údajně pracuje. „V této analýze jsou uvedeny tři varianty, které počítají buď s částečnou a postupnou redukcí, ne-

bo s úplným rušením ústavů, aby se ušetřily peníze,“ uvedl v ČT24 Ivan David, přičemž potvrdil, že se sice skutečně nejedná o rozhodnutí ministerstva, ale už jen existence podobné analýzy opravňuje k podobným obavám. „Nehovořil jsem o tom, že mám nějakou jistotu, ale o tom, že jsou zde určité zkušenosti ze zahraničí a že je na místě maximální opatrnost,“ uzavřel náměstek ředitele PLB.

(Rozhovor s Ivanem Davidem přinášíme na straně 4.)

Je dovládnuto. Zřejmě na dlouho

Zdravotnictví bude zase jednou otloukánkem. Současná vláda už nic neprosadí, zatímco ta pravděpodobná budoucí zase nic nenabízí.

Místo rozeběhnutého systému nadstandardů s připojištěním nesměle ohmatávání nově nastaveného systému, místo mohutné změny fungování zdravotních pojišťoven urputná snaha alespoň o dvě utápnuté novely stávajících zákonů, místo tvůrčí spolupráce na reformách téměř jednolitý odpor lékařského stavu vůči ministru zdravotnictví, místo vyvažování finančních restrikcí efektivnějším systémem zdravotní péče jen ty restrikce, místo velkolepé restrukturalizace lůžek upoceně odkládání problému na později. Nic moc.

Klesající ambice

A to je ještě nutno říci, že Leoš Heger patří k ministrům, kteří v současném kabinetu mají nej-

vyšší reformní skóre, pokud jde o naplněné záměry. Přesto je i na jeho působení velmi dobře vidět, jak klesaly ambice druhdy našlápnuté reformní vlády, která se postupně změnila až v dnešní politicky živoucí uskupení tmelené už jen touhou splatit hypotéku a nepustit levici k vládě dříve, než je nezbytně nutné.

S každým dnem je jasnější, že žádné reformní kroky už se od Nečasova kabinetu čekat nedají. Vládní strany se nedokáží sjednotit ani na prostých personálních otázkách (šéf NKÚ, ministr obrany), natož na systémových krocích. Ani za půl roku nebyly



Martin Čaban

schnopné se shodnout na podobě nové koaliční smlouvy. A proti vyhlídkám na nějaké systémové kroky mluví i kalendář. Základní politologická poučka praví, že poslední rok či rok a půl před volbami věru neobdobím, kdy by se vlády vrhaly do závažných, nedejbože nepopulárních reforem.

Stínový ministr ve stínu

V takové situaci by bylo přirozené hledět s nadějí k období po volbách, očekávat příchod čerstvých sil a nápadů. Což o to, ČSSD se na vládnutí zjevně těší. V některých resortech má dokonce i nějaké ty nápady, jakkoli

z nich části ekonomů může běhat mráz po zádech. Jenže – jako na potvoru – o zdravotnictví to zrovna neplatí.

Uvažuje-li dnes Bohuslav Sobotka o obměnách ve stínové vládě, měl by svou mysl soustředit i na Jana Žaloudíka. V „programové rezoluci“ posledního socialistického sjezdu plného volebních nadějí a bojovných slov se zdravotnictví krčí v pár bodech na šestém místě mezi devíti prioritami. Mezi programovými náměty jsou perly jako „nabízíme namísto neúspěšné reformy nadějí v rekonstrukci zdravotního systému“, „dáme v řízení zdravotnictví více prostoru odborníkům“ a podobně. Nejkonkrétnější je „postupně snižování“ počtu zdravotních pojišťoven; soudě podle jiných žaloudíkových projevů až ke konečnému počtu jedna. Jinak pustoto, prázdná, recyklovaná fráze.

A ani mimo „programovou rezoluci“ to není lepší.

Smutný osud na periferii

To je od strany, která je sedm let v opozici, docela mizerná příprava, o poznání horší i v porovnání s ostatními resorty, v nichž lze tu a tam levicovou vizi celkem dobře pozorovat. Ano, volby třeba mohou dopadnout jinak, současná vláda ještě třeba může překvapit a sociální demokraté ještě třeba mohou do prázdnin, kdy slibují představit definitivní volební program, udělat velký kus práce. Ale současná situace vypadá spíše tak, že zdravotnictví – poněkolkáté postižené polovičatými reformami – míří opět na periferii zájmu. Odtud bude vytaženo vždy jen na chvíli, až bude před nějakými volbami zapotřebí laciné populistické municie. Smutný osud.

Předávání lékařské zprávy – úskalí vyřeší až novela

Právníci i odborníci na zdravotnický *software* upozorňují na nesprávný postup, kdy čeští zdravotníci nejčastěji volí za kurýra lékařské zprávy samotného pacienta. Tento způsob je podle odborníků nedodržením zákonných povinností. Dle ministerstva zdravotnictví takový postup zákonu neodporuje, přesto však novelou pacienta do procesu předávání zprávy zařadí.

Novelizovaný právní předpis zákona o zdravotních službách udává odborným lékařům povinnost předat po vyšetření zprávu o poskytnutých službách jeho praktickému lékaři. Tato legislativní změna, která je platná od 1. dubna 2012, však nespécifikuje vhodnou formu komunikace mezi zdravotníky. Dokumenty by měly být předány prokazatelnou a bezpečnou cestou, aby nedošlo k vyrazení citlivých informací. Podle některých právních expertů je pro naplnění zákonné povinnosti nedostatečné doručení lékařské zprávy přes pacienta, což je v současnosti nejčastější postup, stejně jako zaslání dokumentů běžnou poštou nebo e-mailem.

„Svěření listiny do rukou pacienta je rozhodně nebezpečné, neboť zákon výslovně uvádí, že zpráva má být předána praktickému lé-

kaři. I kdyby se pacient zavázal podpisem, že listinu převzal, podle mě to nedostačuje ke splnění zákonné povinnosti,“ upozornila advokátka Eva Radová z kanceláře Rada&Partner, jež se mimo jiné specializuje i na zdravotnické právo. „Kvůli neověřitelnosti e-mailové adresy a vůbec skutečnosti, že elektronická pošta opravdu dorazila, nelze doporučit ani tento způsob odevzdávání zpráv,“ dodala právnička.

Cesta elektronického podpisu

Prokazatelné předání zdravotnických dokumentů zaručuje využití doporučené pošty nebo osobní kontakt mezi lékaři, což je ale vysoce časově i finančně nákladné. Podle odborníků na zdravotnický *software* je řešením zaslání lékařských zpráv elektronicky pomocí specializovaných

programů, které lékaři používají k řešení každodenní agendy. Dokumenty však musejí být kvůli bezpečnosti opatřeny elektronickým podpisem.

„Elektronická komunikace pomocí zdravotnického systému je pro přenos dat nejrychlejší a samotní lékaři ji vítají. Předávání dokumentů z ruky do ruky nebo doporučené zaslání je totiž pro ně v jejich pracovním vytížení nereálné. Aktuálně zprávy nejčastěji zasílají přes pacienty,“ sdělil ředitel divize ambulantní software společnosti CompuGroup Medical Jan Hlaváček.

„Aby nedošlo k prozrazení citlivých lékařských údajů, musí být komunikace zcela prokazatelná. Každá odchozí zpráva by měla být automaticky opatřena elektronickým podpisem, který zaručí plnohodnotnou kontrolu. Dojde tak k nezpochybnitelnému doručení

zprávy a k citlivým údajům nemá nikdo nepovolaný přístup,“ dodává Jan Hlaváček.

Deklarovaný souhlas pacienta

Ne všichni ale prostřednictvím pacienta v předávání lékařských zpráv mezi praktickými a ostatními ošetřujícími lékaři považují za nezákonné. „Sdílím názor našich právníků, který se shoduje s výkladem ministerstva zdravotnictví, tedy že předávání zpráv přes pacienta je formou, která dostatečně vyhovuje požadavku zákona o zdravotních službách,“ říká předseda Sdružení ambulantních specialistů a soukromý kardiolog Zorjan Jojko. Podle něj je lepší, pokud pacient na kopii nálezu podpisem stvrdí, že počítá s předáním nálezu praktickému lékaři nebo lékaři, který vyšetření doporučil.

Podle výkladu ministerstva zdravotnictví již dnes stávající zákon předání zprávy prostřednictvím pacienta nevyklučuje. „Nícméně od poskytovatelů zdravotní péče zaznívají názory, že zprávu lze zaslat praktickému lékaři pouze doporučeným dopisem, což je pro poskytovatele finančně velice zatěžující. Proto v rámci připravované novely zákona o zdravotních službách bude předávání zpráv umožněno i prostřednictvím pacientů,“ sdělila naší redakci mluvčí ministerstva Viktorie Plívovalá.

Možnosti elektronického podpisu se však Sdružení ambulantních specialistů nebrání. „Bude-li zabezpečena elektronická komunikace mezi lékaři fungovat a nebude-li zbytečně prodražovat provoz ambulance, nic proti ní nemám. Předávání informací přes pacienta mi ale v některých situacích přijde výhodnější. Totiž v případě, že pacient žádanku, zprávu či nálezu předá, mám jistotu, že sám s jejím předáním souhlasí,“ uzavírá Zorjan Jojko.

Reforma psychiatrické péče se nesmí řídit jen ekonomickými motivy

O tom, jak by připravovaná reforma psychiatrické péče (ne)měla vypadat, aby prospěla jak oboru psychiatrie, tak duševně nemocným, jsme hovořili s náměstkem ředitele Psychiatrické léčebny Bohnice a bývalým ministrem zdravotnictví **MUDr. Ivanem Davidem, CSC.**

Pravděpodobně největší příležitost vylepšit podmínky pro obor psychiatrie jste měl v letech 1998–1999, kdy jste zastával funkci ministra zdravotnictví. Jak byste srovnal tehdejší situaci s tou dnešní?

Vaše představa je bohužel mylná. Byl jsem členem menšinové vlády a každá legislativní iniciativa byla automaticky zamítna většinou opozicí. Pokud jde o exekutivní kompetence, o investicích, jež byly beztak rozděleny na mnoho let dopředu, rozhodovalo ministerstvo financí. Vytvořil jsem sice rozpočtovou kapitolu určenou na investice pro psychiatrické léčebny, ale tu rozebrali opoziční poslanci při „porcování medvěda“. Do dohadovacích řízení o hodnotách výkonů ministerstvo vůbec vstupovat nemůže.

Změnil jsem status vědecké rady ministerstva s tím, že jmenování odborníci mají vytvořit koncepce jednotlivých oborů. Připravil jsem i osnovu, která určovala, co mají koncepce obsahovat. Ta po mém odchodu upadla v zapomnění a později vzniklé „koncepce“ byly jen deklaracemi zbožných přání. Ze strany odborné společnosti jsem se nesetkal s žádnou iniciativou – nebylo co podpořit.

Představa o obrovské moci člena vlády je naivní. Veřejná správa smí konat jen to, co jí zákon ukládá. Zákon, který by mi ukládal více, se mi nepodařilo prosadit. Tehdejší většinová opozice a dnešní vládní strany pravomoci ministerstva rozhodně nepodporují. Za oněch 15 let se situace zásadně nezměnila, jen chátrání pokračuje.

V souvislosti s chystanou reformou varujete před rozvrácením systému péče o duševně nemocné. Detaily reformy však ministerstvo zatím ještě nepředstavilo. Co vás tedy vede k takto silnému vyjádření?

Ministerstvo nepředstavilo nic, nicméně používá materiál „Ma-

pování stavu psychiatrické péče“. Ten sice jasně předpokládá zrušení léčen, ovšem jen velmi mlhavě naznačuje, jak by péče měla být zajištěna. Prakticky ve všech zemích, kde podobné transformace proběhly, došlo ke značnému růstu počtu psychotických bezdomovců, protože péče, která ji měla nahradit, selhává pro nedostatečnou kapacitu a zejména neschopnost zajistit péči nemocným s nepříznivým průběhem psychózy.

Pokud tomu někdo nevěří, doporučuji návštěvu Budapešti, která se po uzavření psychiatrického ústavu k 31. 12. 2008 psychotickými bezdomovci jen hemží.

Tvrdíte, že motivy reformy jsou především ekonomické – „ušetřit v zájmu veřejných výdajů a zmocnit se nemovitostí v rámci soukromých příjmů“. Zní to skoro tak, že by bylo lepší nechat vše při starém a nic neměnit...

Nerozumím, jak jste z mého předpokladu, že motivy jsou ekonomické, dospěl k závěru, že jsem přesvědčen, že by se nemělo nic měnit. Měnit se naopak musí, ale motivy nesmějí být ekonomické, protože psychiatrická péče je naopak těžce podfinancovaná.

Tedy obecně vzato, více peněz pro psychiatrii. Ziskat větší objem finančních prostředků je však společným zájmem všech oborů medicíny.

Tak jednoduché to není. Nemám rád oblíbené stanovisko: „Dejte nám peníze a o jejich použití se nestarejte!“ Zřejmě proto, že jsem působil ve veřejné správě. Nikdo se nesmí vyhýbat povinnosti náležitého využití prostředků, protože se jedná o veřejné zdroje. Každý, komu je svěřeno hospodaření, musí zodpovídat za dodržení účelu a efektivitu. Péče o duševně nemocné je zcela nepochybně těžce podfinancovaná. Vyplyvá to z mezinárodních srovnání.

K tomu je ještě třeba dodat, že neexistuje společná evropská definice „psychiatrického lůžka“. Některá naše „psychiatrická lůžka“ by byla spadala v některých zemích mezi sociální. Rovněž ambulantní péče má v různých zemích různý obsah. K tomu je třeba připomenout skrytou nemocnost a nemocné, kteří byli jako nemocní identifikováni, ale péče se jim nedostává. K odhadu potřeb nelze použít pouze údaje z ročenky o doposud ošetřovaných.

A za těchto okolností si elaborát „Mapování stavu psychiatrické péče“ dělá starosti, zda by nutná rekonstrukce psychiatrických nemocnic (zvaných „léčebny“) nebyla „příliš“ nákladná. Je evidentní, že autoři chtějí být spojenci snahy zdravotních pojišťoven na psychiatrické péči ještě více ušetřit a falešně naznačují, že jimi propagovaná péče je efektivnější a levnější. Péče však není poskytována proto, aby pojišťovny měly větší nebo menší výdaje, ale proto, že naši nešťastní spoluobčané mají právo na co nejvíce důstojný život.

Jak tedy skutečně reformovat?

Je nutné počítat jen s investičními prostředky každý rok ve výši 2–3 miliard po dobu několika let. To jen na rekonstrukce stávajících objektů a stavby nutné další infrastruktury. Tak bylo postupováno v Německu, kde se při rekonstrukcích původních budov snížila jejich kapacita prostě proto, že malé pokoje s příslušenstvím nutně zabírají relativně více místa.

Chybí několik tisíc míst hlavně v pobytových sociálních zařízeních – jednak sociálních bytů, které u nás prakticky neexistují, jednak ústavů, jež ovšem nesmějí vypadat jako kasárna. K tomu je třeba připočítat provozní náklady (ze tří čtvrtin osobní), náklady na vzdělávání pracovníků a tak dále.

Všude v Evropě i USA se po přehnané redukci nebo zrušení ústavů



Foto: archiv Ivana Davida

nevyhnuli neadekvátní „reinstucionalizaci“ ve špatných sociálních zařízeních na charitativní bázi s naprosto nedostatečnou kapacitou a také kriminalizaci buď přímo ve vězení, nebo i formálně ve „forenzních odděleních“ zdravotnických zařízení.

Pokládám za nepřijatelné vyhýbat se hodnocení efektivit. Kritériem nesmí být, kolik se „vynaložilo“, ale zda bylo lidem opravdu pomoheno. Je chyba, že na tohle se nikdo neptá, místo toho se hledají falešná kritéria a falešné cíle.

Pokud jde o nemovitosti, nepochybují, že je o ně komerční zájem. Psychiatrická léčebna ve velkém městě je ideální budoucí „citadela“, tedy oplocené sídliště v parku pro exkluzivní klientelu, pro niž by byla v projektu vytvořena infrastruktura přímo v místě včetně služeb, škol, sportovišť. Stáje už tam jsou. Jistě není náhodou, že studentka architektury dostala jako zadání diplomové práce „přestavbu bohnické léčebny pro účely rezidenčního bydlení“. O absenci takového úmyslu by mě mimochodem rozhodně přesvědčilo, kdyby ministerstvo přestalo tlačit na převezení „léčeben“ do majetku krajů.

Když byste měl obecně zhodnotit současnou úroveň poskyto-

vání psychiatrické péče v České republice, kde vidíte největší rezervy?

Rezervy nejsou na straně psychiatriů, ale na straně veřejné správy, která nezajišťuje následnou sociální péči v dostatečné kapacitě a dostupnou i pro nešťastníky s minimálním důchodem. To ovšem není psychiatrická péče, nýbrž sociální péče o nemocné s duševními poruchami. Nejen v psychiatrických léčebnách se stále prohlubuje jejich investiční zanedbanost. Financování péče pak nemožňuje rozvoj moderních forem péče a komplexní péči ambulantní.

Podle náměstka ministra zdravotnictví Marka Ženíška chce ministerstvo připravovat reformu ve spolupráci s psychiatry. Existuje mezi odborníky již dnes nějaká společná vize podoby psychiatrie po reformě?

Ano, ministerstvo si vybralo několik odborníků a také laických aktivistů a s nimi cosi připravuje. Myslím, že mám názory shodné s naprostou většinou psychiatriů. Většina kolegů, se kterými jsem v kontaktu, se mnou souhlasí jak v kritice, tak i v návrzích řešení. Pokud ovšem neznáme reformu, těžko mít vizi stavu po reformě, natož společnou.

Ptám se zde spíše na ta řešení. Jak by podle vás a vašich kolegů měla vypadat psychiatrická péče po „ideální“ reformě?

Především je nutné doplnit dostatečně kapacitní a kvalitní následnou péči s dlouhodobě udržitelným financováním, ne jen sporadické „nestátní aktivity“ financované fakticky na charitativních principech. Mám na mysli pobytová i ambulantní zařízení. Lidé mají právo na důstojnou péči, i když si nejsou vědomi, že ji potřebují. Zatím je jim přiznáno právo se jí často jen marně domáhat.

Dále je nutné zajistit lepší ubytovací standard v lůžkových zařízeních – ne-li jako v Dánsku nebo Norsku, tedy alespoň jako v Německu či Belgii. K tomu patří lepší personální vybavení.

Německo má oproti Česku dvojnásobek zaměstnanců na počet pacientů, Norsko čtyřnásobek. Jde hlavně o aktivizaci v celodenním programu nemocných. Ambulance musí mít možnost zajišťovat služby, které pojišťovny nyní neplatí, případně u nich nabízejí úhrady, které nepokryjí náklady. To jen bez větších podrobností.

Podle ministerstva by většina psychiatrických léčeben měla do konce roku změnit název na psychiatrické nemocnice. Jedná se jen o formalitu, nebo se s názvem promění i způsob poskytování péče?

Přejmenování je jen uznáním šest desítek let trvajících skutečnosti, že tyto ústavy poskytují akutní péči. Před 63 lety ji nepo-

skytovaly, a proto byly nazvány léčebnami. Tehdy neexistovaly účinné léky. Před 45 lety prosazoval změnu názvu v rámci koncepcce oboru, kterou sám navrhl, tehdejší ředitel bohnické léčebny Karel Dobíšek, ale nebyl úspěšný, naopak byl z politických důvodů vyhozen.

V roce 2008 jsem poslal na ministerstvo nový návrh statutu s názvem „Statut psychiatrické nemocnice Bohnice“ a ministr Julínek jej podepsal. Zdálo se mi to divné, tak jsem se zeptal a ukázalo se, že to podepsal omylem. Přehlédl se. Na Slovensku jsou léčebny přejmenovány na nemocnice už asi 20 let. Teď to v praxi znamená, že některá oddělení dosavadních léčeben budou financována jako nemocniční, ale zároveň se jiná změní na

„sociální lůžka“. To znamená, že za ně bude placeno méně a současně budou mít horší vybavení než ústavy sociální péče, kde jsou na vybavení kladeny přísné nároky. To aby se ušetřilo.

Marek Ženíšek také upozorňuje, že vy osobně brojíte proti něčemu, co váš nadřízený – ředitel Psychiatrické léčebny Bohnice – Martin Hollý dlouhodobě podporuje a samotné „Bohnice“ již prý podnikly vlastní reformní kroky v poskytování péče. V čem tedy vedete spor se svým představeným?

Jestli je myšlení vlastní hlavou hrubá nekázeň, pak předpokládám, že na to Marek Ženíšek nepřišel sám, ale že je to názor jeho šéfa. Mít tak loajálního podřízeného je jistě radost

do chvíle, než má podřízený něco vymyslet. Mám o 18 let delší – a myslím, že i hlubší – zkušenosti než můj nadřízený. Jsem přesvědčen, že mým prvořadým úkolem je prosazovat systém prospěšný pacientům, nikoli naplňovat teze nějaké módní ideologie. Bohnice jsem nikam kráčet neviděl, ale slyšel jsem, že existuje nějaká skupina pečující asi o 40 ambulantních nemocných z Prahy 8.

S ředitelem žádný spor nevedu a ani to nepřichází v úvahu, protože naše kompetence nejsou v konfliktu. On projevuje názory a já rovněž. Jeho názory jsou konformní s ministerskými, moje ne. Jsem přesvědčen, že ty moje jsou správnější z hlediska, které je pro mne určující.

Filip Kút Citores

Kdo těží z nejasností v indikacích pro inzulinové pumpy?

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) v polovině února oznámila, že svým pojištěncům nebude nadále plně hradit některé nákladné inzulinové pumpy. Argumentuje tím, že přístroje jsou v Česku dražší než v okolních státech. Využila situace, kdy nejsou jasně stanovená indikační rozlišení pump pro jednotlivé pacienty.

„Podle zjištění pojišťovny jsou nyní ceny od výrobců nastaveny tak, že jsou u naprosto stejných výrobců často až o více než polovinu vyšší než v sousedních státech. Některé nákladnější inzulinové pumpy proto již nemusí být plně hrazeny. Náklady, které pojišťovna ušetří na úhradách předražených pump, investuje do další péče o své klienty,“ uvedl Jiří Rod z VZP.

Výrobci zajišťují servis a edukaci

Diabetolog Martin Haluzík ze 3. interní kliniky – kliniky endokrinologie a metabolismu 1. LF UK a VFN v Praze pro naši redakci uvedl, že nemá informace o tom, že by srovnatelné typy pump byly v okolních státech levnější. Jde spíše o to, že v některých zemích (například v Polsku) jsou dostupné pouze starší, méně vyspělé, a proto lacinější pumpy. Navíc u nás podle jeho slov výrobci nejvyspělejších pump také z velké části bezplatně zajišťují edukaci pacienta, 24hodinový servis a bezplatnou výměnu pump, což v jiných státech provádějí speci-

alisté z diabetologických center a tyto služby hradí pojišťovny. U nás takový servis přímo hrazen není nebo jen ve velmi omezené míře.

Profesor Haluzík zároveň potvrzuje, že vyspělejší pumpy nejsou nutné pro všechny pacienty, ale zejména pro nemocné, kteří profitují z kontinuálního monitorování glykemie. „To jsou například pacienti s obtížným rozpoznáváním hypoglykemie, gravidní ženy, kde je výborná kontrola diabetu důležitá pro správný vývoj plodu, a dětská diabetici. Zde se domnívám, že je plně na místě indikace vyspělejší pumpy. Pro diabetiky, kde indikujeme pumpu z důvodu neuspokojivé kompenzace při intenzifikované inzulinoterapii, aniž by spadali do výše uvedených kategorií, může jistě stačit základní, a tedy levnější typ pumpy,“ upřesnil diabetolog.

Chybí indikační rozlišení

Problém podle profesora Haluzíka spočívá v tom, že dosud nebylo jasně stanoveno, pro jakého pacienta je indikován konkré-

tní typ pumpy. „Přestože již tato jednání podle mých informací proběhla, zatím z nich oficiálně nevyplynul konkrétní výsledek. Například nejvyspělejší pumpu Minimed Paradigm Veo s funkcí automatického zastavení při nízké glykemii by měli mít především pacienti se syndromem nedostatečného rozpoznávání hypoglykemie, zatímco méně komplikovaní pacienti by tuto pumpu nutně mít nemuseli. Situaci mohou vyřešit konkrétní a jasně definovaná indikační omezení, na jejichž stanovení by se měli podílet jak zástupci pojišťovny, tak odborníci z České diabetologické společnosti a zástupci pacientských organizací. Také si myslím, že by bylo vhodné umožnit preskripci dražší pumpy i pacientům, kteří uvedená omezení nesplňují, ale moderní typ by mít chtěli a jsou ochotni si za něj připlatit nad rámec základní úhrady,“ míní Martin Haluzík.

VZP nyní ujišťuje pacienty, že minimálně jeden typ inzulinové pumpy zůstane plně hrazen. „Bude to přitom výrobek, který patří k nejmodernějším na trhu,

je možné jej ovládat a nastavovat chytrým telefonem,“ uvedl Jiří Rod z VZP a vysvětlil nový algoritmus jejich úhrad: „Od 1. 3. je v Úhradovém katalogu VZP – ZP¹ zařazeno celkem 16 produktů (inzulinových pump), jež jsou rozřazeny do tří kategorií. V kategorii inzulinových pump s kontinuálním monitorem a odezvou na měření glukózy jsou nyní zařazeny dvě pumpy. Ještě před nastavením změn v Úhradovém katalogu VZP – ZP¹ byly obě tyto pumpy pro pacienty k dispozici s doplatkem až 9389 Kč, nyní jsou zcela bez doplatku. I v dalších 2 kategoriích pump má lékař možnost předepsat pacientovi nejmodernější pumpy bez doplatku,“ vypočetl Jiří Rod.

Předepisování nejdražších modelů

Pojišťovna prý k revizi úhrad pump přistoupila také proto, že „z monitoringu zdravotnických zařízení, která předepisují inzulinové pumpy, zná případy, kdy jsou zde předepisovány pouze ty nejdražší pumpy od jednoho či



Prof. Martin Haluzík. | Foto: Leoš Chodura

dvou konkrétních výrobců, a to za ceny, které jsou často výrazně vyšší, než v okolních zemích“. Takovou praxi diabetolog Martin Haluzík nevykládá. Souvisí ale s tím, že každá pumpa má jiné ovládání, jiný software a není jednoduché ovládat perfektně všechny dostupné typy pump.

„Současný systém s chybějící jasnou definicí indikačních omezení toto umožňoval. Podle mého soudu není primárně chybou zdravotníků, že při volném výběru preferují pumpy, jež mají pro pacienta největší spektrum využitelných funkcí. Volba typu pumpy závisí jednoznačně na typu pacienta a nejdražší a nejvyspělejší modely jistě nepotřebují všichni. Je však nutné přesně definovat kritéria, komu stačí základní typ pumpy a kdo skutečně potřebuje ten nejvyspělejší,“ shrnul profesor Haluzík.

Petra Klusáková

Liberecká nemocnice vyčíslila letošní předběžnou ztrátu na 100 milionů

Krajská nemocnice Liberec (KNL) má novou dozorčí radu, jež bude mít za úkol pomoci nemocnici s nedostatečnými úhradami od zdravotních pojišťoven, které jsou očekávány v roce 2013. Podle managementu hrozí omezení plánovaných operací. Propouštět se budou i zaměstnanci.

„Nemocnice nyní hledá nové možnosti úspor, odhaduje totiž, že nové úhrady budou znamenat 100milionový propad oproti roku 2012, tedy o téměř 6%. Zálohy od pojišťoven budou měsíčně o cca 10 milionů nižší,“ uvedl lékařský ředitel nemocnice Jan Mečl.

Nechceme snižovat platy

„Tato vyhláška připravila naše pacienty o cca 100 milionů korun. V podstatě to znamená, že v roce 2013 poskytneme méně péče, než bychom chtěli a než mů-

žeme. Pojišťovny by nám za další úkony nezaplatily. Rozhodli jsme se, že nepůjdeme cestou snižování platů našich zaměstnanců. Našli jsme úspory jinde a našli jsme i způsoby, kterými budeme chtít zvýšit naše příjmy,“ dodal generální ředitel nemocnice Jiří Veselka.

Platy tedy podle managementu zůstanou stejné, klesne však počet zaměstnanců. Úspory bude nemocnice zajišťovat i snížením počtu operací, a to až o 500 ročně. Celkově jich přitom za rok v KNL

proběhne na 15 tisíc. Podle náměstka Mečla se pravděpodobně prodlouží i objednávací doby u plánovaných zákroků. „V žádném případě nechceme a nebudeme ustupovat z kvality péče. Náš pacient nesmí tuto úhradovou vyhlášku pocítit. Může se ovšem stát, že pacienta budeme muset poslat zpět do zdravotní pojišťovny, aby mu zajistila léčení jinde,“ přiznal.

Kompletní dozorčí rada

Valná hromada zvolila na začátku

března kompletní devítičlennou dozorčí radu. Jejím předsedou je Josef Šedlbauer, dalšími členy pak hejtman Libereckého kraje Martin Půta, zastupitel Libereckého kraje a Statutárního města Liberec Jan Korytář a zastupitelka Libereckého kraje a místostarostka Semil Lenka Mlejnková.

Nové investice i kontokorent

KNL připravila plán vyrovnaného

hospodaření, kterým chce financování podpořit. Kromě optimalizace souvisejících nákladů, tedy snižování spotřeby a ceny zdravotnického materiálu, chce nemocnice získat peníze z důsledně řízených investic. Uvažuje také o vytvoření peněžní rezervy, tedy kontokorentu, ve výši přibližně 100 milionů korun.

Náměstkyně hejtmana Zuzana Kocumová navíc upozornila, že pokles úhrad dopadá i na další zařízení kraje, například v Nemocnici Česká Lípa se předpokládá pokles úhrad mezi 30 a 40 miliony korun.

Irena Soukupová

Ředitelem Karlovarské krajské nemocnice (KKN) bude Petr Svoboda

Vítěz výběrového řízení docent Petr Svoboda, který do roku 2007 vedl Úrazovou nemocnici Brno, je dosud ředitelem Nemocnice Kyjov. Ačkoli chtěl kraj původně získat do čela KKN místního manažera, krajští radní 19. března schválili Svobodovo jmenování na návrh výběrové komise.

Petr Svoboda by se měl funkce po Ludku Nečesaném – který odchází ke konci března – ujmout v květnu.

Do KKN přichází nový ředitel v době, kdy se nemocnice v Karlových Varech a Chebu, jež pod ni spadají, musejí vyrovnat s dopady úhradové vyhlášky, která sníží příjmy nemocnic na 95% roku 2011. Náklady navíc zvedá loni dokončený pavilon akutní medicíny v Karlových Varech. KKN už oznámila, že kraj po-

žádá o provozní dotaci 80 milionů na překlenutí letošního roku.

Primáři se obávají

S obavami se na změnu ve vedení nemocnic dívají primáři. Ve svém prohlášení uvádějí, že se „managementu nemocnice podařilo za dobu svého působení definovat hlavní problémy nemocnice, nastavit ekonomické parametry, které tyto problémy řeší, a ve spolupráci se zaměstnanci posunout ne-

mocnici k lepším výsledkům v péči a hospodaření. Obáváme se, že příchodem nového vedení by mohlo novými neprofesionálními zásahy dojít k opětovnému ekonomickému a následně odbornému krachu nemocnice s následkem výrazné demotivace zaměstnanců, která povede k dalším odchodům odborníků. Tento fakt přinese neodvratně snížení kvality péče,“ uvádějí ve společném prohlášení primáři KKN.

(klu, ČTK)

Nemocnici Rudolfa a Stefanie Benešov povede Petr Hostek

Bývalý šéf střežského krajského úřadu a někdejší ředitel Národního bezpečnostního úřadu Petr Hostek se ujal funkce na základě rozhodnutí představenstva nemocnice.

Předchozí ředitel Michal Oščipovský koncem února na svou funkci rezignoval. Podle médií byl za jeho odchodem spor o nákup magnetické rezonance, který Oščipovský prosazoval.

49letého Hostka, který je předsedou sociálních demokratů v Benešově, oslovili hejtman Josef Ři-

hák a šéf krajského zdravotního výboru Stanislav Holobrada (oba ČSSD). Nový ředitel nechtěl podílit politické strany na svém jmenování hodnotit.

Petr Hostek je inženýrem ekonomie a bývalým policistou a vojákem z povolání, po odchodu z krajského úřadu byl šéfem kanceláře Aso-

ciace kraje ČR. Jeho angažmá v ní skončilo, zůstává pouze poradcem místopředsedy asociace a jihočeského hejtmána Jiřího Zimoly (ČSSD). Fakt, že není lékařem, se dle svých slov snaží nebrat jako handicap, hodlá uplatňovat manažerský přístup.

(klu, ČTK)

Oblastní nemocnice Kolín má dva náměstky pro ekonomii

Vedle stávajícího ekonomicko-technického náměstka Romana Uhlíka v Oblastní nemocnici v Kolíně působí i nová ekonomická náměstkyně Johana Novotná. Ta dříve pracovala na střežském krajském oddělení veřejných zakázek, informoval o tom server *iHNed.cz*.

Na post náměstkyně údajně nastoupila v polovině února. Podle ředitele nemocnice Petra Chudomela bude mít na starosti ekonomické řízení a zdravotní pojišťovny.

Agenda roste

Ředitel odůvodnil své rozhodnutí posílit tým manažerů nemocnice rostoucí agendou, se kterou se ekonomický úsek musí potýkat, a změnou struktury řízení

nemocnice. Ekonomický úsek je tak rozdělen na investičně-technickou a ekonomickou část. Petr Chudomel také uvedl, že se rozhodl mezi Novotnou a dalšími čtyřmi možnými kandidáty. Johana Novotná byla vybrána i přes to, že je její profesní kariéra spojena s bývalým hejtmánem Davidem Rathem. Ten je právě v souvislosti s krajskými tendry v současné době stíhán Policií ČR. (iso)

Nemocnice svaté Zdislavy je v soukromých rukou

Stoprocentní podíl v Nemocnici svaté Zdislavy v Mostišti získala firma Mediterra. Jde o páté zdravotnické zařízení ve správě této společnosti.

Kromě Mostiště firma zřizuje i nemocnice v Neratovicích, Tanvaldu a Sedlčanech. Je také provozovatelem Rehabilitační kliniky Malvazinky. Převzetím zdravotnického zařízení v Mostišti se společnost poprvé dostává svým působením i na Moravu.

Nemocnice svaté Zdislavy získala certifikát kvality SAK. Tým ne-

mocnice provádí řadu specializovaných výkonů, mezi něž patří například implantace Bridleyho neurostimulátoru (který pacientům s přerušením míchy umožňuje ovládnutí pánevních orgánů), dále miniinvazivní bandáže žaludku, náhrady velkých kloubů či roboticky prováděné operace prostaty, střeva a ledvin. (iso)

Půjde české zdravotního pojištění cestou komerčního pojištění diagnóz?

Do systému českého zdravotního pojištění stále více proniká nový trend komerčních připojištění. Doplňková pojištění konkrétních diagnóz nebo například nadstandardů nabízí nejen komerční subjekty, ale i zdravotní pojišťovny, jež s nimi uzavírají dohody. Zůstane na okraji zájmu?

Pojistit si zdraví pro případ závažné nemoci bylo ještě done dávna možné pouze v rámci tzv. životního pojištění. Nyní začínají české pojišťovny nabízet i produkty, prostřednictvím kterých se lze pojistit nejen na riziko závažného onemocnění obecně, ale i konkrétní diagnózy, jejichž léčbu často doprovází finanční a sociální zátěž.

První pojišťovny u nás nabízejí například možnost komerčního připojištění pro případ onemocnění rakovinou ženských orgánů. Vznikají ale i první produkty pojištěn speciálně pro muže.

Pojistit se proti rakovině? Jde to

Například produkt „For You“ jedné z komerčních pojišťoven se vztahuje k rakovinnému onemocnění prsu, vaječníků, vulvy, pochvy, hrdla i těla děložního, vejcovodů a trofoblastu. Diagnóza přitom musí být dokumentována pod konkrétním histopatologickým číselným kódem. Do pojistky

jsou zahrnuty rovněž zhoubné nádory typu sarkomu dělohy a maligní *cystosarcoma phylloides* prsu. Jiná pojišťovna v programu „Mysli na sebe“ pojišťuje proti různým typům mužské i ženské rakoviny. A poskytuje i možnost rodinného či manželského pojištění, do kterého mohou být – v případě diagnózy – zahrnuti i další členové rodiny.

Produkty pojištěn se různí, ale pojištěnec je zpravidla pojištěn na výplatu jednorázové částky, ke které jsou dle podmínek přičleněny další benefity. Jde například o několikatisícovou částku měsíčně, která je ovšem časově omezena. Část pojistky může být vyhrazena i na asistenční služby. Jeden z produktů se soustředí na pomoc ženě v období nemoci při péči o domácnost, o děti, při nakupech nebo pomáhá zajistit odvoz k lékaři.

MZ: Připojištění na rakovinu? Není třeba

Ministerstvo zdravotnictví ne-

považuje komerční připojištění v rámci zdravotního systému za nezbytné, ale neztrácuje jej. Například rakovina prsu, na kterou se konkrétní produkty vztahují, je nejčastějším nádorovým onemocněním českých žen. Ročně jich tuto diagnózu slyší od svého lékaře téměř 6 tisíc.

„Z pohledu systému veřejného zdravotního pojištění a jeho účastníků nepředstavují dle názoru ministerstva zdravotnictví tato komerční pojištění žádná rizika, jelikož se jedná o zcela odlišný právní institut,“ uvedla pro naši redakci mluvčí MZ Viktorie Plívová.

Připojištění pro nadstandardní zdravotnické služby ale zůstává z hlediska státu stále na soukromých pojišťovnách. „Pokud jde o takzvané nadstandardy, lze konstatovat, že v současné době se o nich v této oblasti zdravotních služeb, tedy onkologické péči, nijak neuvažuje. V daném směru ministerstvo považuje za prioritu především pravidelnou

preventivní péči,“ dodává mluvčí Plívová.

Zdravotní pojišťovny a komerční produkty

Na legislativně stanovené nadstandardy, k nimž patří například dražší sádra či novější možnost platby za výběr lékaře či primáře, se od počátku letošního února lze pojistit u Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra (ZPMV). Ta přišla v minulých dnech s novým produktem komerčního připojištění „Nadstandard 211“. Finanční partner zdravotní pojišťovny nabízí balíček hned čtyř pojištění krytí – pro případ operace, na ošetření u zubaře, nadstandardní sádra a náklady na přepravu. U operací například pojišťovna odškodní klienta jednorázovou částkou, kterou lze použít libovolně na úhradu nadstandardního pokoje, výběr konkrétního operátora, platbu regulačního poplatku, kompenzaci mzdy či pooperační léčbu včetně lázní, a to až do maximální vý-

še 100 tisíc korun. Možnost komerčního pojištění se neomezuje na klienty ZPMV, může jej využít kdokoli mezi 15 a 65 lety.

VZP: Komerčně jen výpadky příjmů

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) trend komerčního připojištění konkrétních onkologických diagnóz příliš komentovat nechce. „Jedná se o záležitost, která je na úplném začátku, zatím s ní nejsou téměř žádné zkušenosti, a je proto předčasné ji nějak hodnotit. VZP hraje standardní péči, komerční připojištění na konkrétní diagnózu je záležitost, která se týká výhradně komerčního pojištění, jež VZP ze zákona poskytovat nemůže,“ uvedl pro naši redakci ředitel oddělení korporátní komunikace VZP Jiří Rod. Také VZP ale se svým finančním partnerem komerční pojištění svým klientům nabízí. V balíčcích „Garance plus“ a „Garance max“ pojistí úhradu výpadku příjmů pro případ hospitalizace z důvodu nemoci, úrazu, těhotenství a porodu, s možností připojištění na dvojnásobek denní dávky v případě hospitalizace.

Irena Soukupová, Petra Klusáková

Smlouvy zdravotních pojišťoven by měly být věcí veřejnou

Kauza protonového centra znovu rozhýbala snahy Platformy zdravotních pojištěnců (PZP) o uzákonění práva občanů na informace o smlouvách zdravotních pojišťoven. Jen skrze vyšší transparentnost smluvních vztahů lze omezit korupci v této oblasti, míní platforma.

Platforma zdravotních pojištěnců uzavřela před několika měsíci s ministerstvem zdravotnictví dohodu o vzájemné podpoře při prosazování pravidel zveřejňování smluvních vztahů pojištěnec a stvrдила ji společným memorandumem. Kauza netransparentní smlouvy ohledně protonového centra z roku 2006, kvůli které dnes Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) svádí líté mediální boje se společností Proton Therapy Center Czech, podle PZP podtrhuje naléhavost legislativních úprav. „Platforma zdravotních

pojištěnců ČR (PZP) je znepokojena kauzou protonového centra, kterému má VZP údajně hradit miliardu korun ročně dle smlouvy uzavřené v roce 2006 nuceným správcem. Je potřeba zajistit, aby se v budoucnu nenakládalo s penězi občanů takto svévolně nebo aby alespoň byly všechny podobné problémy včas odhaleny a zabráněno se vzniku škod,“ vybízí právník PZP Ondřej Dostál.

Novela na stole

Změny k lepšímu je podle PZP možné dosáhnout pouze plnou

transparentností činnosti zdravotních pojišťoven, k čemuž má dopomoci nová právní úprava. „Připravili jsme vlastní novelu zákona, která stanoví jednoznačnou povinnost zdravotních pojišťoven zveřejňovat na žádost občanů veškeré smlouvy a informace o tom, jak nakládají se svěřenými prostředky. Cílem tohoto opatření je zabránit korupčnímu sjednávání smluv a obnovit důvěru v řízení pojišťoven, která je značně otřesená. Souběžně s tím usilujeme o získání informací o činnosti pojišťoven soudní cestou,“

Jaké změny přináší novela navržená PZP zdravotním pojišťovnám

- Zveřejnění smluv o poskytování a úhradě zdravotní péče, včetně jejich změn a dodatků, způsobem umožňujícím dálkový přístup. Platnost smluv, jejich změn a dodatků nastává zveřejněním.
- Povinnost poskytovat informace vztahující se k jejich působnosti. Na řízení o poskytování informací se použijí právní předpisy

o svobodném přístupu k informacím.

- Protože každá právní povinnost musí být vymahatelná, tedy obsahovat trest za porušení, stanoví se za odmítání zveřejnit informace stejná pokuta jako za nezajištění dostupnosti péče pro pojištěnce, tedy 10 milionů korun.

(Zdroj: Platforma zdravotních pojištěnců)

konstatuje PZP ve svém tiskovém prohlášení.

PZP dále poukazuje na podobnost nejzřetlivější kauzy protonového centra s aférou okolo IZIP. Všechny obdobné případy prý dokládají nevhodný způsob řízení zdravotních pojišťoven. „Kauza protonového centra odhaluje, že zdravotní pojišťovny jsou řízeny tak, jako by se jednalo o soukromé společnosti, které nejsou odpovědné

pojištěncům a mohou dle libosti uzavírat smlouvy či jinak nakládat s povinně vybranými prostředky. Tak tomu ovšem podle práva není,“ uzavírá PZP.

Novela zákona bude předložena poslanecké sněmovně ke schválení jako součást vládní novely zákona o regulaci reklamy a zákona o veřejném zdravotním pojištění. Platnosti by mohla nabýt již v tomto pololetí. (fkc)

PUBLIC RELATIONS

Klienti preferují pružné zajištění zdravotních služeb

„OZP chce lidem dát do rukou praktické a účinné nástroje, které jim zlepší dostupnost zdravotní péče a umožní její plnou kontrolu,“ říká v rozhovoru generální ředitel Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví a viceprezident Svazu zdravotních pojišťoven ČR Ing. Ladislav Friedrich, CSc.

Jak podle vás bude vypadat hospodaření pojišťovny v letošním roce?

OZP v roce 2012 splnila zdravotně pojistný plán. To je nejdůležitější ukazatel finančního zdraví pojišťovny a toto zdraví si chceme uchovat i v roce 2013. Nebude to jednoduché – ekonomická stagnace není zdaleka zažehnána a nastavení úhrad pro rok 2013 je složité pro plátce i poskytovatele služeb.

OZP však má nastaveny také své vnitřní mechanismy, které umožňují na tyto změny reagovat a plnit dvě nejdůležitější činnosti zdravotní pojišťovny: nasmalovat kvalitní péči a pak ji také uhradit. Naši klienti i naši smluvní partneři si mohou být jisti, že své závazky v obou těchto směrech bude OZP vždy plnit.

Plánujete v blízké budoucnosti představit nějaké nové produkty či programy pro pojištěnce?

Všechny pojišťovny nabízejí nějakou základní (možná by se dalo říci skoro povinnou) paletu preventivních programů. Zde OZP již dlouhá léta vede v nabídce screeningových vyšetření zaměřených na nádorová onemocnění a další civilizační choroby. V roce 2013 se pak chceme intenzivně zaměřit i na podporu boje proti závislosti na nikotinu.

OZP však chce lidem dát také praktické a účinné nástroje, kte-

ré jim zlepší dostupnost zdravotní péče a umožní její plnou kontrolu. Proto již tři roky funguje na území celé republiky Asistenční služba OZP, která podává informace z různých oblastí zdravotnictví, umožní konzultace se zdravotníkem nebo objednání do sítě smluvních partnerů z řad ambulantních specialistů. V této službě je již registrováno více než 80 tisíc klientů.

On-line aplikace Vitakarta pro počítače a její mobilní sestra mVita-karta pro chytré mobily zase lidem dává možnost zjistit, jaké prostředky OZP vynaložila na jejich zdravotní péči, zaznamenat výsledky vyšetření, naplánovat návštěvu lékaře a podobně. Od února 2013 jsou obě služby propojeny a klient má možnost využívat jak služeb call centra, tak webové či mobilní aplikace. Chceme tak nabídnout maximální komfort, který lidé znají třeba z komerčních pojišťoven a bank.

Jaký druh pojištění vaši klienti upřednostňují a jaký je zde procentuální rozdíl vzhledem k ostatním produktům?

Z různých průzkumů víme, že klienti hodně preferují pružné zajištění kvalitních zdravotních služeb. Nejsou ani proti placení nadstandardů a byli by ochotni se pro takové případy i připojistit. Současné nastavení takzvaných nadstandardů tomu bohužel dostatečný prostor nedává, i tak se

ale snažíme alespoň prostřednictvím naší pojišťovny Vitalitas nabídnout například pojištění hospitalizace, úrazové pojištění pro děti či program Lifestyle. Samozřejmostí je také cestovní pojištění spojené s pojištěním léčebných výloh v zahraničí, které je pořád ještě velmi užitečné nejen pro exotické země, ale i v Evropě.

Klienti se také často zajímají o kvalitu prostředí i kvalitu péče u našich poskytovatelů. Je to tedy jedno z důležitých hledisek, jež máme při rozšiřování nabídky a navazování nové spolupráce.

Jak se vyvíjí výběr pojistného v letošním roce ve srovnání s minulostí?

Před rokem 2008 se roční index růstu výběru pojistného pohyboval okolo 5 až 6 procent. V letech 2008 až 2012 to bylo v průměru už jen okolo 1,5 až 2 procent. A to je stále velmi málo. Uvědomme si, že celý tento nárůst pohltí inflace. Proto ani nelze hovořit o nějakém reálném růstu. A vyhlídky ve výběru na rok 2013 nejsou dobré, prognózy vlády a České národní banky o vývoji hospodářství pro tento rok nejsou příliš optimistické. Důvodová zpráva k úhradové vyhlášce dokonce počítá i s určitým poklesem české ekonomiky a první dva měsíce letošního roku tento odhad bohužel opravdu potvrzují. Proto ve výběru pojistného nelze očekávat nic dobrého. Navíc se opět zvýšila DPH, což lé-

kařskou péči a zejména léky jen dále prodraží. Jednáni zdravotnických zařízení a pojišťoven budou o to komplikovanější.

Jaký je váš názor na projekt elektronizace zdravotnictví připravovaný Ministerstvem zdravotnictví ČR?

Považujeme oblast elektronických komunikací za velmi perspektivní. Výrazně může zkvalitnit komunikaci mezi všemi účastníky systému, tedy mezi pojištěnci a pojišťovnou, pacientem a lékařem i mezi lékaři navzájem. Přes nešťastný pokus s IZIP u VZP, který zde vytvořil určitě kritické vnímání této oblasti, souhrnně nazývané eHealth, se elektronizace zdravotnictví bude nadále dynamicky vyvíjet.

Úvaha o informačním propojení pojišťoven, občanů a zdravotnických zařízení nejlépe pomocí nějakého přímého on-line kontaktu je naprosto správná. Podobně jako dnes lidem už nepříjde neobvyklé nakupovat a platit po internetu, bude stejně obvyklé komunikovat se zdravotnickými zařízeními a zdravotními pojišťovnami po internetu – ať již z počítače nebo prostřednictvím chytrých telefonů. Rychle narůstající zájem našich klientů, ale nyní už i lékařů o Vitakartu to dokládá.

Plánujete letos rozšířit počet svých poboček, nebo se bude-



Foto: archiv OZP

te více zaměřovat na on-line registrace?

OZP rází trend maximálního pohodlí pro klienty. Nikomu z nás se nechce stát fronty v pobočkách bank, a proto užíváme internet banking. Nikomu se nechce chodit na poštu, takže posíláme e-maily. I zdravotní pojišťovny musejí takové možnosti nabídnout.

Všechny důležité úkony lze v OZP vyřídit elektronicky. Ať už jde o přihlášku pojištěnce, změnu osobních údajů nebo registraci do Asistenční služby OZP. Podnikatelé mohou elektronicky podat přehled o příjmech a výdajích, požádat o potvrzení o bezdlužnosti. Zaměstnavatelé stále častěji zasílají své výkazy prostřednictvím on-line aplikace. A samozřejmě také nemocnice a lékaři posílají vyúčtování zdravotních služeb vesměs touto cestou.

Roste rovněž počet uživatelů on-line zdravotního deníku Vitakarta, který již přesáhl číslo 100 tisíc. Pobočky nebo call centrum jsou samozřejmě nezastupitelné. Mnohdy je třeba vyřídit komplikovanější případy, někteří lidé nepoužívají internet a chytré mobilní telefony, takže pobočková síť má svůj význam. Nicméně OZP chce stále více zkvalitňovat a rozšiřovat nabídku on-line služeb tak, aby návštěva pobočky nebyla nutná.

Nastartuje povinnost ePreskripce fungující systém?

V únoru byl přijat zákon, který zavádí povinnost ePreskripce. Návrh podala trojice poslanců Boris Šťastný, Jiří Skalický a Jiří Rusnok. Přijetí zákona podle nich bylo nutné, protože systém zatím fungoval na dobrovolné bázi, a proto nebyl ve větší míře využíván. Co si o tom však myslí ti, kterých se nová legislativa bude přímo dotýkat, a další aktéři českého zdravotnictví?

Elektronické recepty musí zůstat alternativou

MUDr. Milan Cabrnach
europoslanec



Elektronické recepty jsou často diskutovaným tématem. Právem, protože jsou jednou z jednodušších, lépe srozumitelných a proveditelných součástí elektronického zdravotnictví.

Snaha nařídít používání elektronických receptů zákonem je naivní a chybná, rozvoj elektronického zdravotnictví u nás zcela jistě poškodí. Podobných snah zavést něco povinně, protože si někteří myslí, že je to správné, jsme svědky každou chvíli: zakážeme kouření, zakážeme alkohol, rozdělíme potraviny na zdravé a nezdravé, prostě nařídíme lidem být zdraví. Často v jádru dobrá myšlenka (kouření je opravdu zdraví nebezpečné a elektronické recepty jsou opravdu prospěšné) naráží na absolutně nevhodné provedení. Lidé přece přestanou kouřit, když se k tomu rozhodnou, ne když jim to někdo nařídí. Lékaři, lékárníci i pacienti budou používat elektronické recepty, pokud to pro ně bude výhodné a bude jim to něco přinášet, ne proto, že jim to nařídí kdosi, kdo prý ví lépe než oni, co je pro ně dobré. Stejnou diskuzi procházíme kolem elektronických zdravotních knížek pacienta, i tam si někteří (stejní) sociální inženýři myslí, že správnou věc je lidem potřeba nařídít – ale to je na jinou diskusi. Elektronické recepty tedy musí dlouho – ne-li navždy – zůstat plnohodnotnou alternativou receptů papírových. Pokud budou jako služba pro své uživatele výhodnější, budou používány.

Motivace je účinnější než povinnost

Využívání elektronických receptů přináší mnoho výhod. Mezi nimi jsou jistě i ekonomické pří-

nosy. Elektronické recepty mohou omezit poškození pacientů nevhodnými přípravky a snížit plýtvání léky. To má bezprostřední dopad na výdaje, v našem případě zdravotních pojišťoven. Práce s elektronickými recepty současně šetří náklady lékáren, usnadňuje práci lékárníků a šetří jejich čas.

Pokud zdravotní pojišťovna ušetří díky tomu, že lékaři předepisují a pacienti využívají elektronické recepty, měla by se se svými pojištěnci a smluvními lékaři o úspory podělit. To by bylo jasnou motivací pro využívání elektronických receptů. Navrhují proto, aby Ministerstvo zdravotnictví ČR zařadilo do Seznamu zdravotních výkonů nový výkon „Vystavení elektronického receptu“ v hodnotě 10 Kč. Současně navrhuje novelu zákona, která sníží regulační poplatek za recept ze 30 na 20 Kč v případě eReceptu. Jsem si jist, že taková motivace podpoří využívání ePreskripce rychleji a účinněji než kontroverzní zákonná povinnost.

Recept (správně lékařský předpis) je vlastně poukazem na výdej léku v lékárně a současně na proplacení léku zdravotní pojišťovnou. Recept je jednoduchý. Najdeme na něm identifikační údaje pacienta (jméno, adresu, pojišťovnu), údaje předepisujícího lékaře (zdravotnické zařízení a jméno lékaře) a údaje o předepsaném léku – název, lékovou formu a sílu, dávkování a doporučení jak jej užívat. Zbývá jen datum a recept je hotov. Některé čtenáře může zarazit, že recept neobsahuje diagnózu pacienta – je to tak.

Každý známe papírový recept. Jaké jsou výhody receptu elektronického? Můžeme je rozdělit do několika rovin.

Administrativní úleva

První rovina je čistě administrativní. Elektronický recept je lépe čitelný (na rozdíl od často bizarního rukopisu lékařů). Neztratíme jej, nezapomeneme v tramvaji a nevypereme s košili. Elektro-

nický recept je obtížnější padělat (alespoň v představách nás, amatérů), lze jej snáze předat třetí osobě k vyzvednutí v lékárně – lze jej poslat jako SMS, e-mail a podobně. Zajímavá je možnost předat (on-line) elektronický recept lékárně, která vám potom zašle lék domů – podobně jako pizzu. Jednodušeji lze elektronický recept využít i pro opakované vydání stejného léku. Snadnější je rovněž předání receptu z lékárny pojišťovně k úhradě.

Podpora rozhodování

Další přínosy elektronického receptu vidíme v podpoře rozhodování předepisujícího lékaře, případně vydávajícího lékárníka. Při vytváření elektronického receptu může „počítač“ lékaři pomáhat doporučením vhodného léku či jeho alternativ, návrhem vhodného dávkování nebo velikosti balení tak, aby lék pacientovi vystačil na požadovanou dobu léčby. Software také může varovat lékaře před předepsáním nevhodné kombinace léků. Všechny tyto funkce může plnit (a někdy již plní) informační systém předepisujícího lékaře bez ohledu na to, zda na konci vytiskne klasický recept, nebo vytvoří recept elektronický. Není k tomu potřeba recept odesílat – žádné úložiště.

Výrazně větší přínos nastane, pokud má počítač předepisujícího lékaře přístup k informacím o lécích, které předepsali jiní lékaři. Může potom již během předepisování varovat lékaře před předepsáním již (jiným lékařem) předepsaných léků nebo nevhodných kombinací. Není žádným tajemstvím, že právě multiplicitní předepisování léků vede k velkému plýtvání. Současné předepisování nevhodných kombinací léků různými ošetřujícími lékaři může způsobit přímé poškození, či dokonce úmrtí pacienta.

Velkým přínosem pro rozhodování ošetřujícího lékaře (nejen při předepisování léku) je znalost lékové historie pacienta, tedy jaké léky mu kdy byly předepsány

lékaři, respektive vydány lékárnami. Zdravotní informace, ke kterým patří i informace o předepsaných lécích, jsou citlivými osobními údaji a podléhají přísné ochraně. Shromážďovat a zpracovávat tato data lze výhradně se souhlasem pacienta.

Propojení s klinickými informacemi

Další rovinou využití elektronického receptu je propojení informací o předepisovaných a vydávaných lécích s klinickými informacemi pacienta. Jsou to především výsledky klinických vyšetření a výsledky laboratorních a dalších testů. Lékař při předepisování léku pochopitelně zná diagnózu svého pacienta. Nelze však po něm žádat, aby měl v hlavě i jiné diagnózy, stanovené jinými lékaři (často o nich ani neví), nebo dokonce laboratorní výsledky (které často ani neindikoval).

V informačních systémech však lze nastavit nespočet vazeb, který předepisujícího lékaře upozorní na možná rizika. Pokud umožníme lékárníkovi, jenž lék vydává, přístup ke klinickým informacím, vezmeme jej takto zcela nově do týmu, který se podílí na péči o pacienta. Se znalostí nemocí pacienta, jeho laboratorních hodnot a podobně může lékárník se svými hlubokými znalostmi přispět ke kvalitnější a bezpečnější léčbě pacienta.

Posílení role pacienta

Dáme-li pacientovi možnost přístupu k informacím, jaké léky užívá, posílíme jeho postavení, podpoříme jeho aktivní přístup k léčbě, bude se na něm moci lépe podílet, rozhodovat a nést za něj svůj díl odpovědnosti. Pro pacienta je užitečné, když získá informace o léku, který užívá. Elektronizace umožní předat pacientovi informaci o správném způsobu užívání léku, včetně informací o případných nevhodných kombinacích (užívejte například, nepijte alkohol, nejezte kyselá...). Pokud dojde k přede-

psání, či dokonce vydání nevhodné kombinace léků, může systém pacienta varovat, aby je neužíval a vyhledal lékaře. V případě potřeby může systém pacienta také upozorňovat, aby lék užil, či varovat před tím, že mu léky brzy dojdou a je třeba zajistit si další balení.

Účinná farmakoterapie, věda, výzkum, řízení

Data shromážděná díky elektronickým receptům lze po jejich anonymizaci využít k mnoha prospěšným účelům. Lékaři díky nim mohou porovnávat, jaké léky předepisují oni ve srovnání se svými kolegy či odbornými doporučeními. Pojišťovny mohou identifikovat lékaře, kteří předepisují nevhodné nebo příliš nákladné léky, a podpořit změnu jejich chování.

Pro účely vědy lze zkoumat nejen to, které léky lékaři při určitých diagnózách předepisují, ale i jaké byly účinky jednotlivých léků na další vývoj zdravotního stavu osob (například kolik pacientů s diagnózou hypertenze zemřelo do 5 let při užívání léku A a kolik při užívání léku B). Anonymizovaná data z elektronických receptů lze pochopitelně využívat i při řízení zdravotnictví, plánování spotřeby léků či hodnocení veřejného zdraví.

Čtěme více

Aktuálně vedeme diskuse o elektronických receptech pouze jako o nástroji ke zjednodušení administrativy. To je nepřijatelně malá ambice, která nemůže ospravedlnit velké investice. Od elektronizace musíme chtít mnohem více. Musíme vyžadovat, aby pomáhala nalézt správná rozhodnutí, chránila nás před chybami a omyly, přinesla novou kvalitu zdravotní péče a zvýšila její bezpečnost. V případě elektronických receptů k tomu potřebujeme propojovat informace o lécích předepsaných různými lékaři a vydaných v různých lékárnách. Současně potřebujeme zpřístupnit jak lékařům, tak lékárníkům klinické informace pacientů. To lze výhradně s aktivním souhlasem pacienta.

Optimálním prostředím k tomu je elektronická zdravotní knížka, kterou dnes disponuje jedna čtvrtina občanů České republiky. ▶

Profesní likvidace lékařů-seniorů?

MUDr. Milan Kubek
prezident České lékařské komory



Poslanecká sněmovna 19. 2. 2013 přehlasovala senát a ministru Hegerovi (TOP 09) se tak ve spolupráci s poslanci Šťastným (ODS), Skalickým (TOP 09) a Rusnokem (LIDEM) podařilo uzákonit, že od 1. 1. 2015 bude s výjimkou mimořádných situací jediným způsobem předepisování léků elektronický recept vyžadující on-line internetové spojení s tzv. Centrálním úložištěm elektronických receptů. Tato změna přivádí do existenčního ohrožení cca 20 % lékařů, kteří v současnosti ordinují bez počítače nebo nemají přístup k bezpečnému internetovému připojení. Pokud se nám nepodaří vyunutit si změnu zákona, velká část lékařů a lékařek vyššího věku zřejmě bude muset skončit s provozováním svých praxí bez ohledu na to, že léčí dobře a pacienti mají o jejich službě zájem.

IZIP 2

Česká lékařská komora věnovala obrovské úsilí tomu, aby tento návrh, ohrožující lékaře, zastavila. Díky aktivitě členky představenstva ČLK senátorky Aleny Dernerové a člena vědecké rady ČLK profesora Jana Žaloudíka se nám podařilo zákon v senátu změnit. Doufali jsme, že rozklášená vládní koalice nedá dohromady 101 hlasů potřebných k přehlasování senátorů. Pan ministr Heger však byl přesvědčivější. Pro obrovský kšeft na úkor lékařů z zdravotnictví sice nehlasoval nikdo z poslanců ČSSD a KSČM, ale když se k hlasům všech poslanců TOP 09 přidaly hlasy ODS (Hegerův zákon ovšem nepodpořili například premiér Nečas nebo exprimátor Bém) a LIDEM, stačila zrada 8 poslanců Věcí veřejných, kteří návrh podpořili, ač se jinak tváří jako opozice, k zisku 101 a více hlasů k prosazení „IZIP 2“.

Pravděpodobnými motivy pro zavádění povinné elektronické preskripce jsou jednak snaha ospravedlnit dosavadní stamilionové výdaje na nevyužívaný systém elektronických receptů a na tzv. Centrální úložiště elektronických receptů a ve druhé řadě pak možnost obohacení se při realizaci dalších IT zakázek na stovky milionů korun spolufinancovaných z prostředků EU. V případě spu-

tění systém rovněž umožní zdravotním pojišťovnám plnou kontrolu nad lékaři, kteří budou smět předepisovat pouze léky, jež jim zdravotní pojišťovny ve svých pozitivních listech povolí.

Boj za vlastní kůži

V souvislosti se zaváděním povinné elektronické preskripce však zůstávají nezodpovězeny také další otázky: Kolik peněz bude tento systém stát státní rozpočet? Kolik zaplatí navíc systém veřejného zdravotního pojištění? Jak se zvýší náklady zdravotnických zařízení? Skutečnost, že systém elektronické preskripce v současnosti reálně nefunguje a že zdravotnická zařízení nemají o její využívání zájem, přece nemůže být považována za racionální zdůvodnění pro jeho povinné zavádění. Jde spíše o argument pro jeho zrušení. Ministr zdravotnictví se na jedné straně snaží nás lékaře tlačit k tomu, abychom omezovali oprávněné nároky svých pacientů, ale zároveň se nerozpakuje vyhodit stovky milionů za projekt, který nikdo nechce a jehož realizace lékařům přinese další finanční náklady, komplikace a ztrátu času.

Česká lékařská komora se pochopitelně i nadále bude snažit zabránit profesní likvidaci lékařů, kteří buď nepracují s počítačem, nebo nemají přístup k internetu. Právě tyto kolegové a kolegyně jsou ohrožení nejvíce. A pokud snad někteří praktičtí lékaři dosud váhali, zda mají důvod solidárně podpořit protesty svých kolegů, nyní již váhat nemusí. Pan ministr jim dal dostatečný důvod, aby i oni začali bojovat za svoji vlastní kůži.

Negativa jednoznačně převažují

MUDr. Roman Houska
člen výboru Sdružení praktických lékařů ČR

Schválení povinné elektronické preskripce považujeme za zcela chybné rozhodnutí našich zákonodárců. Před schválením jsme všechny poslance a následně i senátory o rizicích přijetí tohoto legislativního „přílepku“ varovali.

Prodloužení času a nedořešené otázky

Pozitiva pro poskytovatele zdravotní péče nevidíme prakticky žádná. Mohli bychom snad uvažovat o možnosti sdílení informace o aktuální preskripci našich pacientů ostatními lékaři. Jinak poslanci uváděné finanční

úspory nepovažujeme za prokazatelné (nikdy nám nebyly prezentovány žádné průkazné studie, množství padělků receptů, které případná ePreskripce omezí, také nepovažujeme za významné a zásadní, aby bylo argumentem pro elektronizaci.

Dle našeho názoru převažují jednoznačně negativa povinné preskripce. Obáváme se především zhoršení komfortu předepisování receptů pacientům, neboť tak, jak nařizuje zákon, i při bezchybně fungujícím internetovém připojení musí dojít k prodloužení času při vystavení receptu. Jelikož praktičtí lékaři denně předepisují desítky receptů, je pro nás jakákoli časová prodleva při vystavení receptu nepřijatelná. Pochopitelně ani není řešena otázka případného výpadku internetu, elektrické energie, jiné technické problémy či předpis receptu při návštěvní službě v domácím prostředí pacienta.

Příležitost pro „Velkého bratra“

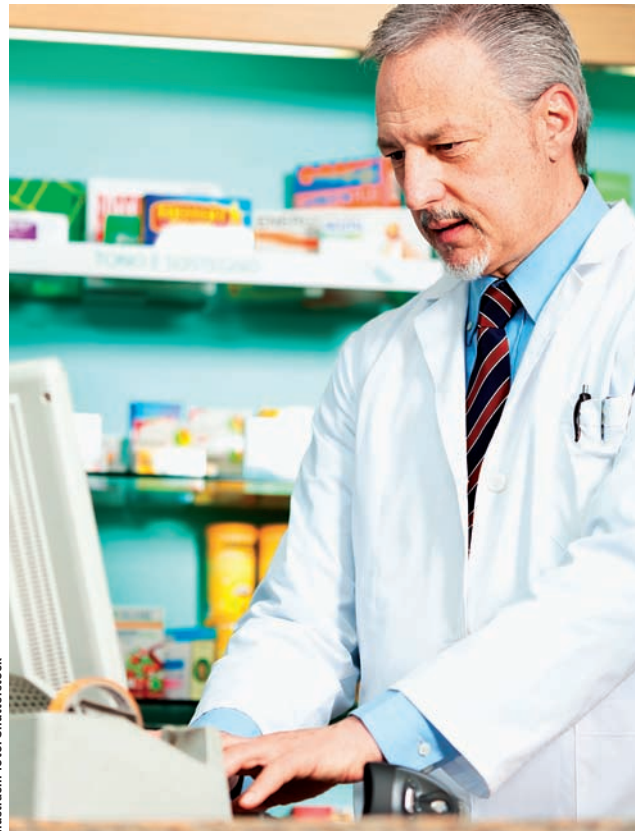
MUDr. Zorjan Jojko
předseda Sdružení ambulantních specialistů



Zkusenosť s funkcí elektronizace naší veřejné správy z posledních let myslím nejsou příliš pozitivní (registr vozidel, sKarta), a pokud by takto fungovala povinná elektronická preskripce, dojde dle našeho názoru téměř okamžitě k úplnému kolapsu poskytování naší péče.

V neposlední řadě je nutno upozornit, že stále nemalé množství lékařů ve své praxi nedisponuje počítačem, případně připojením k internetu. Jedná se pochopitelně spíše o starší kolegy, kteří ale i bez počítače či internetu poskytují svým pacientům velmi kvalitní a často nenahraditelnou péči. Tito kolegové by se možná pod vlivem platnosti zákona rozhodli ukončit svoji praxi a je u nás mnoho regionů, kde by se jen těžko hledala náhrada. Zjednodušeně řečeno: Pacienti budou mít podle zákona nárok na elektronický recept, avšak nebudou mít lékaře, který by jim tento recept vystavil.

Formulace v příslušném zákoně je velmi obecná, takže odhadovat, jak bude ePreskripce opravdu vypadat, je do jisté míry většinou ze skleněné koule. Zkusím



Ilustrační foto: Shutterstock

však hypoteticky zvážit možnost, že lékař bude muset být trvale napojen přes internet na jakési úložiště receptů, kam bude on-line posílat údaje a kam bude moci nahlédnout. Pacient nedostane klasický receptový formulář, ale buď papírek, nebo SMS s čárovým či jiným kódem.

Jediné dvě výhody

1. Pacient si možná nebude muset pro recept pokaždé dojet k lékaři, SMS se dá přeci poslat kamkoli. V takovém případě ale bude muset být v jeho dokumentaci speciální potvrzení, na který mobilní telefon je možné SMS poslat.

2. Lékař bude vědět, jestli třeba stejný lék nebyl pacientovi předepsán v nedávné době někde jinde, a také jaké jiné léky mu byly předepsány (nikoli, které užívá, to se dozví jen ústně a jen od pacienta, nejspíše bez užití PC, tj. bude to vědět i bez ePreskripce). Což jsou ale údaje, které dnes zdravotní pojišťovny (jediný článek systému, který může pacienta motivovat, aby léky doma zbytečně nehromadil) mají, jen s mírným zpožděním.

Tím veškeré – už tak trochu zpochybnitelné – výhody asi končí. Tedy odmyslíme-li některé selektivní, jako výdělek firem, které budou provozovat úložiště a prodávat příslušné počítačové vybavení, a nebudeme-li uvažovat, že stát jako „Velký bratr“ bude chtít do úložiště nahlížet a chování lékařů pak korigovat.

Hlavní nevýhody

Pro lékaře:

1. Výdaje ve formě nákupu modemu a provozu připojení, a to v době, kdy úhrady zdravotnickým zařízením klesají a i jiné náklady jdou nahoru.
2. Nutnost trvalého rychlého napojení na internet, ať má ordinaci, kde chce.
3. Pomalejší práce s pacientem v ordinaci.

Pro pacienta:

1. Delší čekací doby v čekárně, protože komunikace PC s úložištěm jistě zabere nějaký čas, tj. všichni se budou muset obrnit trpělivostí. A ještě větší, pokud něco v elektronickém řetězci přestane fungovat.
2. Horší orientace v obsahu receptu, tj. v samotném léku i počtu jeho balení. Je málo pravděpodobné, že by si většina pacientů pamatovala, co jim lékař řekl o typu a dávkování léku, než dojdou do lékárny, a z čárového kódu si těžko překontrolují, zda jim lékárník dává přesně to, co dostat mají, a ve správné dávce. A protože jistě i nadále bude fungovat generická substituce, lze se možná obávat i negativních zdravotních důsledků, které tato nepřehlednost vyvolá.

Pro lékárnku:

Totéž, co pro lékaře: výdaje za modem a trvalé napojení na úložiště, delší fronty. A to vše se plá-

nuje ve chvíli, kdy jsou kráceny úhrady zdravotnickým zařízením na samotnou zdravotní péči. Odborník se dívá, laik žasne.

Budou změny trvalé?

PharmDr. Lubomír Chudoba
předseda České lékárnické komory



Zákonem o léčivech vynucenou ePreskripci pokládám za nereálnou a pouhý převod papírového Rp do jeho elektronické podoby za nedostatečný vzhledem k výši investované částky ze strany SÚKL. Nutné je vybudovat slibovanou nadstavbu, tj. sdílení dat o aktuálně užívaných léčivých pacienta. Proto již v loňském roce Česká lékárnická komora předložila na MZ ČR svůj návrh, do dnešního dne však bez jakékoli odezvy.

Drtivá většina zdravotnických zařízení (u lékáren ze 100 %) si svou běžnou činnost již dnes nedovede představit bez nákladné výpočetní techniky a speciálního programového vybavení. A jednotlivá pracoviště si již nyní předávají a vyhodnocují vybraná zdravotnická data. Vše se vyvíjí postupně, „zdola“, s maximální snahou o úspěšné a bezpečné řešení a s vidinou výhod pro pacienty i zdravotnický personál. Současná ukvapená snaha státu bohužel ostře kontrastuje s „vyčkávací taktikou“ zdravotních

pojišťoven. Kde je potom záruka, že draze zaplacené změny nebudou jen dočasné?

Bouře ve sklenici vody

Mgr. Marek Hampel
předseda Grémia majitelů lékáren



Právě schválená a dnes již platná novela zákona o léčivech přináší řadu důležitých změn. Samotný fakt povinnosti předepisovat recepty lékáři výhradně elektronicky je ale pro provozovatele lékáren okrajovou záležitostí. Aktuální diskusí kolem této části novely považují za bouři ve sklenici vody. Ochrana osobních a citlivých údajů pacientů (tedy hlavní obava odpůrců elektronických receptů) je v zákoně již vyřešena od roku 2008. Svým důležitým šetřením ji posvětil Úřad pro ochranu osobních údajů (ÚOÚ) v polovině roku 2010, kdy ve svém rozhodnutí jasně deklaruje, že elektronický recept a Centrální úložiště elektronických receptů při SÚKL mají zákonné zmocnění právě v zákoně o léčivech, a nelze tedy tvrdit, že je tato praxe v rozporu, či dokonce mimo zákon o ochraně osobních údajů. Ano, musí být zabezpečena činnost centrálního úložiště proti zneužití citlivých a osobních údajů pacientů, například pro komerční účely či útoky hackerů.

Při nejlepší vůli si neumím představit, že by se lékař při předepisování léků elektronickou cestou neidentifikoval, nenapsal, pro kterého konkrétního pacienta je lék určen, a vydávající lékárník si při výdeji léků neověřil, komu je lék určen a jaké má dávkování. K jednoznačné identifikaci slouží zaručený elektronický podpis konkrétního lékaře či lékárníka. Svě k tomuto bodu již řekl také Ústavní soud ve svém Nálezu Pl. ÚS 1/12 ze dne 27. 11. 2012.

Papírový recept je anachronismus

Systém centrálního úložiště je otevřen pro napojení na základní registry v souladu s koncepcí eGovernment a je vlastně jedno, jestli údaje o identitě lékařů či lékárníků budou pod kuratelou stavovských komor, nebo centrálních státních registrů. Jsem pro jedno centrální úložiště elektronických receptů, a to z důvodu jednoduchosti v přístupu a komunikaci. Jen díky centralizaci lze plně využít všech výhod elektronického receptu. Ve všech evropských zemích, kde mají zavedeny elektronické recepty, je zřízeno centrální úložiště, a to pod národní lékovou agenturou, která je garantem kvality a bezpečnosti léčiv v dané zemi. Předepisování listinných receptů v současné době považují za určitý anachronismus. Stejně údaje z listinného receptu, které již jednou napsal a následně vytiskl lékař, musíme v současné době v lékárně znovu ručně přepisovat do počítače. Administrativní

náklady s tímto opětovným předepisováním stejných údajů, jako jsou číslo pojištěnce, příslušnost pacienta ke zdravotní pojišťovně či identifikace předepisujícího lékaře, neseme na svých bedrech my, provozovatelé lékáren. Ne každý recept je předepsán s aktuálními a platnými informacemi. Jaké jsou náklady spojené s ověřováním informací o pojištěncích a předepisujících lékařích? Velmi bych se přimlouval za to, aby jednoznačnou pravdivost údajů garantoval předepisující lékař.

Rozšíření nastavbových funkcí by bylo užitečné

Jen pouhý přechod na elektronické předepisování léků by přinesl úspory na straně lékáren v řádu stamilionů korun ročně. A to nemluvíme o hlavním přínosu, kterým je podle mě zajištění bezpečnosti předepisovaných a vydávaných léčiv a přesná evidence, jež musí umožnit okamžitou reakci na případné stahování konkrétní šarže léku z trhu, tedy z úrovně pacientů. Podle našich zkušeností je v současné zdravotnické praxi vystavení elektronického receptu a jeho vydání v lékárně plně funkční a pomalu nahrazuje listinnou formu receptu. Dnes již všechny zdravotní pojišťovny komunikují s centrálním úložištěm elektronických receptů a ověřují si správnost a úplnost fakturačních údajů z lékáren. Zcela nepochybně také ony ušetřily nemalé finanční částky za administrativu spojenou s vyúčtováním léků.

Provozovatelé lékáren si podobně jako lékaři umí představit daleko více možností například v nastavbových funkcích centrálního úložiště, ve sdílení informací mezi zdravotnickými pracovníky či přístupu lékárníka do lékové historie pacienta, samozřejmě s jeho souhlasem.

Za jednoznačný krok správným směrem tedy považuji zachovat funkční projekt elektronických receptů, rozšířit jeho nastavbové funkce a začlenit tuto fungující část do postupně připravované plně elektronizace zdravotnictví.

Cesta je správná, ale...

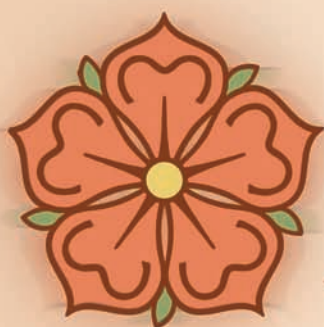
prof. MUDr. Miloš Janeček, CSc.
senátor Parlamentu ČR



Obecně si myslím, že elektronizace medicíny je správná cesta a že to bude cesta budoucnosti. V současnosti však naše zdravotnictví není nachystáno a mám obavu, že nebude ani za rok. Trochu to zase zavání příhrávkou pro IT firmy - zavalit lékaře povinností a vícenáklady na provoz nemocnic. Také není zodpovězená otázka centrálního úložiště a ochrany dat nemocných, která by se dala zneužít. Myslím, že nejprve by měla proběhnout široká diskuze nad projektem a teprve potom může být přijat zákon o povinné elektronické preskripci.

připravila Olga Martinová

Inzerce A131002306



*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:



Partnerské společnosti pro zdravotní vědy

Bloomberg neuspěl se zákazem slazených nápojů

Jediný den před vstupem v platnost rozhodl americký soud o nezákonnosti newyorského zákazu prodeje velkých balení slazených nápojů v restauracích, kinech a fastfoodových občerstveních.

Soudce označil tento zákaz za „svévolný a projev vrtošivosti“. Jeho iniciátor, newyorský starosta Michael Bloomberg tak znamenal citelnou porážku ve své snaze o zlepšení zdraví obyvatel města, v jejímž rámci se mu již podařilo dosáhnout zákazu kouření v restauracích, barech a parcích, zákazu používání transmastných kyselin v restauracích a nařízení, podle něhož musejí restaurační zařízení zveřejňovat u pokrmů jejich kalorickou hodnotu.

Problematické mezery

Michael Bloomberg neskrýval nad rozhodnutím soudu rozčarování. Uvedl, že rozsudek je „zcela pomýlený“, a přislíbil, že ve svém boji proti obezitě jako příčině řady dalších chorob bude pokračovat i nadále. „Pokždé, když přijmete nějaké přelomové opatření, objeví se nejrůznější zájmové skupiny, jež vás zažalují. To

je Amerika,“ prohlásil newyorský starosta.

Výrobci slazených nápojů a provozovatelé restauračních zařízení zamýšlený zákaz označili za nelegální přehmat zasahující do práv a svobod spotřebitelů. Soudce Milton Tingling však Bloombergově zákazu vytkl především skutečnost, že se nevztahuje na všechny provozovatele a navíc nepokrývá další nápoje s podobným obsahem cukru, například slazené mléčné koktejly. „Není možné zákaz uplatňovat pouze na některá zařízení ve městě nebo z něho vylučovat jiné nápoje, které obsahují prokazatelně větší množství cukru, a tedy i kalorií. Právě takovéto mezery v posuzovaném nařízení oslabují jeho samotné jádro,“ uvedl mimo jiné Milton Tingling.

Skutečný nepřítel – daně

Chris Gindlesperger, mluvčí Americké asociace výrobců ná-

pojů (ABA), jež soudní spor iniciovala jako zástupce společnosti Coca-Cola, PepsiCo, Dr Pepper Snapple a dalších, uvedl, že asociace rozsudek vítá, neboť znamená „úlevu pro Newyorčany a malé podniky působící ve městě“. Podobně reagoval i zástupce Národní asociace restaurací (NRA), podle něhož zásahem soudu uchrání restauratéry i dodavatele od výdajů navíc.

Konzultant potravinářského průmyslu z Bevmark Consulting Tom Pirko však varoval před přílišným optimismem firem a uvedl, že rozsudek se ve výsledku může obrátit proti nim, pokud vyústí v přesvědčení městských zastupitelstev, že jediným způsobem jak snížit spotřebu slazených nápojů je navýšení daní. „To, čeho se potravinářské společnosti vyrábějící nápoje obávají nejvíce, nejsou nařízení typu Bloombergova zákazu, jež se dájí lehce obejít a mají jen místní

působnost, ale daně,“ prohlásil Tom Pirko.

Obyvatelé New Yorku jsou v názoru na případný zákaz prodeje velkých slazených nápojů rozdělení – z průzkumu veřejného mínění provedeného loni v létě



Michael Bloomberg

vyplývalo, že s ním nesouhlasí 53% oslovených, naopak 42% by jej přivítalo.

(Zdroj: Reuters)

Květa Havlová

SRN: Pojišťovny hospodařily se ziskem

Hospodaření německých veřejnoprávních zdravotních pojišťoven v loňském roce skončilo celkovým ziskem ve výši přes 5 miliard eur.

Na „všeobecnou“ pojišťovnu AOK z tohoto výsledku připadá zisk ve výši téměř 2 miliardy eur. Protože se vláda netají svým úmyslem zkrátit státní příspěvky do fondu pro přerozdělování pojistného, vedení AOK zdůrazňuje, že 2–5 miliard není zase tak mnoho, takže by bylo lepší ponechat pojišťovnam určitý „finanční polštář“ a nebrat jim ho.

Z podrobnějšího přehledu vyplývá, že AOK se loni dařilo chovat se v porovnání s ostatními pojišťovnami hospodárněji. Zatímco ostatním pojišťovnám vzrostly výdaje na léky v průměru o 1,1%, u AOK to bylo jen o 0,5%. Také resortní ministr Daniel Bahr vyzdvihl jako úspěch dobré smlouvy uzavírané mezi svazem pojišťoven a dodavateli léků, kdy se pojišťovnám poda-

řilo dosáhnout rabatu kolem 2 miliard eur, a právě AOK je při těchto jednáních o úhradách léčiv značně aktivní.

Rovněž v úhradách za ambulantní péči, nemocnice, zubní protetiku či v oblasti vlastní péče se AOK jeví jako nejehospodárnější pojišťovna. Zatímco u ostatních pojišťoven došlo například k nárůstu nákladů na jejich vlastní režii o 2,6%, u AOK se jednalo jen o 0,6%. AOK přitom mezi svými pojištěnci má velké množství nemocnějších pacientů, vydává rovněž více například na oblast porodnictví nebo na nemocenské dávky. Ministr Bahr odůvodnil pozitivní výsledek v hospodaření s pojistným jednak příznivějším vývojem zaměstnanosti v SRN, jednak zkvalitněním předepisování léčiv. (vla)

Německo diskutuje o korupci lékařů

Diskuse o míře korupce v německém zdravotnictví vrcholí – už se do ní zapojily všechny parlamentní strany i další subjekty. Zemské lékařské komory však proti přísnějším opatřením v této oblasti sepisují petice.

Lékařskou komoru zvláště rozzlobilo úsilí svazu zdravotních pojišťoven, který se přes zákonodárce pokouší zpřísnit trestní zákoník. Na základě návrhu svazu by měl být zaveden speciální trestní postih, podle něhož by úplatný zdravotník mohl dostat trest odnětí svobody až na 3 roky.

List *Die Welt* ocitoval slova prezidenta spolkové komory Franka Ulricha Montgomeryho, který počínání svazu pojišťoven označil za populismus a snahu odvést pozornost od svých vlastních problémů. „Jen velmi málo lékařů je úplatných,“ tvrdí prezident Montgomery, „prezentovaná čísla jsou nejasná, spíše jde jen o domněnky a odhady.“ Frank Ulrich Montgomery preferuje, aby

komora dostala ve stanovských předpisech více pravomocí, jež by jí při vyšetřování a sankcích zajistily účinnější postup.

Rychlé pokrytí nákladů

Ministryně spravedlnosti Sabina Leutheusser-Schnarrenbergerová (FDP) však myšlenku zpřísnění trestního zákoníku bere vážně a vyzvala zdravotnické organizace, aby začaly „energicky využívat“ stávající stanovské předpisy, podle nichž mohou ukládat i vyšší pokuty nebo odejmout povolení k výkonu profese.

Křesťanství demokraté (CDU) připouštějí, že přesná čísla, nakolik se rozmohla úplatnost mezi lékaři a dalšími pracovníky ve zdravotnictví, je skutečně těžké

ověřit. Nicméně i podle této politické strany není nic výjimečného, když se například nový vlastník praxe pokouší rychle pokrýt své náklady tím, že se s dalšími profesními pracovníky dohodne na „zvýšeném posílání pacientů“ za úplaty.

„Víme, že malá skupina lékařů je zapojena do korupce. Dnes jsou – při určitém druhu přečinů – beztrestní, ale tak to nemůže zůstat. Nebudeme banánovou republikou, vláda musí společnost ochránit,“ uvedl mluvčí opoziční sociální demokracie (SPD) Karl Lauterbach. Příklady podezření, kde konkrétně se projevuje úplatnost ve zdravotnictví, se dotýkají například ortopedie a zubní techniky. (vla)

Vladimír Bošková

Bez přesčasů i krácení mezd

Rakouský odborový svaz prosazuje zkrácení týdenních pracovních úvazků nemocničních lékařů.

Jak informoval prezident svazu Erich Foglar, nemocniční lékaři by se měli dočkat v zásadě jen 40hodinové pracovní doby, přičemž individuálně by se zvažovala maximální hranice jejího překročení. Iniciativu svazu podporuje mimo jiné vídeňská lékařská komora. Její viceprezident Hermann Leitner uvádí, že není žádnou vzácností, když lékaři ve vídeňských nemocnicích týdně odpracují až 97 hodin. „Pacienti ale přece mají právo být léčeni dostatečně odpočínutými

lékaři,“ argumentuje viceprezident Leitner.

Pracovní podmínky lékařů se odvíjejí od zákona o pracovní době v nemocnicích z roku 1997, avšak i kontrolní úřad města Vídeň si ověřil, že v praxi nejsou předpisy vždy plně dodržovány. Jak odbory, tak komora nyní tedy podporují zkrácení pracovní zátěže, bez neúnosných přesčasů, avšak nová úprava pracovních podmínek by podle nich rozhodně neměla snížit lékařské mzdy. (vla)

Lékaře-cizince čekají v Británii přísnější jazykové testy

Zahraníční lékaři, kteří budou chtít pracovat v zařízeních britské Národní zdravotní služby (NHS), budou muset od dubna letošního roku prokázat potřebnou znalost angličtiny.

Britské úřady o podobném opatření začaly jednat po skandálu, kdy německý lékař Daniel Urbani podal v roce 2008 pacientovi fatální dávku diamorfinu 10x přesahující doporučené množství. Podle tamních médií dr. Urbani nejprve zkoušel žádat o práci v nemocnici v Leedsu, kde byl od-

mítnut právě kvůli nedostatečné znalosti angličtiny, později však byl přijat do zdravotnického zařízení v Cambridgeshire.

Více pravomocí pro GMC

Aby se podobné případy neopakovaly, schválila britská vláda nařízení, podle něhož zahraniční lé-

kaři od letošního dubna budou muset projít přísnými jazykovými testy. Navíc bude zaveden národní seznam lékařů, aby se zabránilo praxi, kdy cizince odmítne zaměstnavatel v jednom regionu, ale jinde je přijat. „Pokud máme pacientům zajistit tu nejlepší péči, musíme jim garan-

tovat, že jim jejich lékař bude rozumět a oni budou rozumět jemu,“ zdůvodnil rozhodnutí vlády státní podtajemník pro zdravotní služby Dan Poulter.

Probíhá rovněž debata o rozšíření pravomocí General Medical Council (GMC) – zvažuje se změna zákona, jež by této obdobě lékařské komory přisuzovala právo přísněji testovat komunikační schopnosti lékařů přicházejících do Velké Británie ze zemí Evropské unie (dosud tak může činit

jen u zdravotníků ze států mimo EU). „Pokud lékařova angličtina neodpovídá standardům našeho zdravotnictví, pak je nutné, aby GMC v rámci ochrany pacientů mohla takovému zdravotníkovi znemožnit vykonávat v zemi praxi,“ uvedl výkonný ředitel GMC Niall Dickson. „Usilovně jsme pracovali na tom, abychom mezeru v legislativě vyplnili, a jsme opravdu rádi, že náš požadavek vláda schválila,“ dodal.

(Zdroj: BBC)

(kha)

Dostupnější smrt více vábí?

Švýcarský statistický úřad zveřejnil některá zajímavá data týkající se sebevražd v této zemi tolerované asistované sebevraždy za posledních 10–12 let.

Zatímco sebevraždnost u Švýců klesá, asistovaná sebevražda, kterou se díky přání voličů vyjádřenému v referendu vládě nepodařilo zakázat, má naopak stále více příznivců.

U sebevražd se ve více než polovině případů projevují duševní problémy (deprese apod.), v dalších případech bývá přítomno i tělesné onemocnění. Naopak u asistované sebevraždy jsou známky deprese a dalších duševních onemocnění hlášeny jen u 3 % zemřelých – převážují onkologická onemocnění, dále neurodegenerativní a kardiovaskulární nemoci.

K sebevraždě se rozhodnou převážně mladší lidé, nejvíce ve vě-

ku 40–50 let, naopak k asistované sebevraždě sahají nejčastěji starší osoby, a to ve věku 75–84 let.

Vede Belgie

Největší podíl zemřelých v důsledku asistované sebevraždy má v rámci celého Švýcarska Curych, kde je snadno dostupná pomoc organizací Exit (ta údajně přijímá jen Švýcary) a Dignitas, jež se nezdráhá poskytnout své služby i cizincům.

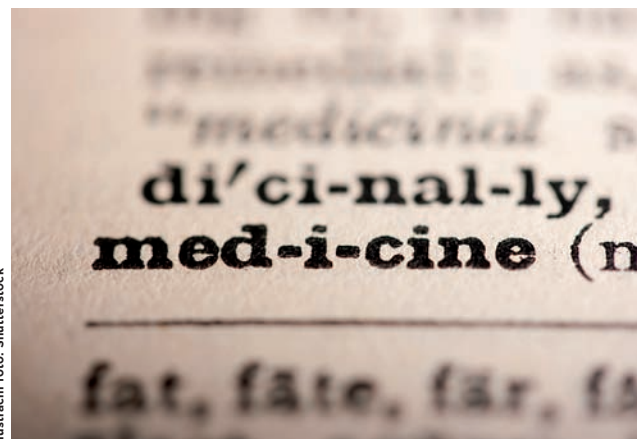
Za poslední desetiletí prostřednictvím asistované sebevraždy zemřelo 700 osob s bydlištěm v Curychu. Statistický úřad uvádí, že na tisíc úmrtí připadá ve Švýcarsku 4,8 případu asistované

sebevraždy. Podle jeho informací je tento podíl ještě vyšší v Belgii, kde jde o 7,9 případu asistované sebevraždy a eutanazie. Nizozemsko poskytlo překvapivě nižší číslo – 2,3 případu asistované sebevraždy či eutanazie na tisíc úmrtí.

Statistický úřad podobně jako další subjekty ovšem připomíná, že ač existuje povinnost hlásit případy „nepřirozené smrti“, ne vždy se tak děje, takže nejsou k dispozici zcela spolehlivé údaje. Ve Švýcarsku stále platí pravidlo, podle něhož při asistované sebevraždě nesmí být aktivním účastníkem lékař a eutanazie je zakázána.

(vla)

ilustrační foto: Shutterstock



Vláda podpoří rodinné lékaře

Švýcarská vláda proklamuje zlepšení postavení rodinného lékařství. Některými opatřeními chce podpořit výuku a doškolování na úrovni univerzit, aby tato profese více lákala nové zájemce. Rodinní lékaři již činní v praxi se pak zřej-

mě dočkají nové úpravy sazebníku výkonů se speciálními položkami pro praktiky. Další opatření vlády patrně navýší úhradu laboratorních výkonů, které se vztáží k činnosti ordinací rodinných lékařů.

(vla)

Krátce ze světa

• **Francouzská** ministryně zdravotnictví a sociální péče Marisol Touraineová oznámila, že s platností od 31. března tohoto roku budou mít všechny francouzské dívky ve věku 15–18 let nárok na antikoncepci zdarma a bezplatné přerušení těhotenství. Vyplní se tím předvolební sliby prezidenta Françoise Hollanda. Státní rozpočet tato opatření přijdou podle odhadů na 13,5 milionu eur ročně. Dosud francouzské zdravotní pojišťovny propílačely dívkám 65 % ceny antikoncepčních přípravků.

• **Newyorský** starosta Michael Bloomberg připravil další kampaň

na zlepšení zdraví obyvatel města – po zákazu prodeje velkých balení slazených nápojů, kouření a boji proti tučným a slaným pokrmům se hodlá zaměřit na varování před škodlivými účinky hlasité hudby poslouchané ze sluchátek. Některé přehrávače totiž reprodukují hudbu o hlasitosti až 115 decibelů, bezpečná hranice je 85 decibelů. Starosta Bloomberg se opírá o statistiky odborníků, podle nichž hlasitá hudba poškozuje sluch každému osmému americkému dítěti a každému šestému dospělému. Mezi lety 1988 a 2006 stoupl v USA výskyt onemocnění sluchu o 30 %. Newyorská kampaň by měla stát 250 tisíc dolarů.

• Úřady v **Budapešti** zaznamenaly od počátku roku 9x vyšší počet případů hepatitidy A oproti stejnému období roku 2012. Zatímco loni se v maďarském hlavním městě léčilo celkově 182 pacientů s tímto onemocněním, jen za letošní leden zdravotnická zařízení ošetřila 50 nových nemocných. Podle epidemiologického centra tvoří většinu nakažených mužů.

• Nejméně 51 lidí zemřelo v **Libyi** po požití pančovaného alkoholu, více než 300 se nápoji obsahujícími methanol přiotrávilo. Mezi mrtvými jsou kromě Libyjců i Alžírčané a Tunisané. Černý trh s alkoholem

je v zemi rozsáhlý vzhledem k tomu, že jsou zde jeho výroba i prodej zakázány (stejně jako v ostatních muslimských zemích). Pašování nelegálního alkoholu nyní usnadňuje situace na hranicích Libye, jež od pádu Muammara Kaddáfího nejsou dostatečně zabezpečeny.

• 29 státních zaměstnanců ve zdravotnictví bylo v **Sierra Leone** obviněno ze zpronevěry 1 milionu dolarů určeného na očkovací kampaň, jež zemi prostřednictvím mezinárodní organizace GAVI Alliance poskytla Nadace Billa a Melindy Gatesových. GAVI Alliance již loni zmrazila 6 milionů určených pro Sierra Leo-

ne, když bylo rozsáhlým auditem zjištěno, že z fondu pro očkování zmizelo více než milion dolarů. Prezident země v souvislosti se skandálem odvolal 10 úředníků ministerstva zdravotnictví.

• **Světová zdravotnická organizace (WHO)** potvrdila 15. případ infekce tzv. SARS-like virem. 39letý pacient ze Saúdské Arábie novému koronaviru (NCov) podlehl na počátku března a stal se tak devátou potvrzenou obětí onemocnění. WHO poprvé před novým virem varovala v září loňského roku.

(Zdroje: ČTK, Reuters)

(kha)

TÉMA ČÍSLA

Přítomnost léků v životním prostředí není marginální

Lékárny se zapojily do projektu, který má zvýšit návratnost obalů od respiračních inhalátorů a jejich následnou recyklaci. Dosud se jich vrací jen čtvrtina, ostatní končí i se zbytkem léčivého obsahu na skládkách. Nejde ale jen o lékové obaly. Jaké jsou vlastně dopady léků na životní prostředí?



Ilustrační foto: Shutterstock

Projekt „Vdechněte inhalátorům nový život“ spustila ve spolupráci s Českou lékárnickou komorou farmaceutická firma GlaxoSmith-Kline (GSK), která chce poukázat na fakt, že správné zacházení se zbytky léků je pro mnoho jejich uživatelů stále „španělskou vesnicí“. Podle průzkumu agentury STEM/MARK pacienti zmiňované obaly od inhalátorů nevracejí do lékáren proto, že o takové možnosti nevědí (58%) nebo věří, že obaly neobsahují škodlivé látky (33%). „Dle průzkumu by ale více než 80 procent respondentů recyklaci použitých inhalátorů uvítalo.

Proto jsme se do tohoto projektu zapojili. Lékárníci budou pacienty o možnostech zpětného odběru informovat přímo při vyzvednutí léků. Zapojí se také do monitorování počtu vrácených inhalátorů, které bude probíhat po dobu minimálně šesti měsíců,“ uvedl prezident České lékárnické komory Lubomír Chudoba. Do projektu se zapojilo 233 lékáren.

Do odpadkového koše ne Choroby dýchacího ústrojí, jako jsou astma nebo chronická obstrukční plicní nemoc (CHOPN), patří v České republice k vůbec

nejčastějším. Dle statistik jimi trpí až 2 miliony Čechů, řada z nich respirační inhalátor používá. Po jejich spotřebování nebo uplynutí lhůty použitelnosti je však do lékáren pravidelně vrací pouze čtvrtina pacientů. Více než dvě třetiny je většinou hází do běžného směsného odpadu. „Rádi bychom tento trend změnil, proto projekt spouštíme. Bude zahájen kampaní, jejímž cílem je především zvýšení počtu inhalátorů vrácených do lékáren a snížení množství odpadu, který představují, pokud končí v odpadkovém koši,“ uvedla generální ředitelka společnosti GSK PharmDr. Monika Horníková.

Kvůli zbytku léčiva a aerosolovým náplním, jež obsahují, mohou obaly od inhalátorů znamenat výrazné nebezpečí znečištění krajiny a zanechat tak významnou uhlíkovou stopu. Za dobu rozkladu (odhadem za sto let) 135 tun inhalátorů, pokud by skončily na skládkách, jde o více než 19 tisíc tun CO₂-ekv. Tato hodnota představuje ekvivalent oteplování země, ke kterému by došlo při uvolnění 19 tisíc tun CO₂ do atmosféry. „Zpětný odběr obalů výrobků nejen chrání životní prostředí, ale také přispívá k dalšímu využití surovin, jež by jinak skončily na skládkách. Inhalátory jsou navíc problematické tím, že mohou obsahovat zbytky účinných látek. I takovou drobností, jako je vrácení použitého inhalátoru do lékárny, může každý přispět k ochraně prostředí, ve kterém žije,“ poznamenal Ing. Milan Havel z ekologického sdružení Amika.

Benefit léků nad rizikem pro životní prostředí

„Vědci bádající v problematice životního prostředí dnes již prokazatelně vědí, že řada humánních i veterinárních léčiv představuje významnou zátěž prostředí. Rozhodně nejde o marginální problém. Léčiva takto sice přímo nezabíjí, ale působí po dlouhou dobu v prostředí, což se v běžných laboratorních studiích vůbec neukáže,“ říká ekotoxikolog doc. RNDr. Luděk Bláha, Ph.D., z Centra pro výzkum toxických lá-

tek v prostředí PF MU (RECETOX) s tím, že léky neovlivňují pouze volně žijící organismy (např. ryby a bezobratlé ve vodách či bezobratlé v půdě), ale zpětně také člověka, protože rezidua některých léků jsou nacházena i v upravené pitné vodě.

„Regulační orgány (v Evropě EMA v Londýně) si tato rizika uvědomují. Jedním z aktivních kroků je, že u nově registrovaných humánních i veterinárních přípravků se vyžaduje, aby součástí registrace bylo hodnocení vlivu na životní prostředí. Dopusud se však nestalo, že by některé léčivo nebylo povoleno, a to ani v případech, kdy jsou jeho rizika pro prostředí extrémní. V praxi tedy zatím vždy zvítězil benefit léčiva nad environmentálním rizikem,“ dodává docent Bláha.

Negativní působení prokázáno

Kromě nevyužitých léků z domácího odpadu, které mohou končit na skládkách a odcházet do povrchových i podpovrchových vod, vstupují v Evropě léky do vody především z těla pacienta, a to močí a výkaly. „U humánních léků se v horším případě dostávají přímo do nečištěné odpadní vody (třeba v menších vesnicích), v lepším případě pak přes čistírny odpadních vod. Ty sice určité procento těchto mikropolutantů zachytí, ale jde jen o část a čističky jsou tak paradoxně dosti významným zdrojem znečištění. Kromě (částečně) vyčištěné vody z nich totiž každý měsíc odchází velký objem zbytkového čistírenského kalu, který také obsahuje zbytky léčiva a je často využíván jako hnojivo polí,“ vysvětluje Luděk Bláha. Za nejproblematictější považuje léčiva, kterých se používá nejvíce, například nesteroidní protizánětlivé léky (paracetamol, ibuprofen). Ibuprofen je pravidelně detekován nejen v odpadních vodách, ale i přímo v řekách, a ekotoxikolog dokonce zmiňuje práce, které lék prokázaly ve „dvakrát čištěné“ pitné vodě.

V půdě i vodě vědci často nacházejí také léky, které jsou v prostředí perzistentní a nelze je účinně od-

stranit v čističkách nebo činností mikroorganismů v půdě. Patří sem například sulfonamidová antibiotika či karbamazepin. „Dalším úhlem pohledu je prokázané negativní (toxické) působení v prostředí. Za prvé jde o látky, které účinkují ve velmi nízkých dávkách/koncentracích. Zde jsou bezkonkurenčně největším problémem různé steroidy. Většina působí jako hormonální regulátory, a jsou tedy efektivní i v extrémně nízkých koncentracích, tedy stačí jich málo, a přitom škodí. Syntetický estrogen ethinylestradiol je tady jednoznačně číslem jedna. Je prokázáno, že jeho přítomnost ve vodách devastuje populace ryb, které se jeho účinkem nerozmnožují. V Evropě se pro tuto látku ve vodě uvažuje o nastavení limitů, které by ji *de facto* zakázaly,“ uvádí docent Bláha.

Multirezistentní koktejly

Kromě humánních léků jsou velkým problémem například veterinární antihelmintika (jako ivermectin či doramectin), která nejprve ve vyloučených výkalech v půdě devastují populace hmyzu. Bylo prokázáno, že se sekundárně projevuje také ubýváním netopýrů, kteří nemají potravu,“ upozorňuje ekotoxikolog. Dále poukazuje na problematiku antibiotik. U mikroorganismů v prostředí se objevují geny multirezistentní vůči různým skupinám antibiotik. „Tyto bakteriální kmeny jednoznačně vyseletoval kontinuální a dlouhodobý tlak antibiotik, která byla přítomna v odpadních vodách. Velkým problémem je následně putování těchto ‚nových‘ genů z přírodních bakterií do patogenních. Geny jsou často vázány na plasmidy, které si bakterie snadno a účinně vyměňují. To je jednou z příčin, proč různá antibiotika přestávají být účinná v terapeutické praxi,“ popisuje biolog rizika léků v životním prostředí. „Všechny nám známé chemikálie se vyskytují a velmi pravděpodobně spolupůsobí ve složitých směsích a koktejlech, a to nejen v rámci ‚směsí léčiv‘, ale i kombinovaných směsí: léčiva + průmyslové chemikálie + pesticidy + kovy a další látky. V této oblasti však vědci i regulátoři tápou nejvíce. Víme o problému, ale zatím nevíme jak na něj,“ uzavírá docent Bláha.

Petra Klusáková

EP chce více ochrany před endokrinními disruptory

Evropský parlament schválil zprávu předloženou švédskou europoslankyní Asou Westlundovou, v níž vyzývá Evropskou komisi k prosazení regulace, která by lépe ochránila obyvatele členských zemí před účinky endokrinních disruptorů.

Negativní účinky disruptorů vyskytujících se v životním prostředí byly dokázány mnoha studii – některé z nich mohou způsobovat poruchy reprodukce u živočichů, či dokonce měnit jejich pohlaví. Podle MUDr. Miroslava Šuty z Centra pro životní prostředí a zdraví se objevují rovněž výzkumy poukazující na možnou spojitost endokrinních disruptorů se vznikem některých onemocnění, například snižující se kvalita spermií, ale i nádoru prsu či prostaty.

V některých zemích jsou tyto látky již regulovány – například Dán-

sko, Belgie či Francie zakázaly bisfenol A ve výrobcích, jež přicházejí do styku s potravinami pro děti (Francie se od roku 2015 chystá tento zákaz rozšířit i na produkty pro dospělé). Dánsko navíc oznámilo omezení 4 ftalátů, jejichž použití by mělo být zakázáno ve sportovním zboží. Evropský parlament vyzval k přijetí opatření na úrovni EU, poslanci požadují, aby byla problematika endokrinních disruptorů vyřešena do června 2015.

(Zdroj: Centrum pro životní prostředí a zdraví) (red)

Richter a Orion mají smlouvu o spolupráci

Společnosti Gedeon Richter Plc. a Orion Corporation uzavřely smlouvu o komplexní a dlouhodobé spolupráci při výzkumu a vývoji nových chemických látek používaných při léčbě kognitivních poruch.

Partnerství uzavřené na základě této smlouvy dává oběma společnostem možnost vybrat společně tři potenciální léčiva ve fázi objevu a rovným dílem hradit náklady související s vývojem.

„Mám velkou radost ze spolupráce s firmou Orion, jež posílí výzkum realizovaný oběma společnostmi na poli centrální nervové soustavy a zároveň přinese úsporu času a nákladů. Velice si vážíme profesionality pracovníků Orionu, jež obohatí naše stá-
vající znalosti a zkušenosti a přinese prospěch oběma stranám. Budeme se těšit na práci s týmem Orionu a na společný vývoj nových léčebných metod, abychom se mohli přiblížit dosud nenaplněným potřebám pacientů a lékařů,“ uvedl ředitel výzkumu společnosti Richter dr. Zsolt Szombathelyi.

Podobně smlouvu komentoval i hlavní viceprezident výzkumu a vývoje společnosti Orion dr. Reijo Salonen: „Alzheimerova

choroba a další neuropsychiatrické nemoci s kognitivním deficitem mají pro takto postižené lidi ničivé následky a pracovníci společnosti Orion jsou silně motivováni vyvíjet pro tyto pacienty nové léčebné možnosti. Základním pilířem našeho výzkumného a vývojového modelu je vyhledávání příležitostí pro spolupráci, při níž by bylo možné využít silných stránek obou organizací, a ve společnosti Richter jsme objevili vědeckou způsobilost a or-



ilustrační foto: Shutterstock

ganizační kulturu, jež jsou velkým předpokladem úspěšného partnerství. Tato spolupráce zvyšuje pravděpodobnost úspěchu ve

vývoji terapeutických prostředků pro tuto náročnou oblast. Kolegové z obou společností se těší na budoucí společnou práci.“ (akt)

Interpol spolupracuje s farmaprůmyslem

Mezinárodní policejní organizace Interpol oznámila dohodu s farmaceutickým průmyslem o boji s padělanými léčivy.

V příštích letech na základě této dohody 29 největších světových farmaceutických společností poskytnou Interpolu finanční prostředky ve výši 4,5 milionu euro. „Pro boj s hrozbou, již padělané léky představují, je nutné celosvětově úsilí,“ píše se ve vyjádření policejní organizace, podle jejichž údajů tyto padělky ohrožují miliony lidí denně.

Mistry až 50 % padělky

„Odhaduje se, že 10 procent všech léků jsou padělky, a tyto statisti-

ky se mohou v některých chudších zemích vyšplhat až na 50 procent,“ potvrzuje výkonný ředitel francouzské společnosti Sanofi Christopher Viehbach.

Peníze od farmaceutických firem podpoří především nový program, který má posílit Interpol ve vyšetřování padělatelského průmyslu v této oblasti, část finančních prostředků bude použita na informační kampaně zaměřené na laickou veřejnost. Ředitelka programu, jenž se v rámci Interpolu zaměřu-

je právě na kriminalitu ve farmaceutickém sektoru, Aline Planconová uvedla, že získané peníze budou použity hlavně na podporu vyšetřování v zemích nejvíce se potýkajících s padělanými léky a také na rozkrývání nelegálních sítí prodávajících tato léčiva.

Jeden z nejzávažnějších případů se odehrál v loňském roce v Pákistánu, kde po podání padělaného léku zemřelo více než sto kardiologických pacientů. Světová zdravotnická organizace (WHO) odhaduje, že padělaných je více než 50 % léků nabízených na internetu.

(Zdroj: BBC)

(kha)

Oznámení a upozornění SÚKL

Státní ústav pro kontrolu léčiv na základě § 98 odst. 1 a § 99 odst. 1 písm. a) zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů, informuje, že:

- Na základě opatření držitele rozhodnutí o registraci, společnosti Janssen-Cilag, s. r. o., Praha, se z úrovně zdravotnických zařízení stahuje léčivý přípravek **Pramino 28**, por. tbl. nob. (číslo šarže: CCSK000) a **Pramino**, por. tbl. nob., 1x 21 tbl. (číslo šarže: CBSK000) a 3x 21 tbl. (číslo šarže: CBSK000).
Léčivý přípravek se stahuje z důvodu závady v jakosti – nesoulad

s registrační dokumentací (chybějící informační brožura). Dostupnost léčivého přípravku na trhu v ČR není výše uvedeným opatřením dotčena, dostupné jsou jiné šarže přípravku.

- Na základě opatření držitele rozhodnutí o registraci, společnosti Zentiva, k. s., Praha, se z úrovně zdravotnických zařízení stahuje léčivý přípravek **Paralen Grip horký nápoj**, por. gra. sus. 12 (číslo šarže: 0411112).
Léčivý přípravek se stahuje z důvodu prověření možné závady v jakosti – některá balení předemětné šarže nemají na vnějším obalu uvedenu dobu použitelnosti a číslo šarže.

Státní ústav pro kontrolu léčiv, na základě § 99 odst. 1 písm. b) zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů informuje, že:

- Na základě opatření držitele rozhodnutí o registraci, společnosti sanofi-aventis, s. r. o., se z úrovně zdravotnických zařízení stahují léčivé přípravky **No-SPA** (5x 2 ml/40 mg – všechny šarže; 5x 4 ml/80 mg – všechny šarže) a **No-SPA forte** (20x 80 mg – všechny šarže; 10x 80 mg – všechny šarže).
Léčivé přípravky se stahují z důvodu zrušení rozhodnutí o registraci.

(Zdroj: SÚKL)

Egis Biologicals i v ČR

Jedna z největších farmaceutických společností ve střední Evropě Egis při příležitosti 100. výročí svého založení oznámila provoz nové jednotky Egis Biologicals v České republice.

Egis Biologicals se chce zaměřit na všeoborovou nabídku *bi-similars* pro biologickou léčbu. Čeští pacienti tak získají snazší přístup k biologické terapii například v oblasti revmatologie, gastroenterologie či onkologie.

„Založení Egis Biologicals je významným mezníkem v působení společnosti Egis v Česku. Postupně budeme přicházet s produkty biologické léčby, které budou vysoce kvalitní a cenově výhodnější než stávající biologické léky. Zároveň poskytnou možnost vyšší dostupnosti léčby všem pacientům, kteří ji potřebují,“ vysvětluje generální ředitel Egis Praha

MUDr. Vojtěch Mészáros, MBA. Egis Biologicals zajistí naplnění výsledku dohody společností Egis, Celltrion Inc. a Celltrion Healthcare Co. Ltd. o spolupráci v oblasti prodeje a distribuce farmaceutických produktů vyvinutých a vyrobených firmou Celltrion na základě standardů GMP (*good manufacturing practice*), FDA (Food and Drug Administration) a EMA (European Medicines Agency).
Celltrion Group je jednou z nejvýznamnějších světových biofarmaceutických společností, která se zaměřuje na využití možností monoklonálních protilátek v léčbě závažných onemocnění. (akt)

Informace pro držitele rozhodnutí o registraci

Postup při schvalování změn registrace léčivých přípravků registrovaných národní cestou platný od 4. 8. 2013.

Při schvalování změn registrace léčivých přípravků registrovaných národní cestou dojde od 4. 8. 2013 ke změnám z důvodu nabytí účinnosti části nařízení Komise (EU) č. 712/2012, kterou se mění nařízení (ES) č. 1234/2008, o posuzování změn registrací humánních a veterinárních léčivých přípravků, pokud se týká posuzování tzv. národních změn. Nařízení bude přímo aplikovatelné.

Účinnosti tohoto nařízení je připůsobena i novela zákona o léci-

vech (částka 33, zákon č. 70/2013 Sb.). Ve shodě s nařízením bude i tato část novely zákona o léčivech účinná rovněž od 4. 8. 2013 a bude upravovat posuzování změn registrací u tzv. národních změn (vypustí dosavadní právní úpravu).

Do tohoto data bude Státní ústav pro kontrolu léčiv při podávání a schvalování změn registrace léčivých přípravků registrovaných národní cestou postupovat podle stávajících pravidel.

(Zdroj: SÚKL)

Imunomodulační účinnost imunoglukanu u dětí s recidivujícími respiračními infekcemi

Recidivující onemocnění vznikající na podkladě oslabené imunity představují významný zdravotnický, sociální i ekonomický problém. Proto jsou zkoumány možnosti jak stimulací imunity výskyt těchto onemocnění snížit. V odborné literatuře se stále častěji objevují studie účinnosti imunomodulačních látek přírodního původu, mezi něž patří i beta-glukany, zařazované do širší skupiny biologicky aktivních polysacharidů.

Důležitým příspěvkem k této problematice je nová multicentrická, placebem kontrolovaná studie slovenských autorů (Jeseňák, Hrubisko et al.)¹⁾, která se zabývala účinkem 1,3/1,6 beta-glukanu na výskyt opakovaných respiračních infekcí a na imunologické parametry u dětí a byla publikována v odborném časopise *International Immunopharmacology* (jedná se o významný časopis zařazený do databáze *Current Contents*). Přinášíme základní informace o této studii.

Recidivující respirační infekce

Recidivující respirační infekce (RRI) jsou v běžné pediatričce praxi značným problémem, protože výrazně přispívají k morbiditě v předškolním věku. Podle epidemiologických studií přibližně 6% dětí do 6 let věku trpí RRI, ve věkové skupině od 1 do 4 let je

RRI postiženo dokonce 18% dětí²⁾. Definice RRI se u různých autorů liší, většinou v nich ovšem figuruje minimálně 6 infekcí ročně, 1 infekce horních cest dýchacích měsíčně v období od září do dubna nebo minimálně 3 infekce horních či dolních cest dýchacích ročně. U některých dětí s RRI jsou nalezeny snížené hladiny některých imunitních parametrů, například nižší hladina některých subtypů imunoglobulinů. Vztah těchto odchylek k výskytu RRI je předmětem odborných diskusí³⁾.

Biologicky aktivní polysacharidy

Imunomodulace má dnes svoje pevné místo v léčbě, respektive prevenci RRI. V praxi je využívána řada imunomodulačních látek, nicméně jen u několika z nich jsou k dispozici kontrolované klinické studie. Jednou z těchto lá-

tek je imunoglukan, biologicky aktivní polysacharid (1,3/1,6 beta-glukan) izolovaný z hlívy ústřední (*Pleurotus ostreatus*).

Biologicky aktivní polysacharidy (BAP) se vyznačují imunomodulační aktivitou, ovlivňují jak specifickou, tak nespecifickou imunitní odpověď⁴⁾, zvyšují počet NK buněk^{5, 6)}, stimulují fagocytární aktivitu a zvyšují postvakcinační produkci protilátek⁷⁾. Pokud jde o mechanismus účinku, významnou roli hrají receptory na povrchu buněk, na které polysacharid působí⁸⁾. Pro biologický účinek je důležitá větvená struktura polysacharidové molekuly s glykosidickými vazbami v pozicích $\beta(1,3)$ a $\beta(1,6)$ ^{9, 10)}.

Různé typy BAP však mají odlišnou účinnost. Beta-glukany s velkou molekulou, mezi které patří i imunoglukan (1,3/1,6 beta-glukan), mají schopnost aktivovat leukocyty, jejich fago-

cytární a cytotoxické působení, především svým vlivem na cytokiny a chemokiny¹¹⁾.

Klinická studie

V předchozí, nezaslepené studii slovenští autoři (Jeseňák et al.)¹²⁾ zkoumali vliv 1,3/1,6 beta-glukanu imunoglukanu v kombinaci s vitamínem C (který se vyznačuje také některými imunostimulačními účinky) na snížení morbidity u skupiny dětí s RRI. V této nezaslepené studii byla potvrzena účinnost a bezpečnost uvedené kombinace při snižování morbidity dětí. Na základě těchto výsledků provedli autoři další, randomizovanou a dvojité zaslepenou, kontrolovanou studii¹⁾, o které v tomto článku referujeme.

Metodika

Do studie bylo zařazeno 175 dětí ve věku 2–10 let, s anamnézou RRI (u věkové skupiny 2–5 let výskyt více než 5 infekcí, u skupiny 6–10 let výskyt 3 respiračních infekcí ročně). Ze studie byly vyloučeny děti, které byly 14 dní před zahájením studie léčeny imunomodulačními přípravky a/nebo antibiotiky. Zařazené děti byly sledovány na 19 pracovištích dětské alergie a imunologie v Česku a na Slovensku v období mezi únorem 2009 a říjnem 2010. Skupina byla randomizována na dvě podskupiny. V první (n = 81) byl podáván přípravek imunoglukan P4H sirup (10 mg imunoglukanu a 10 mg vitamínu C v 1 ml) v dávce 1 ml/5 kg hmotnosti/den, ve druhé, kontrolní skupině (n = 94) samotný vitamin C (10 mg v 1 ml sirupu), každý den ráno, po dobu 6 měsíců. Imunoglukan byl získán patentovaným postupem z hlívy ústřední (tento beta-glukan byl izolován, identifikován a chemicky charakterizován Karácsonyem a Kuniakem⁹⁾ a je registrován v 16 zemích jako bezpečná látka).

Děti byly vyšetřovány na počátku a 6 měsíců po jejím ukončení. Byla sledována frekvence a trvání respiračních infekcí, případný výskyt nežádoucích účinků léčby, podávání antibiotik. Při každé kontrole byly odebírány vzor-

ky na stanovení hladin protilátek IgA, IgE, IgG a IgM, počtu subpopulací lymfocytů, NK buněk a dalších imunologických parametrů. Ze zařazených 175 dětí bylo 17 vyřazeno pro nespůlpráci, 158 dětí studii dokončilo.

Výsledky

Podávání přípravku Imunoglukan P4H vedlo k signifikantnímu snížení frekvence respiračních onemocnění. V průběhu sledování 36% dětí v aktivní skupině neonemocnělo respirační infekcí, zatímco v kontrolní skupině jen 21% dětí (rozdíl byl signifikantní; $p < 0,05$). Podávání přípravku významně snížilo (oproti kontrole) výskyt chřipky, chřipkovitých onemocnění i infekcí dolních dýchacích cest ($0,20 \pm 0,55/\text{rok}$ vs. $0,42 \pm 0,78/\text{rok}$; $p < 0,05$). Účinnost přípravku s imunoglukanem byla hodnocena jako velmi dobrá (signifikantní snížení morbidity) u 66% dětí, rozdíl oproti kontrolní skupině byl významný ($p < 0,001$). Hodnocení „velmi dobrá“ a „dobrá“ účinnost převládalo významně ve skupině s imunoglukanem (93,6 vs. 82,7%; $p = 0,024$).

Pokud jde o laboratorní parametry imunity, při výchozím vyšetření byly obě skupiny srovnatelné. V průběhu studie se projevila i v oblasti imunitních markerů vyšší účinnost imunoglukanu oproti kontrole. Pokud jde o humorální imunitu, v obou skupinách došlo během 12 měsíců sledování k poklesu počtu CD19+ B lymfocytů (buněk, jež se diferencují v plasmatické buňky produkující protilátky), ale ve vývoji hladin imunoglobulinů se mezi skupinami projevily rozdíly. Ve skupině s imunoglukanem se zvýšila hladina IgG, a zůstala zvýšená po celou dobu sledování, zatímco v kontrolní skupině k významnějším změnám tohoto parametru nedošlo. V obou skupinách se postupně zvyšovala koncentrace IgA, ale rozdíl oproti výchozím hodnotám byl výraznější ve skupině s imunoglukanem. V této skupině se také během prvních 6 měsíců zvyšovala hladina IgM a zůstala pak zvýšená dalších 6 měsíců sledování,

Imunomodulační aktivita beta-glukanů u alergií

Jedním z nejžádanějších účinků imunomodulace je především normalizace narušených imunitních reakcí, a to jak ve smyslu posílení imunitní ochrany, tak ve smyslu potlačení patologicky zesílené imunitní odezvy – alergie. V současnosti nejuznávanější teorie vysvětlující vznik alergické reakce je postavená na dysbalanci regulačních linií lymfocytů Th₁ a Th₂, kdy převaha Th₂ lymfocytů vede k rozvoji alergického fenotypu.

Experimentální studie ukazují, že imunomodulační účinek beta-glukanů je kromě jiného charakteristický právě zvýšením tvorby interleukinu 12, který podporuje diferenciaci lymfocytů Th₁/Th₂ ve smyslu podpory „protialergenní“ linie Th₁. Tato experimentální pozorování podporuje i několik klinických studií u lidí.

Například při podávání beta-1,3-D-glukanu pacientům s alergickou rinitidou (potvrzená alergie na pyl olivovníku) po dobu 12 týdnů se na konci studie prokázaly

významně nižší hladiny cytokinů produkovaných Th₂ lymfocytů (IL-4 a IL-5); naopak hladina IL-12, produkovaného zejména linií Th₁ lymfocytů, významně stoupla (oproti placebu).

Množství eozinofilů, považovaných za velmi důležité hráče v patologii alergického zánětu, po působení beta-glukanu signifikantně kleslo. Beta-glukan tedy významně snížil markery alergického zánětu a autoři jej považují za vhodný doplněk k standardní terapii alergické rinitidy.

Ve druhé studii bylo při perorálním podávání beta-glukanu izolovaného z houby *Lentinus edodes* (lentinan) pozorováno významné snížení příznaků pylové rinitidy a rhinokonjunktivitidy (sekreci z nosu, kýchní, nazální kongesci a slzení), jakož i významné snížení alergen-specifických i celkových IgE protilátek. Příznivý účinek u některých pacientů přetrvával až po dobu 6 měsíců od ukončení aktivního podávání beta-glukanu, což naznačuje dlouhodobý charakter regulace imunitní odpovědi.

Širší potenciál u pacientů s alergií

Vzhledem ke zvýšené frekvenci onemocnění dýchacích cest u alergických pacientů, daných zánětlivým procesem probíhajícím v sliznicích postižených jedinců, je imunomodulace směřující ke zlepšení obranyschopnosti často žádoucí. Poznatky o specifickém efektu beta-glukanů na jednotlivé subpopulace Th lymfocytů však naznačují, že jejich potenciál u pacientů s alergií je širší a že jejich účinek má vliv i na některé složky samotné podstaty onemocnění. To samozřejmě otevírá dveře pro intenzivnější sledování a získávání podrobnějších klinických zkušeností s těmito látkami, jejichž podávání (i vzhledem k výbornému bezpečnostnímu profilu) by mohlo představovat velmi cenný pomocný postup ke klasické léčbě alergií.

Literatura:

Jeseňák M et al.: *β-Glucans in the treatment and prevention of allergic diseases. Allergol Immunopathol (Madr) 2012 [Epub ahead of print], doi: 10.1016/j.aller.2012.08.008.*

NOVINKY VE FARMAKOTERAPII

zatímco v kontrolní skupině nedošlo k výraznějším změnám. Podávání přípravku Imunoglukan P4H způsobilo také prospěšné změny ve specifické buněčné imunitě a v počtu NK buněk. Absolutní počet CD3+, CD4+ a CD8+ T lymfocytů postupně během studie poklesl v obou skupinách. Podávání přípravku s imunoglukanem však (na rozdíl od kontrolní skupiny) zabránilo poklesu počtu CD8+ T cytotoxických lymfocytů, tento počet zůstal po celou dobu sledování stabilní. Počet NK buněk během léčby ve skupině s imunoglukanem vzrostl a poklesl až na konci studie. V kontrolní skupině ke vzestupu počtu NK buněk vůbec nedošlo. Pokud jde o toleranci léčby, nežádoucí účinky se ani v jedné skupině nevykly, přípravek byl pacienty dobře tolerován.

Diskuse

Ve studii byla prokázána účinnost imunomodulačního přípravku Imunoglukan P4H, pokud jde o snížení počtu recidivujících respiračních infekcí. Tento preparát ovlivnil i řadu laboratorních parametrů vrozené a získané

imunity. Vzestup hladiny všech tří tříd imunoglobulinů je známkou toho, že podporuje fyziologické dozrávání humorální imunitní odpovědi. Podávání přípravku dále zpomalilo pokles hladiny T cytotoxických lymfocytů a zvýšilo počet NK buněk.

Jde o první randomizovanou, kontrolovanou studii, ve které byla zkoumána účinnost imunoglukanu (1,3/1,6 beta-glukanu izolovaného z hlívy ústříčné) na morbiditu a vybrané imunitní parametry u dětí s recidivujícími respiračními infekcemi. Protože výskyt RRI představuje – vzhledem k rostoucí rezistenci vůči antibiotikům – významný problém, je stále větší důraz kladen na prevenci. V posledních letech se začínají objevovat studie, které prověřují účinnost imunomodulátorů přírodního původu ve standardně uspořádaných klinických studiích. Studii, jež by ověřovaly imunomodulační schopnosti biologicky aktivních polysacharidů u pacientů s RRI, bylo dosud provedeno jen několik. V jedné z nich již byl imunostimulační účinek imunoglukanu na frekvenci a průběh RRI prokázán – vi-

ce než 50% snížení frekvence RRI u 71,2% zařazených dětí¹²⁾. Efekt 1,3/1,6 beta-glukanu na snížení frekvence respiračních infekcí byl prokázán i u sportovců^{5, 13)}.

Ve studii, o níž referujeme, bylo poprvé prokázáno zvýšení všech tří izotypů imunoglobulinů podáváním imunoglukanu. Studie přinesla důkazy o jeho účinnosti, pokud jde o zlepšení imunity u dětí s RRI, a to nejen v klinické, ale i laboratorní oblasti. Zlepšení bylo komplexního charakteru, projevovalo se v obou složkách imunity – humorální i buněčné.

Literatura:

1. Jeseňák M et al.: Immunomodulatory effect of pleuran (β-glucan from *Pleurotus ostreatus*) in children with recurrent respiratory tract infections. *Int Immunopharmacol* 2013; 15(2): 395–399.
2. Bellanti JA: Recurrent respiratory tract infections in paediatric patients. *Drugs* 1997; 54, suppl 1: 1–4.
3. Litzman J et al.: Isoprenosine does not protect against frequent respiratory tract infections in childhood. *Eur J Pediatr* 1999; 138: 32–37.
4. Kim HS et al.: Stimulatory effect of β-glucans on immune cells. *Immune Network* 2011; 11: 191–195.

5. Bergendíová K et al.: Pleuran (β-glucan from *Pleurotus ostreatus*) supplementation, cellular response and respiratory tract infections in athletes. *Eur J Appl Physiol* 2011; 111: 2033–2040.

6. Bobovčák M et al.: Effect of Pleuran (β-glucan from *Pleurotus ostreatus*) supplementation on cellular immune response after intensive exercise in elite athletes. *Appl Physiol Nutr Metab* 2010; 35: 755–762.

7. Haladová E et al.: Immunomodulatory effect of glucan on specific and non-specific immunity after vaccination in puppies. *Acta Vet Hung* 2011; 59: 77–86.

8. Brown GD, Brown S: Immune recognition of fungal β-glucans. *Cell Microbiol* 2005; 7: 471–479.

9. Karácsonyi Š et al.: Polysaccharides of *Pleurotus ostreatus*: isolation and structure of pleuran, an alkali-insoluble β-D-glucan. *Carbohydrate Polymers* 1994; 24: 107–111.

10. Novák M et al.: Glucans as biological response modifiers. *Endocr Metab Immune Disord Drug Target* 2009; 9: 67–75.

11. Williams DL et al.: Glucan-based macrophage stimulators. *Clin Immunother* 1996; 5: 392–399.

12. Jeseňák M et al.: Imunoglukan P4H in the prevention of recurrent respiratory infections in childhood. *Cesk Pediatr* 2010; 65: 639–647.

13. Talbott S et al.: Effect of beta 1,3/1,6 glucan on upper respiratory tract infection symptoms and mood state in marathon athletes. *J Sports Sci Med* 2009; 8: 509–515.

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

MUDr. Pavel Kostiuk, CSc.,
PharmDr. Vladimír Věh,

PharmDr. Lucie Kotlářová, Edukafarma, Praha
doc. MUDr. Miloš Jeseňák, PhD., MBA

Klinika dětí a dorastu JLF UK a UNM, Martin
prof. MUDr. Martin Hrubisko, PhD.

oddělení klinické imunologie
a alergologie OÚSA, Bratislava



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

PRO FYZIOLOGICKOU FUNKCI IMUNITY

Imunoglukan P4H[®]

obsahuje imunoglukan a vitamin C

doplněk stravy

P4H[®]

**Pečujte o imunitu vašich pacientů,
je to jejich nejdůležitější pomocník, například:**

- ◆ v období chřipek a nemocí z nachlazení
- ◆ při opakovaných infekcích (např. dýchacích cest etc.)
- ◆ při precitlivělosti na alergeny
- ◆ při nástupu dětí do kolektivu
- ◆ při častém užívání antibiotik
- ◆ při stresu (psychické a fyzické námaze)
- ◆ při chemo a radioterapii



doplněk stravy



Informační servis: inPHARM, tel.: 241 432 133, e-mail: inpharm@inpharm.cz, www.inpharm.cz

www.imunoglukan.cz

KOMERČNÍ PREZENTACE

Retinální venózní okluze

Okluze retinální žíly neboli retinální venózní okluze (RVO) je častou příčinou zhoršení zrakových funkcí, nezřídka vedoucí až k úplné ztrátě funkce oka. Představuje druhou nejčastější příčinu zhoršení zraku v souvislosti s vaskulárním onemocněním sítnice, hned za diabetickou retinopatií.

RVO je způsobena obstrukcí žilního systému sítnice trombem, ať už hlavního kmene či některé z větví, přičemž okluze větve retinální žíly se vyskytuje přibližně 2–3x častěji nežli okluze kmene. Incidence je z populačních studií odhadována na 520 nově diagnostikovaných případů na 1 milion obyvatel za rok. Typicky postihuje pacienty středního a staršího věku, bez rozdílu pohlaví.

Kmenová žilní okluze (viz obr. 1) je charakterizovaná edémem terče zrakového nervu, dilatací a tortuozitou všech retinálních vén, četnými povrchovými i hlubokými retinálními hemoragiemi, edémem sítnice, vatovitými exsudáty na sítnici a kapilární nonperfuze. Okluze větve retinální žíly (viz obr. 2) se vyznačuje všemi výše zmíněnými atributy, které jsou omezené na postižené úvodí okludované větve.

Ke zhoršení zraku dochází jednak pro edém makuly (viz obr. 3), jednak pro komplikace spojené s neovaskularizací, jako je sekundární hemoragický glaukom a krvácení do sklivce. Zejména u edému makuly bylo v poslední době dosaženo určitého pokroku v terapii, kdy jinak neléčený chronický makulární edém vede k ireverzibilní ztrátě centrální zrakové ostrosti.

Etiologie a rizikové faktory

K retinální venózní okluzi dochází na podkladě trombózy v žilním systému sítnice. Známé rizikové faktory spojené s rozvojem trombózy jsou společně pro kmenovou i větвовou okluzi.

• **Hypertenze:** Významný rizikový faktor – hypertonicita představuje

2/3 pacientů s retinální venózní okluzí ve věkové skupině nad 50 let. Nově diagnostikovaná či nedostatečně léčená hypertenze je častým nálezem při stanovení diagnózy retinální venózní okluze, nedostatečně léčená hypertenze je často příčinou rekurence okluze nebo postižení druhého oka.

• **Hyperlipidemie:** Hladina celkového cholesterolu vyšší než 6,5 mmol/l je významným rizikovým faktorem zejména u věkové skupiny do 50 let.

• **Diabetes:** Diabetes je rizikovým faktorem retinální venózní okluze pro zvýšené kardiovaskulární riziko u diabetiků.

• **Glaukom:** Současné poznatky uvádějí glaukom mezi rizikovými faktory kmenové i větвовé venózní okluze.

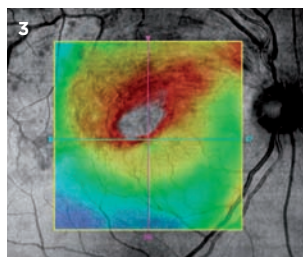
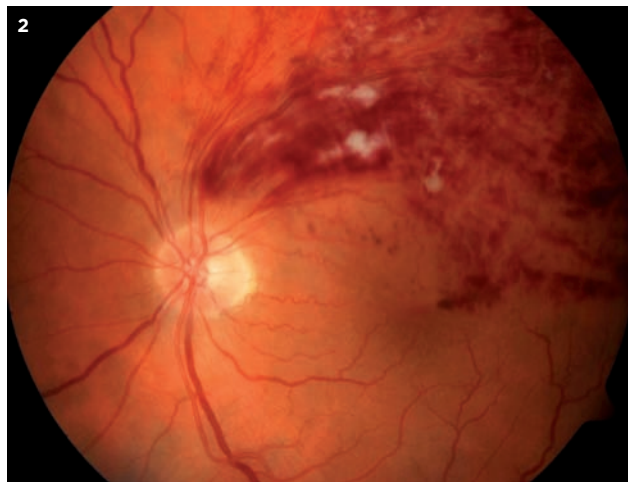
• **Trombofilní stavy:** Mezi nejčastější patří hyperhomocysteinemie a antifosfolipidový syndrom, méně často a zejména v mladší věkové skupině se uplatňují Leidenská mutace, deficeience proteinu C, S a antitrombinu 3, orální kontraceptiva a retinální vaskulitidy.

Terapie

Terapie retinální venózní okluze má 2 cíle: a) identifikaci ovlivnitelných celkových rizikových faktorů a jejich léčbu, b) identifikaci a léčbu zrak ohrožujících komplikací.

Identifikace a ovlivnění celkových rizikových faktorů

Při stanovení diagnózy retinální venózní okluze je zodpovědností oftalmologa doporučit celkové vyšetření. Cílem diagnostiky a léčby celkových doprovodných onemocnění je prevence postižení dalších orgánů, stejně tak i prevence reku-



rence venózní okluze, zejména na druhém oku.

Léčba zrak ohrožujících komplikací

Oftalmologický přístup je u kmenové a větвовé okluze rozdílný. U kmenové okluze je dále rozhodující, zda se jedná o tzv. ischemický či neischemický typ. Jako ischemická kmenová venózní okluze se označuje okluze s nálezem retinální ischemie, která je angiograficky detekována jako retinální nonperfuze – je charakterizovaná typicky nízkou vstupní zrakovou ostrostití, relativním aferentním pupilárním defektem, přítomností četných hlubokých tmavých intraretinálních hemoragií a vatovitých exsudátů. Až 30 % původně neischemických uzávěrů může progredovat do ischemické formy.

Ischemická kmenová venózní okluze představuje vysoké riziko rozvoje zrak devastujícího neovaskulárního glaukomu. Neovaskulární glaukom vzniká na podkladě ischemie předního segmentu oka – duhovky a komorového úhlu, která spouští kaskádu patologické angiogeneze, jejímž klíčovým mediátorem je vaskulární endoteliální růstový faktor (VEGF).

Ve stadiu neovaskularizace duhovky a komorového úhlu představuje hlavní terapeutickou modalitu

laserová panretinální fotokoagulace, ve stadiu progresu do neovaskulárního glaukomu je lokální léčba antiglaukomatiky, cykloplegiky a lokálními steroidy nezřídka nutné doplnit léčbu chirurgickou – filtračními nebo častěji cykloablativními zákroky.

Makulární edém u kmenové venózní okluze vzniká následkem prosakování perifoveálních kapilár. Jeho léčba panretinální laserovou fotokoagulací většinou vede k ústupu edému, který však není doprovázen žádoucím zlepšením centrální zrakové ostrosti. Nadějnější možnost zachování zrakové ostrosti představuje ovlivnění makulárního edému intravitreální aplikací léčiva, v současné době lze v této indikaci použít 2 účinné látky:

• **Dexamethason** redukuje kapilární permeabilitu a inhibuje expresi genu VEGF a metabolismus VEGF, biodegradabilní implantát 0,7 mg dexamethasonu (Ozurdex, Allergan) je aplikován intravitreálně s možností retreatmentu po 6 měsících, případně přechodné zvýšení nitroočního tlaku lze kompenzovat lokální terapií.

• **Monoklonální protilátka ranibizumab** je vysoce účinný inhibitor VEGF s vysokou afinitou k VEGF-A jakožto klíčovému mediátoru angiogeneze a vaskulární permeability. Intravitreální injekce 0,5 mg ranibizumabu (Lucentis, Novartis) je aplikována nejčastěji v intervalu jednoho měsíce po dobu půl roku, poté v režimu *pro re nata* (PRN), kdy ve studii CRUISE bylo dokumentováno zlepšení zrakové ostrosti o 3 řádky (14,9 písmene).

Okluze větve retinální žíly má lepší prognózu, co se týče zachování užitečné zrakové funkce.

Hlavními komplikacemi větвовé okluze jsou neovaskularizace sítnice a makulární edém. Roli hraje zejména lokalizace uzávěru a rozsah retinální nonperfuze, distálně umístěné uzávěry většinou nejsou komplikované makulárním edémem a mají dobrou naději na spontánní zhojení. Retinální neovaskularizace vznikají následkem retinální nonperfuze, přičemž se zvětšujícím se rozsahem nonperfuze stoupá riziko rozvoje neovaskularizace.

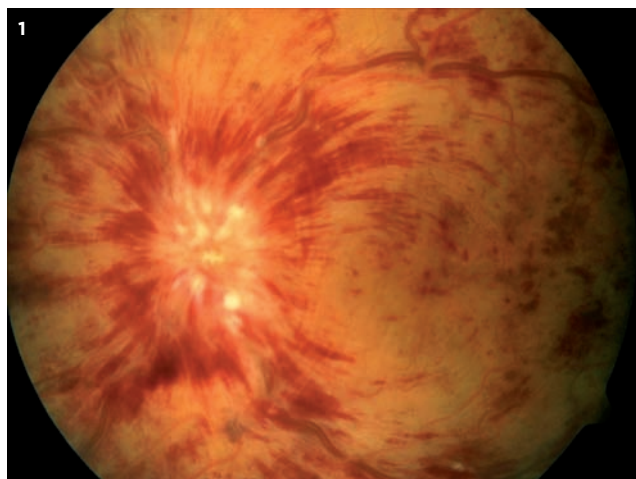
Neovaskularizace sítnice a/nebo terče zrakového nervu jsou indikací k laserové fotokoagulaci úvodí obliterované větve, některé studie doporučují se zahájením laserové terapie vyčkat až na případný rozvoj hemoragických komplikací s argumentem stejné výsledné zrakové ostrosti. Častější a závažnější komplikací větвовé venózní okluze je makulární edém. Mřížková fotokoagulace v oblasti prosakovajících kapilár se provádí ideálně v rozpětí 3–6 měsíců od uzávěru, po resorpci hemoragií, nález starší jednoho roku pro ireverzibilní strukturální změny bez naděje na zlepšení zrakové ostrosti k laserové terapii indikován není.

Další možností je intravitreální aplikace léčiv podobně jako u kmenové okluze, kdy aplikace dexamethasonu či ranibizumabu představuje výhodu zejména tam, kde nelze provést laserové ošetření včas a hrozí riziko rozvoje ireverzibilních strukturálních a funkčních změn v makule. Výsledky studií zabývajících se léčbou makulárního edému u venózní okluze – ať už dexamethasonem (GENEVA) či ranibizumabem (CRUISE, BRAVO) – ukazují na skutečnost, že u pacientů, kteří byli zařazeni na intravitreální léčbu po 6 měsících konvenční terapie či observace, nastalo zlepšení zrakové ostrosti, nikdy však úroveň, které dosáhli pacienti léčení včas.

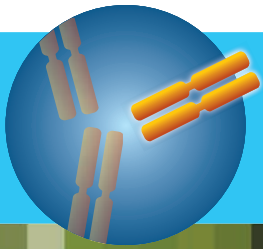
Literatura:

- Rogers S, McIntosh RL, Cheung N et al.: The prevalence of retinal vein occlusion: pooled data from population studies from the United States, Europe, Asia, and Australia. *Ophthalmology* 2010; 117: 313–319.
- Haller JA et al.: OZURDEX GENEVA Study Group: Randomized, sham-controlled trial of dexamethasone intravitreal implant in patients with macular edema due to retinal vein occlusion. *Ophthalmology* 2010; 117: 1134–1146.e3.
- Brown DM, Campochiaro PA, Singh RP et al.: CRUISE Investigators: Ranibizumab for macular edema following central retinal vein occlusion: six-month primary endpoint results of a phase III study. *Ophthalmology* 2010; 117: 1124–1133.

MUDr. Stěpán Rusňák
Oční klinika LF UK a FN Píseň, Olfa Píseň



3x foto: archiv autora



PRVNÍ ANTI-VEGF SCHVÁLENÝ
PRO POUŽITÍ VE 3 OČNÍCH INDIKACÍCH¹

K A Ž D Ý
Ř Á D E K
N A V Í C
V R A C Í
D O Ž I V O T A

S Í L A

V P Í S M E N E C H



Prokazatelně pomáhá pacientům
přečíst více písmen:¹

vlhké formy VPMD

DME

RVO

LUCENTIS
RANIBIZUMABUM

Zkrácená informace: LUCENTIS 10 mg/ml injekční roztok

Složení: Ranibizumabum 10 mg v 1 ml. Jedna injekční lahvička obsahuje 2,3 mg ranibizumabu v 0,23 ml roztoku. **Indikace:** Lucentis je indikován u dospělých k léčbě neovaskulární (vlhké) formy věkem podmíněné makulární degenerace (AMD), k léčbě poškození zraku způsobeného diabetickým makulárním edémem (DME) a "k léčbě poškození zraku způsobeného makulárním edémem v důsledku okluze retinální vlny [uzávěr větve centrální retinální vlny (BRVO)] a uzavěr centrální retinální vlny (CRVO)". **Dávkování:** Lucentis musí být aplikován kvalifikovaným oftalmologem zkušeným v podání do sklivce. Doporučená dávka u vlhké formy AMD je 0,5 mg podávaných jednou měsíčně jako jednorázová injekce o objemu 0,05 ml do sklivce. ¹Léčba je podávána jednou měsíčně a pokračuje do dosažení maximální zrakové ostrosti (tj. do doby, kdy pacientova zraková ostrost je stabilní po tři po sobě jdoucí měsíční vyhodnocení). Zraková ostrost by měla být následně sledována jednou měsíčně. Léčba je znovu zahájena, když sledování pacienta ukáže ztrátu zrakové ostrosti způsobenou vlhkou formou AMD. ²Dojde-li u pacienta ke zhoršení ostrosti zraku o více než 5 písmen, je nutno podat Lucentis. Interval mezi dvěma dávkami by neměl být kratší než 1 měsíc. Doporučená dávka u poškození zraku způsobeného DME nebo makulárním edémem v důsledku RVO je 0,5 mg podávaných jako jednorázová injekce o objemu 0,05 ml do sklivce. Léčba je podávána jednou měsíčně a pokračuje do dosažení maximální zrakové ostrosti, tj. do doby, kdy pacientova zraková ostrost je stabilní po tři po sobě jdoucí měsíční vyhodnocení provedené během léčby ranibizumabem. Proto pokud následně nenastane zlepšení zrakové ostrosti po podání prvních tří injekcí, nedoporučuje se v léčbě pokračovat. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku. Pacienti s aktivní nebo suspektní oční nebo periokulární infekcí. Pacienti s těžkým nitroočním zánětem. **Zvláštní upozornění:** Lucentis je určen pouze pro podání do sklivce. Před léčbou je nutno pacienta poučit, že si musí sám aplikovat antimikrobiální kapky (čtyřikrát denně po 3 dny před injekcí a 3 dny po každé injekci). Při aplikaci Lucentisu musí být vždy dodržena přísná pravidla aseptiky. V následujícím týdnu po aplikaci injekce musejí být pacienti sledováni z hlediska případného výskytu infekce. Během 60 minut po injekci Lucentisu bylo pozorováno přechodné zvýšení nitroočního tlaku (IOP). Trvalá zvýšení IOP byla také zjištěna. Podobně jako u všech léků bílkovinné povahy existuje i u Lucentisu možnost imunogenicity. Lucentis se nesmí podávat zároveň s jinými anti-VEGF látkami. Dávku Lucentisu je nutno vynechat a léčbu je nutno dočasně přerušit v případě snížení nejlépe upravené ostrosti zraku o ≥ 30 písmen; nitroočního tlaku ≥ 30 mmHg; poškození sítnice; subretinálního krvácení zahrnujícího střed fovey; chirurgického očního zákroku během uplynulých nebo následujících 28 dnů. Léčbu je nutno přerušit u subjektů s reumatogenním odchlípením sítnice nebo u makulárních otvorů stupně 3 nebo 4. Existují pouze omezené zkušenosti s léčbou u pacientů s DME způsobeným diabetem I. typu. Léčba Lucentisem může vyvolat dočasné zhoršení zraku, což může ovlivnit schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. U pacientů s rizikovými faktory pro vznik trhlín pigmentového epitelu sítnice zahrnujícími rozsáhlé a/nebo značné odchlípení pigmentového epitelu sítnice je třeba dbát opatrnosti při zahajování léčby Lucentisem. ³Existuje omezená zkušenost s léčbou pacientů s předešlými epizodami RVO a pacientů s ischemickým uzavěrem centrální retinální vlny (BRVO) a ischemickým uzavěrem centrální retinální vlny (CRVO). U pacientů s RVO projevujícím se klinickými příznaky ireverzibilní ztráty zraku v důsledku ischémie se léčba nedoporučuje. **Interakce:** Formální studie interakcí nebyly provedeny. **Současné použití Lucentisu s fotodynamickou léčbou (PDT) verteporfinem u vlhké formy AMD.** **Současné použití Lucentisu s laserovou fotokoagulací u DME a BRVO.** **Odkaz na speciální skupiny pacientů:** Podávání Lucentisu dětem a mladistvým se vzhledem k chybějícím údajům o bezpečnosti a účinnosti nedoporučuje. U pacientů s DME starších 75 let jsou omezené zkušenosti. Viz úplná informace o přípravku. **Těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku by měly během léčby používat účinnou antikoncepci. Ranibizumab nesmí být užíván během těhotenství, aniž by očekávaný přínos převážil možné riziko pro plod. Ženám, které chtějí otěhotnět, a které byly léčeny ranibizumabem, je doporučeno vyčkat nejméně 3 měsíce po poslední dávce ranibizumabu před počatím dítěte. Během léčby přípravkem Lucentis se kojení nedoporučuje. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: nazofaryngitida, bolest hlavy, vřítivita, odloučení sklivce, hemoragie sítnice, poruchy zraku, bolest oka, sklivcové vločky, hemoragie spojivky, podráždění oka, pocit cizího tělesa, zvýšené slzení, zánět očního víčka, suchost oka, oční hyperemie, svědění oka, artralgie, zvýšení nitroočního tlaku. Časté: infekce močových cest, anemie, hypersenzitivita, úzkost, degenerace sítnice, poškození sítnice, trhlina sítnice, odloučení pigmentového epitelu sítnice, snížení ostrosti zraku, hemoragie sklivce, poškození sklivce, uveitida, zánět duhovky, iridocyclitida, katarakta, subkapsulární katarakta, opacifikace zadního pouzdra, keratitis punctata, abrazy rohovky, zarudnutí v přední části komory, rozmazané vidění, hemoragie v místě injekce, oční hemoragie, zánět spojivky, alergický zánět spojivky, výtok z oka, fotopse, fotofobie, oční dyskomfort, otok víčka, bolestivost víčka, překrvení spojivky, kašel, nevolnost, alergické reakce (vyrážka, kopřivka, pruritus, erytém). **Další nežádoucí účinky** - viz úplná informace o přípravku. **Podmínky uchovávání:** Uchovává se při teplotě 2–8°C. **Dostupné lékové formy/velikost balení:** 1 lahvička s 0,23 ml injekčního roztoku. **Poznámka:** Dříve než lék předepíšete, přečtěte si pečlivě úplnou informaci o přípravku. **Reg. číslo:** EU/1/06/374/001. **Datum registrace/prodloužení:** 22.01.2007/14.12.2011. **Datum poslední revize textu SPC:** 07/2012. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novartis Europharm Limited, Hordsham RH125AB, Velká Británie.

Přípravek je pouze na lékařský předpis, hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění.

¹Všimněte si prosím změny (změn) v informacích o léčivém přípravku.

²Souhrn údajů o přípravku Lucentis, datum revize textu 07/2012.

Další informace Vám poskytneme na adrese:

Novartis s. r. o., Gemini, budova B, Na Pankráci 1724/129, 140 00 Praha 4, www.novartis.com, tel.: 225 775 111, fax: 225 775 222

NOVARTIS

INTENZIVNÍ PÉČE

Sepse a tekutinová resuscitace

Sepse je hlavní příčinou morbidit a mortality na jednotkách intenzivní péče. Jedním ze základních principů managementu těžké sepse je hemodynamická podpora. Klíčovou složkou je podání tekutin. Debata, zda podat krystaloidy, či koloidy, je pak jednou z *neverending story* intenzivní medicíny.

Navíc rozhodnutí co pacientovi podat musí být rychlé – trvající hypovolemie totiž vždy výrazně zhoršuje podmínky přežití.

Život ohrožující stav s rostoucí incidencí

Sepse je systémová zánětlivá odpověď organismu na inzult infekční povahy. Reakce organismu na infekci poškozuje tkáně a orgány a bez okamžitého léčebného zásahu může velmi rychle přerůst do fatálního stavu. Jedním ze zásadních rizik je přitom vznik hypovolemie, ať už absolutní, která je způsobena krvácením, ztrátami plasmu či nedostatečným přívodem tekutin, nebo relativní, jež je vyvolána arteriální vazodilatací. Hypovolemie může přesáhnout možnosti kompenzačního mechanismu organismu. Přesáhne-li tyto možnosti nebo trvá-li delší dobu, dochází k tkáňové hypoperfuzi, rozvíjí se šokový stav, multiorgánová dysfunkce a případně i multiorgánové selhání.

Paradoxní je, že přes veškeré pokroky v oblasti intenzivní péče počet septických pacientů nerůstá. Roste totiž počet predisponovaných jedinců, ať už jde o pacienty imunosuprimované nebo podstupující širokou škálu invazivních diagnostických a terapeutických procedur. Z epidemiologických dat vyplývá, že sepsse je celosvětově hlavní příčinou morbidit a mortality pacientů hospitalizovaných na pracovištích intenzivní péče. V Evropě se podle studie SOAP (*Sepsis Occurrence in Acutely Ill Patients*) sepsse vyskytne během hospitalizace na jednotce intenzivní péče (JIP) u cca 35% nemocných. Mortalita pacientů s těžkou sepsí se i přes určité pokroky v terapii pohybuje mezi 20 a 70%, v závislosti na věku, komorbiditách a počtu selhávajících orgánů. Právě těžká sepsse dosud zdvojnásobuje mortalitu pacientů na JIP.

Zanedbatelná nejen v podmínkách našeho, ale i relativně „bohatých“ zdravotních systémů rozhodně není skutečnost, že sepsse více než zdvojnásobuje průměrnou cenu léčby pacienta na JIP.

Normovolemie: obnovit a udržet!

Mezi základní principy manage-

mentu těžké sepse samozřejmě patří prvotní resuscitace a léčba infekce, hemodynamická podpora a adjuvantní léčba i další podpůrná terapie.

Co se týče podpory hemodynamiky a adjuvancí, klíčovou roli vždy hraje podání tekutin. K udržení integrity krevního oběhu při sepsi je nezbytné zajistit přiměřenou náplň cévního řečiště, ztracený nebo nedostatečný cirkulující objem včas a ve vhodném množství hradit. Indikováno nutně nemusí být vždy podání transfuzních přípravků, ty jsou vyhrazeny pro anemii nebo poruchu koagulace. Nastupují tedy náhradní roztoky a rozhodující, který z nich zvolit. Při volbě vhodného roztoku se nabízí více možností. Může jít o krystaloidy a hypertonické krystaloidy, nebo o koloidní roztoky (ať už želatinu, dextransy, škroby nebo albumin).

Logické je, že podání tekutin zlepšuje prokrvení a okysličení orgánů a zabraňuje orgánovému selhání. Obecně je i v tomto směru doporučována časná a cílená terapie a je nabílední, že je nutné vyvarovat se nejen resuscitace nepřiměřené, ale i takové, která způsobí pozitivní bilanci tekutin. Podotknout je třeba, že jsou to krystaloidy, které musejí být (v porovnání s koloidy) ke srovnatelné náplni krevního řečiště podávány ve větším objemu. Podávání krystaloidů ve větším množství bohužel znamená i nárůst tkáňových otoků a tělesné hmotnosti. Přitom u poraněných a pacientů v pooperačním období jsou přetrvávající edémy tkání jedním z nezávislých faktorů predikujících úmrtí.

Polarizující debata o škrobech

Debata nad optimální volbou resuscitačního roztoku se vede po desítky let a vždy budila značné vášně, někdy dokonce polarizovala obec intenzivistů na jednoznačné zastánce a odpůrce škrobů.

To, že koloidy, konkrétně hydroxyethylškroby (HES), nemusejí mít příznivý dopad na kriticky nemocné pacienty, včetně septických, už naznačily některé studie, například práce „Effects of hydroxyethylstarch and gelatin on renal function in severe sepsis“ publikovaná v časopise

Lancet (Schortgen F, Lachet JC, Bruneel F. *Lancet* 2001; 357: 911–916). V této multicentrické randomizované studii u pacientů rekrutujících se z populace septických nemocných autoři ukázali, že při použití starší generace škrobů vyšší molární hmotnosti HES představovaly vyšší riziko rozvoje renální dysfunkce. K tomu se připojila studie VISEP, v níž byl u pacientů v těžké sepsi použit vysokomolární škrob, která ukázala, že pacienti resuscitovaní tímto roztokem měli nejen vyšší riziko akutního poškození ledvin, ale současně také mnohem častěji vyžadovali některou z náhrad funkce ledvin a častěji zemřeli. Navíc se při následné analýze ukázalo, že v souvislosti s množstvím podaného škrobu se lišila i mortalita – pacienti resuscitovaní HES > 22 ml/kg/den měli vyšší mortalitu oproti těm, kteří byli resuscitováni HES < 22 ml/kg/den.

Zastánci škrobů argumentují recentně publikovanou studií CRYSTMAS, která pochází z Francie a zahrnuje 196 pacientů. Zde byl opět novogenerační škrob použit v tekutinové resuscitaci septických pacientů. Závěr autorů byl, že pacienti resuscitovaní škrobem neměli nijak nepříznivě ovlivněnou mortalitu ani renální funkce. Záleží ovšem – jako ostatně vždy – na interpretaci dat a množství účastníků studie. V CRYSTMAS zahrnutých 196 subjektů není mnoho, ramena měla 100 a 96 pacientů. Už na takto statisticky malém vzorku mortalita činila 31,0% vs. 25,3% v neprospekch škrobu, rozdíl je tedy 6%. Lze předpokládat, že kdyby v této studii bylo zrekrutováno více pacientů, ramena by se ještě více rozevěřela v neprospekch škrobů.

Na velikosti záleží aneb studie CHEST

Velmi mnoho zastánců má rozsáhlá australsko-novozélandská studie CHEST, provedená ve 32 nemocnicích na 7 tisících pacientů. Pacienty přijímané na JIP rozdělili do dvou ramen – v jednom pro tekutinovou resuscitaci volili novogenerační HES 130/0,4 a ve druhém krystaloidní roztok, konkrétně fyziologický (0,9% FR). V této studii byla tekutinová resuscitace naprosto v diki ošetřujícího léka-

ře a nebyla řízena žádným jednoznačným hemodynamickým protokolem. Primárním sledovaným parametrem byla mortalita 90. den, sekundárním výstupem byla renální dysfunkce (AKI) a potřeba nahrazení funkce ledvin (RRT). Použito smělo být maximálně 50 ml roztoku/kg/den. Pokud pacienti dosáhli tohoto maximálního množství, byla povolena další tekutinová resuscitace nesledovanou tekutinou v diki ošetřujícího lékaře.

Ve studii CHEST byla sledována renální dysfunkce, čili akutní poškození ledvin. Hodnocení proběhlo pomocí kritérií RIFLE, tedy skóre zahrnujícího sérový kreatinin a diurézu a vycházející z pacientových nejhorších hodnot. Dále byla hodnocena potřeba jakékoli náhrady funkce ledvin, ať už intermitentní či kontinuální. V prvních 4 dnech skupina resuscitovaná pomocí HES potřebovala o něco méně „studijní“ tekutiny, čili škrobu, než skupina s fyziologickým roztokem (526 ± 425 ml versus 616 ± 488; p < 0,001). Obdobně méně bylo třeba podat i „nestudijní“ tekutiny ve skupině s HES oproti skupině „krystaloidní“.

Primárním výstupem CHEST Trial byly údaje o 90denní mortalitě pacientů a rozdíl mezi skupinami činil 0,26%, konkrétně to bylo 18% ve skupině s HES a 17% ve skupině druhé, nazývané „saline“. Relativně nízká mortalita oproti předchozím studiím je pravděpodobně dána tím, že část nemocných byla rekrutována z pacientů elektivně operovaných – čili v okamžiku operace, po níž se dostali na JIP, byli v jinak relativně dobré fyzické kondici.

Sekundárním výstupem studie CHEST byl výskyt renální dysfunkce. Vyšší incidence AKI (stadiá *risk a injury*) byla ve skupině resuscitovaných krystaloidním roztokem, nicméně hodnocení bylo provedeno pomocí močového výdeje, který samostatně není optimálním markerem ledvinových funkcí; jako validní je uznáván kreatinin. Ve skupině s HES pacienti vykazovali vyšší hodnoty kreatininu v průběhu celé studijní doby, evidentně u nich nastalo vyšší riziko poškození ledvin. Skupina resuscitovaná pomocí HES měla zároveň i vyšší vý-



Ilustrace foto: Shutterstock

skyt nežádoucích účinků (5,3 vs. 2,8%), jako je *pruritus* či jaterní dysfunkce (1,9 vs. 1,2%). Podle výsledků CHEST byla ve skupině s HES i vyšší spotřeba krevních derivátů. Ze studie CHEST lze tedy učinit závěr, že tekutinová resuscitace pomocí HES 130/0,4 pacientovi nepřináší žádný benefit, naopak je spojena s vyšší koncentrací kreatininu, čili horší filtrační funkcí ledvin, větší závažností AKI a vyšší potřebou náhrady funkce ledvin.

Studie CHEST fakticky potvrzuje stanovisko Evropské společnosti intenzivního lékařství (ESICM) z roku 2012, které doporučuje vyhnout se použití roztoků HES > 200 kDa a/nebo se stupněm molární substituce > 0,4 u pacientů s těžkou sepsí či rizikem AKI. Navrhuje nepoužívat roztoky HES nových generací a roztoky na bázi želatiny u této populace nemocných. Recentně publikované nové *guidelines* již zahrnují data ze studie CHEST a pro léčbu sepse a septického šoku jednoznačně doporučují nepoužívat v tekutinové resuscitaci roztoky HES.

Koloidy nejsou jen škroby

Nejznámější koloidní roztoky používané při tekutinové resuscitaci jsou zatím hydroxyethylškroby (HES). Zmínit je však třeba i dextransy, nyní již používané jen vzácně, ale historicky nesporně významné. Třetímu ze skupiny syntetických koloidů – želatinně-bývajícím v studiích a zejména v intenzivistické praxi vytykány relativně časté alergické a anafylaktické příhody.

Oproti uvedené skupině syntetických koloidů je představitelem přirozeně se vyskytujících koloidů albumin, respektive jeho roztoky. V intenzivní medicíně není novinkou, že nedostatečná sérova

PRO RYCHLÉ A POHODLNÉ ŘEŠENÍ NEDOSTATKU FIBRINOGENU

Čištěný koncentrát lidského fibrinogenu nyní na dosah ruky

- Schválený, snadno použitelný, čištěný koncentrát lidského fibrinogenu¹
- Rychle obnovuje hemostázu, poskytuje pohodlnou substituční terapii pacientům s prokázaným nedostatkem fibrinogenu³
- Koncentrovaný fibrinogen umožňuje rychlé podání malého množství infuze¹⁻³
- Obnovuje hladiny fibrinogenu a zároveň snižuje potřebu transfuzí EM a FFP^{1,5}
- Je dobře snášen – nízké riziko alergických reakcí, trombotických příhod a renální toxicity^{1,4,6}
- Výrobní postup zajišťuje úplnou redukci patogenů¹

HAEMOCOMPLETTAN® P
Fibrinogenový koncentrát

Zvyšuje pevnost sraženin. Urychluje hemostázu.

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU

Název přípravku: Haemocomplettan P. **Složení:** V 1 lahvičce: Haemocomplettan P 1 g, 2 g; Fibrinogenum humanum min. 1000 g, min. 2000 g. **Terapeutické indikace:** **Haemoragická onemocnění:** 1. Vrozená hypofibrinogenemie, dysfibrinogenemie nebo afibrinogenemie. 2. Získaná hypofibrinogenemie vznikající z: a) poruch syntézy v případech závažného poškození jaterního parenchymu, b) zvýšené intravaskulární spotřeby v důsledku diseminované intravaskulární koagulace a hyperfibrinolýzy. **Dávkování:** Před podáním Haemocomplettanu P je třeba si ověřit nedostatek fibrinogenu Claussovou metodou. Podávané množství a počet jednotlivých aplikací Haemocomplettanu P se musí vždy určovat podle stupně krvácení a klinického stavu pacienta. Obvyklou počáteční dávkou fibrinogenu je 1 až 2 g podle potřeby při následné infuzní léčbě. Kritická hodnota fibrinogenu v plazmě, kde hrozí rozvoj krvácení, je 100 mg/dl. Normální hodnoty se pohybují v rozmezí od 200 do 450 mg/dl. Hladina fibrinogenu v oběhu nesmí převyšovat spodní mezní hodnotu normálu, aby riziko tromboembolických komplikací bylo minimální. V případech závažného krvácení, například u předčasného odlučení placenty, se podává ihned 4–8 g fibrinogenu. U dětí se dávkování řídí podle tělesné hmotnosti dítěte a klinického stavu. **Kontraindikace:** Známa precitlivlost na některou složku přípravku. Prokázaná trombóza nebo infarkt

myokardu, kromě případů fatálního krvácení. **Zvláštní upozornění a zvláštní opatření pro použití:** U pacientů se známým výskytem alergických projevů je možné preventivní podání antihistaminik a kortikosteroidů. Po podání Haemocomplettanu P se pacienti musí pečlivě sledovat kvůli možnému výskytu příznaků trombózy nebo diseminované intravaskulární koagulace (DIC). **Poznámka pro pacienty v režimu diety s nízkým obsahem sodíku:** Haemocomplettan P obsahuje chlorid sodný, což by mohlo ohrozit pacienty v režimu diety s nízkým obsahem sodíku. **Virová bezpečnost:** V průběhu podání léčiv připravených z lidské krve nebo krevní plazmy nelze v plné míře vyloučit vznik infekčních onemocnění přenosem původců infekce. Totéž platí o patogenních původcích dosud neznámé povahy. **Těhotenství a kojení:** Bezpečnost použití Haemocomplettanu P v období těhotenství nebo kojení nebyla prokázána řízenými klinickými zkouškami. Experimentální studie na zvířatech nejsou dostačující z hlediska bezpečnosti vzhledem k reprodukci, vývoji embrya nebo plodu, průběhu těhotenství perinatálnímu a postnatálnímu vývoji. Haemocomplettan P se často používá při léčbě porodních komplikací. Žádná negativní zkušenost pro použití tohoto přípravku během těhotenství a kojení není k dispozici. Haemocomplettan P lze použít během těhotenství a kojení pouze po pečlivém uvážení. **Nežádoucí účinky:** Haemocomplettan P je obvykle dobře snášen, vzácně se mohou vyskytnout reakce alergické nebo anafylaktoidní

povahy a vzestup teploty. V případě alergoidních nebo anafylaktoidních reakcí bude podávání Haemocomplettanu P ihned přerušeno (například zastavením infuze). V případě nutnosti se zahájí příslušná léčba. Po podání koncentráту fibrinogenu z lidské plazmy je třeba mít na zřeteli potenciální riziko rozvoje trombotických příhod (včetně infarktu myokardu a plicní embolie). **Doba použitelnosti:** 5 let. Po rekonstituci byla fyzikálně-chemická stabilita stanovena na 8 hodin při pokojové teplotě (max. + 25 °C). **Zvláštní opatření pro uchování:** Uchovávejte při teplotě do 25 °C. Nezmrazujte. Uchovávejte lahvičku ve vnějším obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Druh obalu a velikost balení:** Infuzní láhev se suchou substancí určená k jednorázovému použití; Infuzní láhve uzavřené bromobutylovou zátkou, kovovým uzávěrem s plastickým víčkem. Věšáček z plastiku, papírová krabička, příbalová informace. **Velikost balení:** 1 infuzní láhev obsahující 1 g lidského fibrinogenu, 1 infuzní láhev obsahující 2 g lidského fibrinogenu. **Držitel rozhodnutí o registraci:** CSL Behring GmbH, Marburg, Německo. **Registrační číslo:** 16/395/93-C. **Datum první registrace/prodloužení registrace:** 19. 5. 1993 / 3. 3. 2010. **Datum revize textu:** 31. 3. 2010. 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. Haemocomplettan® P [company core data sheet], Marburg, Germany: CSL Behring GmbH; 2007. 2. O'Shaughnessy DF, Atterbury C, Bolton Maggs P, et al. Guidelines for the use of fresh-frozen plasma, cryoprecipitate and cryosupernatant. Br J Haematol. 2004; 126(1): 11–28. 3. Stainsby D, MacLennan S, Thomas D, Isaac J, Hamilton PJ. Guidelines on the management of massive blood loss. Br J Haematol. 2006; 135(5): 634–641. 4. Peyvandi F, Cattaneo M, Inbal A, de Moerloose P, Spreafico M. Rare bleeding disorders. Haemophilia. 2008; 14(suppl 3): 202–210. 5. Fenger-Eriksen C, Lindberg-Larsen M, Christensen AQ, Ingerslev J, Sørensen B. Fibrinogen concentrate substitution therapy in patients with massive haemorrhage and low plasma fibrinogen concentrations. Br J Anaesth. 2008; 101(6): 769–773. 6. Data on file. Postmarketing drug surveillance. Marburg, Germany: CSL Behring GmbH.

AKTUALITY

hladina albuminu je významným rizikovým faktorem mortality také u sepse. Hypoalbuminemii jako významný nezávislý prediktor akutního renálního selhání (ARS) a následného úmrtí v jeho důsledku prokázala metaanalýza 17 observačních studií s celkem 3917 pacienty, jejichž výsledky byly publikovány v roce 2010 (Wiedermann CJ et al.: Hypoalbuminemia and acute kidney injury: a meta-analysis of observational clinical studies. *Intensive Care Med* 2010; 36: 1657-1665).

Významná studie SAFE (*Saline versus Albumin Fluid Evaluation*) se zabývala srovnáváním vlivu podání 4% albuminu oproti fyziologickému roztoku na mortalitu a orgánové

funkce u pacientů s těžkou sepsí. Šlo o predefinovanou subpopulační analýzu randomizovaných klinických hodnocení vedených na celkem 16 JIP. Primárním cílovým ukazatelem byla úmrtí během 28 dnů po randomizaci, a to z jakéhokoli důvodu. U skupiny pacientů s těžkou sepsí (n = 1218) byl rozdíl mortality 13%, ve skupině, kde byla provedena multivariační analýza (n = 919) činil 29%, čili v obou případech byla úmrtí výrazně nižší s podáním albuminu oproti FR. Dále SAFE mimo jiné prokázala, jakou roli má albumin oproti fyziologickému roztoku v doplnění objemu. Albumin může poskytnout větší intravaskulární objem než FR, což se

projevuje snížením srdeční frekvence a zvýšením žilního tlaku. Konkrétně u pacientů, jimž byl podán albumin, došlo ke snížení srdeční frekvence ve dnech 1 (p = 0,002) a 3 (p = 0,03). Co se týče centrálního žilního tlaku, došlo k jeho zvýšení ve dnech 1-3 (p <

0,005 každý den). Albumin oproti jiným objemovým náhražkám, a to včetně koloidních, významněji snižuje riziko úmrtí.

Již zmíněná doporučení ESICM 2012 obsahují návrh, aby právě albumin byl zahrnut do resuscitačního postupu u pacientů v těž-

ké sepsi. Existují již důkazy o přínosu albuminu pro přežití oproti jiným koloidům, navíc má neutrální efekt na ledvinové a jiné orgánové funkce a prokázáno jsou u něj i možné nekonotické přínosy.

Jana Jilková

Vybrané léky v EU se označí trojúhelníkem

Označení na obalu v podobě černého převráceného trojúhelníku ponesou od podzimu všechny léky v Evropské unii, které vyžadují dodatečné sledování.

Nařízení Evropské komise vejde v účinnost 1. září 2013.

Zapojení pacientů

Symbol převráceného trojúhelníku má pacientům i zdravotníkům usnadnit identifikaci léčivých přípravků procházejících dalším monitoringem. Navíc bude doplněn textem vyzývajícím k hlášení nečekaných vedlejších účinků příprav-

ku. „Větší zapojení pacientů do systému hlášení nežádoucích účinků je důležitou součástí evropského systému farmakovigilance, který je již nyní jedním z nejprpracovanějších na světě.“ komentoval rozhodnutí evropský komisař pro zdraví a spotřebitelskou politiku Tonio Borg. Označení novým symbolem se bude týkat léčiv registrovaných po

1. lednu 2011 obsahujících novou účinnou látku, biologických léčivých přípravků (očkovací látky, přípravky z plazmy apod.) registrovaných po 1. lednu 2011, a léků, u nichž jsou i po registraci vyžadovány dodatečné informace, případně je u nich registrace spojena s podmínkami či omezeními vztahujícími se k jejich účinnosti či bezpečnosti.

(Zdroj: europa.eu)

(kha)

Pertuzumab registrován v EU

Evropská léková agentura (EMA) schválila užití pertuzumabu u pacientek s dosud neléčeným HER2-pozitivním karcinomem prsu.

Pertuzumab (Perjeta, Roche) je registrován v kombinaci s trastuzumabem a docetaxelem u dospělých pacientek s HER2-pozitivním metastatickým nebo lokálně rekurentním neresekabilním karcinomem prsu, jež dosud neabsolvovaly terapii anti-HER2 lékem nebo chemoterapií pro metastatické onemocnění.

Schválení EMA následovalo poté, co studie fáze III CLEOPARTRA (mezinárodní, randomizovaná, dvojitě zaslepená, placebem kontrolovaná, s 808 účastníky) prokázala u pacientek užívajících

kombinaci pertuzumabu a trastuzumabu prodloužení doby přežití bez progresu o 6,1 měsíce a snížení rizika úmrtí o 34% (ve srovnání s pacientkami s trastuzumabem a chemoterapií). Pertuzumab brání vytváření dimerů receptoru HER2 s ostatními receptory skupiny HER (EGFR/HER1, HER3, HER4) na povrchu buněk.

Léčivo je nyní kromě EU schváleno ve Spojených státech amerických a Švýcarsku. Výrobce očekává v průběhu tohoto roku registraci i v dalších zemích.

(Zdroj: Roche)

(red)

Další poznatky o dabigatran etexilátu

Časopis *New England Journal of Medicine* uveřejnil výsledky klinických studií RE-MEDY a RE-SONATE zkoumajících účinky dabigatran etexilátu v dlouhodobé prevenci hluboké žilní trombózy či plicní embolie.

Ve studii RE-SONATE snížil dabigatran etexilát (Pradaxa, Boehringer Ingelheim) ve srovnání s placebem riziko recidivy zmíněných dvou onemocnění o 92%, ve studii RE-MEDY prokázal dabigatran (oproti warfarinu) o 46% nižší riziko vzniku klinicky významného krvácení, včetně závažného, při současně srovnatelné účinnosti s warfari-

nem v prevenci rekurence žilních tromboembolií.

„Výsledky RE-MEDY a RE-SONATE naznačují, že dabigatran je vhodnou alternativou v prevenci opakovaného výskytu hluboké žilní trombózy a plicní embolie po první příhodě. Potvrzují účinnost a příznivý bezpečnostní profil dabigatranu zjištěný ve studiích RE-COVER,

v nichž prokázal podobnou účinnost a významné snížení výskytu klinicky významného krvácení ve srovnání s warfarinem v léčbě akutní žilní tromboembolie.“ komentoval výsledek profesor Sam Schulman z Oddělení hematologie a tromboembolismu Lékařské fakulty McMasterovy univerzity v Ontariu.

(Zdroj: Boehringer Ingelheim)

(red)

Inzerce A131003364

Jarní semináře o bolesti 2013 “ONKOLOGICKÁ BOLEST”

Informace

a přihlášky na: www.seminarebolest.cz



10. 4. 2013 (středa) Praha – FN Motol, kinosál, V Úvalu 84

od 16.00 **R. Rokyta:** Patofyziologie nádorové bolesti
J. Kozák: Farmakologická léčba nádorové bolesti
I. Vrba: Nefarmakologická léčba nádorové bolesti – invazivní a psychologické přístupy
J. Prausová: Příklad léčby bolesti u onkologického pacienta

15. 4. 2013 (pondělí) Plzeň – Šafránkův pavillon LF UK, Alej Svobody 31

od 16.00 **R. Rokyta:** Patofyziologie nádorové bolesti
J. Kozák: Farmakologická léčba nádorové bolesti
I. Vrba: Nefarmakologická léčba nádorové bolesti – invazivní a psychologické přístupy
J. Finek: Algické syndromy v onkologii
J. Lejško: Refrakterní nádorová bolest – role intervenční léčby

15. 5. 2013 (středa) Brno – Masarykův onkologický ústav, Žlutý kopec 7

od 15.00 **R. Rokyta:** Patofyziologie nádorové bolesti
J. Kozák: Farmakologická léčba nádorové bolesti
I. Vrba: Nefarmakologická léčba nádorové bolesti – invazivní a psychologické přístupy
O. Sláma: Management bolesti u pacienta v terminální fázi nemoci

5. 6. 2013 (středa) Hradec Králové – Výukové centrum LF HK, Sokolská 581

od 16.00 **R. Rokyta:** Patofyziologie nádorové bolesti
J. Kozák: Farmakologická léčba nádorové bolesti
I. Vrba: Nefarmakologická léčba nádorové bolesti – invazivní a psychologické přístupy
J. Fricová: Průlomová bolest u onkologických pacientů

Radiochirurgie X-nožem

– medicínsky i ekonomicky efektivní metoda

Klinika radiační onkologie LF MU a Masarykova onkologického ústavu v Brně používá metodu ozařování lineárním urychlovačem s mikrokolímátorem, která má srovnatelné léčebné výsledky jako jiné a mnohem dražší ozařovací systémy. Použití X-nožů je považováno za univerzálnější pro radiochirurgii i pro standardní 3D konformní radioterapii.

V současné době se v radiochirurgii nejvíce využívají X-nože, gama-nože, kybernetický nůž (*cyber-kniž*) a tomoterapie. Zvláštní kapitolou je pak protonová terapie. Prvně jmenované systémy jsou co do přesnosti léčby zářením i terapeutických výsledků ekvivalentní. Navíc jsou v řadě diagnóz zpravidla srovnatelné i s protonovou terapií, z hlediska šetrnosti vůči zdravým tkáním v okolí ložiska.

Výhodou X-nože je jeho univerzálnost, neboť při patřičném vybavení lze tímto systémem provádět radiochirurgické výkony nejen v oblasti mozku a krku, ale také v ostatních anatomických částech těla (což u gama-nože nelze a u kybernetického nože ne vždy). Navíc X-nůž může – kromě radiochirurgických výkonů – provádět konformní 3D radioterapii, tedy běžné ozařování pacientů s nádory prsu, plic, konečníku apod.

V praxi a podmínkách České republiky jsou systémy X-nožů racionálnější než jiné a mnohem dražší ozařovací přístroje. Spektrum jejich radiochirurgických výkonů zahrnuje většinu výkonů gama-nože a kybernetického nože – zjednodušeně řečeno – dohromady.

Nejčastější cíl – mozkové léze

Radiochirurgie patří mezi nejmodernější radioterapeutické metody, kterými se aplikuje vysoká dávka záření do malých objemů s využitím přesné lokalizace cílového objemu bez přímé vizuální kontroly a s prudkým poklesem dávky do okolí. Nejvíce se uplatňuje v léčbě mozkových lézí, ale poslední dobou se stále více využívá v léčbě inoperabilních nádorových ložisek v plicích, játrech, prostatě aj.

Při radiochirurgii se záření aplikuje jednorázově nebo v několika málo frakcích (3–5), což „napodobuje“ chirurgický výkon. Na rozdíl od operace však trvá několik

týdnů až měsíců, než je nekrotizovaná léze po ozaření reparativními procesy odstraněna či fibrotizována. Léčebný efekt tedy není okamžitý, zpravidla se dostaví za 2 a více měsíců.

V Masarykově onkologickém ústavu v Brně je X-nůž pro radiochirurgické výkony v oblasti mozku v provozu již 7 let a pro radiochirurgii ložisek mimo hlavu 2 roky. Na Klinice radiační onkologie LF MU a MOÚ bylo od července 2004 do června 2011 ozařeno 103 pacientů s diagnózou primárního mozkového nádoru a 56 pacientů s metastatickými ložisky v mozku. U těchto pacientů byly zhodnoceny léčebné výsledky.

Histologicky byly nejčastěji zastoupeny meningeomy (48 %), dále pak *high-grade* gliomy (26 %). *Low-grade* gliomy byly ozařovány v 10 případech (10 %) a u osmi pacientů byl diagnostikován tumor mostomozekového koutu (8,1 %). Dále byli léčeni pacienti s těmito diagnózami: 2x kraniofaryngeom, 2x nádory ORL oblasti, 1x adenom hypofýzy, 1x nádor v *plexus choroideus*. Ve třech případech se jednalo o neuralgii trigeminu, zde byla radiochirurgie 100% úspěšná.

Přísné posuzování prospěšnosti

Na základě provedené analýzy přežití byly nejlepší výsledky zaznamenány u pacientů s meningeomem (5letého přežití dosahovalo 70 %), nejhorší výsledky vykazovali pacienti s diagnózou *high-grade* gliomu (5 let od zákroku se jich dožilo 10 %). Léčebné odpovědi u pacientů s mozkovými metastázami jsme dosáhli v 55 % a stabilizace u dalších 16 % pacientů. Toxicita léčby byla mírná, akutní toxicita G1 byla zaznamenána u 8 pacientů (8 %), pozdní jen u jednoho (1 %). Radionekróza na MRI snímcích byla diagnostikována u 4 pacientů (4 %).

Uvedená data z našeho pracoviště prokazují srovnatelné výsledky v porovnání s jinými specializovanými ozařovacími systémy pro radiochirurgii.

Pacienti, kteří podstoupili radiochirurgické ozaření, byli pro tuto léčbu doporučeni multioborovou komisí pro mozkové nádory ve složení: neurochirurg, radiodiagnostik, radiační a klinický onkolog, neurolog. Ozaření bylo provedeno fotonovým svazkem na lineárním urychlovači s mikrokolímátorem (X-nůž).

Mohlo by se zdát, že počet radiochirurgických výkonů je nízký, nicméně výběr pacientů pro radiochirurgii v MOÚ podléhá přísnému posouzení a objektivnímu zhodnocení prospěšnosti tohoto ozaření, zvláště po onkologické stránce. Na to se na některých jiných pracovištích často zapomíná a je preferována hlavně ekonomická výhoda tohoto způsobu ozařování.

Mohlo by se zdát, že počet radiochirurgických výkonů je nízký, nicméně výběr pacientů pro radiochirurgii v MOÚ podléhá přísnému posouzení a objektivnímu zhodnocení prospěšnosti tohoto ozaření, zvláště po onkologické stránce. Na to se na některých jiných pracovištích často zapomíná a je preferována hlavně ekonomická výhoda tohoto způsobu ozařování.

4D-CT vyšetření

Klinika radiační onkologie LF MU a MOÚ byla prvním pracovištěm v České republice, jež provedlo radiochirurgický výkon u jaterní metastázy (červen 2010) a metastázy v obratlicích (září 2010). Pro extrakraniální radiochirurgii v Masarykově onkologickém ústavu využíváme moderní technologii aplikace dávky záření kyvem, při které svazek prochází přes měnící se tvar lamel v hlavici přístroje (kolímátor) v průběhu otáčení urychlovače kolem pacienta (Varian iX, technika Rapid Arc, tzv. VMAT).

K ověření správnosti polohy pacienta a přesného zaměření nádorového ložiska se používá CT přístroj, který je přímou součástí lineárního urychlovače. Po uložení pacienta do ozařovací polohy je získán 3D obraz aktuálního cílového objemu, který je následně srovnán s 3D obrazem z plánovacího CT vyšetření. Případné odchylky jsou vyrovnány posunem ozařovacího stolu.

V souladu s recentními studiemi preferujeme při plánování ozaření 4D-CT vyšetření, které umožňuje identifikovat polohu ná-

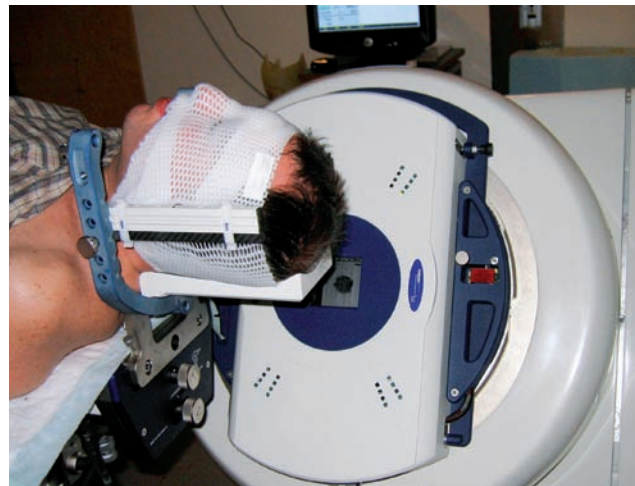


Foto: archiv MOÚ Brno (se souhlasem pacientů)

dorových ložisek v jednotlivých fázích dechového cyklu pacienta. Vlastní ozaření technikou statických polí trvá asi 10–15 minut, technikou Rapid Arc asi 5–8 minut. Radiobiologicky má tento způsob ozaření větší letální účinek než protražované ozaření stejnou dávkou trvajícím několik desítek minut.

Extrakraniální radiochirurgie jako paliativní metoda

Zatím jsme ozařili 78 pacientů, nejvíce pro metastatické postižení jater a pro plicní ložiska (celkem 56 nemocných). První hodnotitelné výsledky extrakraniální radiochirurgie na naší klinice, zvláště v léčbě jaterních metastáz a plicních ložisek, jsou nad očekávání výborné, léčebná odpověď se dostavila až v 90 %. Tento závěr je však z onkologického hlediska nutné brát relativně; pacienti zpravidla záhy metastazují

v jiných lokalitách. Jedná se však o celkem efektivní a neinvazivní paliativní metodu. A také o relativně levnou léčbu ve srovnání se systémovou protinádorovou terapií, především biologickými preparáty.

Závěrem lze konstatovat, že radiochirurgie X-noží má srovnatelné léčebné výsledky jako jiné a mnohem dražší speciální systémy pro ozařování. Navíc je její použití univerzálnější – jednak v radiochirurgii u všech anatomických lokalizací a jednak pro standardní 3D konformní radioterapii. Je nelogické, že cena radiochirurgických výkonů X-nožem je v Česku zdravotními pojišťovnami hodnocena méně než srovnatelné výkony jiných systémů. Ale to už je jiná kapitola, nad rámec tohoto sdělení.

Kam směřuje dětská onkologie ve 21. století?

12. února proběhlo v Akademickém klubu ve Faustově domě v Praze další z klubových setkání členů České lékařské akademie. S přednáškou tentokrát vystoupil, přednosta Kliniky dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol v Praze **prof. MUDr. Jan Starý, DrSc.**, který nabídl přehled pokroků medicíny ve svém oboru za posledních 50 let.

Dětská onkologie patří mezi nejmladší medicínské obory, avšak i přes relativně krátkou dobu své existence zaznamenala dramatické zlepšení celkového přežití, nemajíc podobné srovnání v ostatních oborech medicíny. Šance na vyléčení dítěte a dospívajícího se zhubným nádorem je v současnosti více než 80%.

Jak přednášející dodal, jedná se také o malý obor – ročně je u nás z onkologické příčiny léčeno zhruba 350 dětí a dospívajících (v Evropě je to 12 až 15 tisíc). Uvedl však rovněž, že incidence stoupá, i když je to ročně zhruba „jen“ o jedno procento – stále se ovšem jedná o trvalý nárůst těchto onemocnění v dětské populaci.

Specifika pacientů dětského věku

Profesor Starý dále upozornil na to, že vymezení dětské onkologie vůči klasické klinické onkologii je založeno na poznání zásadních rozdílů mezi nádory dětského a dospělého věku – rozložení i biologie nádorů jsou velmi odlišné. Spektrum histologických typů nádorů se tedy výrazně liší od spektra nádorů jiných věkových kategorií. Karcinomy typické pro dospělý věk jsou u dětí a dospívajících velmi vzácné. Zcela odlišná je incidence dětských a juvenilních nádorů, jejich etiologie, biologické chování a s tím související klinické dopady. Rovněž je nutné respektovat specifika dětského věku (růst, funkční vývoj orgánů atd.).

Následně prezentoval zastoupení nádorů u dětí – na prvních třech místech jsou to leukemie (asi jedna třetina z celkového počtu), nádory CNS (asi čtvrtina) a lymfomy (zhruba 13 %). Zatímco prognóza dětí s maligními lymfomy a leukemiemi se stále zlepšuje, výsledky léčby solidních nádorů podle profesora Starého od poloviny 90. let stagnují. Naději v této oblasti představují pokroky v molekulární genetice a aplikace cílené léčby založené na poznání biologie nemoci.

Mimořádné pokroky v léčbě lymfomů

Přednášející pak krátce zmínil historii oboru v České republice, v níž zdůraznil zejména obrovský posun, který prodělal od 50. let minulého století. Připomněl především zakladatele Pracovní skupiny dětské hematologie (PSDH) profesora Otto Hrodka a zakladatele oboru dětské onkologie v tehdejší Československu (1964) profesora Josefa Kouteckého.

Zpočátku byla díky nástupu ozařovacích metod z celého spektra onkologických onemocnění vyléčitelná pouze část nemocných s Hodgkinovým lymfomem (HL). Efekt léčby zářením je u HL znám od počátku 20. století. Přesto zásadní zlom v prognóze pacientů s HL byl dosažen až od 60. let minulého století se zařazením chemoterapie do léčebných schémat.

U Hodgkinova lymfomu je tak nyní úsilí soustředěno především na snížení výskytu obávaných pozdních následků léčby. Pediátri jako první zhodnotili tato rizika u dětí s HL a zareagovali úpravou léčebných postupů. Dávky záření byly sníženy a ozařovací pole zúženo na tkáň postižené nádorem. Kumulativní dávky toxických léků byly rovněž sníženy a některé nejrizikovější léky nahrazeny. Většina pozdních následků léčby tak byla eliminována. Jedním z přetrvávajících rizik je porucha spermiogeneze. Proto je doporučován odběr a kryokonzervace semene před léčbou tam, kde je to vzhledem k věku pacienta možné. U dívek je prováděna hormonální blokáda pohlavních žláz po dobu intenzivní léčby, která snižuje riziko ireverzibilního poškození a předčasné menopauzy.

U ne Hodgkinových lymfomů dnes zařazování monoklonálních protilátek do terapeutických schémat dává naději na vyléčení až 90 % dětí při snížení akutní toxicity léčby těchto vysoce maligních nádorů, jejichž současná excelentní prognóza je jedním z nejpřesvědčivějších příkladů mimořádného



Foto: Jaroslav Tábek

pokroku dětské onkologie ve druhé polovině 20. století.

Úspěchy v léčbě akutní lymfoblastické leukemie

K prvním rozhodnutím zmíněné PSDH patřilo sjednocení léčby dětí s nejčastějším zhubným nádorovým onemocněním – akutní lymfoblastickou leukemií (ALL) podle německých protokolů BFM (Berlin-Frankfurt-Münster) ve všech zdejších centrech. Výsledky léčby dětí s ALL v té době v Československu zůstávaly za výsledky západoevropských zemí a vyléčit se dařilo jen přibližně 30 % pacientů. Volba respektovaných německých protokolů kombinované chemoterapie se ukázala jako velmi prozíravá. Již prvním léčebným schématem ALL-BFM83, používaným v letech 1985–1990, se podařilo vyléčit více než 60 % dětí. Léčebným schématem ALL-IC BFM 2002 bylo v letech 2002–2007 léčeno více než 300 dětí a podle stávajících výsledků je nepochybné, že vyléčit se podaří více než 85 % z nich.

Přestože nebylo do iniciální léčby ALL v posledních třiceti letech zařazeno žádné nové cytostatikum, její prognóza v akademických randomizovaných klinických studiích dosahuje stále lepších výsledků – zapojují se univerzitní nemocnice (dnes už i v rámci I. a II. fázi klinických studií),

optimalizuje se mezinárodní spolupráce. Díky tomu klesl výskyt relapsu pod 15 % a významně se zlepšily i výsledky léčby včasnou indikací transplantace kostní dřeně (u tohoto léčebného postupu se rovněž zásadně zlepšily výsledky při volbě nepřibuzných dárců). Nově zaváděná monoklonální protilátka blinatumomab slibuje zapojením T lymfocytů do imunologické likvidace chemorezistentních leukemických buněk tyto výsledky ještě dále zlepšit. Rutinní hodnocení léčebné odpovědi molekulárními metodami na úrovni minimální reziduální nemoci umožňuje individualizovat léčbu podle výše rizika.

Naděje vkládaná do epigenetické léčby

Možnost transplantace kostní dřeně nepochybně zásadním způsobem změnila prognózu dětí s juvenilní myelomonocytární leukemií a myelodysplastickým syndromem – onemocněními chemoterapií nevy léčitelnými. Přesto však 30 % těchto pacientů prodělává relaps i po transplantaci. Naději na zlepšení výsledků představuje epigenetická léčba obnovující funkci hypermethylací umlčených tumor supresorových genů ovlivněním redukce nádorové masy před transplantací. Na rozdíl od hematologických malignit se naděje vkládané v 90.

letech do transplantace kostní dřeně při léčbě solidních nádorů s výjimkami nenaplnily a většina takto léčených pacientů prodělala relaps základního onemocnění. 90 % dětí, které byly vyléčeny transplantací kostní dřeně, navíc postihují pozdní následky této léčby. Uvážlivá indikace k tomuto mimořádně náročnému léčebnému zákroku a optimalizace předtransplantačních přípravných režimů jsou tedy nutností.

Protinádorová imunoterapie jako náhrada za transplantaci?

Inhibitor konstitučně aktivované tyrosinkinázy – imatinib – podle profesora Starého zcela změnil osud nemocných s chronickou myeloidní leukemií, kde až do nástupu tohoto preparátu existovala pouze jediná alternativa – transplantace kostní dřeně. Navíc se pro pacienty otevřela i šance mít potomky, tedy možnost, kterou transplantace za stávajícího stavu poznání významně snižuje.

Současně s neočekávaným úspěchem imatinibu se ovšem objevila řada nových otázek: Je správné vypustit v pediatrii transplantaci kostní dřeně z časných léčebných postupů, vsadit na (zřejmě) celoživotní léčbu imatinibem a indikovat transplantaci pouze při jejím selhání? Samozřejmě zde ještě přistupují faktory tolerance a adherence k této léčbě, jež jsou zcela individuální. Do budoucna lze očekávat vývoj dalších generací zmíněných inhibitorů, ale rovněž je třeba počítat s existencí genových mutací, které patrně nedokáže zcela ovlivnit ani třetí generace těchto preparátů.

Mimořádný úspěch imatinibu v cílené léčbě leukemie zatím podle autora sdělení nelze reprodukovat u solidních nádorů, které nejsou – jako u chronické myeloidní leukemie – vyvolány pouze jednou abnormálně aktivovanou signální dráhou. V léčbě nejčastějšího dětského solidního nádoru mimo centrální nervový systém – neuroblastomu – je tedy nadále používána kombinace intenzivní chemoterapie, ozáření a transplantace kostní dřeně u velmi malých dětí, s vysokým rizikem pozdních následků léčby u vyléčených, kterých je nadále méně než těch, kde tato

pacienty mimořádně zatěžující léčba selhala.

Celogenomové molekulární metody – výhled do budoucna

Nádory mozku tvoří 20 % dětských nádorů. Jedná se o velmi heterogenní skupinu onemocnění, které spojuje poznání, že vyléčení není jediným cílem jejich léčby. Pro tyto děti, léčené náročnými neurochirurgickými výkony, ozářeními a chemoterapií, představují kvalita života, soběstačnost, úspěch v osobním a profesním životě nedílnou součást komplexní onkologické péče. Celogenomové molekulární metody i zde mění tradiční diagnostické a léčebné přístupy. Nejčastější maligní nádor mozku u dětí – meduloblastom – je nově dělen podle histologických nálezů do čtyř typů s odlišnou prognózou, dle postižených signálních drah. Profesor Starý dodal, že lze očekávat, že tento poznatek bude v blízké budoucnosti zohledněn v podobě individualizované léčby podle molekulárního podtypu nádoru.

Excelentní výsledky terapie dětských nádorů dle jeho slov paradoxně komplikují zavádění no-

vých léčebných přístupů. Není proto dostatek pacientů pro realizaci klinických studií fáze I a II, panují obavy z deeskalace léčby prognosticky příznivých nádorů za účelem snížení její akutní a pozdní toxicity. Preparáty cílené léčby se tak do terapeutických schémat dětských nádorů dostávají ve srovnání s dospělými pacienty výjimečně a opožděně.

Dosazování dalších neznámých do rovnice poznání

Nástup nové generace monoklonálních protilátek, které jsou již ve III. fázi klinického zkoušení, jistě přinese rychlejší nástup účinku a hlubší ovlivnění na molekulární úrovni. Stále zde ovšem existují genové mutace, které nedokáží ovlivnit ani tyto léčebné přípravy.

Otevřená také nadále zůstává řada otázek: Změní nyní do diagnostiky široce zaváděné celogenomové molekulární metody léčebné přístupy k dětským nádorům? Nahradí protinádorová imunoterapie transplantaci kostní dřeně s jejím potenciálem vyléčit jinak léčebně neovlivnitelná onemocnění, ale za cenu vysoké toxicity



Štafeta české dětské onkologie – prof. Josef Koutecký a jeho nástupce prof. Jan Starý. | Foto: Leoš Chodura

a pozdních následků postihujících 90 % dětí? Najdou dětští onkologové odvahu kombinovat v pediatrii tak úspěšnou konvenční chemoterapii s cílenou léčbou a pokusí se touto cestou snížit akutní i pozdní toxicitu léčby?

Jak profesor Starý v závěru shrnul, k velkým pozitivům patří, že lékařský výzkum stále více pro-

niká k podstatě chorob, výsledky léčby se trvale zlepšují a stoupá tak počet dospělých úspěšně vyléčených z nádorového onemocnění v dětství. Tito lidé ovšem čelí zvýšenému výskytu pozdních následků léčby, sekundárních nádorů a různým psychosociálním problémům. I v 21. století proto zůstává hlavním úkolem dětské-

ho onkologa každodenní intenzivní péče o život ohrožující onemocnění jeho dětských pacientů. Odrazem této snahy je i projekt „Můj nový život“, spočívající v pořádání putovních výstav fotografií léčených a vyléčených dětí, ze kterých vyzařuje příznivá nálada, statečnost a odvahy.

Jaroslava Sládká

Sexuologové nabízejí pomoc onkologickým pacientům

U pacientů po některých onkologických operacích se často objevují problémy v sexuální oblasti. Pomoci by jim měla první ambulance onkologické sexuologie v ČR otevřená ve Fakultní nemocnici Brno.

K myšlence vzniku ambulance brněnské sexuologie přivedla úzká spolupráce s chirurgickou klinikou fakultní nemocnice. „Chirurgie je při léčbě onkologických onemocnění zlatým standardem, ale má za následek řadu komplikací. Jednou z nich jsou poruchy sexuálních funkcí – pokud má pacient zájem méně potíže řešit, spolupracujeme se sexuologickým oddělením,“ uvedl primář Chirurgické kliniky LF MU a FN Brno doc. MUDr. Igor Penka, CSc., podle nějž je taková spolupráce určitým nadstandardem, který není všude u nás běžný.

Nejde o diagnózu

Problémem je ale často právě samotný postoj pacientů. „Léčba a operace mění kvalitu partnerského vztahu a vztahu člověka k sobě samému. Lidé se domnívají, že po onkologickém onemocnění už nemají mít nárok na pl-

nohodnotný sex, přijímají jako fakt, že to patří k diagnóze a léčbě,“ vysvětluje MUDr. Taťána Šrámková, CSc., ze sexuologického oddělení FN Brno. Sexuální funkce, které jsou v důsledku nemoci a léčby porušeny, přitom vyžadují léčbu a rehabilitaci. Podle doktorky Šrámkové platí, že čím dříve se začnou sexuální poruchy léčit a řešit, tím větší je šance na úspěšný výsledek. Důležitá je při tom i podpora partnera nebo partnerky, onkologicky nemocným totiž často brání v komunikaci o sexu stud.

Ambulance onkologické sexuologie je určena všem, u nichž onkologické onemocnění vedlo k poruchám sexuálních funkcí, ztrátě potěšení ze sexu nebo se v této souvislosti objevily partnerské problémy. Potíže se týkají především mužů po operaci zhoubného nádoru tlustého střeva, konečníku nebo prostaty, u žen jde

o karcinom prsu. Četnost výskytu těchto onemocnění je přitom v České republice velmi vysoká a navíc se posouvá do mladších věkových kategorií. V důsledku komplexní léčby nádoru prostaty u nás trpí až 80 % mužů poruchou funkce ztopoření, stejný problém mají čtyři z deseti mužů s nádorem střeva a konečníku. Problematika se týká i žen po operacích karcinomu prsu, důsledkem chirurgického zásahu jsou totiž negativní emoce a následně potíže v sexuální oblasti.

Komplexnější péče než na klasické sexuologii

Poruchy erekce se na sexuologickém oddělení FN Brno léčí standardně například u pacientů po poranění míchy. Jde o tabletovou léčbu, při níž se používají účinné inhibitory fosfodiesterázy-5 (iPDE5) – tato terapie účinkuje přibližně v 80 % případů, a pokud

není úspěšná, používá se injekční léčba – při ní se dosahuje efektu ve více než 90 % případů. Nově zřízená poradna onkologické sexuologie FN Brno ovšem poskytuje širší péči a v týmu jsou zastoupeny různé odbornosti. „Šlo nám o to, aby péče byla centralizovaná a komplexní. O pacienty se postará tým, v němž kromě lékaře působí psycholog, gynekolog, psychiatr, sexuologové, internisté a endokrinolog. Někdy provádíme i párovou terapii,“ vysvětluje komplexnost přístupu primářka sexuologického oddělení FN Brno MUDr. Petra Sejblová.

Zároveň je podle ní důležité povědomí odborné i laické veřejnosti o možnosti řešit sexuální problémy onkologických pacientů. Chirurgové soustředění na onkologický problém nemusejí mít vždy dost prostoru i na řešení potíží souvisejících s následky léčby. Podle odborníků z brněnské ambulance je proto třeba, aby lékaři věděli o možnostech sexuologické léčby a mohli pak pacienta správně nasměrovat. „V rámci medializace jsme připravili informač-



Prim. MUDr. Petra Sejblová.

| Foto: David Daniel

ní leták a vznik nové ambulance jsme prezentovali na sexuologických kongresech apod. Informace lze získat i na webových stránkách Fakultní nemocnice Brno,“ říká Taťána Šrámková. Sexuologické oddělení FN Brno má nasmlouvané výkony se zdravotními pojišťovnami a pacientů hradí jen regulační poplatky; pokud jde o medikamenty, léky na poruchu erektilní funkce si musí hradit sami. Ambulance onkologické sexuologie v Brně pracuje na Vinařské ulici 6, telefonické objednání je možné na číslo 543 184 343 a lékařské doporučení není třeba.

David Daniel

V zemi silných řečí a slabých činů

Motto: Vede-li tě skuhrající havran, dojdeš k mršině.

(arabské přísloví)

Kontinent negativní deviace

Odchází Václava Klause bylo nedůstojné a bolestivé jako bříšně kolika. Hovořil víc o sobě než o stavu země a opět přepočítal všechny své nepřátele včetně fiktivních. Poté namísto formálně společenského rozlučení vynadal vládě v přímém přenosu. Naštěstí však na samém konci trochu prohlédl. Spadly mu šupiny z očí a pravil, že Hájek se zbláznil. Hned poté se po svém letitém horlení proti nevládním organizacím (tzv. NGOismus) rozhodl strávit podzim života ve dvou z nich. Jednu sám založil a ve druhé se stal členem. Mám na mysli Institut Václava Klause v Praze a Cato Institute ve Washingtonu, DC. Jo, jo, jsou to paradoxy. Odříkaného chleba největší krajíc. Další deset let zdravé moci – prostě diety a s mužem bizarních výroků, který se kochal sám sebou, bude zase všechno v pořádku. Alespoň zhruba. Jeden nesmí ztrácet víru v lepší příští.

Ani Zemanova inaugurace nebyla příliš důstojná. Proč se dopřít tihle lidé nenaučí chovat trochu na úrovni? Ihned zaútočil na média a postavil je do jedné řady s mafii a nácky. Je to demagogický nesmysl. Sice má právo na názor, jenom se to ke slavnostní prezidentské inauguraci zánrově nehodí. I přes pochopitelný aplaus přítomných politiků napříč stranami. Respektuji jeho svobodu slova, ale já mám zase svobodu hodnotit každého podle toho, jak svou svobodu užívá. Nemá on nakonec v novinářů strach? Muž soudně usvědčený ze lži ve volební kampani, jejíž financování stále není definitivně vyjasněno, může skutečně mít důvod silný jako stehno.

Je však nutné mít pro tyhle věci cit. Kdy, kde a co. Jako že montérky se nehodí do divadla a plavky na pohřeb. Proč se to někde nevyučuje? Krom toho tu přichází otázka taktiky. Opravdu chytrá husa nezakejhá, ani když je potrefena. Nebo lépe – přestože je potrefena.

I já se tak trochu řadím mezi negativně deviantní ostrovy a pokládám si Zemanovu klasifikaci za čest. Jakmile otevřel ústa, nabyl jsem jistoty, že stojím na správné straně. A jistoty, to je, přátelé, to, čeho je nám v tomto rozbouraném světě nejvíce třeba.

Pan prezident bohužel pozapomněl ne na ostrov, ale přímo na kontinent negativní deviace, jemuž se u nás říká politika. Přeskočíme-li několik úctyhodných výjimek, žije na tomto souostroví mnohem více hlupáků, sociopatů a zejména kriminálních, než se kdy může najít mezi žurnalisty.

V Babovřeskách s hnojem na gumákách

Leč mohlo by být hůř. To takový komický vysloužilce – bývalý Táta pracujících – Falbr se nežinýruje a mluví rovnou o *novinářských bibečcích*, protože mají odlišný názor na kubánského mordýře Che Guevaru, kdežto Škromach mluví o paní Peake jako o *pijavici*. Zjevně gentleman ze staré školy, jen oklepat hnůž z gumáků.

I premiér má máslo na hlavě, když komentuje inteligenci předsedů senátu. I kdyby měl stokrát pravdu, ať nebere práci nám, komentátorům. K nejvyšším ústavním činitelům tyhle pindy prostě nepatří. Je to degradace. Jednoduše řeknu, že kolega podle mého soudu nemá pravdu, pak se kousnu do zadku, zadržím dech a počítám do deseti. Mohu parirovat vtípně, ale slušně. Jenže tenhle rozdíl my tady v Babovřeskách právě nepoznáváme. Chce to aspoň základní *Kinderstube*, když už chybí vrozená noblesa. A trénovat rozpoznávací i ovládací schopnosti.

Odstrašujícím příkladem tu budí kolega MUDr. Boris Šťastný, který pravil, že Jiří Dienstbier je *sociopat a kretén*. Jako prefrontální pacient, který metá kolem vlastní stolici. Fuj, fuj. Asi si plete správu věcí veřejných s klukovskou pranicí na školním záchodě. Řekni mi, jak se vyjadřuješ o druhých, a já ti povím, co jsi zač, tak by se dalo modifikovat staré úsloví. Toto je tedy, přátelé, úroveň české politické třídy, již si každé čtyři roky najímáme ve výběrovém řízení, aby pro nás spravovala naši ztýranou zemi. Za co, pane Bože, za co...

Zrcadlo našeho barbarství

Pořád jsme teprve na začátku procesu debarbarizace. Kromě beznadějně nesocializovatelných



MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

případů. S přihlédnutím k takové sbírce jedinců na tom Česká republika není v globálu zas až tak špatně. Je to překvapení. Zřejmě vydržíme víc, než se zdá. Co bychom také chtěli? Jako obrozený národ jsme vyšli z chalup, a sotva jsme

si stihli vytvořit jakés takés nepříliš hluboko zakořeněné elity, přišly tři vlny jejich negativní selekce. Co zbývá? Převažují polovýhodní politici. A velmi smššní. Což ale z jiného aspektu zas není žádná sranda. Někteří jsou i potenciálně nebezpeční.

Ono pak není divu, že tuhle infekci chytanou i obyčejní lidé. Například jistý celkem známý kolega napsal do komorového časopisu, že *pan ministr je stejně hovado jako Kalousek nebo kdokoli jiný v naší pseudopravicové vládě*. A oni to skutečně otiskli. Děs a běs. Domnívám se, že psychiatr s psychoterapeutickými ambicemi a ex-primář, tedy žádný nezralý zajíc, měl by umět ovládat minimálně sebe sama jakožto elementární profesní předpoklad.

Je na to jedna dobrá rada: Než u nás člověk cokoli plácne, měl by provést kontrolu zpětným překladem přes nějaký cizí jazyk, pokud možno spíše západnější proveniencí. Je to bezvadně zrcadlo, zkuste si to sami. Představte si, jak se kupříkladu v *Deutsches Ärzteblatt* dočítáme, že *der Bundesminister für Gesundheit ist ein Schweinkerl*. Ano, máte pravdu. Tak daleko máme k civilizaci. Mnohem dál než bušmeni ke splachovacímu záchodu.

Politické rozštěpy mysli

Bohuslav Sobotka před sjezdem: „Už jsme v opozici osm let a dlužíme našim (auf Tschechisch: svým) voličům úspěch.“ Překlad: Svým funkcionářům koryta. Hospodáři štedrovku a flek jeho družce. Stranické pokladně po dítě zně. To hlavně. Protože ČSSD dluží 16 milionů jako výsledek svého hospodaření. Příští rok se stanou hospodáři celé země...

Jinak se zdá, že ČSSD je odsouzena reprodukovat historii svých bývalých spolupachatelů s jejich ničivě patologickým vztahem k prezidentovi-expředsedovi-veleknězi. Navíc na sjezdu ČSSD prasklo, že Miloš Zeman vůbec

nepochopil roli a postavení hlavy státu, což je u novopečeného prezidenta silně na pováženou. Plyne to z jeho schizofrenního výroku, že jako prezident je nadstranický, ale jako občan přeje vítězství socialistům. Jedno oko nezůstalo suché. Absurdní. Než tohle pokrytecké matení pojmů, to raději transparentně stranický prezident.

Prezident je prezidentem 24 hodiny, 7 dní v týdnu. Je prezidentem, i když spí nebo si ulevuje na záchodě. Nemůže se z té role vyhat podle momentální potřeby a být tu dr. Jekylllem, tu zase panem Hydem. Jeho občanství a prezidentsví jedno jest. Pokud si to tak nepřál, pak neměl kandidovat. Takže tak.

Silně mě zaujal novinový titul k článku o volbách po italsku: „Italským politikům zničil naděje populistický komik.“ Nesmějme se jim, může se nám to stát taky. Takových máme... Například Radek John, muž nevidané trapnosti a obdobného rozštěpu mysli, propojující pokleslou žurnalistiku a stihomam s parodií na politiku, možná ještě neřekl své poslední slovo. Musí totiž na televizním kanálu druhé kategorie „zabránit uskutečnění zločinných úmyslů vlády“. Na stráž!

Nesrozumitelný rozmar Západu?

Pak jsem si to všechno dal do souvislosti vyššího řádu a zmrzl mi úsměv na rtech. Kdo jsme my sami a kdo nám – zcela logicky – vládne? Zlé býlí raší všude. Tu z jedněch, tu z druhých úst. Pozor, aby se nespojily v jeden širý proud. Málokdo si všiml, ono to bylo takové plíživé, ale v Maďarsku jako v první z transformujících se postkomunistických zemí už demokracie padla. Orbán jde ve šlépějích admirála Horthyho, i když jeho boty jsou mu naštěstí pořád ještě dost velké. Jejich společná inspirace je však jasná: Benito Mussolini. Socialista, který vynalezl fašismus. Země v naší těsné geografické i historické blízkosti se přeměnila v autoritativní systém s polodiktátorem a státostranou v čele, umlčenými médii, ovládnutou justicí včetně ústavní, neústavní ústavou, podrobenou centrální bankou a rezignovaným národem. Všechny ostrovy negativní deviac

ace se tam slily v jedno velké souostroví. Souostroví Gulag.

Pro řadu lidí v těchto zemích je demokracie nežádoucím přívažkem, nesrozumitelným rozmarem Západu, cizorodým břemenem, které tu nikdo nepotřebuje, neumí konzumovat a v případě zániku nikdo neopláče. Vzorem je Rusko – autokrat, neformální procesování moci přes zájmové skupiny, formální parlament, zkrocená média a řízená justice. Sledujte to a zjistíte, kolik lidí by u nás mělo chuť. Možná si to takhle komplexně a konvergentně k jasnému výsledku vůbec neuvědomí. Jeden blábolí cosi o mediokracii, jiný o soudcokrácii, další by rád pevnou ruku, která bude jasně a jednoznačně rozhodovat. A když se ruka k ruce vine, tak se dílo podaří. Chtěli jsme svobodu, ale pak jsme se podívali na cenovku a přčetli si všeobecné pojistné podmínky. Snad bychom ji koupili v akci, ale za tuhle cenu? Dejte pokoj, pani!

Jako konina v lasagních

Může se to stát kdekoli. EU to nevytrhne. Je slabá jako mravenec po mrtvici. Důsledky recese, záměna příčin a následků, destruktivní rozčilení lidí jako v Bulharsku (anebo pomalu i u nás), silný vůdce, extenzivní výklad ústavy, normalizační reakce lidí i na nevelký tlak a je vymalováno. Všechny formální demokratické instituce zůstanou na místě. Jen obsah se vypaří. Snadně jako sfouknout pampelišku. To bude teprve velezrada!

Ani to hned nepostřehneme. Nebo podceníme. Přijde to skrytě jako konina v lasagních. Věci obvykle začínají zlymi slovy (Klaus, Zeman) a skončí zlymi činy. Prý s bankami, prý s médii, prý se vzděláním aneb hurá do učňáků, prý se zbohatlíky, prý s Židy a Romy, nic než národ a všechny kuličky jsou v důlku. Stará historická zkušenost. Jak se ten mlýn roztočí, už neumí nic jiného než gradovat. Silný muž nebyl původně zlý člověk a neplánoval zajít až tak daleko. Jenom kousek. Myslel to dobře, ale sáhl ke špatným prostředkům, které účel neposvětil. Pak celý systém strhne proud o vlastní vnitřní logice a diktatura eskaluje. Od jisté hranice je proces nevratný. Kdo jede na tygru, nemůže seskočit.

Dokonce nemusí jít ani o silného muže, je-li do takové pasti vhodně vmanévrován. Tak svět funguje od nepaměti. Alzheimer-

NEJSEM SI JIST



Bohumil Doležal: Spokojenost a prosperita nejsou přímým důsledkem demokracie, ale jen něčím, co je k ní jaksí přidáno, obyčejně se zpóźděním a v různé míře. | Foto: Anna Vacková/EIS

rovský svět. Je to jak houska na krámě, přesto se každou chvíli někdo nachytá. Jako kdyby lidé úplně ztratili paměť. Vezměme si pro větší názornost extrémní příklad z jiného kulturního okruhu. Takový Bašár Asád. Slabý muž, civilizovaný slušňák s britskou manželkou, profesí oční chirurg. Politiky a své diktátorské dynastie se maximálně stranil. Začal reformy jako Gorbačov. Režim tehdy mohl buď padnout, nebo začít zabíjet. Kolega Asád si ve své slabosti vybral to druhé. Dnes je z něj mezinárodní zločinec zralý pro šibenici. Dostane-li se do Haagu, bude moci mluvit o štěstí. Tam se dává jen doživotí.

Takže po fiasku svobody a demokracie v Maďarsku pozor v Bulharsku, pozor v Itálii a pozor u nás. Nikdo není imunní, nikdo

nemá předem vyhráno. Žádné trvalé a automatické záruky. Občanská ostrážitost je na místě vždy a všude. I v těch nejvyspělejších zemích. Vtip je v tom, že právě proto jsou nejvyspělejší. Sem jako ulitý pasuje moudrý a aktuální citát, za jehož délku se omlouvám: *Problém je v tom, že smyslem svobody a demokracie není spokojenost a prosperita. Svoboda a demokracie jsou jen prostředky k tomu, aby se ve světě a mezi lidmi podařilo lépe a více než dřív prosadit to, co je správné a spravedlivé. Pokud se to děje, je svoboda a demokracie jaksí ospravedlněna. Pro lidi, kteří nejsou připraveni a ochotni uskutečňovat to, co je správné a spravedlivé, nemá svoboda a demokracie smysl. Spokojenost a prosperita nejsou přímým důsledkem demokracie, ale jen něčím, co je jaksí přidáno, obyčejně se zpóźděním a v různé míře.* (Bohumil Doležal)

Zdravotnický trh marnosti

A co nového na zdravotnickém trhu marnosti? Alenka v říši paradoxů: Podle dr. Kubka ministr Heger už ani raději nemá nic předkládat a o něco se pokoušet, protože všechno bylo špatně. Kdežto podle dr. Šťastného nečinností promrhal svou šanci. Týž Kubek si po fiasku posledního protestu píská ve sklepech vskutku „originálním“ Klausovým: „Jedeme dál!“ Protestujících prý bylo málo, protože u lékařů zvítězila lenost a pohodlnost. Profesionální revolucionář peskuje lid, že se nedal nahnat na barikády. Generál bez vojska. Dětská nemoc levičáctví. (V. I. Lenin) Že by ti lidé mohli mít jiný názor, to ho vůbec nenapadlo. Jak je to v té písničce o burácích? Plukovník sedí v sedle, volá: „*Yankeevé jdou!*“, ale mužstvo v trávě leží, prej už dál nemohou, pan plukovník se otočí a koukne do dálky, vidí slavnou armádu, jak louská buráky.

Sdružení praktických lékařů tím, že s praštěným protestem nesouhlasilo, provedlo podle prezidenta veškerého lékařství podraz na doktorech a asi očekává nějaké speciální výhody. Ani stínem tento demokrat ostatním lidem nepřiznává vlastní rozum či vlastní vůli. Jejich aktivity tudíž logicky mohou být výlučně být dílem manipulace. Čímž rezonuje se způsobem myšlení pánu Klause a Zemana, kteří si zoufají v obklíčení nesvéprávnými idioty, nepřáteli a nevdělalci.

Kubek do třetice všeho dobrého: *Pacienti nám věří více než politikům a novinářům*, říká kvazipolitik *sui generis* a šéfredaktor militantní tiskoviny. Ha, ha, ha.

Týž muž počtvrté, ale pak už opravdu dost, aby nedošlo k předávkování: *Prý když chybí věcné argumenty, nahrazují je lži a osobní útoky*. Skvělé. Taková sebekritika se mi líbí. Zřejmě zásadní obrát v redakční politice. Budeme se těšit.

Dědictví divokého Východu

Vypukl boj o zrno, přesněji o proton. Firma s lingvisticky zvláštním jménem „Proton Therapy Center Czech“, tedy (co nejpřesněji přeloženo z angličtiny) „Centrum protonové léčby – český“, páchá atentát na skomírající veřejné zdroje v nejhorší možný čas, navíc na základě mně nepochopitelné marketingové rozvahy. Celá záležitost se může jevit jako naddimenzovaná. Případ přefouknuté okaríny. Vychází ze smlouvy, jejíž historie je vskutku pozoruhodná a patří ještě do arzenálu neomezených možností divokého Východu. Metoda řešení sporu se může stát precedentem – pojďme dělat zdravotní politiku pomocí trestních oznámení. Necht' policejní vyšetřovatel určí jak správně léčit. Je to nový a dosud nedocenený zdroj formování toho, co se označuje jako *lege artis*.

S hodnocením přínosu nových zdravotnických technologií a nákupu přístrojů už opravdu budeme muset pohnout. Léta se o tom jenom mluví, a skutek utek. Takže se postupuje metodou dokonaných skutků, čili *fait accompli*, jak říkají diplomaté. Ilustrativní příklad: Za starých časů, kdy se chodilo ještě na vojnu

a delší vlas byl otázkou prestiže i sebehodnocení mladého muže, to byl známý fór při přijímání nováčků. Nebožákovi, který smlouval o míře radikality vojenského sestřihu, projel mazák ve funkci armádního holiče mašinkou těsně po kůži od šíje až vysoko na temeno a do druhdy bujné kštice vyklestil devastující holoseč. A pak se zeptal: „Chceš to dodělat, vole?“ A každý rád souhlasil, neboť punk tehdy ještě nebyl vynalezen.

Převedeno do dneška: Tady to máš a budeš solit jako mourovatěj, nebo uvidíš. Arbitráž na tebe! Z ostudy kabát. Odznak neschopnosti veřejné správy. Leč kudy přesně probíhá ona hranice mezi neschopností a zlým úmyslem? Nejsem si jist. Jsou to jedovaté plody toho, co bylo za léta zaseto. Totiž systém, v němž nejsou veřejné prostředky pod veřejnou kontrolou. A je šuma fuk, zda jde o dálnici nebo ozařování. Pokud budou VZP a stát za tvrdáky, může přijít další zabavování uměleckých děl a českého majetku v zahraničí.

Troška elegantního vydírání zkrátka nikdy nezaškodí, zejména v tak emocionálně a tím mediálně citlivé oblasti, jakou jsou zhoubná onemocnění. Jsem zvědav, jak tahle patálie skončí. Plichtou? Potom by se veřejnost měla dozvědět, na úkor kterého segmentu zdravotní péče to bude. Které obory dostanou méně? Kteří pacienti to ods... nesou? Zde jest tvůj Rhodos, zde skákej, milá VZP. A nezlámej si u toho hnáty. Jsou to totiž naše hnáty. Tak pozor!

Inzerce A131004479



Představujeme publikaci Nejsem si jist ani rokem 2012

Publikaci, po které již delší dobu volala řada čtenářů našich novin, je možné objednat na níže uvedených kontaktech. Texty Milana Nováka v sobě spojují umění hutné analýzy i bryskní glosy, často okořeněné šízravým, ale trefným sarkasmem, a k tomu schopnost zasadit fakta a události do širšího kontextu

Autor: MUDr. Milan Novák

– společenského, dějinného, zahraničního. Kniha zahrnuje nejen veškeré publikované komentáře za loňský rok, ale i řadu „historických prostřihů“ z 11 let autorovy publicistické aktivity, které ilustrují nadčasovost některých témat a neměnnost problémů i slepých uliček při jejich řešení.

Doporučená cena 180 Kč

MEDICAL SERVICES

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR



Dobrý manažer musí myslet o krok dopředu

Text: Markéta Mikšová
Foto: Leoš Chodura

Generální ředitel farmaceutické společnosti Roche **RNDr. Tomáš Votruba, CSc., MBA**, je v pořadí třetím mužem, který vede českou pobočku této firmy zřízenou v roce 1993. V čele společnosti stojí již třináctý rok.

Jako malý jste chtěl být archeologem. Čím vás tato profese zaujala?

Již od dětství mě zajímala historie. Asi nejvíce mě uchvátila ta staroegyptská, takže oslí můstek k archeologii byl jasný.

Z jaké rodiny pocházíte, čím byli vaši rodiče?

Moje matka se vyučila švadlenou a v oboru módy pracovala celý život. Otec byl architekt.

Takže s erby, které visí na zdi vaší pracovny a které sbíráte, co do původu nemáte nic společného? Nemáte šlechtické předky?

Pocházím ze staré rodiny z jižních Čech, ale nikoli šlechtické.

Jaké jste měl dětství?

Hezké. Vzpomínám na ně rád.

Vypadá to, že vám jižní Čechy opravdu přirostly k srdci.

Můj vztah k jižním Čechám je skutečně extrémně silný. Neumím říct proč, ale pravděpodobně proto, že jsem tam od mládí jezdil. Odjakživa jsme se ženou jižní Čechy obdivovali. Tak dlouho jsme tam jezdili, až jsme si v té oblasti zhruba před dvaceti lety pořídili vlastní chalupu, kterou jsme časem zaměnili za větší.

Jak jsem již řekl, celá naše rodina odtamtud pochází, a to v dlouhé

řadě předků. Kousek od našeho domu stál statek rodiny, kam se bratr mého dědečka ve 20. letech přišel. Statek byl vybudován ve 40. letech 19. století na ohromně krásném místě. Moc se nám líbilo, a tak jsme dlouhá léta usilovali, aby nám bratranec statek prodal. Nechtěl a dlouho odolával, až nakonec asi před čtyřmi lety jsem manželce řekl, že se ho ještě jednou naposledy zeptám, zda si prodej přeci jen nerozmyslí.

A bratranec najednou, že jo a že nám dům prodá. Bylo to tak náhlé, že jsme si nejdříve s manželkou museli vyjasnit, zda ho ještě po těch letech vůbec chceme. Nakonec jsme se dohodli a statek koupili. Stavení se celé muselo zbourat, to víte, technologie 40. let 19. století úplně nevyhovovaly, a celé jsme jej postavili znovu. Kolaudace je stará několik málo dní. Snažili jsme se co možná nejvěrněji zachovat původní ráz

PŘEDSTAVUJEME

domu, ale vnitřní vybavení je samozřejmě přizpůsobeno pohodlí 21. století. Chalupa stojí na konci velice dlouhé, rozvleklé vesnice, kde máte dům a pak další až za dvě stě metrů, pak zase tři sta metrů nic a takhle jsou ty domy rozstrkané v délce dvou a půl kilometru.

Dnes bydlíte za Prahou a denně dojíždíte do práce. Jaké to je odstěhovat se z velkoměsta a začít trvale bydlet na venkově?

Do roku 2005 jsem bydlel v Praze, takže odstěhovat se z velkého města na venkov byla zásadní změna. Ovšem k lepšímu. Musím říct, že to bylo moc dobré rozhodnutí. Vesnice má obrovskou spoustu výhod, nenapodobitelný je například ten klid.

A dojíždění? Jedním z důvodů, proč jsem v práci brzy ráno, je, že vyjíždím z domova časně, abych se vyhnul ranní dopravní špičce. Trvá mi to do kanceláře tak 20 minut, což není moc; kdybych jezdil po Praze, bude to možná i víc. Z práce jedu zase dřív, abych se vyhnul odpoledním zácpám. Z pohledu dojíždění mi život na vesnici nevádí. Trochu komplikované bude skloubit užívání chalupy na jihu s příměstským bydlením za Prahou. Jižní Čechy jsou něco zcela jiného. Když se takhle večer posadím na terasu a před očima se mi produčují srnky, které se tam pasou, to je nádhera. A do lesa to mám asi 50 metrů.

Vystudoval jste biochemii na přírodovědecké fakultě. Co vás k tomuto oboru přivedlo?

Biochemie mě velice lákala a chtěl jsem ji studovat buď na lékařské, nebo přírodovědecké fakultě. Vzpomínám si, že mi tehdy můj otec k výběru řekl: „Hele, medicínu nestuduj, doktoři musejí chodit do služeb.“ Byla to taková poněkud iracionální rada, nicméně jsem ji poslechl a vystudoval biochemii na Přírodovědecké fakultě Univerzity Karlovy v Praze.

Jaký jste byl student?

A víte, že docela dobrý. Skončil jsem s červeným diplomem. Jsem relativně lenivý, a tak jsem si vždycky při učení říkal, že když už se předmět musím učit, je třeba tu látku zvládnout tak, abych ke zkoušce nemusel podruhé.

Co jste dělal po škole?

Po absolutoriu jsem strávil rok na vojně, jak bylo obvyklé, a pak jsem 3 roky pracoval v Ústavu sér a očkovacích látek, což byl později Sevac.

Jaké byly vaše začátky v praxi? Vzpomínáte na tu dobu rád?

Praxe byla oproti studiu opravdu zásadní rozdíl. Když člověk studoval, všechno měl tak, jak si to sám nadesignoval. V praxi mu to už ale designovali jiní. Ze začátku jsem pracoval v oboru vývoje diagnostických protilátek, což bylo velice zajímavé a moc mě to bavilo.

Vzpomínáte si na první šéfy? Měl jste nějakou osobnost jako svůj vzor?

V této době ne, to přišlo později.

Deset let jste následně strávil v Ústřední vojenské nemocnici jako vědecký pracovník. Kudy se ubíraly vaše výzkumné snahy?

Týkaly se imunochemických metod, což je diagnostika jak v oboru biochemie, tak v oboru imunologie, založená na použití diagnostických protilátek.

V čem spočívala náplň vaší práce?

Byla dvojí – jednak vývoj metod stanovení určitých parametrů a potom samozřejmě také jejich provádění. Fungovali jsme jako imunologická diagnostika pro celou Ústřední vojenskou nemocnici. A k tomu jsem s kolegou pracoval na vývoji a praktické relevanci diagnostiky poruch lipidového metabolismu.

U této činnosti jste vydržel deset let, což svědčí o tom, že jste byl do výzkumu patřičně „zažraný“...?

Bylo to zajímavá a velice hezká práce. Musím říct, že v oboru lipidového metabolismu jsme měli velké úspěchy. Jako první v tomto státně jsme začali dělat rutinní diagnostiku apolipoproteinů A a B, což tehdy bylo zcela nové. Pamatuji si, jak jsme jednou na toto téma přednášeli v Lékařském domě v Praze a velký přednáškový sál byl úplně plný. Dokonce jsem postřehl (a vidím to dnes jako tehdy), že tam byli lidé, kteří s sebou měli magnetofony (v té době jiná možnost nebyla) a naše přednášky si nahrávali. Dodnes mě to těší.

Jak se stalo, že jste opustil vědeckou činnost a dal se na manažerskou dráhu?

Začátkem roku 1990 za mnou přišel jeden z mých kolegů, který shodou okolností také kdysi pracoval v Ústavu sér a očkovacích látek, a říká: „Hele, oni tam vypisují výběrové řízení na pozici náměstka pro výzkum, náměstka pro výrobu a náměstka pro tech-

nické zabezpečení, tak co kdybychom se přihlásili? Výrobu trošku umím, ty zase výzkum, pojďme a přihlasme se.“ Tak jsem do toho šel.

Nakonec se ukázalo, že se nejednalo o místa tři náměstků, ale náměstka jednoho, a to pro výrobu, výzkum a technické zabezpečení. Kolega z toho vycouval, já ale vytrval a místo získal. Takže jsem k 1. dubnu 1990 odcházel z ÚVN a stal se náměstkem ředitele Ústavu sér a očkovacích látek pro oblast výroby, výzkumu a technického zabezpečení.

Co si představujete pod pojmem dobrý manažer? Které vlastnosti u něho považujete za klíčové?

Dobrý manažer musí v prvé řadě umět naslouchat, co lidé – podřízení i nadřízení – kolem něho říkají. Za druhé je tu manažer od toho, aby činil rozhodnutí a dával druhým prostor, aby i oni činili rozhodnutí. I špatné rozhodnutí většinou bývá lepší než žádné. Tedy ochota a schopnost skutečně se rozhodnout a nést za to odpovědnost.

A třetí vlastnost bych označil za jakousi pokoru nebo určitou flexibilitu, tedy umět si přiznat, že se také můžete mýlit. Toto bych viděl jako potřebné kompeten-

ce k tomu, aby člověk mohl dobře vést.

Úplně nejhorší je manažer, který neustále hledá důvody proč se rozhodnout tak či onak, pořád dokola studuje data a podklady, a ve finále rozhodnutí stále nepřichází. Je prostě třeba některou variantu zvolit. Samozřejmě se může časem ukázat, že je nutné ono rozhodnutí zrevidovat. Pak se ale musí otevřeně říct: „Ano, nebylo správné, ale učinil jsem jej, protože jsem pro něj v danou chvíli měl důvody a myslel, že je to tak správné.“

Od roku 1990 zastáváte řídící funkce. Jaký jste podle vás typ šéfa? Jak vás vidí kolegové, podřízení?

Nevím, jak mě vidí, to byste se musela zeptat jich. Ale když se vrátíme k oněm třem principům, které jsem jmenoval, uvědomuji si, že občas ne úplně dobře poslouchám. Myslím, že mi nečiní problémy se rozhodnout, ani nemám potíže přiznat, že jsem udělal chybu. Tedy dva ze tří parametrů bych asi splňoval. Myslím, že v tom naslouchání bych se občas měl polepšit a popřát svým kolegům více sluchu.

Jste generálním ředitelem společnosti Roche od roku 2000,

tedy skoro 13 let. Co se ve firmě za ta léta nejvíce změnilo?

Myslím, že firma se změnila úplně celá. Před 13 lety zde byl jiný trh, jiné podmínky, jiné zdravotnictví. A s tím, jak se vyvíjelo zdravotnictví i trh a jak se měnily podmínky, se samozřejmě vyvíjela i firma. Když jsem před dvaceti lety začínal v oboru, zástupci firem byli lékaři nadšeně vítáni, byla šance si popovídat a něco se od nich dozvědět. Lékaři tehdy skutečně byli těmi, kdo rozhodovali.

Dnes je situace úplně jiná, reprezentanti začali pomalinku mizet, doktoři mají daleko méně času a mnohem více možností se něco dozvědět odjinud, často ani nejsou ochotní s firemními zástupci mluvit. Ale co je důležité, lékaři dnes mají také mnohem menší prostor pro rozhodování. Dnes jsou to plátcí zdravotní péče, kteří jim říkají, co budou dělat a jak to budou dělat, protože péči platí oni. Má to logiku, říká se přece „pán platí, pán poručí“.

Shrnu bych to tak, že okolí a trh se úplně změnil, čemuž samozřejmě musíte přizpůsobit i orientaci firmy. Firma by měla tak trochu předbíhat, mít vize, protože až ty změněné podmínky přijdou a až se projeví, musí už na ně být připravena.



Ze svého zájmu o historii jsem si mimo jiné přinesl slabost pro rodovou šlechtu – a jak známo, heraldika a rodová šlechta jsou neoddělitelné.

PŘEDSTAVUJEME

RNDr. Tomáš Votruba, CSc., MBA

* 27. března 1953 v Praze

Absolvoval Přírodovědeckou fakultu UK v Praze v roce 1976. V letech 1980–1990 působil v Ústřední vojenské nemocnici. V roce 1988 na pražském ILF složil atestaci z biochemie, od roku 1990 byl náměstkem ředitele Ústavu sér a očkovacích látek (Sevac). V letech 1992–1999 pracoval v Zeneca Pharmaceuticals jako *business manager*, později generální ředitel. V roce 1997 získal diplom na Chartered Institute of Marketing

v Londýně. V letech 1999–2000 byl prezidentem společnosti AstraZeneca Česká republika, od roku 2000 zastává funkci generálního ředitele společnosti Roche, s. r. o. Jméno Tomáše Votruby můžete najít v Almanachu „1000 nej... České republiky“. Je ženatý, manželka Helena se zabývá rovněž chemií a působila ve farmaceutickém průmyslu, mají spolu dva dospělé syny Martina a Tomáše.

Roche patří mezi nejúspěšnější farmaceutické společnosti na našem trhu a vy sám jste považován za dobrého manažera. V čem vidíte tajemství svého úspěchu?

Manažer musí myslet o krok dopředu, umět předvídat a totéž by měl chtít po svých lidech. Dojdeli potom ve zdravotnictví, na trhu či v jiných oblastech k nějakým změnám, už je to nezaskočí, protože o nich vědí nebo alespoň tuší, a jsou na ně tedy úplně nebo částečně připraveni. A tihle je moje nejdůležitější role tady. Pracovat na tom, aby firma byla včas připravená vytežit z nastalých změn co nejvíc. Může jít třeba jen o náhodu, ale jak se říká, náhoda přeje připraveným.

Co pokládáte za svůj největší přínos k úspěchu vaší společnosti?

Nejspíš to, že se snažím vždycky myslet trochu dopředu. Jsem zvyklý přicházet s nějakými představami, které v daném momentu z mého pohledu nabízejí maximum možného. Ale netvrdím, že nutně musí být správné.

Jistě by společnost nebyla tak úspěšná, kdybyste se neuměl obklopit schopnými zaměstnanci a nevytvářel jim podmínky ke spokojenosti...

Ano, mít spokojené zaměstnance je pro firmu opravdové terno. Musím však uvést, že většinu podřízených jsem zdědil po svém předchůdci. Třeba náš finanční ředitel je tu dvacet let, tedy po celou dobu existence společnosti na našem trhu. Další dva ředitelé jsou tu také tak dlouho, lékařský ředitel zde pracuje jen o něco méně než dvacet let. Je pravda, že máme velice stabilní kádr, fluktuace je minimální.

Čím se řídíte při výběru nových zaměstnanců?

Hrozná důležitý je první dojem.

Člověk má samozřejmě omezený čas na to, aby mohl uchazeče trochu okouknout. Nemyslím si, že obsah odpovědi na položené otázky je úplně zásadní, protože člověk je u pohovoru do jisté míry předvídat a může se na ně dobře připravit. Ale první dojem se už připravuje poněkud hůř. V úvalu je třeba vzít i fakt, že s právě vybraným člověkem budete muset nějakým způsobem spolupracovat v týmu, a tady nastupují osobní pocity – sympatie či antipatie, kterým se prostě nemůžete vyhnout.

Tým by v zásadě měl být jakýmsi průřezem společnosti. Měli by tam být muži, ženy, mladí, starší, týmoví i sóloví hráči... Prostě rozmanitost, jak ji život přináší. Vždycky pro mě byla naprosto hrozná představa, hotová noční můra, mít tým mladých a ambiciózních mladíků do 35 let, kteří si vzápětí všichni polezou za zádech, půjdou po krku a do roka budou usilovat o vedoucí pozici. Když jsem tady před více než dvanácti lety začínal, mým nejlepším zástupcem byl člověk, kterému tehdy bylo skoro šedesát. V pracovním životě si už ledačím prošel, včetně funkce ředitele zdravotnického zařízení či ředitele odboru na ministerstvu. A teď věděl, že už je sice ve věku, který ho trochu diskvalifikuje, ale má hezké zaměstnání, jež chce vykonávat co nejlépe, aby si jej co nejdéle udržel. Zkrátka v dobrém pracovním kolektivu by se měl objevit populární průřez.

Jste spíše skřivan, nebo sova?

Během pracovního týdne skřivánek, ale v sobotu a v neděli se proměním v sovu.

Na vás je vidět, že svoji práci milujete. Co vás na ní baví nejvíc?

Asi ta rozmanitost, změny a náhody, které přicházejí...

Jste zvyklý nosit si práci domů?

Pokud práci vykonáváte skutečně poctivě a s láskou, jednoduše nejdete zamknout za sebou dveře, odejít domů a už na ni nemyslet. Občas vás napadnou nějaké věci, přemýšlíte o nich, nedá se úplně oprostít od práce. Ovšem jestli máte na mysli, že bych si vzal ze stolu štos papírů a nesl si je domů, tak to tedy opravdu nedělám. Nosím si však s sebou domů „pojítka“ – mobilní telefon, v němž je samozřejmě také e-mailová pošta. Tedy ano, obecně vzato si práci domů nosím, ale věnuji se jí relativně omezeně.

Vaše paní Helena má pro vás jistě pochopení. Čím se zabývá?

Vystudovala chemii a většinu svého profesního života pracovala v oboru klinické biochemie. Dnes už je v důchodu, ale poslední léta působila ve farmaceutickém průmyslu, což má zajímavou souvislost. V roce 1994 moje žena začala pracovat pro firmu Boehringer Mannheim, kterou v roce 1998 koupila naše společnost, takže i ona se stala její zaměstnankyní. Pracovala zde tedy daleko dříve než já a měla takový pocit, že já se snažím dostat do její firmy, protože je to péče „její“ firma, aby bylo jasno, jak mi tehdy sdělila. Můj tehdejší šéf pravil, že jsou mu manželé ve stejné firmě úplně jedno, asi i proto, že žena tehdy pracovala pro odbor diagnostiky a já pro farmaceutiku. Společnost Roche po mnoho let tedy byla naší „rodinnou firmou“. Ne ve smyslu vlastnictví (i když Roche je z tohoto hlediska dodnes skutečně firmou rodinnou), ale proto, že jsme v ní oba byli zaměstnáni.

Máte dva dospělé syny. Jdou ve vašich šlépějích?

Nejdou, starší je advokát a mladší pracuje jako personalista.

Je o vás známo, že se zabýváte heraldikou. Jak jste se k tomu koníčku dostal?

Nejspíš díky svému zájmu o historii. Z historie jsem si mimo jiné přinesl slabost pro rodovou šlechtu, a jak známo, heraldika a rodová šlechta jsou neoddělitelné.

Co všechno se dá z erbů vyčíst?

Z erbu se dá vyčíst mnohé, pokud o tom ovšem něco víte. Přistupujete-li k erbu jako k hezkému obrázku, moc vám toho neřekne. Obrázce a barvy na erbech stojí na určitých principech. Třeba tady na erbu Šternberků můžete vidět žlutou hvězdu v modrém poli. Jak víme, *Stern* je německy



hvězda. Šternberkové představují starou, stále žijící českou šlechtickou rodinu. Je zajímavé, že jejich znak zůstal po celá staletí stejný.

Bývalo zvykem, že rody svůj znak takzvaně polepšovaly – třeba když se někdo z jejich příslušníků o něco významného zasloužil, mohl do svého erbu dostat další součásti. Někdy se erby také spojovaly, když rodiny spojila manželská pouta, nebo erb doznal změny, když se přikupovala panství. Šternberkové však v tomto ohledu zůstali po celou dobu úplně stejní; tuším, že říkali něco ve smyslu, že jejich erb je příliš dobrý na to, aby se na něm něco změnilo. A nebylo to proto, že by byli konzervativní. Naopak, Šternberkové patřili mezi rody, které vždycky měly z pohledu tohoto národa obrovskou vizi. Nezapomeňte, že dva ze Šternberků byli mezi zakladateli Národního muzea.

Podle jakého principu se volily barvy na erbu?

Starý heraldický princip počítá se čtyřmi barvami: černou, červenou, modrou a zelenou. Tyto čtyři barvy kombinují se dvěma kovy – stříbrem a zlatem, tedy s bílou a žlutou. Vždycky by mělo platit, že k určité barvě patří kov: k modré zlatu, k červené stříbru...

Jaký druh odpočinku máte nejraději?

Už jsem říkal, že jsem trochu lenivý... Dost často odpočívám tak, že se někde posadím, něco si přečtu nebo se na něco podívám a dám si k tomu sklenku dobrého vína. Ale také třeba velmi rád jezdím na kole.

Jaký jste cyklista? V upnutém značkovém dresu, který na kole s berany po silnici honí kilo-

metry, nebo si cestou užíváte přírodu a kocháte se?

Nepatřím k cyklistům, kteří „polykají kilometry“, raději jezdím přírodou a užívám si. Rodina mého otce, jak jsem již zmínil, pochází z jižních Čech, kousek od Trhových Svinů, a to je místo, kde na jedné straně začínají Slepíčí hory a na druhé Novohradské hory. I kdybych tedy desetkrát nechtěl, kvůli terénu musím dříve nebo později šlapat do kopce. Někdy kola naložíme do auta a za krásnou rovinkou si dojedeme k Třeboni, kde si zajezdíme tak třicet čtyřicet kilometrů, což vůbec není k zaholení. Jsou tam hluboké lesy, které se táhnou na Šumavu a do Rakous, a dostatek pěkných udržovaných cest, jež jsou zpevněné, jinak by se dřevu nedostalo z lesa. Člověk si pak užívá pohybu v krásném prostředí a může se rozhlížet po okolí, protože jezdí po přiměřeném povrchu bez nebezpečných terénních překvapení. A také jsme rádi, že kolem nejsou obrovské skupiny cyklistů, proto s manželkou dáváme přednost opuštěnějším místům.

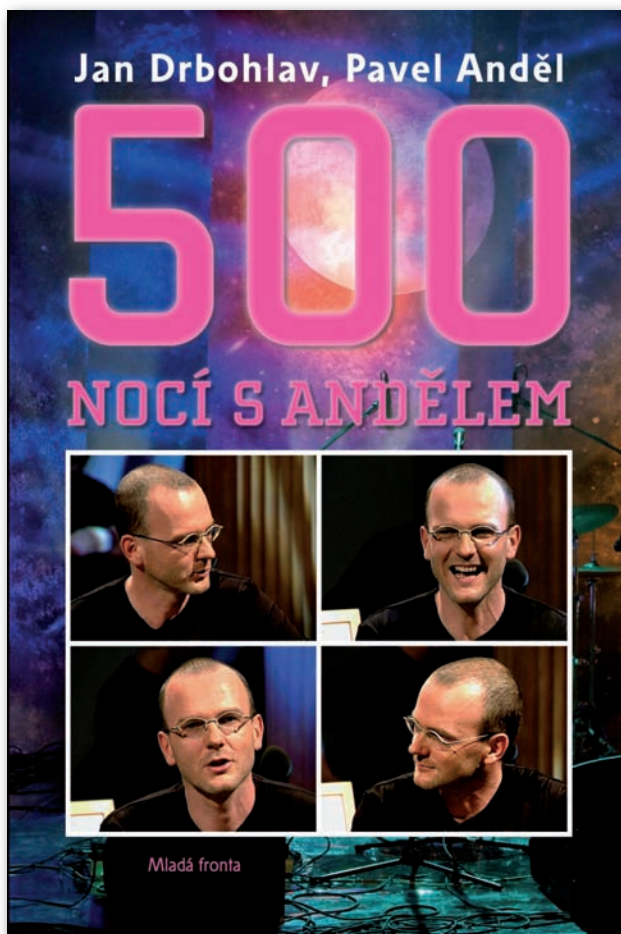
A co golf? To je dnes nejen mezi manažery módní záležitost.

Ano, máte pravdu, golf je dnes módní, ale tato hra vyžaduje čas. Na západ od našich hranic golf hrají především pánové vyššího věku, penzisté, kteří mají čas se mu věnovat. U nás je to sport spíše mladých lidí, což je zvláštní, neboť soudím, že když je člověk mladý, musí vydělávat peníze, a pak tedy na golf moc času nemá...

Jste krásně štíhlý, čím si udržujete postavu, když ne sportem? Máte speciální životosprávu?

Zvláštní životosprávu nemám. A moje štíhlost je jen hezká iluze. Za ní nejspíš stojí dobrý křečič.

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 jmeno, prijmeni, adresa, lekarska 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.

PROFIL

„Protože mám rád lidi...“

Jsme jedni z posledních lidí, kteří se mohou dotknout těch, kdo prošli koncentračními tábory druhé světové války. Uvězněn v nich byl i jeden ze zakladatelů a průkopníků viktimologie profesor Leo Eitinger, významný norský psychiatr a humanista, který pocházel z jižní Moravy.

Dobré skutky tvoří vlny

Životní pouť Lea Eitingera začala před sto lety – 12. prosince 1912, kdy se v Lomnici na Tišnovsku narodil do chudé a početné židovské rodiny, v níž byl mezi šesti sourozenci benjamínkem. Na svoji rodinu rád vzpomínal. Po válce se ho kdosi zeptal, jak může mít po projití peklem tak laskavý úsměv; odpověděl, že měl krásné dětství: když ostatní sourozenci dostali buď maso, nebo brambory, on dostal oboje – a ten pocit lásky v něm zůstal. Na jeho životní postoje měla zásadní vliv i skutečnost, že jako dítě prošel vedle školní docházky intenzivní náboženskou výukou, u judaismu postavenou na studiu a především rozhovorech o obsahu textů. V nich se stále znovu opakuje chvála moudrosti spolu s upevňováním soucitu a empatie. Dobré skutky tvoří vlny a ty vyvolávají další dobré činy, říká Talmud.

Na brněnském židovském gymnáziu měl na Eitingera velký vliv profesor Oskar Epstein, sám spolužák Maxe Broda (jenž byl přítelem Franze Kafky a zachránce jeho literární pozůstalosti). Po maturitě se Šua, jak se Eitingerovi celý život přezdívalo, dal pod Epsteinovým vlivem zapsat na Masarykově univerzitě na bohemistiku a germanistiku, ale po několika semestrech své studijní zaměření změnil a šel studovat medicínu. Změnu tenkrát vysvětloval tím, že medicína se mu zdá rozhodně bližší životu než třeba staroslověnština, kterou si na bohemistice musel zapsat. O mnoho let později konstatoval, že kdyby se býval stal učitelem a ne lékařem, Osvětim by nepřežil.

Po absolutoriu medicíny, v roce 1937, nastoupil vojenskou službu a jako důstojník letectva se účastnil bojů na slovensko-maďarské hranici. Po demobilizaci a návratu do Brna se stal emisarem Nansenovy nadace, norské organizace působící ve střední Evropě, jejímž cílem bylo usnadnit emigraci Židů ze států ohrožených nacismem. Jednou z akcí nadace bylo vycestování několika desítek dětí v srpnu a říjnu 1939 do Norska. Eitinger tam jednu ze skupin dětí doprovázel a v Norsku se snažil je chránit. Díky pomoci norské vlády se mu podařilo dostat práci ve veřejné nemocnici, vykonával psychiatrickou praxi.

V dubnu 1940 však Norsko bylo obsazeno německou armádou a to znamenalo radikální změnu k horšímu i pro Eitingera, protože rasistické norimberské zákony začaly platit také v zemi, do níž před nimi uprchl. Rok se ukrýval, pak byl ale prozrazen a prošel ještě na Severu několika sběrnými i trestními tábory a věznicemi. V únoru 1943 byl spolu s norskými Židy deportován do koncentračního tábora v Osvětimi.

Jediný způsob jak o tom mluvit...

V Osvětimi Leo Eitinger působil jako vězeňský lékař. V Eintracht-hütte, části osvětimského komplexu, pracoval v nemocnici. Skládala se ze dvou místností, z nichž jedna byla chirurgickým a druhá interním oddělením. Chirurgické sestávalo z psacího stolu s obvazy, interní spočívalo v obdobném stole, ale s psacím strojem. Tuto internu měl na starosti Eitinger.



Neměl ani stetoskop a z léků si musel vystačit s aspirinem, anti-neuralgií a tabletami proti průjmům a kašli. Zato měl dost papíru, protože neustále musel psát hlášení. Medicínská stránka Němce nezajímala, ale administrativu musela být v pořádku.

Němci nejdříve povolena doba hospitalizace byla čtrnáct dní. Pokud se pacient do té doby neuzdravil, přestál „zaměstnavatel“ vězňů, což byl IG Farben, poukazovat nemocenskou. Závěr pro nemocného z toho byl jednoznačně fatální – v lepším případě šel zpět do tábora, v horším přímo na smrt. Leo Eitinger měl na starosti i administrativu marodky, druhé místnosti „nemocnice“, a brzy se naučil mistrně falšovat data o délce hospitalizací. Řadě vězňů tak prodloužením pobytu na marodce zachránil život. Rozhodování komu dát šanci často připomínalo Sofiiinu volbu.

Eitinger zachránil mimo jiné šestnáctiletého vězně z transylvánského Sigetu, kterému tu bez jakékoli anestezie operovali zhnisanou patu. Tím chlapcem

byl Elie Wiesel, pozdější spisovatel a nositel Nobelovy ceny míru. Pojilo je pak celoživotní přátelství. Svého zachránce Wiesel zmiňuje i ve svých pamětech: „Mnoho let po válce jsem jel přednášet do Osla. Přistoupil ke mně jakýsi důstojný a elegantní muž: „Myslím, že jsme byli ve stejném táboře.“ Zapomínám, kde jsem. Sál zahál stín. Jsme sami: profesor Leo Šua Eitinger, světově proslulý psychiatr, a já... O pár let později během slavnostní večeře po předání mé Nobelovy ceny bude Eitinger jedním z řečníků. Promluví prostě jakožto přeživší. A já, zatímco hovořím, nás oba znovu vidím tam, mezi přízraky.“

Nejen v proslovecích, ale i v literárním zpracování zážitků ze šoa těchto dvou lidí je společný jeden velmi silný moment – oba jsou plaší, co se týče popisu hrůz, jako by zůstávali stát na okraji. „Jediný způsob jak o tom mluvit je mlčet,“ říkal k tomu psycholog Slavomil Hubálek.

Zpět do Norska

V poslední válečné zimě Němci

evakuovali Osvětim a Leo Eitinger absolvoval pochod smrti do Německa. Osvobození se nakonec dočkal v Buchenwaldu. V poválečných týdnech zjistil, že válku z celé rodiny přežila pouze jediná sestra. Po osvobození se nevrátil na Moravu, ale do Norska. Tam za ním také z Československa přijela předválečná přítelkyně Lisl, jeho budoucí manželka. V poválečném Norsku se Eitinger začal znovu zabývat psychiatrií. Jako cizinec a lékař s minimální praxí v psychiatrii se v oboru zpočátku velmi těžce protloukal, až po letech se mu podařilo získat místo ve fakultní nemocnici v Oslu, kde nakonec pracoval 32 let.

Na otázku, proč si vůbec vybral povolání psychiatra, Leo Eitinger odpovídal: „Protože mám rád lidi.“ Na tom trval i po válce. Navzdory tomu, že byl sám vystaven násilí a ponižení, nadále tvrdil, že v člověku je zlo, ale i nekonečné dobro. Říkal také, že ho vším přenesl elementární pud sebezáchovy. Po válce mu lidé upřímně děkovali za život, na což reagoval zcela racionálně: „Tato úvaha není zcela správná. Rolí tam sehrálo mnoho faktorů. Člověk by neměl propadnout jednostrannému uvažování o příčinách a následcích.“

Brzy po válce Leo Eitinger získal norské občanství, ale měl i nadále velmi blízko k uprchlíkům, sám se stále cítil být jedním z nich. Spolupracoval s Norsko-českým podpůrným spolkem, který pomáhal českým a slovenským emigrantům nejen v Norsku, ale v celé Evropě. Jeho působení bylo vždy velmi „zákulisní“. Sám o tom nikdy nemluvil, protože pomoc a dobročinnost se mají poskytovat diskretně. Pomáhal jako lékař a rovněž uplatňoval vliv, který měl v norské společnosti – třeba k hledání zaměstnání či bydlení pro své dřívější krajané.

Postavením uprchlíků se Eitinger zabýval i v rámci své vědecké činnosti. Po léta v Norsku prováděl psychiatrická zkoumání mezi uprchlíky – „lidmi nemocnými nejistotou“. V roce 1958 publikoval doktorskou práci. Ukázal v ní, že duševní choroby se mezi uprchlíky vyskytují pětkrát častěji než mezi domácím obyvatelstvem, přičemž největší skupinu představují reaktivní psychózy.

Syndrom koncentračního tábora

Zatímco většina psychiatrů se ještě v polovině minulého století více zaměřovala na agresi, Lea Eitingera zajímaly především důsledky agrese pro její oběť. Základní práce v této oblasti jsou jeho studie „Norští a izraelské přeživší



S kamarády po osvobození koncentračního tábora Buchenwald v květnu 1945. Leo Eitinger (druhý zleva) se svým typickým úsměvem.

ZE SPOLEČNOSTI

z koncentračních táborů“ (1964) a „Mortalita a morbidita v důsledku stresu“ (1973). První z nich je řazena mezi celosvětově nejvýznamnější práce o důsledcích traumatu a zabývá se lidmi 12–15 let po věznění, které vlastně až teď invalidizuje to, co prožili před léty. Projevil se u nich „syndrom koncentračního tábora“, jehož symptomy Eitinger rozdělil do dvou hlavních skupin:

První zahrnovala stavy, které byly spojené s fyzickým utrpením. Druhou skupinu charakterizovaly psychické symptomy, jež měly svůj původ v mentálním strádání během věznění.

U druhé skupiny jsou typické poruchy nálad a emocí v oblasti afektu a za dominující symptom je považována úzkost. U těchto lidí se často vyskytovala úzkost zároveň s poruchami spánku a nočními děsy, fenomén se mohl projevit jako celková úzkost či ataky strachu, kdy se vracely zážitky z koncentračního tábora. V těchto případech, na rozdíl od první skupiny, nebyly objeveny znaky postižení mozku jako orgánu či souvislost s fyzickým utrpením ve vězení. Naproti tomu tu byla jasná souvislost s psychickým utrpením ve vězení a jasná návaznost na psychické poruchy. Hrůza vyvolaná nelidským zacházením v lágrech, naprosto reálný strach z toho, že mohou být kdykoli mučeni nebo likvidováni, nejistota z vlastní budoucnosti – to vše i po letech vzbuzovalo

úzkost a napětí, trvalou deprezi, která dále prohlubovala zátěž postiženého.

U mnoha bývalých vězňů se projevovaly symptomy z obou skupin. U více než poloviny vyšetřovaných osob se objevila nestabilita: rozpadl manželství, fluktuace v zaměstnání. 60 procent prožívalo po válce neúspěch ve svém povolání a při zahájení projektu byla třetina bez práce.

V rámci projektu Leo Eitinger odjel do Izraele, kde provedl srovnávací šetření mezi bývalými vězni koncentračních táborů. Diagnostikoval a při zahájení projektu byla třetina bez práce.

V rámci projektu Leo Eitinger odjel do Izraele, kde provedl srovnávací šetření mezi bývalými vězni koncentračních táborů. Diagnostikoval a při zahájení projektu byla třetina bez práce.

Komtur řádu svatého Olava

Eitingerův výzkum účinků nadměrného negativního stresu představoval průlom v pochopení úmrtnosti po katastrofách a zásadně přispěl k definování syndromu posttraumatického stresu, který zahrnuje například trvalé změny osobnosti po přežití katastrofy. Stanovení diagnózy norským válečným obětím usnadnilo

procedury pro získání válečných invalidních penzí.

Leo Eitinger hrál také důležitou roli při výchově nových generací psychiatrů. Od poloviny 50. let až do odchodu na penzi, v roce 1983, působil na univerzitě v Oslu, posledních 20 let jako profesor a přednosta psychiatrické kliniky. Zemřel 15. října 1996.

Za odborné i lidské nasazení udělily Leu Eitingerovi mnohé země čestná ocenění a pocty. Té nejvýznamnější se mu dostalo od norského krále, který ho jmenoval komturem Norského královského řádu svatého Olava. Vysoké ocenění mu udělila Hebrejská univerzita v Jeruzalémě, rovněž jeho dávná *alma mater* v Brně a organizace bývalých vězňů v Bergen-Belsenu. Po Leovi a Lisl Eitingerových je pojmenována cena, kterou každoročně udílí Osloská univerzita za zásluhy při prosazování lidských práv.

V České republice nebyl Leo Eitinger – mimo odbornou komunitu – za svého života příliš znám. O to záslušnější je, že sté výročí jeho narození připomněla nejen jeho *alma mater*, ale především někdo, od koho by to asi ani nečekal – jeho rodič z Lomnice. „Okrašlovací spolek pro Lomnici a okolí“ mu odhalil bustu, svolal na jeho počest do Brna dvě konference a ve spolupráci s brněnským nakladatelstvím Doplněk vydal jeho biografii „Lékař pro život“, kterou napsal norský publicista Magne Skjæraasen.

Jana Jilková

80. narozeniny docentky Věry Vávrové

Doc. MUDr. Věra Vávrová, DrSc., zakladatelka péče o děti s cystickou fibrózou v České republice, oslavila s plným elánem své 80. narozeniny. Při té příležitosti se na její počest 15. února 2013 v kinosále FN Motol uskutečnil slavnostní odborný seminář.

Docentce Vávrové přišli osobně pogratulovat předseda ČLS JEP profesor Jaroslav Blahoš, děkan 2. LF UK docent Ondřej Hrušák, předseda Evropské společnosti cystické fibrózy profesor Stuart Elborn, chirurg profesor Pavel Pařko, pediatri docent Josef Hoza, pneumolog prim. Stanislav Kos a řada dalších osobností, přátel a kolegů. Zsvěcené, obsáhlé a poutavé *laudatio* přednesl dětský onkolog profesor Josef Koutecský, kterého s paní docentkou řadu desítek let váže spolupráce „kolegy odvedle“ na motolské pediatrii.

Odborný program zahájilo krátké připomenutí celoživotního díla doc. Vávrové ve prospěch pacientů s cystickou fibrózou (CF), jež je

nejčastějším závažným dědičným onemocněním u dětí. Následovala přehledná sdělení o řadě aspektů diagnostiky a léčby této nemoci u dětí i dospělých. CF je. Životní prognóza nemocných s touto chorobou se během jejího profesionálního působení zcela zásadně změnila, v současné době žije polovina nemocných déle než 37 let.

Řečníci i další účastníci setkání se shodli v tom, že Věra Vávrová i dnes může rozdávat energii a životní sílu svým o mnoho mladším kolegům. Inspiruje tím, že celoživotní nikdy nekončící práce s pacienty přináší naplnění, uspokojení, ale také třídí cit a úsudek.

Poděkovat přišla i maminka jedné z dnes již dospělých bývalých pacientek. Připomněla, jak se paní docentka při každé ordinaci holčičky nikdy nezapomněla zeptat, co koně a jak že je na tom s malováním, což byly dva největší zájmy malé pacientky. Na svou paní doktorku nezapomněla ani zmíněná „někdejší holčička“. K 80. narozeninám jí jako dárek přinesla obraz, který pro ni namalovala – koně běžícího volnou krajinou a dýchajícího z plných plic.

UD



Děkani tří pražských lékařských fakult v místě zrodu

Na půdě kaple sv. Kříže Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze hovořili děkan 1. LF UK prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc., děkan 2. LF UK doc. MUDr. Ondřej Hrušák, Ph.D., a děkan 3. LF UK prof. MUDr. Michal Anděl, CSc., o postavení a směřování pražských lékařských fakult.

Děkani, jejichž fakulty symbolizují tři různé pedagogické vzdělávací modely, diskutovali například o možnostech větší míry internacionalizace jednotlivých fakult a shodli se, že by se některé předměty měly vyučovat v angličtině. Děkan 3. LF UK profesor Anděl uvedl, že existuje záměr

Univerzity Karlovy, aby se alespoň jeden předmět pregraduální výuky vyučoval a zkoušel v angličtině. „Zamrzelo mě, že sami studenti kritizovali powerpointovou přednášku v angličtině. Určitě bychom ale potřebovali legislativní podporu pro vzdělávání zahraničních postdoktorandů

u nás. Stávající předpisy to nejen neusnadňují fakultě, ale ani ekonomicky příliš neumožňují potenciálním kandidátům,“ uvedl děkan 1. LF UK profesor Šedo. Zároveň se děkani shodli na přínosu, který studentům i pedagogům přináší odborná praxe na zahraničních pracovištích.

Specifika ve vědě i výuce

Jednotlivé pražské fakulty se historicky i místně podílí na společných výzkumných projektech. Vedle toho však mají nejen ve výuce, ale právě také ve vědě svá specifika, která pak při výběru studia mohou zaujmout větší množství studentů, než kdyby se – hypoteticky – spojily v jednu. Zároveň se na půdě univerzity cítí být propojeny ve specializačním vzdělávání. „Kultivovaná konkurence, například v boji o studenty, je ku prospěchu všech,“ potvrdil děkan 2. LF UK docent Hrušák.

Děkani shodně pochválili rozpočty svých fakult a společně si postěžovali na absurdní administrativní povinnosti, jakou je nyní nově například proškolení školitelů postgraduálního studia. Těší je také altruismus studentů lékařských fakult nebo zájem zahraničních studentů o kvalitní studium. Jak ovšem uvedl profesor Šedo, při náborech zaznamenávají situaci, kdy absolventi středních škol začínají více studovat obory, kde se přerozděluje, na úkor oborů, kde se vytváří.

Diskuse o sjednocení pražského výzkumu

Děkani hovořili také o (ne)schopnosti hlavního města Prahy dosáhnout na dotační prostředky pro vědu. Dotkli se vzniku infrastrukturního projektu Biocev, na kterém 1. LF UK, respektive Univerzita Karlova, spolupracuje s Akademií věd ČR. Zde se děkani neshodli. Zatímco děkan

1. LF UK Aleksi Šedo – i přes jím zmíněné riziko udržitelnosti – myšlenku výstavby Biocevu podporuje, děkan Hrušák a Anděl se obávají, že obří komplex bude odsávat prostředky, které by mohly jít do vědy přímo tam, kde už je vědecká práce započatá. Obávají se také o 100% využití kapacit Biocevu.

„Chybí vážná diskuse, jak má do budoucna vypadat pražský medicínský výzkum, který je stále více roztržštěný. Nesouhlasím s dalším rozdrobením finančních prostředků. Raději bych viděl kapitál investovaný do některé z budov na Albertově, kam vložíme mozky tří fakult. To by spolu s přírodovědeckými výzkumnými týmy působilo daleko organičtěji,“ uvedl profesor Anděl. Děkani se v závěru shodli na nutnosti zvýšit prostřednictvím společenského významu děkanského postu svůj politický tlak na vznik kampusu Albertov.

Petra Klusáková



Je pražský medicínský výzkum pro lékařské fakulty pandofinová skříňkou? Zleva doc. Hrušák, prof. Šedo a prof. Anděl. | Foto: Leoš Chodura

Vzít život do vlastních rukou

Centrum pro demyelinizační onemocnění Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze a Nadační fond Impuls byly organizátory 2. ročníku „Maratonu s roztroušenou sklerózou“ (MaRS). Myšlenka na uspořádání akce vzešla přímo od pacientů.

Cvičilo se na Hadovce

Maraton cvičení byl zahájen v pražské Hadovce Health & Fitness první březnový den. Po dobu 24 hodin se po hodině střídaly ve cvičení týmy složené z pacientů a jejich rodinných příslušníků, lékařů a fyzioterapeutů, oficiálních partnerů nadace i známých osobností. V rámci akce si zacvičilo celkem 171 osob. Maraton finančně podpořil Nadační fond Impuls. Jak zdůraznila vedoucí Centra pro demyelinizační onemocnění Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc., která stála u začátku výzkumů roztroušené sklerózy a její léčby u nás, pro léčbu je důležitá péče pacientů o vlastní fyzickou kondici.

Cílem akce tedy není nasměrovat pacienty do běžných fitness center, ale upozornit na důležitost speciálního cvičení pod dohledem vyškoleného fyzioterapeuta, a to ve spojení s psychoterapií a dalšími složkami komplexní rehabilitace. Podle slov organizátorů je tedy vítězem MaRS každý, kdo vezme život do vlastních rukou!

Knížka věnovaná nemocným

V rámci zahájení maratonu byla pokřtěna kniha Renáty Schu-

bertové „Drobnomalby“. Za zvuku „důstojného ticha“ publikaci pomohl na svět „porodník“ prof. MUDr. Cyril Höschl, DrSc.

Autorka „Drobnomalby“ pracuje jako psychoterapeutka MS centra Praha 2 již čtvrtým rokem, samostatně profesi se věnuje 17 let. Jako psychoterapeutka naslouchá lidským příběhům. Ve své dlouholeté praxi se setkala téměř se vším, co může člověka v životě potrápiti, a rozhodla se některé z těchto příběhů přiblížit čtenářům. Odkrývá příčiny potíží a pracuje s každým příznakem, který se jako problém vynoří.

„Tuto knihu věnuji všem lidem s nejrůznějšími symptomy, kteří v hloubi duše tuší, že se lze aktivně podílet na zlepšení vlastního života,“ uvedla autorka. Knihu si lze objednat e-mailem: nedbalova@multiplesclerosis.cz. Výtěžek z prodeje přispěje na fyzioterapeutické a psychoterapeutické aktivity jako součást léčby roztroušené sklerózy v MS centru v Praze 2. Nemá však za cíl pomoci pouze pacientům s RS, ale všem lidem s dlouhodobou nemocí. O výši ceny rozhodují sami kupující podle toho, kolik chtějí na podporu psychoterapie přispět. Minimální cena knihy činí 129 Kč + poštovné a balné.

Cíle Nadačního fondu Impuls

Nadační fond Impuls vznikl v roce 2000 a je jediným NF u nás, který podporuje pacienty s RS. U jeho zrodu stáli například herečka Zdena Hadrboľcová, neuroložka Eva Havrdová a právník Martin Šolc. Cílem fondu je podporovat projekty léčby demyelinizačních onemocnění a rehabilitace pacientů a podílet se na realizaci vědeckých výzkumů a osvětové činnosti ve vztahem k této problematice.

Na léčbu roztroušené sklerózy se u nás specializuje 15 pracovišť, takzvaných MS center, která působí při neurologických odděleních. Ukazuje se, že počet pacientů s RS je mnohem větší, než se odhadovalo. Databáze pacientů a příslušných údajů zatím nejsou k dispozici, proto se NF Impuls ujal rozjezdu prvního celostátního registru pacientů s tímto onemocněním (ReMuS). Odborným garantem projektu je sekce neuroimunologie a likvorologie České neurologické společnosti ČLS JEP.

Chcete dát ve správnou chvíli správný impuls? Pošlete DMS ve tvaru DMS IMPULS na číslo: 8777. Číslo účtu: 2107056767/2700.

(eta)



Renata Schubertová, Cyril Höschl, Tereza Brodská, Magda Malá a Martin Maxa. | Foto: Vendula Kosiková

„Start bez překážek“ pro handicapované vysokoškoláky

Nadační fond pro podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením (NFOZP) a společnost Tesco Stores ČR spustily projekt „Start bez překážek“, který je určen absolventům vysokých škol se zdravotním postižením.

V rámci projektu mají absolventi možnost zúčastnit se pracovních stáží ve významných firmách v České republice a získat tak odborné zkušenosti. Zájemci mají možnost absolvovat stáž na různých pozicích nabízených firmami, které se do projektu zapojily. Hlavní partnery projektu, společnosti Tesco Stores ČR, HOPI, Unilever a L'Oréal, nabízejí studentům stáže v oborech nákup, obchod, mar-

keting, logistika, finance, personálistika nebo management.

Významným partnerem projektu „Start bez překážek“ je společnost LMC, provozovatel portálů Jobs.cz a Prace.cz. Všechny informace o projektu, zapojených firmách i otevřených pozicích budou od května k dispozici na stránkách www.startbezprekazek.jobs.cz.

(red)

Aukce ve prospěch dětí s mozkovou obrnou

Pražská křižovatka – kostel sv. Anny – se 7. března 2013 stala dějištěm konání benefičního večera společnosti ICZ a galerie ArtForum. Výtěžek z aukce výtvarných děl poslouží dětem s dětskou mozkovou obrnou.

Celý výtěžek aukce ve výši 416 tisíc korun slavnostně předal duchovní otec ArtFora Zdeněk Jirkovec prostřednictvím symbolického šeku Zdeňku Bartůňkovi, zástupci Sdružení pro komplexní péči při dětské mozkové obrně. Vybrané peníze budou využity na zdravotní a psychosociální rehabilitaci lidí postižených DMO a na rozvoj poradenských a informačních služeb zabývajících se touto nemocí. Za nejvyšší částku, 50 tisíc korun, byla vydražena fotografie „Walkman“ Jana Saudka. Druhou v pořadí byla za 42 tisíc korun zlacená cínová plastika „Hygie II.“ od Olbrama Zoubka. A konečně na třetím místě skončila litografie Adolfa Borna s názvem „Radostná setkání na Peloponésu“, kterou si dražitel odnesl za 26 tisíc korun.

(red)



Zleva moderátor Jan Čenský, Zdeněk Jirkovec a Zdeněk Bartůňek.

| Foto: archiv ICZ, a. s.

Finanční dar pro Mamma HELP – přímo z bankomatů

Od 13. března mohou klienti GE Money Bank poslat sdružení pacientek s nádorovým onemocněním prsu finanční dar přímo z bankomatů. Na konto Mamma HELP přitom bude přeposláno 100 % částky.

Mamma HELP je největší pacientskou organizací poskytující všestrannou pomoc ženám s rakovinou prsu a jejich blízkým. Poradenství a veškeré služby nabízí veřejnosti zdarma, a to v sedmi městech ČR. Každoročně využije služeb Mamma HELP center na 5200 osob, přednášky zaměřené na prevenci navštíví 1500 lidí ročně. „Už 300 korun nám umožní dodat jedné rodině odvalu a naději. Náklady na hodinu bezplatné terapie či poradenství pro jednu klient-

ku totiž v průměru vycházejí právě na 300 Kč,“ vysvětluje ředitelka sítě Mamma HELP center Mgr. Jana Drexlerová.

Celá bankovní operace je zdarma a dar je možné uplatnit jako odpočitatelnou položku k dani z příjmu. Potvrzení pro daňové účely lze získat prostřednictvím internetových stránek sdružení www.mammahelp.cz. Přispět můžete také přímo na konto Mamma HELP u GE Money Bank, číslo účtu: 393393393/0600.

(red)

Královská návštěva v Jedličkově ústavu

Nejmladší syn a snacha Alžběty II., hrabě a hraběnka z Wessexu, při svém pobytu v Praze 14. března navštívili Jedličkův ústav.

Princ Edward společně se svou chotí, hraběnkou Sophií, do ústavu nezavítali jen ze společenských důvodů. Hraběnka je totiž patronkou obdobného speciálního zařízení – Lord Mayor Treloar National Specialist College v Altonu, proto tuto problematiku a prostředí velmi dobře zná a chtěla poznat i obdobnou pražskou instituci. Na počest stého výročí ústavu zde manželé zasadili malou jedličku a setkali se s handicapovanými dětmi. Princ byl také jmenován čestným členem sportovního klubu ústavu. Jako patron londýnských paralympijských her se zde setkal



Princ Edward a hraběnka Sophie v Jedličkově ústavu. | Foto: archiv JÚS

i se studenty, kteří se jich loni zúčastnili, a paralympionici z Jedličkova ústavu mu darovali tričko s logem klubu. (red)

Zahraniční studenti na praxi v Krajské nemocnici Liberec

Během letošního února měli zahraniční středoškoláci možnost „stínovat“ zdravotníky v KNL. Pomůže jim to rozhodnout se o zaměření dalšího studia. Program je zároveň zajímavou formou propagace našeho zdravotního systému a pomoci by měl i rozvoji inkomové turistiky.

Britská společnost Gap Medics Ltd. ve spolupráci s Krajskou nemocnicí Liberec spustila během února v České republice pilotní program zaměřený především na středoškolské studenty, kteří se v budoucnu chtějí věnovat studiu medicíny a dalších zdravotnických oborů. Programu se dosud zúčastnilo přes 60 studentů z celého světa, a to především z USA, Velké Británie, Nizozemska, Francie, Ruska či Nigérie. „Zahraniční studenti mají možnost „stínovat“ liberecké lékaře a sestry při jejich každodenní práci na řadě oddělení v KNL. Cí-



Zahraniční studenti v doprovodu lékařského ředitele KNL MUDr. Jana Mečla. | Foto: archiv KNL

lem je nejen získat přehled o této práci, který studentům pomůže rozhodnout se o svém dalším studiu, ale také poznat český zdra-

votní systém a kulturu v naší zemi. Díky skvělé práci nemocnice a všech mentorů zapojených do programu studenti odjíždějí z Liberce s výbornými dojmy a zážitky,“ uvedla programová manažerka Gap Medics pro Českou republiku Barbora Vágnerová. „Program by měl i pomoci zlepšit jazykové znalosti zdravotníků. Mladí lidé z řady zemí navíc mají možnost poznat náš kraj a zajímavá místa. Nemocnice tak snad trochu přispěje k rozvoji turistiky a propagaci Liberce a jeho krásného okolí,“ dodal lékařský ředitel KNL MUDr. Jan Mečl. (red)

Nový inkubátor od Kapky naděje

Dar, který dostala od Nadačního fondu Kapka naděje neonatologie Nemocnice Na Bulovce (NNB), má celkovou hodnotu přes 200 tisíc korun.

Nový inkubátor 12. března převzal primář neonatologického oddělení MUDr. Martin Čihař. Přístroj Isolette C 2000 díky vyspělé elektronické regulaci, monitorování teploty, vlhkosti a koncentrace kyslíku zajišťuje optimální prostředí pro péči o nejmenší nedonošené novorozence, „Ročně se u nás narodí zhruba 2200 dětí. Ne všechny jsou však zdravé. Naši pomoc na neonato-

logii z nich ročně potřebuje zhruba 200 dětí, které jsou nedonošené či jinak nemocné, a dalších 50 miminek, které k nám přivezou z jiných nemocnic,“ uvedl primář Čihař. Slavnostního předání se spolu s ním osobně zúčastnil ředitel Nemocnice Na Bulovce MUDr. Petr Zajíc, MBA, prezidentka Nadačního fondu Kapka naděje Vendula Svobodová a ředitelka Nadačního fondu Kapka naděje Elen Švarcová. (red)



Ředitel NNB Petr Zajíc, prezidentka Nadačního fondu Kapka naděje Vendula Svobodová a primář Martin Čihař. | Foto: archiv NNB

ČEZ přispěl na modernizaci výuky sluchově postižených

Veřejnost svými hlasy v anketě „Vaše volba“ pořádané Skupinou ČEZ rozhodla o příjemci podpory ve výši 500 tisíc korun od Nadace ČEZ. Peníze půjdou na modernizaci výuky sluchově postižených žáků.



Výuka v zubní laboratoři střední školy pro sluchově postižené v Praze 5. | Foto: archiv Nadace ČEZ

Lidé se sluchovým postižením jsou na trhu práce oproti většinové populaci výrazně více ohroženi nezaměstnaností. Na střední, základní a mateřské škole pro sluchově postižené ve Výmolově ulici v Praze 5 proto svým studentům nabízejí nejen rodinný přístup s důrazem na rozvoj jejich osobnosti, ale především perspektivní obory. Díky příspěvku 500 tisíc korun od Nadace ČEZ tu nyní zmodernizují laboratoř pro výuku budoucích asistentů zubní technika a nakoupí nové vybavení do PC učebny. O podpoře projektu rozhodli svými hlasy obyvatelé Prahy a středních Čech ve veřejné anketě. (red)

„Svět kolem nás aneb Jak pečujeme o své zdraví“

Psychiatrická léčebna Šternberk ve spolupráci s gymnáziem ve Šternberku vyhláší literárně-výtvarnou soutěž. Zúčastnit se jí mohou obyvatelé Olomouckého kraje.

Soutěž na téma „Svět kolem nás aneb Jak pečujeme o své zdraví“ je vyhlášena v souvislosti se zahájením transformace péče o duševní zdraví v ČR. Hodnoceny budou jednak literární, jednak výtvarné práce, oboje v následujících kategori-

ích: A) 1.–2. třída ZŠ, B) 3.–5. třída ZŠ, C) 6.–9. třída ZŠ, D) 1.–3. ročník SŠ, E) dospělí. V každé kategorii budou oceněna první 3 místa. Uzávěrka soutěže je 17. 5., slavnostní vyhlášení výsledků proběhne 21. 6. Nejlepší práce budou publiko-

vány v katalogu a na podzim z nich proběhne v Divadle hudby Olomouc komponovaný večer. Práce zasílejte na adresu PL Šternberk, sekretariát, Olomoucká 1848/173, 785 01 Šternberk. Na obálce označte příslušnou kategorií. (red)

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

Kazuistický seminář

Seminář Psychiatrické kliniky

1. LF UK a VFN Praha

17. 4. 2013/Praha

Místo konání:

Knihovna psychiatrické kliniky

Pořadatel: Psychiatrická klinika

1. LF UK a VFN Praha

Kontakt:

<http://psychiatrie.lf1.cuni.cz>

Kmenové buňky a nesmrtnost rostlin

Přednáška klubu skeptiků Sisyfos – přednáší prof. RNDr. Zdeněk Opatrný, CSc. (Přírodovědecká fakulta UK v Praze)

17. 4. 2013/Praha

Místo konání:

Akademie věd ČR, Národní 3

Pořadatel:

Český klub skeptiků Sisyfos

Kontakt:

www.sisyfos.cz

Konzultační den SPL ČLS JEP

Zpráva o nemocech z povolání v ČR v roce 2012, aktuality z oblasti pracovnělékařské péče

17. 4. 2013/Praha

Místo konání:

Státní zdravotní ústav Praha

Pořadatelé:

Společnost pracovního lékařství ČLS JEP,

Státní zdravotní ústav Praha

Kontakt: MUDr. Zbyněk Bittner;

tel.: 267 082 653; e-mail: registr@szu.cz; www.pracovni-lekarstvi.cz

UK Continence Society 20th annual scientific meeting

17.–19. 4. 2013/Bradford, Velká Británie

Místo konání:

The Midland Hotel

Pořadatel:

United Kingdom

Continence Society

Kontakt:

www.ukscconferences.com

15. setkání přednostů a primářů infekčních klinik a oddělení

17.–19. 4. 2013/Černý Důl

Pořadatel:

Společnost infekčního lékařství ČLS JEP

Kontakt:

www.infekce.cz

EFMI STC Prague

Data and knowledge for medical decision support

17.–19. 4. 2013/Praha

Místo konání:

Hotel Barceló

Pořadatelé:

Společnost biomedicínského inženýrství a lékařské informatiky ČLS JEP (SBMIL),

European Federation for Medical Informatics (EFMI)
Kontakt: www.sbmil.cz

Bezpečná infuzní terapie, prevence rizik

Standardy, indikátory kvality, léková pochybení, inkompatibilita léčiv, mikrobiální kontaminace, prevence rizik vzduchové embolie, bodná poranění ve zdravotnictví

18. 4. 2013/Plzeň

Místo konání:

Lochotín, aula chirurgických oborů

Pořadatelé:

Aesculap Akademie, FN Plzeň

Kontakt:

www.aesculap-akademie.cz

Neuropsychiatric Symposium

Complex trauma, dissociation and functional disorders: an interdisciplinary approach

18. 4. 2013/Praha

Místo konání:

Městská knihovna Praha

Pořadatelé:

Neuropsychiatrické fórum, European Society for Trauma and Dissociation

Kontakt:

www.npforum.eu

7. západočeský dermatologický seminář

18. 4. 2013/Plzeň

Místo konání:

FN Plzeň-Bory, pavilon č. 4 a 22

Pořadatel:

Dermatovenerologická klinika LF UK a FN Plzeň

Kontakt:

prof. MUDr. Karel Pizinger, CSc.;

e-mail: kozniklinika@fnplzen.cz;

www.lfhk.cuni.cz/dermat

Dermatologický kurz

Klinicko-patologické korelace u kožních chorob pro atestaci a praxi

18. 4. 2013/Praha

Místo konání:

Hotel Ilf

Pořadatel:

Katedra dermatovenerologie IPVZ

Kontakt:

doc. MUDr. Lumír Pock, CSc.;

tel.: 261 092 443;

e-mail: lumir.pock@volny.cz;

www.lfhk.cuni.cz/dermat

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

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

18. 4. 2013/Praha

Místo konání:

Lékařský dům

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Hospice a umění doprovázení

Co prožívá nemocný a jeho nejbližší, nemoc jako příležitost, lékařská péče o duši, přínos logoterapie při doprovázení, co bychom měli vědět o bolesti, hospicové hnutí u nás a ve světě

18. 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

Aktuality v lékařské mikrobiologii

18.–19. 4. 2013/Praha

Místo konání:

1. LF UK, Kateřinská 32

Pořadatel:

1. LF UK

Kontakt:

www.lkcr.cz

14. Bedrnův den

Onkochirurgie a mezioborová spolupráce chirurga, patologa a onkologa; živé přenosy: klasická a laserová operace hemoroidů, operace periprotální píštěle, „Holmova“ operace (ELAPE)

nízce sedícího karcinomu rekta

18.–19. 4. 2013/Hradec Králové

Místo konání:

FN Hradec Králové

Pořadatelé:

Česká chirurgická společnost ČLS JEP, Chirurgická klinika LF UK a FN Hradec Králové

Kontakt:

Lenka Vávrová;

tel.: 495 832 495;

e-mail: lenka.vavrova@fnhk.cz;

www.chirurgie.cz;

www.chirurgiehk.cz

37. brněnské onkologické dny 27. konference pro nelékařské zdravotnické pracovníky

Diagnostika, onkochirurgie, radioterapie, systémová protinádorová léčba, klinická farmacie v onkologii, gynekologická onkologie, pneumoonkologie, uroonkologie, gerontoonkologie, epidemiologie nádorů, screening, klinické registry, kazuistiky...

18.–19. 4. 2013/Brno

Místo konání:

Kongresové

centrum pavilonu E, Veletrhy Brno, a. s. (Výstaviště)

Pořadatel:

Masarykův onkologický ústav Brno

Kontakt:

Eva Čechmanová; tel.:

543 132 450; e-mail: cechmanova@mou.cz;

Ludmila Klímová;

tel.: 543 213 825, 602 536 849;

e-mail: klimova@kardio-cz.cz;

www.linkos.cz

4th annual NATA symposium

Transfusion medicine and alternatives

18.–19. 4. 2013/Vídeň, Rakousko

Místo konání:

Exhibition & Congress Center Vienna

Pořadatel:

Network for Advancement of Transfusion Alternatives (NATA)

Kontakt:

www.nataonline.com

44. konference gynekologie dětí a dospívajících

Motto: Dospívající dívka není zmenšenou kopií dospělé ženy.

Témata: význam preventivních prohlídek v dětské a adolescentní gynekologii, HPV infekce a možnosti prevence, mezioborová spolupráce, antikoncepce u dospívajících dívek...

18.–20. 4. 2013/

Rožnov pod Radhoštěm

Místo konání:

Hotel Relax

Pořadatel:

sekte gynekologie dětí a dospívajících České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP

Kontakt:

www.detskagynekologie-cgps.cz

5th international congress on prediabetes and the metabolic syndrome

Early interventions for diabetes & dysglycemia, surgery in the treatment of obesity & diabetes

18.–20. 4. 2013/Vídeň, Rakousko

Kontakt:

www2.kenes.com/prediabetes

1. jarní dermatologický seminář

18.–20. 4. 2013/Velké Losiny

Pořadatelé:

Klinika nemocí kožních a pohlavních LF UK a FN Hradec Králové, dermatovenerologické odd. Nemocnice Šumperk

Kontakt:

doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.;

e-mail: ettler@fnhk.cz;

prim. MUDr. Lubomír Drlík;

e-mail: drlik@nespk.cz;

www.lfhk.cuni.cz/dermat



Ilustrační foto: Shutterstock

49. diabetologické dny

18.–20. 4. 2013/Luhačovice

Místo konání:

Městský dům kultury Elektra

Pořadatel:

Česká diabetologická společnost ČLS JEP

Kontakt:

www.gsymposion.cz/diady

12th annual female urology and urogynecology symposium

Mesh vs. non-mesh surgical repairs; avoiding and managing complications; managing pelvic pain; robotics and laparoscopy...

18.–20. 4. 2013/Las Vegas, USA

Kontakt:

www.fuus-cme.org

World congress on osteoarthritis

18.–21. 4. 2013/Filadelfie, USA

Místo konání:

Marriott Philadelphia Downtown

Pořadatel:

Osteoarthritis Research Society International (OARSI)

Kontakt:

www.oarsi.org

Onemocnění ramenního pletence

Seminář pro PL a neurologie: anatomické poznámky, diferenciální diagnostika, terapie vč. využití alternativních přístupů; klinické příznaky svalových dysbalancí, kineziologický rozbor, vyšetření, možnosti a význam fyzioterapie

19. 4. 2013/Praha

Místo konání:

Klinika komplexní rehabilitace Monada, s. r. o.

Pořadatel:

Monada, s. r. o.

Kontakt:

www.monada.cz

Celostátní konference nukleární medicíny 19. pracovní den technologicko-ošetrovatelské sekce ČSNM ČLS JEP a ČAS

19. 4. 2013/Praha

Místo konání:

Lékařský dům

Pořadatel:

Technologicko-ošetrovatelská sekce České společnosti nukleární medicíny ČLS JEP, ČAS

Kontakt:

www.csnm.cz

Seminář kliniky pracovního lékařství

Klinická toxikologie neuroaktivních složek hadích jedů, praktické postupy při uštknutí exotickým jedovatým hadem, novinky z časopisu *Clinical Toxicology*

19. 4. 2013/Praha

Místo konání: posluchárna kliniky pracovního lékařství, Na Bojišti 1

Pořadatel: Klinika pracovního lékařství 1. LF UK a VFN Praha
Kontakt: <http://nempov.lfi.cuni.cz/seznamy-seminaru-ke-stazeni>

Pražský glaukomový chirurgický den

19. 4. 2013/Praha

Pořadatel: Česká oftalmologická společnost ČLS JEP, Oční klinika 1. LF UK a VFN Praha
Kontakt: www.oftalmologie.com; doc. MUDr. Eva Růžičková, CSc.; e-mail: sekrpred.ocnikl@vfn.cz

10. meziregionální ORL seminář

19. 4. 2013/Opava

Pořadatel: Spolek lékařů ČLS JEP v Opavě, ORL oddělení Slezské nemocnice v Opavě

Kontakt: MUDr. Petr Kumpel; tel.: 533 766 340; e-mail: petr.kumpel@nemocnice.opava.cz; <http://otolaryngologie.cz>

Komplexní vyšetření poruch polykání v ambulanci i klinické praxi

Anatomie a fyziologie dýchacích cest, etiologie a možnosti diagnostiky poruch polykání, funkční terapie poruch polykání, terapie u onkologických pacientů po výkonech v oro- a hypofaryngu, dysfagie a gastro- a extraezofageální reflux, chirurgická léčba poruch polykání, výživa u poruch polykání...

19.-20. 4. 2013/Hradec Králové

Místo konání: učebny Psychiatrické kliniky LF UK a FN Hradec Králové

Pořadatel: Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP, Asociace klinických logopedů České republiky, Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku LF UK a FN Hradec Králové, Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku FZS Univerzity Pardubice a Pardubické krajské nemocnice, a. s., ORL klinika FN Ostrava

Kontakt: MUDr. Michal Černý; tel.: 495 832 464; e-mail: symposium.orlfnhk.cz; <http://symposium.orlfnhk.cz>; <http://otolaryngologie.cz>

11. seminář algeziologů

Pooperační bolest – běžné principy léčení, opioid-tolerantní paci-

ent v perioperačním období, SR oxykodon v premedikaci, diagnostika složitých algeziologických pacientů, kazuistiky

19.-20. 4. 2013/Lázně Běláhrad

Místo konání: Spa Resort Tree of Life

Kontakt: www.mhconsulting.cz

17. hradecké pneumologické dny

Bronchiální obstrukce, TBC, akutní pneumologie, workshopy; sesterská sekce: péče o pacienta s plicním onemocněním, funkční a laboratorní diagnostika

19.-20. 4. 2013/Hradec Králové

Místo konání: Univerzita Hradec Králové, budova A

Pořadatel: Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS JEP, Plicní klinika LF UK a FN Hradec Králové, Česká asociace sester

Kontakt: www.nfpneumo.wz.cz

Current practice of vascular ultrasound

19.-21. 4. 2013/Las Vegas, USA

Pořadatel: Institut for Advanced Medical Education (IAME)

Kontakt: www.iame.com/conferences

Výcvik lektorů v kognitivně-behaviorální terapii obezity

Současný přístup k terapii obezity, obecné základy kognitivně-behaviorální psychoterapie, teoretický základ KBT obezity, obzita z psychologického hlediska...

19.-21. 4. 2013/Praha

Místo konání: Všeobecná fakultní nemocnice, 3. interní klinika – klub v 1. patře

Pořadatel: Společnost STOB

Kontakt: www.stob.cz

2nd ESTRO forum

19.-23. 4. 2013/Ženeva, Švýcarsko

Pořadatel: European Society for Radiotherapy and Oncology (ESTRO)

Kontakt: www.estro-events.org

14. beskydský slet lékárníků

Protibolestivá léčiva v terapii

20. 4. 2013/Frýdlant nad Ostravicí

– Malenovice

Místo konání: hotel Petr Bezruč

Pořadatel: Česká farmaceutická společnost ČLS JEP

Kontakt: PharmDr. Pavel Grodza; tel.: 556 722 061, 602 503 897; e-mail: panacea@iol.cz; www.cfs-cls.cz

Kurz z geriatric

20. 4. 2013/Praha

Místo konání: oválná pracovna ČLK, Praha 5

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

Konference SPLDD

20. 4. 2013/Vyškov

Místo konání: hotel Allvet

Pořadatel: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

Kontakt: www.detskylekar.cz

Resuscitace novorozence – kurz

20. 4. 2013/Praha

Místo konání: klub ČLK, Praha 5

Pořadatel: Česká lékařská komora

Kontakt: www.lkcr.cz

Škola zad pro fyzioterapeuty a lékaře

20.-21. 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

Harrachovorky 2013

25. celostátní pracovní konference laborantů a sester: hematologie, koagulace, imunoematologie, dárcovství krve, správná laboratorní praxe, vzdělávání NLP

21.-23. 4. 2013/Harrachov

Místo konání: hotel Sklář

Pořadatel: sekce laborantů a sester Společnosti pro transfuzní lékařství ČLS JEP, sekce laborantů České hematologické společnosti ČLS JEP, ČAS, Panochova nemocnice Turnov

Kontakt: Zdeňka Drobníková;

tel.: 481 446 710; e-mail:

zdena.drobnikova@nemtur.cz;

www.transfuznispolecnost.cz

10th carbohydrate bioengineering meeting

Mechanisms and structure-function relationships of carbohydrate modifying enzyme; synthesis, structure and function of carbohydrates and glycoconjugates; carbohydrate and enzyme engineering; carbohydrates in health and medicine; new materials and nanomaterials from carbohydrates as renewable resources

21.-24. 4. 2013/Praha

Místo konání: Orea hotel Pyramida

Pořadatel: Mikrobiologický ústav Akademie věd ČR

Kontakt: www.cbm10.org

Popelkuv večer

Onkoortopedie – přednáškový večer Kliniky dětské a dospělé ortopedie a traumatologie 2. LF UK a FN Motol v Praze

22. 4. 2013/Praha

Místo konání: Lékařský dům

Pořadatel: Spolek lékařů českých ČLS JEP v Praze

Kontakt: www.cls.cz

Kazuistiky onkologických onemocnění leteckého personálu

22. 4. 2013/Praha

Místo konání: Ústav leteckého zdravotnictví, školící pracoviště, Praha 6

Pořadatel: OS České lékařské komory Praha 6, Ústav leteckého zdravotnictví

Kontakt: www.lkcr.cz

Nádory trachey

Seminář Pneumologické kliniky 1. LF UK a TN

22. 4. 2013/Praha

Místo konání: Posluchárna pneumologické kliniky, pavilon G1

Pořadatel: Pneumologická klinika 1. LF UK a Thomayerovy nemocnice Praha

Kontakt: www.ftn.cz

Radiologie hrudníku

Záněty plic a mediastina, HRCT, úrazy hrudníku, bránice a plicnice, diferenciální diagnostika, zobrazování hrudníku u dětí

22.-23. 4. 2013/Čeladná

Místo konání: Hotel Prosper

Pořadatel: Radiologická klinika LF UP a FN Olomouc, Radiologická klinika LF MU a FN Brno

Kontakt: Vladislava Švecová; tel.:

588 444 426; e-mail: vladislava.svecova@fnol.cz; www.crs.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

23. 4. 2013/Praha

Místo konání: hotel Yasmin

Pořadatel: Levret, s. r. o.

Kontakt: www.levret.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Současná prevence KVO v EU a ČR

23. 4. 2013/Ostrava

Místo konání: hotel Imperial

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.svl.cz

Řízení změny

Kurz pro střední a vyšší management v sociálních službách: komunikace jako základ procesu změny, styly vedení a jejich vliv při zavádění změn, umění správně stanovit cíle a delegovat změnu, psychologie prožívání změny, nejčastější faktory bránící realizaci vize/změny...

24. 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

Gynekologický seminář – výsledky perinatologického rozboru

24. 4. 2013/Opava

Pořadatel: Spolek lékařů ČLS JEP v Opavě

Kontakt: MUDr. Petr Kumpel;

tel.: 533 766 340; e-mail:

petr.kumpel@nemocnice.opava.cz;

www.cls.cz

Večer Šiklova ústavu patologie

24. 4. 2013/Plzeň

Pořadatel: Spolek lékařů ČLS JEP v Plzni, Šiklov ústav patologie LF UK a FN Plzeň

Kontakt: www.fnplzen.cz

Poruchy příjmu potravy

Seminář Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN Praha

24. 4. 2013/Praha

Místo konání: knihovna Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN

Pořadatel: Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Kontakt:

<http://psychiatrie.lfi.cuni.cz>

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Současná prevence KVO v EU a ČR

24. 4. 2013/Praha

Místo konání: Lékařský dům

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.svl.cz

Aktuální problémy lékařské parazitologie

Pracovní setkání

24.-26. 4. 2013/Velké Karlovice

Pořadatel: sekce lékařské parazitologie Společnosti pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP, Česká parazitologická společnost

Kontakt: RNDr. Karel Fajfrlík,

Ph.D.; e-mail: fajfrlik@fnplzen.cz;

www.sem-cls.cz;

www.parazitologie.cz

24th congress of the ESPU

24.-27. 4. 2013/Janov, Itálie

Místo konání: Porto Antico

Pořadatel: European Society for Paediatric Urology (ESPU)

Kontakt: www.espu2013.org

Využití DNA microarrays v klinické genetice

Nová p. o. antikoagulancia v klinické praxi

25. 4. 2013/Praha

Místo konání: Ústav lékařské

biochemie a laboratorní

diagnostiky 1. LF UK a VFN v Praze

Pořadatel: 1. LF UK

Kontakt: www.lkcr.cz

KALENDÁŘ AKCÍ

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Současná prevence KVO v EU a ČR
25. 4. 2013/Hradec Králové
Místo konání: Nové Adalbertinum
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Kataraktová škola pro sestry

25.–26. 4. 2013/Praha
Místo konání: Oční klinika 3, LF UK a FN Královské Vinohrady
Pořadatel: Česká společnost refrakční a kataraktové chirurgie
Kontakt: www.csrkch.cz

22. jihočeské ORL dny

25.–26. 4. 2013/Třeboň
Místo konání: Lázně Aurora
Pořadatel: ORL oddělení Nemocnice České Budějovice, Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP
Kontakt: http://otolaryngologie.cz

11. kongres praktických lékařů a sester

Diabetologie, paliativní medicína, revmatologie, infektologie, neuropsychiatrie, kardiologie, angiologie
25.–26. 4. 2013/Olomouc
Místo konání: NH Olomouc Congress Hotel
Pořadatel: 2. interní klinika FN u sv. Anny Brno
Kontakt: www.solen.cz

18. SEKCAMA

Celoštátní pracovní konference: patológia, epidemiológia, diagnostika a súčasné možnosti terapie karcinómu prsníka
25.–26. 4. 2013/Bratislava
Místo konání: Hotel Holiday Inn
Pořadatel: sekcia pre karcinóm prsníka Slovenskej onkologickej spoločnosti SLS
Kontakt: www.sekcama.sk

17. hradecké gastroenterologické a hepatologické dny

7. mezinárodní endoskopický workshop
25.–27. 4. 2013/Hradec Králové
Místo konání: Výukové centrum LF UK v areálu FN Hradec Králové
Kontakt: www.cgs-cls.cz

10th endometriose kongress

25.–27. 4. 2013/Linec, Rakousko
Místo konání: Palais Kaufmännischer Verein
Kontakt: www.endometriose2013.com

19. sympozium o morfologii a funkci střeva

25.–27. 4. 2013/Staré Splavy u Máchova jezera

Pořadatel: Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.cgs-cls.cz; e-mail: pavel.kohout@ftn.cz

8th international congress on vascular access

Vascular access – lifeline for hemodialysis – how does it help and how does it harm? Heart and arteries in ESRD patients
25.–27. 4. 2013/Praha
Místo konání: Prague Congress Centre
Kontakt: www.vas2013.org

Mezinárodní seminář na téma dozrávání

4. minikonference o nových cestách imaginativních postupů. Plenární přednášky. Teoretické semináře: ego a imaginace; na koho se dívá a kdo kde stojí; vztahová vazba u dětí i dospělých; možnosti KIP v léčbě bolesti. Speciální semináře: životní cesta a životní cíle; tváře studu; integrace dvou motivů těla...
25.–28. 4. 2013/Žďár nad Sázavou
Místo konání: hotel Jehla
Pořadatel: Česká společnost pro katathymně-imaginativní psychoterapii (CSKIP)
Kontakt: www.cskip.cz; www.ceskapsychiatrie.cz

Intenzivní kurz objemového ultrazvuku v těhotenství

Teoretické základy 3D/4D zobrazení, technické pozadí 3D/4D vyšetřování, praktická instruktáž 3D/4D zobrazení fetálního mozku, páteře, hrudníku, patra, srdce a povrchu plodu za použití systémů GE Voluson (3D, 4D, STIC), aplikace 3D/4D UZ při vyšetřování fetálních malformací
26. 4. 2013/Olomouc
Místo konání: Ústav lékařské genetiky a fetální medicíny LF UP a FN Olomouc
Pořadatel: Ústav lékařské genetiky a fetální medicíny LF UP a FN Olomouc
Kontakt: www.ulgrs.upol.cz

13. slovensko-české IBD sympozium

26. 4. 2013/Nitra, Slovensko
Pořadatel: Slovenská gastroenterologická spoločnosť SLS, Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.cgs-cls.cz

Nitrolební monitorování u poranění mozku

26. 4. 2013/Plzeň
Místo konání: Aula FN Plzeň
Pořadatel: Anesteziologicko-resuscitační klinika LF UK a FN Plzeň
Kontakt: www.lkcr.cz

Krajská dermatovenerologická konference

26. 4. 2013/Ústí nad Labem
Pořadatel: kožní oddělení Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem, ve spolupráci s ČLK
Kontakt: prim. MUDr. Olga Filipovská; e-mail: olga.filipovska@mnuul.cz; www.lfhk.cuni.cz/dermat

5. konference Dermatologie pro praxi

Obličejové dermatózy, fototerapie, společné problémy alergologů a dermatologů, estetická dermatologie, blok kazuistik mladých dermatovenerologů
26. 4. 2013/Olomouc
Místo konání: NH Olomouc Congress Hotel
Pořadatel: Klinika chorob kožních a pohlavních LF UP a FN Olomouc, Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc
Kontakt: doc. MUDr. Dagmar Ditrichová, CSc.; e-mail: dagmar.ditrichova@fnol.cz; www.lfhk.cuni.cz/dermat

Kurz Nemoci pojiva

26. 4. 2013/Praha
Místo konání: Hotel If
Pořadatel: katedra dermatologie IPVZ
Kontakt: prof. MUDr. Jiří Štork, CSc.; tel.: 261 092 443; www.ipvz.cz

8. brněnské Slavíkovy oftalmologické dny

26. 4. 2013/Brno
Místo konání: Hotel Santon
Kontakt: www.oftalmologie.com

Doporučené postupy v přednemocniční první pomoci

Historie organizování první pomoci u nás a ve světě, organizace a fungování IZS, obecné zásady poskytování PP, manipulace s postiženým, úlevové a léčebné polohy podle postižení, doporučené postupy u krvácení, postižení pohybového aparátu, termických traumat, překotného porodu, tonutí, intoxikací...
26. 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

Konference SPLDD ČR

26.–27. 4. 2013/Jindřichův Hradec
Místo konání: hotel Concertino
Pořadatel: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR (SPLDD)
Kontakt: www.detskylekar.cz

Dny molekulární patologie

9. sympozium a workshop molekulární patologie a histo(cyto)chemie
99. olomoucký diagnostický seminář české divize IAP
5. olomoucké dny histologických laborantů
Témata: tkáňové prostředí v molekulární patologii, sekvenační metody nové generace
26.–27. 4. 2013/Olomouc
Místo konání: Regionální centrum Olomouc, sál Pegasus, Teoretické ústavy LF UP Olomouc
Pořadatel: česká sekce molekulární patologie Společnosti českých patologů ČLS JEP a Evropské společnosti patologů, česká sekce International Academy of Pathology, Česká onkologická společnost ČLS JEP, Česká společnost histochemická a cytochemická, Česká společnost histologických laborantů, Ústav klinické a molekulární patologie FN Olomouc, Ústav molekulární a translační medicíny LF UP Olomouc
Kontakt: www.solen.cz

3. neurokazuistický sjezd

Extrapyramidové poruchy, léčba bolesti a epilepsie, cerebrovaskulární onemocnění a tumory, neurodegenerativní onemocnění
26.–27. 4. 2013/Praha
Místo konání: rezidence primátora hl. m. Prahy, Mariánské nám. 1
Kontakt: www.mhconsulting.cz

In or under skin

Dermatologie a plastická chirurgie společně
26.–27. 4. 2013/Mikulov
Místo konání: hotel Eliška
Pořadatel: Dermatovenerologická klinika 3. LF UK a FNKV Praha, oddělení plastické a estetické chirurgie FN Olomouc
Kontakt: prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA; www.lfhk.cuni.cz/dermat

Nácvik manipulace s nehybným a málo pohyblivým klientem-seniorem

Kurz pro všeobecné sestry a zdravotnické asistenty pracující u lůžka či v agenturách domácí péče
26.–28. 4. 2013/Brno
Místo konání: NCO NZO
Pořadatel: NCO NZO
Kontakt: www.nconzo.cz

9. festival pediatrických kazuistik

26.–28. 4. 2013/Luhačovice
Místo konání: Dům kultury Elektra
Pořadatel: Krajská nemocnice T. Bati, a. s., pod záštitou České pediatrické společnosti ČLS JEP
Kontakt: www.bpp.cz/fezszak

Women's cancers

26.–28. 4. 2013/Ribarska Banja, Srbsko
Pořadatel: European School of Oncology (ESO)
Kontakt: www.eso.net/events-2.html

Vzdělávací seminář OSPDL a SPLDD

27. 4. 2013/Děčín
Místo konání: hotel Česká Koruna
Pořadatel: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP (OSPDL) a Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR (SPLDD)
Kontakt: www.detskylekar.cz

Specifika různých forem PA psychoterapie

12. blok z cyklu přednášek „Základy psychoanalytické teorie“
27. 4. 2013/Praha
Místo konání: Středisko psychoterapeutických služeb, Břehová 3
Pořadatel: Česká společnost pro psychoanalytickou psychoterapii
Kontakt: www.cspap.cz

Novinky v pneumologii

27. 4. 2013/Praha
Místo konání: Oválná pracovna ČLK, Praha 5
Pořadatel: Česká lékařská komora
Kontakt: www.lkcr.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Současná prevence KVO v EU a ČR
27. 4. 2013/Brno, Olomouc
Místo konání: Kancelář veřejného ochránce práv (Brno), aula Právnické fakulty UP (Olomouc)
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Lenochův večer

Systémová onemocnění pojiva – přednáškový večer Revmatologického ústavu Praha
29. 4. 2013/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Spolek lékařů českých ČLS JEP v Praze
Kontakt: www.cls.cz

Nová antitrombotika

30. 4. 2013/Pelhřimov
Místo konání: vzdělávací salonek Nemocnice Pelhřimov
Pořadatel: OS ČLK Pelhřimov
Kontakt: www.lkcr.cz

Rizika u intervenčních výkonů

30. 4. 2013/Plzeň
Místo konání: Výuková místnost RDG oddělení FN Plzeň – Bory
Pořadatel: Radiodiagnostické oddělení FN Plzeň
Kontakt: www.lkcr.cz (sta)

NOVÉ KNIHY

**Adéla Holubová,
Helena Novotná,
Jana Marečková a kol.
Ošetřovatelská péče
v gastroenterologii
a hepatologii**



Rozsah:
272 stran
Cena: 420 Kč
ISBN: 978-80-
204-2806-6
Vydavatel:
Mladá fronta,
edice Sestra

Publikace, která je svým zaměřením na českém trhu zcela ojedinělá, je určena nejen studentům zdravotnických oborů na lékařských či zdravotně-sociálních fakultách a vyšších odborných školách, ale také všeobecným sestřám, kterým poskytnou nejnovější poznatky z daných oborů a pomůže tak zkvalitnit péči o jejich klienty. Akademickým pracovníkům poslouží jako kvalitní podklad pro výuku.

Jedinečnost této učebnice spočívá v jejím pojetí. Většina kapitol je zpracována formou ošetřovatelského procesu či standardizovaného ošetřovatelského postupu. Velkým pozitivem knihy je též použití NANDA taxonomie II, která je dnes již nezbytným prvkem ošetřovatelské diagnostiky.

Prostudováním této publikace čtenáři získají základy medicínské problematiky, budou umět rozpoznávat ošetřovatelské problémy klienta, správně přiřadit ošetřovatelskou diagnózu, plánovat, realizovat, hodnotit ošetřovatelskou péči a vhodně edukovat nemocné. Naučí se asistovat lékaři při specializovaných výkonech a vyšetřeních, na která budou umět klienty správně připravit. Získají též dobrý přehled o farmakologických přípravcích používaných v gastroenterologii a hepatologii.

Množství použitých tabulek, ilustračních obrázků a barevných fotografií umocňuje didaktický charakter publikace.

**Lore Wehnerová,
Ylva Schwinghammerová
Smyslová aktivizace
v péči o seniory
a klienty s demencí**

Rozsah: 146 stran
Cena: 299 Kč
ISBN: 978-80-247-4423-0
Vydavatel: Grada



Celostní koncept smyslové aktivizace pro osoby velmi staré nebo klienty trpící demencí představuje důležitou složku komplexní péče o seniory v sociálních zařízeních i v domácí péči.

Podpora a procvičování smyslových funkcí klientovi přináší nejen příjemný pocit, ale zároveň je to pro něj také forma prožití času. Společně s procvičováním smyslů klient projevuje fyzickou aktivitu a to slouží k udržení určitého stupně jeho soběstačnosti – například při samostatném příjmu potravy, hygieně a dalších běžných denních činnostech.

**Alena Plháková
Učebnice obecné
psychologie**



Rozsah:
472 stran
Cena: 240 Kč
ISBN: 978-80-
200-1499-3
Vydavatel:
Academia

Učebnice předkládá výklad pojmů, teorií a metod nejzákladnějšího psychologického oboru. Vedle tradičních témat obecné psychologie, tedy především poznávacích, motivačních a emocionálních procesů, obsahuje poměrně rozsáhlé kapitoly o vědomí a imaginaci, které se v podobných anglicky psaných učebnicích zpravidla nevyskytují. Autorka dokázala, že obecná psychologie, považovaná většinou studentů za nezáživný předmět, je ve skutečnosti obor nesmírně zajímavý.

**Ingrid Matoušková
Aplikovaná forenzní
psychologie**



Rozsah:
304 stran
Cena: 399 Kč
ISBN: 978-80-
247-4580-0
Vydavatel:
Grada

Knihou se zabývá nejen základními tématy a otázkami aplikované forenzní psychologie, ale také oblast-

mi hraničními, tedy interdisciplinárními, zejména trestněprávní, kriminalistickou a kriminologickou problematikou. Je strukturovaná podle základních témat řazených abecedně, přičemž jednotlivé kategorie zahrnují nejen meritorně psychologické poznatky, ale i témata z uvedených hraničních oblastí. Některé kategorie jsou pro snadnější představu doplněny o kazistiku a za každým heslem je uvedena rozšiřující literatura.

Publikace je určena zejména studentům právních a bezpečnostních oborů, policistům a orgánům činným v trestním řízení, justičním pracovníkům působícím především v oblasti trestního práva, pracovníkům krizového řízení, pomáhajícím dobrovolníkům, forenzním psychologům, vězeňským psychologům ad.

**Kate Cairnssová
Bezpečná vazba
mezi náhradními
rodiči a dítětem
Traumata v raném vztahu
a psychická odolnost**



Rozsah:
152 stran
Cena: 265 Kč
ISBN: 978-80-
262-0370-4
Vydavatel:
Portál

Kvalita interakcí mezi dítětem a jeho rodiči v prvních měsících života do velké míry rozhoduje o tom, jaký bude jeho budoucí život, jaké bude mít vztahy, jak dokáže využít svůj vrozený potenciál i jaký z něj jednou bude rodič. Dítě, které prožilo první týdny či měsíce bez kontaktu s člověkem, který by byl jen „jeho“, může trpět řadou problémů. Nedokáže zpracovat svůj strach či vztek, neumí si uvědomit smysluplnost své existence. Nedostatek lásky v raném dětství je nepochybně traumatem.

Knihou vysvětluje základní pojmy (bezpečná vazba, trauma a psychická odolnost) a nabízí strategie, jež mohou rodičům a vychovatelům dětí, které byly na začátku svého života opuštěné, pomoci překonat toto počáteční trauma. Je určena náhradním rodičům a také sociálním pracovníkům a terapeutům pracujícím s pěstouny a adoptivními rodiči.

Kate Cairnssová pracuje jako sociální pracovnice. V její rodině našlo během pětadvaceti let nový domov

dvanáct dětí, kterým byli se svým mužem pěstouny.

**Peter Pöthe
Emoční poruchy
v dětství a dospívání
2., doplněná
a aktualizované vydání**



Rozsah:
168 stran
Cena: 249 Kč
ISBN: 978-80-
247-4585-5
Vydavatel:
Grada

Renomovaný český autor předkládá čtenářům řadu nosných a inspirativních psychoanalytických objevů. Formou poutavého čtení se snaží předat co největší množství informací z oblasti psychoanalýzy dětí a dospívajících, vývojové psychologie a psychiatrie, věnuje se terapii i diagnostice. Vše doplňuje praktickými příklady z vlastní praxe. Publikaci zaměřil především na psychiatrii, psychology, psychoterapeuty, sociální pracovníky, pedagogy, vychovatele a učitele mateřských škol.

**Joel Bakan
Dětství
pod palbou**

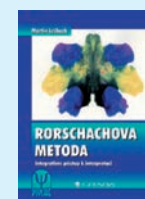


Rozsah:
312 stran
Cena: 299 Kč
ISBN: 978-80-
7387-653-1
Vydavatel:
Triton

Počet dětí užívajících psychofarmaka prudce stoupl poté, co výrobci farmak začali používat zákeřné a mnohdy nelegální praktiky, aby si zajistili, že u dětí budou mnohem častěji než dříve diagnostikovány duševní poruchy, a aby přesvědčili rodiče, že jejich potomci nutně musí užívat léky. Důmyslný marketing vyvíjí čím dál rafinovanější a účinnější taktiky, které hrají na strunu dětských tužeb a emocí a vábí do sítě nutkavého konzumerismu. Tvůrci počítačových her předkládají dětem hry plné sexu a násilí a majitelé sociálních médií infiltrovají do společenského a citového světa dětí, kde je ovlivňují tak, aby trávily stále více času *on-line*. A chronické zdravotní potíže dětí, od astmatu přes rakovinu až po autismus či vrozené vady,

jsou čím dál závažnějším problémem, protože naše okolí a životní prostředí jsou zamořovány tisíci průmyslových chemikálií. Velké firmy si našly nový zdroj zisku: naše děti. Joel Bakan odhaluje, do jaké míry tyto firmy zneužívají zranitelnost a ovlivnitelnost dětí, jak manipulují se strachem jejich rodičů a jednájí bez ohledu na zájmy a zdraví dětí...

**Martin Lečbych
Rorschachova metoda
Integrativní přístup k interpretaci**



Rozsah:
152 stran
Cena: 249 Kč
ISBN: 978-80-
247-4536-7
Vydavatel:
Grada

Autor učinil ojedinělý pokus včlenit Rorschachovu metodu do širšího teoretického rámce. Z jeho bádání vyplývá, že nálezy získané touto metodou korespondují s řadou soudobých teoretických a výzkumných poznatků. Nezůstává jen v rovině čisté diagnostiky, nýbrž se zaměřil i nad terapeutickými důsledky možných nálezů. Jeho výklad potvrzuje, že Rorschachova metoda se stala spolehlivým nástrojem poznání osobnosti jedince. Kniha je tudíž jednak repertoriem nových poznatků z oblasti kognice, emocí a mezilidských vztahů, jednak ukázkou jejich využití v psychologické praxi.

**Karel Pavelka, Jiří Vencovský,
Pavel Horák, Ladislav Šenolt,
Heřman Mann, Jan Štěpán
a kol.
Revmatologie**



Rozsah:
740 stran
Cena: 1890 Kč
ISBN: 978-80-
7345-295-7
Vydavatel:
Maxdorf

Jedná se o komplexní učebnici pro specializační vzdělávání v oboru revmatologie. Je tištěna na křídovém papíru, obsahuje několik set barevných ilustrací a odráží dynamický rozvoj oboru v posledních deseti letech se všemi pokroky v diagnostice i terapii.

PRÁVNÍ PORADNA

Mzda za práci bez odborného dohledu

Dokončila jsem vyšší zdravotnickou školu a zažádala si o registraci. V momentě, kdy mi registrace dorazila, jsem ji odnesla vrchní sestře, abych mohla vykonávat ošetrovatelskou péči bez odborného dohledu. Asi dva



na dotazy odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc

měsíce později mi staniční sestra předala náplň práce s tím, že ji ona sama za mě podepsala. Nedávno jsem si svou náplň práce pročetla a všimla jsem si, že mám v náplni napsáno: Vykonávání ošetrovatelské práce pod odborným dohledem. Neměla bych však po získání registrace pro práci bez odborného dohledu dostávat vyšší mzdu a mohu žádat o doplacení za předešlé měsíce?

Pracovní smlouva je nejběžnějším právním úkonem, na jehož základě vzniká pracovní poměr. Jedná se o dvoustranný právní úkon spočívající v souhlasném projevu vůle zaměstnance a zaměstnavatele uzavřít pracovní poměr. Pracovní smlouva musí obsahovat podstatné náležitosti, jimiž jsou druh práce, který

má zaměstnanec pro zaměstnavatele vykonávat, místo, kde má být práce vykonávána, a den nástupu do práce. Pracovní smlouva musí být uzavřena písemně, totéž platí o změně pracovní smlouvy.

Druh a náplň práce

Uvedení druhu práce v pracovní smlouvě má zásadní význam, neboť vymezuje, jakou práci je zaměstnanec povinen vykonávat. Konat práce jiného druhu zaměstnanec v zásadě není povinen s výjimkou případů, kdy zákoník práce výjimečně umožňuje převést zaměstnance na jinou práci. Proto je důležité, jak široce či naopak úzce je druh práce vymezen, přičemž v tomto směru mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem existuje smluvní volnost. Zaměstnavatelé v praxi někdy blíže specifikují druh práce – a z toho vyplývající míru práv a povinností zaměstnance – pomocí tzv. pracovní náplně. Pracovní náplň je zpravidla informativní dokument, kterým zaměstnavatel blíže specifikuje zaměstnanci obsah sjednaného druhu práce.

Pracovní náplň musí být v souladu s druhem práce sjednaným v pracovní smlouvě. Povinnost zaměstnance vykonávat práce vymezené v pracovní náplni totiž nevyplývá z tohoto dokumentu, ale z druhu práce sjednaného v pracovní smlouvě. Pracovní náplň může zaměstnavatel jednostranně měnit i bez souhlasu zaměstnance, nicméně se vždy musí pohybovat v rámci smluvně sjednaného druhu práce. Jiná situace by mohla nastat, po-

kud by pracovní náplň byla součástí pracovní smlouvy. Pak by se takováto specifikace druhu práce stala smluvně závaznou a bylo by ji možné měnit pouze dohodou obou stran.

Neplatnost smlouvy

Z dotazu nelze přesně dovodit, zda pracovní náplň je součástí pracovní smlouvy, či nikoli. Co však z dotazu jednoznačně dovodit lze, je skutečnost, že staniční sestra podepsala náplň práce

za zaměstnankyni. Takto „podepsaná“ náplň práce je samozřejmě neplatná a není ani právně závazná. Samotné dokončení vyšší zdravotnické školy a získání registrace nezakládá zaměstnavateli povinnost automaticky zařadit sestru k výkonu ošetrovatelské práce bez odborného dohledu ani jej nezavazuje automaticky jí zvýšit mzdu.

Změnu druhu práce, změnu pracovní náplně a změnu výše odměny za práci tak doporučuji projednat s nadřízenou (vrchní sestrou) či přímo s ředitelem nemocnice. Věřím, že uznalý a zodpovědný zaměstnavatel zohlední zvýšenou kvalifikaci sjednáním nového druhu práce (pracovní náplně) a tomu odpovídajícím mzdovým ohodnocením.



ilustrace foto: Shutterstock

Neočkované děti ve školce

Je možné přijímat do mateřské školy neočkované děti? Pracovníci hygienické stanice na to nemají jednotný názor...



odpovídá
Mgr. Petra Maryšková

V tomto případě je zákon striktní a § 34 školského zákona v kombinaci s § 50 zákona na ochranu veřejného zdraví hovoří zcela jednoznačně, když stanoví, že zařízení poskytující péči o dítě do 3 let věku v denním režimu nebo předškolní zařízení mohou přijmout pouze dítě, které se podrobilo stanoveným pravidelným očkováním, má doklad, že je proti nákaze imunní nebo se nemůže podrobit očkování pro trvalou kontraindikaci. Toto striktní znění zákona však zjemňuje a upravuje současná judikatura, která říká, že z tohoto

pravidla mohou existovat výjimky, a to zejména z důvodu víry, přesvědčení či svědomí rodičů; zároveň v těchto případech nesmí být očkování vynucováno (třeba již jen jako podmínka přijetí do mateřské školy) a za neočkování nesmějí být ukládány sankce.

V případě, kdy je tedy výjimka odůvodněná, je možné ředitele školy požádat o uplatnění této výjimky tím, že je vhodněji písemně doložit. Bude zřejmě vždy záležet na individuální dohodě s ředitelem školy, který – jak předpokládám – bude věc řešit i s příslušnou hygienickou stanicí, a pokud tato výjimka bude skutečně odůvodněná, bude jistě možné se domluvit. V ostatních případech nezůstává než zahájit správní či soudní řízení.

Pacient jako posel do laboratoře

Je po právní stránce v pořádku, když si pacient sám odnáší odebraný biologický materiál spolu s vyplněnými žádankami do laboratoře?

Po právní stránce je povinností lékaře (sestry) zajistit vyšetření a odběr požadovaného biologického materiálu. Měl by to proto být lékař (sestra), kdo zajistí (sám nebo prostřednictvím jiného zdravotnického pracovníka), aby byl odebraný biologický materiál dopraven do laboratoře spolu s vyplněnou žádankou. Žádný právní předpis výslovně nedovoluje, aby odebraný biologický materiál přepravovala neproškolená osoba,

v případě dotazu sám pacient. Pacient však má možnost odnos svého biologického materiálu do laboratoře odmítnout.

To, že lékař či sestra požádají samotného pacienta o odnos jeho biologického materiálu do laboratoře, se stává poměrně běžnou praxí. Často se jedná o oboustranně výhodnou „tichou dohodu“ mezi lékařem (sestrou) a pacientem, při které lékař (sestra) ušetří starosti, peníze a čas spojený se zajištěním dodání biologického materiálu do laboratoře a na druhé straně pacient díky svému zaangażování při odnosu svého biologického materiálu do laboratoře zpravidla rychleji zís-

ká výsledky vyšetření. Přesto, že se jedná o poměrně časté situace, se kterými se každý z nás v roli pacienta patrně setkal, se příkláním k tomu, aby odnos biologického materiálu do laboratoře zajišťoval lékař (sestra), a to nikoli prostřednictvím pacienta. Je totiž třeba mít stále na paměti, že biologický materiál odebraný pacientovi je nositelem důležitých klinických informací o zdravotním stavu pacienta. Lze si tak snadno představit situaci, kdy dojde k bytí i neúmyslné manipulaci či záměně biologického materiálu, což může mít výrazný dopad na zdraví pacienta i odbornou reputaci lékaře.

Zajímavé www stránky

– nádorová onemocnění hlavy a krku

Dnešní díl našeho seriálu o zajímavých internetových stránkách ze zdravotnictví věnujeme problematice nádorových onemocnění hlavy a krku.

Radiopaedia.org: Salivary Gland Tumours

http://radiopaedia.org/articles/salivary_gland_tumours

Za problematikou nádorů slinných žláz se tímto odkazem vydáme na portál Radiopaedia.org, který je určený převážně odborné zdravotnické veřejnosti, zejména radiologům.

Téma nádorů slinných žláz je představeno přehledem jednotlivých typů nádorů, benigních i maligních. Každý nádor je pak podrobně popsán z hlediska epidemiologie, patologie a charakteristických radiologických nálezů (zejména CT a MRI). Textové informace jsou doplněny



obrovským množstvím fotografií s popisky. Portál Radiopaedia.org samozřejmě nabízí mnohem širší spektrum poznatků.

American Head and Neck Society

www.ahns.info

Webové stránky odborné společnosti zajišťující podporu vzdělávání a výzkumu onemocnění hlavy a krku obsahuje mimo jiné přehled dnes platných standardních postupů v léčbě jednotlivých nádorových onemocnění hlavy a krku.

National Cancer Institute

www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Sites-Types/head-and-neck

Na stránkách amerického Národního onkologického ústavu najdeme i sekci věnovanou problematice nádorů hlavy a krku. Text, na který odkazuje výše uvedený odkaz, je přehledným souhrnem dané problematiky. Jde zejména o představení nejčastějších typů nádorových onemocnění hlavy a krku a jejich dosud objasněných příčin. Autoři textu upozorňují i na jednotlivé klinické příznaky, které mohou být

prvními symptomy těchto vážných onemocnění. V následující části následuje přehled terapeutických možností včetně popisu častých vedlejších účinků. Autoři v textu odkazují na řadu dalších zdrojů.

American Brain Tumor Association

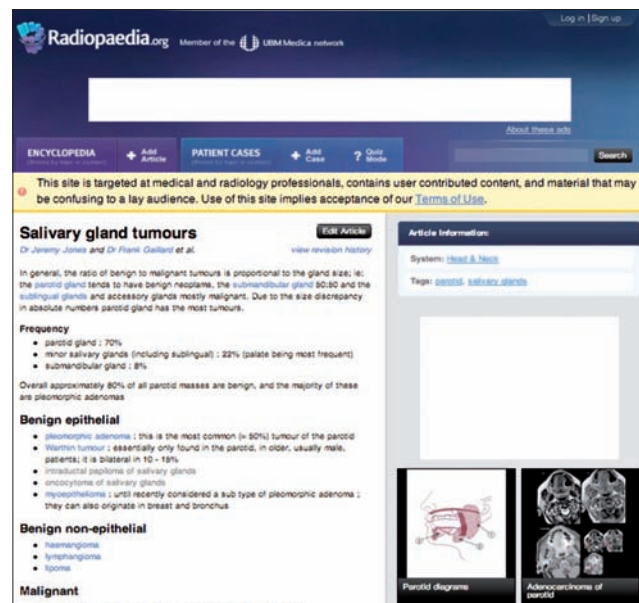
www.abta.org

Webové stránky americké neziskové organizace založené v roce 1973 na podporu rozvoje diagnostických a terapeutických metod zejména mozkových nádorů; současně se zabývá i možnostmi celkové podpory pacientů, jejich rodin a zdravotníků. Stránky obsahují zvláště informace pro laickou a odbornou veřejnost. V laické části se čtenáři mohou seznámit s obecnými aspekty péče o nádorová onemocnění mozku (přehled diagnostických a léčebných možností včetně programu paliativní a hospicové péče, pro-



blematika vedlejších účinků léčby a možnosti jejich řešení i mnoho dalšího). V odborné sekci webu se pak zdravotníci mohou seznámit s přehledem dostupných diagnosticko-terapeutických standardů či s nabídkou edukačních programů.

MUDr. Michal Peříšek



ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

číslo 6/2013

Šéfredaktorka

Mgr. Markéta Mikšová
tel. 225 276 295, e-mail: miksova@mf.cz

Redakce

Petra Klusáková, DiS. (Z domova)
tel. 225 276 388, e-mail: klusakova@mf.cz
Filip Kút Ctiores, DiS (on-line, Z domova)
tel. 225 276 176, e-mail: kut@mf.cz
Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, Farmabyznys, 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 technické 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 Poleďne, 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 inzere
Jiřina Hollá
Tel. 724 561 805
e-mail: holla@mf.cz

generální ředitel
Ing. David Hurta

kreativní ředitel
René Decastelle

DTP
retuš Milan Kubička, Zdeněk Němec,
Libor Horyna, Michal Žák



MLADÁ FRONTA

ředitel divize Medical Services
MUDr. Martin Hofman

art director
Petr Honzátko

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.,
sídlo: 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

DISTRIBUCE TITULU
Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:
Postservis – předplatné,
Olšanská 38/9, 225 99 Praha 3
tel. 800 248 248,
e-mail: predplatne.mf@cpost.cz
www.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.

Ydávateľ a redakčná rada nenesou zodpovednosť za obsah inzertných ani jiných materiálů komerční povahy.

Tisk EUROPRINT a. s.
Číslo dáno do tisku 21. 3. 2013

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele. Tiskový náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

© Mladá fronta a. s., 2013
Evidenční číslo MK ČR: E 20524
ISSN 1805-2355

Výběrová řízení

Akademický pracovník

DĚKAN 2. LÉKAŘSKÉ FAKULTY UK V PRAZE vypisuje výběrové řízení na dobu určitou na místo:

■ **Akademického pracovníka** – učitele vysoké školy s částečným pracovním úvazkem o,70 – pro Ústav biofyziky 2. LF UK v Praze

Požadavky na uchazeče:

- VŠ vzdělání v oboru,
- publikační činnost v uplynulých letech včetně webových stránek,
- předpoklady pro vědeckou a pedagogickou činnost,
- morální a občanská bezúhonnost.

Předpokládaný nástup:

1. 10. 2013.

Příhlášky spolu s fotokopii dokladů o vzdělání, životopisem, průběhem praxe, přehledem vědecké a publikační činnosti a alespoň 1 referencí přijímá do 30 dnů od zveřejnění výběrového řízení: Děkanát 2. LF UK, personální oddělení, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 – Motol.

ZDN A131004285

Primář/primářka

NEMOCNICE NYMBURK, S. R. O., vyhlašuje výběrové řízení na pozici:

■ **Primář/ka anesteziologicko-resuscitačního oddělení.**

Požadujeme:

- specializovanou způsobilost v oboru anesteziologie a resuscitace,
- licenci ČLK pro výkon funkce vedoucího lékaře pro uvedený obor,
- organizační a komunikační schopnosti,
- občanskou a morální bezúhonnost.

Nabízíme:

- odpovídající finanční ohodnocení formou smluvní mzdy,
- zázemí stabilní společnosti,
- týden dovolené navíc,
- příspěvek na stravování.

Nástup: dle dohody.

K přihlášce nutno doložit strukturovaný životopis s přehledem odborné praxe a kopii dokladů o vzdělání.

Příhlášku zasílejte do 31. 3. 2013 na adresu: Nemocnice Nymburk, s. r. o., Boleslavská 425, 288 01 Nymburk, k rukám náměstkyně pro LPP MUDr. Renáty Petrové, e-mail: petrova.renata@nemnbk.cz

ZDN A131004292

Více pozic

FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA, KLINIKA HEMATOONKOLOGIE, vypisuje přijímací řízení k obsazení míst:

- **Staniční lékař lůžkového oddělení**
- **Staniční lékař jednotky intenzivní péče**

Požadujeme:

- zkušenost s prací na hematologickém nebo onkologickém oddělení,
- atestaci z vnitřního lékařství (či interní kmen),
- onkologickou nebo hematologickou specializaci,
- znalost práce s PC,
- komunikativnost,
- preferujeme znalost anglického jazyka.

Předpokládaný nástup: ihned.

■ **Vedoucí lékař transplantačního programu**

Požadujeme:

- zletou zkušenost s programem autologních transplantací,
- atestaci z vnitřního lékařství (či interní kmen),
- onkologickou nebo hematologickou specializaci,
- znalost práce s PC,
- komunikativnost,
- preferujeme znalost anglického jazyka.

Předpokládaný nástup: srpen 2013.

Nabízíme:

- perspektivní a zajímavou práci na dynamicky se rozvíjejícím pracovišti,
- podporu dalšího vzdělávání a osobního a profesního rozvoje,
- zaměstnanecké výhody (stravování, 5 týdnů dovolené),
- přátelský kolektiv.

Žádosti s profesním životopisem a doklady o vzdělání zasílejte na adresu: Ing. Lenka Mrštáková, kancelář přednosta Kliniky hematooonkologie, Fakultní nemocnice Ostrava, 17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava-Poruba, e-mail: Lenka.Mrstakova@osu.cz

ZDN A131004348

Náměstek/náměstkyně útvaru zdravotnických činností

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 následujících oborech: urgentní lékař, anesteziolog, intenzivist, chirurg, internista, kardiolog, neurolog, traumatolog, dětský lékař, všeobecný praktický lékař nebo praktický 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 vlastnoruční podpis. K přihlášce musí být doloženo:

- 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 než 3 měsíce,
- 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: Zdravotnická záchranná služba Plzeňského kraje, sekretariát, Edvarda Beneše 19, 301 00 Plzeň, s označením obálky „Něotevírat – výběrové řízení“.

ZDN A131003510

Volná místa

Více pozic

ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ NEMOCNICE KRKONOŠE, S. R. O., VE VRCHLABÍ přijme:

- **Primáře na ARO**
- **Lékaře na ARO**
- **Zástupce primáře na interní oddělení**

- **Zástupce primáře na gynekologicko-porodnické oddělení**
- **Lékárníka pro nemocniční lékárnou**

Požadavky:

- II. atestace v oboru, případně specializovaná způsobilost dle z. 95/2004 Sb.,
- organizační schopnosti a praxe (pro primariát, zástupce primáře),
- ostatní lékaři – atestace vítána, možno i bez atestace s praxí.

Nabízíme výhodné finanční podmínky.

Kontakt: Jana Srnská, e-mail: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz, tel.: 499 502 304.

ZDN A131004366

Více pozic

ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ NEMOCNICE KRKONOŠE, S. R. O., VE VRCHLABÍ je připravena přijmout lékaře na tato oddělení:

- **Primáře na ARO**
- **Zástupce primáře na ARO**
- **Lékaře s I. a II. atestací – obor pediatrie**
- **Lékaře s I. a II. atestací – obor gynekologie a porodnictví**
- **Lékaře (možno i absolventi) na oddělení – ARO, dětské, gynekologie, interna**

Požadavky:

- II. atestace v oboru, případně specializovaná způsobilost dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- organizační schopnosti (pro primariát),
- ostatní lékaři – atestace vítána, možno i bez atestace, případně absolventi.

Nabízíme:

- výhodné finanční podmínky,
- možnost ubytování,
- nástup ihned.

V případě zájmu prosím kontaktujte personální oddělení nemocnice: Jana Srnská, e-mail: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz, tel.: 499 502 304.

ZDN A131004378

Lékař

GERIATRICKÉ A REHABILITAČNÍ CENTRUM KLADNO přijme lékaře pro lůžka následně a rehabilitační péče. Požadujeme ukončený interní kmen.

Nabízíme:

- možnost zapojení do práce v odborné ambulanci,
- další profesní vzdělávání,
- smluvní mzdu,
- dodatkovou dovolenou.

Kontakt: prim. MUDr. Helena Pomahačová, tel.: 312 256 530, e-mail: pomahacova@garc.cz

ZDN A131004423

Lékař – dětské/interní

STODSKÁ NEMOCNICE, A. S., sídlící na Plzeňsku, obsadí pozice:

■ **Lékař/lékařka dětské/interní oddělení**

Požadujeme: specializovanou způsobilost v oboru (eventuálně odbornou způsobilost s certifikátem) na dětské a interní oddělení nemocnice.

Nabízíme: nadstandardní podmínky. Nástup: možný ihned.

Nabídka se životopisem a informací o praxi zasílejte na adresu: Stodská nemocnice, Hradecká 600, 333 01 Stod, e-mail: info@nemocnice-stod.cz

Více informací: tel.: 377 193 602-3.

ZDN A131004443



OBLASTNÍ NEMOCNICE PŘÍBRAM, a. s.

Oblastní nemocnice Příbram a. s.,

vyhlašuje výběrové řízení na pozici

„**Primář oddělení rehabilitační a fyzikální medicíny**“

Požadavky:

2. atestace, případně specializovaná způsobilost v oboru, licence ČLK k výkonu primáře. Velmi dobré organizační a komunikační schopnosti.

Nabízíme:

práci na moderně vybaveném oddělení, smluvní plat, možnost ubytování.

Nástup podle dohody.

Bližší informace:

MUDr. Petr Polouček, náměstek pro LPP, tel. 318 641 103.

e-mail: petr.poloucek@onp.cz

Písemné žádosti s profesním životopisem pošlete do 30. 4. 2013 na adresu: U Nemocnice 84, 261 26 Příbram. Obálku označte „*Výběrové řízení – RHB*“.

PERSONÁLNÍ INZERCE

Lékař

NEMOCNICE MILOSRDNÝCH BRATŘÍ VE VIZOVICÍCH přijme na plný úvazek lékaře pro práci na lůžkovém oddělení následné péče – LDN.

Požadujeme:

- pečlivý a zodpovědný přístup k práci,
- specializovaná způsobilost z geriatry nebo vnitřního lékařství výhodou.

Nabízíme:

- práci v příjemném prostředí,
- individuální mzdu dle dohody.

Kontakt: tel.: 577 005 826,
e-mail: vlckova@nmbvizovice.cz
ZDN A131004429

Lékař

NEMOCNICE MILOSRDNÝCH BRATŘÍ VE VIZOVICÍCH přijme na plný úvazek lékaře pro práci na lůžkovém oddělení následné péče – LDN.

Požadujeme:

- pečlivý a zodpovědný přístup k práci,

Inzerce A131004404

- specializovaná způsobilost z geriatry nebo vnitřního lékařství výhodou.

Nabízíme:

- práci v příjemném prostředí,
- individuální mzdu dle dohody.

Kontakt: tel.: 577 005 826,
e-mail: vlckova@nmbvizovice.cz
ZDN A131004429

Lékař

MEDITERRA

– **SEDLČANY, S. R. O.**, přijme pro oddělení následné intenzivní péče (NIP) a pro anesteziologický provoz lékaře s atestací nebo specializovanou způsobilostí v oboru anesteziologie a intenzivní medicíny.

Nabízíme:

- zajímavou práci na kvalitně vybavených pracovištích,
- přátelský a tvůrčí kolektiv,
- finanční podporu odborného vzdělávání – podpora stáží, seminářů, kongresů,
- odpovídající platové podmínky,

- zaměstnanecké benefity.

Příhlášky včetně životopisu můžete zasílat na adresu společnosti: Tyršova 161, 264 01 Sedlčany; personální oddělení – Jaroslava Hašková, e-mail: haskova@mediterr-seclany.cz tel.: 318 841 571, 725 850 589.

ZDN A131004385

Více pozic

NESTÁTNÍ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ, AMBULANCE V BRNĚ, nabízí externí spolupráci lékaři (i v předatestační přípravě) se zájmem o problematiku výživy a závislostí.

Dále přijmeme psychologa (i studenta v posledním ročníku) se zájmem o dopravní psychologii a klinického psychologa se zájmem o psychoterapii.

Pro externí smluvní spolupráci hledáme atestovaného psychiatra.

Kontakt: PhDr. Robert Chytka,
e-mail: chytka@viafi.cz,
tel.: 603 485 170.

ZDN A131004356



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



Představujeme publikaci Speciální problémy u chronického srdečního selhání

Publikace poskytuje stručný přehled nejčastějších komorbidit provázejících především chronické srdeční selhání (renální insuficience, poškození jaterních funkcí, anemie, poruchy plicních funkcí, kardiální kachexie, hypotyreóza, deprese, poruchy dýchání vázané na spánek, arteriální a žilní trombóza a další), poukazuje

na možnosti včasné diagnostiky a speciální přístupy, jež vyžaduje jejich léčba a rovněž také související terapie dyslipidemií a diabetu. Šíře a problematika těchto stavů přesahuje hranice kardiologie a akcentuje potřebu základních znalostí nejen dalších oborů vnitřního lékařství, ale též např. neurologie a psychiatrie.

Autoři: Filip Málek a kol.

Doporučená cena 250 Kč

Při objednání na
sleva 25% **knihka.cz**

**MEDICAL
SERVICES**

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR



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

Diskrétní a spolehlivé vložky MoliMed pro kvalitnější život Vašich pacientek



Zdravá pokožka

- **Antibakteriální povrch** eliminuje až 99,9 % bakterií.
- **Vyvážené pH 5,5** je šetrné k pokožce.
- Prodyšný materiál umožňuje pokožce dýchat.



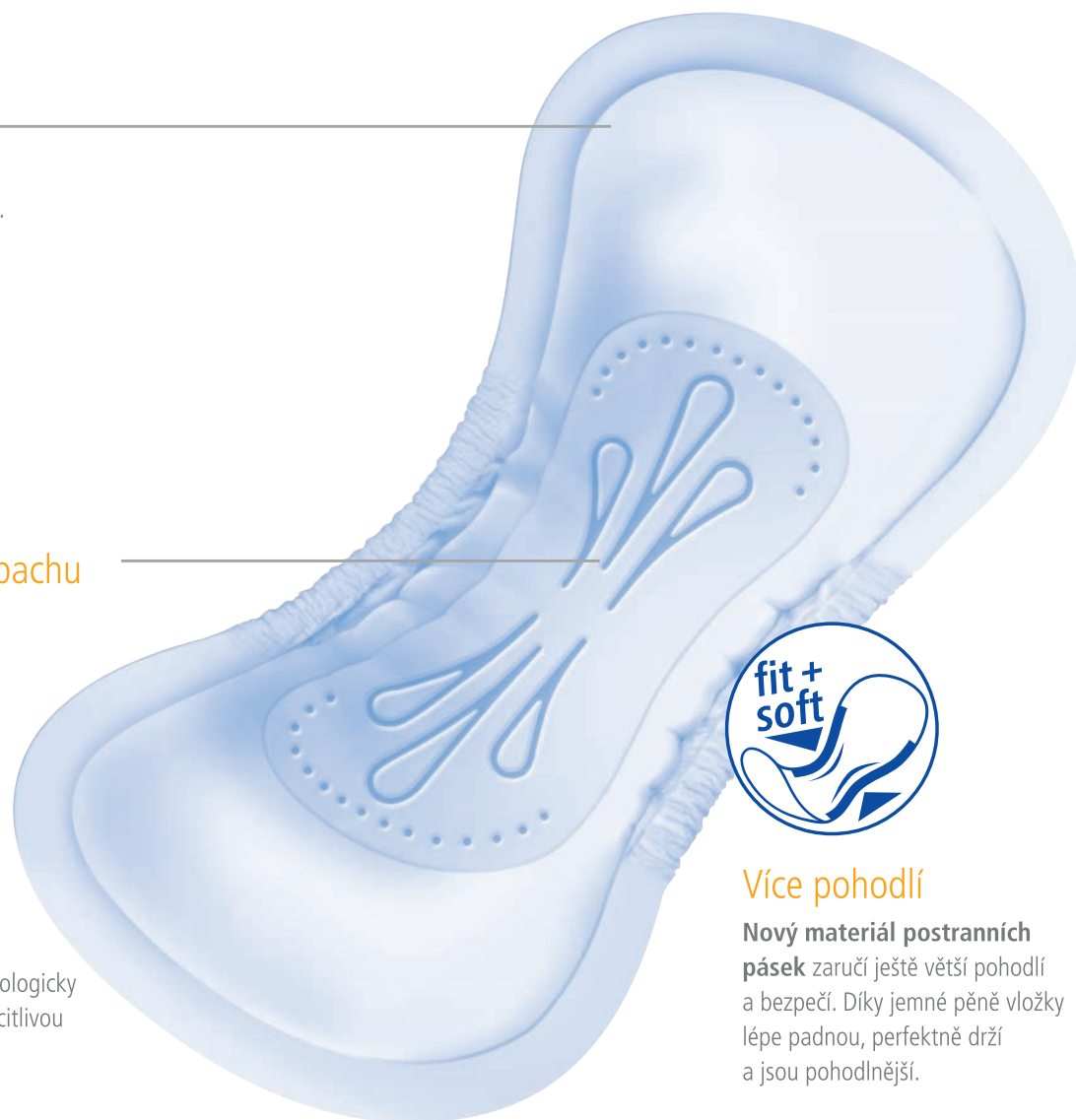
Spolehlivé a bez zápachu

Třívrstvé savé jádro pohltí moč i nežádoucí zápach.



Dermatologicky testováno

Všechny materiály byly dermatologicky testovány a jsou vhodné i pro citlivou pokožku.



Více pohodlí

Nový materiál postranních pásek zaručí ještě větší pohodlí a bezpečí. Díky jemné pění vložky lépe padnou, perfektně drží a jsou pohodlnější.



Pro více informací a **VZORKY ZDARMA** pro Vaše pacienty volejte na bezplatnou infolinku **800 100 333** nebo navštivte **www.hartmann.cz**



MoliMed®