



ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



9/2013

ČTRNÁCTIDENÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

Toto číslo vyšlo 6. 5. 2013



**ZAJÍMAVÉ
PRACOVISŤE**
Český národní registr
dárců dřeně (ČNRDD)
eviduje přes 40 tisíc dárců.

STRANA 24



PŘEDSTAVUJEME
doc. Ing. arch. Karla Fořtla,
CSc., z Fakulty architektury
ČVUT, jenž učí mladé architektky
stavět zdravotnické stavby

STRANA 28



Z HISTORIE
Významní lékaři
v hasičském hnutí
Samaritáni MUDr. Bedřich
Welz a MUDr. Rudolf Lukes

STRANA 34

Tomáš Julínek obviněn, stát prý přišel o stamiliony

Bývalý ministr zdravotnictví Tomáš Julínek (ODS) byl obviněn ze zneužívání pravomocí veřejného činitele a porušování povinností při správě cizího majetku. Za bývalého ministra a spolustraníka se postavil premiér Petr Nečas (ODS).

Podle protikorupční policie je Tomáš Julínek (v křesle ministra působil od 4. 9. 2006 od 23. 1. 2009) zodpovědný za uzavření nevýhodných smluv na zajištění letecké záchranné služby se soukromými společnostmi Alfa Helicopter a DSA, které si za 8 let služby pro stát mají přijít na přibližně 4 miliardy korun. Podle detektivů protikorupční policie prý stát od 1. ledna 2009 prodělal už 792 milionů korun. Ztráta však může být ještě vyšší, neboť smlouvy jsou platné až do 31. prosince 2016 a jejich vypovězení může být obtížné.

Všeobecnou důvěru k čistotě výběrového řízení nevzbuzuje ani informace České televize, podle které má Tomáš Julínek nadstandardní vztahy s majiteli společnosti Alfa Helicopter. Bývalý ministr je totiž od roku 2010 členem Nadačního fondu Jana Šebka, přičemž Šebek je dle ČT jedním z jednatelů Alfa Helicopter, která fond částečně financuje.

Cena za život – věc veřejná

První podnět ke stíhání Tomáše Julínka podal svým trestním oznámením poslanec Jiří Štětina (VV), který se problematikou letecké záchranné služby a zá-

chranné služby jako takové dlouhodobě zabývá a který sám v letech 1993–2002 vedl Územní středisko záchranné služby v Hradci Králové. „Přednemocniční neodkladnou péči garantuje stát a já dodnes nechápu, jak je možné, že provoz v tak malém segmentu, jako je letecká záchranná služba, byl svěřen soukromým firmám,“ diví se Jiří Štětina. Svou kritiku však nevztahuje pouze na smlouvy uzavřené v průběhu funkčního období Tomáše Julínka, nýbrž jeho výtky směřují i mnohem hlouběji do minulosti. „Na tyto věci jsem upozorňoval jak ministry, tak poslance, a to od roku 1995, kdy první dlouhodobou smlouvu podepsal ministr Luděk Rubáš, druhou Marie Součková a třetí Tomáš Julínek,“ upřesnil poslanec.

Při vypočítávání ztráty pramenící z poslední smlouvy vycházela policie z rozdílu mezi náklady na provoz těchto služeb u státních subjektů a u soukromých firem Alfa Helicopter a DSA. Jedna letová hodina u uvedených společností – včetně času, kdy jsou stroje a posádky helikoptér v pohotovosti – stát stojí 135 258 korun. Naproti tomu stát, respektive armáda a policie jsou prý schopny poskytovat stejnou službu za nej-

výše 50 025 korun. Společnost DSA však tento výpočet policie rozporuje a chystá se proti nařčení bránit soudní cestou. Případně vysouzené peníze za poškození dobrého jména společnosti chce věnovat dětské onkologii.

Chybná interpretace dat?

Zástupci společnosti DSA říkají, že jsou oproti státním subjektům výrazně levnější. Tvrzení, podle kterého je armáda a policie schopná zajistit provoz včetně údržby a pohotovosti za méně než poloviční náklady, je prý lživé. „Letecký provoz záchranné služby provozujeme nepřetržitě přes dvacet let od roku 1993. Pokud někdo tvrdí, že létáme draž než policie nebo vojáci, je buď špatně informován, nebo záměrně lže. Ve skutečnosti jsme totiž naopak výrazně levnější. Podobnou lež by si v západních zemích nikdo nedovolil vypustit,“ uvedl v tiskovém prohlášení mluvčí DSA Tomáš Zdechovský, podle kterého přímé náklady na letovou hodinu činí u DSA pouze 18 000 korun.

DSA se obrátila i na armádu, která údajně potvrzuje jejich verzi o chybně interpretovaných údajích, jež se objevily v denním (pokračování na straně 2)



Stíhání Tomáše Julínka vychází z informací sahajících za hranici nesmyslu.

Tomáš Julínek obviněn, stát prý přišel o stamiliony

(pokračování ze str. 1)

tisku. „Máme od armády potvrzeno, že uvedené ceny skutečně zahrnují pouze část nákladů na provoz vrtulníků a nejsou v nich náklady na pořízení strojů nebo školení pilotů. To samé se týká policie. Dříve, než někdo takovou zprávu vypustil, si měl ověřit skutečné provozní náklady na tuto službu,“ vysvětlil Zdechovský.

Podle premiéra nesmysl

Tomáš Julínek, který se od proniknutí informace do tisku médiím spíše vyhýbá, podal proti svému obvinění stížnost, kterou měl do 10 dnů zdůvodnit. Podrobnosti však v době uzávěrky tohoto čísla ještě nebyly známy. Premiér Nečas, kterého se tato kauza přímo dotýká (vzhledem ke společné stranické příslušnosti Tomáše Julínka i faktu, že byl tehdy členem téže vlády a že obviněný je v současnosti jeho poradcem), si bývalého ministra pozval k podání vysvětlení. Sám je

toho názoru, že Julínkovo obvinění je neopodstatněné – tendr schvalovala celá vláda. „Pan premiér trvá na tom, že šlo o rozhodnutí celé vlády, toto rozhodnutí bylo správné a nejsou mu známy žádné skutečnosti, že by došlo k něčemu protiprávnímu,“ tlumočil postoj předsedy vlády jeho mluvčí Jan Hrubeš.

Po řadě ostrých vyjádření ze strany opozice, která se celou kauzu snažila dostat na jednání poslanecké sněmovny, přiostril svou rétoriku i Petr Nečas. „Nemáme žádné informace, že by při tomto výběrovém řízení došlo k čemukoli nezákonnému. To, co zatím bylo uvolněno ze strany policie, je za hranicemi nesmyslu,“ kontroval minulý týden premiér na tiskové konferenci po jednání výkonné rady ODS.

Kriminalizace politického rozhodování

Za Tomáše Julínka se postavil i jeho bývalý mluvčí Tomáš Cikrt a stejně tak expremiér Mirek To-

polánek (ODS). Podle mínění obou jmenovaných jde v tomto případě o účelovou politizaci a kriminalizaci běžného politického rozhodování. „Popírání faktů, procesních pravidel, zneužívání státního zastupitelství, přenášení důkazního břemene, nabíhání na společenskou objednávku, konec právního státu. To je dnešní realita. Justiční populismus,“ definoval svůj pohled na současné dění pro Parlamentní listy Mirek Topolánek.

Podobně hovoří i Tomáš Cikrt, který vznik této kauzy přičítá náladám ve společnosti, jež vytvářejí silný společenský tlak na zainteresované instituce. „Česká republika je na rozcestí a lidé jaksi vyvolali poptávku po tom, že politické strany jsou špatné, politici jsou špatní a politické rozhodování je špatné, ale já si myslím, že pokud se bude kriminalizovat politické rozhodování, je to cesta do pekel,“ konstatoval v Hydeparku ČT24 Tomáš Cikrt.

Filip Kút Citores



Tomáš Julínek. | Foto: archiv

Česko zaznamenalo úspěch v kauze Diag Human

Ministerstvo zdravotnictví zaznamenalo výrazný úspěch v táhnoucím se sporu se společností Diag Human. Rakouský soud neuznal nároky společnosti a definitivně ukončil exekuční řízení vedené proti České republice.

Dlouholetý spor mezi Českou republikou a společností Diag Human o zmaření obchodu s krevní plasmou vyústil v roce 2011 v exekuci některých uměleckých děl spravovaných Národní galerií, které byly tou dobou vystavovány ve Vídni. Jako podklad pro rozhodnutí rakouského soudu posloužil rozsudek arbitra z roku 2008 o oprávněnosti nároků firmy Diag Human. Rakouský soud tehdy tento materiál přijal a nároky společnosti v zápětí uznal i soud v Paříži.

Po hlasitých protestech zástupců České republiky i Národní galerie byla exekuce uměleckých děl velmi záhy zastavena z důvodu imunity výsostně kulturního majetku vůči exekuci, kterou garantuje Úmluva OSN. Minulý rok ministerstvo zdravotnictví ve

spolupráci s Úřadem pro zastupování státu ve věcech majetkových (ÚZSVM) zaznamenalo významný úspěch i na francouzské půdě, když pařížský odvolací soud akceptoval argumenty české strany a i on zastavil exekuční řízení. Společnost Diag Human navíc musela uhradit soudní výlohy České republice.

Silná pozice státu

Po aktuálním vynesení rozsudku si ministerstvo zdravotnictví může dvojnásob vydechnout, neboť kromě samotného faktu, že rakouský nejvyšší soud s konečnou platností zastavil exekuční řízení proti České republice, potvrdil také neplatnost sporného rozhodčího nálezu z roku 2008. Podle mluvčího ÚZSVM Roberta Hurta Rakousko nepovažovalo ar-

bitráž dle tohoto nálezu za ukončenou – rozhodčí nález prý není vykonatelný. „Řízení v Rakousku je tak definitivně ukončeno a Česká republika v něm zaznamenala úplné vítězství,“ sdělil médiím mluvčí Hurt.

Ministerstvo zdravotnictví rovněž zdůrazňuje možný pozitivní vliv rakouského verdiktu na pozici České republiky v dalších sporech. „Soud plně přisvědčil argumentaci České republiky a potvrdil, že rozhodčí nález ze dne 4. srpna 2008 nemůže být prohlášen za vykonatelný. S ohledem na skutečnost, že se jedná o rozhodnutí konečné, proti němuž není opravný prostředek, lze konstatovat, že řízení v Rakousku definitivně skončilo. Rozhodnutí navíc posiluje právní pozici České republiky i v jiných jurisdikcích,

Ministři na pranýři

Policie již v minulosti obvinila řadu bývalých ministrů. Co do počtu obvinění dle resortů zauímají bývalí ministři zdravotnictví smutné prvenství.

- **Marie Součková (ČSSD/bezp.):** Čelila obvinění kvůli smlouvě mezi ministerstvem a advokátem Zdeňkem Nováčkem o poskytování právní pomoci ve sporu s firmou Diag Human. V lednu 2005 byla obviněna z porušení povinnosti při správě cizího majetku a zneužití pravomoci veřejného činitele. Zproštěna viny byla v roce 2011.
- **David Rath (ČSSD/bezp.):** V polovině května 2012 jej policie zadržela s krabicí, v níž bylo 7 milionů korun. Policie tvrdí, že šlo o úplatek za zmanipulovanou zakázku týkající se opravy buštěhradského zámku, David Rath údajně dostal úplatky i za to, že zasahoval do soutěže na nákup vybavení pro kolínskou, kladenskou a mladoboleslavskou nemocnici. Podle vyšetřovatele si politik řekl dohromady o více než 22 milionů korun, převzal přes 16 milionů. Obžaloba byla podána začátkem letošního dubna. Nynější poslanec dosud pobývá ve vyšetřovací vazbě.
- **Tomáš Julínek (ODS):** Julínka policie obvinila 19. 4. 2013 ze zneužívání pravomoci veřejného činitele a porušování povinnosti při správě cizího majetku kvůli údajně nevýhodné smlouvě na provozování letecké záchranky. Vyšetřování je na začátku.

kte firma Diag Human usiluje o exekuci majetku ČR,“ uvádí ministerstvo ve svém prohlášení. Diag Human zažalovala českou stranu rovněž u soudů v Lucem-

bursku, Velké Británii, Švýcarsku a USA. Návrh na zabavení českého majetku v USA však minulý rok nakonec stáhla.

Julínek a vrtulníky – mlčeti zlato

Ticho Tomáše Julínka k případu letecké záchranné služby potěší málokoho, ale je to nejrozumnější reakce z dostupných.

Obvinění bývalého ministra zdravotnictví Tomáše Julínka ze zneužití pravomoci veřejného činitele jistě nelze brát na lehkou váhu. V exministrův neprospěch hovoří dost argumentů. Nelze předpokládat, chceme-li si



Martin Čaban

uchovat alespoň zbytky důvěry v úroveň českého právního státu, že elitní policejní protikorupční útvar mluví zcela do větru. Členství v orgánech nadačního fondu jednoho z majitelů firmy, jež dnes provozuje leteckou záchrannou službu, Julínkovi také nepřidá. Podobně jako dvousestisícový dar pro ODS od vítězné firmy.

Trojčlenka za hranic nesmyslu

V takové situaci samozřejmě nepotěší, že bývalý ministr k přípa-

du mlčí jako zařezaný a jeho jedinou reakcí dosud byla stížnost na policejní postup, v podobných případech spíše rutina a způsob, jímž advokáti vykazují činnost. Na druhé straně je třeba si uvědomit, že Julínkovo mlčení bude mrzet především média a část veřejnosti lačnou po jasném a prostém vysvětlení okolností tendru na provozování letecké záchranné služby.

Pokud jde o právní taktiku, ale hlavně o jistou štábní kulturu průběhu spravedlnosti, je ovšem mlčení správné. Zvláště ve srovnání s tím, co všechno už o případu řekli prakticky všichni ostatní politici. Od „debilní policejní trojčlenky“, jež vyšla z úst exministra vnitra (!) Ivana Langera, přes de-

centnější počínání „za hranic nesmyslu“, jak zhodnotil práci české policie premiér Petr Nečas, až po vcelku umírněně formulovanou, ale stejně nekompromisní kritiku policejní práce, s níž přišel ministr financí Kalousek. Na druhé straně pak stojí poslanec za zmírající Věci veřejné Jiří Štětina, který se ze svého trestního oznámení na Julínka snaží vytlouci co nejvíce politických bodů.

Mlčení v tomto srovnání působí jako balzám a především projev soudnosti a pochopení pro procesy, jež mají nějaká pravidla. Politici hystericky nadávající na justici či policejní práci jsou v poslední době příliš častým a nezdravým zjevem.

Na místě je trpělivost

Nerohodně-li se státní zástupce jinak, bude se Tomáš Julínek muset obhájit u soudu. Právě tam



Foto: Wikimedia/Anatolij Truhář

mají a musejí zaznít všechny argumenty a analýzy nákladů provozu letecké záchranky pod hlavičkou armády, policie i soukromé firmy. Právě tam se musí určit, kde je hranice mezi nákupem veřejné služby od soukromníka jako legitimním politickým rozhodnutím a případným trestným činem dejme tomu v podobě cinknutého tendru či zřušovaných analýz.

Privatizace sama není sprosté slovo, natož trestný čin. Je to dokonce úkon, který se od pravcového ministra dá celkem očekávat. Ani tendr s jedním zájemcem neodporoval tehdejšímu zákonu (dnešní-

mu už by se přičil). A Julínkovi zastánci tvrdí, že armáda i policie se chtěly záchranářské práce zbavit, navíc nebyly schopny vyčísřit náklady, s nimiž by leteckou záchranku provozovaly po vypršení starých smluv. Nemluvě o tom, že zrovna česká armáda a resort obrany nemají pověst nešikovnějších hospodářů.

Jinými slovy, soud – bude-li nakonec – jistě uslyší dost silných argumentů i na Julínkovu obhajobu. Proces by to mohl být dost zajímavý. Než však začne, nejsou na místě žádná silná slova. Jen trpělivost.

Kdo si přeje legislativní změny v cenotvorbě léčiv?

Kdekdo si teď láme hlavu, na čí objednávku byl předložen pozměňovací návrh o pozitivních listech. Člověk však nemusí být žádný detektiv, aby se dozvěděl, co potřebuje, stačí se pohybovat v blízkosti našeho nejvyššího zastupitelského sboru.

Zložadí s hlavičkovým papírem

V kuloárech se mimo jiné šušká, že šlo o záměr naší největší zdravotní pojišťovny, především jejího ředitele a dále tradičně vlivného člena její správní rady. Je také zvláštní, že poslanec Šťastný narákl „svého“ anonyma až ve chvíli, kdy vyšlo najevo, jak by se tajnými smlouvami mezi pojišťovnami a farmafirmami legislativně stvrdilo korupční prostředí. Návrh ještě nebyl načten jako oficiální tisk, takže couvnout od něj a dovolávat se anonymy odpovědnosti nebylo nic těžkého.

Docela pěkný zmatek, zvláště když se pak rozkřikla formulace „doutám, že to nebyli kmotři“, kterou poslanec Šťastný užil ve svém písemném vyjádření, v němž se od návrhu oficiálně distancoval. Zmatení nabylo takového stupně, že někteří adresá-

ti tohoto dopisu pojali podezření, že byl nějakým zlořádem zneužit hlavičkový papír poslanecké sněmovny a tím pošpiněna poslancova čest.

Vyšší matematika

Zůstaňme však u tématu. Nějak nám – ale hlavně pojištěncům zmíněné zdravotní pojišťovny – není jasné, proč by se její vedení o prosazení takového návrhu mělo snažit. Že by si přílepem k zákonu o regulaci reklamy VZP chtěla pojistit své nové, zpola tajné smlouvy s nejmenovaným výrobcem generických léčiv? Možné to je, zvláště při bližším pohledu na smlouvu, která se týká léčivého přípravku Helicid – ta je opravdu zajímavá.

Helicid je ve skupině 12 léků s ob-



Markéta Mikšová

sahem účinné látky omeprazol a patří do skupiny těch dražších. Stejně jako sedm dalších měl na začátku března úhradu 6,80 Kč za tabletu. Další lék ze skupiny měl úhradu 5,50 Kč a tři další pak 4,40 Kč za tabletu. Přesto se na pozitivním listu objevil právě Helicid. Jaká je v tom logika? Nejvýhodnější by se přeče v rámci úspor jevílo, kdyby pojišťovna dala přednost některému ze tří levnějších. Jeden z nich by prostě určila a bez tajné smlouvy s výrobcem by po lékářích jednoduše požadovala, aby jej předepisovali. Jenže o tak jednoduché počty tu zas až tak nepůjde.

Pozoruhodný systém tvorby cen

Helicid od roku 2009 až dosud

dlel u Státního ústavu pro kontrolu léčiv let v procesu tzv. revize, tedy stanovení nižší ceny. Stačí se teď zeptat v nejbližší lékárně a dozvíte se, že ústav úhradu léku konečně přiblížil české realitě a v nejbližší době (původně se mluvilo již o květnu tohoto roku) ji snižuje na zhruba 200 korun za balení.

Náš nejsilnější výrobce generik chtěl ale víc, a navrhuje proto cenu zhruba dvojnásobnou. Ta u SÚKL neprošla, a tak se výrobce musel poohlédnout po jiných cestičkách. I když o možném květnovém snížení úhrady měl informace již dříve, uzavřel v březnu smlouvu s gigantem na poli českého zdravotního pojištění, a tak se od dubna zmíněné léčivo dostalo na 6 měsíců na pozitivní list. Bylo to těsné, ale vyšlo to. Oficiální cenu Helicidu SÚKL

podle našich informací v květnu ještě nesníží, ale až (a jestli) k tomu dojde, smlouva se zdravotní pojišťovnou bude uzavřena ještě na tu původní, i když pro pojišťovnu s „výhodnou“ mírnou slevou. Když pak bude pojišťovna výrobcu zpětně za kvartál odečítat slevu dle počtu předepsaných balení léku, který na doporučení pozitivního listu lékáři předepíše, oficiální úhrada od SÚKL bude tou dobou dávno nižší. To je přinejmenším zvláštní a bezprecedentní posun v lékové cenotvorbě.

Oči na stopkách

A tak se nabízí otázka, proč vlastně bude pojišťovna platit víc. Když se nad tím zamyslíte, řeknete si, že by to možná mohlo být i proto, aby pak u jiných, dražších léků předmětné společnosti pojišťovna přimhouřila oko. My ale naopak budeme mít oči na stopkách a toto zajímavé téma budeme dále sledovat. Doufejme, že oči dokořán bude mít i antimonopolní úřad, který dostal podnět, aby postupy naší největší zdravotní pojišťovny kvůli možnému porušení zákona o veřejných zakázkách při uzavírání smluv nad pozitivními listy přezkoumal (viz článek „Tajné smlouvy na veřejné prostředky“ na straně 4).

Tajné smlouvy na veřejné prostředky

Vedle rozruchu s uniklou pracovní verzí poslaneckého pozměňovacího návrhu o pozitivních listech VZP v tichosti zveřejnila svůj rozšířený pozitivní seznam léků, který vytváří přímo s jejich výrobci. Podnět na prošetření takového postupu již má na stole antimonopolní úřad.

Koalice soukromých lékařů (KSL), kterou tvoří zástupci ambulantních a praktických lékařů, stomatologů a soukromých gynekologů, se v minulých dnech ohradila proti záměru pozměňovacího návrhu poslanců Štátního a Skalického o tzv. pozitivních listech.

Jak se podařilo zjistit naší redakci, nejde o oficiální, nýbrž do kuloárů uniklou pracovní verzí pozměňovacího návrhu (informaci o distancování se poslance Štátního od návrhu přineslo minulé číslo našich novin). Zatím tedy nebyl načten do administrativního systému poslanecké sněmovny a nyní je připomínkovan.

Méně rozhodujících, více korupce

Myšlenku pozitivních listů tak, jak byla v pracovní verzí pozměňovacího návrhu uvedena, koalice odmítá. „KSL vyjadřuje důrazný nesouhlas s tímto návrhem, který by v případě přijetí znamenal, že by zdravotnická zařízení mohla předepisovat čistě a jen ty léky a zdravotnické prostředky, které by jim byly povoleny v pozitivním listu vytvořeným zdravotní pojišťovnou,“ uvádějí soukromí lékaři ve svém prohlášení. Pokud budou o předepisování léků rozhodovat úředníci zdravotních pojišťoven a ne jednotliví lékaři, koalice se obává vzniku vysoce korupčního prostředí. „Redukce počtu lidí, kteří budou rozhodovat o tom, jaké léky smí smluvní zdravotnická zařízení předepisovat, vytvoří významně prokorupční prostředí. Pak by nerozhodovalo cca 10 milionů pacientů nebo cca 40 tisíc lékařů, ale několik málo úředníků dnes sedmi zdravotních pojišťoven,“ uvažuje KSL a navrhuje jinou variantu: „Pokud poslanci opravdu chtějí ušetřit zdravotním pojišťovným finanční prostředky, nechtějí prosadit do zákona, aby stejná účinná látka léku při stejné cestě podání od různých výrobců měla i stejnou úhradu od zdravotních pojišťoven. V některých lékových skupinách to platí již dnes, pacient společně s ošetřujícím lékařem rozhodují (na

základě posouzení účinku a výše doplatku), který konkrétní lék bude nemocný užívat,“ říkají lékaři s tím, že poslanecký návrh pozitivních listů považují jen za snahu zkratkovitým způsobem ušetřit na péči o pacienty za každou cenu (nebo snahu odvést peníze mimo zdravotní péči), bez ohledu na to, jaký to bude mít dopad na kvalitu péče o ně.

Pozitivní a nejvýhodnější

Mezitím je VZP oficiálně představila svůj pozitivní list i pojištěncům. Nyní je na něm pět generických léků (Helicid, Amaryl, Osagrand, Fokusin a Penester), které vyrábí Zentiva. „Pokud je na určitou nemoc více zaměnitelných léků se stejnou účinnou látkou, je pro pojišťovnu i pacienta nejvýhodnější, když lékař předepíše nejlevnější přípravek,“ uvádí mluvčí VZP Oldřich Tichý s tím, že tyto léky budou pro klienty VZP vždy bez doplatku. VZP zároveň upozorňuje na fakt, že „není ohrožena kvalita a účinnosti léčiva, protože se vždy jedná o léčiva zaměnitelná, takzvaná generika. Studiemi je řádně ověřen a kontrolován jejich účinek. Pacienti se tak nemusí obávat o kvalitu a účinek těchto léčiv.“

Obávají se však lékaři. Takový přístup k preskripci podle KSL „popírá jasnou a ověřenou pravdu, že léky od různých výrobců se stejnou účinnou látkou se mezi sebou i při stejném způsobu užití neliší jen cenou a také že pacienti nejsou svou genetikou strukturou a tolerancí léků identičtí“.

„Stále upozorňuji, že nejde o dogmatický dokument, pouze návod, jak ve spolupráci s pojišťovnou ušetřit,“ sdělil naší redakci ředitel VZP Zdeněk Kabátek. Při medicínsky odůvodněném hledisku může lékař předepsat jiný lék, který na pozitivním listu není. KSL se ovšem i tak obává manipulace s odpovědností. „Za výsledek léčby není dle platných zákonů v ČR odpovědná zdravotní pojišťovna, ale lékař, který se o daného pacienta stará a píše mu i léky.“



Foto: Leoš Chodura

Podnět k anti-monopolnímu úřadu

S pozitivními listy v režii VZP nesouhlasí ani prezident lékárnické komory Lubomír Chudoba. „Považuji za závažné, že si VZP bez jakéhokoli výběrového řízení a soutěže domluvila cenu léků se Zentivou a doporučuje lékařům jejich předepisování, za což budou bonifikováni a VZP na ně poté bude milosrdnější při posuzování překročení limitu. Alarmující je rovněž doporučení, aby lékaři na recept psali nezaměňovat, což může být uplatňováno pouze při medicínském opodstatnění záměny, nikoli však z ekonomických důvodů. Tyto okolnosti jsou pro mne nepřijatelné a již před měsícem jsem podal podnět na Úřad pro ochranu hospodářské soutěže, zda postup této dominantní zdravotní pojišťovny vůbec je v souladu s hospodářskou soutěží,“ sdělil naší redakci Lubomír Chudoba.

Také on se obává legislativního ukotvení pozitivních listů, jak jej naznačila pracovní verze pozměňovacího návrhu. Za základní chybu pracovní verze poslaneckého návrhu považuje prezident Chudoba fakt, že by pozitivní list měl být ze zákona závazný. Druhým problémem je možnost obcházení současného systému úhrad pod rouškou obchodního tajemství a tajných smluv o slevách.

„V takovou chvíli se pojišťovny nádechu korupce prostě nezbaví, protože od roku 2008, kdy se výrazně zpřehlednil zákon o veřejném zdravotním pojištění, rozhodují o podmínkách úhrad vedle SÚKL a výrobců právě ony. Aby tak činilo několik úředníků pojišťoven bez zveřejnění podmínek, za jakých výrobci dali smlouvu, to bychom se vraceli o třicet let zpátky,“ obává se Lubomír Chudoba, podle nějž pozměňovací návrh bude muset být před schválením významně upraven.

Nultá verze

Na tom se shoduje s poslancem za TOP 09 Jiřím Skalickým, který se od pracovní verze pozměňovacího návrhu o pozitivních listech na rozdíl od svého kolegy Štátního nedistancoval. „Co se týče první novely pozměňovacího návrhu, který se týká slevových soutěží a pozitivních i negativních listů, k tomu se hlásím. A návrh by se měl dotáhnout do konce. Materiál, který máte (miněna naše redakce) k dispozici, považuji za nultou verzi, kterou jsem nikdy nedával na zdravotní výbor, natož aby byl jako pozměňovací návrh oficiálně předložen. V této podobě putuje na úrovni ministerstva, SÚKL a dalších institucí. Ke konzultaci principů jej dostali také kolegové, kteří jsou členy

zdravotního výboru a současně členy správní rady VZP,“ sdělil naší redakci Jiří Skalický.

V jaké podobě nakonec oficiální materiál vyjde a kdy to bude, však zatím poslanec nedokáže odhadnout. Také podle něj je největší slabinou návrhu transparentnost soutěží.

Přísná interní metodika

Současné smlouvy na léky zařazené na pozitivním listě VZP, u nichž výrobce nabídl pojišťovně 15% slevu oproti úhradě od SÚKL, lze na webu SÚKL dohledat. Jinak je to u léků, kde je nabídnuta sleva ve výši 30%. „Smlouva výrobce s pojišťovnou uveřejněna není, ale cena, respektive sleva je ověřitelná porovnáním cen stanovených v SÚKL a cen v lékárně. Smlouvy mezi pojišťovnou a výrobcem nejsou zveřejňovány, aby nedocházelo k referencování, tedy úpravě cen léků domácími, ale zejména zahraničními farmaceutickými firmami, které provádějí cenotvorbu i porovnáním uveřejněných cen léků,“ řekl naší redakci mluvčí VZP Oldřich Tichý.

Pokud by byly v legislativní úpravě pozitivních listů tajné smlouvy zachovány, sleva nebude dle informací VZP zjistitelná ani na SÚKL, ani v lékárně. Pojišťovna však tvrdí, že „při jejím využití bude postupováno výhradně formou výběrových řízení a bude zavedena přísná interní metodika, která bude podléhat kontrole prostřednictvím interního auditu“.

Bez ohledu na to, zda pozitivní listy budou legislativně upraveny, nebo ne, budou na seznamu VZP přibývat další až desítky léků, a půjde tedy také o desítky smluv, které zřejmě pozmění cenotvorbu českého systému. „Do budoucna pojišťovna plánuje pozitivní list dále rozšiřovat o ekonomicky nejvýhodnější alternativy pro nejrůznější onemocnění a potíže. Léky z pozitivního listu je pro zdravotní pojišťovnu i lékaře ekonomicky výhodná varianta šetřící prostředky veřejného zdravotního pojištění. Už jen u dosavadních pěti přípravků zařazených na pozitivní list se dají očekávat úspory několika set milionů ročně,“ argumentuje mluvčí Tichý.

Elektronizace zdravotnictví: Klíčové otázky z pohledu CompuGroup Medical

Elektronizace zdravotnictví se v poslední době stává velmi diskutovanou otázkou. Je to z velké části dáno aktivitami MZ ČR, ale také neustálým rozvojem informačních technologií.

Firma CompuGroup Medical ČR, s. r. o., (CGM) se otázkou elektronizace věnuje již řadu let. Jako významný dodavatel ambulantních informačních systémů shledává jednou z klíčových otázek elektronizace **způsob zapojení terénních ambulancí** do tohoto procesu. Je totiž zřejmé, že právě ambulantní lékaři pocítí dopad elektronizace nejcitlivěji. Je to dáno tím, že na rozdíl od ostatních poskytovatelů zdravotní péče nemají ambulantní lékaři dostatečné zázemí v oblasti IT.



Vladimír Příkrýl
generální ředitel CGM ČR

livě vyvracejí. *Software* CGM používá v současné době více než 14 500 terénních lékařů. Pokud k tomu přičteme i lékaře, kteří používají některý z konkurenčních SW, zjistíme, že více než 80 % všech českých ordinací každodenně využívá

PC a *software* pro svoji praxi. Z našich statistik také vyplývá, že 80 % našich klientů má ve své ordinaci kvalitní připojení k internetu.

Tři klíčové podmínky

Abychom naše přesvědčení potvrdili, uspořádali jsme v loňském roce mezi našimi klienty průzkum. Ten přinesl vyvrácení mýtu o nesouhlasu lékařů s elektronizací zdravotnictví. Celkem 54 % oslovených ambulantních lékařů chce se svými kolegy komunikovat elektronicky. Plných 63 % stojí o elektronickou komunikaci s pojišťovnami a 58 % ambulantních lékařů by uvítalo možnost přijímat laboratorní výsledky elektronicky. Pouhých 21 % lékařů vnímá jako překážku elektronizace náklady na pořízení technického vybavení.

Opět se tak potvrdil náš názor, že pokud bude elektronizace smysluplná, naši klienti se k ní připojí. Na základě našich zkušeností jsme proto definovali 3 klíčové podmínky, které splňovat musí:

- Elektronizace musí lékařům a pacientům zajistit kontrolu nad jejich daty.

- Lékař, který získá informace elektronicky, musí mít ověřen jejich původ.

- Každá investovaná koruna musí mít okamžitý přínos pro lékaře nebo pacienta.

Tři pilíře

Firma CGM dlouhou dobu rozvíjí aktivity v oblasti elektronizace, přičemž náš systém používá následující pilíře:

1. Registr událostí
2. Výměna dat
3. Služby pro pacienty

Klíčová je pro nás výměna dat. Dle našeho přesvědčení tento pilíř tvoří základ elektronizace. Zjednodušeně lze také říct, že pro minimalistické eHealth je tento pilíř dostatečný. Pokud budou jednotliví poskytovatelé zdravotní péče schopni elektronicky komunikovat, bude výrazně jednodušší spustit ostatní služby.

Výměna dat dle CGM:

- **Je jednoduchá.** Možnost komunikovat s kolegy je přímo integrována v našem softwaru, díky tomu se naši klienti nemusí učit nic nového a pracují se systémy, které jsou jim důvěrně známé.

- **Je bezpečná.** Přenášená data jsou šifrována tak, aby je mohl přečíst výhradně adresát. Náš systém slouží pouze k přenosu dat, nedochází k jejich hromadění na centrálních serverech.

- **Je důvěryhodná.** Digitální podpis, který používáme pro šifrová-

ní dat, garantuje odesílatele. Naši uživatelé tedy mají jistotu původu dat.

- **Výměna dat je integrována do všech našich informačních systémů.** Kromě ambulantních lékařů tak může výměna probíhat i mezi našimi nemocničními informačními systémy a také laboratorními informačními systémy.

Služby pro pacienty:

- Systém umožňuje elektronickou komunikaci s lékařem (objednávání, konzultace, preskripce...).
- Poskytuje pacientovi zabezpečené úložiště jeho zdravotních dat.
- Pacient má absolutní kontrolu nad svými daty, může je sdílet se svým lékařem, případně s rodinou.

Registr událostí:

- Eviduje pohyb pacienta systémem zdravotní péče.
- Přináší lékaři informaci, u kterého poskytovatele je dostupná jaká dokumentace pacienta.
- Umožňuje autorizované sdílení dokumentace. Lékař, který je požádán o sdílení dokumentace, má toto sdílení pod svou kontrolou. Systém nemůže využívat jeho dokumentaci bez jeho souhlasu.

Výše popsaný systém elektronizace je samozřejmě pouze základem celé elektronizace, nicméně základem nezbytným. Pokud bude fungovat, lze ho následně obohatit o další potřebné funkcionality.

Klíčové výhody systému

- **Nedochází k centralizaci dat,** veškerá data jsou uložena v místě původu. V rámci jejich výměny dochází k řízenému sdílení potřebných dat.

- **Data jsou pod kontrolou lékaře nebo pacienta.**

- **Okamžitě po zapojení** do systému může lékař/pacient **využívat jeho výhody.** Nemusí čekat na rozsáhlé investice do centrální infrastruktury.

- Aktivním využíváním systému lékař zefektivní stávající koloběh dokladů, dochází k **okamžitě úspoře času a peněz.**

- Náš systém je budován zdola nahoru. Nejprve **zefektivňujeme již existující koloběh** dokladů, následně zapojujeme do komunikace pacienty a teprve poté stavíme registr událostí.

V praxi, nikoli jen na papíře

Závěrem je třeba zdůraznit, že výše popsaný systém není pouhým návrhem na papíře. Klíčová funkcionalita, tedy výměna dat, byla spuštěna v loňském roce systémem Medical Net, a je tedy dostupná všem zájemcům okamžitě. Díky zapojení všech našich informačních systémů spolu mohou komunikovat všichni poskytovatelé zdravotní péče. Pacientský portál bude naší firmou spuštěn v první polovině letošního roku.

Většinu informací, které jsou potřebné pro spuštění registru událostí, mají k dispozici zdravotní pojišťovny. Proto se firma CGM chystá otevřít jednání o spolupráci při tvorbě těchto registrů právě se zdravotními pojišťovnami.

Z našich zkušeností a především z výsledků ankety vyplývá, že lékaři mají zájem se podílet na smysluplné, nákladově efektivní a realizovatelné elektronizaci. Náš systém tyto podmínky splňuje.

Inzerce A121011986

MEDICAL NET

Communication System

PROPOJUJEME SVĚT ZDRAVOTNICTVÍ

Připojte se!

Více informací na www.medicalnet.cz a www.cgm.cz

NOVINKA



**CompuGroup
Medical**

Mayo Clinic omezuje spolupráci s ICRC

Na výsledky výběrového řízení na vedoucího lékaře Mezinárodního centra klinického výzkumu v Brně (ICRC) nesouhlasně reagovali zástupci brněnských kardiologických klinik i partnerské Mayo Clinic z amerického Rochesteru. Ředitel FN Brno Roman Kraus, pověřený rovněž řízením FN u sv. Anny, přesto respektoval rozhodnutí komise a od 1. května jmenoval na post slovinšského neurologa Gorazda Stokina.

Koordinaci mezinárodní spolupráce v ICRC garantoval po většinu času fungování projektu jeho vedoucí Tomáš Kára, který ale ve výběrovém řízení nakonec neuspěl. V souvislosti s překvapivým výsledkem řízení nyní na post vědeckého ředitele projektu rezignoval Virend Somers z Mayo Clinic v Rochesteru. Naplňují se tak obavy, že nový vývoj v ICRC omezí spolupráci s prestižní americkou klinikou. Profesor Somers svůj záměr oznámil 23. dubna, krátce po definitivním rozhodnutí vedení nemocnice, že se od 1. května novým ředitelem ICRC stane slovinšský neurolog Gorazd Stokin. Podle Tomáše Káry je Somersovo odstoupení pro projekt ICRC nedozírnou ztrátou.

Bude Kára tvořit most?

Omezení spolupráce připouští

i ředitel nemocnice Roman Kraus. „K omezení spolupráce dojít může, ale předpokládám, a byl bych také rád, aby se tak nestalo. Je za námi spousta vynikající práce a před námi také řada výzev. Je pravdou, že docent Kára byl u zrodu spolupráce s americkou Mayo Clinic a ta dnes trvá již deset let. Tomáš Kára přislíbil a také přijal nabídku, že bude i nadále tvořit most mezi Mayo Clinic a ICRC a udělá vše pro to, abychom v dobových vztazích a v započaté práci pokračovali. Nemám důvod mu nevěřit. Je to jeden ze zásadních předpokladů splnění parametrů a úspěchu významného evropského projektu ICRC.“

Podle ředitele Krause Tomáš Kára i nadále zůstává platným členem ICRC a lékařem I. interní kardiologické kliniky LF MU a FN u sv. Anny i národním koordiná-

torem v programu ICRC Cardio 4, který je zaměřen na kardiovaskulární a metabolická onemocnění s cílem identifikovat rizikové faktory a vyvíjet nové diagnostické a terapeutické strategie. „Tomáš Kára patří k uznávaným odborníkům v oblasti výzkumu vlivu mozku a nervového systému při vzniku a léčbě kardiovaskulárních onemocnění,“ dodal Roman Kraus.

Zachránit spolupráci

Role Tomáše Káry v projektu zatím ale není úplně jasná. „V současnosti je má další pozice v projektu předmětem diskuse. Jednou z variant je ovšem i to, že bych projekt úplně opustil. To by však výrazně snížilo šanci, že by se spolupráce s Mayo Clinic mohla zachránit, a také by mohlo dojít k oslabení řady vědeckých projek-

tů, které se zatím velmi úspěšně rozvíjejí,“ říká Tomáš Kára, který

v současnosti s vedením nemocnice diskutuje o možnostech svého dalšího setrvání v projektu ICRC. „Pokud budu mít dostatečné podmínky pro práci, chci se pokusit udělat maximum pro to, aby se podařilo spolupráci s Mayo Clinic zachránit a projekt ICRC dotáhnout do úspěšného konce,“ uzavírá Tomáš Kára.

David Daniěl



Virend Somers a Tomáš Kára při otevření ICRC. Oba již stojí mimo řízení projektu. | Foto: Martin Ježek

Vyhláška o pracovnělékařských službách – jde na ruku firmám?

Ambulantní lékaři kritizují vyhlášku o specifických zdravotních službách za to, že vyvádí prostředky z českého zdravotnictví do ryze soukromé sféry. Firmy ji vítají, podle nich sjednotila výklad zákona a ladí s evropskými právními předpisy.

Zástupci ambulantních lékařů vyjádřili znepokojení nad tím, že se počátkem dubna objevila ve Sbírce zákonů vyhláška zákona č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, neboli vyhláška o pracovnělékařských službách a některých druzích posudkové péče, aniž by Sdružení ambulantních specialistů (SAS) mělo možnost její znění před otištěním ve Sbírce ministerstvu zdravotnictví připomínkovat. „Ačkoli je Rada SAS řádným připomínkovým místem, o tomto předpise se dověděla až ze Sbírky zákonů. Rada si je vědoma, že jde o již platící normu, takže vydala svým členům doporučení jak jí vyhovět, zároveň ale vyjadřuje svůj důrazný nesouhlas s jejím obsahem,“ uvádějí zástupci ambulantních lékařů.

Paralelní zdravotnictví

Vyhláška totiž přináší zaměstnavatelům (včetně živnostníků a ambulantů) řadu nových povinností, mezi které patří například písemná smlouva se zdravotnickým zařízením poskytujícím preventivní pracovnělékařské služby (PLS), dále velmi časté a časově náročné kontroly pracovníka zařízením pracovnělékařské preventivní péče. Zaměstnavatelé také musí objednávat a platit vstupní i velmi frekventní periodické prohlídky svých zaměstnanců.

„Časový rozsah i obsah těchto prohlídek je bezprecedentně velký, a tedy i drahý. Za riziko vyššího stupně jsou zde označeny i zcela běžné činnosti, jako je například řízení osobního automobilu,“ upozorňuje Sdružení

ambulantních specialistů, podle něhož nový předpis budí dojem, že byl vydán na zakázku firmami zabývajících se preventivní pracovnělékařskou službou.

„Vyhláška nepočítá s existencí již fungujícího systému preventivních prohlídek, jehož kapacita není v současné době vůbec plně využita,“ tvrdí představitel SAS, podle nichž zná zaměstnavatelé nejlépe jeho praktický lékař a vyhláška by mohla zaměstnavateli jednoduše nařídit, aby svého zaměstnance poslal právě do ordinace PL; místo toho jde na ruku firmám. „Vyhláška odsaje finance i těm nejmenším podnikům, čímž jim navýší režii a zbytečně zdraží jejich zboží. To bude mít negativní dopad na jejich konkurenceschopnost a povede ke

zhoršení situace na trhu práce,“ obávají se ambulantní specialisté a odmítají „paralelní zdravotnictví, které pouze tahá peníze z kapes lidí“.

Povinnosti a sankce

Firmy, které pracovnělékařské služby poskytují, si vyhlášku pochvalují. „V nejbližších dnech bude uveřejněna prováděcí vyhláška k zákonu, jejímž účelem je stanovit organizaci, obsah a rozsah PLS, který vychází z úmluvy Mezinárodní organizace práce a je v souladu s evropskými právními předpisy. Vyhláška sjednotí veškeré normy týkající se PLS na jednom místě a ukončí tak dlouhé období zmatků a různých výkladů zákona v této oblasti,“ uvádí jednatel společnosti Kardia Jan

Hůlek. Sdružení ambulantních lékařů to však vidí opačně. „Rada SAS považuje vydání této vyhlášky za systémovou chybu. Vyzývá tímto všechny dotčené složky (odborníci, sdružení živnostníků, podnikatelů a jejich komory), aby se tomuto zcela zbytečnému a jen pro ně drahému předpisu bránily,“ vybízejí zástupci SAS.

Jenže vedle seznamu povinností vyhláška obsahuje též výčet sankcí za jejich nedodržení. „Rozhodně doporučuji všem zaměstnavatelům bez ohledu na velikost firmy či počet zaměstnanců, aby zdravotní péči o zaměstnance nepodceňovali. Sankce, které hrozí, jsou vysoké, ale ještě mnohem vyšší náklady by přinesly případné nemoci z povolání u zaměstnanců. Důležité je najít poskytovatele pracovnělékařských služeb, který dokáže rozsah služeb uzpůsobit potřebám konkrétní firmy,“ upozorňuje Jan Hůlek. V případě nedodržení zákona hrozí sankce až 2 miliony korun. Ještě vyšší pokuta, až 3 miliony korun, může být udělena v případě poškození zdraví zaměstnance. Kontrolu plnění budou provádět krajské hygienické stanice.

Petra Klusáková

Jmenování nového šéfa ICRC vyvolává napětí

Záměr sloučit brněnské fakultní nemocnice (FN Brno a FN u sv. Anny) se dotkl také projektu ICRC. Jeho dosavadní vedoucí lékař **doc. MUDr. Tomáš Kára, Ph.D.**, hovoří o tom, co může pro budoucí směřování ICRC znamenat výsledek výběrového řízení, ve kterém neuspěl.

Jak ovlivňuje situaci ICRC slučování FN u sv. Anny a FN Brno?

Slučování nemocnic je novinkou, kterou jsme neočekávali. Umístění ICRC ve Fakultní nemocnici u sv. Anny bylo ideální, protože jde o nemocnici s dlouhou tradicí a myslím, že i velikostí je toto zařízení optimálním příjemcem takového projektu – umožňuje jej flexibilně rozvíjet.

Nyní se má ICRC stát součástí velké nemocnice, což mu na jedné straně v rámci většího celku a silného uskupení přináší určité nové možnosti. Otázkou ovšem je, jak se v takto rozsáhlé instituci podaří udržet flexibilitu řízení centra, která je pro činnost ICRC mimořádně důležitá.

V čem může být jeho flexibilita omezena?

V rámci lékařského výzkumu je třeba dělat rozhodnutí velmi rychle a pružně tak, aby týmy dokázaly reagovat na nové trendy. Současný model řízení projektu ICRC v rámci FN u sv. Anny umožňuje dostatečnou rozhodovací autonomii jak na úrovni vedení, tak na úrovni jednotlivých vědeckých týmů. Nyní je otázkou, jak se tuto velmi důležitou rozhodovací schopnost podaří nastavit v novém celku, který vznikne spojením obou fakultních nemocnic. V současnosti se tvoří nový organizační řád tohoto celku a zatím v něm nebyla pozice ICRC definována. Doufám ale, že bude nalezen model řízení, který dosavadní flexibilitu zachová, umožnila totiž dosažení současných výsledků projektu.

Přestože jste dosud ICRC manažersky řídil, novým přednostou má být podle výsledků výběrového řízení někdo jiný... Co to pro vás znamená?

Větší změnou z hlediska dopadu na ICRC, než je samotné slučování nemocnic, je skutečně otázka obsazení funkce vedoucího lékaře (Chair) centra. Sám jsem inicioval konkurz, protože si myslím, že takový post by měl být obsazen na základě mezinárodního výběrového řízení. Samozřejmě jsem věřil, že to bude řízení otevřené. A samozřejmě jsem počítal s možností, že se do konkurzu může přihlásit odborník, který prokáže vyšší kvalifikaci, než je ta moje, a potom je přirozené a správné, aby jej vyhrál ten, kdo má v dané oblasti nejvyšší kvalifikaci a zkušenosti. S takovým kolegou bych samozřejmě rád spolupracoval. Současně jsem ale věřil, že mé šance jsou velmi dobré, protože projekt ICRC v době, kdy jsem měl možnost jej vést, splnil všechny hlavní odborné a další cíle.

Výběrové řízení, které organizoval Search Committee, ovšem přineslo velmi překvapivý výsledek – komise vyhodnotila jako jediného vhodného kandidáta slovínského neurologa Gorazda Stokina, který je odborným asistentem na Univerzitě v Lublani. Doktor Stokin přitom dosud nikdy nevedl žádné výzkumné centrum ani žádný větší výzkumný tým a také se nikdy nepodílel na přípravě takového projektu, jako je ICRC. Podle dostupných informací byla jeho kvalifikace nižší než moje, přesto byl doporučen jako jediný kandidát.

Komise přitom neměla určit vítěze konkurzu, ale doporučit všechny kandidáty, kteří mají kvalifikaci pro výkon funkce vedoucího lékaře ICRC. Překvapením proto bylo, že jsem komisí na rozdíl od Gorazda Stokina doporučen nebyl, a to i přes skutečnost, že mé kvalifikační předpoklady a zkušenosti byly ve všech hodnocených parametrech stanovených komisí vyšší, než jaké mohl prokázat doktor Stokin. Komise má právo takové rozhodnutí udělat. Problém však je, že rozhodnutí, kdy komise postupuje v rozporu s předem stanovenými pravidly, je odborně nezdůvodnitelné.

Objevily se již reakce na toto rozhodnutí? Na nesrovnalost v rozhodnutí komise poukázala řada odborných grémíí. Oficiální námitku nejprve vznesl bývalý ředitel FN u sv.

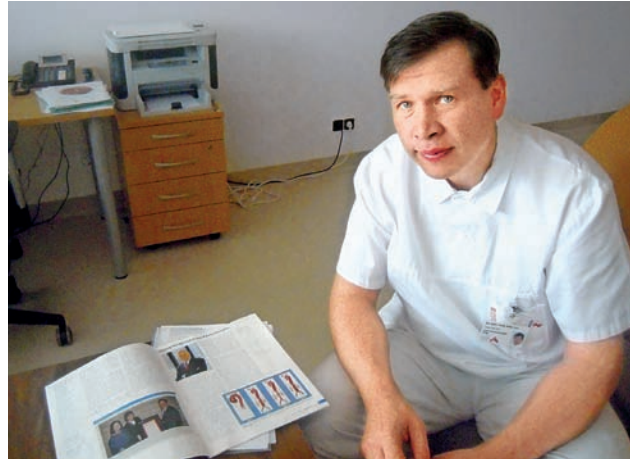


Foto: David Daniel

Anny Petr Koška. Následně svůj nesouhlas s rozhodnutím komise vyjádřili členové vedení obou brněnských kardiologických klinik a Centra kardiiovaskulární a transplantační chirurgie, dále pak vedoucí odborníci většiny vědeckých týmů ICRC. Odvolání jsem podal i já. Všechny námitky odborných grémíí, včetně mého odvolání, však byly zamítnuty. Následně odhlasovala rezoluci vyjadřující nesouhlas s rozhodnutím komise dozorčí rada projektu ICRC, v níž je zastoupena řada našich i zahraničních významných osobností, včetně kolegů z Mayo Clinic. Dozorčí rada vyjádřila obavu, že změna vedení projektu ohrozí jeho další pokračování.

Rozhodnutí dosadit do čela tak velkého projektu, jako je ICRC, někoho, kdo v této oblasti dosud nemá žádné zkušenosti, rada považuje za velké riziko. Proto požádala ředitele nemocnice Romana Krause, aby doporučení komise nerespektoval a využil na základě prokazatelných odborných faktů možnost práva veta. Rozhodnutí již ovšem padlo a ředitel Kraus od začátku května jmenoval přednostou ICRC Gorazda Stokina.

Může to ovlivnit spolupráci s Mayo Clinic?

Kolegové z Mayo Clinic, kteří jsou zastoupeni v dozorčí radě a v pozici mezinárodního vědeckého ředitele ICRC, věnovali hodně času

vyhodnocení závěrů Search Committee a vyžádali si veškeré podklady, které jednotliví kandidáti na vedoucí post do výběrového řízení zaslali. Na jejich základě dospěli k závěru, že rozhodnutí komise měnit vedení dosud úspěšného projektu a svěřit jej doktoru Stokinovi považují za nezdůvodnitelné riziko pro další osud projektu.

Členové dozorčí rady i mezinárodní vědecký ředitel jsou přitom spolehodpovědní za výsledky projektu ICRC. Pokud doporučení dozorčí rady nebude reflektováno, logicky hrozí, že by Mayo Clinic mohla odstoupit z klíčových řídicích pozic, jež má v projektu ICRC, tedy hlavně z pozice mezinárodního vědeckého ředitele, který koordinuje vzájemnou spolupráci mezi ICRC, Mayo Clinic a dalšími partnery, a dále z pozice, které odborníci z Mayo zastávají v dozorčí radě ICRC. Profesor Virend Somers již 23. dubna z pozice mezinárodního vědeckého ředitele odstoupil. Na toto riziko odstoupení přitom odborníci z Mayo Clinic předem upozornili. Osobně se pokusím udělat vše pro to, aby se podařilo spolupráci s Mayo zachránit, i když nebudu mít možnost projekt dále vést.

Jaký vliv má toto rozhodnutí na zaměstnance ICRC?

Myslím, že to dopadá hlavně na mladou generaci kolegů, kteří s projektem spojovali řadu svých ideálů – byl pro ně například důvodem, proč neodcházeli třeba do USA, případně proč se odtamtud vraceli. Skutečnost, že do takové funkce byl jmenován kandidát, který nemá dostatečnou kvalifikaci, může mít hodně demotivující dopad na práci týmů.

David Daniel

Zaměstnanci CKTCH v Brně se nechtějí slučovat, jsou ve stávkové pohotovosti

Lékaři z Centra kardiiovaskulární a transplantační chirurgie (CKTCH) v Brně protestují proti slučování centra s FN u sv. Anny. Záměr představil pověřený ředitel fakultní nemocnice Roman Kraus.

Spojením obou zařízení vznikne velký zdravotnický komplex, který bude sjednocen i finančně. To se nelíbí zaměstnancům transplantačního centra, které doposud fungovalo nezávisle.

Petice proti sjednocení

„Fakultní nemocnice u sv. Anny je ve špatném ekonomickém stavu. Naše pracoviště je výjimečné, zajiš-

ťujeme transplantační péči pro celou Moravu. Nemůžeme si dovolit vysávání finančních prostředků na úkor někoho jiného,“ uvedl Tomáš Ostřížek z CKTCH.

Lékaři transplantačního centra proto vstoupili do stávkové pohotovosti a založili petici proti sloučení obou zařízení. Podepsalo jí údajně 95% zaměstnanců nemocnice a organizátoři ji poslali na ministerstvo

zdravotnictví i do obou komor parlamentu. Nemocnice by se mohly sloučit už příští rok, po přijetí potřebného zákona.

S podobnou situací se potýkají i zaměstnanci Revmatologického ústavu v Praze, zde lékaři také protestují proti sloučení se Všeobecnou fakultní nemocnicí v Praze (viz komentář na str. 11).

(Iso, ČTK)

Praktici hledají umírněnou cestu ke změně

Výsledkem XXIII. výroční konference Sdružení praktických lékařů nebyl pouze projev relativně smířlivého postoje vůči ministerstvu zdravotnictví, ale také kritika nedotažených legislativních změn v oblasti zdravotního pojištění.

Sdružení praktických lékařů ČR (SPL) se přednedávnem postavilo proti České lékařské komoře (ČLK). Nepřipojilo se ke komorou pořádané protestní akci „Den zdraví lékařů“ a nepodpořilo ani související petici „za zachování kvalitního zdravotnictví“. Sdružení svůj postoj vysvětlilo nesouhlasem se způsobem vedení ČLK, které se podle mínění SPL chová spíše odborářsky a příliš tlačí na zvyšování mezd a platů lékařů. Podle představitelů ČLK je „nekollegiální“ postup SPL dán především pozicí praktických lékařů, jejichž existence není na rozdíl od jiných skupin lékařů v takovém ohrožení. „Zcela odlišný přístup k protestním akcím lékařů vychází ze smluvní jistoty, kterou díky snažení ČLK v roce 2006 praktičtí lékaři získali. Zatím-

co 89 procentům ambulantních specialistů končí smlouvy v roce 2015, více než 96 procent praktických lékařů má alespoň s VZP uzavřený trvalý smluvní vztah,“ vysvětlil prezident Milan Kubek ve svém komentáři pro časopis Tempus Medicorum. Nesouhlas s ČLK však podle představitelů SPL není projevem nekritičnosti k činnosti ministerstva – ke změně se totiž chtějí dopracovat nikoli nátlakovými akcemi, nýbrž diskusí a hledáním kompromisních řešení.

Boření bariér

SPL se ve svém nejnovějším prohlášení vrací ke kritice chybějící legislativy v oblasti zdravotního pojištění, nedostatečného dohledu nad zdravotními pojišťovkami či bariér omezujících

praktické lékaře. „Přestože podíl primární péče na čerpání celkových finančních prostředků narůstá ve srovnání s ostatními segmenty relativně nejméně, nepožadujeme skokové navýšení úhrad. Požadujeme rozšíření kompetencí a odstranění překážek, které systém komplikují a prodražují. Opakovaně apelujeme na změnu zákona o zdravotních pojišťovnách, který řeší kompetence i povinnosti, a současně požadujeme zřízení úřadu pro dohled nad zdravotními pojišťovnami, který zabráni jejich excesivnímu chování a zajistí korektní podmínky pro konkurenci. Jen takové prostředí zabrání riziku vzniku monopolní zdravotní pojišťovny, potažmo obdoby Národní zdravotní služby,“ uzavírá SPL. (fkc)

Co také zaznělo na XXIII. výroční konferenci Sdružení praktických lékařů

• **K atestacím:** SPL ve spolupráci se Společností všeobecného lékařství ČLS JEP podporuje a zajišťuje takový typ předatestační přípravy, na jehož konci bude stát plně kvalifikovaný všeobecný praktický lékař (VPL) jako základní článek primární péče. Z těchto důvodů odmítáme snahu České internistické společnosti ČLS JEP zařadit do systému interní specialisty bez atestace z VPL.

• **K elektronizaci:** Elektronizace ve zdravotnictví, bez níž si již naši práci nedovedeme představit, musí být uvážlivá a vést ke zjednodušení a zkvalitnění naší činnosti. Důraz-

ně varujeme před realizací současně zákonné úpravy elektronické preskripce, která hrozí podobným kolapsem jako registr motorových vozidel, ovšem s nesrovnatelným dopadem na občany.

• **K dostupnosti péče:** SPL se dlouhodobě v rámci svých možností snaží zamezit narůstajícím regionálním disproporcím v dosažitelnosti primární péče, a proto kromě MZ a pojišťoven nově oslovuje i krajské samosprávy s nabídkou spolupráce při řešení tohoto problému.

(Zdroj: Sdružení praktických lékařů ČR)

Resorty lépe rozdělily dohled nad potravinami

Ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo zemědělství se shodly na návrhu novely zákona o potravinách. Pokud novelu schválí poslanecká sněmovna, systém kontroly potravin se více přizpůsobí evropskému právu.

Obava z nezdravotníků

Ministerstvo zemědělství mělo původně v plánu převést prostřednictvím novely zákona č. 110/1997 Sb. kompetence pro oblast veřejného stravování z orgánů ochrany veřejného zdraví (MZ) na Státní zemědělskou a potravinářskou inspekci (MZe), šlo hlavně o oblast stravovacích služeb. S tím ale nesouhlasil náměstek ministra zdravotnictví a hlavní hygienik ČR Vladimír Valenta, takový posun by podle něj vedl k destabilizaci systému kontrol potravin.

„Novela mimo jiné počítala s velmi kontroverzními kroky, které byly pro resort zdravotnictví nepřijatelné. V první řadě šlo o převádění kompetencí při kontrole stravování z rukou zdravotníků do rukou inspektorů bez zdravotnického vzdělání,“ uvedl minulý týden náměstek Valenta s obavou, že by byl dozor nad ochranou veřejného zdraví převeden do kompetence nelékařů, kteří by například měli posuzovat i zdravotní způsobilost personálu restaurací.

Sjednocení podle EU

„Nakonec jsme se s ministerstvem zdravotnictví shodli, že v oblasti kontroly veřejného stravování se zaměstnanci ministerstva zemědělství nově zaměří pouze na kontrolu masa ze zvěřiny,“ uvedl po schůzi vlády ministr zemědělství Petr Bendl (ODS). Vláda po dohodě obou resortů návrh 2. května schválila a vyslyšela tak právě ministerstvo zemědělství, které sjednotilo systém kontroly potravin dle evropského práva. „Přínosem těchto úprav bude zejména nastavení a jednotný přístup aplikace požadavků evropského potravinového práva pro všechny členské státy EU a sjednocení používané terminologie v oblasti potravinového práva. Implementace příslušných ustanovení odstraní případnou platnost rozdílných požadavků vyplývajících na jedné straně z národní a na straně druhé z evropské legislativy. Navrženými úpravami dojde k přesnějšímu upřesnění zákona o potravinách na přímo použitelné předpisy Evropské unie a ustanovení povinností kladených tě-

mito předpisy na členské státy, respektive provozovatele potravinářských podniků,“ uvádí se v důvodové zprávě k návrhu novely.

Boj o kompetence

Pokud novelu schválí poslanci,

začne od roku 2014 platit povinnost uvádět na obalech potravin obsah alergenů, tuků, cukrů a soli, u masa pak zemi původu. Přijetím návrhu se také výrazně zvýší sankce za administrativní chyby. Například při výrobě

a prodeji potravin do 1 milionu korun se mohou vyšplhat až na 3 miliony. Maximální pokuta za nedodržení požadavků jakosti či podmínky uchování se zvyšuje ze 3 na 10 milionů korun.

(klu)

Správní rada podpořila spor VZP s PTC

Soudní při mezi Všeobecnou zdravotní pojišťovnou a pražským Proton Therapy Center na svém jednání minulý týden podpořila správní rada pojišťovny a uložila v tomto ohledu řediteli VZP Zdeňku Kabátkovi několik dalších úkolů.

„Placenou reklamní kampaň zástupců protonového centra, jež probíhala v některých rádiích a vyvrcholila peticí na stránkách centra, považuje správní rada za vysoce neetickou a lživou, jejím cílem je výhradně získání veřejných prostředků, nikoli prospěch pacienta,“ uvedl předseda správní rady VZP a náměstek pro zdravotní pojištění Petr Nosek. Rada uložila řediteli Kabátkovi, aby přistoupil k aktivní právní obraně proti žalobě protonového centra podané u rozhodčího soudu a případným dalším žalobám ze strany

protonového centra. Jak naši redakci vysvětlil ředitel Kabátek, předmětem žaloby, kterou podalo protonové centrum u rozhodčího soudu Hospodářské komory ČR, je uplatnění nároku na pokutu za nenaplnění smlouvy o smlouvě budoucí, kde jde o částku 914 tisíc korun. „Tuto žalobu VZP podala k civilnímu soudu a směřuje k prohlášení neplatnosti smlouvy o smlouvě budoucí,“ dodal Zdeněk Kabátek.

Třetím ředitelovým úkolem je přistoupit k doplnění trestních oznámení, která VZP podala v souvislos-

ti s uzavřením smlouvy o smlouvě budoucí a jejím budoucím plněním, případně k podání nového trestního oznámení v této věci. „Kvůli pochybnostem o korektním způsobu uzavření smlouvy VZP podala trestní oznámení na neznámého pachatele,“ doplnil Kabátek. Správní rada slovy svého předsedy Noska dodala, že VZP garantuje zajištění tohoto typu péče všem pacientům, kteří ji nezbytně potřebují a kteří na ni budou řádně indikováni týmem komplexního onkologického centra. (klu)

Pražská záchranka loni ošetřila rekordní počet pacientů

Zdravotnická záchraná služba hl. m. Prahy (ZZS HMP) loni poprvé v historii překročila stotísícovou hranici počtu zásahů. Konkrétně záchranáři ošetřili 102 665 pacientů. Výjezdů bez nutnosti zásahu bylo ještě o necelých 25 tisíc více.

Oproti roku 2011 jde o navýšení počtu zásahů o 4,6 %, tedy o 4573 pacientů. Podle ředitele pražské záchrané služby Zdeňka Schwarze počet nemocných stoupá. Výrazně přibýlo infarktů a dalších závažných kolapsů s nutností resuscitovat postiženého.

Chronici přibývají

Podle statistik ZZS HMP ubývá úrazů a naopak přibývá chronicky nemocných po 65. roce věku. Také kvůli nim záchranáři v Praze musejí resuscitovat až čtyřikrát za den. Stoupl i počet ošetření dě-

tí předškolního věku, zejména kvůli alergiím nebo úrazům při dopravních nehodách. Naopak v kategorii mládež počet ošetření klesl. Klesly i výjezdy k mnohočetným poraněním, která jsou charakteristická pro autonehody nebo úrazy na stavbách.

K navýšení počtu zásahů o 3–5 % dochází podle statistik pražské záchranky každým rokem. Ten letošní nebude výjimkou. Jen za prvních 16 týdnů tohoto roku došlo k 35 685 událostem vyžadujícím zásah ZZS, což je nárůst ojetmu práce o 8,8 %.

Letní sezóna znamená více úrazů

Záchranáři varují před úrazy motorkářů a cyklistů, kterých každoročně se stoupajícími teplotami přibývá. Loni pražská záchranka ošetřila 216 motorkářů, 12 bylo ve vážném ohrožení života a 11 jich zemřelo na následky zranění na místě nehody. Mezi 276 ošetřenými cyklisty nebyl žádný smrtelný úraz, 14 z nich ale bylo ve vážném stavu.

Nejčastějšími příčinami nehod motorkářů a cyklistů byly neznalost dopravních předpisů, nedo-

statečné ochranné pomůcky, ale také nedostatečný dohled dospělých u dětí.

Konec cyklohlídek

Pilotní projekt záchranářských cyklohlídek, který započal minulý rok, se letos kvůli ekonomickým škrtnutím neuskuteční. Záchranářské cyklohlídky projížděly ulice a cyklostezky Prahy na elektro kole vybaveném záchranářskou technikou pro poskytnutí první pomoci a v období od dubna do září ošetřily 35 raněných, z toho ve třech případech byla nutná následná hospitalizace.

Irena Soukupová

Záchranáři z Vysočiny budou zasahovat i v jihočeských obcích

Krajští radní Kraje Vysočina rozhodli o tom, že záchranáři kraje Vysočina budou poskytovat předlékařskou pomoc i pacientům z Jihočeského kraje, a to kvůli zákonem stanovené výjezdové době.

Obdobné dohody už kraj uzavřel s Pardubickým a Jihomoravským krajem. „Záchranáři ze základny v Jemnici budou zasahovat v obcích Písečné, Županovice, Dešná a Rancířov,“ uvedl hejtman Kraje Vysočina Jiří Běhounek. Posádky z Telče budou jezdit do Studené, z Počátek do Horní Olešné, z Kamenice nad

Lipou do Nové Včelnice a z Pacova do Prasetína a Oblajovic. V Jihomoravském kraji záchranáři z Vysočiny zasahují v deseti obcích. Dvěma obcím z Vysočiny naopak poskytují pomoc záchranáři z Pardubického kraje. V jednání je smlouva se Středočeským krajem.

(Iso, ČTK)

Řízení VZP oživí manažeři ze soukromé sféry

Ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny Zdeněk Kabátek minulý týden obměnil čtyři své náměstky. Vedení jednotlivých sekcí si představuje jinak. Chce, aby se pojišťovna více profilovala jako výrazně obchodní a proklientská společnost.

„Ke změnám jsem se rozhodl po zralé několikaměsíční úvaze. Přístup odcházejících náměstků se neslučoval s mojí strategií rozvoje firmy. Všichni noví náměstci jsou kvalitní manažeři, schopní vnímat a naplňovat moji strategii,“ uvedl ředitel VZP Zdeněk Kabátek. Dva ze tří nových náměstků přitom přicházejí zevnitř VZP – jde tedy o přirozený kariérní postup ve firmě.

Minulý týden v pozici náměstkyně pro zdravotní péči skončila Miroslava Šlajsová a následně převza-

la vedení odboru interního auditu a kontroly. Na její místo nastoupil od 1. 5. 2013 nynější ředitel odboru léčiv a zdravotnických prostředků Petr Honěk. Ředitel Kabátek si u něj cení „dlouhodobě špičkové práce a neocenitelných zkušeností z privátního sektoru“. Je také jedním z autorů pozitivních listů VZP.

Současný náměstek pro informatiku Hubert Maxa odchází k 30. 5. 2013 do důchodu, od 2. 6. jej nahradí dosavadní ředitel odboru

interního auditu a kontroly Pavel Východský.

Ředitel Kabátek dále odvolal náměstka pro služby klientům Ivana Dvořáka. Jeho funkci zaujme Markéta Řežábková, manažerka ze soukromé sféry.

K 30. 5. 2013 končí na vlastní žádost v pozici náměstka pro právo a legislativu Martin Ježek. I nadále však zůstává zaměstnancem VZP. Pozice náměstka zůstane dočasně neobsazena a bude na ni vypsaná výběrové řízení. (Ilu)

Protikorupční policie chce obžalovat bývalého hradeckého náměstka Všetečku

Exnáměstek hejtmana Královéhradeckého kraje pro oblast zdravotnictví Rostislav Všetečka (ODS) bude patrně obžalován v souvislosti s nákupem rentgenů pro nemocnice v kraji. Policie předala státnímu zástupci návrh na podání obžaloby.

Podle mluvčího protikorupční policie Jaroslava Ibeheje již bylo vyšetřování ukončeno. Všetečka měl být vyšetřován pro porušování povinností při správě cizího majetku. Sazba za tento trestný čin činí až 8 let odnětí svobody nepodmíněně. Všetečka ve svém vyjádření veš-

kerou vinu popřel. „Můj advokát v minulých dnech navrhl zastavení trestního stíhání, neboť údajný trestný čin ani úmysl nebyl vyšetřováním prokázán,“ uvedl.

Policie zahájila vyšetřování na základě trestního oznámení poslance Věcí veřejných Jiřího Štětiny. Všetečka už byl dříve stíhán ještě

s několika dalšími radními v případě nákupu předraženého nábytku pro krajský úřad. Stíhání však bylo zastaveno.

V souvislosti s dalším výběrovým řízením stíhá policie od začátku tohoto roku i bývalého hejtmana kraje Pavla Bradíka.

(ČTK, Iso)

Novým ředitelem karlovarské nemocnice bude Svoboda

Radní Karlovarského kraje jmenovali do čela Karlovarské krajské nemocnice dosavadního ředitele Nemocnice Kyjov Petra Svobodu. Nastoupit do funkce by měl od začátku května.

Petr Svoboda by měl přechodně řídit obě dvě nemocnice, karlovarskou i kyjovskou.

Přechodné řízení obou zařízení se ovšem nezamlouval hejtmanovi Karlovarského kraje Josefu Novotnému (ČSSD). „Karlovarská krajská

nemocnice, s nemocnicemi v Karlových Varech a Chebu, není tak malá, aby se její řízení stíhalo za pár dní v týdnu,“ uvedl pro novináře hejtman Novotný.

Ředitel Svoboda v tom ovšem nevidí zásadní problém. (ČTK, Iso)

„Losovačka“ na úklid v ústecké nemocnici byla zrušena

Krajská zdravotní zrušila zakázku na úklid v Masarykově nemocnici v Ústí nad Labem za téměř 200 milionů korun.

Výběr dodavatele formou losování bude nahrazen otevřeným výběrovým řízením. Uvedl to předseda představenstva Krajské zdravotní Radek Scherfer.

Nové vedení kraje se od formy losování distancovalo a v březnu rozhodlo o novém postupu. Navíc našlo i chyby v zadání kvalifikačních požadavků na uchazeče.

Zrušena i zakázka na IT

Krajská zdravotní letos zrušila také několikamilionovou zakázku na komplexní IT služby, kterou kraj vyhlásil loni na jaře. Zakázka měla být uzavřena na 10 let, což se nelíbilo odpůrcům projektu. Nelíbila se jim ani cena zakázky, jež měla přesáhnout 3 miliardy korun.

(ČTK, Iso)

PUBLIC RELATIONS

Zdravotní pojišťovna – zloduch, nebo přítel?

Šokující, nezvyklé, bulvární? Možná, ale je třeba ukázat, jak je důležité být klientem seriózní zdravotní pojišťovny. Ne takové, která v líbivých barvách reklamních materiálů slibuje nesplnitelné, ale takové, která i v situaci ne zrovna příznivé stojí při svém klientovi a nabízí mu řešení.

Hlavní a nezpochybnitelnou úlohou zdravotních pojišťoven je zajistit svým klientům odpovídající rozsah solidární zdravotní péče, a to i v situaci, kdy rostou nejen možnosti, ale ještě rychleji ceny léčby, léků a pomůcek.

Citelný nedostatek

Každý z nás podle příslušné kategorie platí povinné zdravotní pojištění. Nejvíce platí zaměstnanci, a to podle výše svých příjmů, nejméně stát za státem hrazené pojištěnce (děti, důchodci, matky na mateřské, nezaměstnaní ad.). Z toho plyne, že největším zdrojem finančních prostředků pro veřejné zdravotní pojištění jsou zaměstnanci. V současné době však řada firem zanikla, zákonitě se tedy snížil i výběr pojistného za zaměstnance.

Protože stát dlouhodobě dává do společné pokladny za děti, důchodce, nezaměstnané a další

nejmenší díl a platba za osoby samostatně výdělečně činné je rovněž mnohem nižší než platby za zaměstnance, není divu, že nedostatek finančních zdrojů na úhradu zdravotní péče je tak citelný.

Dvě strany houpačky

Na jedné straně ekonomické houpačky je moderní medicína – stále více nákladných moderních technologií, velmi účinných, ale řádově dražších farmakologických přípravků, přístrojů atd. Na straně druhé máme čím dál méně financí tekoucích do bezedných vod českého (ale vlastně jakéhokoli) zdravotnictví.

Tento rozpor vede k deficitu prostředků určených k úhradě poskytnuté zdravotní péče. Na jedné straně nové metody, stále více zvyšující šanci lidí na lepší výsledky léčby. Na straně druhé hledání řešení, kdo to zaplatí.

Jaké řešení nabízí OZP?

OZP hospodaří se 13 miliardami Kč z celkové částky asi 240 miliard Kč, určené pro úhradu zdravotní péče pojištěnců všech zdravotních pojišťoven. Neznalému občanovi to může připadat mnoho. Pro úhradu stále se rozvíjející moderní medicíny i běžné zdravotní péče je to však bohužel žalostně málo.

Jeden příklad z praxe: OZP pochopitelně mimo jiné hradí také péči klientům, jejichž zdravotní stav vyžaduje transplantaci některého z orgánů. To je jeden z nejnákladnějších zákroků, ale ne vždy se podle toho chová i pacient. A jak jednat třeba s klientem s transplantovanou ledvinou, který si svůj orgán – i přes všechna varování lékařů – řádně „proplachuje“ alkoholem? Takový člověk by si z logiky věci měl hradit péči ze svého. Umožnil by tak pojišťovně, aby uhradila nákladnou zdra-

vozní péči jinému svému pojištěnci, který si jí bude vážit a bude rád, že dostal novou příležitost k životu. Zákon však hovoří jasně a neumožňuje – na rozdíl od komerčního pojištění – uplatnit systém malus/bonus (pokuta/odměna).

Pokud by se někomu zdálo, že z této situace není rozumné východisko, OZP i v prostředí, které má daleko k dokonalosti, nabízí několik cest k racionálnímu poskytování zdravotní péče, snaží orientaci v systému zdravotnictví a pomoc těm, kteří si svého zdraví váží.

Co je k dispozici našim klientům

- **Vitakarta**, jež klientům umožňuje snadno kontrolovat úhradu čerpané zdravotní péče, zaznamenávat si *emergency* informace s důležitými údaji (například kontaktní osobu v případě nouze,



léky, které užívají, nemoci, kterými trpí), ukládat si v elektronické podobě lékařské zprávy, laboratorní výsledky a v případě potřeby je poskytnout i svým dalším lékařům. Vyhnou se tak leckdy zbytečně opakovaným odběrům krve a jiným vyšetřením.

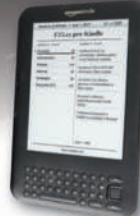
- **Asistenční služba OZP** je 24hodinová služba lékaře na telefonu, která pomůže najít správného lékaře, asistuje při objednání a poradí v problematických zdravotních situacích.

- **Nejširší škála zdravotně preventivních programů** – mimo jiné má OZP jako jediná ze zdravotních pojišťoven dlouhodobý program prevence nádorových onemocnění.

Inzerce A131006451

Podívejte se světu ekonomiky do očí!

KDEKOLIV



tisk - internet - iPad - iPhone - Kindle - Windows Phone 7 - Windows 8 aplikace



Po zásluze potrestání za úspěšnost

Situace okolo slučování Revmatologického ústavu se Všeobecnou fakultní nemocnicí se stala vy-
hrocenou. V souvislosti se ztrátou ekonomické a rozhodovací samostatnosti ústavu totiž reálně
hrozí postupné omezení dostupnosti a kvality péče pro pacienty s revmatickými chorobami.

Revmatologický ústav v Praze představuje superkonziliární pracoviště pro celou Českou republiku a soustřeďuje péči o pacienty s nejzávažnějšími formami onemocnění pohybového aparátu. Na konci loňského roku, při příležitosti 60. výročí založení Revmatologického ústavu, ministr zdravotnictví Leoš Heger nešetřil slovy chvály a ocenil odbornou erudici, zájem o komplexní zdravotní služby i vědecko-výzkumnou aktivitu pracoviště.

Příliš mnoho špičkových pracovišť?

Paradoxně však nedávno tentýž pan ministr představil zákon nařizující sloučení Revmatologického ústavu se Všeobecnou fakultní nemocnicí v Praze. Pokud tento návrh zákona projde oběma komorami parlamentu, má

podle doslovného znění Revmatologický ústav zaniknout dnem 1. 1. 2014.

Slučovací zákon se překvapivě netýká všech státních příspěvkových organizací, jak bylo původně avizováno, ale pouze některých. Nasnadě je tak otázka, jak k tomuto rozhodnutí došlo. Na tiskové konferenci ministr zdravotnictví mimo jiné podotkl, že naše republika má „příliš mnoho špičkových pracovišť“. Návrh zákona přitom vůbec nezmiňuje zachování kontinuity příspěvkových pracovišť v současném rozsahu a může navíc podle všeho proběhnout i nezávisle na schválení zákona o univerzitních nemocnicích, což byl původní předpoklad pro navrhovanou slučování. Mají tak být špičková pracoviště po zásluze potrestána za to, že jsou úspěšná a dobře hospodaří?

Ohrožení pro celý obor

Revmatologický ústav je finančně soběstačnou a zdravou institucí, která se opakovaně umísťuje na předních místech při ekonomickém hodnocení nemocnic v České republice. Tento stav je výsledkem vysokého pracovního nasazení všech jeho zaměstnanců. Důležitý je také známý fakt, že menší zdravotnická zařízení mají průhlednější hospodaření než velké celky, které nezřídka mívají nekontrolované toky finančních prostředků a častěji se ocitají ve špatném ekonomickém stavu.

V souvislosti se ztrátou ekonomické a rozhodovací samostatnosti Revmatologického ústavu reálně hrozí postupné omezení dostupnosti a kvality péče pro pacienty s revmatickými chorobami. Protože v České republice neexistuje jiné srovnatelné zdra-

vatnické zařízení specializované na obor revmatologie, je dost možné, že může být narušeno ucelené fungování oboru revmatologie, včetně postgraduálního vzdělávání a základního i klinického výzkumu.

Bez diskuse

Snahy o začleňování výzkumných ústavů do fakultních nemocnic již byly ministerstvem zdravotnictví v minulosti označovány několikrát. Vždy byly vedeny diskuse a za různých okolností poté bylo od všech nekonceptních záměrů a reforem pokaždé upuštěno.

V současné době však bohužel o diskusích nelze hovořit. Ministerstvo zdravotnictví nereagovalo na obavy z důsledků ztráty samostatnosti Revmatologického ústavu, které vyjadřuje dopis vedení České revmatologické spo-

lečnosti ČLS JEP ministru zdravotnictví, nereagovalo ani na otevřený dopis naprosté většiny zaměstnanců Revmatologického ústavu proti připojení, ale ani na varování vědecké rady České lékařské komory před nesystémovými změnami ve zdravotnictví s požadavkem na objasnění koncepce těchto změn a bližší ekonomickou i vědecko-výzkumnou analýzu. V minulém roce navíc více než 5 tisíc pacientů podepsalo patientskou výzvu za zachování nezávislosti Revmatologického ústavu, jejíž text byl rovněž odeslán ministru zdravotnictví. Pevně věříme, že diskuse bude vyvolána, návrhy zákonů o slučování ústavů a o univerzitních nemocnicích budou důkladně připomínkovány a nedojde k narušení úrovně poskytování zdravotní péče v České republice.

(Odesláno do redakce 24. 4. 2013; titulček, perex a mezititulky jsou redakční.)

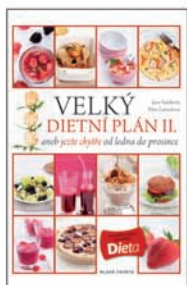
doc. MUDr. Ladislav Šenolt, Ph.D.
Revmatologický ústav

Inzerce A131006399

MLADÁ FRONTA zve na knižní veletrh Svět knihy

16.-19. května 2013 / Výstaviště Praha-Holešovice, Průmyslový palác

Na stánku L301 na Vás čekají knihy se slevou **30 %** a zvýhodněná nabídka předplatného časopisů Mladé fronty.



Uplatněte vystřižený slevový kupón na nákup knih na stánku L301

Slevový kupón
na 100 Kč

ZDRAVOTNICKÉ
NOVINY

Kupón lze uplatnit pouze při nákupu nad 300 Kč na stánku L301. Platnost kupónu je 16.-19. 5. 2013. Na každý nákup lze uplatnit pouze jeden kupón. Slevový kupón nelze uplatnit na knihy zařazené v akční nabídce.

Ve Švýcarsku jen jedna pojišťovna?

Část občanů a některé politické strany ve Švýcarsku (především sociální demokracie a zelení) se už několik let pokoušejí prosadit vznik jedné veřejnoprávní pojišťovny podle britského vzoru Národní zdravotní služby. Ze systému solidárního zdravotního a nemocenského pojištění by se tak vyloučily komerční aktivity soukromých pojišťoven.

Ty dnes totiž mohou provozovat pod jednou střechou jak veřejné, tak komerční pojištění. Sociální demokracie trpělivě sbírá podpisy občanů, kteří v rámci tzv. lidové

iniciativy mohou vládu a parlament přinutit projednávat návrh nového zákona (na úrovni státu se musí nasbírat nejméně 100 tisíc podpisů, což se podaří-

lo loni). Ačkoli sociální demokracie svůj záměr podpořila expertní studií, která údajně prokazuje, že ve veřejném pojištění konkurence mnoha pojišťoven různé majetkoprávní formy škodí a že jejich redukce na jednu pojišťovnu (s pobočkami v kantonech) by systém zlevnila, vláda tuto myšlenku vytrvale odmítá.

Rozdělení aktivit pojišťoven

Zajímavé je, že v současnosti vykonává funkci ministra zdravotnictví právě sociální demokrat Alain Berset. Ten buď své spolustraníky „zradil“, nebo očekával, že se mu kolegy ve vládě nepodaří přesvědčit – připravil totiž pro parlament jako protinávrh vůči lidové iniciativě vlastní představu o změnách. Podle ní by sice zůstal zachován stávající počet veřejnoprávních i soukromoprávních pojišťoven, ale došlo by

ke striktnímu oddělení veřejného pojištění od komerčních aktivit. Pojišťovny by musely doplňkové soukromé připojištění obyvatelstva i další byznysové činnosti řešit pod „druhou střechou“, tzn. vytvořit další svou instituci (jako vedlejší efekt se očekává redukce počtu pojišťoven se zájmem i nadále provozovat veřejné pojištění za nových podmínek). Alternativní návrh zákona, se kterým je sociální demokracie ochotná se smířit, pokud by neprošel vznik jediné pojišťovny, se ovšem nelíbí svazu stávajících pojišťoven, který pochybuje, že by to přineslo úspory. Naopak by podle něho hrozilo další zdražení kvůli zakládání společností pro oddělený provoz veřejného a soukromého pojištění.

Hledání maximální shody

Lékařská komora zastává rozporuplné názory – zčásti přiznává,

že stávající konkurence mezi pojišťovnami netlumí rostoucí náklady na zdravotnictví či vyšší sazby pojistného, ale idea existence pouze jediné pojišťovny jí také nevyhovuje.

Kolem iniciativy „jedna pojišťovna“ a ministerského protinávrhu nyní panuje značná nervozita. Ač různí aktéři mají rozdílné postoje (například svaz pojišťoven argumentuje, že do jedné veřejnoprávní instituce je těžké zahrnout nejchudší i nejbohatší obyvatelstvo), všichni se shodují, že sazby pojistného téměř každoročně rostou tak výrazně, že to přestává být únosné (vláda a kantony musí významně dotovat platby pojistného i spoluúčast chudším rodinám).

Ministr Berset smířlivě uvádí, že reformy se prosadí jediné tehdy, když s nimi budou všichni zúčastnění maximálně souhlasit. Chce proto se všemi trpělivě diskutovat, a to nejen o síti pojišťoven, ale i o dalších opatřeních pro celkové snížení nákladů na zdravotnictví.

Vladimíra Boškova



Ilustrační foto: Shutterstock

Lékařky dostávají nižší plat

V USA se poměrně často zpracovávají studie o příjmech lékařů, v nichž se roční výdělků porovnávají podle pohlaví. Například výzkumníci u univerzit v New Yorku, Pittsburghu a dalších opakovaně prokazují, že lékařky jsou ve mzdové oblasti trvale diskriminovány.

Nehledě na specializaci si lékařky podle studie provedené v Pensylvánii a otištěné v BMJ vydělají o 14 % méně než muži při obdobné pracovní zátěži. Pro ženy to znamená roční příjem nižší zhruba o 63 tisíc dolarů. Některé studie ukázaly, že diskriminace žen začíná už při „startovní“ mzdě, v době začátku ve zvolené profesi. Podle newyorských výzkumníků si v roce 1999 začínající lékařky v průměru vydělaly o 12,5 % méně (151 600 dolarů ročně, muži získali 173 400 dolarů). V roce 2008 se rozdíl v neprospěch lékařek dokonce zvýšil na 17 %.

Diskriminace i u vědkyň

Jedna z posledních studií na toto téma vznikla loni. K věci se vyslovily v podstatě všechny renomované americké univerzity. Diskriminace se prokázala mj. i u lékařek-vědeckých a výzkumných pracovníc. V průmě-

ru byl roční plat mužů vyšší o 12 tisíc dolarů. Autoři studií vždy porovnávají jednotlivé specializace, druhy pracovních pozic, počet pracovních hodin v týdnu, rodinné zázemí (počet dětí, jejich věk), časové úseky věnované práci u pacienta či výuce a výzkumu apod.

Mezi nejlépe placené profese v USA patří kardiolog, lékař urgentní medicíny či onkolog. Mezi nejméně oceňované spadají například všeobecní lékaři nebo geriatři. Některé kardioložky potvrdily, že přes shodnou činnost mají nižší plat než jejich mužští kolegové.

Méně agrese, více starostí o rodinu

K naprosto jednoznačným závěrům však studie nedospěly, spíše poskytují zajímavé úhly pohledu na svět žen a mužů v náročných lékařských profesích. Například

lékařky-výzkumnice uvedly, že muži jsou při vyjednávání o svém platu „agresivnější“, respektive schopní více se prosazovat. Ženy se někdy snáze smíří s nižším platem, ale hledají takové pracovní podmínky, kde svou profesi mohou lépe skloubit s péčí o rodinu. Například až v 82 % případů ženy omezují svůj pracovní výkon kvůli rodině (dovolená, nemoc vlastního dítěte apod.), zatímco muži „brzdí“ svou pracovní činnost kvůli rodině jen v 19 % případů. Některé autoři studií zdůrazňují, že ženy přeci jen méně zastávají vedoucí pozice na fakultách či v nemocnicích a častěji omezují počet svých pracovních hodin v týdnu nebo berou místa s nižší zátěží pohotovostních služeb. Nicméně panuje shoda, že rozdíl pohlaví by neměl diskriminovat, už jen proto, že v USA zhruba polovinu všech studentů medicíny tvoří ženy.

(vla)

Rozdílná zátěž lékařů

Na opakovaná upozornění vídeňské lékařské komory, že se v hlavním rakouském městě projevuje nedostatek smluvních lékařů, se rozhorleně ozvala vídeňská všeobecná pojišťovna. Pod titulkem „Nedostatek lékařů? Mýtus!“ zveřejnila porovnání výkonnosti smluvních lékařů za rok 2011.

Z této statistiky vyplývá značný rozdíl v pracovním vytížení lékařů v ordinacích i skupinových praxích napříč všemi odbornostmi. Například někteří praktičtí lékaři za rok léčili jen kolem 200 pacientů, zatímco jiní přes 17 tisíc. U očních lékařů činila nejnižší výkonnost kolem 400 případů za rok, nejvyšší se pohybovala kolem 19 tisíc. Některé gynekologové vykazovali za rok pouze 451 případů, jiní 12 300. V urologii se jednalo o 500 případů versus 7 tisíc. V dermatologii činila nejnižší hodnota 1100 případů, nejvyšší 15 tisíc. Ortopedi se pohybovali mezi 1100 a 8 tisíci případy. Rozhodně tedy k optimalizaci pé-

če není zapotřebí doplňovat síť smluvních zařízení o další lékaře, tvrdí vedení všeobecné pojišťovny. Pokud by se síť rozšířila tak, jak požaduje komora, stálo by to svaz pojišťoven ročně stovky milionů eur navíc. Vídeňská pojišťovna také uvádí, že když se před časem schvaloval plán zajištění péče ve Vídni, stávající počet ambulantních smluvních partnerů tehdy podpořil nejen svaz pojišťoven a vídeňský magistrát, ale i samotná lékařská komora. Podle pojišťovny bude vhodnější zaměřit se nad možnostmi lepší organizace poskytování péče bez zvyšování počtu smluvních lékařů. (vla)

Britské sestry jsou zavaleny administrativou

Britské sestry stráví více než šestinu svého pracovního týdne papírováním. Vyplývá to z průzkumu profesní organizace Royal College of Nursing (RCN).

Z průzkumu, v jehož rámci RCN oslovila na 6 tisíc sester, vyplynulo, že 17,3% své pracovní doby zdravotnice stráví byrokratickými úkony, nejčastěji vyplňováním, kopírováním a posíláním nejrůznějších objednávek. Většina oslovených uvedla, že objem papírování neustále narůstá a odvádí je od péče o pacienta.

Britská vláda již anoncovala, že chce byrokracii ve zdravotnictví zmírnit až o třetinu. Ministr zdravotnictví Jeremy Hunt zadal organizaci NHS Confederation, zastřešující členskou zařízení v rámci NHS, provedení příslušného šetření. Jeho výsledky by úřad měl mít k dispozici bě-

hem několika následujících měsíců. „Výsledky průzkumu RCN známe a jsme jimi znepokojeni. Myslím, že je nesmírně důležité, abychom zajistili, že naši zaměstnanci stráví maximum času se svými pacienty,“ komentoval situaci výkonný ředitel NHS Confederation Mike Farrar.

Opozice: Na vině je vláda

RCN, jež průzkum prezentovala na své výroční konferenci koncem dubna, uvedla, že více než čtvrtina sester pracuje v zařízení či na oddělení, které nemá žádného administrativního pracovníka. Veškeré úkoly spojené



Ilustrační foto: Shutterstock

s administrativou tak spadají na střední zdravotnický personál. „Zveřejněné údaje jasně dokazují, že sestry tráví zbytečným papírováním šokující množství své pracovní doby. Ano, určitý díl administrativních úkonů je nezbytný a i nadále se touto činností zabývat budou, ale je třeba si uvědomit, že pacienti chtějí mít sestry po svém boku, nikoli zavalené papíry,“ prohlásil generální tajemník RCN Peter Carter. „Objednávání zásob léčiv či zdravotnických prostředků, nebo dokonce jídla je naprostým plýtváním z hlediska platů a schopností sester. Stačilo by přitom zaměstnat administrativního pracovníka, který by tyto úkony zajišťoval,“ je přesvědčena zástupkyně RCN Janet Daviesová.

(Zdroj: BBC)

(kha)

Velká Británie spouští kampaň proti spalničkám

Velká Británie spustila kampaň, v jejímž rámci se chce zaměřit na děti, které nejsou očkovány MMR vakcínou, a nechat je očkovat. Jedním z impulzů byl i současný masivní výskyt spalniček ve městě Swansea v jižním Walesu, kde úřady evidují na 950 případů.

Kampaň bude zaměřena na 10-14leté anglické školáky, které rodiče především kvůli spekulacím spojícím MMR vakcínu se vznikem autismu nenechali v dětství očkovat, případně které namísto dvou dávek vakcíny dostali pouze jednu. Právě tato věková skupina je nyní z hlediska nákazy spalničkami nejohroženější. Vláda na program vyčlenila 20 milionů liber.

Budiček pro rodiče

Zatímco k účinné prevenci spalniček ve společnosti je třeba 95% proočkovanost dětí, v současnosti se v některých částech Anglie (především v Londýně a na jihovýchodě) propadla na 70%. Podle údajů agentury britského ministerstva zdravotnictví Public Health England onemocnělo spalničkami za první 3 měsíce letošního roku v Anglii 587 lidí (trojnásobek oproti stejnému období loňského roku), nejvíce právě děti mezi 10 a 14 lety.

S epidemií onemocnění v současné době bojuje jižní Wales, kde je zaznamenáno nejméně 950 případů spalniček, především mezi

tamními školáky. „Současná situace ve Swansea bude doufám jakýmsi budičkem pro všechny rodiče, kteří z nějakého důvodu před pár lety odmítli nechat své dítě očkovat. To, co se děje ve Walesu, se může stát i kdekoli v Anglii,“ uvedl při zahájení kampaně odborník na vakcinaci z ministerstva zdravotnictví prof. David Salisbury.

Aktivně se zapojí i lékaři

Většina britských rodičů, kteří se rozhodli nenechat své dítě očkovat vakcínou MMR, vycházela především ze zfalšovaného výzkumu Andrewa Wakefielda, který MMR v roce 1998 spojil se vznikem autismu. Podle některých statistik v zemi mohou být až 2 miliony neočkovaných školáků. V současné době se důvěra rodičů v očkování opět obnovila a obě dávky nyní dostává až 90% malých dětí (ve 13 měsících a 2,5 letech). Public Health England věří, že pokud tento trend bude i nadále pokračovat, brzy se podaří snížit výskyt spalniček ve Velké Británii na úroveň před rokem 2001.

„Máme kvůli nárůstu případů spalniček obavy. Žije tu spousta dětí, jež nebyly jako batolata očkovány a které chodí nyní do školy, kde mohou nemoc velmi snadno rozšířit. Navíc nemají možnost být očkováni v rámci rutinní vak-

cinace,“ říká Mary Ramsayová z Public Health England.

V rámci nově spuštěné kampaně budou rodiče, kteří nenechali své potomky ve zmíněné věkové skupině očkovat, vyzváni, aby tak učinili, lékaři pak ve svých

záznamech budou vyhledávat údaje o neočkovaných dětech. Podobný program spustily britské úřady již v roce 2008, nepřínesl však takový úspěch, jak doufaly. Podle profesora Salisburyského je ovšem letošní kampaň lépe koordinovaná a více se soustředí na aktivní vyhledávání neočkovaných dětí.

(Zdroj: Guardian)

(kha)

USA: Některé nemocnice deportují nelegální imigranty

Ve snaze ušetřit výdaje za léčbu nechávají některé americké nemocnice deportovat pacienty, kteří jsou v zemi nelegálně.

Vyplývá to ze zprávy Centra pro sociální spravedlnost při Seton Hall University a právnické organizace New York Lawyers for the Public Interest. Dokument odhaluje, že v posledních 6 letech nejrůznější organizace zabývající se imigrací a lidskými právy zaznamenaly více než 800 případů tzv. lékařské repatriace nebo pokusů o ni. Termín lékařská repatriace je ve Spojených státech amerických užíván právě v situacích, kdy nemocnice nechá deportovat nemocného či zraněného ilegálního imigranta do zdravotnického zařízení v jeho vlasti,

a to bez pacientova souhlasu. Podle platných předpisů jsou totiž nemocnice povinné vyšetřit každého člověka a poskytnout mu nutnou péči bez ohledu na jeho imigrační status či zdravotní pojištění. V okamžiku, kdy je pacient stabilizován, však zdravotnické zařízení může další péči teoreticky odmítnout.

Transport levnější než péče

Nemocnice nechávají nelegální imigranty deportovat navzdory skutečnosti, že touto pravomocí disponuje pouze příslušný úřad.

Zpráva Centra pro sociální spravedlnost při Seton Hall University uvádí, že k repatriacím nejčastěji dochází, jsou-li pacienti-imigranti v bezvědomí. Nemocnice k nim přistupují jednoduše proto, že cena za transport pacienta je nižší než za předpokládanou nákladnou péči. Americká asociace nemocnic (AHA) podle vyjádření svých představitelů situaci zatím nemonitoruje, Americká lékařská asociace (ASA) vyjádřila znepokojení nad závěry předloženými ve zprávě a vyzvala k lepší péči o přistěhovalce.

(Zdroj: Medical News Today)

(kha)

ZE ZAHRANIČÍ

MSF žádá snížení cen nových očkovacích látek

Mezinárodní humanitární organizace Lékaři bez hranic u příležitosti prvního Globálního summitu o očkování vyzvala alianci GAVI, aby vyjednané slevy vakcín rozšířila i pro nevládní poskytovatele humanitární pomoci a tím zpřístupnila očkování většímu počtu dětí.

„Je nutné urychleně zasáhnout proti zvyšování cen očkovacích látek pro děti. Za posledních 10 let jejich cena stoupla o 2700 procent.“ varuje ředitel kampaně ACCESS lékařů bez hranic (Médecins sans frontières, MSF) dr. Manica Balasegaram. „Země, v nichž působíme, brzy ztratí podporu dárců přispívajících na očkování. Pak si tyto státy budou muset vybrat, proti které smrtelné nemoci budou děti očkovat.“

Lékaři bez hranic upozorňují, že zatímco v roce 2001 stálo očkování proti 6 nemocem pro jedno dítě 1,3 dolaru, dnes, kdy je do očkování zahrnuto 11 chorob, vakcinace jednoho dítěte přijde na 38,8 dolaru. Nárůst ceny způsobily především dvě očkovací látky – rotavirová a pneumokoková vakcína, jež tvoří 75 % zmíněné částky.

Ceny blíže výrobním

Vyjednávání mezi farmaceutickými společnostmi a globální aliancí pro očkování GAVI zatím ke snížení cen vakcín, které by umožnilo očkovat více dětí, nevedlo. Podle MSF je příčinou především nedostatečná transparentnost výrobních cen očkovacích látek a snaha farmaceutických společností kumulovat zisk. Alianci se sice nedávno podařilo dohodnout snížení ceny pentavakcí, nyní by však dle vyjádření MSF měla upřednostnit naléhavá jednání o dvou nových, příliš nákladných vakcínách, farmaceutické firmy by pak měly přistupovat k jednacímu stolu s lepšími nabídkami.

„Pokud se budeme odrazet od předražených cen, běžných v bohatých zemích, bude i oprotcentní sleva pro rozvojové země v dlou-

hodobém horizontu nepřijatelná,“ říká poradkyně pro očkovací politiku kampaně ACCESS Kate Elderová. „Cílem je očkovat za prostředky daňových poplatníků co nejvíce dětí. Proto je nutné, aby se ceny očkovacích látek co nejvíce přiblížily výrobním cenám. GAVI se musí výrazněji zasadit o vstup výrobců s nižšími cenami na trh. Ti podpoří konkurenční prostředí a pomohou tak ke snížení cen očkovacích látek. To je mimořádně důležité hlavně v případě dvou nových vakcín, které jsou nesmyslně drahé,“ zdůrazňuje.

Vyjednané slevy i pro humanitární organizace

Lékaři bez hranic také upozorňují, že v současnosti humanitární a nevládní organizace nemají možnost využívat snížených

cen vyjednaných GAVI. MSF přitom často očkují zranitelné skupiny, například děti uprchlíků, děti nakažené virem HIV nebo starší děti, které z nejrůznějších důvodů proklouzly očkovacími programy.

Organizace však nemůže systematicky využívat snížených cen vyjednaných GAVI. Ačkoli se jí podařilo se společnostmi Pfizer a GSK vyjednat přístup k pneumokokové vakcíně, dary poskytované MSF těmito firmami nepředstavují z dlouhodobého hlediska udržitelné řešení.

„Žádáme GAVI, aby rozšířila vyjednané ceny očkovacích látek i na poskytovatele humanitární pomoci, kteří mají v terénu často mnohem lepší pozici pro očkování populací v kritické situaci,“ doplňuje Manica Balasegaram.

(Zdroj: Lékaři bez hranic)

(kha)



Demokratická republika Kongo. | Foto: Alan González/MSF

Irsko spekuluje o chystané potratové legislativě

Irský ministr zdravotnictví James Reilly připravuje novou legislativu, jež definuje podmínky, za kterých žena bude moci podstoupit interrupci.

Před nedávnem se v tamních médiích objevily spekulace, že nový zákon obsahuje i pasáž, jež těhotným ženám, které mají sebevražedné sklony, nařizuje podstoupit před případným potratem vyšetření u šesti různých lékařů, z toho čtyř psychiatrů. James Reilly to však popřel.

Jsmo ve fázi příprav

Právo podstoupit interrupci v případě sebevražedných sklonů zaručuje Irkům rozhodnutí nejvyššího soudu z roku 1994 (tehdy, v případě označeném jako X, soud rozhodl o 14leté dívce, jež otěhotněla po znásilnění a hrozil u ní pokus o sebevraždu).

Zprávu o údajně připravované podmínce o návštěvě šesti specialistů dokonce převzala státní televize a některé velké deníky. Ministr zdravotnictví ji okamžitě dementoval. „Myslím, že někteří lidé nabyli zcela mylného

dojmu. Zákon se sice stále nachází v procesu přípravy, ale já chci předejít případným dalším spekulacím. Nikdy jsme neměli v úmyslu podrobit ženu se sklony k sebevraždě vyšetření šesti lékařů,“ ubezpečil James Reilly a požádal veřejnost o dostatek času na dokončení legislativy.

Snaha o srozumitelnost

Současná platná legislativa zakazuje provedení interrupce s výjimkou situací, kdy je ohrožen život (nikoli však zdraví) ženy. Vágní formulace v zákoně ovšem často vede k nejistotě lékařů, zda potrat skutečně mohou provést, aniž by se dopustili trestného činu. I to je jeden z důvodů přípravy nové legislativy.

Tím druhým je pak loňský případ 31leté Savity Halappanavarové, jež v říjnu zemřela v nemocnici poté, co jí lékaři odmítli přerušit těhotenství. Do zdravotnické-

ho zařízení byla žena přijata ve vážném stavu. Vyšetření potvrdilo, že se plod nevyvíjí a nepřežije. Kvůli zdravotním potížím Savita Halappanavarová neúspěšně žádala o interrupci. O několik dní později plod v těle matky skutečně zemřel, ani ženu se již ovšem zachránit nepodařilo. Nedávno zveřejněné výsledky vyšetřování její smrti ukázaly, že podlehl potratu, rozsáhlé sepsi a E. coli zjištěné v její krvi. Odborníci se shodli, že pokud by lékaři Savitě interrupci provedli, s největší pravděpodobností by přežila.

„To, o co nyní usilujeme, je vytvořit zcela srozumitelný a jasný zákon, aby ženy žijící v této zemi věděly, na jaké služby mají nárok, ale také aby zdravotnickému personálu bylo jasné, co je a není legální,“ uzavřel irský ministr zdravotnictví.

(Zdroj: BBC)

(kha)



Jižní Súdán. | Foto: Corinne Baker/MSF

Pacienti, pozor na Řecko

Rakouská lékařská komora varuje občany před návštěvou Řecka, ale též Kypru, Portugalska a Španělska.

„Pokud byste v těchto zemích potřebovali zdravotní péči, rozhodně nepočítejte se standardem, na jaký jste zvyklí tady doma.“

Varování komory před zeměmi nacházejícími se ve velké ekonomické krizi doprovází citace zástupce řeckých lékařů Niklase Kanakise. Ten potvrdil, že finanční problémy zasahují i zdravotnictví. Projevují se zejména v nemocnicích a státních zdravotnických zařízeních nedostatkem lékařů a silným tlakem

na úspory, takže je například redukován počet potřebných vyšetření, chybějí některé léky, šetří se zdravotnickým materiálem. Nedostupným se stává i očkování.

Turisté ze zahraničí by v případě zdravotních problémů byli ve vyšší míře odkázáni na soukromá zdravotnická zařízení s nutností platit za péči z vlastní „kapsy“. Rakouská komora proto doporučuje zajistit si před cestou do zahraničí komerční zdravotní pojištění. (vla)

Snažte se moc neučit

Profesor anatomie David Sedmera působil několik let na Jihokarolinské lékařské univerzitě v americkém Charlestonu. Kromě řady zkušeností s vědou i výukou na tamním oddělení regenerativní medicíny a buněčné biologie si přivezl zpět také svou výzkumnou problematiku – optické mapování.

Do zahraničí jsem odešel pracovat v 90. letech. Tehdy se všude snižovaly stavy, kvalitních pozic nebylo moc na výběr, a pokud ano, tak s platem, za který tehdy bylo obtížné vyžít. Hlavním důvodem k odchodu pak byla nabídka profesora Tomáše Pexiedera z Lausanne, kde jsem trávil roční studijní pobyt mezi 5. a 6. ročníkem medicíny. Dohodli jsme se, že u něj poté budu pokračovat v postgraduálním studiu. Během 6. ročníku mého studia bohužel pan profesor náhle zemřel, jeho následovníci však v obdobné výzkumné linii pokračovali, takže jsem mírně změnil téma své práce a v roce 1998 jsem v Lausanne Ph.D. studia dokončil. V momentě, kdy pan profesor zemřel, mi navíc američtí kolegové, se kterými jsem tehdy ve Švýcarsku spolupracoval, nabídli místo v USA.

Od anatomie k buněčné biologii

Působil jsem v Charlestonu, což je město svou velikostí (200 tisíc obyvatel) srovnatelné s Lausanne. Zdejší Medical University of South Carolina (www.musc.edu) má několik fakult – lékařskou, stomatologickou, farmaceutickou a fakultu pomáhajících zdravotnických profesí. Dohromady tvoří zajímavý celek, který v českém vzdělávacím systému nemá obdobu. Mé domovské oddělení se původně nazývalo Department of Anatomy. Bylo srovnatelné s mým



V Praze na jaře roku 2000 – zleva můj šéf prof. Bobby Thompson, uprostřed nedávno zesnulý nestor oboru dr. Zdeněk Rychter (dlouhá léta bádající na Anatomickém ústavu, byl pro nás velkou inspirací).

Foto: archiv prof. Davida Sedmery

současným pracovištěm (Anatomický ústav 1. LF UK v Praze). Tamní nový přednosta jej modernizoval tím, že jej přejmenoval na Department of Cell Biology and Anatomy (oddělení buněčné biologie a anatomie) a poté na Department of Regenerative Medicine and Cell Biology (oddělení regenerativní medicíny a buněčné biologie), kdy anatomii sice z názvu vypustili úplně, ale učít ji zde musí stále. Vedení vzhledem k novému směru pracoviště najalo primárně vědce – biochemiky a buněčné biology. Když jim řeknete, že by měli vyučovat budoucí lékaře anatomii, moc se jim do toho

samozejmě nechce. Proto mě po dvou letech povýšili z postdoktoranda na asistenta profesora (na úrovni našeho docenta), jelikož zjistili, že staří anatomové odcházejí do důchodu a anatomii nemá kdo vyučovat. Dohodli jsme se, že budu pokračovat v bádání, ale zároveň také budu učit. Výuka zdaleka nezabírala tolik času jako tady v Česku, protože šlo o jednosemestrální, tudíž daleko intenzivnější kurz, který probíhal jen 4 měsíce v roce. Zbýlých 8 měsíců, tedy podstatně delší dobu, jsem se mohl naplno věnovat vědě. To ostatně radím všem mladým absolventům: Když chcete postupovat ve „firemním žebříčku“ univerzity, snažte se moc neučit. Pedagogická činnost je dobrá, když vás baví, ale čím více povinností k tomu člověk přibere, tím více jej odvádějí od výzkumu. Pak je těžké udržet se v oboru, pokud soutěžíte s lidmi, kteří takové povinnosti nemají. Anatomie je v tomto ohledu asi nejdřívější, protože má ze základních oborů nejvíce výuky.

Optické mapování, které předtím nikdo neprovedl

V Charlestonu jsem nastoupil jako doktorand na místo, které bylo po čtyři roky 100% hrazeno z grantu, a věnoval jsem se studiu vývoje srdce. Bylo to v podsta-

tě pokračování a rozšíření mých příprav na disertační práci. Studoval jsem, jak se během jeho vývoje v srdci množí buňky. Způsob, jakým se množí, totiž ovlivňuje růst srdce, má vliv na jeho výkonnost, možnost jeho zvětšení nebo naopak hypoplazii.

Po 2 letech jsem byl pověřen zavedením nové metody optického mapování pomocí kamery. Není to koncepčně úplně nová metoda, začala se vyvíjet již v 80. letech minulého století. Jenže tehdy si na to člověk musel zařízení postavit víceméně sám, potřeboval tým inženýrů, kteří připravili optickou část, pak tým počítačových odborníků, kteří byli schopni objemy dat v reálném čase dostat do počítače, a takové datové toky tehdy počítače příliš nezvládaly. Snímací kamera je totiž schopná snímat rychlostí tisíce obrázků za vteřinu a je velice citlivá i na nízké intenzity. Jejím prostřednictvím a pomocí speciálních barviv nyní můžeme pod mikroskopem sledovat tok elektřiny v srdci na značně malých srdcích. U velkého srdce není mikroskop potřeba, tam stačí napíchat elektrody. Ale srdce veliké jeden milimetr to neumozňuje.

Optickou metodou jsem zmapovali tok elektřiny v embryonálních srdcích kuřat, myší, žab a ryb. To před námi ještě nikdo

neudělal. Díky zavedení metody jsme tak najednou mohli udělat řadu věcí, o kterých jsme do té doby jen metodicky přemýšleli, ale jejich provedení nebylo prakticky možné. Vznikla velká série publikací, kterou jsem zde potom využil pro habilitaci.

Tučná i hubenější léta ve financování vědy

Financování výzkumu v Americe je určitě lepší než v Česku. Záleží však i na situaci, v jaké tam člověk zrovna pobývá. Byl jsem v USA v době, kdy vládl prezident Bill Clinton. To bylo období relativního míru, prebytkového rozpočtu a tehdejší snahou bylo zdvojnásobit během 5 let rozpočet hlavní grantové organizace National Institutes of Health. Představte si, že by nějaká česká vláda deklarovala: „Během 5 let postupně dvojnásobíme rozpočet Grantové agentury ČR.“ To bychom tu slavili každý den. Takže tehdy financování grantů fungovalo skvěle. Éra rozpočtového přebytku však v roce 2000 skončila. Přišel prezident Bush, poté krach na burze a pak 11. září 2001. Už před tím ale začal být trochu problém se státním rozpočtem.

Zajímavé bylo, že jsme byli financováni ze dvou hlavních zdrojů. Státní financování (jako institucionální finance u nás) dostávala univerzita od státu za to, že učí a bádá. Vedle toho samozřejmě byly granty. Tedy *soft & hard money*. Měkkých peněz přibývalo, ovšem zároveň ubývalo těch tvrdých. Stát Jižní Karolína má ve své ústavě to samé co Švýcaři – povinnost vést vyrovnaný rozpočet, vláda se tedy nesmí zadlužit. Kontrolují to dvakrát ročně a v momentě, kdy zjistí, že rozpočet je nevyrovnaný, jej dorovnájí. Vyrovnaní se neděje zvýšením daní, protože to by jim musel odsouhlasit parlament, což chvíli trvá. Místo toho udělají takzvaný *across the board cut*. Za účelem úspory sníží roční rozpočet o 10 %, což se děje celkem často.

Objemy prostředků na výzkum byly velké, ale oproti českému prostředí bylo daleko těžší je získat. Když jsem psal svůj první grant, musel jsem se dostat do prvních 30 % schválených, abych prostředky vůbec získal. Teď se situace v grantové politice v obou zemích podobá stále více – v Česku získává grant prvních 15 %, ve Spojených státech amerických prvních 12 %.

Slasti i strasti studia

Je velice ošidné srovnávat tamní a naše studenty medicíny, protože v Americe přicházejí na



V roce 2003 před posterem na chodbě Oddělení buněčné biologie a anatomie v Charlestonu s kolegyněmi z laboratoře Deannou Mustinovou a Angelou De Almeida. | Foto: archiv prof. Davida Sedmery

ZAHRANIČNÍ ZKUŠENOST / AKTUALITY



Leden 2000, Lafayette, Indiana – setkání po letech se spolužáky z fakulty, zleva dr. Pavel Hradecký, dr. Michal Mrug, dr. David Sedmera.

Foto: archiv prof. Davida Sedmery

medicínu o 4 roky starší, s bakalářským nebo už i magisterským titulem, jelikož všichni absolvují college. Jsou tedy díky této zkušenosti mnohem lépe organizovaní, umí se učit, vědí, co chtějí. Také vědí, že skončí s velkým dluhem, takže nemají moc času na to, aby popíjeli a hýřili, spíš hodně brigádníci. Program

je mnohem kompaktnější, protože trvá jen 4 roky, a studenti mají podstatně více výuky, včetně praktických cvičení. S tím souvisí mnohem nižší „odpadovost“, než jaká je u nás.

V jiné situaci jsou také postgraduální studenti a podpora jejich výzkumu. Dostat se do Ph.D. programu nebylo tak úplně jed-

noduché, na rozdíl od našeho prostředí, kde bereme v podstatě každého, kdo se přihlásí a má absolvováno magisterské studium. V Charlestonu byl rozhodně značný převis poptávky a samozřejmě šlo také o peníze, protože tam je Ph.D. vlastně zaměstnáním. Z kandidátů se tak dalo trochu vybírat. První dva roky (první rok probíhaly strukturované kurzy, aby se doktorand naučil metody budoucího školitele) byl student placen státem. Poté, co si vybral školitele, jeho plat pokrýval školitel z grantových prostředků.

U nás má student stipendium, které v současnosti činí asi 7000 Kč měsíčně a po dobu 4 let jej platí škola, jde tedy ze státních peněz. Zkuste z toho v Praze vyžít, nejde to. Takže se kreativně snažíme studentům přilepšit. Vybírám lidi, kteří jsou schopní a ochotní učit anatomii, získají tak částečný úvazek, což je pak ale samozřejmě trochu zdržuje ve vědecké práci. Snažím se to udržet v rozumné míře, ovšem ne vždy se mi to daří.

Po návratu

Američtí kolegové se mému návratu zpátky do Česka trochu divili, ale vysvětloval jsem jim, že až takový rozdíl to zase není. Všechny přístroje potřebné pro svůj výzkum mám totiž v Praze taky. Jen je nemám na jednom patře jako v Charlestonu, ale pendluji mezi Akademii věd v Krči a Anatomickým ústavem, kde mám svou pracovní v laboratoři pro molekulární embryologii u profesora Miloše Crima. Vyžaduje to trochu víc organizace, ale není problém přístroje sdílet.

Vlastně jsem si přivezl svoji vlastní výzkumnou problematiku. Část prostředků jsem získal z vědeckého záměru 1. lékařské fakulty UK od ministerstva školství, díky němuž jsme zakoupili ještě lepší kameru, než jakou jsem měl do té doby k dispozici. Na Akademii věd jsem dostal svoji výzkumnou skupinu. A protože jsem si téma připravoval několik let, získal jsem pětileté Purkyňovo stipendium, což je program Akademie věd ČR pro vědce, kteří

se vrací ze zahraničí s vlastním výzkumným záměrem.

Speciálně ve vědě je zahraniční výměna informací důležitá. Za posledních 7 let, co jsem zpátky, přijelo do Prahy za problematikou optického mapování pět zahraničních vědců, kteří si metodu osvojovali a odvedli zde část práce pro svou doktorskou disertaci. Letos z takové spolupráce vznikly již dvě společné publikace.

Po 7 letech doma ovšem zároveň pozorují stagnaci ve svém myšlení. Pokud jedu na nějakou zahraniční konferenci do místa, kde žije někdo z mých bývalých kolegů, snažím se pár dní pobýt v jeho laboratoři, abych načerpal novou energii.

Uvažuji i o dalším, spíše střednědobém zahraničním pobytu, v řádu měsíců. Zvažuji například Japonsko, což je kolébka optického mapování. Pokud bych mohl, směřoval bych tam raději do nějakého firemního prostředí – to by byla opravdu změna a nová zkušenost.

zapsala Petra Klusáková

Další unikátní kardiologický zákrok na Homolce

Kardiologové Nemocnice Na Homolce provedli jako první na světě operaci dvojčipé srdeční chlopně katetrizační technikou, jež současně přináší novou možnost léčby srdečního selhání.

Jak uvedl primář kardiologického oddělení Nemocnice Na Homolce prof. MUDr. Petr Neužil, CSc., nová metoda představuje naději pro pacienty, u nichž jiné způsoby léčby nezaznamenaly žádný úspěch.

haly a bránily tak zpětnému toku krve. Zákrok se provádí v celkové anestezii a trvá průměrně 5 hodin. Pokud nedojde ke komplikacím, délka hospitalizace se pohybuje mezi 5 a 7 dny.

Metoda je v současné době ověřována v rámci mezinárodní studie, její uvedení do běžné praxe je otázkou několika měsíců.

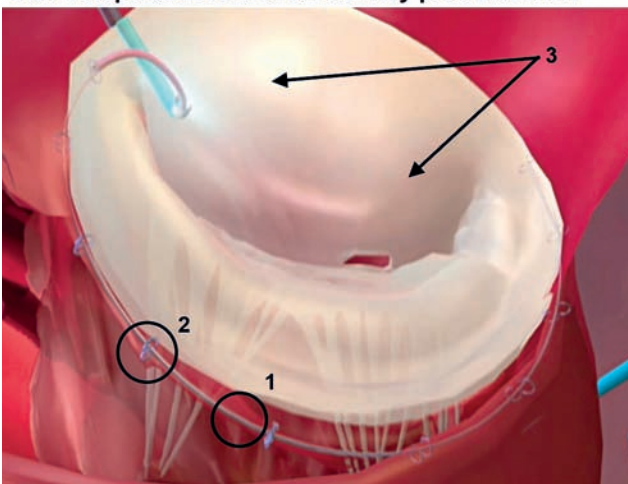
(Zdroj: Nemocnice Na Homolce) (kha)

Těsnější přiléhání chlopní

Během zákroku je katetrizačně opraveno nefunkční ústí dvojčipé chlopně tak, aby se zabránilo nežádoucímu zpětnému proudění krve. Metoda umožňuje zároveň modelovat nezdravě rozšířenou levou srdeční komoru a zlepšit tak její tvar. Tím se posílí její schopnost se stahovat.

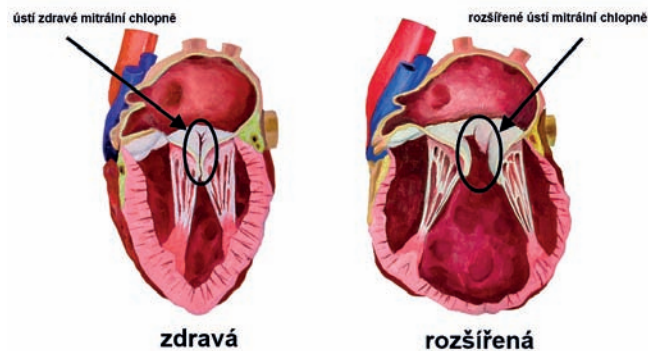
Operaci, díky níž se nemocní vyhnou zatěžujícímu otevřenému chirurgickému zákroku, již Na Homolce úspěšně podstoupili 4 pacienti. Její podstata spočívá v umístění kovových klipů po celém kruhovém obvodu svaloviny vstupní části levé srdeční komory, jimiž je provlečen silonový vodič. Jeho stažením dojde ke změně tvaru komory tak, aby na sebe čipy chlopní co nejtěsněji nalé-

Stav vstupu do levé srdeční komory před stažením



1 - silonový vodič
2 - kovový klip
3 - vstup do levé srdeční komory

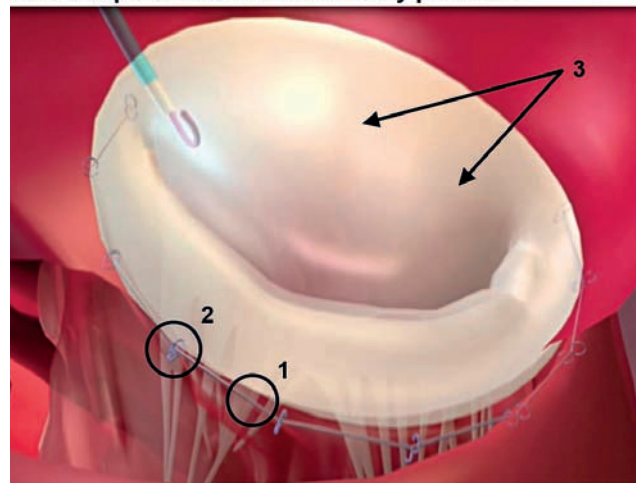
Levá srdeční komora



zdravá

rozšířená

Stav vstupu do levé srdeční komory po stažení



1 - silonový vodič
2 - kovový klip
3 - vstup do levé srdeční komory

Anesteziologové v Novém Jičíně začali intubovat pacienty bezpečnější metodou

Novým, bezpečnějším způsobem začali intubovat pacienty během operací anesteziologové Nemocnice Nový Jičín. Díky nové speciální kanyli s integrovaným kamerovým systémem lékaři dokáží zavést trubicu do průdušnice pacienta mnohem jednodušeji.

Kromě toho mohou díky kamerovému systému okamžitě zareagovat v případě vzniku jakýchkoli komplikací, což zvyšuje bezpečnost zákroku.

Lékaři Nemocnice Nový Jičín použili speciální kanylu při intubaci jako první v zemi. Endotracheální kanyla VivaSight s integrovaným kamerovým systémem přenáší během intubace pacienta obraz v reálném čase na externí monitor. „Metoda tak umožňuje úplnou vizualizaci dýchacích cest, napomáhá k okamžité detekci komplikací a má unikátní hydrofobní a lipofobní potah, který umožňuje lepší vidění i přes zamřžování nebo přítomnost sekretu,“ vysvětluje primář ARO novojičínské nemocnice MUDr. Petr Uhlík.

Takzvaná endotracheální intubace zajišťuje průchodnost dýchacích cest a spočívá v zavedení trubice z umělé hmoty (endotracheální kanyly) přes hrtan do průdušnice buď dutinou ústní, nebo nosem. Anesteziologové intubují pacienty nejčastěji při dvoudutinových chirurgických výkonech, resekcí plic, chirurgických operacích nebo jiných dlouhotrvajících zákrocích.

Výhodné zdravotně i ekonomicky

Se zaváděním endotracheální kanyly do dýchacích cest jsou spojeny mnohá rizika. Kromě běžných rizik spojených s chirurgickými operacemi, jako je krvácení nebo infekce při intubacích, může v důsledku punkce nebo per-

forace dojít k poškození hrtanu, hlasivek, štítné žlázy nebo průdušnice. „Jako prevence poškození dýchacích cest při intubaci se v současnosti používá bronchoskop, který je často velmi nákladnou metodou. Práce s endotracheální kanylou VivaSight je tedy alternativou a potřebu použití bronchoskopu během intubace snižuje, čímž nemocnici šetří náklady,“ vysvětluje primář ARO. Nová metoda je tak podle jeho slov výhodná nejen pro pacienty a lékaře, ale v konečném důsledku také pro samotnou nemocnici, respektive plátce péče.

„Použití endotracheální kanyly umožňuje okamžitou reakci na možné komplikace, což zvyšuje bezpečnost zákroku. Díky kamerovému systému je pro lé-



Foto: archiv Nemocnice Nový Jičín

kaře zavedení kanyly jednodušší, přesnější a především pod neustálou optickou kontrolou správného umístění díky propojení s obrazovkou,“ dodává primář Uhlík.

Nemocnice Nový Jičín je součástí skupiny Agel, která je největším soukromým poskytovatelem zdravotní péče ve střední Evropě.

V současné chvíli provozuje v Česku a na Slovensku 15 nemocnic a několik dalších zdravotnických zařízení, včetně laboratoří a lékáren. Ročně je v nemocnicích společnosti Agel ošetřeno přes 2,6 milionu pacientů, firma zaměstnává víc než 9200 lidí.

(Zdroj: Agel)

(akt)

Počet obézních se výrazně nemění

Agentura STEM/MARK zpracovala v rámci projektu Všeobecné zdravotní pojišťovny „Žij zdravě“ průzkum zaměřený na obezitu a přidružená onemocnění v České republice.

Průzkumu, který proběhl v lednu letošního roku, se zúčastnilo 2058 respondentů z celé České republiky. Z jeho výsledků vyplynulo, že ačkoli počet lidí trpících nadváhou a obezitou zůstává na přibližně stejné úrovni, narůstá počet mladých žen (ve věkové skupině 18–19 let) majících podváhu.

Nadváha vs. podváha

Od roku 2008 se počet obézních obyvatel v Česku výrazně neměnil. „Bohužel tento stav není v žádném případě uspokojivý, protože více než 56 procent dospělé populace má nadměrnou hmotnost,“ varuje přednosta 3. interní kliniky – kliniky endokrinologie a metabolismu 1. LF UK a VFN v Praze prof. MUDr. Štěpán Svačina, DrSc., MBA, jenž je odborným garantem projektu „Žij zdravě“.

Z hlediska obezity je nejrizikovějším místem bydliště obec s počtem obyvatel mezi 1 a 2 tisíci, kde se v pásmu nadváhy a obezity pohybuje 67% lidí. Oproti roku

2010 navíc došlo ke snížení počtu lidí trávících svůj čas pohybem do 4 dnů v týdnu téměř o 12%, žádné aktivity se pak nevěnuje 60% dotázaných. Sportovců trávících pohybem 5–7 dní v týdnu je okolo 10% (stejně jako v předchozích letech).

Ačkoli jsou muži aktivnější než ženy, častěji nedokáží zachovat optimální poměr mezi příjmem a výdejem energie. Navíc plných 86% mužů nevnímá svoji nadvá-

hu jako problém, u žen je to pouhých 14%.

Poměrně překvapivě výsledky ukázal průzkum v kategorii podváhy (BMI nižší než 18,5 kg/m²) – u žen ve věkové skupině 18–19 let jí trpí více než 20%, ve skupině 20–29 let pak 11% respondentek. Teprve po 30. roce dochází k úbytku žen s podváhou a vstupu nadváhy – rizikové období pak nastává po čtyřicítce.

(Zdroj: STEM/MARK)

(red)

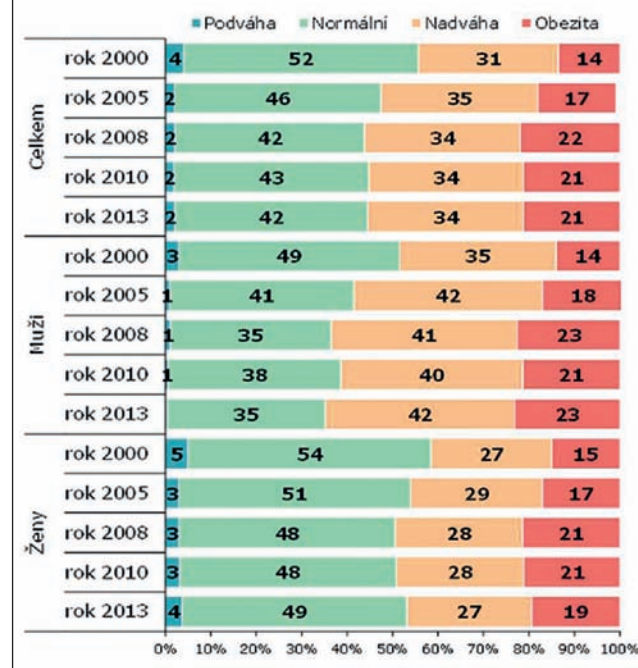
Co rovněž vyplynulo z průzkumu

- 11% kuřáků se bojí přestat kouřit, protože by přibralo.
- 12% mladých lidí ve věku 18–19 let má podváhu.
- 17% obézních mužů zahání stres jídlem.
- 18% obézních ve věku 18–29 let je se svou váhou nespokojeno.
- 22% lidí s podváhou se pokoušelo zhubnout.
- 27% lidí žijících v sídlech s 1000–1999 obyvatel trpí obezitou.
- 28% obézních lidí jí nepravidelně a rychle.
- 30% trpících obezitou nedodržuje pravidelný pitný režim.
- 33% obézních žen zahání stres jídlem.
- 42% obézních trpí častými depresemi.
- 58% lidí trpících obezitou považuje svou kvalitu života za nízkou nebo velmi nízkou.

Obezita dle indexu BMI - Vývoj

ZÁKLAD: Všichni respondenti, n=3053 (2000), n=2096 (2005), n=2058 (2008), n=2065 (2010), n=2058 (2013)

POZNÁMKA: Srovnání v letech 2000, 2005, 2008, 2010 a 2013



ONKOLOGIE

Management léčby karcinomu ledvin

V rámci letošních Brněnských onkologických dnů se pod titulem „Jak na renální karcinom ve spektru současných léčebných možností“ konalo sympozium společnosti Pfizer, kterého se zúčastnili odborníci z Masarykova onkologického ústavu (MOÚ), Thomayerovy nemocnice v Praze a Fakultní nemocnice Plzeň.

Incidence a záchyt

MUDr. Jiří Tomášek z Kliniky komplexní onkologické péče MOÚ hovořil o situaci v systémové léčbě karcinomu ledvin. Roční incidence tohoto onemocnění podle národního onkologického registru činí v současnosti asi 3 tisíce nových pacientů s tím, že čtvrté stadium se vyskytuje u necelých 600 z nich, mortalita přitom zůstává vysoká, ale je nižší než incidence. „Jestliže je nádor zachycen a resekován včas a jde o časná stadium, v některých souborech přežití přesahuje 90 procent. Pokud jde ale o čtvrté stadium s metastázami, ve vysokém procentu dochází k progresi onemocnění a pětiletého přežití se dosahuje pouze u 10 procent pacientů,“ uvedl MUDr. Tomášek.

Co se týče klinického rozhodování v případě pacientů s metastatickým karcinodem ledviny, schéma léčby se podle něj za posledních deset let výrazněji nezměnilo. U pacientů s resekovatelným karcinodem ledviny a resekovatelnými metastázami renálního karcinomu se provádí nefrektomie (pokud již nebyla provedena) a metastazektomie.

Koncept léčby

U pacientů, u nichž se vyskytují četné neresekabilní metastázy, koncept vychází z údajů z doby léčby cytokinů (interferonem) a buď je provedena nefrektomie s následnou cílenou léčbou, nebo je takový pacient nejdříve léčen bez provedení nefrektomie. Na výsledky budeme muset počkat několik let.

Spektrum protinádorových léků nabízí několik cílených léčiv. „Referenčním lékem byl dlouhodobě sunitinib, který se ukázal být účinnější než léčba cytokinů, v současné době máme k dispozici v první linii sunitinib a sorafenib,“ říká o možnostech léčby MUDr. Tomášek a zmiňuje i některé léky, jež v současné praxi ještě nejsou užívány, například tivozanib. „V průvodních studiích, jež se týkaly sunitinibu a pazopanibu, se medián v době progresu pohyboval kolem 11 měsíců; když pak na stejné populaci pacientů proběhly další studie, byla u obou léků tato progresse kratší. Právě ověření účinnosti přinesou spíše data z lékových registrů,“ dodal Jiří Tomášek.



Doc. Tomáš Büchler. | Foto: Martin Ježek

Doporučení a Modrá kniha

Při stanovení pravidel léčby nádorového onemocnění se v České republice postupuje podle Modré knihy, která vychází z doporučení respektovaných onkologických společností, například americké National Cancer Comprehensive Network (NCCN), kde je ve schématu pro první linii doporučen sunitinib, bevacizumab, pazopanib a další léky. „Evropská doporučení se tomu blíží, ale vidíme, že pro první linii pacientů s dobrou a střední prognózou má sunitinib nejvyšší doporučení 1a, bevacizumab s interferonem a pazopanib pak stupeň doporučení 2a. Ve druhé linii je po léčbě cytokinů možností použít sorafenib, sunitinib, pazopanib nebo axitinib. Axitinib však zatím nemá stanovenou úhradu. Everolimus je v současnosti v běžné praxi užíván pro pacienty předléčené anti-VEGF léčbou – sunitinibem nebo sorafenibem. Tuto indikaci má zaregistrovanou i axitinib (u kterého momentálně probíhají úhradová jednání), cytokinů v současné praxi ubývá,“ uvedl MUDr. Tomášek. „Modrá kniha“ podle něj tato doporučení respektuje, a pokud se jimi lékaři řídí, musejí vědět, zda je lék hrazen, aby bylo zajištěno ekonomické krytí.

Ke kritériím při volbě léku patří otázka účinnosti, bezpečnosti, dávkování, dále také jak lék ovlivňuje kvalitu života, jeho dostupnost a ekonomická náročnost. Pokud jde o vedlejší účinky, stejně jako u jiných léků se pro specifickou lékovou skupinu objevují některé nežádoucí účinky a i to je třeba vzít v úvahu. Podle Jiřího Tomáška jsou důležitá rovněž očekávání pacienta. „Jde o prodlou-

žení života a o to, aby léčba byla přijatelně tolerovaná. Její účinky je třeba s pacientem konzultovat, do spektra nežádoucích vedlejších efektů jednotlivých lékových skupin patří hypertenze a toxicita, přičemž onkolog by měl být schopen tyto problémy řešit. Teprve pokud by se je nedařilo korigovat, je třeba svěřit pacienta odborníkům jiných specializací.“ V úvahu je přitom třeba brát i prognostické zařazení pacienta, tedy skutečnost, zda je jeho prognóza dobrá, střední nebo špatná, počet metastáz a výsledky histologie. Z hlediska nemocného pak jeho věk, celkový stav a komorbidity. Cílem léčby je většinou stabilizace onemocnění a celkové prodloužení života, respektive prodloužení života bez progresu. V případě dlouhodobé paliativní léčby není regrese nádorů primárním cílem.

Studie sunitinib vs. pazopanib

V další části příspěvku se MUDr. Tomášek zaměřil na aktuální postup léčby. „Podle ‚Modré knihy‘ máme v letošním roce pro první linii dva léky – sunitinib a pazopanib, při kombinaci bevacizumabu s interferonem je problém s cenou. Rozhodujeme se tedy mezi sunitinibem a pazopanibem,“ uvedl onkolog a citoval výsledky loňské studie, která měla za cíl zjistit non-inferioritu pazopanibu vůči sunitinibu (konkrétně zda není horší o více než 22 %).

Studie byla zaměřena na pacienty s metastatickým renálním karcinodem. Upozornil při tom na skutečnost, že sunitinib má intermitentní režim (byl podáván po 4 týdny s následnou dvoutýdenní pauzou), zatímco pazopanib

byl podáván v kontinuálním režimu. „Hodnocení účinnosti bylo prováděno v 6., 12. a 18. týdnu a přiblížilo se cyklům sunitinibu. Kvalita života pacientů byla hodnocena jindy, tedy každý 28. den,“ vysvětlil způsob hodnocení Jiří Tomášek. Studie podle něj byla dobře vyvážená, pokud jde o prognostická kritéria, rozsah a cíl (přežití bez progresu). Výsledkem bylo konstatování, že oba léky mají podobnou účinnost. Primárním cílem byl medián PFS. Výsledek mediánu PFS ukázal trend ve prospěch sunitinibu – dosahoval 9,5 měsíce, zatímco medián PFS pazopanibu 8,4 měsíce. Rozdíl však nebyl statisticky signifikantní. Medián OS sunitinib vs. pazopanib činil 29,3 vs. 28,4 měsíce.

Studie se také zaměřila na parametry toxicity. „Určité procento pacientů musí léčbu přerušit pro nežádoucí účinky. I v tomto parametru vyšly oba léky přibližně stejně, nežádoucí účinky se v obou případech projevíly u více než 40 procent pacientů, rozdíly byly ve zjištěné toxicitě. Podle očekávání měl vyšší hepatotoxicitu pazopanib, u sunitinibu byl zaznamenán větší výskyt *hand-foot* syndromu, změna chuti k jídlu a větší procento únavnosti. Studie ukázala, že kvalita života sice vychází ve prospěch pazopanibu, ale v tomto případě hrál roli problematický moment – načasování sledování kvality života. To znevýhodňovalo sunitinib. Probíhalo totiž jindy než hodnocení účinnosti, konkrétně každý 28. den cyklu, v okamžiku kulminace nežádoucích účinků, tedy těsně před dvoutýdenní přestávkou. Během přestávky a v prvních dvou týdnech cyklu se pacienti cítí lépe,“ popsal průběh studie MUDr. Tomášek.

Nežádoucí účinky cílené léčby

Sympozium pokračovalo vystoupením přednosty Onkologické kliniky 1. LF UK a Thomayerovy nemocnice v Praze doc. MUDr. Tomáše Büchlera, Ph.D., který hovořil na téma nežádoucích účinků cílené léčby. Ty, s nimiž se lékaři setkávají při léčbě karcinomu ledvin, se liší od nežádoucích vedlejších efektů běžné chemoterapie, nežádoucí je mezi nimi *hand-foot* syndrom, vyrážka a hypertenze.



Prof. Jindřich Fínek. | Foto: Martin Ježek

„K nejčastějším patří kožní toxicita. Její patogenese není zcela objasněná, ale pravděpodobně se na ní podílí obdobné dráhy, které ovlivňují antiangiogenezi. U většiny pacientů kožní toxicita vzniká do 3 měsíců po zahájení léčby, a proto by potenciálně mohla být měřena jako marker účinnosti,“ uvedl docent Büchler, který prezentoval výsledky výzkumu prováděného na souboru pacientů léčených sunitinibem a sorafenibem, kde bylo cílem hodnocení kožní toxicity jako prediktivního faktoru. V rámci přežití bez progresu bylo prokázáno, že pacienti, kteří vykazovali *hand-foot* syndrom nebo závažnou toxicitu, měli výrazně delší přežití při léčbě sunitinibem. Tento nežádoucí účinek však nebyl prediktivním faktorem účinnosti pro sorafenib.

Jedním z nejméně zkoumaných nežádoucích účinků ve vztahu k prognóze je také hypertenze, kde se podle Tomáše Büchlera prokázala korelace s účinkem sorafenibu, sunitinibu i bevacizumabu. „Objevila se i teorie, že pokud se v souvislosti s léčbou karcinomu vyskytne hypertenze, nezvyšuje se riziko kardiovaskulárních a cerebrovaskulárních komplikací. Měla by být nicméně léčena stejně jako každá jiná hypertenze a názor, že hypertenze sama o sobě nádor léčí, je nesprávná,“ dodal docent Büchler.

V závěru svého příspěvku přednášející uvedl, že agresivní terapie nežádoucích účinků při léčbě karcinomu ledviny je velice vhodná, protože jde o skupinu pacientů, kteří budou mít z cílené léčby pravděpodobně největší benefit, a tato terapie může zabránit přerušení cílené léčby.

Studie COMPARZ

MUDr. Ivo Kocák, Ph.D., z Kliniky komplexní onkologické péče MOÚ na sympoziu prezentoval kazuistiku z léčby karcinomu led-



MUDr. Ivo Kocák. | Foto: Martin Ježek

vin s metastázami. „U všech pacientů jsme sledovali odpovědi souběžně v různých metastatických lokalitách. Dogma, že jaterní metastázy odpovídají hůře než například plicní nebo jiné, se nepotvrdilo, naopak u nich byly popsány výrazné regrese,“ uvedl na závěr prezentace Ivo Kocák, podle něhož k zajímavým zjištěním patří i skutečnost, že u onemocnění, které bylo biologicky velmi aktivní, se po biologické léčbě podařilo změnit jeho chování. Pokud jde o výskyt nežádoucích účinků léčby, jsou dle slov MUDr. Kocáka velmi individuální, nelze proto pacientům s určitostí říci, které z nich mohou očekávat.

Symposium uzavřelo vystoupení primáře onkologického a radioterapeutického oddělení FN Plzeň prof. MUDr. Jindřicha Fínka, Ph.D. „Pokud jde o doporučenou prvoliniovou léčbu, studie COMPARZ potvrdila dominantní postavení zlatého standardu sunitinibu v prvoliniové léčbě. Prokázala pouze, že pazopanib není o více než 22 procent horší, může tedy těžko být alternativou sunitinibu. Sunitinib stále obsazuje první místo, za něj se řadí bevacizumab a pazopanib. Ve druhé linii – máme-li ještě pacienty předléčené cytokiny – lze podat sorafenib, jinak se stejnou silou doporučení axitinib,“ uvedl profesor Fínek, podle něhož bude terapeutické schéma, které u nás začne platit v okamžiku, kdy bude axitinib hrazen z veřejného zdravotního pojištění, optimální v této podobě: zahájení léčby sunitinibem, poté axitinib a následně everolimus. „Neměli bychom zapomínat, že terapie světlobuňčného karcinomu ledviny je během na dlouhou trať, a již v okamžiku jejího zahájení bychom měli přemýšlet o druhé a dalších liniích,“ konstatoval na závěr.

David Daniel

VZP uveřejnila náklady na centrové léky

Tab. 1 Náklady na centrová léčiva podle některých diagnostických skupin

Název diagnostické skupiny	Počet pacientů	Celkové náklady	Průměr na pacienta
Autoinflatorní onemocnění	1	1 993 800	1 993 800
Astma	115	31 447 009	273 452
Bechtěrevova choroba	633	174 988 117	276 443
Crohnova choroba	1269	383 912 857	302 532
Ulcerózní kolitida	251	74 214 150	295 674
Duodopa	40	32 070 888	801 772
Endokrinní oftalmopatie	6	212 292	35 382
Fabryho choroba	34	116 462 724	3 425 374
Gaucherova choroba	22	86 075 669	3 912 530
GIST	149	81 505 343	547 016
Hematologie	106	25 021 143	236 049
Juvenilní artritida	115	19 989 259	173 820
KOC-NHL	145	29 820 488	205 659
Metabolické vady	22	128 920 561	5 860 025
Narkolepsie s kataplexií	9	1 509 885	167 765
Hepatocelulární karcinom	97	28 657 271	295 436
Nádory hlavy a krku	37	6 994 633	189 044
Nádory kolorekta	1398	531 544 891	380 218
Nádory ledvin	721	346 391 778	480 432
Nádory ovarií	44	2 954 427	67 146
Nádory plic	648	158 593 501	244 743
Nádory prsu	850	357 692 225	420 814
Oftalmologie	1727	101 289 504	58 651
Osteoporóza	280	22 729 226	81 176
Psoriatická artritida	214	55 510 284	259 394
Niemanova-Pickova choroba	12	36 938 589	3 078 216
CHOPN	7	19 221 531	2 745 933
Psoriáza těžká	566	163 035 614	288 049
Revmatoidní artritida	1 227	305 188 192	248 727
Roztroušená skleróza	4454	979 375 742	219 887
Sarkomy měkké tkáně	16	7 447 776	465 486

(Zdroj: VZP)

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) uveřejnila výši nákladů, jež v loňském roce vynaložila za úhrady léčiv podávaných pacientům ve specializovaných centrech. Celková částka dosáhla 5,615 mld. Kč.

Ve specializovaných odborných centrech se podle údajů VZP v loňském roce léčilo více než 18 tisíc nemocných. Nejvyšší průměrné náklady byly vynaloženy na léky pro pacienty s metabolickými vadami, jež dosáhly přibližně 5,8 milionu korun na jednoho nemocného (viz tab. 1).

„VZP se rozhodla částky zveřejnit z více důvodů. Jednak díky tomu veřejnost získá lepší přehled, jak jsou využity prostředky z veřejného zdravotního pojištění – tedy kam jde část peněz, které odvádí na zdravotní pojištění. Dalším podstatným cílem je, aby si samotná centra mohla porovnat vlastní náklady s republikovým průměrem. Doposud totiž některá z nich utrácí za léky pro obdobné pacienty výrazně více než jiná. Samozřejmě je nezbytné přihlížet ke specifickým podmínkám jednotlivých odborných center a individuálním potřebám jednotlivých pacientů,“ píše se v tiskové zprávě pojišťovny. (akt)

Krátce z farmabyznysu

• Německá farmaceutická společnost **Bayer** odkoupí za přibližně 1,1 miliardy dolarů (asi 21,6 miliardy Kč) americkou firmu **Conceptus** vyrábějící antikoncepci. Dohodu ještě musejí schválit antimonopolní úřady. Bayer nabízí za jednu akcii americké společnosti 31 dolarů. „Díky této akvizici bude Bayer schopen nabídnout kompletní škálu krátkodobých, dlouhodobých a trvalých antikoncepčních přípravků pro ženy,“ uvedla v prohlášení firma. Tržby její divize zaměřené na ženy loni činily 3,15 miliardy eur (přibližně 81 miliard

Kč). Conceptus loni dosáhl hrubého provozního zisku ve výši 28,2 milionu dolarů, tržby činily zhruba 141 milionů.

• Největší kanadská farmaceutická společnost **Valeant Pharmaceuticals** jedná podle deníku The Wall Street Journal o odkoupení jednoho z předních světových výrobců generických léčiv – firmy **Actavis** (původně americká Watson Pharmaceuticals, jež se po loňském převzetí švýcarské společnosti Actavis Group přejmenovala). Zástupci obou firem projednávají

spojení prostřednictvím výměny akcií, proti takovému postupu se však postavili někteří členové správní rady Actavisu. Akcie Actavisu za poslední 3 měsíce vzrostly o 12%. Koncem dubna dosahovala tržní hodnota firmy 12,9 miliard dolarů.

• Švýcarská farmaceutická společnost **Novartis** letos v 1. čtvrtletí dosáhla provozního zisku ve výši 2,9 miliardy dolarů (necelých 58 miliard Kč). To představuje meziroční nárůst o přibližně 6%. Ke zlepšení přispěla vyšší poptávka na rozvíje-

jících se trzích a z části i vliv nových produktů.

Tržby firmy se v 1. čtvrtletí zvýšily o 2% na 14 miliard dolarů (asi 27,2 miliardy Kč). Čistý zisk vzrostl o 4% a vystoupal na 2,4 miliardy.

• Německý koncern **Bayer** zaznamenal v 1. čtvrtletí tohoto roku nárůst čistého zisku o 11,5% na 1,16 miliardy eur (více než 30 miliard korun). Společnosti podle jejich zástupců pomohl především růst prodeje nových léků a vyšší poptávka na rozvíjejících se trzích, které překonaly i slabší prodej v Evropě způsobený

recesí. Příjmy se zvýšily o 2,1% na 10,2 miliardy eur.

• Americká farmaceutická společnost **Johnson & Johnson** oznámila snížení čistého zisku za první 3 měsíce roku 2013 o 11% ve srovnání se stejným obdobím roku loňského. Pokles čistého zisku na 3,5 miliardy dolarů firma přičítá především vyšším nákladům. I tak ale výsledek za 1. čtvrtletí překonal očekávání analytiků. Celkové tržby společnosti stouply o 8,5% na 17,5 miliardy dolarů.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

NEUROLOGIE

Život s Parkinsonem

V České republice nyní žije 14–16 tisíc nemocných Parkinsonovou chorobou a každoročně k nim přibývá 1000–1500 nových pacientů. Výskyt se zvyšuje s věkem a obvykle se manifestuje v páté až šesté dekádě, 10 % pacientů však pocítí první obtíže již před 40. rokem věku. Prevalence je mírně vyšší u mužů.

Parkinsonova nemoc (PN) je chronické progresivní neurodegenerativní onemocnění, jehož podkladem je zánik dopaminergních neuronů *substantia nigra* s následným nedostatkem dopaminu v okruzích bazálních ganglií. Projevuje se parkinsonským syndromem, pro který je charakteristický třes, rigidita, hypokineze a poruchy stolice a chůze.

Důsledky poklesu dopaminu

Etiologie PN dosud není zcela objasněna. V patogenezi se uplatňují jak genetické změny, tak i vlivy zevního prostředí a endotoxiny. Již na začátku 60. let minulého století byl objeven hlavní patogenetický podklad onemocnění, kterým je nedostatek dopaminu ve striatu. Deficit je důsledkem degenerativního zániku neuronů v *pars compacta substantiae nigrae* a klinicky se manifestuje až při 80% poklesu dopaminu na synapsích striata. V mozku dochází i ke změnám dalších neurotransmiterů, ať už jde o noradrenalin, acetylcholin nebo často zmiňovaný serotonin.

PN na začátku postihuje presynaptické části nigrostriatálního komplexu, v pozdních stádiích postsynaptickou část a tam pak dochází i k výkyvům citlivosti receptorů. Na těchto výkyvech, které navíc bývají náhlé a nepředvídatelné, se negativně podílí vliv přerušované stimulace medikací. Vede ke vzniku mimovolních pohybů a výpadkům hybnosti.

Ovlivnitelnější jsou motorické příznaky

Klinický obraz PN je dán motorickými příznaky a non-motorickými projevy. Hlavní motorické příznaky PN zahrnují hypokinezi, tremor, rigiditu a posturální instabilitu s poruchou chůze. Non-motorické projevy zahrnují psychické, senzorycké (především hyposmii), senzitivní, spánkové a autonomní dysfunkce.

U téměř poloviny pacientů se vyskytuje deprese a právě tento symptom nejvíce narušuje kvalitu jejich života. Další poruchou v souvislosti s PN je kognitivní dysfunkce a demence.



Přednosta Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze profesor Evžen Růžička, pacientka Marie Opltová a Jana Večlová z občanského sdružení Parkinson. | Foto: Václav Kříž

Motorické příznaky bývají podmiňené dopaminergně, jsou tedy terapeuticky lépe ovlivnitelné než non-motorické obtíže. Pokročilé stadium onemocnění je spojeno s pozdními hybnými komplikacemi. Jedná se o příznaky, které souvisejí jak se samotnou progresí nemoci, tak s nepřirozenou intermitentní stimulací dopaminových receptorů léčbou. Fluktuační stav hybnosti a dyskineze se v pokročilé fázi onemocnění vyskytují téměř u všech pacientů a představují značný terapeutický problém.

Klinická diagnóza PN je založena na cílené anamnéze a neurologickém vyšetření. Klinicky pravděpodobná diagnóza je stanovena, pokud je přítomna hypokineze a jeden z dalších hlavních příznaků onemocnění. Diagnostickým testem s vysokou výpovědní hodnotou je odpovídavost na levodopu.

Terapie zatím jen symptomatická

Na špičkové úrovni se u nás problematikou PN zabývají specialisté na Neurologické klinice 1. LF UK a VFN v Praze. Zatím není k dispozici kauzální terapie PN a ještě nelze jednoznačně zastavit či zpomalit průběh onemocnění, ale jak zdůrazňuje přednosta kliniky prof. MUDr. Evžen Růžička,

DrSc., již dnes lze efektivně ovlivnit příznaky nemoci symptomatickou léčbou přinášející pacientům okamžitou úlevu, zlepšit funkční stav a kvalitu života.

Základním a stále neúčinnějším lékem PN je prekurzor dopaminu levodopa, který je schopen přestupu přes hematoencefalickou bariéru do mozku. V mozku je levodopa přeměněna enzymem dopa-dekarboxylázou na dopamin. Z podané levodopy se tvoří dopamin i v periférii, a proto se podává v kombinovaných přípravcích s inhibitory periferní dopa-dekarboxylázy k prevenci vzniku nežádoucích vedlejších účinků, jako je nevolnost, hypotenze či bradykardie.

V posledním desetiletí se objevily nové formy léčby, například systémové podávání kmenových buněk, ale tyto metody zatím ještě ani nedospěly do stadia klinických zkoušek. Co se týče aplikace levodopy, tato látka nepochybně prodlužuje přežití a zásadně zlepšuje kvalitu života. S prodloužením přežití a delším trváním neurodegenerativního procesu se však zvyšuje i riziko pozdních komplikací PN. Hlavním faktorem způsobujícím komplikace u pokročilého stadia PN však není léčba, nýbrž samotná progresie onemocnění. Terapeutický postup samozřejmě musí být při-

způsoben stavu a věku pacienta, velký význam má vlastní fyzická aktivita nemocného. Léčbu je nutno přizpůsobovat jeho funkčním omezením.

Možnosti neuromodulační léčby

V 90. letech byla v rámci terapie PN provedena první hluboká mozková stimulace subtalamických jader (*deep brain stimulation*, DBS). DBS je neuromodulační léčba, při které jsou do určených mozkových oblastí trvale zavedeny tenké elektrody, jež vysílají elektrické pulzy o vysoké frekvenci. U pacientů s PN je cílem subtalamické jádro nebo vnitřní *pallidum*. Neurostimulátor je implantován na hrudníku pod klíční kostí a je propojen s intracerebrálně zavedenými elektrodami. Výkon je podmíněn minimální destrukcí mozkové tkáně, je reverzibilní a při progresi onemocnění je možné měnit stimulační parametry.

Optimální nastavení parametrů DBS není jednorázová záležitost. Individuální nastavení pro každého pacienta může trvat i několik měsíců. Tato terapeutická metoda může zásadním způsobem ovlivnit hybnost. Jak potvrzují recentní studie, problémem pacienta v pokročilém stadiu PN už však není zejména hybnost.

Projevem invalidizace jsou u něj především pády, které sekundárně vedou k další morbiditě a zraněním. Ve velmi pozdním stadiu PN je i výrazně častější výskyt už zmíněných poruch nesouvisejících bezprostředně s hybným postižením (poruchy intelektu, deprese). Řešení je obtížné a jeho součástí je vždy edukace nejen pacienta, ale i jeho rodiny.

Kontinuální podávání levodopy (Duodopa)

Problémem prekurzoru dopaminu je krátké působení léčiva po podání, jehož důsledkem je kolísání hybnosti pacienta. Jedním ze způsobů řešení je implantace pumpy, která do střeva kontinuálně rychlostí dopravuje antiparkinsonikum a zaručuje tak jeho stálou vyrovnanou hladinu.

V pokročilých stádiích PN s těžkým kolísáním motoriky a mimovolními pohyby je proto indikována terapie s použitím permanentní sondy, s jejíž pomocí je levodopa ve formě gelu podávána kontinuálně. Sonda je zavedena pomocí perkutánní endoskopické gastrostomie do duodena nebo horního jejuná.

Tato metoda umožňuje nastavení vyrovnanější plasmatické hladiny léčiva, obchází gastrointestinální systém a účinnost je možné nejprve vyzkoušet pomocí aplikace dočasné nazojejunální sondy. Tato metoda může pacientovi přinést významné zlepšení kvality života.

Být v dobré společnosti

Se životem s touto nevléčitelnou, ale léčitelnou nemocí má bohaté zkušenosti Marie Opltová, která trpí PN 12 let. Nyní má již několik let zavedenu permanentní sondu a metoda se jí osvědčuje.

Život Parkinsonem převrácený naruby nejen jí úspěšně pomáhá snášet také občanské sdružení Parkinson, což je organizace, která již od roku 1994 sdružuje pacienty s PN. Společnost nyní sdružuje celkem 22 regionálních klubů z různých míst České republiky a je členem Evropské asociace Parkinsonovy nemoci. Pro pacienty organizuje rekondiční pobyty, společná cvičení, logopedické terapie, kulturní a sportovní akce.

Povědomí veřejnosti se snaží zvyšovat prostřednictvím časopisu Parkinson a webových stránek www.spolecnost-parkinson.cz.

Jana Jílková

abbvie

ZMĚNILI JSME JMÉNO NÁŠ ZÁVAZEK K PACIENTŮM ZŮSTÁVÁ

Znáte nás pod názvem Abbott. Nyní jsme AbbVie. Změnili jsme jméno, ale náš zájem o pacienty zůstal na prvním místě.

Společnost AbbVie se zaměřuje na vývoj nových léků, které zlepšují pacientům kvalitu jejich života a mají významné klinické účinky. Investujeme do výzkumu a inovací.

Náš výzkum je zaměřen na oblasti neurologie, imunologie, onkologie, onemocnění ledvin, léčby hepatitidy C, zdraví žen a péče o předčasně narozené děti.

Naše produktové portfolio obsahuje dlouhodobě úspěšné značky:

Duodopa	levodopum/carbidopum
Forane	isofluranum
Humira	adalimumabum
Chirocaine	levobupivacainum
Kaletra	lopinavirum/ritonavirum
Norvir	ritonavirum
Sevorane	sevofluranum
Synagis	palivizumabum
Zemplar	paricalcitolum



NOVINKY VE FARMAKOTERAPII

Zkušenosti s infuzní terapií vitaminem C v onkologii

„Nasazení parenterálního vitaminu C v paliativní onkologické péči zlepšuje kvalitu života pacientů. Ti se po aplikaci cítí lépe, mizí nevolnosti, únava, vyčerpání, poruchy spánku a další nežádoucí symptomy spojené s onkologickou léčbou,“ říká zástupkyně primáře a vedoucí lékařka ambulance Komplexního onkologického centra Krajské nemocnice Liberec **MUDr. Marta Holíková**.

Onkologie představuje oblast medicíny, která je spojená se závažnými onemocněními, ovšem i v tomto oboru byl zaznamenán pokrok. Mohla byste na úvod shrnout, které typy rakoviny jsou dnes léčeny s vyšší pravděpodobností úspěchu a díky čemu?

Především díky prudkému rozvoji molekulárně biologických metod došlo v posledních letech k získání velkého množství poznatků o transformaci normálních buněk v buňky nádorové, příčinách nádorového růstu, způsobech metastazování a dalších charakteristikách maligních onemocnění. Kromě chirurgického odstranění, chemoterapie a radioterapie nádorů můžeme v dnešní době využívat i cílenou biologickou léčbu nádorů prsu, tlustého střeva, maligních lymfomů, tumorů ledvin, žaludku, plic, slinivky břišní a dalších. Díky těmto novým možnostem samozřejmě stoupá šance na vyléčení, případně významné prodloužení života pacienta.

Onkologická terapie je pro pacienta mimořádně zatěžující. Existují podpůrné postupy, které dokáží nežádoucí účinky této léčby významněji snížit?

Podpůrná léčba v onkologii je velice široký pojem – zahrnuje léčbu bolesti, nevolnosti a zvracení, anemie a neutropenie po chemoterapii nebo ozařování. Onkologická léčba může být též

kardiotoxická, nefrotoxická, často se setkáváme rovněž s projevy kožní toxicity, dále s únavou a slabostí.

Máme k dispozici různé druhy podpůrných léků a prostředků, mezi něž patří růstové faktory pro bílou a červenou krevní řadu, léky nejnovější generace proti nevolnosti a zvracení (setrony), nutriční doplňky, léky proti bolesti, látky modifikující kostní metabolismus a další. V poslední době jsme si mohli vyzkoušet a začít u našich pacientů aplikovat infuzní terapii vitaminem C, která kromě svých cytotoxických účinků odstraňuje i únavu a slabost a zlepšuje tak kvalitu života nemocných.

Mohla byste blíže objasnit působení infuzní terapie vitaminem C proti nežádoucím účinkům onkologické léčby?

Vitamin C je jakožto účinný fyziologický antioxidant s protizánětlivým působením používán v onkologii coby součást paliativní léčby. Nádorové bujení a onkologická léčba totiž prokazatelně vedou k deficitním hladinám vitaminu C, jež nedostatečně chrání před oxidativním stresem. Mnohé vedlejší účinky spojené s onkologickou terapií jdou na vrub oxidativního stresu. Nedostatečné hladiny vitaminu C zhoršují zejména funkce imunitního, cévního

a nervového systému. Parenterálně podávaný vitamin C překonává oxidativní stres a promptně koriguje deficitní hladinu vitaminu C. Tím přispívá ke snížení výskytu nežádoucích účinků spojených s chemoterapií. K primárním, oxidativním stresem spouštěným vedlejším účinkům patří zejména nevolnost, zvracení, žaludeční a střevní obtíže, únava, slabost, vyčerpání, anemie, deprese, dyslipidemie, ale i další.

Zmínila jste, že infuzní terapie vitaminem C má také selektivní cytotoxický účinek. Jak by se dal vysvětlit?

Experimentální výzkum na nádorových buňkách ukázal, že vitamin C potlačuje množení buněk maligních nádorů, usmrcuje je a redukuje hmotu tumoru. Mechanismy cytotoxického působení infuzního vitaminu C je pravděpodobně několik, za hlavní se považuje to, že vstupuje do reakcí, kdy v bezprostředním okolí nádorových buněk vznikají produkty (například H_2O_2), které jsou selektivně toxické pro maligní buňky, dále interference s buněčným metabolismem železa, uvolnění faktorů indukujícího apoptózu (AIF) a další. Vitamin C působí i antiproliferativně – interferencí s buněčným cyklem, kde indukuje zástavu cyklu ve fázi G1/G0 a tím zabraňuje buněčnému dělení. Blokuje též nádorovou angiogenezi, čímž působí také proti metastazování nádorů. Ve studiích bylo prokázáno, že vystavení nádorových buněk působení vitaminu C má rovněž chemoterapeutický potenciál – zvyšuje citlivost buněk vůči působení některých chemoterapeutik (docetaxel, epirubicin, irinotekan a 5-fluorouracil), která jsou používána k léčbě u nás nejčastěji maligních onemocnění (karcinom prsu a tlustého střeva).

Z vaší praxe vyplývá, že již máte v aplikaci terapie vitaminem C u onkologických onemocnění praxi. Můžete nám přiblížit své zkušenosti v této oblasti? Při

kterých typech rakoviny se vám tato léčba nejvíce osvědčila?

Vitamin C aplikujeme infuzně v naší ambulanci komplexního onkologického centra již několik měsíců u pacientů s různými typy nádorových onemocnění – karcinomem prsu, vaječníků, tlustého střeva, slinivky břišní a dalšími. Zvláště se mi osvědčilo podávání infuzního vitaminu C u pacientů, kteří z důvodu pokročilosti nádorového onemocnění nemohli podstoupit konvenční onkologickou léčbu. Například u pacienta s pokročilým karcinomem pankreatu s metastázami do jater došlo již po 3 týdnech k úpravě jaterních testů a celkovému zlepšení kvality života. Recentní studie ukazují, že podávání vitaminu C v infuzích napomáhá k prodloužení života u tohoto typu pacientů.

Jak používáte infuzní terapii vitaminem C – v kombinaci s jinou terapií, nebo samostatně? V jakém terapeutickém schématu ji aplikujete?

Vitamin C aplikujeme buď současně pacientům, kteří podstupují paliativní chemoterapii, nebo samostatně pacientům, kteří již léčbu ukončili a jsou na symptomatické terapii. Před a po chemoterapii dodržujeme minimálně 24hodinový odstup od aplikace. Vitamin C v jednorázové dávce 7,5g aplikujeme ve 30minutové infuzi fyziologického roztoku 1x týdně opakovaně po dobu 4-8 týdnů. Před aplikací je vhodné vypít 0,5l vody a kontrolovat ledvinné funkce.

Jak pacienti snášejí infuze vitaminu C? Je vhodná pro každého onkologicky nemocného?

Zatím jsme se nesetkali s žádným nežádoucím účinkem této léčby, infuze jsou tolerovány velmi dobře. Pacienti se po aplikaci cítí lépe, mizí nevolnosti, úna-



Ilustrace foto: Depositionphotos

va, vyčerpání, poruchy spánku a zlepšuje se tak kvalita jejich života. Infuzní léčba vitaminem C je vhodná pro onkologicky nemocné jak v pokročilém stadiu onemocnění, tak i v první linii chemoterapie, byť v první linii zatím není v naší zemi plošně používána. Zkušenosti ze sousedního Německa či vzdálenějšího amerického kontinentu však poskytnou dostatek informací pro jeho integraci do běžné klinické praxe.

Jak byste na závěr shrnula přínos této terapie a co byste doporučila lékařům i pacientům?

Nasazení parenterálního vitaminu C v paliativní onkologické péči a nejen v ní zlepšuje kvalitu života pacientů. Je to doloženo v mnoha klinických studiích. Lékařům bych doporučila, aby v rozhodovacím procesu u onkologické léčby na toto pamatovali. Onkologický pacient, který se domnívá, že by pro něj byla infuzní léčba vitaminem C vhodná, se může obrátit na svého onkologa. Tato léčba je vázána na lékařský předpis a v lékárně tento přípravek (Vitamin C 7,5g Injektapas) stojí kolem 800 Kč.

PharmDr. Zdeněk Procházka

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

MUDr. Marta Holíková

* 20. 4. 1969 v Liberci

2. lékařskou fakultu Univerzity Karlovy v Praze absolvovala v letech 1987–1993, v oboru interního lékařství atestovala v roce 1996, v oboru klinické onkologie v roce 2001, licenci České lékařské komory pro obor klinická onkologie získala v roce 2003. Od roku 1993



Liberec, nejprve jako sekundární lékařka na interním oddělení, od roku 1996 pak na onkologickém oddělení, v roce 2005 se zde stala vedoucí lékařkou ambulance a v roce 2008 zároveň zástupkyní primáře oddělení klinické onkologie, jež je součástí Komplexního onkologického centra KNL.



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Traumatologie a perioperační péče

Traumatologie a perioperační péče jsou velmi vděčnou oblastí pro využití jiných terapeutických přístupů, konkrétně homeopatické léčebné metody. V obou případech můžeme pacientovi doslova „ušít na míru“ léčbu specifickou pro jeho konkrétní poranění či operaci, která jej čeká.

V traumatologii je na místě náležité vyšetření a eventuálně i chirurgický výkon, ale léky v homeopatickém ředění, indikované podle poraněné tkáně nebo mechanismu úrazu, mohou výrazně zkrátit dobu hojení, snížit bolestivost a v neposlední řadě i spotřebu analgetik. Také v perioperační péči může být homeopatie benefitem pro pacienta při zvládnutí strachu a obav z operačního výkonu, dále může posloužit k prevenci infekce, ovlivnění imunity a v neposlední řadě významně napomoci lepšímu hojení ran¹⁾.

Kazuistika č. 1

Muž, 43 let, řemeslník, v anamnéze nenalezeno nic zvláštního. Nyní již téměř 2 měsíce na neschopence pro zlomeninu radia pravé ruky, kterou utrpěl při pádu ze žebříku. Léčen na chirurgii v nemocnici. Rtg ukazuje nekomplikovanou zlomeninu, se správným postavením úlomku, na sádrové fixaci, ale doposud zde nejsou patrné žádné známky tvorby svalku.

Místo zlomeniny je stále bolestivé, zejména na dotek. Chirurg zvažuje možnosti dalšího postupu. S pacientem nicméně domluveno podávání homeopatik do příští kontroly a další postup

bude rozhodnut podle nových snímků.

Předpis: *Calcarea phosphorica* 5 CH jako metabolická podpora k hojení kosti, 2x denně 5 granulí. *Symphytum officinale* 9 CH, 2x denně 5 granulí, jako lék periostu a perioostálních bolestí. *Arnica montana* 15 CH, 1x denně 5 granulí, jako lék traumatu.

Kontrola za 3 týdny: Kolem zlomeniny popsán mohutný svalek, bolesti již ustoupily, ponechána sádrová fixace. Po dalších 14 dnech již bez fixace, zahájena rehabilitace.

Kazuistika č. 2

Muž, 52 let, v anamnéze abúzus alkoholu, nyní léčen s jaterní cirhózou. Má trombopenii, koagulopatii s mírným prodloužením INR, ascites, v anamnéze asi před 3 lety jaterní selhání s encefalopatií. Nyní stomatologem plánován rozsáhlý extrakční výkon několika zubů horní i dolní čelisti a následně protetika.

Předpis: *Phosphorus* 9 CH, 1x denně – začít podávat týden před extrakcemi a pokračovat v denním podávání do zhojení. Tento lék jednak zlepšuje jaterní metabolismus a vedle toho ovlivňuje i syntézu koagulačních faktorů. Podání bezprostředně před a po extrakci, jako podpora koagula-



Ilustrační foto: Shutterstock

ce. Pro zlepšení hojení alveolů po extrakci předepsána *Ruta graveolens* 15 CH, 2x denně 5 granulí. A opět jako lék traumatu tkáni přidána *Arnica montana* 9 CH, 2x denně 5 granulí.

Kontrola s odstupem: Extrakce proběhly bez komplikací, pacient již má nový umělý chrup.

Kazuistika č. 3

Žena přicházející pro chronické bolesti hlavy, které trvají asi 5 let, klasická léčba zatím bez větších výsledků.

Z anamnézy: Opakované angíny v 15 letech, příušnice, APPE. Před 5 lety se začala léčit pro bolesti hlavy (terapie: Migrenal a Quarelin), léčba ukončena pro nežá-

doucí účinky. Asi 10 let cvičila sportovní gymnastiku, pak pracovala jako krejčová, nyní jako administrativní pracovníce.

Vyšetření: Bolesti hlavy, velice silné, začínají v krční páteři (vzadu) a postupně se šíří do spánků a temene. Bolest je velmi silná, tupá, někdy ji doprovází nauzea až ke zvracení, úleva prakticky není, někdy po vyzvracení. Stav se zhoršuje se změnou počasí. Bolesti hlavy se pravidelně objevují jeden den před menses, jinak nepravidelně. Téměř denně pociťovány bolesti dolní části zad, které se výrazně zhoršily po epidurální anestezii při porodu v roce 1993, dále zhoršené námahou a zlepšené klidem. V průběhu 1. těhoten-

ství myom, ukončeno císařským řezem, poté operace pro myom. 2. těhotenství ukončeno také císařským řezem. Pacientka je zimomřivá, má studené ruce i v parnu, v teple se cítí dobře.

První předpis: *Silicea* 30 CH jednorázově, *Sanguinaria canadensis* 5 CH při bolesti hlavy.

Kontrola za měsíc: Pacientka uvádí, že záda ji do 2 dnů přestala bolet, bolesti hlavy se zatím neobjevily. V dalším průběhu několikrát zopakováno podání léku *Silicea* a v případě potřeby *Sanguinaria canadensis*, nicméně celkově se pacientka velmi zlepšila. Bolesti zad se již neobjevily a bolesti hlavy se v průběhu několika dalších let objevily pouze ojediněle.

Použitá literatura:

1. Paris A et al.: Effect of homeopathy on analgesic intake following knee ligament reconstruction. *Br J Clin Pharm* 2007; 62(5): 180-187.
2. Brinkhaus B et al.: Homeopathic arnica therapy in patients receiving knee surgery: results of three randomised double-blind trials. *Compl Ther Med* 2006; 14(4): 237-246.
3. Oberbaum M et al.: The effect of the homeopathic remedies *Arnica montana* and *Bellis perennis* on mild postpartum bleeding – a randomised, double-blind, placebo-controlled study – preliminary results. *Compl Ther Med* 2005; 13(2): 87-90.

MUDR. Jaroslav Čupera
ARO – SJIP Nemocnice Ivančice
soukromá homeopatická a akupunkturistická
praxe Rosice u Brna

Inzerce A131005437



**MĚSTSKÉ
SLATINNÉ
LÁZNĚ**

Třeboň

130 let lázeňské tradice

Lázně Aurora
Tel.: +420 384 750 555
E-mail: sales@aurora.cz
www.aurora.cz

Bertiny lázně
Tel.: +420 384 754 555
E-mail: sales@berta.cz
www.berta.cz

- ❖ lázeňské domy Lázně Aurora**** a Bertiny lázně***
- ❖ klasické léčebné pobyty spojující tradiční lázeňskou léčbu a moderní léčebné postupy
- ❖ při léčbě pohybového aparátu využíváme přírodní léčivý zdroj – slatinu
- ❖ komplexní a příspěvková lázeňská léčba (indikací skupiny VI/2-3, VI/8-11, VII/1-12)
- ❖ krátkodobé rekondiční a relaxační pobyty
- ❖ benefit programy pro zaměstnance
- ❖ kongresová turistika, business & events



LÁZNĚ
AURORA
LÁZEŇSKÁ
SPOLEČNOST
ROKU 2011



MĚSTO
TŘEBOŇ
LÁZEŇSKÉ
MÍSTO ČR 2011

Registr dárců kostní dřeně navazuje na práci primáře Kozy

Český národní registr dárců dřeně (ČNRDD) vznikl v roce 1992 jako jedna z aktivit Nadace pro transplantace kostní dřeně. Jeho cílem bylo vybudovat funkční, kvalitní a zároveň maximálně rozsáhlou databázi dobrovolných dárců kostní dřeně z celé České republiky. V témž roce provedl MUDr. Vladimír Koza u mladé pacientky s leukémií první příbuzenskou transplantaci v plzeňské fakultní nemocnici a vzápětí odstartoval program nepřibuzenských transplantací za využití ČNRDD. Do té doby se lidé s poruchami krvevotvorby dožívali ve většině případů jen několika let od propuknutí nemoci.

Registr založil před více než 20 lety primář hematologicko-onkologického oddělení Fakultní nemocnice Plzeň MUDr. Vladimír Koza. Po jeho smrti v létě loňského roku se vedoucím lékařem registru stal současný primář oddělení MUDr. Pavel Jindra, Ph.D. Ředitelem registru byl jmenován Mgr. Daniel Pagáč, MBA. Ten navázal na úspěšnou organizační práci MUDr. Kozy a v jeho díle zdárně pokračuje.



MUDr. Pavel Jindra. | Foto: ČNRDD

ČNRDD v současné době eviduje přes 40 tisíc dárců. Za 20 let jeho existence zprostředkovali čeští lékaři alogenní transplantaci zhruba tisícovce pacientů. Kostní dřeň darovalo 470 dárců, kteří se rekrutovali z českého registru, pro zhruba 500 pacientů našli hematologické dárcy v zahraničních registrech. Přestože dosud krvevotorné buňky darovala jen malá část registrovaných dárců, každý člověk v registru představuje permanentní naději pro pacienty se závažným onemocněním krvevotvorby.

Počet pacientů narůstá

Celkově u nás i ve světě počet nepřibuzenských transplantací roste. Jak uvádí MUDr. Pavel Jindra, který v té době na kliniku nastoupil, věková hranice pro provedení transplantace se před 20 lety pohybovala kolem 45 let. Dnes se běžně provádějí transplantace i u pacientů 60–70letých. A protože incidence leukemií s věkem narůstá, nejčastěji tyto nemoci krvevotvorby, zejména pak akutní leukémie, postihují právě zmíněnou věkovou kategorii. Navíc jsou lékaři díky zlepšující se podpůrné terapii a kvalitnějšímu vyšetření tkáňových znaků (tzv. HLA antigenů) schopni dosáhnout i u starších pacientů stejně dobrých výsledků, jako tomu bylo před 20 lety u lidí do 35 let.

Nejčastější indikací k alogenní transplantaci krvevotorných buněk zůstávají právě akutní leukémie (70–80 % provedených transplantací). Stejně tak se ale

provádějí transplantace i u nemocí, které svou povahou nejsou zhoubným bujením. Může jít například o choroby způsobené totálním útlumem kostní dřeně (aplastická anémie) nebo o těžký vrozený imunitní deficit vyskytující se u dětí. Indikací k transplantaci jsou pak i další onemocnění krve či lymfatických orgánů, například lymfomy, myelom, myelodysplastické syndromy či jiné hematologické poruchy. Naopak u některých nemocí, pro které dříve transplantace byla jedinou léčebnou metodou, se našly specifické léky umožňující v některých případech úplně se tomuto zároku vyhnout (tak je tomu například u chronické myeloidní leukémie).

Prvotní je hledat dárcy v rodině

I když dnes z hlediska výsledků takřka není rozdíl mezi transplantací s příbuzným a nepřibuzným dárcem, je samozřejmostí, že v první fázi se pro nemocného hledá dárcy mezi nejbližšími příbuznými. Je zde záruka, že pokud například sourozenec zdědil stejné haplotypy, bude mít i stejné tkáňové znaky. Současně je velkou výhodou, když dárcy bude v případě potřeby okamžitě k dispozici. Transplantaci je tak možné snáze načasovat.

Takto shodného dárcy v rodině má však pouze 25–30 % pacientů, pro zbylých 70 % je třeba

hledat vhodného dárcy mezi nepřibuznými dobrovolníky – buď v českém, nebo některém ze zahraničních registrů. V případě dárcovství ve vlastní rodině se ojedinele stává, že příbuzní mezi sebou nemají dobré vztahy nebo se zákroku bojí. „To je zásadně odlišuje od nepřibuzných dárců, kteří vstupují do registru vědomě a zcela dobrovolně, s úmyslem pomoci někomu v nouzi,“ doplňuje primář plzeňské hematologické Pavel Jindra.

Prestížní akreditace

V České republice existují už od počátků rozvoje transplantacího programu dva registry, které dohromady sdružují více než 60 tisíc dobrovolných dárců, a ač jsou nezávislé, úzce spolupracují. V pražském Institutu klinické a experimentální medicíny vznikl dnešní Český registr dárců krvevotorných buněk (CSCR), ve Fakultní nemocnici Plzeň primář Koza se svými spolupracovníky a rodinami tehdy léčených hematologických pacientů založili Český národní registr dárců dřeně.

ČNRDD se v roce 2005 stal po Francii, Walesu a USA teprve čtvrtým registrem na světě, který získal mezinárodní akreditaci Světové asociace dárců dřeně (WMDA). Tu pak znovu obhájil v roce 2010, kdy byl podroben inspekci nezávislými auditory přímo v Plzni. Touto akreditací je zaručen soulad všech procedur registru s přísnými mezinárodními požadavky a standardy kvality. Je tím *de facto* garantována i maximální bezpečnost dárců krvevotorných buněk, a to jak při vlastním odběru, tak i následně, což zajišťuje systém jejich dlouhodobého sledování.

Transplantační program hematologicko-onkologického oddělení FN Plzeň, v rámci kterého jsou dárci krvevotorných buněk odbíráni a stejně tak se zde provádějí transplantace u nemocných, má jako jediné centrum ze všech postkomunistických zemí ta-

ké tzv. JACIE akreditaci, která je udělována Evropskou skupinou pro transplantaci krvevotorných buněk (EBMT). Tato akreditace pacientům zaručuje, že jejich transplantace proběhne podle všech dnes dostupných medicínských znalostí a bude vedena týmem nejzkušenějších lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků.

Věková hranice vstupu – 18–35 let

Přestože je v celosvětové databázi k dnešnímu dni evidováno již více než 20 milionů dobrovolných dárců krvevotorných buněk, i nadále pro jednu čtvrtinu nemocných, kteří by transplantaci potřebovali, lékaři vhodného dárcy nenajdou. Z tohoto důvodu je nutné, aby se registry stále snažily o nábory nových dárců.

Vstup do registru je ale omezen věkem dárcy. Jak vysvětluje vedoucí koordinačního centra ČNRDD MUDr. Jana Navrátilová, poměrně přísný limit 18–35 let má dva důvody. Prvním je medicínské hledisko, protože transplantace s mladými dárcy mají vždy lepší výsledky, což prokázaly mezinárodní soubory dat u statisíců transplantovaných pacientů. Cílem transplantačních center je tedy vyhledávat vhodné dárcy nejprve mezi mladými lidmi. Druhý důvod je ekonomický – vstupní vyšetření nového dárcy totiž přijde na 1500–2000 korun a není hrazeno zdravotními pojišťovnami ani jinými státními zdroji. Registr si toto vyšetření financuje sám, za podpory nadace. I proto je v zájmu lékařů nabírat co nejmladší dárcy, kteří v registru vydrží co nejdéle, pokud možno až do svých 60 let, dokdy je možné dárcy odebrat.

I podle MUDr. Pavla Jindry je ekonomicky a organizačně výhodné, když český pacient najde dárcy v českém registru. Pokud se tak nestane, hledají lékaři ve spolupráci s ostatními registry dárcy v zahraničí. Stejně tak to funguje i v opačném případě. Jestliže te-



Mgr. Daniel Pagáč. | Foto: ČNRDD

dy v některém ze zahraničních registrů lékaři nenajdou pro svého pacienta dárcy se shodnými tkáňovými znaky, hledají v české databázi. Plzeňský registr v tomto směru spolupracuje s transplantačními centry a registry ve všech vyspělých zemích světa.

Genetická podobnost dárců

Německý registr je jedním z největších na světě. Má zhruba 5 milionů dárců a z genetického hlediska jde o stejné etnikum, které má tudíž prakticky stejnou či velmi podobnou kompozici výskytu tkáňových znaků jako Češi. A právě z důvodů genetické podobnosti se dárcy nejčastěji najdou v Německu. Jiné evropské země, například Švýcarsko, Rakousko nebo skandinávské státy, mají registry malé a ne tak pestré.

Jak uvádí MUDr. Navrátilová, základní myšlenkou dárcovství krvevotorných buněk je skutečnost, že každý, kdo vstoupí do registru, by měl být dárcem pro kohokoli, kdo bude jeho pomoc jednou potřebovat. Na druhou stranu je to věc dobrovolná a dárcy má právo kdykoli odběr odmítnout. Očekává se však (a dárcy se s tím také opakovaně seznámen), že pokud nebude mít závažné zdravotní nebo osobní důvody, měl by odběr podstoupit. V opačném případě by totiž pacienta vystavil těžkému a mnohdy nezvratnému poškození zdraví.

Židovští dárci kostní dřeně jsou v Česku vzácní

Registr dárců kostní dřeně je třeba obohatit o dárců z etnických menšin, tedy i o lidi židovského původu. Proto pražská židovská obec pořádá unikátní akci s názvem „Na dřevě“. Půjde o koncert (vystoupí skupina lby&Chipsy), zábavu, setkání se zajímavými hosty a dobrý skutek v jednom.

Akce pro potenciální dárci kostní dřeně, jejich přátele a příznivce proběhne ve spolupráci s Českým národním registrem dárců dřeně a je primárně určena pro všechny, kdo mají židovské předky – ať už pocházejí ze smíšeného manželství nebo mají židovské předky i jednu či dvě generace zpět.

Přímo během společenského večera bude možné nechat si odebrat vzorek krve a zapsat se do registru. Přijímání jsou do něj lidé ve věku 18–35 let. Darovat kostní dřevě lze až do 60 let. Akce se koná 19. května od 17.00 v klubu Druhého patra, Dlouhá 37, Praha 1.

Beseda s odborníky

Ještě předtím, 14. května od 18.00 ve Vzdělávacím a kulturním centru ŽMP (Maiselova 15, Praha 1), se uskuteční beseda, jíž se zúčastní přednostka Onkologické kliniky 1. LF UK a Thomayerovy nemocnice doc. MUDr. Tomáš Büchler, Ph.D., lékař hematologicko-onkologického oddělení FN Plzeň MUDr. Tomáš Svoboda, psychoterapeutka PhDr. Zuzana Peterová a rabín David Peter.

Více informací:
www.kehilaprag.cz/nadren



Vzhledem k dědičnosti tkáňových HLA antigenů je možné říci, že každá etnická skupina si uchovává podobnou skladbu těchto znaků a tím pádem vhodného dárce pro pacienta nalezneme pravděpodobněji právě uvnitř jeho etnika. Taková je situace i u menšin žijících v České republice. Jde například o Arabů či lidi s židovskými kořeny. Onemocnět leukemií však mohou také Romové a u nás stále početnější Vietnamci. Proto má registr zájem i o nové dárci z těchto etnických skupin. Vstupující dárci však musí být upozorněni na to, že by měli být ochotni poskytnout své krvetvorné buňky i v případě, kdy by se vážné onemocnění krvetvorby nedotklo jen některého ze členů jejich rodiny. Obzvláště u Romů je známá jejich silná rodová soudržnost, ale v případě plánování odběru pro nepřibuzného pacienta mnohdy nedokáží překonat vlastní obavy a strach.

Nadace pro transplantaci kostní dřeně

Nadace pro transplantaci kostní dřeně je hlavním podporovatelem ČNRDD již od doby jeho založení. Cílem registru je mít ve své databázi co největší počet dárců. „Jejich následná využitelnost k samotnému odběru krvetvorných buněk ovšem velice závisí i na kvalitě vstupního vyšetření tkáňových HLA znaků,“ vysvětluje primář plzeňského hematologicko-onkologického oddělení Pavel Jindra. To obnáší nemalé finanční prostředky, které si re-

gistr, jak již bylo zmíněno, musí zajistit sám. Nadace pomáhá registru jednak v šíření osvěty v této problematice a dále organizuje akce, jejichž prostřednictvím získává prostředky pro vyšetření dárců. Každoročně proto uspořádá řadu větších i menších akcí, které přinášejí peníze především na financování vyšetření nových dárců. Nadací podporují také sponzoři, jejich dlouhodobé udržení nebo získávání nových však v dnešní době vůbec není jednoduché. Proto velice důležitou pomoc tvoří také stovky drobných příspěvků, často od bezejmenných lidí, kteří chtějí transplantacnímu programu pomoci.

Úspěch náborových kampaní

Pravidelné charitativní akce a kampaně, zejména mediálně zviditelněné, znamenají podle MUDr. Navrátilové nesrovnatelně větší příliv nových dárců oproti běžnému náboru. Dvě masivní náborové kampaně, které proběhly za mediální podpory televize Nova v roce 2002 a závěrem roku 2012, zaznamenaly v prvním případě kolem 5 tisíc nových dárců, loni jich do registru vstoupilo dokonce přes 9 tisíc. Běžně přitom do registru vstoupí 2 tisíce dárců za rok. Podle MUDr. Svobody ovšem není hlavní prioritou zaměřovat se pouze na celkové množství nabytých lidí, nýbrž i na „kvalitu“. V případě, že má transplantacní centrum pro svého pacienta na výběr z několika možných

dárců, volí nejčastěji toho nejmladšího, s co nejlepší tělesnou konstitucí. Čím větší hmotnost dárce má, tím vyšší je pravděpodobnost, že odebraných krvetvorných buněk bude pro pacienta dostatek. A v ideálním případě by to měl být navíc muž. Ti jsou totiž pro výsledný efekt transplantace vhodnější než ženy. Pokud má žena za sebou těhotenství, každou graviditou se v jejím těle vytvořily určité protilátky, které z imunologického hlediska mohou vystavit pacienta většímu riziku komplikací.

To vše patří k důvodům, proč se ČNRDD v posledních letech zaměřuje především na nábor nových dárců mezi profesionálními a zájmovými skupinami, ve kterých převládají právě „ideální“ dárci krvetvorných buněk. Před časem byla zahájena náborová kampaň mezi policisty a hasiči, na podzim loňského roku i mezi vojáky a profesionálními sportovci. Nedávno vstoupil do registru například olympijský vítěz v moderním pětiboji David Svoboda nebo část fotbalového týmu plzeňské Viktorie v čele s trenérem Pavlem Vrboou a kapitánem Pavlem Horváthem. Akci uvnitř Armády České republiky pak svým vstupem do registru podpořil i náčelník Generálního štábu AČR generálporučík Petr Pavel. Navíc se v současné době rozjíždí velká náborová akce v řadách strážníků Městské policie Praha za podpory jejího ředitele Eduarda Šustera.

„Armáda dává naději“

Tak zní název nové kampaně, která vznikla ve spolupráci právě s Armádou České republiky. Impulzem k ní byly fotografie, které ČNRDD a nadací věnoval i s autorskými právy voják Tomáš Johanides, který před lety v Plzni podstoupil odběr krvetvorných buněk pro neznámého pacienta. Nejen že do registru sám přivedl další dárci z řad vojáků, ale při své následné zahraniční misi v Afghánistánu vytvořil množství



jedinečných fotografií na téma všedního života místních dětí. Myšlenka vyjádřená v názvu kampaně představuje spojení dvou realit – chudých dětí, které jsou příští nadějí pro válkou zdevastovaný Afghánistán, a vojáků coby nových dárců kostní dřeně, kteří jsou zase nadějí pro těžce nemocné s leukemií. Z vybraných fotografií a příběhů jejich autora nakonec vznikla výstava „Život s nadějí“, kterou lze vidět především v rámci akce „Týden s armádou“. Ta je pořádána v různých městech České republiky. Nadace pro transplantaci kostní dřeně současně plánuje uspořádat během letošního června také charitativní dražbu fotografií, jejíž výtěžek bude určen na financování vstupního vyšetření nových dárců.

Časopis Naděje

Slovo naděje figuruje i v názvu periodika, které vzniklo v roce 1994 a je společným projektem Nadace pro transplantaci kostní dřeně a ČNRDD. Časopis vychází dvakrát ročně, v červnu a před Vánocemi, a je určen všem již zaregistrovaným dárcům, spolupracovníkům nadace i ČNRDD, sponzorům nebo dárcovským a náborovým centřům, která dnes již sídlí téměř ve všech okresních městech po celé republice. Časopis současně funguje jako pojítko mezi registrem a dárci, čímž se připomíná i nutnost aktualizace databáze s kontakty dárců, kteří musejí být snadno dostupní v případě jejich výběru k darování. Poslední číslo časopisu se věnuje právě probíhající kampani a spolupráci s Armádou České republiky.

Setkání dárců s pacientem

Vzájemná setkání pacientů po transplantaci s jejich dárci se dějí



MUDr. Jana Navrátilová. | Foto: ČNRDD

jen výjimečně a za přísných pravidel, upozorňuje MUDr. Navrátilová. Jednak musí proběhnout s dostatečným časovým odstupem od transplantace, kdy je zřejmé, že nejrizikovější období již pacient přečkal, a je tedy pravděpodobné, že bude v pořádku. Zároveň musí být splněna podmínka, že o setkání mají zájem obě strany, tedy dárci i příjemce, nezávisle na sobě.

Toto mimořádné setkání pacienta s jeho dárcem přesto ČNRDD umožňuje, a to v rámci slavnostního večera, který se každoročně koná v pražském Obecním domě. Akce je poděkováním všem dárcům, kteří podstoupili odběr krvetvorných buněk v uplynulém roce. Vrcholem večera bývá právě vzájemné setkání dárců s příjemcem. Tento okamžik je velice silným zážitkem nejen pro vybranou dvojici, ale pro všechny zúčastněné.

Každý rok také výtvarník Adolf Born věnuje jeden svůj obraz, který je předán dárci nebo některému z významných spolupracovníků jako výraz poděkování. Letošní slavnostní večer se uskutečnil již popatnácté v pátek 26. dubna (více viz „Poděkování dárcům kostní dřeně“ na str. 32).

Béla Nedorostová

Ušlechtilou práci může podpořit každý

Každý může přispět k tomu, aby se registry dárců krvetvorných buněk nadále rozrůstaly a naděje na vyléčení z vážného onemocnění krvetvorby tak dostal každý pacient, který transplantaci potřebuje.

Zdravý člověk ve věku 18–35 let může sám vstoupit mezi desetitisíce registrovaných českých dobrovolníků, kteří jsou ochotni pomoci druhým. Více informací je možné nalézt na webových stránkách ČNRDD www.kostnidren.cz.

Lidé, kteří svým věkem již nesplňují podmínky pro vstup do registru, se mohou buď stát spolupracovníky Nadace pro transplantaci kostní dřeně, nebo mohou pomoci svým finančním příspěvkem uhradit vstup do registru jiným dobrovolným dárcům. Další možnosti pomoci je například odeslat SMS zprávy z mobilního telefonu ve tvaru DMS KOSTNIDREN na číslo 87777. Cena SMS zprávy je 30 korun, z nichž nadace obdrží 27 korun.

Psychiatrie v blázinci a blázinec v psychiatrii

V rozmezí tří týdnů se konaly hned dvě akce na téma reformy psychiatrické péče. Jednu pořádá senát a druhou MZ. Byl jsem na obou jako aktivní účastník, a tak mohu poreferovat.

Revoluce, či evoluce?

Senátní seminář vzbudil jakousi vlnu nervozity, jíž ne úplně nerozumím. Avšak emoce stranou. Nic hrozného se tam nedělo. Každý je pro reformu. Samo MZ jí dalo – podle mého chvalitebně – k veřejné debatě dříve, než padla nějaká rozhodnutí. Věc ovšem začala žít vlastním, na exekutivě poněkud nezávislým životem. Je to daň za *glasnost* a je třeba statečně nést i průvodní jevy.

Co se nepovedlo: Je pravdou, že senátní organizátoři měli pozvat zástupce MZ, to bylo jistě společenské *faux pas*. Léčebny mají k celé záležitosti pochopitelně své připomínky a využívají k tomu každé legitimní fórum, neboť tak či onak mají být významným objektem reformy jakožto zdaleka největší poskytovatel lůžkové psychiatrické péče, dosavadní páteř systému. Senát ovšem nehostil jen představitele léčeben, ale i jiné dotčené subjekty, čili *stakeholdery*, jak se dnes hezky česky od podlahy říká.

Byly shodně konstatovány všechny dnešní slabiny psychiatrické péče, finanční, personální i organizační. Zbývá otázka charakteru a rozsahu reformy. A jak moc má být revoluční či evoluční. To je zatím velmi otevřené, takže se spíš jen upozorňovalo na rizika některých reformních kroků, které jsou ve hře jako varianty. Zejména pokud by jim chyběl patřičný kontext a *timing*. A právě o tom to celé je.

Oběti groupthink

Reforma musí být řádně oponovaná, přičemž oponent nerovná se škůdce. V tisku jsem na toto téma četl, že „kritici varovali“. To je špatně. Ne každý, kdo varuje, je automaticky kritik. Natož nepřítel. Zejména přátelská varování jsou cenná. Chybí-li *advocatus diaboli* a přesvědčení přesvědčené, debata se zacyklí a eskaluje v bláznivém víru čehosi, čemu se říká *groupthink*. Tak vznikla řada naprosto nepochopitelných a fatálních rozhodnutí velkých korporací i generálních štábů. Opravdu silným, ale dokonalým historickým příkladem je japonský útok na Pearl Harbor. *Groupthink* tehdy zafungo-

val na obou stranách. Vyhrála ta, která se ho přes noc dokázala zbavit, a prohrála ta, která v něm setrvala až do Hirošimy. Je to pokaždé nad slunce jasné. Potom. Proto je prevence jediným známým prostředkem jak tomu čelit.

Existenční přecitlivlost léčeben na nejen explicitní, ale i implicitní náznaky směrem k jejich významné redukci považují někteří činitelé za předčasnou. Hájit ostřelovanou pevnost prý neřeba. MZ přesvědčuje, že nikdy nic takového neřeklo. Léčebny ale nereagují pouze na oficiální materiály. Ony polemizují šířeji, neboť z řady dalších relevantních úst vycházejí i jiné výroky a kolují ve veřejném prostoru. Některých se chytila média, což jim nelze mít za zlé. Média jsou média a je třeba si dávat pozor na ústa. Anebo naopak, podle toho, čeho chce kdo dosáhnout. Ostatně jistě tiskovina i z mé vlastní senátní prezentace pečlivě ocitovala všechny výroky varovné a důsledně vynechala vše, co bylo naopak řečeno na podporu zásadní reformy. Vybálenosti, tvé jméno je... ale ne, nebudu žalovat.

Od racionality k šamanství

Nelze zkrátka ignorovat postoje označující léčebny za skanzen, relikv 19. století či zcela přežilé instituce, které se denně proviňují už jen vlastní existencí a škodí lidem. A to pomímám výroky vyslovené bizarních osobností na hraně antipsychiatrického hnutí. Bohužel hodně halasných, takže nakonec mohou v nějaké míře dojít sluchu. Vzniká tím totiž určitá atmosféra a rychle se upevňuje jako obecná názorová hladina, za chvíli již vnímaná jako hotový fakt. Umanutí se na rozdíl od nás nikdy neunaví a to samo o sobě může za určitých okolností stačit ke kalamitě. Naše nezralá společnost je vzhledem ke svému znepokojivě rychlému a masovému posunu od racionality k šamanství všeho druhu chytlavá jako stoh slámy za horkého letního dne. O čem-



MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

koli v této zemi obecně platí, že čím hlasitější, podivnější, paranoidnější a útočnější, tím pro veřejnost věrohodnější. Hlavně že je dotyčný s námi, *obyčejnými* lidmi, proti *oficiálním* strukturám, jež jsou apriorně podezřelé.

Ten *jim to*, pani, nanda! Jakýkoli pokus o vysvětlení dál posiluje podezření. *Dementi* pak věc korunuje jako prakticky jistou.

Run na banku

Málo se také myslí na to, že existuje psychologický fenomén zvaný „run na banku“. VZP už teď dává léčebnám smlouvy jen na rok. Takto svérázně pochopilo finanční úředitelstvo diskusi o věci se stále vágními obrysy, která by se snad mohla rozběhnout v letech 2014–2020 s dnes těžko predikovatelnými dopady někdy za dvacet let. Aspoň takový byl časový rozměr změn v zemích, které zvolily tuto cestu. Mimochodem, z vyspělých zemí po ní zašly opravdu až do krajnosti jen některé, a to s kontroverzními výsledky.

Druhý aspekt, který může léčebny zahubit dříve, než má podle radikálního názorového křídla přijít jejich čas, jsou lékaři hlasující nohama. Všeobecný pocit, že s těmi léčebnami není něco v pořádku, může zaškrtnit už tak kritický přísun absolutů. Stačí počkat. Tento reformní krok se proto může odehrát samospádem. Výhodou je, že zcela bez nákladů.

Via facti, pod tlakem medializované nouze pacientů, by si situace poté vynutila horečnou improvizaci při hledání náhradních řešení. To dozajista není součástí nárysů žádného z reformních scénářů. Ty uvádějí pořadí událostí právě opačně. Ale snadno se to může vymknout. Žijeme v zemi plně nezamýšlených vedlejších efektů, které mají potenciál měnit dobré úmysly v cestu do pekla a znepokojivě se nám kumulují.

Čili chtě nechtě, osud léčeben je osou, kolem které se to všechno otáčí. Navíc je to jediný prvek, který je i laicky srozumitelný. To-

lik o prosté váze reality, která se v každém druhém vystoupení či mediální zprávě vrací jak třídenní zimnice.

I když bychom vlastně pomalu měli přestat hovořit o psychiatrických léčebnách. Týdeník *Respekt* napsal, že jejich přejmenování na psychiatrické nemocnice je slovičkaření. Není. Je to závažný signál vůle a odhodlání. Vůle k reformě, vyjádření změny ve spektru a způsobu poskytovaných služeb. Většina léčeben se nyní přihlašuje k akutní lůžkové péči, přestože jim to systém nijak extra neusnadňuje. Nechtějí zůstat navždy trčet v neskutečně široce chápané péči následně, jak se letitou tradicí vyvinula její interpretace.

Priorita, ale vedlejší

Konference pořádaná MZ pod názvem „Dialogy o duševním zdraví“ byla rozdělena na dopolední plenární část a odpolední organizované diskusní skupiny podle předurčených jmenových seznamů. V řadě prezentací tu byla vyslovena varování před týmiž riziky, a to nikoli představiteli léčeben, ale zástupcem komunitních služeb. Mimochodem, rozvahou o stejných rizicích obsahují i oficiální ministerské analytické materiály, k nimž se převážně, nikoli však výlučně diskutuje.

Co nepůsobilo moc dobře: Klíčová osoba, náměstek Ženíšek, který měl zahajovat, dorazil pozdě. Plný sál seděl a čekal. Ve svém *entrée* pronesl některá trochu zbytečná *dementi* a znovu velmi pěkně vymezil obecný rámec reformy. Pak bohužel zmizel. Diskusní úsilí tak nabylo lehce kontumačního charakteru. Promítaly se prezentace, padlo plno názorů a argumentů, některé trochu ujeté, jiné vynikající (oboje je užitečné), ale gestor transformace je neslyšel a zakopal tak svou hřívnou.

Tady by naopak bylo bývalo vhodné napnout slechy. Takto se jevílo poněkud obtížným zbavit se představy rachotu hrachu dopadajícího na zeď. K dokreslení se tu snad hodí starý vtíp: V Jeruzalémě se před Zdí nářků denně vždy ve stejnou dobu modlí dva Židé. „Za co se tu voní vlastně furt modlejí?“ zeptá se po měsíci

jeden. „Aby se moje žena uzdravila, kluk přestal fetovat a moje firma nešla *plajte*.“ – „A pomáhá to?“ – „Ne. Je to jako do zdi,“ postěžuje si trpce druhý.

Snad si to pan náměstek alespoň nechal převyprávět. Doufejme, že nezkrlesně. Nepochybně má velmi mnoho dalších povinností, ale toto byla významná akce organizovaná jeho úřadem, a to na téma vyhlášené toutéž institucí jako priorita. Jenže obsah slova *priorita* již dokonale vyprchal. Je to fráze, braná zhusta nadarmo. Poznáte to podle dnes běžných pleonasmů typu *hlavní priorita*. Smíme tedy dovodit, že psychiatrie si ce zůstává prioritou, ale takovou nějakou vedlejší? Nejsem si jist. V době, kdy se potýkáme s celospolečenskou krizí důvěry jako společným jmenovatelem většiny problémů, by nebylo vůbec špatné dodat deklarované prioritě váhu a důraz veřejnou demonstrací osobního postoje. Bylo by to *skutečně chytré*, jak říkala slečna Marplová. *Smysl činů je srozumitelnější než smysl slov*. (skotské přísloví) Škoda promarněné šance. Snad přijdou další...

Denní snění a štábní cvičení?

Co se také nepovedlo: Nepodařilo se zajistit, aby na plénu aktivně pohovořili významní zástupci dalších podstatných institucí, minimálně MPSV a VZP. Počítají tyto subjekty s nějakými změnami? Nejsem si jist. Bez toho by šlo o denní snění či jakousi bojovou hru, štábní cvičení na mapách. Mohlo by to docela dobře připomínat i slavný referát o úmyslu postavit na parkovišti na Malostranském náměstí jezdeckou sochu Járy Cimrmana ve variantě „brod“.

Jak již bylo řečeno, VZP zatím pochopila širokou debatu zaměřenou na středně- až déledobou budoucnost tak, že dala léčebnám jen roční smlouvy. Prognosticky to působí jako slétání se supů nad raněným v pustině. Ten sebou sice ještě cuká, ale sup už ví své. Tohle jsou právě ty okamžiky, které nevzbuzují důvěru ve smířlivá slova o postupnosti procesu, jeho velkém rozložení v čase a otevřeném konci, kdy teprve dnes těžko odhadnutelná praxe ukáže, kolik lůžek bude potřeba, a do té doby budeme mít systém duální. Zní to výborně, ale radši se ještě přepetejte vrátneho ve VZP.

Nedělitelný problém

Aktuální vývoj legislativy také nepočítá s žádným společným, integrovaným zdravotně-sociál-



Náměstek Ženíšek znovu velmi pěkně vymezil obecný rámec reformy. Pak bohužel zmizel. Diskusní úsilí tak nabylo lehce kontumačního charakteru. Padlo plno názorů a argumentů, ale gestor transformace je neslyšel. Snad si to aspoň nechal převyprávět.

| Foto: Leoš Chodura

ním prostorem. Spíše naopak. Nelze ani přijmout zjednodušující představu, že zdravotní péči nahradíme péčí sociální. Zavřít léčebny a hurá do komunit, to by bylo jako zrušit fakultní nemocnice a pacienti odkázat na okresní sociální pracovnice. To je další stěžejní bod k řešení. Jenže – jako vždy a všude – ani zde nehrají roli jen argumenty, ale také zájmy. S čímž je nutno počítat. Každý idealismus by tu vedl jen ke zbytečným zklamáním. Náměstek Ženíšek se mylí, když říká, že sociální služby musí na zdravotní péči navazovat. Prostě navazování by bylo málo. I když při dnešní bídě by nakonec i to byl úspěch. Nikoli však kvalitativní reforma. Nevystihuje to podstatu věci. Cílem nejsou navazující, tedy sukcesivní, ale naopak souběžné, čili paralelní služby. Musejí být poskytovány současně, integrálně a koordinovaně. Znamená to jeden tým, nikoli různé složky. Hledisko zdravotní a sociální musí být považováno za nedělitelný problém. Duševně nemocný by tak měl být pacientem i klientem zároveň.

V diskusi padl trefný dotaz: Kdo je vlastně zadavatelem reformy? Soudím, že jím musí být vláda jako celek, nikoli samotné MZ. Není to z povahy a rozsahu úkolu realistické. Celá věc trpí resorptismem už příliš dlouho. Oni jsou sice do pracovních skupin a strategických výborů různí představitelé jiných sfér nezávazně přizváni, ale domnívám se, že by se měli rovnocenně podílet i na gesce reformy, reprezentováni na vysoké kompetenční úrovni. Chce to nejen účast v debatě, ale také

odpovědnost za výsledek. Reforma psychiatrické péče je stejně zdravotnická jako sociální. A je to finanční problém. Provozní i dotační. A vzdělávací. Takže ministerstvo práce a sociálních věcí, ministerstvo školství, ministerstvo pro místní rozvoj, ministerstvo financí a představitelé zdravotních pojišťoven, toť minimální seznam příslušníků spojeného štábu.

A pak je tu přizemně praktické hledisko, proč by tu MZ nemělo hrát sólový part: Úspěch má vždy mnoho otců, kdežto prohra je beznadějný sirotek. A to všechno na bedrech resortu, který jediný na rozdíl od ostatních jmenovaných přímo nevládne žádnými významnými peněžními toky. Řečeno prostou češtinou: chudý příbuzný. To by nevěstilo nadějný osud celkem dobrých myšlenek. Vnímání reformy jako záležitosti jednoho resortu se může ukázat jako letální.

Tápání v chápání

Odpolední diskuse ve skupinách byly zajímavé. Z té, které jsem se zúčastnil, jsem nabyl dojmu, že tu panuje plno dobré vůle, u některých účastníků i notný kus idealismu, leč nemalý chaos v základních pojmech a představách. Táž slova pro různé obsahy, tápání v chápání i dost odlišné akcenty. V tomto smyslu ještě nejsme ani v nultém ročníku reformy. Diskuse se zkusmo, formou okamžitých nápadů, dokonce vracela k věcem, které byly v dostupných materiálech již jakž takž vyjasněny.

Vše se točí kolem hypotetického center duševního zdraví (CDZ),

zhruba jedno na každý okres. Což je vskutku závratná ambice. Ptáte se, co to je? Zatím jen jméno. Někdo si je představuje jako místo první psychiatrické pomoci, jiný jako jakousi psychiatrii *light*, kde návštěva nebude až tak stigmatizující. Obsahem by bylo poradenství, mimo jiné na téma, zda zajít či nezařít přímo k psychiatrovi do normální ambulance. Jakýsi specifický *gatekeeping*. Jako když optik poradí, zda je třeba navštívit oftalmologa.

Tenhle nápad byl kuriózně zdůvodněn dlouhými objednávkami dobami do ambulancí. Jenže tím se nic neřeší. Jen baron Prášil dokázal vytáhnout sám sebe za vlasy z bažiny. Kde se vezme ta masa dalšího personálu, když už nyní chybí ten standardní? Myslím bez předchozího rozpuštění léčeben. Zvláště pokud by takové centrum mělo fungovat 24 hodin 7 dní v týdnu. Nebo to bude tak neodolatelně atraktivní, že se všichni pohnou, div si hnáty nepřerazí? To pochybuji.

Někdo si zase představuje, že to bude obsazeno hlavně sestersky. Pak ale narážíme na kompetence k hodnocení rizik akutního pacienta a tím i k rozhodování, to jest s nevyhnutelným dopadem

Inzerce A131006199

na možnou trestní odpovědnost. Jiný tu vidí hlavně extramurální péči o chroniky, tedy dnešní podobu zárodků komunitní péče. To mi přišlo mnohem reálnější. Existující demoverze průkazně fungují. V malém, omezeně, ale nepochybně jsou tady.

Důležité bude zajistit jim existenční a finanční rámec. To je další velké téma k řešení. Mají-li být jedním z pilířů systému, jemuž bude svěřen osud dlouhodobých pacientů, nemohou záviset na každoročním úmorném psaní projektů, doprošování se a dobré vůli úředníků na krajích či magistrátech. Když dojdou peníze, dobrá vůle či slohová potence, náhle zmizí tu hospic, tu *drop-in*, jinde denní stacionář či chráněné bydlení. To známe. Jednodenní téma pro média a šmytec, odpočívej v pokoji. Na tomhle základě žádný pilíř stát nebude, ani při denním zalévání Viagrou.

Kriminální spisy místo dotačních programů

Samostatnou kapitolou je oněch pověstných šest bruselských miliard na transformační náklady. On jimi totiž nebude – pokud budou – vládnout organizátor transformace. Řízení a jeho nástroje se zase nesejdou v jedněch ru-

kách. To je neměnný osud zdravotnictví. Eura se mají rozkutálet do jednotlivých regionálních operačních programů (tj. Praha jako by byla vyloučena). Hledat je tam může být nadlidský úkol. Co třeba takový mediálně zlopočestný ROP Severozápad, který je spíš názvem kriminálního vyšetřovacího spisu než dotačního programu?

Část peněz pak má přijít jako tematický program z Evropského fondu pro regionální rozvoj (ERDF), kapitola „Vzdělávání pro konkurenceschopnost“. Což mi nezní úplně jako to, oč tu běží. Kupodivu není zmíněn Evropský sociální fond (ESF), který obsahuje přílehavý titul „Začleňování sociálně vyloučených do společnosti“. Ale možná jsem vedle jak tak jedle. Na tuhle šarádu jsou jistě specialisté. Snažil jsem se do toho aspoň orientačně proniknout, leč srozumitelnost bruselský přeložené do českého administrativního *newspeaku* není bohužel valná. Než se prokoušete všemi těmi *komparacemi* *implementace*, chytne vás z toho migréna a stejně máte pořádku pocit, že vám to podstatně uniká. Asi jako při lehké společenské konverzaci s afatikem ve svahilštině.

PRVNÍ ROČNÍK MULTIZÁNROVÉHO FESTIVALU LÉKAŘŮ – UMĚLCŮ

DOKTORFEST

VSTUP ZDARMA 2013

Písecká brána, K Brusce 5, Praha - Hradčany

24. 5. HUDEBNÍ VARIACE POEZIE
VERNISÁŽ – VÝSTAVY UMĚLECKÝCH DĚL

25. 5. LAZARETH BÍLÁ NEMOC
STATUS 3 DICK´O BRASS
IMRAN ZANGI & BRATŘI V RYTMU
B.LUES ŠKOLENÍ SESTER
THE VILLAINS
KOKEŠ JAZZ TRIO
DĚDOVA MÍZA
S. D. R.

www.doktorfest.cz





Nemocnice stárne **už na papíře**

Text a foto:
Martina Rehořová

„Práce architekta spočívá v možnosti vytvořit prostředí pro humanizaci léčby, přistoupit k pacientovi jako k bytosti, která přemýšlí, cítí a má i nějaké potřeby vyšší, než je pouhý léčebný zákrok. To považuji za přínos architektury dnešní medicíně,“ říká **doc. Ing. arch. Karel Fořtl, CSc.**, z Fakulty architektury ČVUT, který učí mladé architektky stavět zdravotnické stavby.

Tvrdíte, že zdravotnické stavby patří mezi vůbec nejnáročnější architektonické oblasti. Proč?

Jsou to z provozního hlediska velice složité stavby. Figuruje v nich mnoho souběžných požadavků. Do středověku byl pacient stacionární jednotka, dnes se převládá na specializovaná vyšetření. V nemocnici se nám proto pohybují pacienti na lůžku, ošetřující personál, návštěvy, do toho se dopravuje pětkrát denně jídlo, zdravotnický materiál, odpady, chorobopisy a tak dále. V klasické krajské nebo okresní

nemocnici bylo tohle všechno vedeno na úrovni terénu. V moderních nemocnicích se snažíme jednotlivé způsoby dopravy segregovat, aby nedocházelo ke kolizím. Pokud rychlá záchraná služba jede na urgentní příjem, nesmějí jí cestou překážet kolony vozidel. Samostatný vjezd má hospodářská část nemocnice, kudy přichází veškeré zásobování a současně se odváží odpad, případně prádlo, pokud nemocnice nemá vlastní spalovnu a prádelnu. Vedle těchto požadavků technické povahy je potřeba pod-

pořít vztah pacienta a ošetřujícího personálu. Když jsme dali sestrám na lůžkových stanicích krokoměry, ukázalo se, že za směnu kolikrát nachodí i pětadvacet kilometrů. Od personálu, který je ubíhaný, nemůžeme čekat velkou empatii. Je na nás, abychom jim kvalitním uspořádáním nemocnice ušetřili zbytečnou námahu.

Mají nemocnice nějaká národní specifika? Jsou české nemocnice jiné než třeba anglické či finské?

Z provozního hlediska jsou si ve-

lice podobné. Lůžková jednotka či ošetrovatelská stanice má všude na světě kolem třiceti lůžek. I její organizace je stejná – například z požárních důvodů musí mít únikové cesty do obou stran, takže na obou stranách najdete schodiště.

Nemocnice jsou dobře čitelné budovy a řekl bych, že ve vyspělých zemích jsou v základních znacích stejné. Rozdíly spočívají spíše ve vybavení, barevnosti nebo materiálu.

Lze říci, že nemocnice, jejich stav a úroveň, odrážejí někte-

ré obecné charakteristiky společnosti?

Obecně se říká, že architektura je obrazem společnosti. Zde to samozřejmě platí také. Zejména z hlediska vybavení a míry přizpůsobení nejnovějšímu rozvoji medicíny, protože to bezprostředně závisí na finančních možnostech. Společnost, která si více hledí svých nemocnic a jejich kvality, je rozhodně vyspělejší.

Dokumentovat to lze na první republice, kdy se postavila většina krajských a okresních nemocnic, které slouží dosud. Tehdy jsme

PŘEDSTAVUJEME PLUS

měli tak vyspělé zdravotní pojiš-
tovnictví, jaké USA a jiné státy
nemají dodnes. Podle výstavby
nemocnic, která byla v té době
opravdu na vysoké úrovni, lze vi-
dět, že první republika měla v té
oblasti jasné cíle.

Jakou úroveň má česká nemoc- niční architektura ve srovnání se světem?

Máme velmi zdařilé realizace
právě z období první republiky.
Jsou to zejména funkcionalistické
stavby. Krásná je například
Dětská nemocnice v Brně od ar-
chitekta Bedřicha Rozehnalova ne-
bo realizace architektů Čermáka
a Paula, Adámka či Kozáka.

Ale kvalita nemocnic byla do jisté
míry sledovaná i za minulého
režimu. Mnoho zajímavých
staveb vzniklo po válce na Slo-
vensku, kam byl za trest přelo-
žen český architekt Gustav Paul
a vychoval tam generaci vynika-
jících zdravotnických architektů.
V té době šla na Slovensko polovi-
na státního rozpočtu, takže byly
peníze na realizaci. Nemocnice
v Banskej Bystrici nebo Košicích
jsou myslím provozně i architek-
tonicky srovnatelné s tím, co se
tehdy stavělo na západě.

Naše zdravotní architektura by-
la kvalitativně lepší než ve zby-
tku socialistického bloku. Téměř
výhradní monopol na projekto-
vání nemocničních staveb v Čes-
koslovensku měl do roku 1989
specializovaný projektový ústav
– Zdravoprojekt. Mělo to ale i vý-
hody, protože díky tomu tehdy
zdravotnické stavby kreslili vět-
šinou lidé, kteří opravdu vědě-
li, co kreslí.

Dnes už tomu tak není?

Dnes, kdy pro architektury není
práce, hrozí nebezpečí, že si na
podobný úkol troufne i člověk,
který se zdravotnické problematice
dosud nevěnoval. Udělat projekt
nemocnice ale znamená mít
k dispozici mnoho specialistů
a spolupracovníků. Když něco
nefunguje, zjistí se to až po uvedení
do provozu a bývá velmi kompli-
kované vadu odstranit. Nedávno
například kolegové odstraňovali
problémy v náchodské nemocnici
a téměř to nebylo možné.

Jaké jsou české nemocnice? Co je jejich hlavní nedostatek z hlediska architektury?

Většina prvorepublikových ne-
mocnic byla postavena takzva-
ným pavilonovým systémem,
kdy jsou na určitém pozemku
rozmístěny jednotlivé budovy
rozdělené podle medicínských
oborů. Běžný pavilon tehdy za-
hrnoval i vlastní komplementár-

ní část, tedy vyšetřovací a léčeb-
né zázemí.

Názor na organizační uspořádání
nemocnic se však měnil. Nej-
dříve přišla doba, kdy se začalo
tvrdit, že všechno, co lze, má být
centralizováno, v současné době
se zase předpokládá, že je třeba
centralizovat jen to, co je nutné.
V naší realitě se jedná především
právě o rekonstrukci a přestavbu
prvorepublikových pavilonových
nemocnic. Většinou se doplní no-
vý komplementární pavilon a re-
strukturalizuje se vnitroustavní
doprava.

Jedním z prvních příkladů je re-
konstrukce nemocnice v Ostravě-
Fifejždách. Pavilony jsou propo-
jeny v prvním nadzemním pod-
laží a nákladní doprava se přesu-
nula do podzemí. Rekonstrukce
a dostavba stávajících nemocnic
bude i v budoucnu hlavním po-
žadavkem na architektury zdra-
votnických staveb.

Mají takovou schopnost při- způsobení i nemocnice z poz- dější doby?

Ve druhé polovině 20. století se
od pavilonového systému postup-
ně přecházelo k systému mono-
bloků, který vznikl v USA. U nás
moc monoblokových nemocnic
nemáme – v Praze jen Motol, jin-
ak to byly spíš ty nově postavené
nemocnice na Slovensku.

Ukázalo se, že mají řadu záva-
žných nedostatků. Především by-
ly energeticky nesmírně náročné.
Aby mohla velká monobloková
nemocnice fungovat, bylo třeba
udržovat mnoho klimatizova-
ných prostorů a výškových výta-
hů. Kdyby došlo k odpojení elek-
triny, na náhradní zdroj by se jen
dooperovalo a pak mohli nemoc-
níci zavřít. Kompaktnost systé-
mu s sebou nese také hygienická
rizika.

Diskutovalo se i o dalších aspek-
tech, určitou roli hrál třeba ne-
blahý psychický dopad na paci-
enty a personál, lidé si v takovém
zařízení připadali jako součást-
ka v ohromném odosobněném
stroji. Ale definitivní ránu da-
la monoblokovým nemocnicím
energetická krize. Dnes z hledis-
ka organizace ošetřování upřed-
nostňujeme multiblokový či
polyblokovaný systém, který vyu-
žívá výhody obou předchozích
uspořádání, tedy pavilonového
i monoblokového.

Moderní zdravotnické zaříze- ní je trvale se rozvíjející orga- nismus. Co to pro architektu znamená?

Nemocnice stárne už na papí-
ře, v době projektu. Zdravotnic-
ká technologie se obnovuje kaž-

dé 2 až 3 roky. Monobloky, jež se
stavěly i deset let, nebyly schop-
né udržet krok s rozvojem medicí-
ny ani do svého provozování. Po-
slední velký monoblok, který se
stavěl ve Vídni, po dostavbě ještě
asi čtyři roky uváděli do provozu.
Zdlouhavost byla dalším důvo-
dem, proč se od monoblokového
systému výstavby upustilo.

Obecně lze ale říci, že lůžková jed-
notka, pokud je z hlediska provo-
zu a skladby dobře navržena, má
poměrně velkou trvalost. Když
se podaří dobře vybavit pokoje,
správně založit hygienické záze-
mí a vyřešit komunikační napo-
jení na ostatní složky, je to svým
způsobem něco jako hotel a žád-
né razantní zásahy nebývají nut-
né. U vyšetřovacího a léčebného
komplementu je ovšem potřeba
mít vnitřní flexibilitu, protože
existuje předpoklad, že tyto
části se budou měnit. S budoucí-
mi změnami se musí počítat už
v konstrukci objektu, která musí
vnitřní přestavby umožnit.

Které změny máte na mysli?

V dnešní době jsou to především
změny diagnostických a léčeb-
ných přístrojů, které jsou důsled-
kem pokroku v medicíně a sou-
visejících vědních disciplínách,
fyzikálních i přírodovědných.
Například radiodiagnostika se
výrazně proměnila s nástupem
nových technologií, jako je po-
čítačová tomografie a magnetická
rezonance, včetně skenování
obrazu.

Také se automatizuje laborator-
ní vyšetření – dřív měla každá ne-
mocnice velkou laboratorní část,
pak se ale objevily automatické
analýzéry a další přístroje a úpl-
ně se změnila prostorové náro-
ky na tuto činnost. Například
nemocnice v Heidelbergu posílá
všechny vzorky potrubní poš-
tou do objektu rekonstruovaného
z bývalých garáží, kde se automa-
ticky zpracovávají.

Tím se ve vlastních nemocni-
čních objektech uvolnily poměrně
velké kapacity, jež lze využít pro
nové léčebné metody, například
v chirurgii spojené s jednodenní
hospitalizací, tedy pro minimál-
ně invazivní metody endoskopické
a laparoskopické operativy, jež
méně zatěžují organismus paci-
enta a zkracují dobu léčení. Pro
architekta to znamená, že těmto
metodám musí vytvořit staveb-
ně-technické zázemí a navázat je
na provoz nemocnice.

**Stavební strukturu nemocnic
v minulosti mnohokrát ovlivni-
ly vědecké teorie a objevy, na-
mátkou třeba anestezie, labo-
ratorní a zobrazovací metody,**

ozařování... Která otázka zkou- maná současnými vědci má podle vás do budoucna potenci- ál zásadně změnit vnitřní uspo- řádání zdravotnické stavby?

Asi největší pokrok, na který do-
sud čekáme, by mohly přinést vý-
sledky z genetiky a molekulární
biologie. Pokud se splní nadě-
je vkládané do těchto výzkumů,
změní se možná systém ošetřo-
vání nemocných a léčby vůbec.
V případě, že se začnou používat
kmenové buňky a bude možné or-
gány buď vypěstovat mimo tělo,
nebo léčit v těle touto metodou,
odpadne velká část tradičních zá-
kroků interní medicíny i chirur-
gie. To by bezpochyby přineslo
změny ve vnitřní struktuře zdra-
votnických budov.

Nemocniční budova staršího data může dojít do fáze, kdy již její funkčnost nebude dosta- čovat k modernímu výkonu lé- kařské péče. Co potom s tím?

Když se vyčerpá vnitřní flexibi-
lita, buď musí být možnost ne-
mocnici některým směrem při-
stavět, nebo se prostě bude muset
postavit nová. U nás takovou ra-
zantní asanaci neznám, ale v za-
hraničí je řada příkladů, kde k to-

mu došlo: Norimberk, Drážďany,
Karlsruhe...

Část odborné veřejnosti říká, že
nemocnice se má po dvaceti le-
tech celá přejet buldozerem a po-
stavit znovu. S tím nesouhlasím,
znám renesanční i barokní ne-
mocnice, které dodnes úspěš-
ně fungují – vezměme napří-
klad pražskou divizní nemocnici
na Karlově náměstí. Myslím, že
i ve starých objektech se dá do-
sáhnout modernizace, ač jen do
určité míry.

Jak se mění nároky na architek- ta a architekturu ve zdra- votnictví?

Hodně se hovoří o humanizaci
zdravotnických staveb. Už není
všechno bílé, všichni nenosí bí-
lé pláště, vybavení není jedno-
barevné. Také vnímám zřetel-
nou snahu co nejvíce přiblížit
společné prostory civilnímu pro-
středí. V zahraničí v tomto směru
existují zajímavé kulturní reali-
zace. Například nemocnice Nor-
imberk Jih je kobercová zástavba
s vnitřními atrií a s krytou uli-
cí, kde sídlí prodejny, trafika či
knihovna.

Taková vybavenost v nemocni-
cích dřív nebyla a pacienti, kteří



Část odborné veřejnosti
tvrdí, že nemocnice se
má po dvaceti letech
celá přejet buldozerem.

PŘEDSTAVUJEME PLUS



nemusejí ležet, to dost využívají. Jiným příkladem je dětská nemocnice L'hôpital universitaire Robert-Debré v Paříži, která mimochodem stojí také na ploše po asanaci starého nemocničního areálu a jejíž vnitřní prostory zahrnují i dětská hřiště. Stírá se institucionalizace, nemocnice už není tak neosobní.

Jedním z relativně nových prvků, s nimiž musí moderní zdravotnická architektura počítat, je hrozba teroristického útoku. Jak se projevila v práci architektů?

Teroristický útok na monoblockovou nemocnici by měl bezpochy-

by velmi ničivé následky. Kdyby studená válka kdysi přešla v horkou, monoblockové stavby by byly daleko citlivější. I to patřilo mezi důvody, proč se od tohoto systému upustilo. U pavilonových nemocnic by s největší pravděpodobností došlo k destrukci jen určité budovy.

Bezpečnostní hledisko se dnes projevuje například v ochraně vstupů na lůžkové jednotky, které jsou kontrolované a zabraňují vstupu nežádoucích osob. Standardem je vstup osazený zvonkem, aby sestra na stanovišti měla možnost si přes kameru návštěvníka prohlédnout nebo s ním promluvit, než jej pustí na oddělení.

Dnešní doba je vlastně spíše dobou rušení nemocnic. Mají vaši studenti vůbec perspektivu, že jejich návrhy nezůstanou jen na papíře?

S vývojem medicíny se výrazně zkracuje délka hospitalizace, to je fakt. Všude ve vyspělém světě se také objevují tendence omezit pobyt v nemocnici na diagnostiku a zákrok, ale doléčení směřovat k domácí péči pod dohledem dojíždějícího kvalifikovaného týmu. Potřeba standardních lůžek ve zdravotnických zařízeních se snižuje.

Navíc u nás máme od první republiky poměrně dobře stabilizovanou síť nemocnic. Poslední nová

nemocnice na zelené louce vznikla v Domažlicích, je dílem architektů Dandy a Kovaříka a myslím si, že další hned tak nebude.

Mojí studenti tak pravděpodobně nebudou mít podobnou šanci, jakou dostal před válkou třeba architekt Rozeňhal. Ale zdravotnická zařízení musejí trvale regenerovat a neustále dohánějí vývoj medicíny. A v té revitalizaci nemocničních souborů je architektury také dost. Z nedávné doby můžeme vzpomenout třeba na dostavbu nemocnic v Hradci Králové, Kladně nebo Mladé Boleslavi. To jsou z architektonického hlediska zdařilé realizace ateliéru DOMY.

Jak získává architekt představa o tom, co lékař k práci potřebuje? Jaké zdroje informací o medicíně používáte?

Architekt by především měl mít dostatek zkušeností z oboru zdravotnických staveb. Dále je možné čerpat z literatury a z analýzy nových realizací, samozřejmě jsou nutné konzultace s příslušnými vedoucími lékaři. Zásadní je poučit se z chyb, které se objevily u předchozích staveb. Je zajímavé, že řadu velmi důležitých informací, především z provozu lůžkových jednotek, je možné získat od vrchních sester.

V architektuře se někdy stává, že uživatel stavby je rukojmím architektonické vize – stručně řečeno atraktivní, ale nepraktické. Stává se to i v oboru zdravotnických staveb?

Bylo by hrozné, kdyby se to mě-

lo stát. Žádný fatální příklad nastěší neznám. Řekl bych, že architekti, kteří kreslí nemocnice, nemohou být exhibicionisté.

Zůstává architektura pouze v závěsu za vývojem medicíny, tedy reaguje zpětně na nové požadavky zdravotnictví, nebo sama také lékařství ovlivnila?

Podle mé zkušenosti architektura medicínu vždy dohání, protože ten rozvoj je nesmírně rychlý. Práce architekta spočívá spíše v možnosti vytvořit ono prostředí pro humanizaci léčby, přistoupit k pacientovi jako k biosociální jednotce, která přemýšlí, cítí a má i nějaké potřeby vyšší, než je pouhý léčebný zákrok. To považuji za přínos architektury dnešní medicíny.

Jaké jsou trendy do budoucna? Kam se podle vás nemocnice budou dále vyvíjet?

Předpokládám, že obecně se budou vyvíjet k multiblokovým dispozicím, které mají kompaktnější půdorysy. Výškové stavby už se kvůli ztrátě horizontu nedělají, objekty lůžkových zařízení se stavějí do výšky pěti pater, aby byly ještě čitelné koruny stromů. Vede k tomu ohled na psychickou kondici pacientů i personálu.

Myslím si, že vývoj bude směřovat k dalšímu zcivilnění a možná i ke zmíněnému rozdělení na diagnostiku, zákrok a domácí doléčovací péči, protože se ukazuje, že pokud je pacient bez komplikací, v domácím prostředí se ve statisticky významném počtu případů uzdraví rychleji.

Inzerce A131001476

SIRUP STODAL

šetrná přírodní léčba kašle



BOIRON

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

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

Uděleny pamětní medaile UK za zásluhy o rozvoj lékařských věd

Rektor UK profesor Václav Hampl předal 25. dubna pamětní medaile třem významným osobnostem působícím na Univerzitě Karlově. Zlatou medaili převzal profesor Vladimír Bencko, stříbrné medaile profesor Jan Borovanský a docent Ivan Matouš-Malbohan.

Děkan 1. lékařské fakulty UK profesor Aleksi Šedo navrhl ocenit tyto tři osobnosti u příležitosti jejich významného životního jubilea. Vyzdvihl navíc, že jejich práce a vědecká činnost je uznávána v České republice i v zahraničí a přispívají tak k rozvoji a šíření dobrého jména Univerzity Karlovy.

Držitel nejvyššího ocenění Prof. MUDr. Vladimír Bencko, DrSc., obdržel ocenění za zásluhy o rozvoj lékařských věd v oboru hygieny a epidemiologie. Od roku 1990 do současnosti působí na 1. lékařské fakultě UK, do roku 2008 zastával funkci přednosty Ústavu hygieny a epidemiologie 1. LF UK a VFN v Praze. Je členem

řady významných profesních společností jak v České republice, tak i v zahraničí. Zasedá ve Vědecké radě 1. LF UK. Od roku 1995 je konzultantem NATO Committee for Challenges to Modern Society (CCMS). Je také zástupcem České republiky ve stálém výboru European Medical Research Councils pod European Science Foundation se sídlem ve Štrasburku a poradcem WHO.

Medaile do oblasti chemie a biochemie

Prof. MUDr. Jan Borovanský, CSc., byl oceněn za zásluhy o rozvoj lékařských věd v oboru biochemie. Od roku 2012 zasedá ve Vědecké radě 1. LF UK. Je členem Českého národního komitétu pro

biochemii, České společnosti pro biochemii a molekulární biologii, Federace evropských biochemických společností, Dermatovenerologické společnosti ČLS JEP a Společnosti klinické biochemie ČLS JEP. Jako první zástupce ze země bývalého východního bloku byl v roce 1990 zvolen do výboru. European Society for Pigment Cell Research. Profesor Borovanský také organizoval dva její pražské kongresy. Od roku 2003 je členem The Quintox Group, britsko-nizozemsko-českého sdružení vědců zabývajících se využitím toxicity chinonů pro terapii maligního melanomu. Medaile za zásluhy v oboru lékař-



Profesor Vladimír Bencko přebírá ocenění z rukou rektora UK profesora Václava Hampla. | Foto: archiv UK

ské chemie a biochemie náleží také **doc. MUDr. Ivanu Matoušovi-Malbohanovi, CSc.** Od roku 1995 je členem Evropské pracovní skupiny pro nádorové markery a International Society for Oncodevelopmental Biology and

Medicine (ISOBM). Od počátku byl zapojen do budování českého systému externí kontroly kvality pro oblast nádorových markerů a vyhledávání vrozených vývojových vad.

(ii)

Pozvánka na Letovice Care 2013

Vědecký sekretář koloproktologické sekce České chirurgické společnosti ČLS JEP doc. MUDr. Tomáš Skříčka, CSc., a ředitelka Nemocnice Milosrdných bratří Letovice MUDr. Drahoslava Královcová vás zvou na kongres s mezinárodní účastí Letovice Care.

Letošní již 4. ročník se koná 31. 5. – 1. 6., tradičně v kulturním domě Městského kulturního střediska v Letovicích. Pořadatelé jsou Petřivalského nadace, NMB Letovice, koloproktologická sekce České chirurgické společnosti ČLS JEP, Česká asociace sester, město Letovice, OS ČLK Blansko, LF MU Brno a zahraniční nadace Fondazione Rosa Gallo. Akce, která je určena lékařům a sestřím, se koná pod záštitou hejtmána Jihomoravského kraje JUDr. Michala Haška. Kromě všeobecné

části, věnované především geriatrické problematice, budou na programu témata „Koloproktologie“ a „Stomie a stomici“. Kontakty pro chirurgy: doc. MUDr. Tomáš Skříčka, CSc., tel.: 602 555 056, e-mail: t.skricka@gmail.com; pro nechirurgické obory: MUDr. Drahoslava Královcová, tel.: 604 301 458, e-mail: kralovcova@nmbletovice.cz; pro sestry: Emílie Portlová, e-mail: portlova@nmbletovice.cz. Více informací: www.letovicecare.cz (eta)

Pozvánka na Doktorfest 2013

I. ročník multižánrového festivalu lékařů-umělců proběhne 24. a 25. května v Praze.

Multižánrový festival lékařek a lékařů, kteří se vedle své profese věnují i umění, pořádá společnost Taktum ve spolupráci s městskou částí Praha 6. Připravena je výstava obrazů a fotografií, autorské čtení a přehlídka hudebních skupin, od klasiky přes

jazz, rock, blues až po punk. Místem konání je Písecká brána (K Brusce 5, Praha 6). Termín konání Doktorfestu 2013 je pátek 24. 5. od 18 hodin a sobota 25. 5. od 11 hodin. Program a bližší informace: www.taktum.cz (red)

Prezentace nové knihy Radkina Honzáka

Prezentace a autogramiáda nové knížky Radkina Honzáka „Jak žít a vyhnout se syndromu vyhoření“ proběhla 16. dubna v literární kavárně pražského knihkupectví Academia.



Foto: Leos Chodura

Psychiatr, spisovatel, fejetonista a jeden z kmenových autorů našich novin napsal knížku pro lidi, kteří mají pocit, že žijí pod silným tlakem stresorů a mohli by se poměrně snadno stát kandidáty vyhoření.

„Pokud jste se ocitli v situaci, že plameny vašeho nadšení už hod-

lají strávit vás, je nezbytná nějaká změna. A jediné, co můžete změnit, jste vy samotní. To je blbě! A těžké! Ale je to jediné skutečně účinné řešení a stojí za to – v každém věku!“ říká autor. Jeho nová publikace vyšla v nakladatelství Vyšehrad.

(red)

Bezplatná poradenská linka pro těžce nemocné a jejich blízké

Nadační fond Umění doprovázet zahájil provoz nové poradenské linky pro pacienty, kteří trpí nevyléčitelným onemocněním, jejich rodiny a blízké. Pracovníci poradny jim poskytnou podporu a informace o službách v hospicové, sociální i zdravotní oblasti.

Poradna poskytuje informace o dostupnosti hospicové paliativní péče v místě bydliště klienta, podmínkách pro péči o rodinného příslušníka doma, možnosti zapůjčení zdravotních a kompenzačních pomůcek. Klienti získají informace také o návazných zdravotně-sociálních službách vhodných pro terminálně nemocné, sociálních dávkách a příspěvcích v nepří-

znivé sociální situaci nemocného. Pracovníci poradny jsou připraveni poskytnout podporu nemocným, jejich rodinám a blízkým (pečujícím), zprostředkují psychologickou i duchovní pomoc.

Služeb poradny mohou využít rovněž odborníci ze zdravotních a sociálních služeb a zástupci obcí či státní správy. Poradenství je poskytováno

bezplatně a anonymně uživatelům z celé České republiky. Klient může kontaktovat pracovníky poradny na tel. 604 414 346 nebo e-mailem: poradna@umenidoprovazet.cz. Po předchozí domluvě lze poradnu navštívit i osobně, a to na adrese její kanceláře (Havlíčková 1055, 271 01 Nové Strašecí).

(red)

Ještě přesnější dětská neuro-mikrochirurgie

Fakultní nemocnice Brno získala díky nadačnímu fondu Kolečko téměř čtvrt milionu korun na nákup sady nástrojů pro dětskou neuro-mikrochirurgii.

Díky finančním prostředkům z veřejné sbírky, na kterou přispěli stálí sponzoři nadačního fondu Kolečko i drobní přispěvatelé pravidelnými i jednotlivými částkami, bylo pro dětskou neu-

rochirurgii Kliniky dětské chirurgie, ortopedie a traumatologie LF MU a FN Brno zakoupeno nové operační instrumentarium. Špičkové instrumentarium je používáno při operacích nádoru

mozku a míchy, vrozených vad malých dětí (např. myelomeningokéla, Chiariho malformace) či při operacích periferních nervů.

Zvyšování kvality péče o dětské pacienty bude ve druhé polovině letošního roku završeno získáním bezrámové navigace na neurochirurgický operační sál.



(red) Foto: archiv FN Brno

Návštěva na Dětské klinice LF UP a FN Olomouc

V polovině dubna navštívili Dětskou kliniku LF UP a FN Olomouc zástupci nadace pro výzkum rakoviny „Rakovina věc veřejná“, spolu s patronkou nadace Vladkou Erbovou.

Modelka Vladka Erbová přijela do Olomouce již počtvrté podpořit nemocné děti, které se léčí na tamní dětské klinice. Návštěva s sebou přivezla vybavení pro nejmenší pacienty v kojeneckém věku a také nejrůznější pomůcky pro jejich maminky, mezi kterými nechyběly kojenecké lahve, ohříváče mléka, kojící polštáře nebo pře-

balovací podložky. Klinika dostala nový dětský kočárek a také digitální váhu pro kojence. Vladka Erbová je sama maminkou na plný úvazek, doma má ročního syna Markuse a sedmiletou dceru Viktorii. Společně se svým partnerem, fotbalistou Tomášem Řepkou, podporuje nadaci pro výzkum rakoviny od roku 2009.

(red)



Sestry hematologického oddělení Dětské kliniky LF UP a FN Olomouc, Vladka Erbová, přednostka kliniky profesor Vladimír Mihál a ředitelka nadace Renata Grmolenská. | Foto: archiv FN Olomouc

Stan proti melanomu

Letošní již sedmý ročník vyšetřovacího a edukačního projektu „Stan proti melanomu“ se bude konat ještě v Brně, Ostravě a Hradci Králové.



V Praze již akce úspěšně proběhla, nyní se pacienti ještě mohou nechat zdarma vyšetřit v Brně na náměstí Svobody (6. 5.), v ostravském Shopping parku Avion (13. 5.) a v Hradci Králové, kde v planetáriu letošní turné stanu 15. 5. skončí.

Další informace:
www.melanom.cz

(red)

Poděkování dárcům kostní dřeně

26. dubna byli v rámci slavnostního večera v pražském Obecním domě oceněni nepřibuzenští dárci kostní dřeně za rok 2012 a partneři Nadace pro transplantace kostní dřeně.

Akci pořádají Nadace pro transplantace kostní dřeně a Český národní registr dárců dřeně (ČNRDD) se sídlem v Plzni. Ocenění byli dobrovolníci, kteří v loňském roce neznámému nemocnému darovali krvetvorné buňky z kostní dřeně a tím mu zachránili život.

V letošním roce bylo oceněno 30 dárců, 27 z nich si cenu převzalo osobně. Ceny předal patron nadace kardinál Miloslav Vlk. Zvláštní cenu Adolfa Borna, která se udílí za mimořádný počin ve prospěch nadace a ČNRDD, letos obdržel rotný Tomáš Johanides za sérii fotografií z Afghánistánu pro výstavu „Armáda dává naději“. Upomínka nadace byla udělena majorce Jolaně Fedorkové.

Výjimka z anonymity

Jako každý rok i letos nadace učinila výjimku z anonymity a umožnila osobní setkání vyléče-

ného pacienta a jeho dárce kostní dřeně. Tak se 10 let po transplantaci poprvé viděly pacientka Jitka Severová z Brna a dárcyně Mgr. Jana Lukešová z Chebu. Mezi oceněnými byl rovněž vedoucí lékář lůžkového úseku oddělení

ARO Oblastní nemocnice Rychnov nad Kněžnou MUDr. Pavel Rous.

(Tématu se podrobněji věnujeme v rubrice Zajímavé pracoviště na stranách 24 a 25.)

(eta)



Jana Lukešová a Jitka Severová s kardinálem Vlkem. | Foto: archiv ČNRDD

Probíhá výtvarná soutěž pro děti

Říčanská nemocnice vyhlásila výtvarnou soutěž pro děti. Zaslát nebo donést mohou své obrázky na témata „Povolání lékaře“ a „Povolání sestry“ děti ve věku od 6 do 15 let. Uzávěrka je 31. května.

„Rádi bychom prostřednictvím soutěže přiměli děti k zamýšlení nad tím, co práce lékařů a zdravotních sester obnáší a jak si ji představují. Zároveň se těšíme, že nejlepšími pracemi vyzdobíme areál nemocni-

ce,“ uvedl ředitel říčanské nemocnice MUDr. Radek Cabrnach.

Porota složená především ze zástupců nemocnice a říčanské základní umělecké školy během června vybere nejlepší práci, jejíž

autor získá iPad mini. Bližší informace o pravidlech soutěže a adrese pro zaslání prací naleznete na webových stránkách Nemocnice Říčany:

www.nemocnice-ricany.cz (red)

Kolečko podpořilo dětskou kliniku v Krči

Linda Rybová, patronka a členka správní rady nadačního fondu Kolečko, 17. dubna otevřela nově zrekonstruované rehabilitační centrum a předala Klinice dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a Thomayerovy nemocnice léčebné pomůcky a vybavení v hodnotě 230 tisíc korun.

Díky rekonstrukci v ceně 350 tisíc korun je nové rehabilitační centrum lépe přizpůsobeno potřebám malých pacientů. Moderní vybavení pro dětskou kliniku jim zase pomůže k rychlejšímu návratu do plnohodnotného života. „Pořídít toto vybavení nám umožnil dar společnosti AIG, která Kolečku věnovala kolekci 150 grafických listů Jiřího Slívy. Výtěžek z pro-

deje společně se sponzorským darem ve výši 150 tisíc korun činí v této chvíli více než 230 tisíc korun,“ uvedla předsedkyně správní rady nadačního fondu Kolečko Linda Jandová a dodala, že některé grafické listy jsou stále ještě k dispozici.

V Krči letos došlo i na stavební úpravy a rekonstrukci tělocvičny rehabilitačního centra v ceně 175

tisíc korun. To bylo navíc doplněno také přístroji v hodnotě 175 tisíc korun. Úprava rehabilitace byla pořízena z prostředků věnovaných především generálním partnerem Apotex a společností Amway. Apotex Kolečku přispívá dvěma korunami z každého prodaného balení své prémiové řady doplňků stravy.



Zleva přednosta kliniky profesor Petr Havránek, Linda Rybová, Linda Jandová a náměstek ministra zdravotnictví Martin Plíšek. | Foto: Bison & Rose

FN Olomouc navštívil poslanecký výbor pro zdravotnictví

Členové Výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny PČR, kteří se účastnili tří denního výjezdního zasedání v Olomouckém kraji, navštívili 25. dubna také Fakultní nemocnici Olomouc.

Ředitel zdravotnického zařízení doc. MUDr. Roman Havlík, Ph.D., jim během tříhodinové návštěvy představil některé významné projekty, které chce nemocnice v nejbližších letech realizovat. Poslanci rovněž prohlédli prostory některých klinik, ústavů a oddělení FN Olomouc.

„Nejvýznamnějším rozvojovým projektem je kompletní rekon-

strukce a dostavba nejstarší budovy našeho areálu, kterou označujeme František Josef. Budova je dnes téměř prázdná. Pokud by se nám podařilo získat státní dotaci, můžeme s přestavbou začít prakticky okamžitě,“ uvedl docent Havlík. Rozpočet na stavební část přestavby nejstarší budovy činí cca 1,5 miliardy korun.

(red)



Členové výboru navštívili v doprovodu ředitele nemocnice Romana Havlíka (vlevo) také areál historické pevnosti na Tabulovém vrchu, kde FNOL před několika lety zřídila centrální archiv. | Foto: archiv FN Olomouc

Prezident Republiky Tatarstán v Proton Therapy Center

Pražské protonové centrum navštívil 15. dubna v rámci svého oficiálního programu v České republice prezident Tatarstánu Rustam Minnichanov.



Ministr Farrakov, hlavní fyzik centra Mgr. Vladimír Vondráček, prezident Minnichanov a lékař protonového centra MUDr. Štěpán Vinakurau. | Foto: archiv PTC

Prezident centrum navštívil v doprovodu členů tatarstánské vlády včetně ministra zdravotnictví Airata Farrakova.

Rustam Minnichanov ocenil rychlost, se kterou bylo protonové centrum v Praze vybudováno. „Požádal jsem o definování kroků spolupráce vedoucí ke zpřístupnění této léčby občanům mé země,“ řekl po prohlídce protonového centra, které v současnosti disponuje nejmodernější technologií svého druhu na světě.

(red)

Slavnostně otevřeno další patro kliniky Gemini

Ve Zlíně 12. dubna slavnostně zahájilo provoz nové patro oční kliniky Gemini, které se stává největší soukromou oční klinikou v Česku. Na ploše přes 5 tisíc metrů čtverečních má nyní k dispozici 6 operačních sálů a 14 očních vyšetřoven.

Nové patro kliniky vzniklo v rekordním čase 3 měsíců a během rekonstrukce byly využity unikátní technologie. „Použit byl například systém nanonátěru pro dezinfekci vzduchu, který se ve spojení s diodovým aktivátorem aplikoval ve zdravotnickém zařízení v Česku vůbec poprvé, ačkoli jde o český patent,“ uvedl primář oční kliniky Gemini MUDr. Pavel Stodůlka, Ph.D. Ve čtvrtém patře vznikly dva nové operační sály vybavené nejmodernějšími lasery, kterých je nyní na klinice více než deset. Poslední no-

vinkou, která dorazila z Ameriky, je operace vetchozrakosti odstraňující potřebu brýlí na čtení pomocí mikročochky, která se vpraví do oka pomocí laseru.

Slavnostního otevření se zúčastnila i řada českých a slovenských osobností. Na akci dorazila zpěvačka Eva Pilarová, filmový režisér Fero Fenič, vynálezce dezinfekčního nanonátěru Jan Procházka, cestovatel Miroslav Zikmund a herci slovenské „Partičky“ Roman Pomajbo a Daniel Dangl.



Ve stejný den ve Zlíně končily regionální osvědy dvacátého Febiofestu. Primář oční kliniky Gemini Pavel Stodůlka a prezident festivalu Fero Fenič.

| Foto: archiv Gemini

(red)

Významní lékaři v hasičském hnutí

Do roku 1951 patřila záchranná služba pod hasiče. Proto si dnes připomeneme dva lékaře působící u nás na začátku 20. století v hasičském hnutí.

MUDr. Bedřich Welz – samaritán, idealista, lidumil

Pokrokový lékař a činovník Ústřední zemské hasičské jednoty, přítel **MUDr. Bedřich Welz**, byl hlavním zakladatelem samaritánství ve střední Evropě a Samaritánské služby Československého Červeného kříže (ČsČK). Působil též jako primář veřejné okresní nemocnice v Litomyšli. Již před rokem 1914 a dále během 1. světové války byl redaktorem přílohy Hasičských rozhledů napsané „Samaritán“ a označené červeným křížem.

Organizátor samaritánů

Narodil se v roce 1866 v Litomyšli ve staré kupecké rodině. Po vystudování lékařské fakulty s láskou a pečlivostí navštěvoval na motorové trojkolce nemocné. Od roku 1894 byl primářem místní okresní nemocnice až do své předčasné smrti. Svoji ordinaci měl v domě s názvem „V ráji“ na Vodních valech čp. 398, u levého břehu řeky Loučnice (dnes je zde umístěna malá bronzová deska).

Byl neobyčejně dobře odborně připraven a neustále usiloval o zvelebení nemocnice, aby vyhovovala všem moderním požadavkům. Byl přední osobností ve městě. MUDr. František Lašek jej v knížce „Oživené litomyšlské paměti“ popisuje takto: „Muž vysoké, velmi štíhlé postavy s řídkým knírem a bradkou,

lesklých černých vlasů, v širokém černém klobouku, občas v cylindru.“

Bedřich Welz byl kulturní člověk, pracoval v různých spolcích (divadelní, okrašlovací, spolek ochrany matek a dětí, Sokol, měšťanská beseda, hasičský sbor, pomocný spolek pro nemocné s plicními chorobami). V litomyšlském hasičském sboru vytvořil samaritánský odbor, školil a organizoval takzvané samaritánské stráže i v dalších sborech, nejen v litomyšlské župě. Nebylo cvičení a požáru, kde by nebyl samaritán k pomoci v případě úrazu. Organizoval tyto samaritány po celých Čechách, ve všech sborech. Samaritány nejen cvičil a školil, ale zval je také do nemocnice k nabytí praxe i k pitvám. Jsou doloženy případy, kdy samaritán zachránil před dopravou do nemocnice postiženému život. Velmi přispěl k tomu, že hasičské samaritánské činnosti byly dány významné základní směrnice.

Popularizátor a vzdělavatel

Byl to také právě Bedřich Welz, kdo vnesl do činnosti Červeného kříže výuku a poskytování první pomoci. Díky němu v období první republiky fungovala velmi těsná a prospěšná spolupráce



ČSČK se Svazem československého hasičstva.

Byl autorem první učebnice první pomoci (samaritánské služby) „Lékař a samaritán“, vydané v rámci ČSČK, a rovněž autorem řady popularizačních a propagačních článků v této oblasti. Welzova kniha byla dlouhá léta učebnicí samaritánské v hasičských sborech, až ke konci 30. let byla vydána nová samaritánská učebnice MUDr. Rudolfa Lukese. Druhé vydání své knihy se už bohužel Bedřich Welz nedočkal, v roce

1921 zemřel po krátké těžké chorobě na otravu krve coby obět svého povolání v podolském sanatoriu v Praze.

„Prosluní trpčím těžké chvíle...“

Doktor Welz byl považován za vzorného lékaře, idealistu a lidumila nejčistšího srdce. Požíval ve všech kruzích veliké úcty a vážnosti, jež se ukázala i v den jeho pohřbu. „Nesmírné zástupy všech vrstev občanstva městského i z dalekého okolí doprovázely svého oblíbence k hro-

bu. Byli tu zástupci samosprávy městské i okresní, zástupce okresní správy politické, nesčetné množství kolegů-lékařů z celé župy Eiseletovy, profesori a učitelé se školní mládeží, Sokol a jiné spolky litomyšlské, samaritáni a 570 dobrovolných hasičů z 35 sborů župy litomyšlské, Hubálkovy, vysokomýtské a albrechtické. Nekonečný průvod pohřební ocitl se již u samé brány hřbitovní, když poslední účastníci teprve opouštěli okolí chrámu, kde byl konán obřad. U hrobu zazpíval zpěvácký spolek „Vlastimil“, načež se jménem města Litomyšle se zesnulým rozloučil její starosta MUDr. Lašek. Jménem lékařské župy Eiseletovy pohnutě promluvil věrný spolupracovník zesnulého MUDr. Lukes z Ústí nad Orlicí, za ČSČK vrchní ředitel MUDr. Linhart a jménem českého dobrovolného hasičstva se zesnulým přítelem rozloučil ústřední jednatel, přítel Josef Macháček. Ze všech řečí vyníval základní tón, že ztráta doktora Welze pro celý kraj i pro všechny organizace humanitní, sociální a zdravotní jest nenahraditelnou.“

Jeho památka však žije dále v díle, které zanechal. Samaritánský odbor ČSČK vypracoval podle zásad doktora Welze obšírný návod, podle něhož organizace samaritánské služby má být uvedena v život. Není lepšího zakončení této stati než vznesená myšlenka Welzova „pomoci všem potřebným, všem nešťastným, prosluní jim jejich těžké chvíle života, býti živým slovem lásky k bližnímu a býti hojivým balzámem, duším klesajícím. Pěče o člověka strádajícího a nemocného může plynouti z pouhé obětavosti a lásky vůči bližním, je pak rázu osobního a citového a zve se krátce a doře samaritánským... a právem lze říci, že jen ten národ stojí na výši doby, jenž i tento ušlechtilý květ vetknul ve svůj štít.“

Bc. David Dvořáček, DiS.

MUDr. Rudolf Lukes – jeden z prvních sociálních lékařů

Dalším lékařem „hasičského hnutí“ byl samaritánský zpravodaj České zemské hasičské jednoty a zakladatel mnoha orlickoústeckých sociálních spolků, dlouholetý a úspěšný ředitel plicního sanatoria Albertinum v Žamberku **MUDr. Rudolf Lukes**.

Pečovatel o sirotčí kolonii

Rudolf, jediný syn významného českého pěvce, ústeckého rodáka Jana Ludevíta Lukese, se narodil 7. října 1861 v Praze na Kozím plácku v pivovaru u Reisnerů. Svě dětství často, především v létě, trávil v Ústí nad Orlicí. Přestože jako dítě studoval zpěv a několikrát vystupoval na scéně Ná-

rodního divadla, nepokračoval ve stopách svého otce. Po vystudování medicíny odešel na kliniku do Vídně. Po svém návratu zpět do Prahy působil plných 20 let jako závodní lékař v Mírošovské důlní společnosti v Libušíně u Kladna. Vyčerpávající život na Kladně přispěl k jeho předčasnému odchodu na odpočinek.

V roce 1911 si v Ústí nad Orlicí postavil vilu s menším hospodářstvím a fyzickou práci si léčil své zdraví. Po jednom roce se vrátil k lékařské praxi. Koncem roku 1912 zřídil v místnostech okresní nemocenské pokladny ordinaci, kde bezplatně léčil nemajetné pacienty s tuberkulózou. V té do-

bě již pod jeho vedením pracovala poradna pro matky a kojence, Červený kříž a spolek proti tuberkulóze. Na svém pozemku nechal zřídit sirotčí kolonii pro opuštěné a zanedbané sirotky a po mnoho let o ně společně se svojí ženou pečoval.

Jedněmi dveřmi vyhozen, druhými se vrátil

Od 1. června 1912 zastával místo ředitele Albertina, prvního sanatoria pro nemocné skrofulózu a tuberkulózou v českých zemích, které v Žamberku řídil až do své smrti, 5. prosince 1934. Pro medicínskou práci využíval všech moderních zkušenos-

tí tehdejší vědy. Ústav rozčlenil podle úkolů do jednotlivých složek – příjem, karanténa, terapie, ozdravovna, pracovní osada, útulek. Za jeho vedení léčebna celkově doznala mohutného stavebního rozmachu.

Zní to jednoduše, ale tehdy to nebylo ani trochu lehké. Bývalá účetní ze 30. let napsala ve svých vzpomínkách: „Dr. Lukes budoval sanatorium z ničeho, jen z peněz vyžebřaných přímo na ministerstvech – jedněmi dveřmi byl vyhozen, druhými se vrátil. Budoval sanatorium lidové. V roce 1924 dokonce odmítl přijmout vnučku prezidenta Masaryka s odůvodněním, že má možnost léčit se jinde a nebude tak zabírat místo jiné, chudší pacientce.“ Neú-



navně se snažil získat finanční prostředky. Vypracoval i řadu návrhů daní, jejichž výnos měl být určen pro přestárlé občany, sirotky a chudé. Většina nápadů se ovšem nerealizovala. Finančně,

radou a zkušenostmi pomáhal i při budování veřejné nemocnice v Ústí nad Orlicí.

Postupně byly v Albertinu ve 20. a 30. letech přistaveny zděné léčebné pavilony, prádelna, kuchyně, vodoléčba a další hospodářské budovy a byly zřízeny tzv. lehářna. Zde pacienti leželi na čerstvém vzduchu, ve speciálních spacích pytlích i za mrazu. V roce 1921 byly do provozu uvedeny rentgen a laboratoř. Laboratoř byla budována za osobní pomoci profesora Ivana Honla, který je považován za zakladatele mikrobiologie v českých zemích. Zasloužil se o dokončení největšího pavilonu s chirurgickým sálem. To, co vybudoval dr. Lukes, tvoří základ léčebny dodnes, nedožil se pouze dostavby Honlova domu.

Zemský samaritánský instruktor

Významnou kapitolou v životě doktora Lukese bylo hasičské samaritánství. Za první světové války se následkem podvýživy hodně šířila tuberkulóza. V roce 1917 Rudolf Lukes navrhl vybudovat zdravotní odděly při hasičských sborech k podpoře boje proti tuberkulóze ve svých obcích a kontrolovat případy otevřené tuberkulózy. Jeho přičiněním se Žambersko, mimo Lanškrounska a Litomyšlska, stalo kolébkou hasičského samaritánství. Organizace samaritánství po smrti jeho zakladatele dr. Bedřicha Welze, primáře litomyšlské nemocnice, přešla právě na dr. Lukese, který svou neú-

navnou vytrvalostí dosáhl v roce 1924 přijetí hasičské samaritánské pod Červený kříž a stal se zemským samaritánským instruktorem. Přečinil se o vypracování prvních organizačních předpisů v roce 1921, ale jejich vydání se nedařilo.

V rámci dobrovolných hasičů Rudolf Lukes založil tzv. samaritánské čtyry. První vystoupení těchto čet při sjezdu župy Hubálkova v Ústí nad Orlicí dne 26. června 1927 vzbudilo pozornost i mezi přítomnými německými hasiči.

Masarykova liga proti tuberkulóze

Nebylo jediné humánní instituce, v níž by MUDr. Lukes nezažíval vynikající místo. Byl jednatelem Českého pomocného spolku v Praze, vynikajícím pracovníkem Československého Červeného kříže, zástupcem šéfa Samaritánské služby ČSČK, zemským samaritánským instruktorem Zemské hasičské jednoty a členem ústředí Zemské péče o mládež.

Vykonával i funkci místopředsedy ústředí Masarykovy ligy proti tuberkulóze, založené roku 1919. Tato celostátní organizace se stala hlavní platformou v boji s touto nemocí. Starala se o místní dispenzáře, vyplácela příspěvky pro nemajetné rodiny postižené TBC, hradila náklady spojené s umístěním nemajetných nemocných do léčebných ústavů atd. Finanční prostředky získávala ze sbírek mezi obyvatelstvem, vládních dotací a osobních darů. Spolupracovala s or-

ganizacemi, které vznikly před jejím založením a měly obdobné poslání. Masarykova liga na Lukesův popud založila při Albertinu Ozdravovnu a útulek doktora Malínského, pojmenované na paměť prvního předsedy a mecenáše ligy.

Přísný a tvrdý, ale oblíbený

Rudolf Lukes přes svoji dobrotu dovedl být velice přísný a tvrdý. Uměl bez pardonu ihned propustit zaměstnance nebo pacienta, který neuposlechl jeho rozkazu. Přesto byl velice oblíbený a vážený.

Význam Albertina a Lukesových zásluh dokresluje krátká statistika z roku 1930, kdy v léčebně fungovalo 250 lůžek a léčilo se zde 898 pacientů, z toho 104 dětí. Celkové náklady za 78 764 ošetřovacích dnů činily 2 184 278 korun (27,73 korun na osobu a den). Vykazované výsledky uvádějí, že v léčebny odešlo 117 zdravých pacientů, 310 velmi silně zlepšených, 128 silně zlepšených, 89 zlepšených, 55 nezměněných, 10 zhoršených a jen 6 jich zemřelo.

Po 22 letech ředitelování v Albertinu zde Rudolf Lukes umírá ve 21 hodin večer dne 5. prosince 1934, po dlouhé nemoci trvající od července.

Nestačí pouze léčit

MUDr. Rudolf Lukes ani na sklonku svého života nezměnil svůj životní názor, který si odnesl z hornického Kladna, že nestačí plicní choroby pouze léčit, ale je třeba jim předcházet pře-



Hlavní budova sanatoria Albertinum v Žamberku, 20. léta

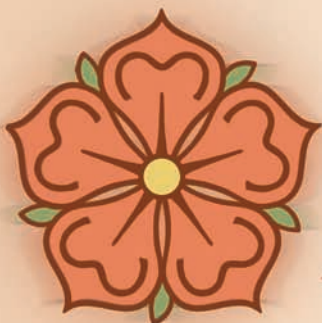
devším zlepšením životní úrovně. A o to se nezištně snažil celý život. Zařadil se mezi první tzv. sociální lékaře, kteří prováděli sociální službu ještě před první světovou válkou.

Za veliké zásluhy o město a okres jej městská rada v Ústí nad Orlicí v roce 1931 jmenovala čestným měšťanem. Na jeho pohřeb do Ústí nad Orlicí přijela celá delegace vděčných občanů z Kladna a Žamberka. „Tlumochme přání zesnulého a prosíme, aby místo květinových darů bylo pamatováno peněžitými dary ve prospěch Podpůrného fondu jím v Albertinu založeného,“ tak končí text smutečního oznámení o jeho úmrtí. V kronice župy č. 7 je tento zápis z pera Emila Vondrouše: „Pohřeb konán ze Žamberka dne 8. 12. o 9. hodině, za velmi slabé účasti hasičstva i samaritánstva, ba i občanstva, ač jako velký lidumil, zvelebitel sanatoria, zemský činovník hasičský a vůbec veškerou svou horlivou činností zasloužil si daleko větší účast. Průvod pohřební zastavil se před Divišovým dí-

vadlem, kde se se zesnulým rozloučil starosta města Valdemar Mazura ze Žamberka, p. Josef Doleček, učitel, za stranu sociálně demokratickou, br. Augustin Vítek, zemský samaritánský náčelník, za samaritánstvo. Velmi nás potěšilo vyslání dopravního hasičského auta, plně obsazeného hasičstvem z Ústí n. O. Průvod dále ujížděl přes Lukavici a Kyšperk do Ústí. V Lukavici dělal tamní sbor čestný špalír, v Kyšperku pak doprovod hasičstva z Kyšperka a okolí od školy až k divadlu, kde se s drem. Lukesem rozloučil br. župní náčelník a náměstek župního starosty Antonín Krčmařík. Ústí vzdalo mu velkou poctu. Zpopelněn byl za veliké účasti v Pardubicích 11. 12. o 1 hodině. Za hasičstvo promluvil starosta Svazu slovenského hasičstva br. Raupach. Odešel lidumil lékař, odešel, otec chudých, odešel ten, který vroucně miloval rodnou hroudu českou a upřímně sloužil všem potřebným, uvedl Augustin Vítek v nekrologu, který otiskl časopis Zprávy Čsl. Červeného kříže 5. 1. 1935. MUDr. Rudolf Lukes byl pochován na ústeckém hřbitově.“

Bc. David Dvořáček, DIS.

Inzerce A131002311



*Dovolujeme si Vás pozvat na
Symptabulum 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 partneri:



Kalendář akcí odborných lékařských společností – červen 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

31st ESPID meeting

28. 5. – 1. 6. 2013/Milán, Itálie
Pořadatel: European Society for Paediatric Infectious Diseases
Kontakt:
www2.kenes.com/espido2013

15. kardi-anesteziologické vědecké dny

Mímotělní podpory, ošetrovatelská péče o pacienta s mechanickou podporou při oběhovém a respiračním selhání, ošetrovatelská péče o pacienta v bezvědomí, komunikace s příbuznými kriticky nemocného pacienta, etický přístup k pacientovi na resuscitačním oddělení, workshop „komplexní hrudní péče“...

30.-31. 5. 2013/Pardubice
Místo konání: AFI Palace
Pořadatel: Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. LF UK a VFN v Praze, Collegium, a. s.
Kontakt: www.karim-vfn.cz

18. sympozium České společnosti intervenční radiologie

30. 5. – 1. 6. 2013/Karlovy Vary
Místo konání: Grandhotel Pupp
Pořadatel: Česká společnost intervenční radiologie ČLS JEP
Kontakt: doc. MUDr. Miloslav Roček, CSC.; tel.: 224 438 100; e-mail: miloslav.rocek@lfmotol.cuni.cz; www.csir2013.cz

39. mezikrajské dny 5 krajů

30. 5. – 1. 6. 2013/Ústí nad Labem
Pořadatel: Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS JEP
Kontakt:
www.pneumologie.cz

The world congress on building consensus in gynecology, infertility and perinatology

30. 5. – 2. 6. 2013/Istanbul, Turecko
Kontakt: www.cogi.org

13th congress of the European Association for Palliative Care

Symptom control; patient care and family care; ethics; the dilemma of right and wrong in palliative care; long term care; palliative care in children and

adolescents; human rights: making palliative care accessible for all who need it; bereavement: the difficulty to look forward; public health and primary care...

30. 5. – 2. 6. 2013/Praha
Místo konání: Prague Congress Center
Pořadatel: Asociace poskytovatelů hospicové paliativní péče, Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP
Kontakt: www.eapc-2013.org

13. ústecká rehabilitační konference Neurorehabilitace, varia

31. 5. 2013/Ústí nad Labem
Pořadatel: rehabilitační oddělení Masarykovy nemocnice ve spolupráci s Fakultou zdravotnických studií a Pedagogickou fakultou UJEP v Ústí nad Labem
Kontakt:
www.bos-congress.cz/reha2013

Perioperační plícní komplikace u rizikových nemocných

31. 5. 2013/Plzeň
Místo konání: aula FN Plzeň
Pořadatel: Anesteziologicko-resuscitační klinika LF UK a FN Plzeň
Kontakt: www.lkcr.cz

Sympatibulum České společnosti pro sexuální medicínu 18. andrologické sympozium a 1. femino-logické sympozium

Erektivní a ejakulační dysfunkce – nové metody diagnostiky a léčby, diagnostika mužské infertility a asistovaná reprodukce, nové technické možnosti minimálně invazivní diagnostiky a terapie onemocnění mužského genitálu, poruchy funkcí svalstva pánevního dna u ženy, cévní systém, sexuální funkce žen a hormonální změny při antikoncepci a po menopauze...

31. 5. – 1. 6. 2013/Český Krumlov
Místo konání: Městské divadlo Český Krumlov
Pořadatel: Česká společnost pro sexuální medicínu a Mladá fronta – divize Medical Services ve spolupráci se Sexuologickou společností ČLS JEP a okresním sdružením ČLK Český Krumlov

Kontakt: Šárka Topičová; tel.: 602 167 525; e-mail: topicova@mf.cz; www.medical-services.cz

Kongres pediátrů a dětských sester 31. dny praktické a nemocniční pediatrie

Neonatologie, primární péče, role patientských organizací v péči o chronicky nemocné dítě; dítě, na který nezapomenou – kazuistiky
 31. 5. – 1. 6. 2013/Olomouc
Místo konání: NH Congress Hotel
Pořadatel: Česká pediatriká společnost ČLS JEP, Sdružení Šance
Kontakt: www.solen.cz

13. dny dětské diabetologie

Kompenzace diabetických dětí v ČR – jak ji zlepšit, glykemická variabilita
 31. 5. – 1. 6. 2013/Brno
Místo konání: hotel Atlantis u Brněnské přehrady
Pořadatel: Nemocnice Milosrdných bratří Brno, Pediatriká klinika 2. LF UK a FN Motol v Praze
Kontakt: prim. MUDr. Ludmila Brázdová; e-mail: ludmila.brazdova@nmbbrno.cz; doc. MUDr. Zdeněk Šumník, Ph.D.; e-mail: zdenek.sumnik@lfmotol.cuni.cz; www.dnydetskediabetologie.cz

27. congressus acupuncturae Bohemiae et Slovaciae

Akupunktura v moderní medicíně, akupunktura a civilizační onemocnění, akupunktura v léčbě bolestivých stavů a funkčních potíží, výzkum v akupunktuře – evidence based medicine, akupunkturální diagnostika, akupunkturální mikrosystémy, tradiční čínská medicína v současné akupunktuře...

31. 5. – 2. 6. 2013/Znojmo
Místo konání: hotel Prestige
Pořadatel: Česká lékařská akupunkturistická společnost ČLS JEP, Slovenská spoločnosť akupunktúry SLS
Kontakt: MUDr. Ladislav Fildán; tel.: 777 011 778; e-mail: info@akukongres.cz; MUDr. Milan Stránecký; tel.: 604 296 581; e-mail: abstrakta@akukongres.cz; www.akukongres.cz

5. liberecký pediatrický den Sympoziem lékařů, sympoziem sester

1. 6. 2013/Liberec
Místo konání: kongresové centrum Babylon
Pořadatel: Česká pediatriká společnost ČLS JEP
Kontakt:
www.bos-congress.cz/pdlib2013

Euroanaesthesia 2013

1.-4. 6. 2013/Barcelona, Španělsko
Kontakt:
www.euroanaesthesia.org

3rd EAAD international congress

2.-3. 6. 2013/Oděsa, Ukrajina
Pořadatel: Euro-Asian Association of Dermatovenereologists (EAAD)
Kontakt: www.eaad2013.org/en

31. mezikrajské dny klinické biochemie Královéhradeckého, Pardubického a Jihočeského kraje

Mezioborová sdělení
 2.-4. 6. 2013/Svatka, Žďár nad Sázavou
Místo konání: hotel Mánes
Pořadatel: oddělení klinické biochemie a diagnostiky Pardubické krajské nemocnice, a. s.
Kontakt: Ing. Dagmar Kubínková; e-mail: dagmar.kubinkova@nemocnice-pardubice.cz; Mgr. Jakub Kovařík; e-mail: jakub.kovarik@nemocnice-pardubice.cz; www.cskb.cz

23rd regional congress of the ISBT

2.-5. 6. 2013/Amsterdam, Nizozemsko
Pořadatel: International Society of Blood Transfusion (ISBT)
Kontakt: www.isbtweb.org/amsterdam

81st EAS congress

2.-5. 6. 2013/Lyon, Francie
Pořadatel: European Atherosclerosis Society (EAS)
Kontakt:
www2.kenes.com/eas2013

Adiktologická konference Vývoj a obsah paradigmatu oboru adiktologie v ČR

2.-6. 6. 2013/Seč – Ústupky



Ilustrační foto: Shutterstock

Místo konání: Kongres hotel Jezerka
Pořadatel: Společnost pro návykové nemoci ČLS JEP, adiktologická sekce Psychiatrické společnosti ČLS JEP
Kontakt: www.at-konference.cz

Novšie aspekty a metodiky v zubnom lekárstve 15. večer Spolku slovenských lekárov Bratislava

3. 6. 2013/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Spolek lékařů českých ČLS JEP v Praze
Kontakt: www.cls.cz

Pokroky v diagnostické patologii

Kurz: novinky v diagnostické patologii nádorů dětského věku, plíc, předcancerózy ženského genitálu...
 3.-5. 6. 2013/Praha
Místo konání: Ústav patologie 1. LF UK a VFN
Pořadatel: Ústav patologie 1. LF UK a VFN v Praze, katedra patologické anatomie a subkatedra cytologie IPVZ
Kontakt: www.patologie.info

Zoonózy Seminář

4. 6. 2013/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Společnost pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP
Kontakt: www.sem-cls.cz

FOCUS – hodnocení zrakového nervu

4. 6. 2013/Plzeň
Místo konání: hotel Marriot
Pořadatel: Česká lékařská komora, ve spolupráci s Českou glaukomovou společností
Kontakt: www.lkcr.cz

Srdeční selhání – praktické aspekty léčby

4. 6. 2013/Havlíčkův Brod
Místo konání: hotel Slunce
Pořadatel: Medtronic Czechia, s. r. o., IKEM Praha
Kontakt: www.lkcr.cz

Seminář SLM ČLS JEP

Vyšetření sliznic s endogenní flórou – původci, interpretace, léčba, klinika; vyšetření stolice na C. difficile, vyšetření žaludeční biopsie na H. pylori, vyšetření vzorků B. pertussis a B. parapertussis, vyšetření vzorků C. diphtheriae a testování toxigenicity
4. 6. 2013/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Společnost pro lékařskou mikrobiologii ČLS JEP
Kontakt: www.splm.cz

Laparoskopie v urologii

Workshop: praktické ukázky nefrektomie, resekce ledviny, pyeloplastiky, radikální prostat-ektomie aj.
4.-5. 6. 2013/Plzeň
Místo konání: Urologická klinika LF UK a FN Plzeň
Kontakt: www.cus.cz

Mezikrajský seminář epidemiologů

Závažná infekční onemocnění (vírové záněty jater, TBC, HIV/AIDS, listerióza, parazitární nákazy, chřipka, onemocnění přenášená klíšťaty, alimentární nákazy, legionelóza), infekce související s poskytováním zdravotní péče, nákazy preventibilní očkováním, implementace mezinárodních zdravotnických předpisů v ČR
4.-6. 6. 2013/Doksy
Místo konání: hotel Port
Pořadatelé: Společnost pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP, Krajská hygienická stanice Libereckého kraje ve spolupráci s Krajskou hygienickou stanicí Zlínského kraje
Kontakt: www.sem-cls.cz

Seminář dětské neurologie

5. 6. 2013/Praha
Místo konání: Neurologická klinika 1. LF UK a VFN
Kontakt: www.neuro.lfi.cuni.cz

Kazuistický seminář

5. 6. 2013/Praha
Místo konání: Neurologická klinika 1. LF UK a VFN
Pořadatel: Centrum extrapyramidových onemocnění Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze
Kontakt: www.neuro.lfi.cuni.cz

Onkologická bolest

Cyklus jarních seminářů o bolesti: patofyziologie a léčba (farmakologická a nefarmakologická) nádorové bolesti, průlomová bolest u onkologických pacientů, management nádorové bolesti pohledem onkologa
5. 6. 2013/Hradec Králové

Místo konání: Výukové centrum LF UK Hradec Králové
Kontakt: www.seminarebolest.cz

Vědecká schůze Psychiatrické společnosti ČLS JEP

5. 6. 2013/Praha
Místo konání: Vondráčkova posluchárna Psychiatrické kliniky 1. LF UK a VFN
Pořadatel: sekce psychiatrické sexuologie Psychiatrické společnosti ČLS JEP
Kontakt: www.ceskapsychiatrie.cz

Současná léčba diabetu

5. 6. 2013/Plzeň
Pořadatel: FN Plzeň
Kontakt: www.lkcr.cz

Novinky v tyreologii

Význam subklinických tyreopatií, autoimunitní polyendokrinní syndromy, možná role vitamínu D u diabetu mellitu a onemocnění štítné žlázy...
5. 6. 2013/Ostrava – Zábřeh
Místo konání: Clarion Congress Hotel
Pořadatelé: Merck Serono a Bos Congress ve spolupráci s Českou endokrinologickou společností ČLS JEP a subkatedrou endokrinologie IPVZ
Kontakt: www.bos-congress.cz

Psychologie v paliativní medicíně

Zásady komunikace v paliativní péči – já v komunikaci; umírání, smrt a ztráta – já a smrt; možnosti a limity, syndrom vyhoření – já v paliativní péči
5.-7. 6. 2013/Rajhrad
Místo konání: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa (DLBSH)
Pořadatel: Institut paliativní medicíny České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP
Kontakt: Mgr. Eva Šimová; tel.: 547 232 223, 731 402 671; e-mail: eva.simova@charita.cz; www.dlbsh.cz; www.paliativnimedicina.cz

18. setkání pneumologů 2. setkání pneumologů a hrudních chirurgů

Hrudní chirurgie a intervenční pneumologie, plicní záněty, bronchiální obstrukce, funkční diagnostika, intersticiální plicní procesy
6. 6. 2013/Praha
Místo konání: Emauzský klášter
Pořadatelé: Pneumologická klinika 1. LF UK a VFN v Praze, oddělení hrudní chirurgie Thomayerovy nemocnice v Praze, Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.pneumologie.cz

Pokroky v léčbě PMO, prevence dalších zlomenin

Sekundární prevence osteoporotických zlomenin, kalciumfosfátový metabolismus, současná léčba osteoporotických zlomenin a její vliv na kortikální kost
6. 6. 2013/Brno
Místo konání: hotel Voroněž
Pořadatel: Společnost pro metabolická onemocnění skeletu ČLS JEP
Kontakt: www.cls.cz

Glaukom

6. 6. 2013/Praha
Místo konání: Oční klinika 1. LF UK a VFN v Praze
Pořadatel: 1. LF UK
Kontakt: www.lkcr.cz

Novinky v dětské výživě

6. 6. 2013/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP
Kontakt: www.cls.cz

Interna Informans

9. cyklus seminářů
6. 6. 2013/České Budějovice
Místo konání: hotel Budweis
Pořadatel: Česká internistická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.interna-cz.eu

6th WASOG conference

Diffuse parenchymal lung diseases
6.-7. 6. 2013/Paříž, Francie
Místo konání: La Sorbonne
Pořadatel: World Association for Sarcoidosis and Other Granulomatous Disorders (WASOG)
Kontakt: www.wasog2013.com

13. jihočeské Timrovy dny

6.-7. 6. 2013/České Budějovice
Místo konání: Kulturní a konferenční centrum Art IGY
Pořadatel: Nemocnice České Budějovice, a. s., Česká oftalmologická společnost ČLS JEP, Oblastní sdružení ČLK, Česká asociace sester
Kontakt: MUDr. Naděžda Pavlíčková; e-mail: pavliczkova@nemcb.cz; www.nemcb.cz

Pražské gerontologické dny

6.-7. 6. 2013/Praha
Pořadatel: Česká gerontologická a geriatrická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.cggs.cz

19. česko-slovenský angiologický sympozium

Žilní tromboza, tepenná tromboza, erektilní dysfunkce, volná sdělení – postery, sekce sester
6.-7. 6. 2013/Mikulov
Místo konání: hotel Galant

Pořadatelé: Česká angiologická společnost ČLS JEP, Slovenská angiologická společnost SLS
Kontakt: www.angiology.cz

10. sympozium praktické neurologie

Parkinsonské syndromy, neurogení poruchy komunikace u dospělých, onemocnění hlavových nervů, satelitní sympozia „Jak a proč léčit spasticitu“ a „Diagnostika roztroušené sklerózy“, demence, bolesti hlavy, kontroverze v neurologii...
6.-7. 6. 2013/Brno
Místo konání: hotel International
Pořadatel: 1. neurologická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně
Kontakt: www.solen.cz

9. česko-slovenský dermatologický kongres

6.-8. 6. 2013/Praha
Místo konání: Top hotel
Pořadatelé: Česká dermatovenerologická společnost ČLS JEP, Slovenská dermatovenerologická společnost SLS
Kontakt: www.derm.cz

32. slovensko-český gastroenterologický kongres

Biliopankreatická endoskopia, hepatocelulární karcinóm, chronické vírusové hepatitidy, choroby anorektu, NSA a zažívací trakt, portální hypertenze, prekancerózy GIT, transplantácia pečene, skrining CRC, NSA a zažívací trakt, refluxová choroba pažeráka, choroby žlčových ciest, live video prenosy...
6.-8. 6. 2013/Bratislava, Slovensko
Místo konání: kongresové centrum hotelu Tatra
Pořadatelé: Slovenská gastroenterologická spoločnosť SLS, Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP, Slovenská hepatologická spoločnosť, Česká hepatologická společnost ČLS JEP, sekcia endoskopických sestier SSS a PA, sekce sester digestivní endoskopie při ČGES
Kontakt: http://lekari.cgs-cls.cz

17. pracovní den klinické farmacie

Farmakoterapie infekčních onemocnění II.
7. 6. 2013/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatelé: sekce klinické farmacie České farmaceutické společnosti ČLS JEP, Česká odborná společnost klinické farmacie ČLS JEP
Kontakt: www.coskf.cz

AEPPOS update meeting PCOS and long term complications, treatment, pregnancy in

PCOS, contenital adrenal hyperplasia

7. 6. 2013/Praha
Místo konání: Grand Majestic Plaza, Truhlářská 16
Pořadatel: Androgen Excess and Polycystic Ovarian Syndrome Association (AEPPOS)
Kontakt: www.ae-society.org

13. dny mladých chirurgů prof. MUDr. Stanislava Čárského, DrSc.

7. 6. 2013/Senec, Slovensko
Místo konání: hotel Senec, Slněčné jazerá – sever
Kontakt: www.chirurgie.cz

Prague Intervention VII

Sympozium koronárních a nekoronárních intervencí; zaměřeno na klinickou praxi
7. 6. 2013/Praha
Místo konání: Břevnovský klášter
Pořadatel: Galén-Symposion ve spolupráci s Kardiologickou klinikou 2. LF UK a FN Motol v Praze
Kontakt: www.gsymposion.cz

Beskydský pediatrický den

7. 6. 2013/Rožnov pod Radhoštěm
Místo konání: hotel Erolán
Pořadatel: Česká pediatrická společnost ČLS JEP pod záštitou dětského oddělení Nemocnice ve Frýdku-Místku, p. o.
Kontakt: www.bos-congress.cz/bpd2013

11. mezikrajský seminář pneumologů

7.-8. 6. 2013/Deštné
Pořadatel: Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.pneumologie.cz

4. VISUS kurz

Ultrazvuková 2D/3D/4D diagnostika v gynekologické ambulanci
7.-8. 6. 2013/Praha
Místo konání: Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN
Pořadatel: Centrum fetální medicíny a ultrazvukové diagnostiky při Gynekologicko-porodnické klinice 1. LF UK a VFN v Praze
Kontakt: Drahomíra Kovaříková; tel.: 603 887 297; e-mail: drahomira.kovarikova@centrum.cz; visus2013.gynpor.cz

Vzdělávací seminář SPLDD a OSPDL

7.-9. 6. 2013/Nesuchyně
Místo konání: hotel Lions
Pořadatelé: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP
Kontakt: www.detskylekar.cz

Robert K. Murray a kol. Harperova ilustrovaná biochemie



Rozsah:
730 stran
Cena: 1500 Kč
ISBN: 978-80-
-7262-907-7
Vydavatel:
Galén

Harperova ilustrovaná biochemie se právem řadí k nejuspěšnějším učebnicím svého oboru. Shrnuje nejnovější znalosti a technologie důležité pro porozumění medicíně i vykonávání lékařské praxe. Jasná vnitřní struktura kapitol, souhrny biomedicínského výzkumu, bohatá, plně barevná obrazová dokumentace a kazuistiky usnadňují pochopení i studium.

Po dvou úvodních kapitolách („Biochemie a medicína“ a „Voda a pH“) je text rozdělen do šesti hlavních částí. Všechny části i kapitoly zdůrazňují význam biochemie pro medicínu.

Část I je věnována struktuře a funkci bílkovin a enzymů.

Část II vysvětluje, jak rozmanité reakce probíhající v buňkách energii spotřebovávají nebo uvolňují, a sleduje cesty, kterými jsou syntetizovány a degradovány sacharidy a lipidy. Je zde také popsáno mnoho funkcí, které mají tyto dvě třídy molekul.

Část III je věnována aminokyselinám a jejich četným metabolickým přeměnám, některým klíčovým funkcím katabolismu proteinů a biochemii porfyrinů a žlučových pigmentů.

Část IV popisuje strukturu a funkci nukleotidů a nukleových kyselin, replikaci a opravy DNA, syntézu a modifikaci RNA, proteosyntézu, princip rekombinantní DNA a genové technologie a obsahuje i nové poznatky o regulaci genové exprese.

Část V pojednává o aspektech extracelulární a intracelulární komunikace. Témata zahrnují strukturu a funkci membrán, molekulární základy účinku hormonů a klíčové body přenosu signálu.

Část VI se věnuje dvanácti speciálním tématům: výživa, trávení a vstřebávání; vitaminy a minerály; volné radikály a antioxidanty; intracelulární transport a třídění proteinů; glykoproteiny; extracelulární matrix; svaly a cytoskelet; plazmatické bílkoviny a imunoglobuliny; homeostáza a trombóza; červené a bílé krvinky; metabo-

lismus xenobiotik; 16 biochemicky orientovaných kazuistik. Poslední kapitola zahrnuje i stručný epilog poukazující na choroby označované jako největší výzvy pro medicínu, při jejichž řešení bude hrát klíčovou roli biochemie a příbuzné disciplíny.

Dodatek I obsahuje seznam laboratorních výsledků týkajících se kazuistik popsaných v předešlé části.

Dodatek II uvádí seznam užitečných webových stránek a seznamem biochemických časopisů nebo časopisů s významným podílem biochemie.

Jana Dvořáčková Cytologie pankreatu Manuál EUS-FNA on site



Rozsah:
216 stran
Cena: 695 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-320-6
Vydavatel:
Maxdorf, edice Jessenius

Tenkojehlová aspirační cytologie (FNA) patří k miniinvasivním metodám v diagnostice solidních i cystických lézí pankreatu. Je-li umocněna kvalitní mezioborovou spoluprací, jsou výsledky přínosem jak pro klinického lékaře, tak pro pacienta. Proto byla zavedena technika, kdy u odběrů EUS-FNA asistuje i cytopatolog. Monografie čerpá z výsledků vyšetření téměř 650 pacientů, která už od roku 2007 lékaři provádějí ve Vítkovické nemocnici. Je rozdělena do kapitol pojednávajících o historii FNA, o typech onemocnění pankreatu, stručně je předložena anatomie, histologie a cytologie, čtenář je seznámen s vyšetřovacími klinickými a cytologickými metodami.

Odborná část je rozčleněna do tří základních skupin: zánětlivá onemocnění pankreatu, cystické léze pankreatu a zhoubné i nezhooubné nádory. V jednotlivých kapitolách je pak uvedena stručná charakteristika léze, její histologický obraz a cytologický nálezy. Text je doplněn přehledovými tabulkami, cytologické nálezy jsou provázeny bohatou fotodokumentací s výstižným popisem.

Publikace není vyčerpávající monografií postihující problematiku tenkojehlové aspirační cytologie pankreatu v celé šíři, jak tomu bývá u cytologických atlasů, ale chce být

NOVÉ KNIHY

společníkem, který se vejde do kapsy pláště a bude umět podat přehledný a ucelený obraz informací pro rychlou orientaci v situacích on site cytologie při EUS-FNA.

Viliam Dobiáš Klinická propedeutika v urgentnej medicíne



Rozsah:
208 stran
Cena: 399 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4570-1
Vydavatel:
Grada

Vysokoškolská pregraduálna aj postgraduálna učebnica pre ošetrovateľské a lekárske odbory sa prednostne venuje princípom odboru anamnézy a zásadám fyzikálneho vyšetrenia v prístrojových, personálnych, materiálnych a priestorových podmienkach neodkladnej prednemocničnej starostlivosti.

Je určená lekárom všetkých špecializácií, zdravotníkom pracujúcim v zdravotníckej záchrannej službe, operačným strediskách a na urgentných príjmoch, študentom lekárskeho a ošetrovateľského fakult, pokročilým laickým záchranám v zložkách Integrovaného záchranného systému a všetkým, ktorí nechcú byť odkázaní na mnohých konziliárov a kompletné technické vybavenie potrebné na efektívnu diagnostiku v nemocnici.

Viktor Kašák Asthma bronchiale Průvodce ošetřujícího lékaře 2. vydání



Rozsah: 262 stran
Cena: 195 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-325-1
Vydavatel:
Maxdorf, edice Farmakoterapie pro praxi

Asthma bronchiale patří svými medicínskými i společenskými důsledky k nejvýznamnějším nemocem současnosti. Pohled na astma a jeho terapii se v této době podstatně mění. Je k dispozici řada velmi účinných léků, jejichž správné podávání dokáže nemoc velice příznivě ovlivnit. I přes popularitu, které se astmatu dostává, se v ordina-

cích nadále velmi často setkáváme s pacienty, jejichž astma není správně a dostatečně léčeno a kteří mají vinou nestabilní nemoci mnohdy zbytečně nižší kvalitu života.

Martin Haluzík Perorální antidiabetika Průvodce ošetřujícího lékaře



Rozsah: 78 stran
Cena: 195 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-330-5
Vydavatel:
Maxdorf, edice Farmakoterapie, pro praxi

Přes všechna preventivní opatření minulých desetiletí se *diabetes mellitus 2.* typu stal jedním ze stěžejních zdravotnických problémů současnosti. Počet nemocných trpících diabetem jen v České republice překročil 800 tisíc, přičemž značná část z takto postižených trpí některou ze závažných chronických komplikací diabetu s následným podstatným zkrácením délky života a snížením jeho kvality.

Kniha předního českého diabetologa a endokrinologa přehledně popisuje léčbu a sledování pacientů s DM 2. typu se specifickým zaměřením na léčbu s použitím perorálních antidiabetik. V první části je vysvětlen základní algoritmus léčby diabetu 2. typu podle nejnovějších českých i mezinárodních doporučení. Další část se podrobněji věnuje jednotlivým skupinám perorálních antidiabetik, včetně konkrétního popisu optimální volby antidiabetik a jejich kombinací pro různé typy pacientů. V předposlední kapitole jsou shrnuty nejčastější chyby v diagnostice a léčbě diabetu. Závěrečná kapitola shrnuje perspektivy v léčbě DM 2. typu a popisuje nové skupiny perorálních antidiabetik, jež mohou být v nejbližší době uvedeny do klinické praxe.

Kamil Kalina Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii

Rozsah: 528 stran
Cena: 899 Kč
ISBN: 978-80-247-4361-5
Vydavatel: Grada



Adiktologie je mezioborová vědecká disciplína, která se zaměřuje na prevenci, léčbu a výzkum užívání návykových látek

a jiných forem závislostního chování. Propojuje nejen poznatky z oboru medicíny, psychologie, sociologie a sociální práce, ale i ekonomiky, práva, kriminologie, pedagogiky, politologie, religionistiky či kulturní a sociální antropologie.

Publikace učí rozumět psychoterapii a jednotlivým přístupům a uplatňovat je ve specifických aplikacích v adiktologii. Oproti kolektivním monografiím využívá jednotlivého autorského pohledu, podloženého dlouhodobými zkušenostmi.

Renata Vytejková, Petra Sedlářová, Vlasta Wirthová, Iva Otradovcová, Pavla Pavlíková Ošetrovateľské postupy v péči o nemocné II Speciální část



Rozsah:
288 stran
Cena: 329 Kč
ISBN: 978-80-
-247-3420-0
Vydavatel:
Grada

Moderní učebnice ošetrovateľských postupů pro studenty oboru ošetrovateľství a všeobecného lékařství je koncipována podle stěžejních požadavků předmětu ošetrovateľství.

Druhý díl zpracovává problematiku péče o nemocné se zaměřením na následující okruhy: sledování fyziologických funkcí, péče o dýchací cesty a dýchání, vyprazdňování a inkontinence, ošetrování nemocného se stomií, enterální výživa, odběr biologického materiálu a péče o umírajícího člověka a péče o tělo zemřelého.

Text je doplněn obrazovým materiálem, kazuistikami, zajímavostmi i odkazy na další literaturu.

Irena Baumruková Medical English in Stomatology II.

Rozsah: 256 stran
Cena: 295 Kč
ISBN: 978-80-7345-334-3
Vydavatel: Maxdorf

NOVÉ KNIHY



Jedná se o druhý díl učebnice lékařské angličtiny určené stomatologům a studentům zubního lékařství, publikace

je vhodná rovněž pro dentální hygieniky a střední zdravotnický personál ve stomatologii.

Podobně jako u prvního dílu obsahuje skutečně soudobou terminologii užívanou stomatology v anglicky mluvících zemích. Díky rozsáhlé slovní zásobě podrobně mapuje všechny aspekty práce ve stomatologické ordinaci, a to jak z pohledu lékaře-stomatologa, tak dalších profesí zubního lékařství.

Samozřejmostí je důsledné uvádění přepisu výslovnosti jak přímo v lekcích, tak v souborném anglicko-českém a česko-anglickém slovníku na konci knihy. Důležitou součástí publikace jsou cvičební odborné konverzace, obsažné tematické slovníky za každou lekci a rozsáhlý klíč k překladům.

Jan Lebl, Stanislava Koloušková, Marta Šnajderová (eds.)

90. výročí objevu inzulínu

Historie a současnost inzulínové terapie



Rozsah: 68 stran
Cena: 100 Kč
ISBN: 978-80-7262-974-9
Vydavatel: Galén

Sborník textů přednesených na semináři k 90. výročí objevení inzulínu, pořádaném koncem roku 2012 ve FN Motol.

Lucie Bankovská Motlová, Filip Španiel

Schizofrenie

Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století – 2. vydání



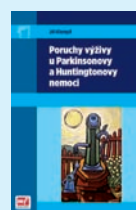
Rozsah: 112 stran
Cena: 300 Kč
ISBN: 978-80-204-2993-3
Vydavatel: Mladá fronta, edice Aeskulap

Schizofrenie je jednou z nejčastějších příčin přiznání plného invalidního důchodu a vykazuje jednu z nejdelsích hospitalizací. Nežádka přitom postihuje lidi v mladém věku na prahu života. Přestože zůstává onemocněním s relativně nepříznivým výsledným stavem, cílem její léčby na prahu 21. století se stává údržava, tedy možnost vést normální plnohodnotný život, i když v mezích určitých faktických omezení, a ne již jen pouhé odstranění symptomů.

V aktualizovaném vydání mimořádně úspěšné monografie se naši přední odborníci na prevenci, léčbu i výzkum psychotických onemocnění zaměřují na teoretické i praktické informace o při-

činách, průběhu, prevenci, léčbě a rehabilitaci schizofrenních onemocnění. Speciální pozornost věnují psychosociálním intervencím a moderním rehabilitačním programům, které příznivě ovlivňují prognózu nemocných.

Jiří Klempíř
Poruchy výživy u Parkinsonovy a Huntingtonovy nemoci



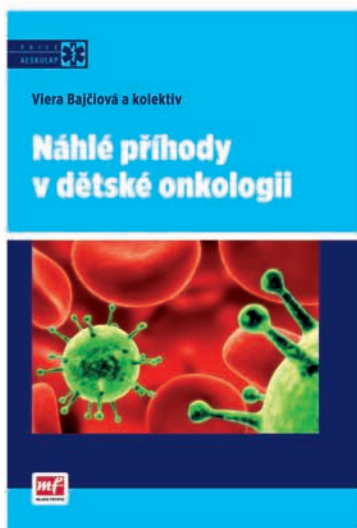
Rozsah: 48 stran
Cena: 60 Kč
ISBN: 978-80-204-2834-9
Vydavatel: Mladá fronta, edice Lékař a pacient

Parkinsonova a Huntingtonova nemoc jsou neurodegenerativní a chronicko-progresivní onemoc-

nění projevující se poruchou hubnosti a změnami psychických funkcí. K dispozici je řada léků, které mohou pozitivně ovlivnit některé jejich příznaky, ale bohužel je zcela nevléčí. U všech pacientů s postupem nemoci dochází k více či méně závažným poruchám výživy: sucho v ústech, nechutenství, poruchy polykání, obstrukce a další. Včasná a správná nutriční intervence může významně zlepšit účinky léčby a snížit rizika komplikací, zkrátit hospitalizaci, prodloužit délku života a zlepšit jeho kvalitu.

Cílem této publikace je poskytnout praktické informace jak o diagnostice a léčbě poruch výživy u malnutričních stavů obecně, tak týkající se nutriční péče o pacienty s Parkinsonovou a Huntingtonovou nemocí. Stručně je popsán též klinický obraz onemocnění a základní principy léčby. Publikace je určena především nemocným, jejich rodinám a pečovateli, případně zdravotnickému personálu, který se na tuto problematiku nespécializuje.

Inzerce A131006440



Představujeme publikaci

Náhlé příhody v dětské onkologii

V našem písemnictví ojedinělá publikace poskytuje ucelený přehled všech akutních situací, které se mohou vyskytnout u onkologicky nemocných dětí a mladých lidí a jejichž příčinou může být nejen růst samotného maligního onemocnění – mohou vzniknout i jako akutní komplikace aplikované protinádorové léčby.

Autoři: Viera Bajčiová a kolektiv

Jednotlivé kapitoly jsou seřazeny dle systémů a detailně popisují náhlé příhody neurologické, metabolické, hematologické, plicní, kardiální, abdominální, nefrologické, infekční, ale i postižení kůže a paravazací cytostatik. Všechny stavy jsou prezentovány od jejich patogenese přes klinický obraz až po doporučení týkající se léčby.

Doporučená cena 520 Kč

Při objednání na **knihka.cz** sleva 25%

MEDICAL SERVICES

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR



PRÁVNÍ PORADNA

Řízení pod vlivem alkoholu vs. záchrana života

Odvážel jsem z horské chalupy do nemocnice přítele, který dostal záchvat a byl ve vážném stavu. Řídil jsem pod vlivem alkoholu – nebyla jiná možnost. Policejní hlídka, která mě zastavila, však byla jiného názoru. Když jsem odmítl dechovou zkoušku i odběr krve, řekli, že mě to bude mrzet. Pamatuje nějaký zákon na takovou mimořádnou situaci a nemělo by se řízení pod vlivem alkoholu v tomto případě tolerovat?



na dotazy odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc

s svým jednáním podstatu trestného činu ohrožování pod vlivem návykové látky. Za takové jednání hrozí pachateli dle trestního zákoníku trest odnětí svobody nebo zákaz činnosti. Pro správné posouzení je přítom důležité

přesně znát, pod jakým vlivem alkoholu řidič řídil. V případě, že by totiž množství alkoholu v krvi dosahovalo hodnoty menší než 1 promile, by toto jednání nebylo považováno za trestný čin, ale jednalo by se o přestupek, za nějž by pachateli hrozil peněžitý trest nebo zákaz činnosti.

Trestní zákoník současně definuje okolnosti, jež vylučují proti-

právnost jednání. Mezi tyto okolnosti přitom patří mimo jiné tzv. krajní nouze, která je definována jako „čin jinak trestný, kterým někdo odvrací nebezpečí přímo hrozící zájmu chráněnému trestním zákonem“.

Trestní zákoník zároveň zdůrazňuje, že o krajní nouzi se nejedná, jestliže bude možno toto nebezpečí za daných okolností odvrátit jinak anebo způsobný následek zřejmě je stejně závažný nebo ještě závažnější než ten, který hrozil, anebo pokud byl ten, komu nebezpečí hrozilo, povinen jej snášet.

Krajní nouzi je třeba prokázat

K tomu, aby Vaše jednání bylo

možno považovat za krajní nouzi, je potřeba prokázat, že jste řízením motorového vozidla v podnapilém stavu odvrátil nebezpečí hrozící zájmu chráněnému trestním zákoníkem (kupříkladu život a zdraví přítele). Rovněž je nutno prokázat, že nebezpečí hrozilo Vašemu příteli přímo, bezprostředně. Dále je potřeba prokázat, že za daných okolností nebylo možné nebezpečí odvrátit jinak (třeba tím, že by Vašeho přítele do nemocnice zavezl jiný řidič, který by nebyl v podnapilém stavu, nebo přivoláním vozu zdravotnické záchranné služby či taxislužby).

Z Vašeho dotazu nevyplývají bližší podrobnosti případu (zejména zda šlo zajistit převoz přítele k lé-

kaři jiným způsobem), proto nemohu na Váš dotaz zcela konkrétně odpovědět. Z pohledu praxe však mohu konstatovat, že jedli řidič motorového vozidla v podnapilém stavu vozidlem jenom proto, aby zajistil lékařskou pomoc pro zraněného, přichází v úvahu posuzování tohoto jednání z hlediska krajní nouze.

Řidiči však poměrně často odkazují na krajní nouzi i v případech, kdy nebyly naplněny všechny výše popsané prvky. Tak tomu bylo v minulosti v případech, kdy otec v podnapilém stavu odvezl dceru do nemocnice, avšak následně bylo prokázáno, že sousedé mu nabízel, že tam dívku odvezou sami, což otec odmítl. V tomto konkrétním případě soud neuznal argument otce o krajní nouzi. Jelikož se však jednalo o jednání blízké podmínkám krajní nouze, soud zohlednil tuto skutečnost a uložil nízký trest. Předpokládám, že obdobně by mohl soud postupovat i ve Vámi popsaném případě.

Předně je třeba konstatovat, že řidič, jenž řídí motorové vozidlo pod vlivem alkoholu, naplňuje

Jediná sestra na noční službě

Zaměstnavatel nám nařídil sloužit noční směny samostatně. To znamená, že bude jedna sestra na oddělení s třiceti pacienty, bez ošetřovatelky či sanitářky. Je to vůbec ze zákona možné? Pokud mě pacient napadne nebo při směně zkolabuje, kdo mi zavolá pomoc a postará se o pacienty?

Zákoník práce zaměstnavateli ukládá povinnost zajistit bezpečnost a ochranu zdraví při práci s ohledem na rizika možného ohrožení jejich života a zdraví. Zaměstnavatel je také povinen vytvářet bezpečné a zdravé neohrožující pracovní prostředí a pracovní podmínky, a to vhodnou organizací bezpečnosti a ochrany zdraví při práci. Zaměstnavatel je rovněž povinen zajistit zaměstnancům poskytnutí první pomoci.

Tyto povinnosti platí obecně pro práce vykonávané ve kteroukoli denní či noční dobu. Zaměstnavatel však má vůči zaměstnancům pracujícím v noci (tj. mezi 22:00 a 6:00 hod.) řadu dalších, zvláštních povinností.

Noční práce a povinnosti zaměstnavatele

Kromě zajištění pravidelných

lékařských prohlídek a zajištění možnosti občerstvení mezi tyto povinnosti zaměstnavatele patří také povinnost vybavit pracoviště, na kterém se pracuje v noci, prostředky pro poskytnutí první pomoci, včetně prostředků umožňujících přivolat rychlou lékařskou pomoc. Tuto povinnost zaměstnavatel splní například tím, že určí místo, kde bude dostupně skladováno vybavení sloužící k poskytnutí první pomoci (nejčastěji plně vybavená lékárníčka), a označí jej bezpečnostními značkami. V tomto místě by zaměstnavatel také měl vyvěsit nebo jinak zpřístupnit seznam s čísly první pomoci a instalovat funkční telefon, který budou zaměstnanci moci za tímto účelem bezplatně použít.

Ve spolupráci s osobou odborně způsobilou pro bezpečnost a ochranu zdraví při práci by zaměstnavatel v rámci prevence měl vyhodnotit všechna rizika na pracovišti, kde je vykonávána noční práce. Jako opatření k jejich minimalizaci stanoví i počet osob poskytujících první pomoc a – nejčastěji ve spolupráci se zařízením závodní preventivní péče – tyto zaměstnance řádně proškolení. Pokud by zaměstnavatel nevybavil pracoviště s noční

prací prostředky první pomoci, hrozila by mu ze strany inspektorátu práce sankce.

Situace se nejeví jako optimální

Vedle zákoníku práce upravuje požadavky na bezpečnost a ochranu zdraví při práci rovněž prováděcí předpis k zákoníku práce. Ten stanovuje, že zaměstnavatel je povinen organizovat práci a stanoví pracovní postupy tak, aby byly dodrženy zásady bezpečného chování na pracovišti a aby zaměstnanci na pracovišti se zvýšeným rizikem nepracovali osamocně, bez dohledu dalšího zaměstnance, pokud jejich ochranu nezajistí jinak.

Z řečeného vyplývá, že vzhledem k tomu, že za bezpečnost a ochranu zdraví při práci odpovídá zaměstnavatel, je tedy na něm, jak vyhodnotí rizika na konkrétním pracovišti a stanoví opatření, aby byly dodrženy zásady bezpečnosti a ochrany zdraví při práci na všech, tedy i nočních směnách. Vzhledem ke všemu výše uvedenému se mi Vámi popsaná situace nejeví jako optimální. Doporučuji se s tímto Vaším podnětem obrátit na zaměstnavatele a požádat jej, aby přijal odpovídající opatření.



ilustrační foto: Shutterstock

Informace o zdravotním stavu dítěte

Může lékař sdělit informace o zdravotním stavu dítěte rodiči, kterému dítě nebylo svěřeno do péče?



odpovídá
Mgr. Markéta Kalivodová

Zákon o zdravotních službách reguluje obsah informace o zdravotním stavu pacienta jakož i okruh osob, kterým lze tyto informace poskytnout. Jde-li o nezletilého pacienta, má právo na informace o zdravotním stavu a právo klást doplňující otáz-

ky vztahující se k jeho zdravotnímu stavu a navrhaným zdravotním službám zákonný zástupce pacienta. Zákonnými zástupci dítěte jsou oba rodiče bez ohledu na skutečnost, kterému z nich je dítě svěřeno do péče. Sku-

tečnost brání lékaři sdělit rodiči zdravotní stav jeho dítěte by bylo omezení rodičovské zodpovědnosti soudním rozhodnutím, což však v praxi nebude velmi časté.

Zajímavé www stránky – Huntingtonova nemoc

Huntingtonova choroba je neurodegenerativní genetické onemocnění s autozomálně dominantním přenosem. Její příznaky zahrnují především rozvoj mimovolních pohybů (chorey) a poruchu kognitivních funkcí.

V České republice se předpokládá kolem 700–1000 nemocných a zhruba 4500 osob v riziku vzniku tohoto onemocnění.

Společnost pro pomoc při Huntingtonově chorobě

www.huntington.cz

Dnes začneme českým internetovým portálem, který je komplexním zdrojem informací o Huntingtonově nemoci. Společnost vznikla v 90. letech 20. století, jejím cílem je podpora a vzdělávání pacientů trpících Huntingtonovou chorobou a jejich rodin.



HOPES – Huntington's Outreach Project for Education

<https://hopes.stanford.edu>

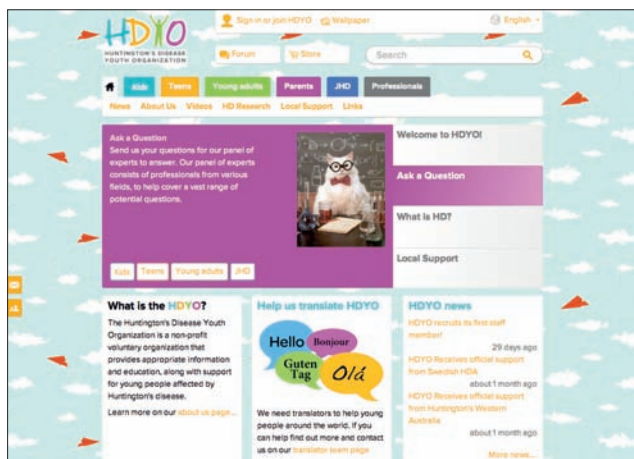
Web, který vznikl za přispění studentů Stanfordovy univerzity, obsahuje řadu informací o Huntingtonově chorobě, články přibližují složitou problematiku onemocnění široké veřejnosti. Prezentují se zde aktuální informace o nemoci, jejich pří-

nách i symptomech, terapeutických možnostech či doporučené životosprávě. Zmíněny jsou rovněž aktuální pokroky ve výzkumných projektech.

Huntington's Disease Youth Organization

<http://en.hdyo.org>

Odkaz na stránky mezinárodní neziskové organizace, zřízené primárně za účelem podpory



mladých lidí, kteří trpí Huntingtonovou choreou. Texty uveřejněné na webu jsou schematicky členěny podle věkových skupin pacientů, rozsáhlá část stránek je však věnována i zdravotníkům, kteří se zabývají Huntingtonovou nemocí, témata odborných článků jsou zaměřena právě na problematiku užší skupiny mladých pacientů. Probírána jsou například témata související s genetickým testováním dosud zdravých lidí či plánovaným rodičovstvím u již nemocných osob. Text je doplněn o řadu ilustrací a videosekvencí.

ní fórum, kde lze získat odpovědi na řadu specifických otázek a problémů.

The Cure HD Blog

www.curehd.blogspot.cz

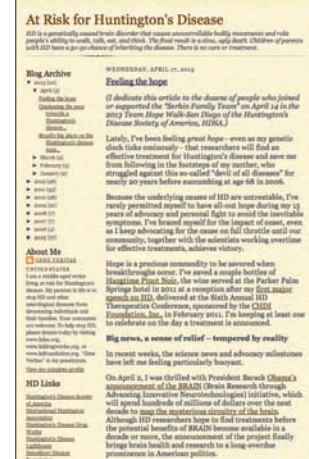
Podrobný internetový deník pacienta v riziku rozvoje Huntingtonovy nemoci. Jde o muže středního věku, který na internetu vystupuje pod pseudonymem. Jeho subjektivní pocity prezentované v tomto deníku dávají poznat Huntingtonovu nemoc z jiného úhlu pohledu.

MUDr. Michal Peříšek

Huntington's Disease Lighthouse Families

www.hdlf.org

Web obsahující velké množství medicínských informací a poznatků z výzkumu Huntingtonovy nemoci. K dispozici jsou články, které čtenáře seznámí s problematikou onemocnění zcela komplexně, od historie přes podrobnou charakteristiku onemocnění včetně epidemiologických dat až po genetické testování, velmi podrobně jsou probrány terapeutické možnosti. Zajímavou součástí portálu je diskus-



ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

číslo 9/2013

Séfredaktorka

Mgr. Markéta Mikšová
tel. 225 276 295, e-mail: miksova@mf.cz

Redakce

Petra Klusáková, DiS. (Z domova)
tel. 225 276 388, e-mail: kluskova@mf.cz
Filip Kút Citores, DiS (on-line, Z domova)
tel. 225 276 176, e-mail: kut@mf.cz
Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, 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 Skálová (Lékařské listy)
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz

Stáli spolupracovníci redakce
Leoš Chodura, Mgr. Martin Čaban,
Bc. Irena Soukupová, David Daniel,
Eva Pavlatová, MUDr. Milan Novák,
Vladimíra Bošková, Martina Rehořová, Ph.D.

Editor/korektor
Mgr. Martin Cermák

Grafika a technická zpracování
Pavla Jilková
tel. 225 276 455, e-mail: jilkovap@mf.cz

Redakční rada Lékařských listů ZDN
prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA
prof. MUDr. Jaroslav Blahos, 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. Miloš Kršák, DrSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. MUDr. Zdeněk Malý, CSc.
prof. Ing. Rudolf Poleďna, CSc.
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
prof. MUDr. Marek Trněný, CSc.
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 inzerce
tel. 724 561 805
e-mail: personalni.inzerce@mf.cz

generální ředitel
Ing. David Hurta

kreativní ředitel
René Decastel

DTP
retuš Zdeněk Němec,
Libor Horyna, Milan Kubička

MARKETING
ředitelka marketingu novin
a časopisů Jana 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 Mrazová

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., záložnické centrum,
Višňácká 995/63, 639 63 Brno,
tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:
Mediaprint Kapa Pressegrasso, a. s.,
oddelenie inej formy predaja, P. O. Box 183
Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3
tel. +421 244 458 821, fax +421 244 458 819
e-mail: predplatne@abompkapa.sk

Smluvní vztah mezi vydavatelem a předplatitelem se řídí všeobecnými obchodními podmínkami pro předplatitele. Předplatné se automaticky prodlužuje.

Vydavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah inzertní ani jiných materiálů komerční povahy.

Tisk EUROPRINT a. s.
Číslo dáno do tisku 2. 5. 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: A 20524
ISSN 1805-2355

PERSONÁLNÍ INZERCE

Výběrová řízení

Primáři

ŘEDITEL KROMĚŘÍŽSKÉ NEMOCNICE, A. S., vypisuje výběrové řízení na obsazení míst:

- Primář/primářka oftalmologie
- Primář/primářka mikrobiologie
- Primář/primářka transfuzního a hematologického oddělení

Kvalifikační požadavky:

- vysokoškolské vzdělání lékařského směru,
- specializovaná způsobilost v oboru,
- nejméně 10 let praxe v oboru,
- licence ČLK pro výkon vedoucí funkce,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- manažerské a organizační schopnosti,
- osobnostní a profesionální předpoklady pro řízení odborného týmu.

K přihlášce je nutno doložit:

- strukturovaný životopis s přehledem dosavadní praxe,
- úředně ověřené kopie dokladů

o dosažené kvalifikaci, případně Rozhodnutí MZ ČR o uznání odborné a specializované způsobilosti dle zákona č. 95/2004 Sb.,

- platný výpis z rejstříku trestů,
- doklad o zdravotní způsobilosti,
- přehled vzdělávací aktivity a publikační či přednáškové činnosti,
- koncepci řízení a managementu v daném oboru,
- souhlas se zpracováním osobních údajů dle zákona č. 101/2000 Sb.,
- licenci ČLK pro výkon vedoucí funkce.

Písemné přihlášky zasílejte do tří týdnů ode dne zveřejnění na adresu: Kroměřížská nemocnice, a. s., personální oddělení, Havlíčkova 660, 767 01 Kroměříž, e-mail: vlasta.prochazkova@nem-km.cz

A131006429

Primáři

ŘEDITEL NEMOCNICE MILOSRDNÝCH BRATŘÍ, P. O., POLNÍ 3, 639 00 BRNO, vypisuje výběrová řízení na místa:

- Primář novorozeneckého oddělení

- Primář rehabilitačního oddělení
- Primář oddělení vnitřního lékařství

Požadujeme:

- VŠ lékařského směru,
- specializovanou způsobilost v příslušném oboru,
- nejméně 10 let praxe v oboru,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost podle zákona č. 95/2004 Sb.,
- organizační a řídicí schopnosti,
- negativní osvědčení dle zákona č. 451/1991 Sb..

Písemné přihlášky s požadovanými doklady a strukturovaný životopis zasílejte na personální odd., 639 00 Brno, Polní 3, e-mail: iveta.sikulova@nmbbrno.cz:

- do 13. 5. 2013 – novorozenecké odd.,
- do 17. 5. 2013 – rehabilitační odd.,
- do 17. 6. 2013 – odd. vnitřního lékařství

Kontakt pro informace: MUDr. Josef Drbal, ředitel, tel.: 532 299 111, 348; e-mail: josef.drbal@nmbbrno.cz, www.nmbbrno.cz

A131005968



PERSONÁLNÍ INZERCE

Nově prosím pro příjem personální inzerce kontaktujte:

Ing. Alenu Seidelovou
tel.: 225 276 341, 724 774 034
e-mail: seidelova@mf.cz

Zdravotnické noviny
Mladá fronta a. s., Mezi Vodami 1952/9
143 00 Praha 4 – Modřany

Volná místa

Cévní chirurg

NEMOCNICE MILOSRDNÝCH BRATŘÍ, P. O., POLNÍ 3, 639 00 BRNO,

přijme lékaře se specializací v oboru cévní chirurgie pro oddělení chirurgie i s možností práce na zkrácený úvazek. Nástup možný ihned.

Písemné přihlášky s profesním životopisem, doklady o dosaženém vzdělání, výpis registrů trestu zasílejte na adresu: Nemocnice Milosrdných bratří, p. o., personální oddělení, Polní 3, 639 00 Brno, tel.: 532 299 149, e-mail: iveta.sikulova@nmbbrno.cz

Kontakt pro informace: MUDr. František Horálek, primář odd. chirurgie, tel.: 532 299 161, 153, mobil: 734 260 353, e-mail: frantisek.horalek@nmbbrno.cz, www.nmbbrno.cz

A131005971

Vedoucí lékař – pediatr

NESTÁTNÍ ORDINACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE PRO DĚTI A DOROST V OLMOUCI hledá vedoucího lékaře.

Požadujeme:

- odpovídající odborné vzdělání,
- schopnost samostatné práce.

Nabízíme:

- výhodné platové a pracovní podmínky,
- nástup možný ihned.

Kontakt: tel.: 603 851 231.

A131006408

Praktický lékař/lékařka

ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ NA VYSOČINĚ

přijme do pracovního poměru praktického lékaře. Podmínky dohodou.

Odpovědi zasílejte na adresu:

Dům zdraví, spol. s r. o., MUDr. Jindřich Zeman, Poříčí 11, 594 01 Velké Meziříčí, tel.: 566 522 442, e-mail: zemanjindrich@seznam.cz

A131005499

Ostatní

Pronájem

VOLNÉ PROSTORY K PRONÁJMU vhodné jako ordinace nebo pro jiné zdravotnické služby v objektu zavedené lékárny Alma, Foerstrova 1655/1, Hradec Králové, v sousedství zdravotního střediska. Jedná se o prostory s výměrou do 230 m². Výhodné nájemní podmínky.

Více informací: tel.: 777 856 026, e-mail: dolezal.jiri@gmail.com

A131005998

Inzerce A131006436

Jste obchodník tělem i duší, umíte zjistit potřeby největších zákazníků?

Chcete trávit čas se zákazníky místo sezení v kanceláři? Nechcete se zdržovat administrativou, vyhledáváním kontaktů, přípravou nabídek, organizováním a domlouváním schůzek? K tomu máte u nás tým pod vedením Vaší obchodní koordinátorky

Vyhlašujeme výběrové řízení na pozici

VIP SALES MANAGER

pro prodej mediálních projektů a kombinovaných produktů

Zkušenosti ve zdravotnickém a mediálním prostředí výhodou
V případě zájmu o účast ve výběrovém řízení pošlete životopis na bauer@mf.cz

MEDICAL SERVICES

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR



Předplatte si MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

a získáte 5dílnou sérii knih v hodnotě 965 Kč

5x malá kniha etikety

- U STOLU
- PRO CELOU RODINU
- PRO FIRMU A ÚŘAD
- PRO KAŽDÝ DEN
- PRO MANAŽERY



Jde o sérii malých a praktických rádců z pera Ladislava Špačka. Tu by si měli přečíst všichni bez ohledu na věk a společenské postavení, protože právě při stolování, na návštěvě, v divadle nebo na koncertě, ale také na pracovišti či při každodenních situacích se projeví, jak je kdo zběhlý ve společenském životě.

Kompletní nabídka knih na knihy.cz

Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 2. 6. 2013. Předplatné na rok pouze za 590 Kč



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku předplatne.mf@cpost.cz, uveďte své **jméno**, **doručovací adresu** a informaci, zdali jste nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZDN 0513**. 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 0513**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.



Pošlete SMS na číslo 900 09 06

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

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. Dárky jsou rozesílány 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 předplatitel souhlasí se zařazením všech 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 poskytnutí údajů je dobrovolné, 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.

Nový rozměr

v léčbě renálního karcinomu



*po sunitinibu nebo cytokinech



Inlyta[®]
axitinib

ve 2. linii mRCC*

Zkrácená informace o přípravku INLYTA 1 mg, 5 mg potahované tablety

Léčivá látka: Axitinibum 1 mg nebo 5 mg v jedné tobolce. **Indikace:** Léčba dospělých pacientů s pokročilým renálním karcinomem po selhání předchozí léčby sunitinibem nebo cytokinů. **Dávkování a způsob podávání:** zahajovací dávka 5 mg 2x denně perorálně, po 2 týdnech lze zvýšit na 7 mg 2 x denně pokud krevní tlak pacienta není > 150/90 mmHg. Po dalších 2 týdnech lze zvýšit na maximální dávku 10 mg 2x denně. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivo nebo pomocné látky. **Zvláštní upozornění:** hlášena hypertenze – doporučena monitorace krevního tlaku, hlášeny dysfunkce štítné žlázy – nutno monitorovat, doporučena opatrnost u pacientů s arteriálními a venózními tromboembolickými příhodami v anamnéze. Hlášeno zvýšení hodnot hemoglobinu a hematokritu, krvácivé příhody, gastrointestinální perforace, tvorba píštělí, komplikace při hojení ran, syndrom posteriorní reverzibilní encefalopatie, proteinurie, zvýšení ALT, AST a bilirubinu. Léčivý přípravek obsahuje laktózu. **Interakce:** S inhibitory či induktory CYP3A4/5, CYP 1A2 a CYP2C19 **Těhotenství a kojení:** Studie neprováděny, nedoporučeno. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Studie neprováděny. **Nežádoucí účinky:** Nejčastější: průjem, hypertenze, únava, dysfonie, nauzea, snížená chuť k jídlu, syndrom palmární-plantární erytrodysestézie. **Předávkování:** Neexistuje specifická léčba. **Uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky. **Balení:** 26 nebo 56 tableť v Al/al blistru, 180 tableť v HDP lahvičce. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer Ltd, Ramsgate Road, Sandwich, Kent CT13 9NJ, Velká Británie. **Registrační číslo:** EU/1/12/777/001-006. **Datum poslední revize textu:** 03.09.2012. **Výdej léčivého přípravku** je vázán na lékařský předpis. **Přípravek dosud není hrazen** z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se, prosím, seznáme s úplnou informací o přípravku.

Souhrnné údaje o přípravku jsou k dispozici na adrese:

Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5
tel.: +420 283 004 111, fax: +420 251 610 270, www.pfizer.cz

ONC – 2012.02.003

 Pfizer Oncology