ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

ZDN

MLADÁ FRONTA

10/2013

ČTRNÁCTIDENÍK PRO ODBORNÍKY VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

Toto číslo vyšlo 20. 5. 2013

SERIÁL

eHealth a telemedicína

Elektronizované zdravotnictví je neprávem spojováno jen s medializovanými projekty a politizací.

STRANA 24

PŘEDSTAVUJEME

prof. MUDr. Bohumila Hučína, DrSc., průkopníka kardiochirurgie novorozenců a kojenců u nás.

STRANA 28

LÉKAŘSKÉ LISTY

5/2013 – Urologie

Naleznete jako přílohu v tomto čísle

Stabilitu má zajistit **zvýšení platby za státní pojištěnce**

Jedním z nezbytných a posledních možných nástrojů, které by měly stabilizovat systém veřejného zdravotního pojištění, je podle ministra Leoše Hegera (TOP 09) zvýšení platby za státní pojištěnce. Návrh nařízení vlády, který by jej měl zajistit, však stále čeká na projednání.

Ministerstvo zdravotnictví po vyhodnocení účetních závěrek zdravotních pojišťoven za minulý rok konstatovalo, že se systém veřejného zdravotního pojištění dostává do deficitu, který již není schopen absorbovat dalším zvyšováním vnitřní efektivity.

S tímto úvodním argumentem Leoš Heger (TOP 09) předložil vládě návrh na zvýšení platby za státní pojištěnce. Ihned ale narazil na odpor svého stranického kolegy a strážce státní kasy Miroslava Kalouska, podle kterého si stát takový výdaj navíc nemůže dovolit.

Zdravotnictví zatím nekolabuje

Ačkoliv Česká lékařská komora (ČLK), nemocnice zastoupené Asociací českých a moravských nemocnic (AČMN) a celá opozice dlouho volají po zvýšení plateb za státní pojištěnce a považují jej dlouhodobě za jediný efektivní nástroj, který by mohl přispět ke stabilizaci systému veřejného zdravotního pojištění, podle Leoše Hegera akutně nehrozí, že by se systém v případě neschválení jeho návrhu zhroutil. Stále prý existují i další možnosti jak navýšit příliv peněz do zdravotnictví.

Mezi teoretické možnosti finančního posílení systému ministr řadí například navýšení pojistného, zavedení nominálního pojištění či další zvýšení spoluúčasti pacientů. Konstatoval to na proběhnuvším Žofínském fóru, na kterém byl přítomen i prezident ČLK Milan Kubek. Ten však považuje navýšení platby za státní pojištěnce za zásadní akt, bez jehož realizace se postupně začne snižovat kvalita, dostupnost i bezpečnost poskytované zdravotní péče. Podobně se vyjadřuje i nový stínový ministr zdravotnictví za ČSSD Svatopluk Němeček, podle něhož nelze dopustit, aby stabilizace zdravotnictví šla na úkor nemocnic, lékařů a jejich pacientů.

Nejisté miliardy

Z důvodové zprávy ministra zdravotnictví pro návrh nařízení vlády vyplývá, že i Leoš Heger si je vědom dopadů několik let stagnujících plateb za státní pojištěnce na systém veřejného zdravotního pojištění. Stát dle důvodové zprávy zatím nevyužil flexibility, kterou poskytuje zákon v možnostech

(**pokračování na straně 2**)

Jiří Štětina: Žaloba na mě je výsledkem absence odborných a věcných argumentů.

(více na str. 4)

Inzerce A131002442

Stabilitu má zajistit **zvýšení platby za státní pojištěnce**

(**pokračování ze str. 1**)

navyšování plateb za státní pojištěnce. „Zákon umožňuje vládě stanovit vyměřovací základ pro pojistné hrazené státem s přihlédnutím k vývoji průměrné mzdy zveřejňované Českým statistickým úřadem, možnostem státního rozpočtu a vývoji finanční bilance veřejného zdravotního pojištění," zdůvodňuje ministerstvo oprávněnost svého návrhu.

Dle výpočtu ministerstva už resort zdravotnictví v době krize přišel o zhruba 30 miliard korun, zvyšováním DPH pak o dalších 6,6 miliardy. Přibližně 24 miliard korun z takto vzniklého deficitu bylo pokryto z rezerv zdravotních pojišťoven, o zbytek se prý ministerstvo postaralo svým tlakem na zvyšování efektivity zdravotnických zařízení.

„V současné době jsou již vnitřní zdroje systému takřka vyčerpány. Z predikce příjmů a nákladů systému veřejného zdravotního pojištění na rok 2013 vyplývá, že celková bilance systému veřejného zdravotního pojištění v roce 2013 může dosáhnout záporné hodnoty, a to ve výši přibližně 8 miliard korun," uvádí ministerstvo. Hegerův úřad vládě navrhl rovnou dvě možnosti změny vyměřovacího základu *(viz rámeček „Dvě varianty...")*. Zda jednu z nich vláda přijme, se má rozhodnout do konce června. V případě schválení může nařízení platit nejdříve od 1. 1. 2014.

Filip Kůt Citores

Dvě varianty zvýšení platby za státní pojištěnce

MZ ve svém návrhu počítá se dvěma variantami navýšení platby. Ta mírnější pro ministra financí by měla přinést přibližně 3,7 miliardy korun, ta příznivější pro zdravotnictví zhruba 5,7 miliardy korun. Citujeme z odůvodnění návrhu:

Varianta první: „Vychází z usnesení PSP ČR č. 1595, v němž sněmovna vyzývá vládu, aby v průběhu roku 2013 navýšila platbu za jednoho pojištěnce o 50 Kč, což znamená zvýšení příslušného vyměřovacího základu o 6,9 %, než zákon stanoví pro rok 2013, tedy na částku 5725 Kč. Současná výše vyměřovacího základu je 5355 Kč. Čerpání státního rozpočtu v roce 2014 by bylo v porovnání s částkou plánovanou na rok 2013 zvýšeno o 3 677 983 168 korun."

Varianta druhá: „Zvýšení vyměřovacího základu pro pojistné hrazené státem za státního pojištěnce na částku 5925 Kč, tj. o 10,6 % vyšší, než zákon stanoví pro rok 2013. Vychází při tom z průměrného zvýšení průměrné mzdy mezi roky 2009 až 2013, ve kterých platba státu za státní pojištěnce nebyla valorizována, a z dopadu zvýšené DPH. Čerpání státního rozpočtu v roce 2014 by bylo v porovnání s částkou plánovanou na rok 2013 zvýšeno o 5 664 092 800 korun."

(Zdroj: Vláda ČR)

Zdravotně pojistné plány nás ohrožují, míní nemocnice

Poslanci by se měli podle Asociace českých a moravských nemocnic vyvarovat zvednutí ruky pro aktuální podobu zdravotně pojistných plánu zdravotních pojišťoven. Ty prý neodpovídají realitě a ohrožují hospodaření zejména menších regionálních nemocnic.

Krizový štáb nemocnic, pacientů a odborů v čele s Asociací českých a moravských nemocnic (AČMN) opět brojí proti způsobu, jakým se ministerstvo zdravotnictví a vláda snaží vypořádat s financováním zdravotnictví.

Apel na zdravý rozum

V dopise, který krizový štáb zaslal prostřednictvím médií poslancům, upozorňuje mluvčí štábu a místopředseda AČMN Petr Fiala na neutěšenou finanční situaci nemocnic. „Je vám navrhováno schválit výrazné snížení úhrad zdravotní péče především v nemocnicích, a to za situace, kdy tytéž zdravotně pojistné plány předpokládají růst příjmů veřejného zdravotního pojištění. Úhrady nemocnicím by se měly snížit na 97,8 % úhrad roku 2012, úhrady následné péče dokonce na 96,9 % loňské skutečnosti. To vše je navrhováno při očekávaném růstu příjmu zdravotních pojišťoven celkem na 102,4 %," vysvětluje Petr Fiala poslancům.

AČMN již dříve upozorňovala na špatnou situaci, do které se nemocnice dostaly v důsledku nastavení úhradové vyhlášky pro tento rok, jež prý nerespektovala realitu – tedy míru inflace a daňové změny, zejména pak navýšení DPH. „Už jen úhradovou vyhláškou byly v tomto roce sníženy úhrady v průměru na 94,7 % roku 2012. Při započtení inflace a zvýšené DPH činí snížení průměrných úhrad více než 10 %," vypočítala AČMN. Situace regionálních nemocnic je podle Petra Fialy ještě horší, neboť průměr sám o sobě není zcela vypovídající. „Pod uvedeným průměrným snížením je téměř polovina regionálních nemocnic, kdy některé nemocnice musejí počítat se snížením reálných úhrad i o 15 až 20 procent. Existence tří desítek nemocnic je znovu ohrožena," obává se Fiala.

Konspirační teorie, nebo realita?

Krizový štáb považuje podobu zdravotně pojistných plánů zdravotních pojišťoven za „pokračování další etapy pokusu o rušení regionálních nemocnic". Podle štábu se nemocnice včetně některých fakultních netají tím, že mají problémy s uspokojením poptávky pacientů.

„Nemocnice jsou donuceny omezovat plánované operace, prodlužovat čekací doby, poskytovat jen nejnutnější a nejlevnější léky a provádět ta nejnutnější vyšetření. Nemocnice již dnes upozorňují, že v závěru roku nebudou mít zdroje ani na neodkladnou péči," konstatuje Petr Fiala a vyzývá proto jménem Krizového štábu poslance, aby při projednávání zdravotně pojistných plánů hlasovali proti a řídili se tak především zájmem občanů.

Podle zdravotních pojišťoven jsou ale výtky nemocnic neuvážené a vycházejí z nepochopení ekonomické situace země. „Zdravotně pojistný plán VZP je navržen jako vyrovnaný v souladu s platnou legislativou. S přihlédnutím k vývoji v 1. čtvrtletí roku 2013 je možno konstatovat, že odhad vývoje na příjmové stránce byl příliš optimistický," řekl ČTK mluvčí VZP Oldřich Tichý v narážce na zveřejněné údaje o výkonu naší ekonomiky, které v negativním smyslu předčily veškerá očekávání analytiků. I z tohoto důvodu podle Oldřicha Tichého úhradová politika státu odpovídá současné ekonomické situaci. Krizový štáb prý navíc ve svém prohlášení neuvádí všechna fakta. „Ve vyjádření krizového štábu postrádáme informaci, že pokles úhrad od VZP by měl být kompenzován navýšením od oborových pojišťoven v návaznosti na to, jak porostou počty jejich klientů," doplnil mluvčí. **(fkc)**

Jak zajistit lékařské služby?

Středočeští krajští úředníci řeší, jak zajistí lékařské služby v tamních nemocnicích. Ukončení výjimky evropské směrnice o přesčasové práci od nového roku významně ztíží pokrytí nepřetržitých služeb. Kraj uvažuje, že více využije praktické lékaře i zaměstnance ZZS.

Předseda krajského zdravotnického výboru Stanislav Holobrada (ČSSD) upozornil, že pokud bude platit současná úprava zákoníku o přesčasové práci a nebude přijata nová výjimka, budou lékaři moci odpracovat jen 416 místo dosavadních 832 hodin přesčasů. To by znamenalo, že v nemocnicích bude chybět polovina lékařů.

Další dohodnutá práce

Zákoník práce (zákon č. 262/2006 Sb.) primárně nepředpokládá pracovní dobu delší, než je zákonem stanovených 40 hodin týdně. Tato doba však může být navýšena, protože do zákoníku byla implementována směrnice Evropského parlamentu 2003/88/ES – jde o § 93 s názvem „Další dohodnutá práce přesčas ve zdravotnictví". Paragraf umožňuje, aby za určitých podmínek zaměstnanec pracoval v průměru více než 48 hodin týdně. Je však platný pouze pro 5leté období platnosti uvedené evropské směrnice. Česko ji implementovalo v roce 2009, výjimka tak s koncem roku 2013 končí. Pokud nedojde ke změně zákonných předpisů, nebude mít zaměstnanec od 1. ledna 2014 možnost jakkoli legálně odpracovat více než 416 hodin práce přesčas, a to ani v případě dohody se zaměstnavatelem.

Všichni jsou překvapení

Na problém opakovaně upozorňovala Česká lékařská komora. „Dosud to nikdo příliš neřešil. Ale od nového roku bude pro pokrytí služeb velký nedostatek lékařů, což může vést k ohrožení zdravotní péče," řekl naší redakci mluvčí ČLK Michal Sojka.

„Managementy nemocnic měly dostatek času přizpůsobit provoz ukončení výjimečně dlouhých přesčasů. Zatímco Německo zesílilo náborové akce v Česku, čeští zdravotníci byli vyháněni do zahraničí. Půl roku před nastávající změnou jsou všichni zaskočeni a tváří se překvapeně," glosuje předseda Lékařského odborového klubu Martin Engel.

Podle zástupců Středočeského kraje bude třeba zapojit do služeb praktické lékaře i ambulantní specialisty a posílit *rendez-vous* systém záchranné služby, který umožňuje výjezdy samotných záchranářů bez lékaře. „Je to samozřejmě otázka k diskusi především s řediteli záchranných služeb. Nejdražší lékařská práce by se dala ušetřit," domnívá se Stanislav Holobrada. Tím by se ale problém pouze posunul na centrální příjmy nemocnic, kde bude nedostatek lékařů také. „Buď tam ti lidé budou chybět, nebo se budou muset přijmout další," uzavírá zastupitel.

Petra Klusáková

Lázně obávající se o zisk získaly podporu odborů

Provozovatelé lázní si dlouhodobě stěžují na přístup ministerstva zdravotnictví, který prý vede k postupné likvidaci českého lázeňství. Ke stejnému závěru došly i odbory a opoziční ČSSD, jež společně s provozovateli žádají zastavení změn v českém lázeňství.

Naše lázeňství je prý opět v reálném ohrožení a s ním místa zaměstnanců. Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče (OSZSP) zaštítěný svou centrálou ČMKOS společně se Sdružením lázeňských míst ČR a Svazem léčebných lázní vyzvaly vládu a ministerstvo zdravotnictví k „okamžitému zastavení změn v českém lázeňství". Mnoha lázním prý hrozí i kvůli novému indikačnímu seznamu lázeňské péče likvidace.

Zainteresované strany tak reagovaly na zveřejněné údaje Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚSZIS), podle kterých lázním v minulém roce klesla česká klientela o 17,4 %. Úbytek pacientů je navíc patrný i v kategorii platících zájemců o tyto služby. Jediný nárůst statistici zaznamenali v kategorii zahraniční klientely (o 18,9 % proti roku 2011), která však dle odborů i lázní představuje relativně malý podíl z celkového počtu léčených osob a lázně tak sama neuživí.

V této souvislosti lze připomenout údaje ÚZIS z předchozích let, ze kterých je patrné, že počet lázeňských hostů začal klesat již v roce 2009, tedy mnohem dříve, než ministerstvo zdravotnictví vydalo kontroverzní indikační seznam.

Různé zájmy, jeden cíl

Zatímco provozovatelé lázní usilují především o ziskové hospodaření, odbory poukazují na rizika omezování lázeňské péče zejména v souvislosti s úrovní platů a množstvím pracovních míst. Odbory vidí hlavní příčinu současných problémů lázní v novém indikačním seznamu, který redukoval počet diagnóz, na něž lze předepsat lázně hrazené z veřejného zdravotního pojištění, a v jehož důsledku došlo i ke zkrácení maximální doby pobytu ze 4 na 3 týdny. „Změně předcházel dlouhodobý tlak ministerstva zdravotnictví na omezení finančních prostředků na lázeňskou péči, který vedl k tomu, že lékaři se začali bát lázně předepisovat i v případech, kdy mohou," uvádí OSZSP ve svém tiskovém prohlášení.

Podle ministra zdravotnictví Leoše Hegera (TOP 09) byl indikační seznam konzultován jak s příslušnými odbornými společnostmi, tak i s Českou lékařskou komorou (ČLK), která – ač bývá častým kritikem ministerských počinů – prý v tomto případě souhlasila. Ministr zároveň potvrdil, že výdaje na tento segment zdravotních služeb skutečně klesaly. Dle údajů ÚZIS loni pojišťovny vydaly za lázně 2,576 miliardy korun, což představuje pokles přibližně o 13,7 % oproti roku 2011.

Lázně jako zaměstnavatel

Odbory se ze své podstaty ve dlouhodobé kritice indikačního seznamu dotýkají hlavně vlivu úbytku lázeňské klientely na zaměstnance. „Odbory, zaměstnavatelé i starostové před tímto vývojem varovali po celou dobu přípravy nového indikačního seznamu. Zdůrazňovali, že tato úspora postihne nejen pacienty, kteří lázeňskou péči nedostanou, ale také zvýší nezaměstnanost ve městech a regionech, kde je právě lázeňství největším zaměstnavatelem," připomíná předsedkyně OSZSP Dagmar Žitníková. Odbory zároveň upozorňují i na „dominový efekt", kdy může hrozit zánik například drobným živnostníkům a dodavatelům navazujících služeb.

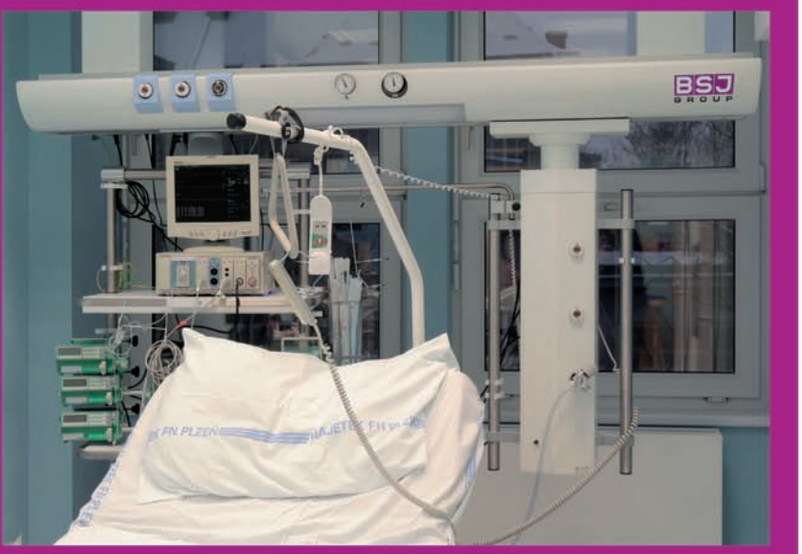
Ačkoli je nový indikační seznam platný již od října minulého roku, poukazy na lázně vydané před tímto datem se ještě řídily původními pravidly. Zainteresované strany se proto bojí, že dopady politiky ministerstva ve vztahu k lázním budou v tomto roce ještě tvrdší. Podle odborů se již dokonce některé obavy začaly naplňovat. „O místo přišlo 2,5 tisíce zaměstnanců, 10 tisíc pracovních míst je v ohrožení, mnozí další zaměstnanci pracují za 60 procent platu. Očekávat, že se lázně zaplní samoplátci, je v době krize nereálné," uzavírá OSZSP.

Filip Kůt Citores

Inzerce A131001905

Unikátní řešení JIP oddělení ve Fakultní nemocnici v Plzni

Významný rozvoj zaznamenala oblast intenzivní péče o nemocné s širokou škálou život ohrožujících stavů spojených zejména s dechovou nedostatečností, na JIP oddělení pod vedením MUDr. Davida Havla. Pro rekonstrukci JIP oddělení byla vybrána společnost BSJ group, která patří mezi přední dodavatele v oblasti dodávek a instalací zdravotnického vybavení a rozvodů medicinálních plynů. Společnost BSJ group nabízí kompletní služby od projektu, dodávky, instalace, revize, zaškolení a zajištění servisu.



BSJ group připravila řešení na míru - rozvody medicinálních plynů, kyslíku a stlačeného vzduchu včetně klinického nouzového alarmu napojeného na úsekové uzavírací ventily. Dále byly instalovány zdravotnické napájecí jednotky od francouzského výrobce TLV (zdrojové mosty U-care – 2 třílůžkové na společné pokoje a 2 jednolůžkové na izolace). Po dohodě s ošetřujícím personálem a vedením nemocnice firma BSJ group přistoupila k unikátnímu řešení těchto instalačních komplexů. To spočívá v dodávce posuvných zdrojových boxů obsahujících vývody medicinálních plynů, silnoproudu a slaboproudu (datové sítě), které může personál přemisťovat a nastavit do potřebné polohy. V boxu je nainstalován i systém sestra – pacient, pomocí kterého může pacient také ovládat přímé osvětlení. Celá instalace byla provedena v estetickém barevném provedení, které svými pastelovými barvami ladí s výmalbou pokojů a působí velmi příjemně.

Slovo Ing. Jaroslavy Kunové, ředitelky nemocnice

Rekonstrukcí JIP oddělení ve Fakultní nemocnici v Plzni se zlepšilo nejen prostředí pro pacienty, ale i vybavenost a pracovní prostor pro lékaře. Kompletní rekonstrukce JIP oddělení trvala necelých šest měsíců a proběhla bez problémů. Ráda bych poděkovala společnosti BSJ group a všem zúčastněným firmám za skvěle odvedenou práci a předání v požadovaném termínu.

TRN klinika, kde byla rekonstrukce JIP oddělení realizována je od r. 2006 jedním z osmi pracovišť Národního centra pro těžké astma (NCTA) a koncentruje diagnostickou a léčebnou péči pro nemocné s nejtěžšími formami astmatu (OLA, obtížně léčitelné astma) z Plzeňského, Karlovarského a části Jihočeského kraje.

Julínek promluvil a karta se začíná obracet

Bývalý ministr zdravotnictví Tomáš Julínek obviněný v případě údajně předražených služeb letecké záchranné služby prolomil své mlčení a zaslal médiím tiskové prohlášení. Trestní stíhání je podle něj absurdní, policie prý vychází ze špatných informací, a sčítá proto „hrušky s jablky“.

Policie proti Tomáši Julínkovi zahájila 18. dubna trestní stíhání pro podezření ze spáchání trestných činů zneužívání pravomoci veřejného činitele a porušování povinnosti při správě cizího majetku. Těchto činů se měl bývalý ministr údajně dopustit v době svého působení ve funkci, a to tím, že podepsal smlouvu na provozování letecké záchranné služby (LZS) se dvěma soukromými společnostmi Alfa Helicopter a DSA.

Podnět k zahájení vyšetřování dal poslanec Jiří Štětina (VV). Celá kauza se však pomalu, ale jistě začíná obracet proti němu. Zatímco za bývalého ministra se ihned postavil premiér republiky Petr Nečas (ODS) a další politické osobnosti figurující v tehdejší vládě Mirka Topolánka s tím, že rozhodnutí o LSZ bylo kolektivním rozhodnutím vlády (podobně jako v kauze letounů CASA), poslanec Jiří Štětina teď nejspíš bude sám čelit trestnímu oznámení.

Žaloba na oznamovatele

Jeden z vítězů někdejšího tendru – soukromý provozovatel letecké záchranky DSA – oznámil, že na Jiřího Štětinu podá trestní oznámení pro poškození dobrého jména. „To, co pan poslanec Štětina uváděl v médiích, bereme z jeho strany jako osobní mstu. Vedle žaloby na něj podáme také trestní oznámení, a to pravděpodobně pro podezření ze spáchání pomluvy, ale možná i dalších trestných činů,“ řekl médiím mluvčí společnosti Tomáš Zdechovský. DSA vadí zejména Štětinova veřejná vystoupení, ve kterých jejich služby označil za předražené. Pověsti dobrého provozovatele si přitom společnost cení na 10 milionů korun – právě tuto částku by vedle omluvy chtěla na poslanci vysoudit. Takto získané peníze by poté dle svého prohlášení věnovala na charitativní účely.

Sám Jiří Štětina považuje krok DSA vůči své osobě za zastrašování a výsledek absence argumentů. Podobný sled událostí prý předpokládal. „Žaloba a trestní oznámení mě vůbec nepřekvapují. Už v minulosti jsem byl označován za škůdce zdravotnictví a prý jsem urážel i poslance. Tam, kde nejsou žádné věcné a odborné argumenty, nastupuje vyhrožování a demagogie,“ prohlásil poslanec v reakci na dotaz ČTK.

Nevyčíslitelné náklady

Někdejší ministr zdravotnictví podal ihned po svém obvinění stížnost, kterou minulý týden doplnil o podrobné zdůvodnění. Tomáš Julínek ve stížnosti napadá policejní závěry, které jsou podle něj nesprávné a „v mnoha ohledech absurdní“. „Obvinění je založeno na přesvědčení policejního orgánu, že státní provozovatelé LZS by tuto službu mohli poskytovat mnohem levněji, než je tomu u soukromníků, aniž by se jich vůbec zeptal, zda je to možné. Není! Vypočtená škoda je tak sčítáním hrušek s jablky, na jehož základě vypadlo zcela nesmyslné číslo,“ popírá exministr policejní interpretaci.

Rozhodnutí o využití soukromých společností při zajištění LZS vzešlo dle vysvětlení bývalého ministra částečně i z neochoty armády a policie k provozování této služby právě z důvodu nízkých plateb od ministerstva zdravotnictví za její poskytování. „Pokryty nejsou platy, výcvik, nákup či údržba vrtulníků a řada dalších položek, jako je údržba stanovišť, náklady na odloučené posádky atd. Mnohokrát jsme narazili i na to, že příslušní odborníci ani nedokáží vyčíslit skutečné náklady v rámci svých resortů, neboť jsou skryty v různých kapitolách jejich rozpočtů,“ vysvětluje Tomáš Julínek.

Ozbrojené složky státu prý souhlasily jen s provozováním jediného stanoviště, a to pouze ze „cvičných“ důvodů. Reálně tak podle exministra nebyly schopny saturovat potřeby LSZ pro celé území ČR. Tomáš Julínek dle svého mínění jednal zcela v souladu se zákonem a svými pravomocemi ministra zdravotnictví. V této rovině také opakuje argumenty svého někdejšího mluvčího Tomáše Cikrta, který jako první vystoupil s jeho obhajobou. „Napadené jednání je výsostně politickým rozhodnutím, za kterým si i nadále stojím. Policii podle mého názoru vůbec nepřísluší hodnotit a přezkoumávat, zda bylo správné, či nikoli, neboť tak zasahuje do kompetencí vlády,“ uzavřel Tomáš Julínek.

Filip Kůt Citores

Senát chce pro nemocnice delší lhůtu splatnosti závazků

Senát vrátil do poslanecké sněmovny novelu obchodního zákoníku, která má zlepšit platební morálku firem a zavádí maximální lhůty pro splatnost faktur. Senátoři chtějí, aby byl do předlohy vložen pozměňovací návrh, který ochrání nemocnice a stanoví jejich lhůty splatnosti vždy na 60 dnů.

Senátoři se obávají, že by zavedení lhůty splatnosti přivedlo většinu nemocnic do insolvence. „Pro zdravotnictví je to konečná,“ varoval senátor a bývalý pardubický hejtman Radko Martínek (ČSSD). O pozměňovacím návrhu senátorů rozhodnou poslanci v nejbližší době.

Pevná lhůta 60 dní

Novela stanoví, že v případě, kdy je kupujícím veřejný zadavatel, tedy například státní úřad, bude možné obvyklou 30denní lhůtu překročit jen tehdy, pokud to vyžaduje povaha zakázky. I tehdy nesmí doba splatnosti překročit 60 dnů. Senátoři navrhli stanovit v zákoníku, že pokud je zadavatelem poskytovatel zdravotnických služeb, bude lhůta smět být vždy 60denní.

Senátor a zpravodaj Jiří Dienstbier (ČSSD) uvedl, že jej kvůli novele kontaktovala asociace krajů a upozornila na to, že návrh ovlivní chod českých nemocnic, které si běžně nastavují delší splatnost. Jiří Dientsbier dodal, že z prosazovaného principu by se neměly dělat výjimky. Podle něj je účelem novely omezit druhotnou platební neschopnost, senátor přitom konstatoval, že nemocnice v druhotné platební neschopnosti jsou.

Insolvence a nové úvěry

Podle senátora Vladimíra Drymla (SPOZ) by 30denní lhůta splatnosti znamenala insolvenci téměř všech nemocnic. Za návrhem vidí zájmy bank, protože všichni, kterých se zavedení lhůt dotkne, si podle něj budou muset brát úvěry.

I když novela maximální dobu splatnosti závazků na 60 dní zakotvuje, firmy si budou moci sjednat delší dobu splatnosti, ale jen tehdy, pokud to nebude vůči věřiteli „hrubě nespravedlivé“.

Zákon má vstoupit v účinnost prvním dnem měsíce následujícího po jeho vyhlášení ve Sbírce zákonů. Podle Jiřího Dienstbiera se novela nebude vztahovat na již uzavřené smlouvy.

(klu, ČTK)

Jednání o IZIP znovu zkrachovala

Všeobecné zdravotní pojišťovně (VZP) se zatím stále nedaří zbavit mediálně propíraného břemena jménem IZIP. Jednání s minoritním akcionářem o odkupu zbylého podílu totiž opět zkrachovala. VZP chce nyní obrátit strategii a přenechat své akcie jiným zájemcům.

Minoritní akcionář, kterým je švýcarská společnost eHI eHealth International, neustoupil a nesouhlasil s nabídkou VZP na odkup jeho minoritního podílu ve společnosti IZIP. To, co se tedy nepodařilo předchozímu vedení pojišťovny, se zatím nedaří ani novému řediteli Zdeňku Kabátkovi, který má nyní od správní rady VZP mandát k zahájení kroků vedoucích k ukončení majetkové účasti VZP ve společnosti.

„Je pravděpodobné, že co se týče majetkové účasti v IZIP, nebudeme dále usilovat o jeho získání a naopak budeme usilovat o přenechání podílu jiným akcionářům,“ potvrdil změnu postupu Zdeněk Kabátek v „Otázkách Václava Moravce“. Podle Kabátka je však potřeba zvážit i další vztahy se společností, neboť VZP se smluvně zavázala, že bude každý měsíc platit firmě IZIP 5,2 milionu za služby spojené se správou portálu VZP.

Bilancování

Ani nyní tedy není vyloučeno, že někdejší projekt bývalých poslanců a současných europoslanců Miroslava Ouzkého a Milana Cabrnocha (oba ODS) bude i nadále financován z rozpočtu VZP. „Musíme se zabývat tím, abychom (ať už nabytím stoprocentního podílu nebo absolutním odchodem ze společnosti IZIP) neohrozili funkčnost těchto služeb, tedy portálu VZP,“ upozornil dále ředitel Kabátek.

Dle svých slov nechce v této chvíli dělat v důsledku mediálního tlaku unáhlená rozhodnutí, která by se ukázala být nevýhodná pro pojišťovnu. Rozhodnutí o tom, zda VZP setrvá ve smluvním závazku se společností IZIP na správu svého portálu, nebo zda vypíše výběrové řízení na nového provozovatele, má podle ředitele VZP padnout do konce června.

(fkc)

Orphany potřebují systémovou úhradu

O potřebě nového systémového řešení úhrad léků na vzácná onemocnění (tzv. orphanů) jednali za účasti ministra zdravotnictví Leoše Hegera poslanci sněmovního výboru pro zdravotnictví.

Předseda podvýboru pro ekonomiku ve zdravotnictví, zdravotní pojištění a lékovou politiku poslanecké sněmovny Igor Svoják upozornil, že v Česku neexistuje systémová úhrada vzácných onemocnění, kterými u nás trpí jeden ze 2000 lidí. Současný systém úhrad, kdy je pro tyto léky žádána úhrada dočasná a poté i trvalá, je nedokonalý. Podvýbor proto požádal ministra zdravotnictví, aby jeho úřad připravil systémové řešení úhrad těchto přípravků a aby o průběhu těchto příprav MZ výbor informovalo.

Zvýšení částky za pojistné

Ministr Heger uvedl, že vzácná onemocnění netvoří jasně definovanou výjimku z hlediska zatížení systému, ať už kapacitního či finančního. „Odhaduji, že pacientů, kteří ročně spotřebují péči za milion korun, jsou desetitisíce. Jsou ale i jednotlivci, jejichž zdravotní stav vyžaduje péči za 30 milionů korun. Jde především o hemofiliky, těžké stavy u nedonošených dětí či léčbu polytraumat," uvedl ve sněmovně Leoš Heger. „S vývojem a úspěšností vědy můžeme předpokládat, že náklady u těchto pacientů se budou astronomicky zvyšovat," dodal ministr s tím, že vidí dvě možnosti řešení.

Prvním je přístup *will to pay*, který je v některých zemích běžně využíván, ale jde o eticky problematické řešení – úhrady jsou ročně zastropované, nákladná léčba je hrazena z grantů či prostředků nadací, a pokud se tyto prostředky nenajdou, pacient nákladnou variantou léčen není. Druhou možností je zvýšení částky za pojistné. Heger vzkázal politikům, že tato možnost je tak jako tak nevyhnutelná a poukázal na fakt, že zatímco v ostatních vyspělých zemích se na zdravotnictví vydává průměrně 10 i více procent HDP, v ČR tento poměr dosahuje 7,5 %. Ministr vládu v těchto dnech o zvýšení pojistného také požádal *(více viz článek na straně 1)*.

Zastropování úhrad vs. dostupnost léčby

Zástupkyně ČR v Evropském výboru expertů pro vzácná onemocnění (European Union Committee of Experts on Rare Diseases), onkoložka Kateřina Kubáčková, poslancům připomněla nařízení evropského parlamentu (č. 141/2000), které jasně definuje kritéria orphanových preparátů léčících chronická, život ohrožující onemocnění. Také připomněla zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech, který ministerstvu zdravotnictví ukládá provést opatření k vytvoření národní strategie pro vzácná onemocnění na léta 2010–2020, která zabezpečí včasnou diagnostiku a dostupnost orphanových léků. Dále informovala o přípravě sítě evropských referenčních center pro vzácná onemocnění, která by zpřehlednila počty pacientů a umožnila lepší organizaci klinických studií, jejichž vznik je limitován často extrémně nízkým počtem pacientů.

Pojišťovny představu o úhradách léků na vzácná onemocnění mají. Jak uvedla předsedkyně lékové komise Svazu zdravotních pojišťoven Jarmila Bohumínská, jednou z možností je metoda sdílení rizika (*risk sharing* smlouvy), zastropování prostředků, úhrada první dávky držitelem registrace či uhrazení doplňkových vyšetření pacienta. „Stále více evidujeme tlak na dostupnost léčby, který se zvýšil nařízením vlády o dostupnosti péče, jež má být poskytnuta do 4 týdnů od ověření diagnózy," uvedla Jarmila Bohumínská.

Chybí hodnocení sociálních dopadů

Mezi lety 2004 a 2010 byly na tyto léky všemi pojišťovnami vynaloženy 2 miliardy korun ročně. Jde ale pouze o 3,6 % celkových nákladů, které pojišťovny na léky ročně vydají. „V letech 2007 až 2012 křivka nákladů na orphany rostla, ale meziroční nárůst už se příliš neměnil. Z dat VZP vyplývá, že výdaje za orphany tvoří 4,4 procenta celkových nákladů na léky, podle dat Svazu zdravotních pojišťoven jsou to 3 procenta," zhodnotil náklady pojišťoven na orphany farmakoekonom Tomáš Doležal z Institutu pro zdravotní ekonomiku a technologie (iHETA). Potvrdil fakt, že tyto náklady jsou v Česku v rámci EU průměrné. Spotřeba dle kategorií ukazuje, že více než 50 % tvoří orphany pro léčbu onkologických onemocnění. Z hlediska dostupnosti, kdy jsou českým pacientům dostupné tři čtvrtiny všech orphanů, je Česká republika opět na průměru vzhledem k zemím EU.

„Zarážející je však, kolik času zabere jejich registrace (v průměru 2,4 roku), což je v porovnání s ostatními zeměmi dlouhá doba. Cesta k úhradě pak zabere dalších 2,5 roku, což je s ohledem na pacienty s progredující diagnózou skutečně dlouho. S ohledem na léky na vzácná onemocnění nebere hodnotitel (Státní ústav pro kontrolu léčiv) v potaz sociální efekt těchto léků. Zákon o veřejném zdravotním pojištění ukládá, aby SÚKL při stanovení úhrady přihlížel ke kritériím, jako jsou například účinnost léku, jeho dopad na veřejné zdravotní pojištění, bezpečnost, nahraditelnost jiným léčivým přípravkem či zda jde o veřejný zájem. To ale SÚKL nečiní a jediným rozhodovacím mechanismem je nákladová efektivita," upozorňuje na mechanismus stanovení úhrady Tomáš Doležal a obává se situace, kdy výrobci drahých léků nebudou SÚKL žádat o zařazení do úhradového systému a půjdou cestou žádosti o dočasnou úhradu od pojišťoven, kde vzniká i předpoklad následné trvalé úhrady. Podle jeho slov se totiž jedná o „šedý", netransparentní úhradový systém.

Orphany a kvalita života

Ředitel odboru farmacie MZ Martin Mádl připomněl, že pro vysokou nákladovost mají orphany mírné zvýhodnění, které spočívá v podpoře v rámci vývoje, delší exkluzivitě a úlevě na poplatcích. Ředitel Mádl konstatoval, že v současnosti je u Evropské lékové agentury (EMA) evidováno 64 orphanů, z toho tři čtvrtiny jsou nyní v Česku dostupné, třetina z nich má částečnou a dvě třetiny trvalou úhradu. Dva z nich jsou hrazeny v rámci ústavní péče.

Jedním ze vzácných onemocnění, u nichž se orphanového léku (eculizumab) k léčbě využívá, je atypický hemoliticko-uremický syndrom (aHUS). Americký Úřad pro kontrolu léků a potravin (FDA) schválil *orphan drug* pro léčbu těchto pacientů teprve v roce 2011. Do té doby byla léčbou vzácného a chronického onemocnění krve, které může vést až k renálnímu selhání, jež je také spojováno se zvýšeným rizikem úmrtí a cévní mozkové příhody, každodenní výměna mražené plasmy, a pokud selhaly ledviny, nastoupila dialyzační léčba. Úspěšnost takové léčby dosahovala 50–60 %. Polovina pacientů umírala během první ataky. „Zavedením nového léku došlo k vymizení příznaků onemocnění, stabilizaci stavu a výraznému zvýšení kvality života. Dalším pozitivním posunem je, že s tímto lékem lze řadu pacientů se selháním ledvin zařadit na čekací listinu pro transplantaci ledvin," vysvětlila poslancům zástupkyně přednosty Kliniky nefrologie 1. LF UK a VFN v Praze docentka Romana Ryšavá. Upozornila však, že pro tyto pacienty postrádá národní registr, jenž by nemocné s aHUS koncentroval na jedno pracoviště a zvýšil informovanost mezi pacienty i lékaři.

Petra Klusáková

AIFP: Ceny léků klesají

Asociace inovativního farmaceutického průmyslu se ohradila vůči zprávám v médiích, která informovaly o tom, že léky zdražují. Prostřednictvím dat Ústavu zdravotnických informací a statistiky AIFP dokládá, že ceny léků v ČR naopak klesají.

„Cena léků v ČR má dlouhodobě klesající tendenci, což dokládají mj. validní data Ústavu zdravotnických informací (ÚZIS) a statistiky a IMS. Jen v roce 2013 se díky opětovnému poklesu cen léčivých přípravků snížily náklady na zdravotnictví o 2,48 miliardy korun. Zvyšování doplatku pacienta je způsobeno především tlakem pojišťoven a státu na snižování úhrad," uvedl výkonný ředitel AIFP Jakub Dvořáček v reakci na článek „Léky zdražily. Růst cen se jen tak nezastaví," publikovaný na internetovém portálu Tyden.cz.

Souhrnná zpráva ÚZIS z roku 2012 uvádí, že náklady na léky mají v posledních 5 letech klesající tendenci. V roce 2011 činily jen 15,5 % z celkových výdajů ve zdravotnictví.

Je třeba odlišit cenu a doplatek

Podle Jakuba Dvořáčka je zavádějící i fakt, že by ceny léků nadále rostly. „Z aktuální analýzy poradenské společnosti IMS naopak vyplývá, že ceny léčiv v roce 2013 opět poklesly, a to díky ukončení další části revize maximálních cen, kterou realizoval Státní ústav pro kontrolu léčiv. Náklady na zdravotnictví se tak v lednu 2013 ve srovnání s rokem 2012 díky poklesu cen léků opět snížily, a to o 2,48 miliardy korun," doplnil ředitel Dvořáček, jenž dle svých slov u léků odlišuje cenu a kolísající výši doplatků, kterou způsobuje stále klesající úhrada od zdravotních pojišťoven a státu.

(klu)

Svitavská nemocnice má nového ředitele

Novým ředitelem nemocnice ve Svitavách se stal Pavel Kunčák. Zároveň je také novým členem představenstva společnosti. Do funkce byl jmenován radou Pardubického kraje.

Pavel Kunčák dosud působil ve Svitavské nemocnici jako náměstek pro léčebnou a preventivní péči. Byl také dočasně pověřen vedením nemocnice poté, co se bývalý ředitel Pavel Havíř stal předsedou představenstev nemocnic akutní péče v Pardubickém kraji.

Nový ředitel Kunčák má atestaci v oboru anesteziologie a resuscitace. Bude řídit nemocnici, která je k dispozici 70 tisícům obyvatel regionu a disponuje 260 lůžky. Předloni nemocnice skončila ve ztrátě ve výši 722 tisíc korun.

(iso, ČTK)

Horská služba má za sezónu 12% nárůst zásahů

Záchranáři Horské služby ČR tuto zimu podnikli o 705 zásahů více než loni, celkově šlo o 6636 případů. Nejčastější byla poranění kloubů, zlomeniny a zhmoždění. Nejvíce zásahů bylo v Krkonoších, téměř 2300. V Jeseníkách a Orlických horách záchranáři zasahovali v necelých 900 případech.

Zraněných lyžařů je více

„I přes pozdější začátek zimní sezony zaznamenala Horská služba 12procentní nárůst počtu zásahů. K tomuto nárůstu došlo i přes to, že již několik let existuje 10 pravidel FIS pro chování na sjezdových tratích, jejichž zveřejnění jsme opět věnovali zvýšenou pozornost," uvedl náčelník HS ČR Jiří Brožek.

Zároveň upozornil, že ubylo lehkých zranění. Narostl ale počet těžkých nehod a častější byly také zásahy vrtulníků letecké záchranné služby. Počet poranění hlavy vzrostl na 1059 a vyšší je rovněž počet stavů bezvědomí, hlavně kvůli absenci ochranných přileb. Častěji se zranili lyžaři, a to v 3705 případech, zraněných snowboardistů bylo jen necelých 1600. Záchranáři často zasahovali i při ošetření sportovců ze zahraničí, nejvíce se zranilo Poláků, Němců a Nizozemců, stejně jako v loňském roce.

Nové telefonní číslo HS

Horští záchranáři uskutečnili od prosince loňského roku celkem 44 pátracích akcí, zejména kvůli špatné orientaci turistů na horských svazích. V takových případech někteří využili aplikaci horské služby pro mobilní telefony, díky níž mohou snáze přivolat pomoc a pomáhá také určit přesné místo pohybu pro navedení záchranářů.

„Novinkou je dále jednotné číslo horské služby 1210, které začalo fungovat v prosinci 2012. Během zimní sezóny jej využilo velké množství lidí. Dá se říci, že jeho použití významně přispělo k urychlení řady záchranných akcí," uvedl náčelník Horské služby Krkonoše Adolf Klepš.

Prevence pro děti

Horská služba letos pokračovala i ve velkém preventivním programu pro rodiny s dětmi „S Jetíkem na horách". Děti se zábavnou formou seznamují s podmínkami českých hor v sedmi horských oblastech. Zároveň se Horská služba ČR podílí na projektu Besipu „Na kole jen s přilbou".

„Používání ochranné přilby považujeme za nutné nejen v zimě u lyžařů, ale i v letních měsících u všech, kteří se pohybují v náročném terénu na horském kole. Vytvořili jsme proto ‚Desatero rad pro bezpečný pohyb na kole v horském prostředí', které cyklisté najdou na našich webových stránkách," dodal náčelník Brožek. **(iso)**

Záchranku ve Zlínském kraji čeká modernizace

Zdravotnická záchranná služba Zlínského kraje se dočká modernizace výjezdových stanovišť i vozového parku. Náklady by se měly pohybovat okolo 40 milionů Kč. Kraj bude usilovat o získání dotací z evropských fondů, uvedl to krajský náměstek pro zdravotnictví Lubomír Nečas.

Tři nová stanoviště

Projekt má za úkol vybudovat nové výjezdové stanoviště ve Vsetíně, kde současné zázemí neodpovídá kapacitním požadavkům záchranky, chybějí místa pro parkování vozů i zázemí pro záchranáře.

Další nové výjezdové stanoviště je naplánováno v Rožnově pod Radhoštěm. „I zde jsou nevyhovující podmínky, neboť základna sídlí v pronajatých a ne zcela optimálních prostorách městské polikliniky. Pracoviště záchranky je limitováno řadou provozních faktorů a kapacita garáží nesplňuje současnou potřebu parkování sanitních vozidel," uvádí se ve zprávě. Třetí stanoviště pro dvě sanitky pak kraj vybuduje v Morkovicích-Slížanech.

Z vlastních zdrojů by měl zaplatit jen 15 % nákladů, dotace chce čerpat z Regionálního operačního programu střední Morava z oblasti podpory „Rozvoj krizové infrastruktury".

Kraj chce dále investovat

Projekt počítá také se zakoupením tří nových sanitek včetně technického vybavení. V současné době má ZZS Zlínského kraje k dispozici na 50 vozů. Každoročně přitom 5–6 vozů vyžaduje obměnu, kvůli technickému stavu. Dalších šest nových sanitek kraj letos zakoupí z vlastního rozpočtu.

Nedostatek lékařů-záchranářů zatím záchranná služba řeší smlouvami s nemocničními lékaři. Podle náměstka by ale záchranná služba potřebovala nejméně další dvě desítky specializovaných lékařů. **(iso)**

Vylíčil odstoupil z funkcí ve správě města Litomyšl

Ředitel Litomyšlské nemocnice Libor Vylíčil se rozhodl odstoupit z funkcí, jež zastával v orgánech města. Rezignoval na funkci radního a zároveň se vzdal mandátu zastupitele.

Jako důvod uvedl vypjatou atmosféru kolem nemocnice a přetrvávající útoky na svou osobu, které spojuje s upadající politickou kulturou ve městě. „Noví členové opozice dokáží pouze rozvracet věci, které jsou pro rozvoj přínosné, a nejsou schopni sami navrhnout nic nového, pozitivního, lepšího," vylíčil Vylíčil ve svém prohlášení. Jeho místo ve vedení města nyní bude zastávat dlouholetý starosta Miroslav Brýdl. Zastupitelstvo města bude situaci pravděpodobně řešit na zasedání 21. května. Nemocnice má od dubna problémy na dětském oddělení a v porodnici, kde chybějí specializovaní lékaři. **(iso, ČTK)**

Inzerce A131002312

Inzerce A131002920 ▶

artesa
SPOŘITELNÍ DRUŽSTVO

Aleš Křístek
obchodní manažer
Artesa, spořitelní družstvo

„Díky úvěru od Artesy jsme dokázali koupit wellness hotel v Mariánských Lázních, který nyní úspěšně provozujeme. Oceňujeme především vstřícné jednání jejích zaměstnanců, kteří nám pomohli najít optimální řešení pro financování.“

Josef a Ivana Marešovi

VAŠE PODNIKATELSKÉ PLÁNY MĚNÍME V REALITU

Úvěr Artesa FLEXI

* **individuální posouzení každé žádosti**
* **podmínky úvěru přizpůsobené potřebám klienta**
* **poskytovaná výše úvěru od 2-155 mil. Kč**
* **úročení sazbou od 6,9 % p.a.**
* **jednorázové i postupné čerpání**
* **individuální splátkový kalendář**

zelená linka: 800 128 836, e-mail: info@artesa.cz | www.artesa.cz

Rozdělila bych obor na gynekologickou operativu a ženské lékařství

V českém zdravotním systému chybí „ženské lékařství“, říká psychogynekoložka **MUDr. Helena Máslová**, která působí v Centru psychosomatické péče. Co by měl porodník dělat? Vnímat rodičku a její potřeby, vyhledávat zpětnou vazbu, ale také přijímat minimální morbiditu novorozenců jako přirozenou součást porodnictví.

Foto: www.psychosomatic.cz

Co je to vlastně psychogynekologie?
Psychogynekologie je podobor psychosomatiky. Je to interdisciplinární obor spojující gynekologickou péči a psychoterapii. Základem je velmi podrobná anamnéza, která mapuje nejen charakter obtíží, ale i historii jejich vzniku, zabývají se typem osobnosti, psychickým stavem a situací, v níž žije pacientka. Ukázalo se, že psychoterapií se dají zmírnit nebo úplně odstranit nejen poporodní deprese, ale i řada gynekologických problémů, zejména poruchy menstruačního cyklu a klimakterické obtíže.

Co vás přimělo zajímat se právě o tento obor? Jaká je jeho historie?
Jako shrnutí současného přístupu velké části gynekologů použiji citaci z knihy nestora českého porodnictví profesora Antonína Doležala „Porodnické operace“: „Anamnéza není to, co nám o sobě pacientka naoslí.“ Vystihuje to skutečnost, že obor gynekologie a porodnictví se odštěpil z chirurgie a dodnes s ní úzce souvisí. Lékař je vycvičen pracovat rychle a efektivně a uvažovat anatomicky. Pro klábosení a pověstnou „ženskou hysterii“ zde není místo. Přitom většina diagnóz s psychickým prožíváním velmi úzce souvisí, dokonce se navzájem podmiňuje. Psychoendokrinní vztah je v reprodukci velmi těsný. Obor psychogynekologie vznikl jako reakce na zánik dříve přirozeně aplikovaných celostních přístupů u rodinných a ženských lékařů.

S jakými problémy se ve své praxi nejčastěji setkáváte?
Poruchy menstruačního cyklu, premenstruační syndrom, chronické vaginální záněty, vaginismus a dyspareunie, strategie plánovaného rodičovství, poporodní stavy, úzkost z mateřství, únavový syndrom, neplodnost, nově jsem si vytvořila termín IVF deprese, potíže se sociálním porodem dospívajících dětí a klimakterický syndrom. Mám i několik postklimakterických žen, které přišly rozebrat trauma z porodu staré třeba třicet let. Na jejich příbězích je nádherně vidět, jak důležitým a psychicky zranitelným momentem je porod.

Jedním z výstupů pracovní skupiny pro porodnictví bylo, že by se lékaři měli více vzdělávat v psychosociální oblasti. Jak by to podle vás mělo vypadat?
Myslím, že obecně je tento obor koncipován nešťastně. Řadu gynekologických obtíží by měl řešit spíše endokrinolog či imunolog než gynekolog.
Líbilo by se mi, kdyby se tento obor rozdělil na dva – gynekologická operativa a ženské lékařství. Gynekolog operatér by se nemontoval do fyziologického porodu ani do funkčních obtíží. Naopak ženský lékař by neoperoval, ale naopak by se musel mnohem podrobněji zabývat psychosociálními aspekty.

Jak má vypadat takzvaný přirozený porod?
Líbí se mi vaše formulace „takzvaný přirozený porod“. Vystihuje to rozpaky ve společnosti. Přirozený porod má synonyma spontánní fyziologický porod nebo taky normální porod. Většina lidí je přesvědčena, že žena nedokáže sama porodit dítě, že je k tomu potřeba mnoha zásahů, přístrojů a léků. Realita je méně polarizovaná, většina žen dokáže porodit zdravé dítě bez rutinní intervence a i v porodnicích dochází k úmrtím jak novorozenců, tak rodiček. Bylo by žádoucí, kdyby se zvýšila právní a občanská tolerance k tomu, že minimální morbidita je přirozenou součástí porodnictví, a nenutila porodníky k netrpělivému a někdy neadekvátnímu modifikování porodního procesu.

Co považujete za zbytečné zasahování do průběhu porodu?
Vznikla řada rutinních intervencí u fyziologických porodů, které ve skutečnosti ničemu nepomáhají, jak prokázala již před lety analýza mnoha studií shrnutá v brožuře „Efektivní postupy v perinatologii“.
Za nejvíce škodlivou rutinu považuji poporodní oddělení novorozence od matky, které kopíruje organizační rozdělení zodpovědnosti mezi gynekologa a pediatra. Mateřský instinkt kašle na specializace a nezvládnutý poporodní *bonding* je hlavním spouštěčem depresí v šestinedělí. Nedávný průzkum ukázal, že jen 51 procent žen bylo spokojeno s empatií a vstřícností lékařů. Úzkost dokáže spolehlivě zastavit porodní proces a žena končí na operačním sále.

Lékaři se na duly a porodní asistentky často dívají jako na někoho, kdo ruší jejich práci. Jaká je jejich funkce a jaká by podle vás být měla?
Dula se stará o atmosféru, o psychiku rodičky. Personál porodnice by měl vítat každého, kdo pomáhá rozpouštět zmíněnou úzkost a pomáhá tím snížit procento císařských řezů. Česká republika vysoce překračuje hranici doporučenou WHO a ví se, že se stoupajícím počtem sekcí stoupá mateřská morbidita. Právě v tomto ukazateli se Česká republika propadla pod evropský průměr.

Je známo, jaké procento porodů je rizikových a kolik by jich naopak proběhlo bez komplikací i bez zásahů zdravotníků?
Za rizikové se považuje cca 20 procent porodů. Ve Francii se snaží těhotné roztřídit do tří kategorií (ABC) – ženy A si mohou porodit, kde chtějí, včetně domácího porodu, ženy B musejí rodit v porodnici a ženy C musejí rodit v perinatologickém centru.

Pojem přirozený porod bývá často slučován s domácími porody, přestože to není to samé. Co si vy sama – jako lékařka a zároveň trojnásobná matka – myslíte o domácích porodech?
Lékaři proti nim nejčastěji argumentují neočekávanými komplikacemi, jako je asfyxie novorozenců nebo prepartální krvácení. To, že porod je nestabilní proces a komplikace se může vyskytnout nečekaně, je fakt. Ale mnoho komplikací (ne všechny) lze dopředu alespoň rámcově odhadnout. Psychická zranění utrpěná během porodu lze bohužel dopředu odhadnout podstatně méně. Rodička neví, kdo zrovna v porodnici slouží a jak bude respektovat její (třeba vyšší) potřeby intimity. Do porodnic přicházejí rodit i ženy znásilněné, zneužívané, týrané, kde může porod spustit brutální posttraumatickou stresovou poruchu.
Domácí porod poskytuje komfort intimity, známého prostředí a adresné péče – rodička porodní asistentku zná, což jí dává pocit bezpečí, který je pro porod klíčový. Řada žen, které o sobě vědí, že jejich psychika je zranitelná, by uvítala možnost rodit v intimitě (uzavřené místnosti), adresně (se známou porodní asistentkou) a se zázemím nemocnice. To však bohužel náš zdravotní systém neumožňuje, proto ženy volí mezi dvěma riziky a rozhodují se podle toho, které z nich považují za horší. Domácí porod i anonymní porod v porodnickém boxu je pro většinu rodiček rezignací na ideální variantu.

Soudce, který rozhodoval, zda zdravotník má být u domácího porodu, uvedl, že důvodem, proč se zdravotníci odmítají účastnit domácích porodů, může být posttotalitní systém, ve kterém pracují, a s ním spojený způsob myšlení…
Zdravotník má mít možnost legálně poskytnout pomoc kdykoli a kdekoli. To bychom mohli zakázat i návštěvy praktických

lékařů v místě bydliště, protože obývák nesplňuje hygienické normy. Velkým ponaučením, jak rigidní může být profesorské myšlení, je případ Ignáce Filipa Semmelweise, kterého vyhodili z porodnické kliniky Všeobecné nemocnice ve Vídni, když se odvážil zavést mytí rukou před porodem, byl profesně znemožněn a zesměšňován, až skončil v psychiatrické léčebně. Tato doba nekonečné autority ale končí.

Která země by nám mohla být dobrým vzorem?
Češky jezdí rodit do Rakouska nebo do Belgie. Skandinávie má také velmi slušné porodnictví, ale má jiný zdravotní systém, který není pojišťovací.

Porodnictví bylo medicínou poměrně dlouhou dobu opomíjeno. Co je příčinou toho, že porod je nyní sice poměrně krátce, ale o to více kontrolován a řízen s pomocí vědeckých metod?
Slovník z roku 1909 uvádí: *„Porodnice – ústav, do něhož se uchýliti může každá matka svého plodu očekávající, která nemá vlastní domácnosti nebo útulku…“* Po staletí byl porod intimním aktem, kde neměl co dělat ani manžel, nyní všem připadá normální, že ženu vaginálně vyšetří několik lidí, které předtím nikdy neviděla, a její manžel to natáčí na video. Ne všechny ženy jsou schopny se takto postmoderně adaptovat.
Líbí se mi historka jedné mé kolegyně, která dělala atestační zkoušku. V komisi seděli úctyhodní muži, atmosféra byla závažná. Vytáhla si menstruační cyklus a shodou okolností právě menstruovala. Mluvila o tom, co právě prožívala, ale bylo to málo, muži se jí ptali na hodnoty hormonálních hladin a vypadali velmi nespokojeně. Zdálo se, že ona o menstruaci neví vůbec nic a oni vše. A tak je to i s porody – muži vědí o porodech vše, ačkoli nikdy nerodili. Mimochodem, tu kolegyni vyhodili. Některé věci, jako je třeba premenstruační běsnění, jsou bohužel pro muže klinicky neuchopitelné.

Psycholožka Michaela Mrowetz, která provedla výzkum na téměř třinácti stovkách rodiček, uvádí, že častou poporodní komplikací je posttraumatická stresová porucha. Co bývá její příčinou?
Dokonce prohlásila, že termín postpartální psychická porucha je blbost a že všechny psychické propady po porodu jsou v podstatě postraumatické. Vnímání porodu je velmi subjektivní a i formálně korektní porod může být vnímán agresivně. Tady je třeba opět zmínit těsnou psycho-endokrinní vazbu. Dříve propagovaný názor, že nejprve se rozjedou hormony a pak psychika, je nyní korigován na opačnou vazbu – trauma a stres z něho vyplývající mění hormonální profil.

Co znamená nepřerušovaný kontakt mezi matkou a dítětem po porodu pro další vývoj dítěte i jejich vzájemný vztah?
Tady odkazuji na výzkum Michela Odenta, který poukázal na oxytocinem podmíněné zamilování se matky a dítěte a důležitost prvotního *imprintingu*, který je znám u většiny savců. Nikdy jsem tak úplně nepochopila, proč se u lidí nerespektuje instinktivní chování. Už jako medička jsem se chodila dívat na miminka na vyhřívacích lůžkách a bylo mi líto, že nemohou být u matky.

Proč bývá tak problematické zajistit ve zdravotnických zařízeních nepřerušovaný kontakt matky a dítěte?
Matka patří gynekologii a dítě zase pediatrii/neonatologii. Někdo vymyslel, že feto-maternální jednotka porodem končí a má být roztržena. Většině matek je to nepříjemné. Sama jsem zažila poporodní desetihodinovou separaci, nikdo mi nebyl schopen vysvětlit důvod a nakonec mi sestra přinesla jiné dítě. Dodnes nechápu, jak jsem si to mohla nechat líbit. To jsou organizační věci, které jsou v rozporu s Hippokratovou přísahou „neškodit“.
Od svých pacientek jsem vyslechla mnoho historek a uvědomila jsem si, že úplně chybí profesionální zpětná vazba. Jedinou zpětnou vazbou jsou stížnosti nebo žaloby a to je vysloveně kontraproduktivní, protože strach nezlepšuje kvalitu, jen zvyšuje neurotickou potřebu intervenovat. Byla bych ráda, kdybych mohla pravidelně odprezentovat stesky rodiček přímo porodníkům.

Irena Soukupová

Nová pracovní skupina bez porodních asistentek – ministerstvu se nelíbilo, že se s lékaři nemohou dohodnout

Ministr zdravotnictví Leoš Heger přeobsadil pracovní skupinu ministerstva zabývající se změnami v českém systému porodnictví. Nová skupina, tzv. odborná, nemá ve svých řadách nikoho z organizací prosazujících změny v českém systému porodnictví.

Porodní asistentky, Liga lidských práv a další organizace kvůli tomu ministrovi napsaly otevřený dopis. Liga lidských práv a Česká ženská lobby zároveň vyzvaly ženy, které mají s českými porodnicemi špatné zkušenosti, aby jim poslaly svůj příběh. V současné době totiž probíhá jednání před Evropským soudem, kde se Česká republika zodpovídá z porušování práv rodiček. Rutinní postupy v některých českých porodnicích totiž údajně neodpovídají doporučení Světové zdravotnické organizace (WHO).

Když není s kým jednat

„V konceptu moderní porodnické péče zdaleka nejde jen o mediálně přitažlivé téma legalizace porodů doma s porodní asistentkou, to je menšinový problém,“ tvrdí právnička a bývalá členka pracovní skupiny Adéla Hořejší. Upozorňuje na to, že sporných míst je mnohem víc a týkají se zejména špatných rutinních postupů personálu. To ale lékaři z pracovní skupiny odmítají.
Pracovní skupina pro porodnictví se v původním složení setkala v minulém roce pouze čtyřikrát. „Z jednoho setkání lékaři odešli předčasně, na druhé se demonstrativně vůbec nedostavili a na čtvrtém paušálně odmítli kompromisní návrh předsedy skupiny profesora Aleše Roztočila a místopředsedkyně skupiny Moniky Šimůnkové,“ popisuje atmosféru jednání otevřený dopis ministru Hegerovi. Obsahem návrhu byla dle dopisu úprava postavení porodních asistentek, ale také metodika podporující nepřerušovaný kontakt matky a otce s dítětem po porodu, tedy věc, za kterou jsou čeští porodníci kritizováni i z řad psychologů.

Podle lékařů je situace ideální

Jak z otevřeného dopisu vyplývá, stanoviskem lékařů k celé věci bylo tvrzení, že porodnictví v Česku je nastaveno ideálně a není potřeba nic měnit. „V průběhu trvání skupiny se zástupci lékařů ani ostatní členové ani jednou nevyjádřili k návrhům, analýzám a dalším obsáhlým podkladům, které jsme předložily. Sami ovšem žádný svůj návrh, vyjma závěrečného stanoviska, nepřednesli. Odmítli i návrh předsedy skupiny, který jsme velmi vítaly, na pozvání mezinárodně uznávaného odborníka ze Švédska,“ uvádějí bývalé členky skupiny.
K dohodě mezi lékaři a porodními asistentkami se neschyluje ani nyní. „Současně se zrušením předchozí pracovní skupiny bylo navrženo vytvořit pracovní skupinu složenou ze zástupců ministerstva zdravotnictví, zainteresovaných lékařských i nelékařských odborných společností a zdravotních pojišťoven,“ píše ministerstvo ve svém vyjádření. Nové složení odborné pracovní skupiny ovšem nepočítá se zastoupením porodních asistentek ani s účastí zmocněnkyně pro lidská práva Moniky Šimůnkové. Ta se proti svému odvolání již ohradila.

Nežádoucí mediální kampaň

Ministerstvo zdravotnictví ve vyjádření k otevřenému dopisu uvedlo, že diskuse mezi porodními asistentkami a lékaři se bohužel jen výjimečně zabývala konkrétními a věcnými připomínkami. Přesto se MZ hodlá touto problematikou dále zabývat. Také naznačilo snahu o urovnání vztahů mezi oběma tábory, přestože zástupce jednoho z nich *de facto* z oficiálního jednání vyloučilo.
„MZ považuje za vhodné, aby se zahájila diskuse zúčastněných subjektů vedená na půdě ministerstva, nikoli prostřednictvím sdělovacích prostředků, popřípadě mezinárodních organizací zaměřených na lidská práva. MZ pokládá navázání dobrých vztahů a komunikace mezi dotčenými profesními sdruženími – odbornými společnostmi ČLS JEP (gynekologicko-porodnické, neonatologické a pediatrické) a jednotlivými organizacemi porodních asistentek – za velmi důležitou a stěžejní věc, jež je nezbytným základem pro další řešení dané problematiky.“ Zástupkyně porodních asistentek a dalších ženských organizací i přes záměr ministerstva vnímají své vyřazení ze skupiny jako vysoce rizikové jednání.

Irena Soukupová

PUBLIC RELATIONS

Změna zdravotní pojišťovny? Nejvyšší čas!

Chcete změnit zdravotní pojišťovnu? Pak máte čas do 30. června. A jak si vybrat tu pravou? Především podle služeb, které nabízí. Oborová zdravotní pojišťovna zjišťovala, podle čeho se lidé řídí při rozhodování, zda změnit zdravotní pojišťovnu.

Co je při rozhodování důležité?

V bleskovém průzkumu s 1356 respondenty, kteří byli vybráni napříč celou populací, bylo zjištěno, že nejdůležitějším kritériem pro výběr zdravotní pojišťovny je síť zdravotnických zařízení, se kterými má pojišťovna smlouvu.
Silné slovo mají při rozhodování o změně zdravotní pojišťovny lékaři a rodinní příslušníci. „Je samozřejmé, že se o důležitých věcech radíme se svými nejbližšími lidmi. OZP má dokonce program ‚Klient hledá klienta', který umožňuje odměnit pojištěnce, který přivedl nového klienta," říká generální ředitel OZP Ladislav Friedrich. Motivací je při změně zdravotní pojišťovny také systém benefitů a klientský servis.

Asistenční služba

Nejen mezi staršími lidmi vzrůstá zájem o asistenční službu, kterou nabízí OZP. „Zájem o tuto službu je značný a je to pochopitelné. Zdaleka ne všichni lidé totiž dobře znají systém zdravotní péče. Ti, kteří potřebují pomoc nebo radu, se mohou obrátit právě na Asistenční službu OZP. Operátor jim nejen doporučí optimální řešení jejich zdravotního problému, ale rovnou může klienty nasměrovat do nejbližšího vhodného zařízení," vysvětluje Ladislav Friedrich. Asistenční službu využívá téměř 120 tisíc klientů OZP.
Od letošního roku je tato služba spojená s aplikací Vitakarta, takže asistenci mohou užívat i všichni uživatelé tohoto zdravotního deníku. Ve Vitakartě je registrováno již 125 tisíc klientů, každý den ji začne využívat zhruba 200 dalších. Aplikace si získává stále větší přízeň majitelů chytrých telefonů. A právě tímto způsobem – tedy větším využíváním mobilní technologie – se bude do budoucna ubírat hlavní směr komunikace ve zdravotnictví.

Jak na změnu

Pokud tedy chcete být od roku 2014 pojištěni u nové zdravotní pojišťovny, musíte podat přihlášku nejpozději do 30. června letošního roku. Stačí zajít na nejbližší pracoviště vybrané zdravotní pojišťovny, vyplnit přihlášku a předložit potřebné doklady. Pohodlně a snadno můžete vyplnit registrační formulář i z webových stránek pojišťovny.
Administrativní odhlášení od původní pojišťovny již provede nová pojišťovna. Na vás však je, abyste změnu pojišťovny nahlásili svému zaměstnavateli kvůli odvodům pojistného a samozřejmě i svému lékaři.

Hygiena rukou ve zdravotnických zařízeních od značky Tork

Čistota – půl zdraví, říká se. Ne nadarmo je otázka hygieny tak úzce spjata s prostředím zdravotnických zařízení. Vždyť kde jinde je třeba nasadit všechny účinné prostředky v boji proti nečistotám a bakteriím.

Hygienická opatření přímo na sálech přenechme jiným odborníkům a zaměřme se na zařízení určená pro mytí rukou, která jsou využívána jak lékaři, tak jejich pacienty. Právě v této oblasti nabízí značka Tork komplexní řešení a poskytuje také poradenství ohledně dodržování hygienických norem.

Ilustrační foto: archiv Blue Ocean

Nový systém mytí rukou

V lednu letošního roku značka Tork přinesla další z inovací v oblasti mytí rukou do své řady zásobníků Tork Elevation. Jde o bezdotykové dávkování mýdla, díky němuž v koupelně či na toaletě nezůstávají žádné otisky – a s nimi žádné nežádoucí bakterie.
Náš nový zásobník na pěnové mýdlo jsme jednoduše opatřili bezdotykovým senzorem, který dokáže přesně nadávkovat obsah pro jedno použití. Tudíž je nejen funkční, ale zároveň šetrný – jednu náplň využijete až na 2500 umytí rukou. Při jeho tvorbě jsme mysleli také na jednoduchost údržby. V neposlední řadě jde o elegantní kousek, který dotvoří dojem z toalety či umývárny – nezpochybnitelné estetické kvality tomuto výrobku přinesla spolupráce s renomovaným designérským studiem Thomas Meyerhoffer.

Papírové ručníky a zásobníky

Stejnou péči věnujeme také dalším produktům, které v umývárnách či na toaletách nesmějí chybět. Například papírové ručníky vyrábíme z opravdu kvalitního materiálu, takže díky jejich výborným absorpčním schopnostem významně šetříme jejich spotřebu. Kvalitní materiál je totiž základem všeho – šetří přírodu i peněženku našich odběratelů a také umožňuje pracovat s ním profesionálně a esteticky. Od ručníků je jen krůček k funkčnímu a esteticky vyvedenému zásobníku a právě na něj jsme hrdí. Vytvořilo jej pro nás již zmiňované studio Thomas Meyerhoffer a tento užitný objekt získal ve své kategorii prestižní ocenění Red Dot Design Award.

Důraz na hygienu

Hygiena jde zkrátka ruku v ruce se zdravým životním stylem a kvalitou života obecně. Značka Tork se proto celosvětově angažuje v otázkách hygienické osvěty obecně a také vyvíjíme stále nové ekologické postupy, jež zaručí co nejmenší množství odpadu při výrobě.
Hodláme se neustále zdokonalovat právě v těch oblastech, na kterých nám záleží – to jest funkčnost hygienických produktů, šetrnost k peněžence našich odběratelů i k životnímu prostředí a zejména důraz na hygienu obecně. Víme totiž, že velké změny k lepšímu mohou začít u zdánlivých maličkostí.

K diskusi na téma **zdravotnických prostředků**

Rádi bychom se vyjádřili k článku „MZ chystá registr bezpečných a účinných zdravotnických prostředků“ (ČTK, 6. května) a upřesnili tak několik skutečností ohledně připravovaného zákona o zdravotnických prostředcích.

Jaká je dnes situace v oblasti regulace zdravotnických prostředků? Přístup na trh či „schvalování“ upravuje direktiva Evropské unie a s ní je v souladu náš zákon o zdravotnických prostředcích z roku 2000. Nový zákon o zdravotnických prostředcích, který má vstoupit v platnost k 1. 1. 2014, celou záležitost pouze modernizuje.

Není tedy pravda, že by dnes zdravotnické prostředky byly bezprizorné či neregulované.

Náklady, ale též bezpečnost

K posouzení efektivity má sloužit systém HTA *(health technology assessment)*. S takto výrazným zjednodušením nemůžeme souhlasit.

Stejně jako v jiných zemích i u nás jde v HTA o to, že výrazně inovativní postupy (tedy zdravotní výkony, léky, zdravotnické technologie i prostředky) mají společného jmenovatele. Podle něj se měří, zda prostředky vynaložené navíc na zcela novou metodu jsou v přijatelném poměru k celkovým nákladům.

Očekáváme, že takto vyhodnocených novinek bude za rok možná 10–20. Pouze těch nejnovějších a s největším možným dopadem na zdravotnický rozpočet. Nicméně HTA není o tom, že se u každé novější injekční stříkačky bude vyhodnocovat, jestli se pro systém zdravotního pojištění „vyplatí“.

Zdravotnické prostředky jsou dnes posuzovány z hlediska bezpečnosti, což je jedním z hlavních poslání procesu, kterému se říká „posouzení shody se základními požadavky“ a který upravuje evropská legislativa. Tento postup samozřejmě rozlišuje mezi výrobky, které jsou používány vně pacienta, a těmi, které se jej dotýkají nebo jsou do těla implantovány.

Nelze použít stejné mechanismy jako u léků

CzechMed nesouhlasí s tím, aby mechanismy stanovení cen a úhrad zdravotnických prostředků byly připodobňovány k již fungujícím systémům u léčiv. Dvě třetiny zdravotnických prostředků (co do hodnoty) směřují do nemocnic, kde jejich ceny určují výběrová řízení. Stanovování úhrad v této oblasti je tedy zbytečné, protože péče se hradí metodou „za případ“. Nemocnice si pak musí svoje náklady na množství případů řešit tak, že její úhrady pokryjí průměrné, lehčí, ale i komplikované pacienty.

Odlišnosti zanedbatelné více i méně

Zdravotnické prostředky jsou různorodé – co prostředek, to jiný postup, jiná aplikace, jiné využití. Firmy tak u každého prostředku musejí vysvětlovat, v čem je jiný, proč má být praxe jiná a jaká je vyhovující.

U zbylé třetiny (tj. ambulantních zdravotnických prostředků), kde se určuje, v jakém množstevním i finančním limitu se tyto prostředky hradí, se vede nikdy nekončící diskuse o tom, do jaké míry lze či nelze určité zdravotnické prostředky seskupit do „vzájemně zaměnitelných“ skupin. Tato diskuse není o černé a bílé, ale mnoha odstínech šedé. V každé skupině výrobků (stomických pomůcek, inkontinenčních atd.) lze vést debatu, co je odlišující vlastnost a co zanedbatelná odchylka.

MUDr. Miroslav Palát
prezident České asociace dodavatelů zdravotnických prostředků CzechMed

K reakreditaci Psychiatrické léčebny Kosmonosy

Psychiatrická léčebna Kosmonosy prošla ve dnech 24.–26. dubna 2013 šetřením Spojené akreditační komise ČR a již podruhé splnila kritéria pro řízení a kontinuální zvyšování kvality dle Národních akreditačních standardů. Zůstává tak i nadále jediným akreditovaným lůžkovým zdravotnickým zařízením v celém širém Středočeském kraji.

Léčebna tím potvrdila svůj stávající certifikát kvality a bezpečí poskytovaných služeb z roku 2010. A protože zvyšování kvality není jednorázový proces, bude muset za tři roky znovu prokázat nejen dosaženou úroveň, ale k tomu i další pokroky. Znamená to neustále reagovat na nové vnitřní i vnější podněty a změny podmínek, především legislativy.

Cítit se součástí systému

Základem akreditačních kritérií je důsledné dodržování platných právních předpisů a úplnost i průkaznost zdravotnické a nezdravotnické dokumentace. K tomu přistupuje bezpečnost organizační stránky poskytování péče i bezpečnost hygienická a technická. Neustále je nutné promýšlet hrozící rizika, jak běžná, tak i vzácnější. Je to trvalý zápas se zvykem a provozní slepotou. Podmínkou je pochopení, vstřícnost a aktivita pracovníků na všech úrovních. Je třeba neustále komunikovat a hledat zpětné vazby, tedy z pohledu organizátorů nejen poučovat, ale i dát se poučit.

Jde o to, aby se každý cítil být součástí systému a posouval se směrem k určitému způsobu uvažování i nahlížení na vlastní práci. Jenom tak se daří ošetřit nejen rutinní činnosti, ale i co nejvíce myslitelných příhod tak, aby na každou bylo možno najít jasné, neimprovizované a právně konformní řešení. Takový systém nelze ani jednorázově „zavést“, ani vynutit. Revoluční přístup nefunguje, respektive pokud ano, pak jen krátkodobě. Skutečné výsledky dává pouze evoluce a přesvědčování, což si vyžaduje dost času. A samozřejmě práce.

Snížení rizika právních sporů

Pracovníci v akreditovaném zařízení mají daleko vyšší jak právní jistoty, tak i ochranu před rizikem měnících se či dosud nevyjádřených názorů svých nadřízených na to, co je a co není správně. Je to cesta od náhody a improvizace k soustavnosti a standardizaci. Od neuspořádaných, neúplných a víceznačných lokálních tradic k řízenému celoústavnímu procesu, který však specifika oddělení a oborů nepotlačuje, ale v nezbytných případech racionálně začleňuje do systému. Je to postup k vyššímu stupni organizovanosti, tedy k nižší míře entropie.

Zejména v psychiatrii je velmi podstatná dokumentace, a to se specifickými akcenty, neboť se tu používají omezovací prostředky, dochází k nedobrovolným hospitalizacím, je nutné citlivě posuzovat pacientovu rozhodovací způsobilost a komunikace s justiční sférou je prakticky každodenní záležitostí. Do popředí vystupuje otázka práv pacientů, obtížného řešení případných stížností a v neposlední řadě i kontroly ombudsmana a dalších orgánů.

Foto: archiv PL Kosmonosy

Při dnešní málo povzbudivé finanční situaci ve zdravotnictví neplynou z vlastnictví akreditačního certifikátu žádné bezprostřední finanční benefity, byť zdravotní pojišťovny skloňují kvalitu ve všech pádech, a to i těch, které český jazyk ani nemá. Přesto už pouhé snížení rizika právních sporů a pojistných událostí, následovaných zákonitým zvýšením pojistného, za to rozhodně stojí. O martyriu trestních řízení raději ani nemluvě. V moderní manažerštině by se zkrátka řeklo, že je to cost-efektivní.

MUDr. Milan Novák
manažer pro kvalitu, vědu a vzdělávání
PL Kosmonosy

Slovenská LF upozorňuje na **předražená laboratorní vyšetření**

Na výrazné rozdíly mezi skutečnými cenami laboratorních vyšetření či diagnostiky pomocí zobrazovacích metod a úhradami slovenských zdravotních pojišťoven za tyto výkony soukromým provozovatelům upozornila Lekárska fakulta Univerzity Komenského v Bratislave.

Výsledky analýzy, jež ukazuje na až 100násobné předražení některých vyšetření, poskytli její autoři deníku Pravda.

Podle děkana fakulty a zároveň jednoho z hlavních autorů Petera Labaše jsou právě ceny předražených a duplicitních vyšetření jedním z problémů, s nimiž se současné slovenské zdravotnictví potýká. „Reálné ceny laboratorních vyšetření jsou podle našich zjištění o mnoho nižší, než jaké platí zdravotní pojišťovny soukromým poskytovatelům laboratorní diagnostiky," cituje Pravda Petera Labaše.

Jako příklad děkan uvádí reálnou cenu za vyšetření *clearance* kreatininu ve výši 0,18 eur, ačkoli za ni pojišťovny platí 0,34–0,63 eur (podle údajů z minulého roku se loni cena pohybovala dokonce okolo 1 eura).

Na vině privatizace

Autoři analýzy tuto skutečnost přičítají privatizaci lukrativních nemocničních oddělení, mezi něž patří právě laboratoře, ale také provoz zobrazovacích metod (CT, MRI, rtg) či přepravní služby. K té došlo za úřadování bývalého ministra zdravotnictví Rudolfa Zajace. Podle Milana Draguly ze Slovenskej lekárskej komory, který působí jako poradce současného slovenského premiéra, jsou to přitom právě laboratorní vyšetření, na nichž mohla zdravotnická zařízení vydělávat peníze.

„Svého času byly tyto laboratoře zprivatizovány a státním nemocnicím zůstala ztrátová oddělení, která tak přišla o své zdroje," uvedl pro deník Pravda Milan Dragula a dodal, že předražené platby by v budoucnu mohla vyřešit elektronizace zdravotnictví. „Není možné, aby jeden dostával za tu samou činnost více než druhý," podotkl.

Samotné soukromé laboratoře oslovené deníkem se k platbám od zdravotních pojišťoven nechtěly vyjadřovat. Monika Šimunová z pojišťovny Dôvera ubezpečila, že náklady na laboratorní vyšetření se odvíjejí od katalogu výkonů a ceny bodu, jež vypracovává ministerstvo zdravotnictví. Konečná suma za veškerá vyšetření je nicméně závislá na dohodě mezi pojišťovnou a soukromou laboratoří. Při vyjednávání se však nedohaduje cena jednotlivých úkonů, soukromníci pojišťovnám předkládají balíčky služeb.

(Zdroj: Pravda) **(kha)**

Rakousko: Přetížený lékař „funguje" jako opilý

Rakouská lékařská komora vyzvala politiky, aby se urychleně zabývali problémem pracovního přetížení nemocničních lékařů. Komora trvá na tom, že nepřetržitá pracovní služba, například o víkendech, by neměla trvat déle než 25 hodin.

V současnosti je přípustné, aby nemocniční lékaři nepřetržitě sloužili až 32 hodin, ale výjimkou nejsou služby trvající až 49 hodin.

Viceprezident komory Harald Mayer poukázal na to, že tyto nepříznivé pracovní podmínky negativně poznamenávají tělesné i duševní zdraví lékařů a představují rovněž silné riziko léčebného pochybení. Politici by si tedy podle jeho slov měli uvědomit, že nejde jen o lékaře, ale problém se významně dotýká také pacientů.

Demotivace na startu kariéry

Komora tvrdí, že mezinárodní studie prokázaly, že ten, kdo nepřetržitě pracuje déle než 24 hodin, je na tom stejně, jako kdyby měl v krvi 0,8 promile alkoholu. „Jakákoli diskuse o zlepšování kvality zdravotní péče bez řešení pracovních podmínek lékařů je absurdní," prohlašují i další zástupci komory. Nejhůře podle nich pracovní přetížení dopadá na začínající lékaře, kteří v nemocnicích vykonávají povinnou praxi. Ti bývají demotivovaní, ztrácejí zájem o profesi nebo si hledají uplatnění v zahraničí, kde bývají přijatelnější podmínky.

Viceprezident Mayer si posteskl, že ministerstvo zdravotnictví například už v roce 2011 přislíbilo, že se tématem bude vážně zabývat, ale zatím se tak nestalo, řešení ztroskotalo na údajném nedostatku peněz, přitom podle komory by se záležitost dala zčásti řešit obratnějšími organizačními opatřeními v nemocnicích. **(via)**

Obama hledá podporu u soukromníků

Americká ministryně zdravotnictví Kathleen Sebeliusová požádala soukromý sektor o poskytnutí finančního daru, který má pomoci při zavádění reformy zdravotnictví Baracka Obamy.

Peníze by měly poskytnout nejen soukromé společnosti z oblasti zdravotnictví, ale i jiných odvětví. „Vždy jsme spolupracovali s řadou organizací nejrůznějších oborů. Současná výzva je proto jednou z mnoha podob této vzájemné spolupráce," komentoval mluvčí ministerstva zdravotnictví Jason Young. Odmítl sice sdělit konkrétní údaje o případných dárcích, potvrdil však, že by spadali pod ministerstvo či jeho přidružené organizace.

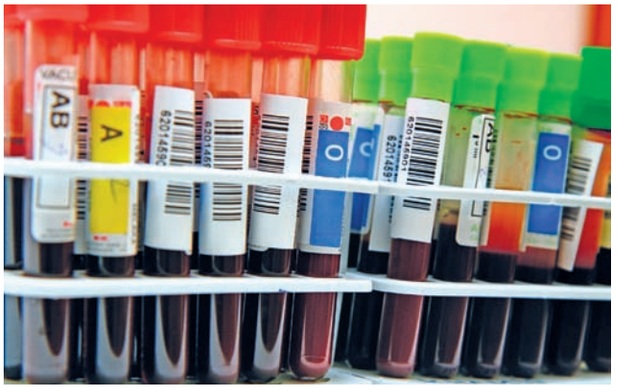
Jedním z důvodů k žádosti o finanční výpomoc soukromého sektoru je získání peněz pro neziskové organizace, které mají mimo jiné přesvědčit miliony nepojištěných Američanů, aby si během roku 2014 sjednali zdravotní pojištění.

Právo, ne privilegium

Vzhledem k tomu, že republikánští zástupci v Kongresu odmítají podpořit Obamovu reformu dalšími veřejnými finančními prostředky, rozhodl se kabinet obrátit na soukromníky, včetně samotných zdravotních pojišťoven. Republikánský senátor za Utah Orrin Hatch, jenž je členem senátního finančního výboru, však snahu Kathleen Sebeliusové označil za „absurdní". „Budu požadovat informace, zda se nejedná o konflikt zájmů a porušení federální legislativy," prohlásil utažský senátor. Ministerstvo však deklarovalo, že krok projednalo s právníky.

Právě povinné zdravotní pojištění pro všechny Američany patří k nejkritizovanějším částem zdravotnické reformy z pera Baracka Obamy. Ten však nedávno opět potvrdil, že se svého plánu vzdát nehodlá, a vyzval k zastavení nejrůznějších dezinterpretací. „Tohle je příliš důležité na to, aby se z toho stala politická hra," prohlásil americký prezident. „Pravidelný přístup ke zdravotní péči není privilegiem, ale právem."

(Zdroj: Reuters) **(kha)**



Ilustrační foto: Shutterstock

RCGP: Musíme se zaměřit na zdraví pečovatelů

Britská Královská společnost praktických lékařů (RCGP) navrhla zřízení registru pečovatelů. Důvodem je snaha pomoci jim zvládat psychické problémy.

Pečovatelé by podle zástupců společnosti měli pravidelně podstupovat vyšetření na deprese a další psychické potíže, neboť v zájmu péče o nemocného často přehlížejí a zanedbávají vlastní zdraví. RCGP proto navrhuje vytvoření registru, jenž by sdružoval přibližně 7 milionů pečovatelů, kteří ve Velké Británii působí. Jak společnost zdůrazňuje, deprese a další psychické obtíže se týkají až 40 % z tohoto počtu. Pravidelné návštěvy praktického lékaře by tak mohly přispět k včasnému podchycení případného problému.

Miliardové úspory

„Pečovatelé často zanedbávají svůj vlastní stav a potřeby, v řadě případů je tak jen otázkou času, než také onemocní. Ohrožují je především nemoci spojené se stresem, pracují v psychicky i fyzicky velmi rizikovém prostředí, ale často si odmítají připustit, že sami potřebují pomoc," domnívá se předsedkyně RCGP Clare Geradaová. „V současnosti bohužel praktičtí lékaři ani další zdravotničtí pracovníci nemají potřebné nástroje k účinnému řešení situace," doplňuje lékařka a dodává, že pečovatelé nutně potřebují podporu rovněž z toho důvodu, že „každým rokem šetří kolem 120 miliard liber z veřejného rozpočtu. Pokud pečovatel onemocní, znamená to pro zdravotnictví dva pacienty navíc – už jen z tohoto důvodu je nutné se o něj postarat," uzavírá předsedkyně RCGP.

(Zdroj: Guardian) **(kha)**

OSN pod ultimátem kvůli choleře

Přeživší oběti epidemie cholery na Haiti daly Organizaci spojených národů (OSN) 60denní lhůtu na zahájení rozhovorů o případných kompenzacích pro nakažené či jejich rodiny.

Celková částka, kterou tito Haiťané požadují, se pohybuje řádově v miliardách dolarů.

Bezradná organizace

OSN je s propuknutím epidemie cholery v zemi spojována poté, co bylo prokázáno, že nemoc do země zavlekly nepálské mírové sbory. Prostřednictvím řeky protékající jejich táborem se nákaza rozšířila do dalších oblastí. Rovněž přední odbornice na choleru pracující pro OSN Daniele Lantagneová označila tento scénář šíření choroby za pravděpodobný. Organizace přesto odmítá nároky poškozených na vyplacení kompenzací s odkazem na mezinárodní imunitu v podobných sporech.

Nárok na odškodnění vznesly rodiny 8 tisíc Haiťanů, kteří choleře podlehli, a stovky tisíc přeživších. Jejich právníci, kteří argument OSN o imunitě považují za scestný, požadují pro příbuzné obětí 100 tisíc dolarů, pro ty, co přežili, pak 50 tisíc.

Podle korespondenta BBC Marka Doylea se dá mlčení a neochota k jednání ze strany OSN vykládat i tak, že organizace příliš neví, jak se má v této situaci zachovat.

(Zdroj: BBC) **(kha)**

Demokratická republika Kongo **nejhorší zemí pro děti**

Demokratická republika Kongo se v žebříčku každoročně sestavovaném humanitární organizací Save the Children umístila na prvním místě mezi zeměmi s nejhoršími podmínkami pro výchovu dětí.

Organizace porovnávala z hlediska podmínek týkajících se životních podmínek dětí nejrůznější faktory (například míru mateřské či dětské úmrtnosti, vzdělávání a příjem) ve 176 zemích světa.

Na prvních třech místech se (v tomto pořadí) umístily Finsko, Švédsko a Norsko. Na opačném konci pomyslného žebříčku se pak nacházejí země ležící v oblasti subsaharské Afriky, kde na těhotenské a porodní komplikace umírá v průměru 1 žena z 30 a každé sedmé dítě se nedožije 5. narozenin. Nejhorší situace je pak ve válkou a bídou vyčerpané Demokratické republice Kongo. Následují Somálsko, Sierra Leone, Mali, Niger, Středoafrická republika, Gambie, Nigérie, Čad a Pobřeží slonoviny.

Na vině především výživa

Save the Children zdůrazňuje, že hlavním faktorem řadícím zmíněné země k nejhorším regionům světa je nedostatečná výživa. Podle dostupných údajů trpí silnou podváhou 10–20 % tamních matek. Naopak ve Finsku dosahuje riziko úmrtí během těhotenství 1 : 12 200.

Spojené státy americké, které se celkově umístily na 30. místě, zaznamenaly smutné prvenství v počtu novorozeneckých úmrtí mezi vyspělými státy – každým rokem zde zemře v den svého narození 11 300 dětí. Organizace to vysvětluje mimo jiné vysokou prevalencí předčasných porodů v USA (každé osmé dítě se narodí jako nedonošené).

V Indii pak umírá do 24 hodin po porodu 300 tisíc novorozenců, což představuje 29 % všech novorozeneckých úmrtí ve světě. Rovněž mateřská úmrtnost je v Indii jedna z nejvyšších, každým rokem tu kvůli těhotenství či porodu umírá 56 tisíc žen.

(Zdroj: BBC) **(kha)**

Brazílie jedná o „zapůjčení“ lékařů z Kuby

Brazilský ministr zahraniční Antonio Patriota potvrdil, že jeho země vyjednává s Kubou o případném poskytnutí nejméně 6 tisíc lékařů, kteří by pracovali ve venkovských oblastech.

Většina brazilských lékařů praktikuje ve velkých městech, naopak v odlehlejších regionech je nedostatek zdravotníků kritický. Pokud vyjednávání mezi oběma státy, do kterého se zapojila i Panamerická zdravotnická organizace, dospěje do zdárného konce, vypomůže Kuba Brazílii podobně jako Venezuele, kde v současnosti výměnou za levnou ropu pracují tisíce kubánských lékařů.

Komora: Je to předvolební tah

Brazilská obdoba lékařské komory však počínání vlády označila za nezodpovědné a poukazuje především na nejasnosti týkající se úrovně znalostí a kvalifikace kubánských lékařů. Vyjednávání označila za součást předvolební strategie.

Rozhovory mezi oběma zeměmi iniciovala v lednu letošního roku brazilská prezidentka Dilma Rousseffová během své oficiální návštěvy Kuby. Kdy bude výsledek jednání znám, odmítli brazilští politici sdělit.

(Zdroj: BBC) **(kha)**

Krátce ze světa

● **Spojené státy americké** se v posledním desetiletí potýkají s nebývalým nárůstem počtu sebevražd u obyvatel ve věkové skupině 35–65 let. Zatímco v roce 1999 si vzalo život 13,7 lidí ze 100 000, v roce 2010 to již bylo 17,6/100 000 – jedná se tedy o 28% nárůst. Ještě horší situace panuje mezi původními obyvateli USA, kde úřady zaznamenaly 65% navýšení. Nárůst počtu sebevražd ve zmíněné věkové skupině je vyšší u žen (o 32 % vs. 27 % u mužů). Dobrovolné ukončení života se tak stalo častější příčinou úmrtí než dopravní nehody. Beze změny pak prakticky zůstal počet sebevražd u Američanů starších 65 let a ve věkové skupině 10–34 let.

● **Francouzské** úřady řeší další skandál s implantáty – tentokrát se jedná o neschválené kyčelní kloubní náhrady, jež byly voperovány 650 pacientům. Podle jejich výrobce, společnosti Ceraver, se jedná o mírně upravenou předchozí verzi endoprotézy, jež potřebný certifikát obdržela. Ačkoli úřady věří, že použití neschválených náhrad nepředstavuje pro pacienty žádné nebezpečí, doporučují jejich lékařům provést u operovaných kontrolní vyšetření.

Firma Ceracer v současnosti ve Francii čelí vyšetřování i v souvislosti s implantací nově vyvíjených kovových hřebů s antibakteriálním povrchem čtyřem pacientům, kteří nebyli informování o tom, že jsou zapojeni do klinické studie. Zástupce společnosti uvedl, že chirurg, jenž tyto hřeby pacientům voperoval, chtěl být ještě před odchodem do důchodu prvním, kdo hřeby implantuje, neboť si byl jistý, že se jedná o průlom v chirurgických nápravách končetin.

● **Německý** deník Der Spiegel přinesl informaci, že v době rozdělení země prováděly západní farmaceutické společnosti klinické studie nových léčiv na pacientech 50 zdravotnických zařízení v bývalé Německé demokratické republice. Celkem 600 testů se mělo zúčastnit na 50 tisíc lidí, v některých případech o tom prý nebyli informováni. Podle deníku skončily některé zkoušky i úmrtím pacientů.

● **Papež** František prohlásil, že „lidská společnost má zabezpečit člověka od prvního okamžiku jeho existence“, a vyzval k právní ochraně nenarozených dětí. Fakticky tím tedy odmítl umělé přerušení těhotenství, čímž navázal na své předchůdce na Petrově stolci. František, který je známý svými konzervativními postoji, ocenil při příležitosti pochodu „za život“, jehož se v Římě zúčastnilo na 30 tisíc věřících, každého, kdo bojuje za „právní ochranu embryí“.

● **Finsko** se začátkem června stane poslední severskou (a jednou z posledních evropských) zemí, jež zakáže kouření ve vlacích. To je stále dovoleno na některých dálkových tratích. Tamní železniční společnost oznámila, že zákazem reaguje na přání zákazníků, ale také na potřebu ochrany životního prostředí a přísný protikuřácký zákon. Ujistila však, že cestující dálkových spojů budou moci kouřit v přestávkách na nástupištích.

● Počet lidských životů, jež si v **Číně** vyžádal virus H7N9, stoupl na 35. Celkový počet nakažených dosáhl 130. Světová zdravotnická organizace (WHO) oznámila, že ačkoli podle dostupných informací nebyly přibližně 2/5 nakažených s největší pravděpodobností v kontaktu s drůbeží, která virus podle čínských vědců přenáší, stále neexistuje důkaz přenosu nového typu tzv. ptačí chřipky mezi lidmi.

● Ve **Francii** byly potvrzeny první dvě infekce novým druhem koronaviru (NCoV). Prvním nakaženým je 65letý pacient, který se vrátil z Dubaje a nyní je umístěn na specializovaném oddělení nemocnice v Lille. Druhým pak muž, s nímž tento pacient strávil nějaký čas během hospitalizace v nemocnici ve Valenciennes. Existuje rovněž podezření, že virem nakazil i tamního lékaře a sestru.

Světová zdravotnická organizace zatím registruje 40 potvrzených případů infekce tímto koronavirem, zatím se však nepodařilo zjistit způsob jeho šíření či zdroj. Nákaze podlehlo 20 lidí.

● První epidemie horečky *dengue* propukla v **angolské** metropoli Luanda a jejím okolí. Od března zdejší úřady zaznamenaly již 128 případů tohoto onemocnění. Ačkoli je *dengue* v zemi endemická, ještě nikdy zde nebyla zaznamenána její epidemie.

(Zdroje: ČTK, Reuters) **(kha)**

ANESTEZIOLOGIE A INTENZIVNÍ MEDICÍNA

BMJ: Anesteziologie po aféře Joachima Boldta

Článek uveřejněný v březnovém čísle *British Medical Journal* (BMJ) se znovu vrací k případu německého anesteziologa Joachima Boldta a zamýšlí se nad otázkou, jaká byla po jednom z největších vědeckých skandálů posledních let přijata preventivní opatření.

Joachim Boldt byl německým anesteziologem s mezinárodní reputací. Stal se jedním z předních specialistů v oblasti objemové náhrady při hypovolemii během chirurgických zákroků. Byl zastáncem a velkým propagátorem užívání syntetických koloidů, konkrétně hydroxyethylškrobu (*hydroxyethyl starch*, HES). Právě podvržené práce popisující výhody užívání HES se staly příčinou konce slibně rozběhnuté kariéry profesora Boldta a také podnětem ke změnám přístupu řady prestižních časopisů a odborných organizací ke klinickým studiím a jejich výsledkům.

Naivní představa

Aféra Joachima Boldta měla podle článku v BMJ širší dopad než stažení jeho podvržených studií – do značné míry ovlivnila i samotné odborné časopisy či instituce. Klinikum Ludwigshafen, kde Boldt působil, zpřísnila procedurální podmínky pro klinické studie a ustavila v rámci zařízení komisi, jež má za úkol dohlížet na kvalitu a standardy všech klinických studií, které zde probíhají. Časopis *Anesthesia and Analgesia*, který uveřejnil a s pomocí čtenářů odhalil podvržený výzkum Joachima Boldta *(viz rámeček „Začátek pádu“)*, rovněž přijal některé změny týkající se publikací výzkumů. Všichni spoluautoři například musejí podepsat prohlášení, že viděli původní údaje, na nichž se studie zakládá, samotní autoři pak musejí přiložit název komise či instituce, jež studii schválila. „Myslím, že po zkušenosti s Boldtem je představa, že věda je založena na pravdě, vysoce naivní. Odborné časopisy musejí být velmi opatrné,“ říká šéfredaktor *Anesthesia and Analgesia* Steven Shafer.

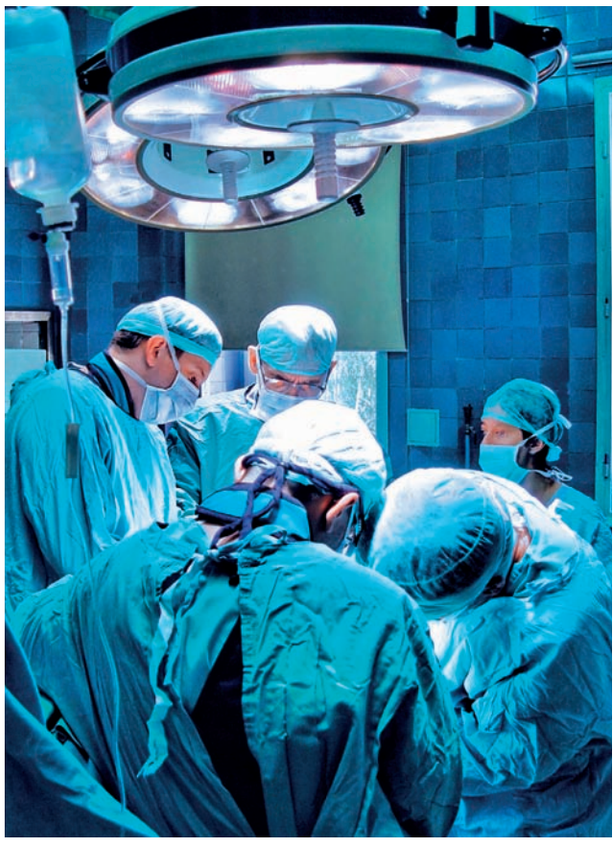
Někteří odborníci nicméně stále poukazují na skutečnost, že se podobnému případu, jako je aféra Joachima Boldta, zcela zabránit nedá. „Ve světě budou vždycky žít podobní pošetilci. Publikování je taková hra, již lékaři hrají a která je pevně spojena s jejich kariérním růstem. Klinické studie by měly být registrovány na webové stránce, tak aby byla všechna data k dispozici. Namísto toho současný systém spoléhá na to, že autoři mluví pravdu,“ poukazuje náměstek pro klinický výzkum na London School of Hygiene and Tropical Medicine profesor Ian Roberts.

Nové *guidelines*

Řada studií Joachima Boldta ovlivnila tvorbu *guidelines* pro objemovou resuscitaci při operacích po celém světě. Poté, co byly tyto práce staženy, jsou některé doporučené postupy revidovány. V loňském březnu Evropská společnost intenzivní medicíny (ESCIM) vydala doporučení, podle něhož by HES neměly být používány u pacientů s vážnou sepsí či s vysokým rizikem akutního selhání ledvin. Evropská léková agentura (EMA) nebo americký Úřad pro kontrolu léků a potravin (FDA) v současnosti revidují bezpečnost užívání HES u nemocných u nemocných v kritickém stavu.

Britský Národní institut pro zdraví a klinickou kvalitu (NICE) oznámil vydání nových *guidelines* pro intravenózní objemovou terapii v listopadu letošního roku. Profesor Roberts se dokonce obrátil na britské ministerstvo zdravotnictví s požadavkem, aby bylo užívání HES zastaveno. „Mělo by to být jednoduché – ministerstvo zdravotnictví by mělo navštívit každé zdravotnické zařízení a říci: ‚Nepoužívejte koloidy.‘ Ovšem zdá se, že je to mnohem složitější. Přitom koloidy jsou dražší a rizikovější než krystaloidy,“ uzavírá pro BMJ náměstek pro klinický výzkum na London School of Hygiene and Tropical Medicine.

(Zdroj: British Medical Journal) **(akt)**



Ilustrační foto: Shutterstock

Začátek pádu

V prosinci 2009 přinesl odborný časopis *Anesthesia and Analgesia* výsledky studie z pera prof. Boldta, v níž byl porovnáván vliv albuminu a HES na výskyt zánětlivých komplikací a funkce orgánů u pacientů po operaci.

Dva týdny po uveřejnění článku obdržel šéfredaktor zmíněného časopisu Steven Shafer e-mail od čtenáře, v němž pisatel poukazuje na některé nesrovnalosti. „Výsledky jsou velmi konzistentní a statisticky významné, s velmi malými odchylkami. Působí až zvláštně, vezmeme-li v úvahu tak malý počet pacientů zapojených do studie. Popsaný efekt na koagulační testy a krvácení je téměř zázračný,“ psalo se v e-mailu. Druhý den profesor Shafer obdržel podobně znějící dopis.

Oba e-maily šéfredaktor *Anesthesia and Analgesia* přeposlal Joachimu Boldtovi. „V té chvíli jsem si stále myslel, že to celé má jednoduché vysvětlení, že se jedná o nějakou obyčejnou chybu,“ uvedl pro BMJ. „Boldt měl skvělou pověst. Posílal nám a dalším časopisům zaměřeným na anesteziologii téměř jeden článek měsíčně. Většinou se sice jednalo o malé studie, zaznamenal v nich ovšem zajímavé výsledky. Všechny jeho články měly i další autory z řad odborníků se skvělou reputací v anesteziologii. Vypadalo to, že má velmi schopný tým,“ popisuje Steven Shafer.

Na Boldtův článek a jeho studii se proto zaměřil znovu. Při třetím čtení jej zarazila jistá nesrovnalost. „Uhodila mě do očí téměř perfektní acidobazická rovnováha popisovaná u pacientů po chirurgickém zákroku. Něco takového nebylo v historii zaznamenáno. A tehdy poprvé mě napadlo, že se jedná o podvrh,“ přiznává šéfredaktor, který se v následujících několika týdnech neúspěšně snažil Joachima Boldta kontaktovat. „Myslím, že doufal, že se o to postupně přestanu zajímat. To mě ale nezná,“ podotýká prof. Shafer.

Nakonec se mu podařilo spojit s prezidentem lékařské komory v Porýní-Falci (LAK-RLP), který v květnu 2010 souhlasil se zahájením vyšetřování podezřelé studie. V říjnu téhož roku pak na základě zjištění LAK-RLP časopis *Anesthesia and Analgesia* článek stáhl.

Vyšetřování se poté zaměřilo i na další práce Joachima Boldta. V srpnu loňského roku bylo uzavřeno s tím, že u drtivé většiny z 91 publikovaných studií zcela chyběla potřebná dokumentace (případně byla nekompletní) a nejméně u 10 studií byly odhaleny zfalšované údaje, například o počtu zapojených pacientů. Vyšetřovací komise byla schopna identifikovat 455 nemocných, jejichž údaje byly v Boldtově výzkumu použity. Nevyskytly se však žádné důkazy, že by tito lidé byli studií poškozeni. Případ byl předán úřadům a Joachim Boldt je obviněn z několika trestných činů.

(Zdroj: BMJ)

Boldt v České republice? Nesmysl

Zmíněný článek v březnovém čísle *British Medical Journal* obsahoval i informaci, že Joachim Boldt „opustil Německo a říká se, že pracuje jako anesteziolog, možná v České republice“. Na tuto zprávu okamžitě reagoval prezident České společnosti anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP a přednosta Kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 2. LF UK a FN Motol v Praze prof. MUDr. Karel Cvachovec, CSc., MBA, který v dopisu šéfredaktorovi BMJ tuto informaci vyvrací (časopis jeho vyjádření publikoval). „Ihned po přečtení článku jsem kontaktoval Českou lékařskou komoru, jež spravuje registr lékařů majících oprávnění provozovat praxi v České republice, a to jak dlouhodobě, tak dočasně. Odpověď byla jasná – nikdo jménem Joachim Boldt nikdy nepodal žádost o licenci nutnou k práci lékaře v České republice, ani mu nikdy nebyla udělena,“ píše profesor Cvachovec.

(Zdroj: BMJ)

Inzerce A1310067777 ▶

Biotherapies for Life™ **CSL Behring**

PRO RYCHLÉ A POHODLNÉ ŘEŠENÍ NEDOSTATKU FIBRINOGENU

Čištěný koncentrát lidského fibrinogenu nyní na dosah ruky

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

HAEMOCOMPLETTAN® P
Fibrinogenový koncentrát

Zvyšuje pevnost sraženin. Urychluje hemostázu.

Zkrácená informace o přípravku
Název přípravku: Haemocomplettan P. **Složení:** V 1 lahvičce: Haemocomplettan P 1 g, 2 g; Fibrinogenum humanum min. 1000 g, min. 2000 g. **Terapeutické indikace:** Haemoragická onemocnění: 1. Vrozená hypofibrinogenemie, dysfibrinogenemie nebo afibrinogenemie. 2. Získaná hypofibrinogenemie vznikající z: a) poruch syntézy v případech závažného poškození jaterního parenchymu, b) zvýšené intravaskulární spotřeby v důsledku diseminované intravaskulární koagulace a hyperfibrinolýzy. **Dávkování:** Před podáním Haemocomplettanu P je třeba si ověřit nedostatek fibrinogenu Claussovou metodou.Podávané množství a počet jednotlivých aplikací Haemocomplettanu P se musí vždy určovat podle stupně krvácení a klinického stavu pacienta. Obvyklou počáteční dávkou fibrinogenu je 1 až 2 g podle potřeby při následné infuzní léčbě. Kritická hodnota fibrinogenu v plazmě, kde hrozí rozvoj krvácení, je 100 mg/dl. Normální hodnoty se pohybují v rozmezí od 200 do 450 mg/dl. Hladina fibrinogenu v oběhu nesmí převyšovat spodní mezní hodnotu normálu, aby riziko tromboembolických komplikací bylo minimální. V případech závažného krvácení, například u předčasného odloučení placenty, se podává ihned 4–8 g fibrinogenu. U dětí se dávkování řídí podle tělesné hmotnosti dítěte a klinického stavu. **Kontraindikace:** Známá přecitlivělost na některou složku přípravku. Prokázaná trombóza nebo infarkt myokardu,kromě případů fatálního krvácení. **Zvláštní upozornění a zvláštní opatření pro použití:** U pacientů se známým výskytem alergických projevů je možné preventivní podání antihistaminik a kortikosteroidů. Po podání Haemocomplettanu P se pacienti musí pečlivě sledovat kvůli možnému výskytu příznaků trombózy nebo diseminované intravaskulární koagulace (DIC). Poznámka pro pacienty v režimu diety s nízkým obsahem sodíku: Haemocomplettan P obsahuje chlorid sodný, což by mohlo ohrozit pacienty v režimu diety s nízkým obsahem sodíku. Virová bezpečnost: V průběhu podání léčiv připravených z lidské krve nebo krevní plazmy nelze v plné míře vyloučit vznik infekčních onemocnění přenosem původců infekce. Totéž platí o patogenních původcích dosud neznámé povahy. **Těhotenství a kojení:** Bezpečnost použití Haemocomplettanu P v období těhotenství nebo kojení nebyla prokázána řízenými klinickými zkouškami. Experimentální studie na zvířatech nejsou dostačující z hlediska bezpečnosti vzhledem k reprodukci, vývoji embrya nebo plodu, průběhu těhotenství perinatálnímu a postnatálnímu vývoji. Haemocomplettan P se často používá při léčbě porodních komplikací. Žádná negativní zkušenost pro použití tohoto přípravku během těhotenství a kojení není k dispozici. Haemocomplettan P lze použít během těhotenství a kojení pouze po pečlivém uvážení. **Nežádoucí účinky:** Haemocomplettan P je obvykle dobře snášen, vzácně se mohou vyskytnout reakce alergické nebo anafylaktoidní povahy a vzestup teploty. V případě alergoidních nebo anafylaktoidních reakcí bude podávání Haemocomplettanu P ihned přerušeno (například zastavením infuze). V případě nutnosti se zahájí příslušná léčba. Po podání koncentrátu fibrinogenu z lidské plazmy je třeba mít na zřeteli potenciální riziko rozvoje trombotických příhod (včetně infarktu myokardu a plicní embolie). **Doba použitelnosti:** 5 let. Po rekonstituci byla fyzikálně-chemická stabilita stanovena na 8 hodin při pokojové teplotě (max. + 25 °C). **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte při teplotě do 25 °C . Nezmrazujte. Uchovávejte lahvičku ve vnějším obalu, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Druh obalu a velikost balení:** Infuzní láhev se suchou substancí určená k jednorázovému použití; Infuzní láhve uzavřené bromobutylovou zátkou, kovovým uzávěrem s plastikovým víčkem. Věšáček z plastiku, papírová krabička, příbalová informace. Velikost balení: 1 infuzní láhev obsahující 1 g lidského fibrinogenu, 1 infuzní láhev obsahující 2 g lidského fibrinogenu. **Držitel rozhodnutí o registraci:** CSL Behring GmbH, Marburg, Německo. **Registrační číslo:** 16/395/93-C. **Datum první registrace/prodloužení registrace:** 19. 5. 1993 / 3. 3. 2010. **Datum revize textu:** 31. 3. 2010. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci pro předepisování najdete v Souhrnu údajů o přípravku. Verze SPC platná ke dni vydání materiálu (13. 5. 2013).

Reference: 1. Haemocomplettan® P [company core data sheet]. Marburg, Germany: CSL Behring GmbH; 2007. **2.** O'Shaughnessy DF, Atterbury C, Bolton Maggs P, et al. Guidelines for the use of fresh-frozen plasma, cryoprecipitate and cryosupernatant. Br J Haematol. 2004; 126(1): 11–28. **3.** Stainsby D, MacLennan S, Thomas D, Isaac J, Hamilton PJ. Guidelines on the management of massive blood loss. Br J Haematol. 2006; 135(5): 634–641. **4.** Peyvandi F, Cattaneo M, Inbal A, de Moerloose P, Spreafico M. Rare bleeding disorders. Haemophilia. 2008; 14(suppl 3): 202–210. **5.** Fenger-Eriksen C, Lindberg-Larsen M, Christensen AQ, Ingerslev J, Sørensen B. Fibrinogen concentrate substitution therapy in patients with massive haemorrhage and low plasma fibrinogen concentrations. Br J Anaesth. 2008; 101(6): 769–773. **6.** Data on file. Postmarketing drug surveillance. Marburg, Germany: CSL Behring GmbH.

CSL Behring s.r.o., BB Centrum, budova Alpha, Vyskočilova 2a/1461, 140 00 Praha 4, tel.: 241 416 441, www.cslbehring.com.

FARMABYZNYS

Guidelines často opomíjejí náklady na léčbu

Odborné lékařské společnosti často při tvorbě *guidelines* pro léčbu specifických onemocnění neberou v úvahu náklady na doporučenou terapii. Vyplývá to ze studie amerického Národního zdravotního ústavu publikované v JAMA Internal Medicine.

Autoři výzkumu zjistili, že pouze něco přes polovinu předních amerických odborných společností s celkem více než 10 tisíci členy zvažuje při tvorbě *guidelines* také náklady na léčbu. Zbylá polovina společností finanční stránku doporučované terapie v potaz nebere. „Dokonce i když říkají, že se náklady na ni zabývají, nemají ve skutečnosti jasně stanovený způsob jak něco takového dělat," říká vedoucí studie Steven Pearson z oddělení bioetiky při Národním zdravotním ústavu (NIH) v Marylandu.

Kontroverzní téma

Jak společně se svou kolegyní a spoluautorkou Jennifer Schwartzovou píše v článku pro JAMA, v současnosti se ve Spojených státech amerických odborníci neustále zabývají výdaji na lékařskou péči (především kvůli reformě zdravotnictví), jen málokdo se však v této souvislosti zaměřil na postupy odborných společností při tvorbě *guidelines* „Otázka zda do stanovení doporučené léčby zahrnovat i náklady na ni je samozřejmě poměrně kontroverzním tématem," uvědomuje si Steven Pearson.

V rámci své studie společně s kolegy analyzoval veřejně dostupné *guidelines* uveřejněné 30 největšími americkými odbornými společnostmi mezi lety 2008 a 2012 a zaměřil se na otázku, zda při jejich tvorbě lékaři obsáhli také problematiku nákladů na doporučenou terapii. Z výsledků vyplynulo, že 17 společností náklady skutečně vzalo v potaz, 4 se jimi alespoň zabývaly, 3 tuto otázku záměrně vyloučily a 6 se jí nezabývalo.

Posun do budoucna

Jak ovšem říká Joseph Drozda z Centra pro inovativní medicínu při nemocnici Mercy v Missouri, který je zároveň předsedou výboru pro klinickou kvalitu Americké kardiologické společnosti (AHA), náklady na léčbu se při tvorbě *guidelines* zabývá stále více odborných společností. „Myslím, že u podobných studií v budoucnu zaznamenáme v této oblasti značný posun," říká dr. Drozda. Podobný názor zastává i viceprezident Americké lékařské společnosti (ACP) Steven Weinberger. „Zájem o včlenění otázky nákladů do tvorby *guidelines* stále sílí. Řada společností, včetně té naší, již delší dobu upozorňuje na četné případy nadužívání a zneužívání zdravotní péče," uvádí dr. Weinberger a podotýká, že debata o nákladnosti terapie v rámci doporučených postupů není v žádném případě snahou o jakousi racionalizaci péče. „Rovněž bych uvítal otevřenější dialog o nákladech na konkrétní léčbu mezi samotnými lékaři a pacienty," uzavírá Steven Weinberger.

(Zdroj: Reuters) (kha)

Merck a GSK sníží ceny vakcín proti HPV v chudých zemích

Farmaceutické společnosti Merck a GlaxoSmithKline (GSK) souhlasily se snížením ceny za vakcíny proti lidskému papillomaviru (HPV) určené pro rozvojové země.

Jedna dávka očkovací látky proti HPV by měla stát méně než 5 dolarů (cena očkovacích látek obou výrobců se v rozvinutém světě pohybuje okolo 100 dolarů).

Podle Global Alliance for Vaccines and Immunisations (GAVI) rozhodnutí firem znamená, že se vakcína dostane do roku 2020 k více než 30 milionům dívek ve 40 rozvojových zemích. Právně v těchto regionech dochází k 85 % všech úmrtí v důsledku HPV, celosvětově si virus vyžádá 275 tisíc lidských životů.

Rozvinutý vs. rozvojový svět

Podle studie publikované v roce 2011 poklesl v bohatých regionech výskyt rakoviny děložního čípku i počet úmrtí v jejím důsledku (především díky screeningu a včasnému záchytu), ale prudce stoupl v rozvojových zemích. V subsaharské Africe se vyskytuje 22 % všech případů tohoto onemocnění.

Americká společnost Merck má podle dohody s GAVI mezi lety 2013 a 2017 dodat do zemí rozvojového světa na 2,4 milionu dávek Gardasilu v ceně 4,5 dolaru za dávku, britská GSK pak počítá s cenou jedné dávky Cervarixu ve výši 4,6 dolaru. Přesto se začaly ozývat i některé kritické hlasy poukazující na skutečnost, že pro některé státy je cena očkování stále vysoká, zvláště je-li třeba tří dávek k zaručení ochrany proti HPV. „Stále tu mluvíme o téměř 14 dolarech pro jednu dívku," podotýká Kate Elderová z humanitární organizace Lékaři bez hranic. „Je pro nás zklamáním, že farmaceutické společnosti nenabídly GAVI lepší cenu."

Ilustrační foto: guyanatimesinternational.com

(Zdroj: Reuters) (kha)

Krátce z farmabyznysu

• Izraelská farmaceutická společnost **Teva Pharmaceutical Industries** zaznamenala v 1. čtvrtletí letošního roku pokles tržeb i zisku. Na vině je především vypršení patentové ochrany ve Spojených státech amerických u jednoho z klíčových výrobků a následný vstup levnějších kopií na trh. Zatímco čistý zisk Tevy klesl za zmíněné období o 26,8 %, na 626 milionů dolarů (asi 12,3 miliardy Kč), u tržeb byl zaznamenán 4% pokles, na 4,9 miliardy dolarů (přibližně 98 miliard korun).
Teva je největším světovým výrobcem generických léčiv, působí v 60 zemích včetně České republiky.

• Čistý zisk francouzského farmaceutického koncernu **Sanofi** klesl v 1. čtvrtletí letošního roku meziročně o 45 %, na 1 miliardu eur (necelých 26 miliard korun). Příčinou je kromě poklesu odbytu především vypršení patentové ochrany u několika klíčových výrobků. Celkové tržby společnosti pak v prvních třech měsících tohoto roku klesly o více než 5 %, na 8 miliard eur (okolo 206 miliard Kč).
Firma působí ve stovce zemí světa a je 100% vlastníkem českého výrobce léčiv Zentiva.

• Farmaceutický gigant **Pfizer** zaznamenal v prvním čtvrtletí 2013 navýšení zisku o 53 %, nicméně i tento výsledek znamená zaostávání za očekáváním analytiků a zhoršení výhledu na celý letošní rok. Hospodářským výsledkům společnosti uškodily neuspokojivé tržby a silný dolar, který snížil obrat v zahraničí, mimo jiné na důležitém trhu v Japonsku. Čistý zisk Pfizeru v prvním čtvrtletí činil 2,75 miliardy dolarů (54,2 miliardy Kč), loni přitom dosahoval 1,79 miliardy dolarů (35,3 miliardy Kč). Celkové tržby klesly o 9 %, na 13,5 miliardy dolarů. Přesto společnost zůstává z hlediska tržeb největším výrobcem léčiv na světě.

• Vlastník slovenské biotechnologické společnosti **Axon Neuroscience** Mario Hoffmann jedná s potenciálními zájemci o prodeji zmíněné firmy. Ta mimo jiné vyvíjí přípravek pro léčbu Alzheimerovy choroby a údajně ve výzkumu značně pokročila. Informaci přinesl časopis Týden, jemuž generální ředitel Axonu Roman Sivák potvrdil, že jedná s několika firmami, jednoznačného favorita však vybraného nemá. Hodnotu společnosti by mohlo zvýšit případné schválení léku na Alzheimerovu chorobu. „Je proto logické, že jednání s farmaceutickými firmami se budou pohybovat řádově v miliardách eur, a to v závislosti na úspěšném postupu klinických zkoušek," uvedl Roman Sivák.

• Jeden z předních světových výrobců generik **Actavis** jedná o koupi irsko-americké farmaceutické společnosti **Warner Chilcott**. Rozhovory jsou zatím v počáteční fázi. Jednání s Warren Chilcott následují po neúspěšném pokusu o spojení mezi Actavisem a největší kanadskou farmaceutickou společností Valeant Pharmaceuticals. Warner Chilcott oznámila již před více než rokem, že hledá kupce. Její tržní hodnota se nyní pohybuje kolem 3,8 miliardy dolarů (75,5 miliardy Kč). V roce 2009 převzala od koncernu Procter & Gamble za 3,1 miliardy dolarů divizi léků na předpis. Letos firma očekává tržby ve výši mezi 2,3 a 2,4 miliardy dolarů.

(Zdroj: ČTK) (kha)

Zprostředkování léčivých přípravků

Zákon č. 70/2013 Sb., kterým byl novelizován zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů, kromě jiného transponoval do českého právního řádu změny evropské legislativy týkající se zabránění vstupu padělaných léčivých přípravků do legálního dodavatelského řetězce, které byly provedeny směrnicí Evropského parlamentu a Rady 2011/62/EU.

Mgr. Petr Samec
DLA Piper Prague LLP

S účinností od 2. dubna 2013 byl touto velkou novelou do zákona o léčivech zaveden nový institut „zprostředkování humánních léčivých přípravků".

Podstata zprostředkování

Zákon o léčivech přejímá legislativní definici zprostředkování *(brokering)* léčivých přípravků, která je vymezena ve shora citované směrnici proti padělání léčiv. Pro účely zákona o léčivech se tedy zprostředkováním humánních léčivých přípravků rozumí veškeré činnosti spojené s nákupem nebo prodejem humánních léčivých přípravků, které nezahrnují fyzické zacházení s přípravky nebo jejich distribuci a jejichž podstatou je nezávislé jednání o nákupu nebo prodeji léčivých přípravků jménem jiné osoby. Osoba, která provádí zprostředkování humánních léčivých přípravků, je zároveň označena jako „zprostředkovatel".

Novou právní úpravou tak dochází k rozšíření regulace na osoby, které sice fyzicky nenakládají s léčivými přípravky nebo jejichž činnost nenaplňuje znaky distribuce léčiv (připomeňme si, že distribucí se rozumí všechny činnosti sestávající z obstarávání, skladování, dodávání – včetně dodávání léčiv v rámci Evropské unie a vývozu do jiných zemí než členských států – a příslušných obchodních převodů, bez ohledu na skutečnost, zda jde o činnost prováděnou za úhradu nebo zdarma), ale které jsou určitým způsobem zapojeny do obchodování s léčivými přípravky. V praxi se bude jednat o takové činnosti, které nezávislá osoba (zprostředkovatel) provádí jménem jiné osoby a jež směřují k tomu, že tato osoba uzavře obchod ohledně léčivých přípravků se třetí stranou.

Předmětem zprostředkování mohou být pouze humánní léčivé přípravky registrované podle zákona o léčivech nebo podle nařízení Evropského parlamentu a Rady (ES) č. 726/2004.

Registr zprostředkovatelů

Podle zákona o léčivech může zprostředkovávat léčivé přípravky pouze osoba, která je usazena v Evropské unii a je registrovaná u příslušného orgánu dozoru nad léčivými přípravky. Jelikož jsou zahraniční registrace mezi členskými státy navzájem uznávány, postačí k výkonu činnosti zprostředkovatele v rámci Evropské unie pouze registrace u dozorového orgánu domovského státu.

V tuzemsku registrace provádí Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL). O registraci může požádat jak fyzická, tak právnická osoba. Podmínkou je, aby žadatel měl:

- místo podnikání/sídlo nebo organizační složku podniku na území České republiky,
- živnostenské oprávnění v oboru činnosti zprostředkování obchodu a služeb.

Při splnění těchto podmínek SÚKL registraci provede do 30 dnů od doručení žádosti, v opačném případě žádost zamítne.

Žádost o registraci musí obsahovat zákonem předepsané údaje a podává se na formuláři, který je dostupný na internetových stránkách SÚKL. K žádosti je nutno přiložit příslušné živnostenské oprávnění a uhradit poplatek ve výši 3300 Kč. Oprávnění ke zprostředkování humánních léčivých přípravků žadateli vzniká zápisem do registru zprostředkovatelů. Jedná se o veřejný registr, který je nově zřízen a spravován SÚKL. Zprostředkovatel může kdykoli požádat o výmaz z registru.

Jaké jsou povinnosti zprostředkovatele?

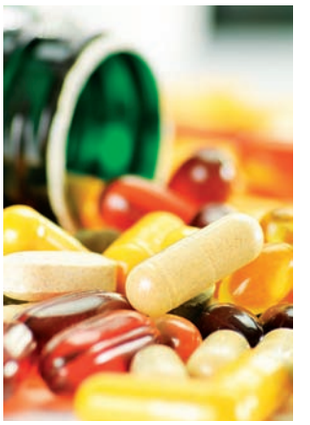
Zákon o léčivech výslovně stanoví, že určité povinnosti distributora se obdobně vztahují i na zprostředkovatele léčivých přípravků. Zprostředkovatel je konkrétně povinen:

- mít zavedený účinný systém k zajištění stažení léčivého přípravku z oběhu a při stažení spolupracovat s výrobcem příslušného léčivého přípravku a s držitelem rozhodnutí o registraci,
- po dobu 5 let uchovávat záznamy o zprostředkovaných léčivých přípravcích,
- zajistit evidenci zprostředkovaných léčivých přípravků pomocí jejich kódů, tuto evidenci ukládat po dobu 5 let a pravidelně poskytovat SÚKL úplné a správné údaje o objemu léčivých přípravků, které zprostředkoval,
- dodržovat pravidla správné distribuční praxe,
- vytvořit a udržovat účinný systém zabezpečování jakosti, který stanoví odpovědnosti, postupy a opatření pro řízení rizik v souvislosti s jeho činností,
- neprodleně informovat SÚKL a držitele rozhodnutí o registraci, že obdržel nebo mu byl nabídnut léčivý přípravek, u něhož zjistil, že je padělaný, nebo u kterého existuje takové podezření.

Stejně jako u dalších článků distribučního řetězce, i v případě zprostředkovatelů je SÚKL oprávněn kontrolovat dodržování zákona o léčivech. Pokud zjistí pochybení, může SÚKL v krajním případě rozhodnout o vyškrtnutí z registru zprostředkovatelů. Na tomto místě je však třeba zmínit i novou povinnost distributora, který v případě, že léčivý přípravek získá zprostředkováním, musí ověřit, zda zprostředkovatel splňuje požadavky stanovené zákonem o léčivech.

Vztah zprostředkování a distribuce

V souvislosti s novou právní úpravou vyvstává klíčová otázka, zda v sobě oprávnění k distribuci léčivých přípravků získané podle zákona o léčivech zahrnuje též zprostředkování léčivých přípravků.



Ilustrační foto: Shutterstock

Přestože se na distributory vztahuje celý výčet zákonných povinností (na zprostředkovatele pouze některé), což může svádět k interpretaci, že distribuční licence pokrývá i zprostředkování, je zprostředkování léčivých přípravků považováno za samostatnou činnost. Proto pokud autorizovaný distributor hodlá vykonávat též zprostředkovatelskou činnost, je povinen se u SÚKL registrovat jako zprostředkovatel.

Dodatečná registrace

Jak je uvedeno výše, oprávnění ke zprostředkování léčivých přípravků vzniká zápisem do registru zprostředkovatelů. Pokud však dotyčná osoba fakticky prováděla činnost, která naplňuje znaky zprostředkování, již před účinností této nové právní úpravy (tj. před datem 2. dubna 2013), je povinna se registrovat jako zprostředkovatel nejpozději do 2. června 2013.

Inzerce A131000931

Šetrné možnosti léčby **bolesti pohybového aparátu**

V poslední době se v praxi lékařů prosazuje – vedle stávajících terapeutických postupů – inovativní metoda léčby bolesti pohybového aparátu založená na injekčním podání kolagenu, přičemž podáním tohoto biomateriálu do specifických míst se kolagen nejen umístí tam, kde je ho nedostatek, ale výrazně se zlepší i jeho profil a mikrostruktura.

Jednou z nejvýznamnějších příčin bolesti pohybového aparátu je ochablost vnitřních a vnějších stabilizačních kloubních systémů. Důvodem mohou být úrazy, pooperační stavy, vadné držení těla, fyziologické degenerativní změny či revmatické choroby.

Ochablé podpůrné systémy vyvolávají například kloubní hypermobilitu, především v nefyziologickém směru a úhlech, při níž dojde z jedné strany k předčasnému opotřebení a následně pak i k opotřebení podpůrných systémů, což působí na progresivní degeneraci chrupavky. Ochablé nebo hypermobilní prvky kloubní podpěry způsobují stimulaci lokálních receptorů bolesti, tenzi a nadměrné vypětí. Jejich zpevnění není pouze otázkou regenerační, ale také řešením antalgickým.

Výsledkem aplikace kolagenu je velmi dobrý účinek ve smyslu analgetického, protizánětlivého efektu a funkčního zlepšení. Mechanický podklad, dodaný zvnějšku *in loco* kolagenem, tak představuje efektivní přirozenou oporu (*bio-scaffold*) a svým regeneračním účinkem působí i analgeticky. Kolagen podaný injekčně tedy nejen zlepšuje kloubní mobilitu, ale přispívá i k uvolnění a fyziologické funkci svalstva v dané oblasti. Odstraňuje tak příčinu bolesti a přispívá k jejímu vymizení.

Kolagen je základní stavební jednotkou pojivových tkání kloubních systémů, a proto jeho mikrosuplementace zlepšuje profil kolagenového vlákna. Kolagen tedy reprezentuje účinek strukturální, tj. chrání a posiluje kloubní pouzdro, vazy, šlachy, a proto zpevňuje ochablé a hypermobilní kloubní systémy.

Terapie bolesti v ortopedii a revmatologii a její limity

K léčbě bolesti pohybového aparátu je v ortopedii a revmatologii užíváno několik skupin léčiv. Jejich použití je limitováno kontraindikacemi, nežádoucími účinky a interakcemi těchto látek.

Analgetika

Analgetika jsou základem léčby bolesti pohybového aparátu. Nejčastěji se jedná o zánětlivou bolest nociceptivní, ale v některých případech i s neuropatickou složkou.

Mezi neopioidní analgetika patří analgetika-antipyretika, např. paracetamol (pozor u pacientů s prokázanými hepatopatiemi, maximální dávka 4 g/den) a nesteroidní antirevmatika. Paracetamol je lékem první volby při léčbě bolesti zad a osteoartrózy.

Pro léčbu bolesti je možné zvýšit analgetický účinek paracetamolu slabými opioidy (kodeinem, tramadolem). Opioidy jsou užívány k léčbě chronické bolesti ve II. a III. stupni žebříčku WHO.

Klasická systémová nesteroidní antirevmatika (NSA)

Do této skupiny zařazujeme salicyláty, dále tzv. neselektivní inhibitory cyklooxygenázy – deriváty kyseliny propionové (ibuprofen, ketoprofen), kyseliny fenyloctové (diklofenak) – a preferenční inhibitory cyklooxygenázy 2 – např. derivát sulfonanilidů nimesulid.

Mezi nejčastější nežádoucí účinky NSA patří gastrointestinální toxicita (ulcerace, krvácení z horní části gastrointestinálního traktu, perforace nebo obstrukce) a renální toxicita (projevuje se retencí natria a kalia, intersticiální nefritidou, papilární nekrózou). Bez významu není ani hepatotoxicita NSA (u nimesulidu nebyla potvrzena), dále kardiovaskulární, dermatologická a hematologická toxicita. Kožní reakce většinou mizejí po vysazení léku. Není zanedbatelné, že NSA ovlivňují krevní tlak ve smyslu jeho zvýšení.

Nízké dávky NSA jsou používány u osteoartrózy jen po omezenou dobu při přítomnosti zánětu, jsou lékem druhé volby u bolesti zad. Efekt NSA u revmatoidní artritidy je pouze symptomatický, NSA snižují bolestivost, zlepšují funkční schopnosti, celkovou kvalitu života, nezpomalují však rentgenovou progresi nemoci. S opatrností by se měla podávat u hypertoniků, diabetikům na PAD z řady sulfonylurey a u warfarinizovaných pacientů.

Koxiby

Tzv. selektivní inhibitory cyklooxygenázy 2 tvoří skupinu novějších nesteroidních antirevmatik s vylepšeným gastrointestinálním bezpečnostním profilem. Mají menší počet endoskopicky zjistitelných lézí i nižší počet závažných komplikací. Jsou doporučovány pacientům s vyšším stupněm rizika vzniku NSA indukované gastropatie.

Dle prohlášení SÚKL je však užívání koxibů spojeno s rizikem vzniku gastrointestinálních nežádoucích účinků, které je závislé na podané dávce. Relativní riziko je v porovnání s konvenčními NSA jako skupinou nižší, avšak významné a konzistentní výhoda koxibů z pohledu gastrointestinálních nežádoucích účinků nebyla prokázána. Proto se doporučuje zvýšená opatrnost u pacientů z rizikových skupin (starší pacienti, konkomitantní užívání dalších NSA nebo onemocnění gastrointestinálního traktu v anamnéze). Pro všechny koxiby se riziko vzniku gastrointestinálních nežádoucích účinků zvyšuje, jestliže jsou podávány současně s kyselinou acetylsalicylovou (a to i v malé dávce), v porovnání se samotnými koxiby.

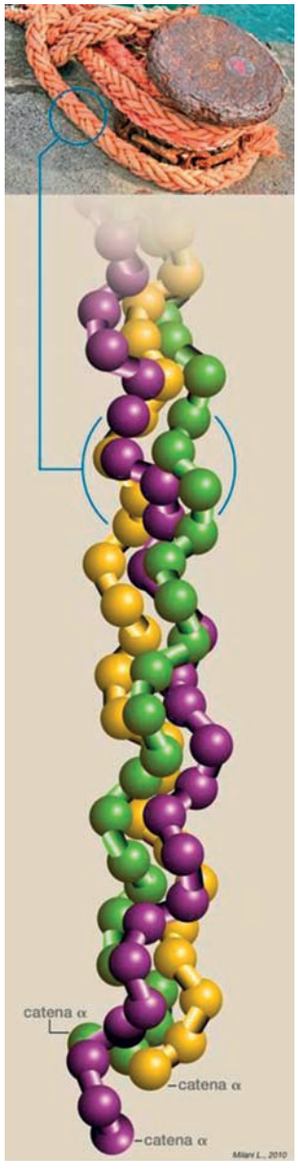
Všechny koxiby jsou kontraindikované u nemocných s kardiovaskulárním nebo cerebrovaskulárním onemocněním, nevhodné je jejich podávání i u nemocných s více rizikovými faktory aterosklerózy (zejména hypertenzí, hyperlipidemií, diabetem mellitem, kouřením). Méně jasná je situace u mladých zdravých osob s nízkým rizikem.

Další léčiva užívaná při bolestech pohybového aparátu

Další skupiny léčiv užívaných v ortopedii a revmatologii působí na patogenetický proces různými mechanismy. Bolest neovlivňují přímo, ale prostřednictvím svého vlivu na patogenezi například revmatických chorob.

DMARDs

Chorobu modifikující antirevmatické léky tvoří hlavní arzenál terapie této nemoci. Do této skupiny patří antimalarika chlorochin a hydroxychlorochin, sloučeniny zlata, sulfasalazin, methotrexát, azathioprin či cyklofosfamid.



Obr. 1 Trojitá šroubovice (tři alfa-řetězce) tropokolagenu, základní jednotky vyzrálého kolagenu. Molekula je stabilizovaná přítomností (v alfa-řetězcích) aminokyselin s hydroxylovými skupinami, které vzájemnými vodíkovými vazbami zajišťují robustnost a pevnost kolagenu.

Biologická léčiva

Představují novou lékovou skupinu. Využívají se zejména monoklonální protilátky vůči klíčovým prozánětlivým cytokinům nebo jejich receptorům, patří sem infliximab, etanercept a adalimumab.

Z bezpečnostních a ekonomických důvodů zatím biologika v této fázi podléhají přísnému protokolu a jsou vyhrazena jen pro vybraná centra. V současné době Evropská léková agentura (EMA) zaměřila svoji pozornost na bezpečnost biologické farmakoterapie, jelikož frekvence výskytu závažných nežádoucích účinků relativizuje prospěch této léčby, a to na úrovni *benefit/risk*.

Kortikosteroidy

Jsou užívány pro své protizánětlivé a imunosupresivní působení. Celkově se podávají například u systémového *lupus erythematodes*, polymyozitidy a dermatomyozitidy. Intraartikulární léčba kortikosteroidy se uplatňuje například u osteoartrózy. I přes zmíněnou praxi je u kortikosteroidů velmi diskutabilní prospěch, jelikož s ohledem na délku podávání mohou převážit rizika.

Z řady nežádoucích efektů jsou nejvíce závažné účinky imunosupresivní (snížení rezistence vůči virovým a bakteriálním infekcím), snížení fibroblastických procesů (zpomalení hojení ran, atrofie podkoží a kůže), ovlivnění CNS (nespavost, deprese, cefalea, výkyvy nálady) a GIT (vředová choroba, střevní perforace).

Chondroprotektiva

Zatímco výše zmíněné farmakoterapeutické přístupy reprezentují léčbu doprovázenou výskytem mnohdy závažných nežádoucích účinků, šetrnou terapeutickou možnost pro léčbu osteoartrózy představují chondroprotektiva (označovaná také zkratkou SYSADOA), např. chondroitin sulfát, glukosamin sulfát a kyselina hyaluronová.

Tzv. viskosuplementace kyselinou hyaluronovou (nebo hylanem G-F 20), podávanou především do kolene, kyčle nebo ramene, je založena na doplňkové výživě kloubní chrupavky. Kyselina hyaluronová dodává viskozitu a elasticitu pouze kloubní chrupavce, nemá tedy účinek strukturální na pojivovou tkáň kloubního systému a není schopna tento systém zpevnit. Viskosuplementace nahrazuje obvykle degradovanou kyselinu hyaluronovou v synoviální tekutině kloubů pacientů postižených osteoartrózou a posiluje tak kloubní chrupavku, která v kloubu funguje jako tlumič nárazu. Nicméně léčivé účinky kyseliny hyaluronové u osteoartrózy, respektive gonartrózy jsou považovány za doplňkové, jelikož klinická evidence je v této oblasti nejednoznačná. Například na základě názoru 21 expertů Evropské ligy proti revmatismu (EULAR) se použití kyseliny hyaluronové v léčbě gonartrózy umístilo až na 13. místě ze 23 hodnocených způsobů léčby.

Alternativu ke kyselině hyaluronové představuje aplikace růstových faktorů získaných z vlastní krevní plasmy odebrané pacientovi. Dobrých výsledků lze dosáhnout zejména u mladších pacientů a s menším postižením chrupavky. Nicméně tato metoda léčby je limitovaná přípravou *ad hoc* z biologického materiálu pacienta, nejasným mechanismem účinku a těžko obhajitelnou vysokou cenou, přičemž výsledný přípravek obsahuje účinné látky ve fyziologických, tj. velmi nízkých koncentracích.

Kolagenové MD injekce – šetrná možnost léčby bolesti

Pro pacienty s bolestivým onemocněním pohybového aparátu jsou léčiva obvykle užívaná k léčbě, tj. analgetika a nesteroidní antirevmatika včetně koxibů, zatěžující, nebo dokonce kontraindikovaná, a to z důvodu nežádoucích účinků či lékových interakcí. Pro tyto pacienty může představovat možnost volby injekční podání kolagenu. Kolagenové injekce obsahují kromě strukturálně působícího kolagenu (tělu vlastní látce) další pomocné látky přírodního původu. Cílem injekčně podaného kolagenu je znovu jej umístit tam, kde je ho nedostatek, a tím posílit, strukturovat a ochránit chrupavky, vazy, šlachy či kloubní pouzdra.

Výsledný účinek kolagenu snižuje hypermobilitu bolestivého kloubu, která je častou příčinou vzniku bolestivých stavů. U degenerativních stavů provázených fyziologickou *down* regulací metabolismu kolagenu (stárnutí) je možné pravidelným podáváním/mikrosuplementací kolagenu zpomalit progresi onemocnění *(viz obr. 2)*.

MD injekce se aplikují subkutánně, intradermálně, periartikulárně nebo intraartikulárně, a to do spoušťových bodů (tzv. *trigger points*). K indikacím patří například artralgie velkých i drobných kloubů horních a dolních končetin, rizartróza palce, koxartróza, gonartróza, bolesti zad degenerativního původu, kořenová bolest v oblasti krční a hrudní páteře, syndrom karpálního tunelu, epikondylitidy, neuralgie trigeminu, syndrom bolestivého ramene, bolest způsobená osteoporózou hrudní páteře. Pro konkrétní indikace jsou určeny konkrétní kolagenové injekce (např. pro gonartrózu MD-Knee, koxartrózu MD-Hip, syndrom zmrzlého ramene MD-Shoulder, lumbalgii MD-Lumbar, svalovou bolest MD-Muscle, neuropatickou bolest MD-Neural).

Kolagenové injekce se podávají buď samostatně, nebo se s výhodou kombinují s dalšími léčivy v případě předpokládané synergie v mechanismu působení. Příkladem je současné podávání s viskosuplementací (kyselinou hyaluronovou, HA), kde se dociluje synergického účinku na úrovni lubrikace kloubní chrupavky v kombinaci se strukturálním posílením kloubu prostřednictvím kolagenové mikrosuplementace.

Zásadním benefitem daného terapeutického přístupu je léčba bolesti **bez rizika lékových interakcí** (kolagen nezasahuje do farmakokinetiky ostatních léčiv, např. warfarinu), **bez významných nežádoucích účinků** (kolagen je tělu vlastní látka dodávaná v mikrosuplementační dávce) a **bez alergických reakcí** (nebyly zaznamenány žádné alergické reakce ani u polyalergických jedinců).

Výhodou kombinované léčby analgetiky a NSA s kolagenem je následné možné snížení spotřeby analgetik, čímž se snižuje zatížení organismu nežádoucími účinky, výše uvedenými u jednotlivých skupin. Tuto skutečnost potvrdila také nedávno skončená postregistrační, jednoduše zaslepená klinická studie v Revmatologickém ústavu v Praze, realizovaná na souboru 100 probandů s indikací *low back pain*. Pro dosažení dlouhodobé a v obou skupinách srovnatelné úlevy od bolesti zad bylo ve skupině s trimekainem spotřebováno dvojnásobné množství záchranné medikace (paracetamolu) než ve skupině s kolagenovými MD injekcemi.

Zkušenosti českých a slovenských lékařů

O svých povzbudivých zkušenostech s MD přípravky nedávno referoval slovenský ortoped MUDr. Alexander Murgaš v časopise Slovenskej lekárskej komory. V období 9/2010 – 3/ 2013 vyšetřil soubor 1637 pacientů (M a Ž v poměru 1:3, průměrný věk 63 let, nejmladší 19 let, nejstarší 90 let), kteří podstoupili léčbu kolagenovými MD injekcemi. Výsledkem je pozitivní konstatování, že už po 4., respektive 5. aplikaci docházelo ke zmírňování obtíží a ústupu bolestí, signifikantně se zlepšila kvalita života pacientů a v průběhu léčby se nevyskytly žádné závažné NÚ. Zároveň bylo pozorováno významné snížení potřeby užití i celkové spotřeby základní analgeticko-antiflogistické léčby a MD injekce byly tolerovány i polymorbidními nemocnými.

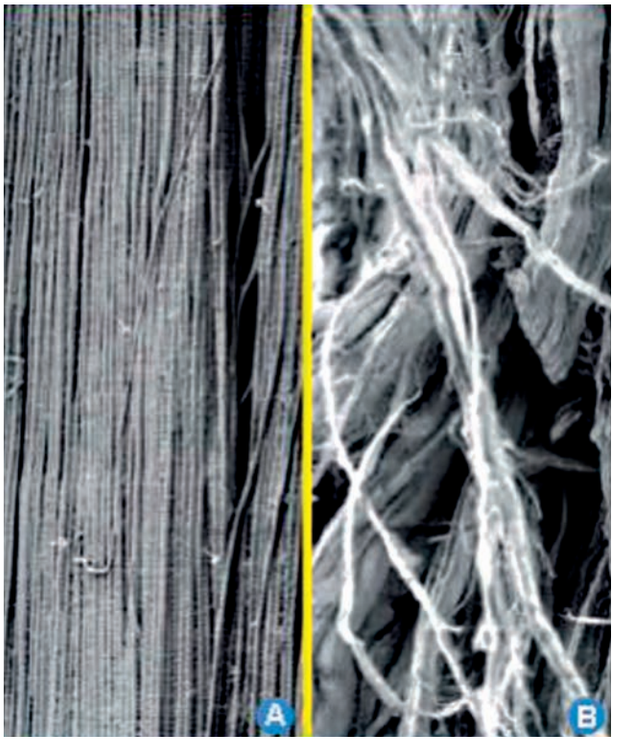
Zajímavé zkušenosti prezentovala na několika seminářích a také v odborných publikacích primářka Revmatologického ústavu v Praze MUDr. Hana Jarošová. Ve své praxi aplikovala kolagenové MD injekce více než 1500 pacientům, nejčastěji při diagnóze bolestivého syndromu krční a horní hrudní oblasti, syndromu bolestivého ramene, gonartrózy, artrózy drobných kloubů rukou a koxartrózy, s velmi dobrým účinkem již po 4.–5. injekční aplikaci. Dále publikovala řadu kazuistik pacientů s fibromyalgií, které léčila obstřiky MD-Neural a MD-Muscle do spoušťových bodů *(trigger points)* s pozitivním, klinicky významným výsledkem na vizuální analogové škále.

Závěr

Léčba bolesti pohybového aparátu je mnohdy svízelná a dlouhodobá, proto by profil podávaného léčiva měl vyhovovat nejen z hlediska účinnosti, ale i vysoké bezpečnosti léčby. Do ortopedické a revmatologické praxe vstupují často pacienti polymorbidní a s polypragmazií, u kterých je nutno zohledňovat nejen samotný zdravotní stav, ale i riziko lékových interakcí a možné další nežádoucí účinky.

Léčiva užívaná běžně k léčbě bolesti (analgetika, nesteroidní antirevmatika, kortikosteroidy) jsou účinná, avšak mají své závažné nežádoucí účinky, a tudíž je jejich dlouhodobé podávání pro pacienta zatěžující, respektive kontraindikované. Proto by měla být vždy preferována léčba šetrná, která nevykazuje závažné nežádoucí účinky ani riziko lékových interakcí, a to dodáním tělu vlastních látek, které přispívají k fyziologické regeneraci opěrného aparátu a k ústupu bolestí.

Takovou možnost představují kolagenové injekce, které lze použít u bolestí pohybového aparátu samostatně nebo v kombinaci s analgetickou léčbou. Poměr přínosu a rizika léčby je u kolagenových injekcí významně posunut ve prospěch přínosu, na rozdíl od nesteroidních analgetik (riziko gastropatií), popřípadě opioidní léčby (obstipace, útlum dechového centra) či kortikosteroidů (imunosuprese, vředová choroba, zpomalení hojení ran). Své opodstatnění má již zmíněná kombinovaná léčba analgetiky a kolagenovými injekcemi, která vede ke snížení nutných podávaných dávek analgetik a tím i ke snížení nežádoucích účinků používaných analgetik. Toto je velmi podstatné hledisko terapie například u seniorů.



Obr. 2 Fotografie pořízené elektronovým mikroskopem. A – integrita kolagenních vláken, B – posttraumatická obnova kolagenních vláken.

Literatura:

- *Crowley DC: Safety and efficacy of undenatured type II collagen in the treatment of osteoarthritis of the knee: a clinical trial. Int J Med Sci 2009; 6: 312–321.*
- *Furuzawa-Carballeda J: Effect of polymerized-type I collagen in knee osteoarthritis. II. In vivo study. Eur J Clin Invest 2009; 39: 598-606.*
- *Milani L: Un nuovo e raffinato trattamento iniettivo delle patologie algiche dell' apparato locomotore. Le proprieta bio-scaffold dell collagene e suo utilizzo clinico. La Med Biol 2010; 3: 3–15.*

zpracovali:
PharmDr. Zdeněk Procházka,
MUDr. Pavel Kostiuk, CSc.,
PharmDr. Lucie Kotlářová,
Edukafarm Praha

podklady:
prof. MUDr. Leonello Milani,
Neurologická klinika A.I.O.T., Milán

prof. MUDr. Tomáš Trč, CSc., MBA,
Klinika dětské a dospělé ortopedie
a traumatologie 2. LF UK a FN Motol, Praha

prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc.,
prim. MUDr. Hana Jarošová,
Revmatologický ústav, Praha

MUDr. Jiří Slíva, Ph.D.,
Ústavy farmakologie 2. a 3. LF UK, Praha

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

esf evropský sociální fond v ČR
EVROPSKÁ UNIE
MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ, MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY
OP Vzdělávání pro konkurenceschopnost
INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Profesionální herci poprvé v **simulační výuce**

V Brně se poprvé začala uplatňovat simulační výuka se zapojením profesionálních herců. V rámci projektu s pracovním názvem „Sestřičky“ byli ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně (FNUSA) školeni studenti středních zdravotnických škol, do budoucna by tato metoda měla být uplatněna i v postgraduálním vzdělávání lékařů a dalších zdravotníků.

Simulační výuka sester je v rámci FNUSA součástí širšího projektu multidisciplinárního simulačního centra plánovaného ve spolupráci s Mayo Clinic. Praxe vypadá tak, že student vstupuje do místnosti, která má všechny atributy nemocničního prostředí, s jednoduchým zadáním (například vyplnit s pacientem dotazník), a musí s hercem komunikovat v dané roli. Obraz je přenášen na monitor v další místnosti, kde skupina ostatních účastníků výuky spolu s psychologem akci sleduje.

Při rozhodnutí uplatnit tuto metodu pro výuku sester se v Brně od počátku počítalo s tím, že do ní budou zapojeni profesionální herci. „V USA se na simulační výuce podílejí herci i dobrovolníci, my dáváme přednost hercům, protože jde v rámci České republiky o novou věc. Herci mají zásadní výhodu v tom, že hrají scénáře vždy stejně, takže výchozí situace je pro studenty i při mnohonásobném opakovaní stejná. Další výhodou je, že herec navodí emocionální atmosféru, která je pro simulaci nejdůležitější,“ říká zástupce přednosty Anesteziologicko-resuscitační kliniky LF MU a FN u sv. Anny MUDr. Václav Zvoníček, Ph.D.

Zkušenosti z USA

Inspiraci i základní *know-how* získali organizátoři z FNUSA na americké Mayo Clinic, velkou část projektu ale museli vytvořit sami. „Informace z USA nám pomohly jen do určité míry – věděli jsme, jaké technické vybavení je nutné a na jakém principu vše funguje. Konkrétní scénáře jsme ale nedostali, protože je chrání autorská práva, museli jsme si je tedy vytvořit sami,“ popisuje vznik projektu MUDr. Zvoníček.

V první fázi bylo třeba, aby psychologové ve spolupráci se zdravotníky zpracovali scénáře. Byly vybrány tři základní typy pacientů a situací, s nimiž se zdravotnický personál může setkat – šlo o komunikaci s agresivním, žoviálním a depresivním pacientem. „Pro nastavení scénářů posloužila i americká varianta, tento model však nepřebíráme, jde o naši vlastní cestu. Snažíme se pro studenty vytvořit model simulační výuky se zpětnou vazbou. Měli jsme při tom metodologický problém, nakolik má být scénář fixní. Stanovit pevné repliky nebylo možné, úplná improvizace by zase nebyla pro výuku funkční,“ vysvětluje psycholog Pavel Strašák, který se na projektu simulační výuky podílí.

Reakce ve vypjatých situacích

V rámci modelu psycholog nejprve s hercem probírá charakteristiku postavy, dá mu výbavu replik a základní komunikační křižovatky, ke kterým by se měl během interakce dostat. Vlastní akci pak psycholog ovlivňuje podle reakcí studenta díky spojení s hercem prostřednictvím mikroportu a sluchátek. „Herce vedeme k tomu, aby například přitvrdil a situaci vedl ke krizi. Když student reaguje správně, umožníme mu zase katarzi,“ popisuje proces simulační výuky Pavel Strašák.

Klíčovou roli hraje následný *debriefing*. Při každé akci se ostatní studenti zaměřují na chyby, kterých se jedinec v akci dopouští, a při zpětné vazbě se k nim vyjadřují. „Díky tomu si uvědomují příčiny svých reakcí ve vypjaté situaci a zjišťujeme, že je třeba akci opakovat, často dvakrát či třikrát,“ říká Svatava Hloušková, která se podílí na realizaci projektu „Sestřičky“.

Herecké obsazení se podařilo zajistit díky tomu, že psycholog Pavel Strašák působí i v projektech na pomezí divadla a psychologie. Díky tomu do projektu vstoupili dva herci brněnského Divadla Husa na provázku – Vladimír Hauser a Tomáš Sýkora. „I pro ně simulační výuka představuje oživení a zároveň výzvu, pohybují se totiž v nehereckém prostředí a není to ani pro ně jako profesionály úplně snadné. Měli jsme štěstí, že volba padla na tyto výborné herce, kteří jsou schopni reagovat na situace a rozvíjet je tak, jak vyžadují pravidla simulační výuky. Nechtěli jsme angažovat herecké hvězdy, které by ‚vystřihly‘ etudu, ale lidi, kteří jsou schopni reflexe. Oba herce právě tato věc zajímá,“ vysvětluje Pavel Strašák.

V „pokoji pro pacienty“ studenti narazí na známé brněnské herce – Tomáše Sýkoru (nahoře) a Vladimíra Hausera (dole). | Foto: archiv FNUSA

Cílem je zpracovat emoce

Pokud jde o chyby, které frekventanti výuky dělají, často se podle psychologa objevují například u simulace depresivního člověka, kdy si student neuvědomuje potřeby správné komunikace a snaží se nemocnému pomáhat nebo ho utěšovat. „Tím se dostává do dominantní pozice, místo aby zůstal v kontaktu a podněcoval pacienta k verbálnímu uchopení problému. U agresivního pacienta zase u studentů často převládne strach, obava a napětí a výsledkem je, že zůstanou pasivní a nejsou schopni na situaci reagovat,“ popisuje Pavel Strašák.

Objevily se ovšem i případy, kdy agresivní roli převzal sám student, herce-pacienta „tlačil do kouta“ a snažil se ho téměř fyzicky zpacifikovat. „Pokud ale studenti správně zpracují své emoce, je to vždy cenné, umožní jim to pojmenovat, co je způsobilo, a vyzkoušet alternativy jednání,“ dodává psycholog.

Podle Svatavy Hloušková efekt simulační výuky závisí i na atmosféře v dané skupině studentů. „Záleží na tom, jak skupina funguje sama o sobě, zásadní je, zda je v ní někdo dominantní, kdo ovlivňuje ostatní. Takový student může mít na výsledek negativní i pozitivní vliv. Pokud jde o velikost skupiny, nemělo by jít o více než 10 až 12 studentů,“ vysvětluje Svatava Hloušková. Základní výhodou simulační výuky je podle ní propojení praxe a okamžité zpětné vazby, žáci navíc nejsou stresováni, že by jim hrozilo špatné hodnocení, nějaká výsledná známka. „Práce s reálnými pacienty je něco zcela jiného než teoretická výuka psychologie, na niž je navíc ve výuce nízká časová dotace,“ říká Svatava Hloušková.

Nově i pro postgraduální výuku

Dvanáct čtyřhodinových bloků zatím v Brně absolvovalo 83 studentů partnerských škol, od června se rozběhne série dalších 48 bloků. Na jejich základě také vznikne výukový materiál, jakási „kuchařka“ simulační výuky, jejíž součástí budou videozáznamy z dosavadních aktivit, a to jak vlastních simulovaných situací,

Lidé po transplantaci jsou více ohroženi nádory kůže

Pacienti se sníženou imunitou, tedy například lidé po transplantaci užívající imunosupresiva, mají oproti běžné populaci několikanásobně vyšší riziko vzniku kožních nádorů.

U pacientů se sníženou imunitou je v případě nemelanomových kožních nádorů toto riziko 65–250x vyšší a 3–5x vyšší v případě melanomů. Zhoubné kožní nádory navíc rychle rostou, pronikají do hlubších tkání, mohou být vícečetné a brzy metastazují, čímž výrazně ovlivňují prognózu pacienta po transplantaci i kvalitu jeho života.

„Pokud uvádíme, že v běžné populaci jsou nejvíce ohroženou skupinou pro vznik melanomu ženy ve věku od 20 do 29 let, u pacientů se sníženou imunitou, tedy po transplantaci, jsou to hlavně muži starší 50 let,“ upozorňuje přednostka Dermatovenerologické kliniky 2. LF UK a Nemocnice Na Bulovce a vedoucí Dermatovenerologické ambulance IKEM prof. MUDr. Jana Hercogová, CSc. Nejčastěji se u těchto pacientů vyskytují bazocelulární a spinocelulární nádory.

„Kontrola pokožky dermatologem u těchto pacientů je naprostou nutností co nejdříve po transplantaci. V Transplantacentru IKEM proto máme zaveden jejich každoroční *screening* na kožní nádorová onemocnění. Pacienti by ale neměli jen čekat, až je jejich lékař odešle ke specialistovi; měli by sami aktivně chodit každé 3 měsíce. Pokud objeví podezřelé skvrny, měli by ihned jednat a navštívit co nejdříve dermatovenerologa. Bohužel někteří pacienti na riziko rakoviny kůže trochu zapomínají,“ popisuje praxi v IKEM přednosta zdejšího Transplantcentra MUDr. Pavel Trunečka, CSc.

(Zdroj: IKEM) **(red)**

tak následných diskusí skupin s psychologem.
Podle MUDr. Zvoníčka by výuka měla být během roku dostupná i pro postgraduální vzdělávání všech lékařů a sester s praxí. Dosavadní zkušenosti se simulacemi pro sestry k tomu dávají dobrý základ. Hlavním cílem je stále aktuální téma komunikace mezi zdravotníky a veřejností.
„Kvalitní komunikace může dokonce předejít i zhoršení zdravotního stavu rodinných příslušníků pacientů – pokud je totiž někdo z příbuzných v těžkém stavu například na jednotce intenzivní péče, může mu vhodná komunikace významně pomoci snížením stresu. Situace je u nás bohužel stále poznamenána totalitním obdobím, kdy byla komunikace s příbuznými i pacienty v podstatě nulová nebo se lhalo," uzavírá Václav Zvoníček.

Projekt „Nadregionální síť středních zdravotnických škol pro vyšší kvalitu vzdělávání a praxe" (reg. č. CZ.1.07/1.1.00/14.0028) je financován z Evropského sociálního fondu a státního rozpočtu České republiky

David Daniel

Američtí lektoři nabízejí v Praze **kurz zubní implantologie**

New York University College of Dentistry (NYUCD) otevře v Praze dvouletý vzdělávací program pro stomatology z celé Evropy. Během unikátně obsáhlého kurzu zubní implantologie jeho účastníci zavedou na 40 implantátů.

NYUCD patří ke špičkám ve vzdělávání v oboru zubní implantologie a je jednou z nejuznávanějších stomatologických fakult. Lékařům nabídne několik set hodin podrobných přednášek a seminářů, které doplní praktické provedení celého procesu zavádění zubních implantátů. Po přípravách a analýzách přistoupí frekventanti k samotným operacím pod dohledem specialistů z České republiky, Evropské unie, ale hlavně ze Spojených států amerických.
„Pro Prahu a českou stomatologii je to velká šance posílit svoji pozici mezi vzdělávacími centry. Zajímavé zkušenosti to přinese i našim učitelům, kteří se budou na výuce podílet," vysvětluje stomatolog doc. MUDr. Roman Šmucler, CSc., jenž má pražský program NYUCD na starosti.
Programu se bude moci zúčastnit 15 evropských lékařů, kteří budou kromě přednášek navštěvovat i praktické kurzy. Počet 40 zavedených implantátů nemá obdoby oproti jiným školením, kde většinou proběhne pouze zlomek přednášek s praktickou částí a zkušenosti musejí absolventi získat sami ve svých ordinacích.

Více času oproti praxi

Benefit bude mít program také pro zúčastněné pacienty, které povětšinou zajistí NYUCD. V případě, že je zavedení implantátů součástí léčebného plánu, si lékaři mohou přizvat také pacienty ze své vlastní praxe a léčit je v rámci tohoto studijního programu.
„To, že každý krůček celého postupu se kontroluje a rozebírá, pacientům zajišťuje spíše nadstandardní kvalitu ošetření, takže se rozhodně nemají čeho bát. Profesoři studentům nedovolí žádný kompromis. V běžné klinické praxi je důležité být maximálně rychlý, ale tady bude na všechno relativně dost času. Pacienty budou vybírat vyučující předem a pečlivě je na celou operaci připraví," dodává Roman Šmucler.

Bez přerušení praxe

Účastníci programu budou moci skloubit své pracovní povinnosti se studiem a jejich odborná praxe nebude narušena. Dvouletý program zahrnuje i osm víkendových termínů.
Celkové náklady na kombinaci didaktického a klinického kurzu činí 15 000 dolarů ročně a dle informací od organizátora jde o výrazné snížení nákladů oproti studiu v USA.
Potenciální uchazeči by měli být praktikující zubní lékaři s alespoň 3 lety klinické praxe a znalostí anglického jazyka na vysoké úrovni.
Po úspěšném dokončení programu obdrží certifikát z oboru zubní implantologie z NYUCD.

(klu)

Inzerce A121017190

Stížnosti při poskytování zdravotních služeb

Činnost, jakou je poskytování zdravotní péče, ať už se jedná o ochranu, upevnění nebo návrat zdraví, je složitá, velice citlivá a vždy provázená možností vzniků kolize mezi jejími poskytovateli a konzumenty, tedy mezi zdravotnickými pracovníky a pacienty. Kolize pak vyústí verbálním projevem nespokojenosti při konkrétním osobním jednání, podáním stížností nebo v krajním případě podáním trestního oznámení.

Změny, kterými prochází naše současná společnost, zejména další připravované reformy ve všech jejích oblastech, významně zasahují také do resortu zdravotnictví a tím i do poskytování konkrétní zdravotní péče.

Ilustrační foto: Shutterstock

Stížnost jako prostředek ochrany

Občané, ale i společnost a instituce hájící zájmy pacientů vnímají stížnost jako významný prostředek ochrany a zajištění subjektivních práv a zájmů včetně zajištění práv rovnosti zakotvených v Listině základních práv a svobod. Stěžovatelé volí stížnost jako efektivní prostředek, kterým se domáhají svých práv, protože je pro ně jednoduchý, nenákladný a všeobecně dostupný, na rozdíl od vymáhání práv cestou soudní. Tomu odpovídá narůstající trend počtu stížností. Je však třeba zdůraznit, že nárůst počtu stížností je současně provázen poklesem stížností oprávněných.

Podání stížnosti je do jisté míry i výrazem důvěry stěžovatele v adresáta, od kterého očekává, že stížnost bude řádně přešetřena na potřebné odborné úrovni (tedy osobami, které věci opravdu rozumí), že budou probrány všechny sporné skutečnosti a přijata odpovídající opatření včetně uložení sankcí.

Nelze opomíjet skutečnost, že část stížností – jak je již patrné z jejich obsahu či formy – píší osoby s narušenou psychikou. Stížnosti jsou také výrazem celospolečenského klimatu a podávají informace o fungování a problémech velkých i malých společenských celků. Stížnosti odrážejí problémy celosvětové (narůst agresivity), České republiky (vulgarizace společnosti) i jednotlivé nemocnice (organizační zádrhele) či pracoviště (interpersonální vztahy).

Při hodnocení a řešení stížnosti musíme vždy vycházet nejen z počtu a obsahu stížnosti, ale také z počtu a závažnosti poskytované zdravotní péče a vždy vztahovat počet stížnosti k celkovému množství ošetřených. Samotný počet podaných stížností nemůže být objektivním a kvalitním ukazatelem činnosti zařízení poskytovatele zdravotní péče. V roce 2011 bylo ze strany 771 618 ošetřených pacientů podáno 26 oprávněných stížností. Narůstá sice počet všech podaných stížností, ale počet těch oprávněných klesá.

Je chybou při řešení stížností, jestliže se nejprve hledá viník a pak teprve se odstraňuje chyba, pokud byla zjištěna.

Adresáti a odesílatelé

Při poskytování zdravotní péče je většina stížností adresována vedení zdravotnického zařízení, zpravidla řediteli nemocnice, jen málo pak kontrolnímu útvaru nebo přímo vedoucímu lékaři oddělení či jinému pověřenému pracovníkovi.

Je českým specifikem, že stížnost ve stejném znění je zaslána několika adresátům (někdy jen „na vědomí“). Obvykle je to ředitel nemocnice a MZ, jindy nemocnice a ČLK, vzácností není ani zaslání stížnosti výboru pro lidská práva a kanceláři prezidenta republiky. Část stížností podávají stěžovatelé osobně, zpravidla ihned po události, která je příčinou stížnosti. Většina stížností je posílána v písemné formě poštou. Nové bylo zjištění, že zavedení možnosti zasílat stížnosti elektronickou poštou zvýšilo jejich počet a rozšířilo komunikaci mezi stěžovateli a pracovníky, kteří stížnost řeší. Vzácností však nejsou stížnosti podávané s delším časovým odstupem od události, a to i v řádu měsíců.

Není bez zajímavosti, že stížnosti častěji podávají nikoli pacienti, kterým byla péče poskytovaná, ale jejich blízcí – rodinní příslušníci, ale i ti, kteří pacienta jen doprovázeli. Ženy si stěžují stejně jako muži. V roce 2012 si stěžovalo 85 žen, 80 mužů a 5 žen společně s mužem.

Musíme si zvykat, že i stížnosti jsou již stále častěji formulovány a podávány právníky. Alarmující je skutečnost, že jsou iniciovány i pracovníky jiných zdravotnických zařízení, než kde byl pacient ošetřen.

Novým fenoménem v Česku jsou stížnosti podávané ošetřovanými cizinci. Je-li však ve zdravotnickém zařízení za rok ošetřeno více než 30 tisíc cizinců a počet stížností podaných cizinci dosáhne čísla 6 (všechny byly neoprávněné), pak lze jistě mít za to, že poskytovaná péče byla cizinci hodnocena jako dobrá. Stížnosti jsou dány spíše jazykovou bariérou a problémy s úhradou péče u cizinců, kterým požadovaná a poskytovaná péče nebyla kryta zdravotním pojištěním.

Měnící se obsah

Obsah řady stížností je velmi obecný, nekonkrétní („nechovají se tam hezky“) a uvádějí informace, které mají zprostředkovaně nebo účelově změněné.

Obsah stížností se však rovněž pozvolna mění. Je skutečností, že oproti předcházejícím letům stěžovatelé již zcela přesně a konkrétně ukazují na osobu, na niž si stěžují. Oddělují stížnosti na nevhodné jednání a chování lékařů a na jednání a chování sester nebo jiných zaměstnanců zdravotnického zařízení.

I když se stížnosti z posledních let stále týkají oblasti poskytování zdravotní péče, nejde již jen o výsledky medicínského snažení (operací, zvolené léčby či diagnostického postupu), ale především o organizaci poskytování zdravotních služeb, formu poskytování péče a chování poskytovatelů péče.

Obsahem stížností jsou všechny aspekty poskytování zdravotních služeb. Časté jsou stížnosti na delší čekací doby na vyšetření nebo ošetření, na dopravu a špatnou vzájemnou komunikaci, ale třeba i na počet laviček na stanici autobusu před nemocnicí nebo chybějící toaletní papír na WC v hale.

Větší zájem na postihu než na nápravě

Forma stížností se výrazně změnila. Jestliže ještě před několika lety přicházely stížnosti psané rukou, pak v současné době je naprostá většina stížností psaná na počítači. Na 100 stížností je pouze 1 psaná rukou. Stížnosti jsou zasílány elektronickou poštou. Oproti minulosti je znát pokles znalosti českého jazyka, neboť stížnosti obsahují hrubé pravopisné a gramatické chyby, a to i v případech, kdy je autorem vysokoškolák. Stížnosti jsou častěji doplňovány přílohami a v posledních dvou letech i fotografiemi. Není výjimkou, že stížnost je doplněna zvukovým záznamem kolize. Alarmující je nárůst vulgarity i u stížností, které jsou podepisovány.

Požadavky stěžovatelů by měly vést především k odstranění zjištěné závady a k opatření, jež zaručí, aby se nežádoucí zjištění neopakovalo, ale stěžovatelé mají větší zájem na postihu konkrétního zaměstnance zdravot-

nického zařízení, který se nechoval podle jejich představ. Častý je požadavek na ukončení pracovního poměrů s lékařem nebo sestrou a na finanční postih, a to i v případě, že konflikt vznikl beze svědků a stěžovatel pro své tvrzení nemá validní doklad. Roste počet stěžovatelů, kteří požadují finanční satisfakci, a to v částce, kterou sám stěžovatel považuje za adekvátní.

Lze stížnostem zabránit?

Vyřizování stížností je často velmi složité. Dle našich zkušeností je při vyřízení stížnosti nutné vycházet z jejich charakteru, závažnosti obsahu a formy. Není přípustné stížnost vyřizovat telefonicky, ale je třeba tak vždy učinit písemnou formou, i když nejefektivnější je vyřízení při osobním jednání se stěžovatelem, kterého se účastní kvalifikovaní zaměstnanci zdravotnického zařízení. Při závažnějších kolizích je vhodná přítomnost nadřízeného pracovníka zaměstnance, vůči kterému útok směřoval, dále zaměstnance kontrolního útvaru, který stížnost řešil, a vhodná je i přítomnost právníka.

Při skutečném nebo i domnělém pochybení, majícím za následkem větší či menší poškození zdraví nebo majetku pacienta, se osvědčilo, aby stížnost byla předmětem šetření ústavní znalecké komise, s jehož závěrem je stěžovatel seznámen.

Prevence stížností prakticky není možná. Tvrzení, že stížnostem lze zabránit, je zavádějící a nesprávné. Praxí podložený je názor, že lze pouze omezit či snížit počet oprávněných stížností a snížit negativní dopad stížnosti na poskytovatele služeb, to jest zabránit zkreslenému zveřejnění a účelově zkreslené medializaci, a to tím, že zaměstnanci zdravotnických zařízení budou při poskytování zdravotní péče dodržovat obecně závazné právní předpisy i interní předpisy včetně odborných doporučení a standardů. V rámci prevence kolizí je však potřebné, aby nejen zdravotničtí zaměstnanci, ale též pacienti znali a byli dostatečně poučení o postupech při poskytování zdravotní péče, o svých právech i povinnostech a aby se rovněž oni při poskytování zdravotních služeb chovali eticky, s pochopením pro potřeby spolupacientů i těch, kteří jim péči poskytují.

Stížnost jako informace

Provedeme-li pečlivý, objektivní rozbor stížností a posuzujeme-li počet a obsah stížností ve vztahu k počtu vyšetřených, ošetřených a operovaných, pak lze konstatovat, že počet stížností jako informace o fungování systému ukazuje, že poskytování zdravotních služeb funguje na vysoké odborné úrovni, a to i při zjištěných nedostatcích.

Při poskytování zdravotní péče naštěstí zpravidla nedochází k závažným chybám systémovým; ojedinělým excesům způsobeným selháním lidského faktoru pak lze jen obtížně předejít. Vznik některých stížností je mimo možnost ovlivnění pracovníky, kteří poskytují zdravotní služby, a počet neoprávněných stížností také ukazuje, že jejich příčiny jsou rovněž mimo zdravotnictví, v samotných stěžovatelích.

Je však nutné akcentovat skutečnost, že každá – i neoprávněná – stížnost negativně ovlivňuje hodnocení zdravotní péče a zejména konkrétní zdravotnické zařízení. Podílí se na dobrém, respektive špatném jménu zdravotnického zařízení i resort zdravotnictví jako celku, a proto je třeba problematice stížností trvale věnovat odpovídající potřebnou pozornost a při jejich řešení vycházet z pochopení potřeb pacientů a jejich rodinných příslušníků, s důrazem na aktivní, vstřícný přístup k pacientům, kteří vyžadují péči.

JUDr. MUDr. Lubomír Vondráček
Bc. Eva Kučková
Fakultní nemocnice Motol v Praze

Tab. 1 Počet hospitalizovaných a ambulantně ošetřených ve FN Motol

Rok	2003	2005	2007	2009	2010	2011
Hospitalizovaní	73 947	75 633	73 638	72 728	74 387	74 143
Ambulantně ošetření	771 687	854 368	866 975	767 171	722 794	697 475

Tab. 2 Počet podaných stížností ve FN Motol

Rok	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Počet podaných stížností	75	54	83	82	70	68	66	91	120	126	160	178	194	203
Počet oprávněných stížností	33	21	41	26	22	14	12	21	21	18	26	21	33	26

Inzerce A131002412

SERIÁL

eHealth a telemedicína – úvod

Nápad redakce začlenit pravidelnou rubriku o eHealth a telemedicíně je záslužný. Už proto, že mezi některými lékaři a zdravotníky je tento nový obor často opomíjen. Elektronizované zdravotnictví je neprávem spojováno jen s často medializovanými projekty, kdy se neoddělil obsah a princip od polické vůle a vysokých nákladů. Elektronizace zdravotnictví se často zdá být zpolitizovaná i kvůli direktivám Evropské unie.

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA
proděkan 1. LF UK v Praze

Potřeba najít společnou řeč

Na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy se problematice elektronizace zdravotnictví věnuje několik skupin. Týmy okolo profesora Štěpána Svačiny či profesorky Jany Zvárové jsou odborné veřejnosti známé. V rámci Medicínského datového centra se soustřeďuje problematika věnovaná ekonomickým aspektům zdravotnictví a toto centrum již řešilo několik projektů zaměřených na nové technologie a elektronizaci zdravotnictví.

Další skupina, vedená inženýrem Karlem Hánou, vytváří samostatné pracoviště eHealth a telemedicíny jako společný projekt 1. LF UK a Fakulty biomedicínského inženýrství ČVUT (FBMI). Díky pochopení děkana FBMI profesora Jozefa Rosiny bylo toto pracoviště situováno do jejich prostor v Kladně. Došlo tak ke spojení techniků, informatiků a odborníků na komunikační technologie s lékaři. To je velmi potřebné pro to, aby odborníci různého zaměření hovořili společnou řečí. Na fakultě byl zaveden volitelný předmět „eHealth a telemedicína“, zaměřený mimo jiné na monitorování dat pacientů prostřednictvím telemedicíny a na schopnost využívat řadu aplikací, jež dnešní informační technologie umožňují.

Dálkový monitoring nenahradí vyšetření u lékaře, ale může vést k pravidelnější kontrole pacienta, přenosu jeho údajů s využitím moderních přístrojů doma a možnostem kontroly přes internet nebo chytrý mobil. eHealth navíc není výhodné jen pro pacienty, ale usnadňuje též vzájemnou komunikaci mezi lékaři, zdravotnickými zařízeními, ale třeba i mezi pacienty navzájem.

Komfort pro pacienta i lékaře

Do oboru patří rovněž elektronické vzdělávání v medicíně. Nejde o to nahradit přednášky či semináře a osobní kontakt studenta s učitelem, ale o možnost využití sdílení přednášky či semináře na dálku prostřednictvím telemostu s předními odborníky u nás i v zahraničí.

Jednou z posledních aktivit tohoto druhu byla například obezitologická konference, do které se zapojili přední čeští odborníci jako profesor Martin Fried a docent Vojtěch Hainer z České obezitologické společnosti ČLS JEP či primář Petr Tláskal ze Společnosti pro výživu, dále odborníci ze Slovenska, například profesorka Elena Kukurová z Lékařské fakulty Univerzity Komenského, ale třeba i z Filipín. Telemost byl současně uváděn na několika fakultách u nás, na Slovensku v Národním institutu zdraví, na Filipínách pak v Kuliat Foundation.

Ilustrační foto: Shutterstock

Využití informačních a komunikačních technologií ve zdravotnictví ve svém důsledku pacientům přináší lepší a efektivnější péči. Podstatou elektronizace musejí být zejména požadavky lékařů a zdravotníků. Přínosy eHealth jsou měřitelné a řada ekonomů se této problematice začíná věnovat.

Zde je několik údajů – ve Francii se může zkrátit objednací lhůta k odborníkovi o 5,3 dne, Česko může touto cestou ušetřit 2,8 milionu lůžkodnů atd. Na druhé straně je třeba nezapomínat na rizika v podobě ztráty dat, chyb technických zařízení a dalších. eHealth tak jistě nenahradí kontakt lékaře s pacientem, ale může přinášet větší komfort oběma stranám.

Elektronické zdraví

Pojem eHealth se do zdravotnictví a medicíny dostal na přelomu 20. a 21. století. Elektronizace zdravotnictví souvisí s rychlým rozvojem informačních a komunikačních technologií. Propojení výpočetní techniky s medicínou dalo vzniknout novému oboru, který používá právě název eHealth.

Lékařům u nás pod kůži moc nejde – podíváte-li se na různé konference a sympozia s uvedenou tematikou, jednoznačně vidíte převahu nadšených inženýrů nad doktory. ICT, neboli informační a komunikační technologie, vstupují i do řady dalších odvětví a oborů, takže máme eBanking (elektronizované bankovnictví) nebo eGovernment (elektronizaci vládní administrativy).

V medicíně by mělo být inteligentní datové a komunikační prostředí podřízeno například kvalifikované podpoře diagnostiky, prevence a léčby, ale také řízení zdravotnictví či ovlivňování zdravého životního stylu. I když pak přichází příhodná námitka, co může být zdravého na vysedávání u počítače.

Foto: archiv autora

Kontroverze okolo samotné terminologie

Už samotný název oboru někdy budí odpor. Amerikanizovaný termín eHealth byl do češtiny přijat dokonce bez jazykové asimilace. Slovo se tedy neskloňuje podle českých pravidel. Nečeská výslovnost často způsobuje, že mimo zainteresované odborníky posluchači výrazu mnohdy nerozumí a vnímají obor jako „ihels“.

První písmeno e je zkratka pro anglické slovo *electronic*, což v překladu znamená „elektronické“ nebo „elektronizované“. Anglický výraz *health* znamená „zdraví“. V názvu není obsažena druhá část definice, tedy vztah k informatice.

Přes mnohaleté používání termínu eHealth je dodnes nejednoznačný jeho pravopis, někdy se objevují varianty e-health nebo e-Health. Česká obdoba názvu se nevžila a nepoužívá se. Obdobně je tomu však i v jazycích ostatních, po celém světě tak převládla anglická verze názvu oboru.

Telemedicína s hlubokými kořeny

Telemedicína je považována za součást eHealth a znamená zejména dálkový přenos dat, konzultační činnost a vzdálené poskytování zdravotnických služeb. Zatímco počátky eHealth nemají dlouhou historii a datujeme je do posledních dekád, protože rozvoj elektronického zdravotnictví úzce souvisí s rozvojem počítačové komunikace, počátky telemedicíny lze naopak hledat v historii dávnější. Termín byl dříve používán i pro dálkovou medicínu ještě před obdobím elektronizace společnosti.

Etymologicky název telemedicína pochází z řečtiny a latiny. Řeckou předponu *tele-* lze přeložit výrazem „na dálku“ a latinský výraz *medeor* znamená „léčím“. Tento výraz je na rozdíl od slova eHealth počeštěn a skloňuje se podle pravidel českého pravopisu. Obdobně je výraz přizpůsobován i ostatním jazykům v jiných zemích.

Teorie i praxe

Náš seriál zaměříme nejprve na historii eHealth a telemedicíny, dále se budeme věnovat základním principům a cílům oboru či rozvoji eHealth u nás i ve světě. Praktické ukázky se zaměří na elektronickou zdravotní dokumentaci, centrální úložiště, elektronickou preskripci léků a elektronické vzdělávání i na praktické výsledky z telemedicíny. Tou se přímo zabývá naše kladenské pracoviště 1. lékařské fakulty UK. Na první říjnový týden připravujeme odborné mezinárodní sympozium pro lékaře, studenty medicíny a studenty biomedicínského inženýrství.

doc. MUDr. Leoš Středa, Ph.D.
Centrum pro eHealth a telemedicínu
1. lékařská fakulta UK

Inzerce A131005047 ▶

Vylepšete prostředí své čekárny bezplatným informačním systémem pro pacienty

Pacienty vzdělávejme – motivujme – informujme

Bezplatnou instalaci nástěnného nosiče a jeho bezplatné pravidelné doplňovaní informačními brožurami se zdravotnickými tématy můžete objednávat na:

IDS Media CZ, s.r.o., Kostelecká 879/59, 196 00 Praha 9, tel.: +420 266 312 707, mob.: +420 739 571 812, fax: +420 266 312 717, e-mail: office@ids-media.cz, www.ids-hci.com

IDS Česká republika
Healthcare Intelligence

Vítr v hlavě, průvan v kapse

Motto: Žáby nikdy nebudou kokrhat. *(Pavel Kosorin)*

MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

Pojišťovny bez fíkového listu

Lékové pozitivní listy nemusí být nic špatného. Jsou-li samozřejmě správně pojaty. Nemohou být výsledkem tajných dohod pojišťoven s farmafirmami. Naprostá průhlednost a korektnost je podmínkou nakládání s veřejnými prostředky. Zejména v době, kdy společnost a její politický systém skomírají na obecnou ztrátu důvěry. Nesmějí tu vznikat žádná nepochopitelná rozhodnutí. Nebo naopak až příliš dobře pochopitelná. Jenže až jednou, u soudu. Pojišťovny tu sice nemusejí tančit u tyče, ale musejí se svléknout úplně do naha. To je podmínka *sine qua non*. Jakýsi činovník VZP mě vyděsil sdělením, že žádná zvláštní protikorupční opatření v této souvislosti nechystají. Plně důvěřují svému současnému standardu. Slyšte, slyšte!

Pozitivní list musí být pro všechny pojišťovny stejný. Vyhledávání v seznamech podle toho, která z nich právě zprostředkovává kterému pacientovi jedno a totéž všeobecné veřejné povinné pojištění, nebude v každodenní praxi to pravé ořechové. A dále, ty listy musejí být funkční. Aby se nestalo, že léky na seznamu nebudou existovat a existující budou absentovat. Aby nedošlo k efektu, který si můžeme pracovně nazvat „registr vozidel". Pomněme, že k takovým modelům máme nezadržitelný sklon. Moudrost je znalost věcí, jichž se máme vystříhat.

Podezřelé kuličky místo *ars medicinae*

Škodlivý by také byl negativní nátlak na lékaře. Radíme tu naopak rozumnou pozitivní motivaci. Cílem je citlivě vést hlavní preskripční toky nejvýhodnější cestou u všech pacientů, u nichž existují nekontroverzní alternativy. Což je většina. Umožnit však žít menšině, která opravdu potřebuje zcela konkrétní preparát. Současně by to mělo vést k zamyšlení, zda v některém případě vůbec preskribovat. Zda je u pacienta skutečně nutná polypragmazie *ut aliquid*. Systém „příznak – tableta" bez ohledu na racionalitu a efekt. Já vím, rozmluva, rada a vysvětlení je pracnější a trvá, kdežto recept na tradiční placeba vyjede z tiskárny natotata. Jako z kulometu. Bez míření. Však ono se něco ujme. První z postupů vede ke kvalitě, druhý do pekel. Nejen finančně, ale zejména principiálně. Deformuje totiž sám přístup k *ars medicinae*. A byla by přece konina, kdybychom své umění omezili na prodej podezřelých masových kuliček. To bychom si mohli ještě přibrat „potravinové doplňky" a pořádat nátlakové seniorské zájezdy za předraženým šmejdem.

Zajímavé je, že poslanec Šťastný vehementně popírá autorství tohoto návrhu. Prý to na něj někdo ušil. Je to bouda. Chtějí ho zdiskreditovat. Je otázkou, zda to není škoda námahy. Napsal to prý anonym a jeho tam jen podepsal. Buďme spravedliví. Nelze to zcela vyloučit, ale mým uším to zní lehce překombinovaně. Poslanec Šťastný bude patřit do oné malé, ale výrazné skupiny lidí, jimž se i v reálném životě stávají ty nejnepravděpodobnější příhody. Příkladů bychom nalezli nepočítaně: Peníze přinesl mrtvý sponzor v igelitce. Dosud neznámý strýc zaplatil byt. *Poslušně hlásím, že jsem šel do Budějic a najednou koukám, že jsem v Putimi. Nebudete tomu věřit, pane inšpektór, ale ty kradený šmuky mi dal jeden cizí pán na nádraží.* A tak podobně.

Úbytě bez polštářů

Až dosud jsem byl toho názoru, že pro zdravotnictví neexistuje jednoduché řešení prosazované odboráři, totiž periodické dolévání peněz ze státního rozpočtu ve formě zvyšování platby za státní pojištěnce. Bez nepříjemností a nákladů reformy. Nač spravovat auto, když stačí dotankovat. Hlavně do platů. Potom nastala druhá fáze, kdy nebylo co dolít, čehož si odboráři nevšimli a vřeštěli dál. Jenže čeho je moc, toho je příliš. Existuje nějaký limit, za kterým stát nemůže hrát hru na mrtvou lišku. Tou mezí je evidentní vyčerpání rezerv jak systému, tak i jednotlivých subjektů. Následují úbytě s pocity bezmoci a beznaděje i u těch nejschopnějších managementů, zůstaneme-li u lůžkových zařízení. Existuje bod, kde končí všechny polštáře. Poslední tenká vrstva kloubní chrupavky je uzurována a jedna citlivá kost bolestivě drhne o druhou. Až do krve.

Že se nižší úhrada negativně sčítá s růstem cen, to je jen jedna část problému. Ta menší. Skutečným průšvihem jsou ničivé dopady DPH na zdravotnictví. Nazval bych to Kalouskovou vývěvou, přestože ji sám nevymyslel, jen zdědil. Ale eponymie přece nikdy nebyla úplně spravedlivá. Čerpadlo běží na plné obrátky a pumpuje veřejné prostředky, vybrané na poskytování zdravotní péče, do úplně jiného veřejného fondu, jímž je státní rozpočet. A bohužel na zcela odlišné účely. Výkon téhle pumpičky je třeba odečíst od plateb za státní pojištěnce a výsledek bude rázem jaký? Nižší, přátelé, nižší.

Solidarita se tu napíná jako kšandy vzpěračovy v nadhozu. Kde je mez pevnosti, než gatě neslavně prdnou celé a odhalí atletovu holou řiť? Snad abychom to už přestali zkoušet. Je to věc načasování. A zdá se, že čas právě přišel. Jestliže i dobře vedená zařízení musejí sáhnout ke snižování platů, něco to signalizuje. Hodina udeřila. Pokud se skokan na lyžích odrazí o zlomek vteřiny později, je dobré poradit se s lékařem. Zvýšení platby za státní pojištěnce samozřejmě není žádné řešení. Ale to srdeční masáž také ne. Přesto se v indikovaných případech provádí. Pochopitelně velmi dočasně.

Koza v tygří kleci

Odhaduje se, že asi pětina prostředků na zdravotnictví se různým způsobem, řekněme to decentně, promrhá. Udělal někdo tenhle odhad u státního rozpočtu? Osobně tipuji, že naše peníze jsou tam ještě mnohem méně bezpečné. Vyšší riziko, než má koza v tygří kleci. Možností predace je tam řádově více. Příležitost dělá zloděje. A mnoho příležitostí rovná se mnoho zlodějů. Více než si můžeme dovolit. Takže kdyby Kalousek dal (jako že nedá), možná by tím zachránil nemalé částky před duchy Llana Estacada. Ve zdravotnictví se krade nepochybně o něco méně než třeba v resortu obrany. Nebo dokonce místního rozvoje, kde se místně rozvinou jen někteří, zato však vydatně.

Mutatis mutandis to platí i pro riziko pouhého plýtvání. Někteří ústavní činitelé jednají jako smyslu zbavení a vytržení z reality natolik, že to hraničí s vážnou duševní poruchou, již bychom tu nazvali sociální demencí. Umíte si představit, že byste byli s odpuštěním poslanci a v současné situaci zcela vážně navrhli, že si z peněz daňových poplatníků ukrojíte 600 tisíc, abyste si někde mohli báječně začutat? Jistě, vzali to zpátky. Ale o to jde až v druhé řadě. Podstatné je, že je taková nebetyčná drzost vůbec mohla napadnout. A nejen napadnout. Ještě k tomu ji vyslovit nahlas. Je to stejná provokace jako pověstné koláče Marie-Antoinetty. Lidé nezapomněli a ty koláče ji stály hlavu. Dost vysoká cena za stupiditu.

Nesystémově nekomplexní třídní boj

Poslanec Boris Šťastný říká, že *ministr svou šanci na pravicovou reformu promrhal a uspokojil se politikou líbivých tiskových sdělení následovaných levicovým plácáním do vody*. Zdá se, jako by vyprahlé obzory páně poslancovy byly omezeny na dva pojmy: pravicový a levicový. Naučte se říkat takhle dvě slova s patřičnou emfází a bez zbytečného studu i bez ohledu na smysl a kontext. Rázem máte politickou kariéru v kapse. Jako kdysi vystačil stranický agitátor s frází o třídním boji. Tu šlo aplikovat na cokoli a mohl planě plkat celé hodiny, zatímco posluchači si v klidu pospali. Říkalo se tomu „živit se hubou". Zkrátka duchovní rozměr, jaký svým rozsahem ohromí jen málokoho. A k tomu ta perfektní čeština! Ono *spokojit se* a *uspokojit se* jsou slova dosti rozdílného významu. Asi jako *geniální* a *genitální*.

Poslechněme si dále, co říká o politice ministerstva zdravotnictví nikoli opoziční politik, ale poslanec této koaliční vlády, spoluodpovědný za její politiku: nesystémovost, nekomplexnost, totálně amatérský přístup k řízení resortu, rezignace, levicové nesmysly, výkřiky ze tmy, nečinnost, populismus. Mimochodem, je to dost nekonzistentní. Buď lze někoho obvinit, že něco dělá špatně, nebo že nedělá nic. Obojí se nevejde do jedněch úst. O hlavě nemluvě. Fascinující je i gumové používání výrazů *systémový* a *komplexní* až na samu hranu ztráty lexikálního významu. Chcete-li o něčem říci, že je to blbina nebo že se vám to nelíbí, použijte výraz *nesystémové*. Ještě lepší je *nekomplexní*. V tom se dá utopit každý konkrétní obsah, zabít jakýkoli návrh a ještě u toho vypadáte jako intelektuál, který má doma slovník cizích slov.

Ukončete nástup, dveře se zavírají

Samozřejmě, pokud mohutné opoziční síly, především ty automutilační, tj. vnitrokoaliční, neumožní realizovat řadu položek komplexního systému, výsledek nutně vypadá jako mozaika. Jako *drobečková politika* – mimochodem za Rakouska dost úspěšná, ale až z delšího časového odstupu. Nejde tu o ideální konstrukty na bázi „vše, nebo nic" (velmi levicový podtext uvažování kolegy Šťastného), ale prostě o to, co se podaří prosadit. To je reálpolitika, tak demokracie funguje. Hodnocení závisí čistě na apriorním postoji: Co jednomu připadá jako výsledek toho, čemu se někdy říká *systematickou implementací k dosažení alespoň náhodných úspěchů*, vidí druhý jako dobře zvládnuté umění možného. Napůl plná i poloprázdná láhev totiž obsahují v obou případech přesně stejné množství tekutiny.

Celé je to ukázka toho, kde leží zdroj neúspěchů této koalice. Mohla sice mít většinu v parlamentu, ale od počátku stůně na nedostatek podpory v sobě samé. Boris Šťastný je zrovna jedním z těch, kteří nedovolili využít celý reformní potenciál, jenž byl k dispozici. Palbě protivníka se lze zhusta účinně bránit, ale křížová palba z vlastních zákopů je příliš. Lze konstatovat, že pan poslanec promrhal svou životní šanci stát se významným účastníkem a hybatelem racionální reformy zdravotnictví, k jaké nemusí být příležitost dalších dvacet let. Historická okna bývají otevřená jen na chvilku. Ukončete výstup a nástup, dveře se zavírají. Příští stanice Rajská zahrada. Ráj socialismu, svět etatismu, eldorádo nařizování bez ohledu na ekonomiku, černý trh služeb v nedostatkovém systému, paradox dvojí úrovně péče pod heslem všem stejně, vzletná prohlášení a přízemní realita klokaních kapes, chabě maskovaná povadlým fíkovým listem pokrytectví. A samozřejmě nezbytná výměna kmotrů.

Jako kapr na žížalu

Že jsem pesimista? Bohužel pouze realista. Středočeský kraj zatáhl za pacienty jenom v prvním kvartálu tohoto roku 5,8 milionu, aby na cizí účet demonstroval svůj politický odpor k regulačním poplatkům. Díry v silnicích ovšem zůstávají. V kraji, kde se s ostentativní arogancí moci kradlo skutečně velkoryse, je to sice pakatel, leč socialisté si dobře pamatují, kdo to umožnil. Bylo to zatmění mysli krátkozrakých voličů, kteří připustili, aby se taková nesmyslná

Boris Šťastný říká, že ministr svou šanci na pravicovou reformu promrhal. Zdá se, že vyprahlé obzory páně poslancovy jsou omezeny na dva pojmy: pravicový a levicový. Naučte se je říkat bez ohledu na smysl a kontext. Rázem máte politickou kariéru v kapse. | Foto: Eduard Erben/E15

bagatela stala hlavním volebním tématem. Nechali se ulovit na mrzkých třicet korun jako kapr na žížalu. Jenže kapr je omluven, protože jeho nejvyšší integrační úrovní je mozkový kmen. S tímhle hardwarem nelze ani při nejlepší vůli odhalit primitivní trik s ukrytým háčkem.

Nastalo tak totální vítězství ideologie nad ekonomikou. Vždyť zdroje jsou. Zhruba tímhle magorským stylem se od roku 2014 bude rozdávat z peněz daňových poplatníků. Mnoho voličů totiž pořád netuší, že to jsou právě oni. Věří, že veřejné peníze se berou někde jinde než z jejich vlastních kapes. Že padají jako mana z nebe. Jenže to bylo zaprvé na poušti (což ještě naštěstí nejsme) a zadruhé se to odehrálo v mytických starozákonních časech, kdy zázrak byl běžnou metodou řešení problémů. Na což dnes přece jen nelze tak úplně spoléhat.

Výztuže chatrné stavby ze lží

Kóta ÚSTR byla dobyta a pokračování je vybroušeně stylové. Probíhá totiž osvědčenými normalizačními metodami až do úplného zprznění, což je konečným cílem. Paní Foglové nestačí, že nad panem Hermanem vyhrála. Musí ho ještě zadupat do země. Bere si zřejmě příklad z pana prezidenta a jeho neudržitelného vztahu k ministrovi zahraničí. A tak podala navrch ještě trestní oznámení jako šlehačku na dort. Basa tvrdí muziku. Zřejmě cítí, že důvody odvolání byly dost slabé, a má potřebu je dodatečně vylepšovat. Vyztužit chatrnou stavbu ze lží. Jako v přiblblém seriálu. *To be continued*. Ostatně na podobném psychologickém principu se pachatel nutkavě vrací na místo činu, aby se ujistil, že nezanechal stop. Sama atmosféra celé záležitosti trochu připomíná pachuť exhibice paní Bobošíkové v televizní krizi neblahé paměti. Tatáž arogantní účelovost, tatáž směšná nedůvěryhodnost, tatáž rétorická poetika, totéž zupáctví.

Mezitím se kdekdo staví moudrým a nebezpečně si hraje se slovem totalita jako dítě se sirkami na seníku. Vždyť to vlastně žádná totalita ani nebyla. Nebo aspoň ne po celou dobu. Byla tam i nějaká přerušení. *Totalitas interrupta*. Někdy odpůrce nepřišel o hlavu, ale pouze o existenci. A to ještě ne důsledně každý. Jak potom souhrnně nazvat takové kolísání v intenzitě? Co jest to, pánové, taková totalita? Muška jenom zlatá! Zkus ji uchopit a ona stále uniká. Pojem se rozplývá, jsa rozkecán napadrť. Že by rozhodovaly principy, nikoli aktuální míra vražednosti? Ale jděte! Takový fundamentalismus vidí někteří jako *primitivní*, případě *hysterický* antikomunismus. Krom toho bylo o lidi sociálně postaráno a měli právo na práci, dokonce pracovní povinnost. Jenže kdo zlobil, tomu práci vzali a pak ho zavřeli za to, že nepracuje.

Epilepsie dějin

Jen si představme, jak po válce někdo hájí nacisty, protože sice pravda trošku vraždili, ale zato zajistili zaměstnanost, a oponentům za jejich zásadové postoje nadává do primitivních a hysterických antifašistů. A přece dnes slyšíme totéž od různých levicových činovníků. Jurodivých i zcela pragmatických. Vražda, mučení, loupež, samohana zdravého rozumu a znásilnění charakterů nejsou ani levicové, ani pravicové pojmy. Pamatujete, kdo nás touhle ptákovinou infikoval? Lyže – pravicové. Snowboard – levicový. A tak dále, až do úmoru ducha. Jako ve „Farmě zvířat".

Totalita může v průběhu času měnit své jevové formy i intenzitu útlaku, což nic nemění na její podstatě. Na totální moci, která prorůstá společnost jako rakovina a potlačuje občanskou autonomii. Je to epilepsie dějin, založená na úchylné ideologii prezentované jako náboženství. Zločin zůstane zločinem a zlo zlem bez ohledu na kostým. Kdo to nevidí, tomu doporučuji návštěvu zahrady Eden, kde lze chutně pojíst ze stromu poznání dobrého a zlého. Potom každá diskuse o tom, které období bylo totalitním a které „pouze" autoritativním režimem, bude svou absurditou připomínat debatu, zda by děvka nebyla náhodou o něco lepší, kdyby nebrala hotovost, ale přijímala pouze platby kartou.

Pod pokličkami hradní černé kuchyně

Otcové amnestie jsou Jakl, Hájek a Hasenkopf, čteme v některých médiích. Oni ovšem takové nařčení rozhořčeně odmítají. Rozpoutala se série obvinění a protiobvinění. V této nepřehledné řeži se jeden z nich chce dokonce takové pomluvě bránit žalobou. Dávejte dobrý pozor na tu logiku: Klausovi mágové, kteří amnestii hájili a podle nichž to byla bezvadná věc, se hájí proti sprosté pomluvě, že se onoho správného kroku jakkoli zúčastnili. Jinými slovy: Budu vás žalovat za pomluvu, že jsem konal dobro a pracoval pro tehdejšího prezidenta republiky. Nebýt to tak smutné, mohli bychom se z toho smíchy po... trhat. Naše tradiční cena Smrt mozku tu našla své laureáty snadno a rychle. Přitáhli ji stejně neomylně jako magnetický pól střelku kompasu. Celou patálii zjevně spískali Zemanovi družiníci, kteří vypouštějí falešné cíle jako napadené letadlo. Zaměstná to média a nebude tolik vidět na skutečně důležité kroky v upevňování prezidentského režimu. Pod pokličky v hradní černé kuchyni. V politice zadržování Miloše Zemana jde totiž hlavně o čas, který (jak známo) prchá jak mrcha. A tady má agilní penzista z Vysočiny sedmimílový náskok, tedy pokud ho dříve neudolají virózy a podebrané palce. Zatím je to tak, že než jeho oponenti vůbec začnou diskutovat, on už jedná. Nemusí mít pokaždé úspěch. K tomu mu dokonale stačí, aby skóroval zhruba v každém druhém případě. A zůstanou nám jen oči pro pláč.

Inzerce A131006142

Odvaha a pokora jsou předpokladem úspěšnosti

Text: Martin Čermák
Foto: Leoš Chodura

„Darovat život dítěti, které jej ztrácí a má těžké problémy, je fantastický pocit. A možnost setkávat se s bývalými pacienty, kteří dospěli, zařídili si život po svém, mají děti, jsou spokojeni a jsou si vědomi toho, co mají, to je největší cena, jaké se mi mohlo dostat," říká průkopník kardiochirurgie novorozenců a kojenců u nás **prof. MUDr. Bohumil Hučín, DrSc.**

Medicínu jste studoval v 50. letech. Šlo v té době o rozumné východisko, protože lékařství je obor ve všech režimech potřebný a apolitický?

Naopak, měl jsem potíže i tam. Když jsem se na medicínu přihlásil, hned mne nevzali, protože někde vyšťourali posudek svazu mládeže z mého bydliště ve Velkých Popovicích. Předseda napsal, že mé studium na vysoké škole nedoporučuje, protože rodiče jsou „náboženský fanatici" (psáno takto). Žádní fanatici to samozřejmě nebyli, pocházeli jsme z Moravy, kde byla víra zcela normální, přirozená věc. Nakonec jsem se na odvolání dostal alespoň na stomatologickou větev a druhý rok se mi podařilo přejít na všeobecné lékařství, protože jsem našel kolegu, který si to chtěl prohodit – trochu mi tedy pomohla šťastná náhoda.

Podařilo se vám nakonec svůj „závadný" kádrový profil nějak vylepšit?

Během studií jsem začal dělat pomocnou vědeckou sílu u embryologa Zdeňka Frankenbergera, který říkal, že mne z toho dostane. Dokonce jsem se pak přihlásil do studentské vědecké společnosti, kde se publikovaly práce studentů. Já měl tenkrát od profesora Frankenbergera za úkol studovat nadledvinky jelení zvěře, byl to velký nimrod... Nakonec za tuto aktivitu byly plusové body, takže jsem po promoci nemusel na umístěnku nikam do pohraničí ani na Slovensko, jako se to dělalo s lidmi, co neměli politickou perspektivu.

Vy už jste během studií věděl, že se budete chtít věnovat chirurgickému směru?

V posledních ročnících jsem chodil fiškusovat do Ústavu pro péči o matku a dítě do Podolí, hlavně do porodnice – ještě jako medik jsem odvedl asi 70 porodů, s kolegou jsme do toho byli úplní nadšenci. Pak jsem ještě chodil k docentce Olze Vaněčkové na plastiku, to byl takový kroužek v 6. ročníku. Chirurgie se mi líbila tím, že se jedná o konstruktivní terapii, kde jsou výsledky vidět okamžitě.

Nakonec se vám skutečně podařilo uniknout umístění kamsi na druhý konec republiky, místo toho jste byl v roce 1958 přidělen na chirurgii do Vlašimi. Jaké byly vaše první kroky v praxi?

Zde jsem se konečně naučil tu „pravou" chirurgii od primáře Krinkeho, což byl žák profesora Julia Petřivalského ze slavné brněnské školy. Ve Vlašimi se díky němu dělalo prakticky všechno, pořád jsme zaváděli nějaké nové postupy. Například jsme měli pacienty paraplegiky, díky blízkosti rehabilitačního ústavu v Kladrubech; přicházeli většinou s problémy s močovým měchýřem, byli inkontinentní, a já měl na starosti nastudovat metodu reedukace močového měchýře takzvanou přílivovou drenáží. „Kolego, jeďte do Prahy, do knihovny, tam si to najdete, pak to tu zavedete." Nebo jindy zase: „Kolego, zajeďte si nastudovat osteosyntézu krčku stehenní kosti Smith-Petersenovým hřebem, z publikace od profesora Poláka, aby se nám lépe hojily fraktury." Nastudoval jsem, sestrojili jsme zařízení na snímkování kyčelního kloubu, sehnali starý extenční ortopedický stůl, ve vlašimských strojírnách nám ho upravili, my si pacienta zafixovali, a když byla situace příznivá, rovnou jsme perkutánně zaváděli hřeby – na okresním špitále! Taková progresivní chirurgie mne bavila, pořád se šlo kupředu a primář

měl svou vizi. Díky němu jsem se naučil být zvídavý, neustrnout, stále hledat nové metody a nebát se je zavádět.

Byla pak díky tomu cesta z Vlašimi do Prahy přímočařejší?
Ne tak docela. Pobyl jsem tam 5 let, měl bohatou operativu, primář mě nechal dělat žaludky, žlučníky, karcinomy tlustého střeva… Byl jsem natěšený na atestaci, která proběhla velmi dobře. Ale když jsem se vrátil zpět a oznámil řediteli vlašimského Ústavu národního zdraví, že jsem odatestoval z chirurgie, opácil: „To je výborný, soudruhu, a od zítřka nastupuješ z vůle pracujícího lidu jako obvodní lékař v Trhovém Štěpánově!“ To mne tedy trochu zchladil.
Ale brzy se to zlepšilo. Dozvěděl jsem se náhodou o konkurzu na aspiranturu na dětské chirurgické klinice v Praze. Zašel jsem k profesoru Václavu Kafkovi, udělal přijímací zkoušky a aspiranturu vyhrál, což mě v mé situaci zachránilo, aby mne úplně neodstavili.

Aspiranti většinou museli být dobře „zapsaní“ u režimu, jak se vám to podařilo obejít?
Profesor Kafka na ty kádrové věci neslyšel. V komisi s ním byli i další sympatičtí lidé, kteří mysleli normálně, třeba gynekolog profesor Peter, docent Brodský… O to místo se ucházel i kolega, který už měl jakousi politickou kariéru, začal mluvit o svých politicko-společenských ideálech, a to na komisi opravdu nezabralo, důležitá pro ně byla jen odbornost. Oni se zkrátka opravdu zajímali o to, co umím.

Kdy jste se poprvé setkal se srdečními operacemi u dětí?
To přišlo vlastně hned. Když jsem nastoupil, musel jsem dělat vše, ale dostal jsem se do bezprostřední blízkosti kardiochirurgické skupiny – profesor Kafka operoval, a to i na otevřeném srdci, v mimotělním oběhu, ovšem pouze větší děti. Tam jsem asistoval, seděl jsem u mimotělního oběhu. Kromě toho jsem měl na starosti ještě přípravu dětí s vrozenou srdeční vadou, které přišly z ciziny – třeba z východního Německa či Itálie, kde se tyto operace neprováděly. Když jsem si navíc přečetl o problematice vrozených srdečních vad a možnostech chirurgie v těchto případech, nesmírně mne to zaujalo, až nadchlo, řekl jsem si, že tím bych se chtěl zabývat. Vždycky mne zajímala právě ta rekonstrukční stránka chirurgie.
Brzy mne profesor Kafka naučil základní škálu zákroků – uzávěr otevřené tepenné dučeje, resekci koarktace aorty, spojkové operace u cyanotických vad, bandáž plicnice nebo síňové septektomie u transpozic. To se všechno dělalo na bijícím srdci, zvládl jsem je celkem brzy a líbilo se mi to.

Jednalo se tedy o starší dětské pacienty, ale co novorozenci s těžkými srdečními vadami?
Tehdy, začátkem 60. let, byla velice nosná právě problematika kritických vrozených srdečních vad u nejmenších dětí. To byly vady se závažnou morfologií, které brzy po narození způsobovaly srdeční slabost nebo těžkou cyanózu, v podstatě stavy neslučitelné se životem. Měli jsme k dispozici i výsledky práce našich patologů – profesorka Dagmar Benešová se svým týmem shromáždila 900 pitevních protokolů pacientů s vrozenou srdeční vadou, kteří nebyli léčeni a zemřeli na ni. Z těch 900 dětí 42 % zemřelo do jednoho měsíce, 85 % do jednoho roku. To byla obrovská výzva, aby se jim pomohlo.
Už se vědělo, že v cizině se dělají paliativní operace i u nejmenších dětí, a profesor Kafka je pak zaváděl také. Vada se tím sice neodstranila, ale těžká forma se přeměnila na lehčí, kterou pacient toleroval a se životem slučitelná byla. Existoval tedy předpoklad, že se děti dožijí věku, kdy bude možné je léčit kauzálně. Už v roce 1958 profesor Jan Navrátil v Brně zavedl operace na mimotělním oběhu, po něm i profesor Jaroslav Procházka v Hradci Králové a profesor Kafka v Praze. Ale to bylo možné u starších dětí, tak ve věku 12–15 let, pak si na to troufli, na mladší ne.

Kterých komplikací se nejvíc obávali a jak byly vyřešeny?
Už ve druhé polovině 60. let přicházely zprávy, že se v cizině provádějí radikální operace, tedy kauzální léčba, i u novorozenců a kojenců s kritickými vrozenými srdečními vadami. Kamenem úrazu byl samozřejmě mimotělní oběh, pro malý organismus to byla obrovská zátěž, kterou netoleroval, děti umíraly na edém plic…
Tenkrát novozélandský chirurg z Aucklandu profesor Brian Barratt-Boyes spolu s profesorem Johnem Kirklinem z USA vyvinuli zvláštní novou metodu. Na základě znalosti intolerance malých dětí vůči mimotělnímu oběhu navrhli operovat je ve zkráceném režimu. Nejprve se pacienti uvedli pomocí zevního chlazení ledovou tříští a pak mimotělním oběhem do hluboké hypotermie, ochladili se na 20 stupňů Celsia a následně se zastavila cirkulace. V zástavě oběhu se otevřelo srdce a na prázdném srdci provedla rekonstrukce, zašilo se to a tělo se pak znovu ohřívalo mimotělním oběhem. Čili styk cizí krve s novorozeneckou probíhal jen v době ochlazování a ohřívání. Limit na operaci v těch 20 stupních, tedy takové okno, činil přibližně 1 hodinu.

Na konci 60. let, v době uvolnění, se vám podařilo vycestovat do Londýna. Jak na vás zapůsobil kontakt se západní medicínou?
To bylo náramně přínosné. Přivezl jsem si řadu poznatků z problematiky kojenecké a novorozenecké chirurgie. Setkal jsem se s mnoha inspirativními osobnostmi, třeba s profesorem Johnem Kirklinem nebo profesorem Jamesem Malmem z Kolumbijské univerzity, profesorem Aldo Castañedou z Bostonu, profesorem Donaldem Rossem z Londýna, hovořil jsem i s Chrisem Barnardem – Londýn byl zkrátka skutečná křižovatka. Pamatuji si Barnardovu přednášku v Hammersmith Hospital, tenkrát prezentoval soubor sta dětí s Fallotovou tetralogií, kdy mu nezemřel žádný z pacientů. Byl to ohromně šikovný chirurg a otevřený, dokonce mi nabízel místo asistenta v Kapském Městě. Já už tu však měl rodinu, tak to nepřicházelo v úvahu, ale tyto zkušenosti a zážitky mne ovlivnily hodně.

Jak moc v tomto srovnání obstála československá medicína?
Měl jsem trochu mindrák, kardiochirurgie u nás za minulého režimu zaostávala tak o deset let. Režim navíc dělal vše, co mohl, aby to ještě více brzdil. Maximálně protlačoval, aby se všude dostali straníci, každý měl svoji kádrovou rezervu. I takové eso jako profesor Navrátil mělo potíže, nenechali ho dělat vše, co chtěl. Pak byl v roce 1967 pozván do Vídně, kde založil kardiocentrum ve Všeobecné nemocnici a dojížděl tam. Soudruhům se to samozřejmě nelíbilo, tak mu výjezdy znemožňovali. Šlapali mu na paty čím dál víc, až už tam raději zůstal, stal se přednostou kliniky a vedoucím experimentálního pracoviště.
I při svém pobytu v Londýně jsem viděl, že kontakt se světem a informace nám opravdu chybějí. Věděl jsem, že se máme co učit, ale ty osvícené hlavy v cizině se s námi přitom bavily jako se sobě rovnými.

Ani za takových okolností vás emigrace nezlákala?
Já neměl takovou odvahu, měl jsem tu vlastní rodinu i širší příbuzenstvo. Manželka zrovna na konci 60. let promovala na fakultě, tak jsem se chtěl vrátit, viděl jsem možnosti práce doma, i když jsem si nedělal iluze – měl jsem totiž srovnání a viděl, v čem šlapeme. Ale měl jsem tu také známé, kamarády, spolupracovníky, s Milanem Šamánkem se dělalo dobře. Postupně se nám ty perspektivy otevíraly, vzali jsme to do svých rukou a nakonec se prosadili.

Jaké cenné poznatky rady jste v Londýně získal?
Mr. David Waterson, který byl přednostou dětské kardiochirurgie v Londýně, mi tenkrát říkal: „To je fajn, že jste se k nám přišel podívat jak na to, ale dívejte se také, jak se to dělat nemá. Ušetříte si strašně moc trápení, až to budete zavádět u vás, protože se vystříháte zbytečných chyb.“ To byla nesmírně cenná rada. A pak si vzpomínám na profesora Kirklina, to byl boss, před kterým se třásli všichni, přitom ohromně milý v osobním kontaktu. Když jsme spolu hovořili, říkal: „Vy, jako mladý kardiochirurg, dělejte vždycky jen operace, které umíte a které těm dětem opravdu pomohou. Nezáleží na tom, jestli budou paliativní nebo radikální, prioritou je, aby pacienti přežili.“ Další cenná rada. S tím vším jsem se tedy vrátil v 69. roce na kliniku do Prahy.

Jaká tu byla atmosféra, po vpádu vojsk Varšavské smlouvy a před začátkem normalizace?
Tenkrát všude probíhaly velké změny, i u nás: docent Brodský odjel do Švédska na Karolinskou univerzitu, doktor Stark do Londýna… a oba už tam zůstali. Profesor Kafka byl penzionován, po něm naštěstí nastoupil profesor Václav Tošovský, velice milý a fajn člověk.
Já dostal na starosti kardiochirurgické oddělení, měli jsme dvanáct lůžek, prováděli paliativní operace a přicházeli další, mladší kolegové. Ti mi pomáhali, studovali kardioanestezii, mimotělní oběh a další přidružené disciplíny. Vylepšili jsme systém péče o pacienty s kritickými vadami a zlepšili jejich přežívání. Otevřeli jsme speciální pokoj pooperační intenzivní péče, což nikde nebylo, viděl jsem to až v Londýně. Zaváděli jsme nové metody, třeba dlouhodobou ventilaci malých dětí objemovým ventilátorem (to tu do té doby také nebylo známo) nebo kontinuální odběr vzorků arteriální krve, parenterální výživu, centrální žilní katétry… Vše jsme museli zvládnout vlastními silami a ještě školit další specialisty. Z těchto novinek pak profitovala celá dětská chirurgická klinika.

Tehdy už se rodila multidisciplinární spolupráce, jež se pak stala základem kardiocentra?
Ano, spočívala ve spolupráci s dětskými kardiology – docentkou Padovcovou, doktorkou Voříškovou, doktorkou Krčílkovou a docentem Šamánkem. Ti nám sháněli pacienty, stahovali je z terénu a snažili se, aby co nejdříve přišli k nám. Tím pádem pak neměli tak vážné komplikace, třeba plicní, které by vyžadovaly dlouhodobou ventilaci (ale i na to jsme byli připravení). Zachránili jsme takto asi 80 procent dětí, které jsme operovali.

Kardiochirurgie není *one man show*. Vyžaduje hodně práce (a tvrdé) i smysl pro týmovou spolupráci.

To byl tedy zárodek myšlenky dětského kardiocentra. V 60. letech se už začala stavět nová budova motolské nemocnice. Stavěla se ale věčně, předání se protahovalo, celé to trvalo nějakých 15 let. My už ovšem takto těsně spolupracovali a společně se účastnili také plánování nemocnice. Předpokládalo se, že bude vybudováno nové dětské kardiochirurgické pracoviště s vlastními operačními sály, jednotkou pooperační intenzivní péče… byla to ovšem stále jen idea.

Museli jste se potýkat i s různými absurdními překážkami, pro minulý režim tak typickými?

Velmi dobře to ilustruje jedna epizoda. My na dětské chirurgické klinice přestali operovat na otevřeném srdci někdy v roce 1967. Důvodem bylo, že profesor Kafka shledal, že „historický" Gibbonův přístroj pro mimotělní oběh, který jsme měli ještě z poválečné pomoci od UNRRA, už není úplně spolehlivý a raději na něm zakázal dělat. Navrátil a Procházka operovali dál, měli své mašiny, které vyvíjeli ve spolupráci se strojírnami v Brně a Dobrušce, čili se mohli zabývat těmi staršími pacienty. Ale na menší děti u nás byl stop stav.

Tenkrát ředitelka nemocnice Věra Kazimourová na naše doporučení zakoupila výborný nový americký přístroj pro mimotělní oběh Sarns 5000. Přivezli ho k nám na kliniku na Karlov a řekli: „Tady ho máte, ale nesmí se s tím nic dělat, je určený až pro Motol." *Noli me tangere.* Dali ho do předsálí a šmytec – dokud nebude fungovat Motol, nesmí se na něj sáhnout.

My argumentovali, že by bylo potřeba ty děti operovat, že je to nemorální, a oni tedy aspoň vymohli, že ministerstvo zdravotnictví uvolnilo asi 6 milionů korun na rok, za což se některé malé děti s těžkými vadami mohly posílat na operace do zahraničí. To vyšlo tak pro 6 až 8 dětí, což bylo celkem mizivé oproti tomu, kolik potřebných pacientů jsme měli a kolik jsme jich bývali mohli odoperovat, kdyby nám dovolili přístroj používat. Takže takhle to v minulém režimu fungovalo.

Opravdu jste zákaz dodrželi?

Ne tak úplně. Naše mladá parta chirurgů a anesteziologů dala celé téhle absurditě korunu tím, že jsme si přístroj pro mimotělní oběh v pozdních večerních hodinách potají „půjčovali", naplnili psí krví a prováděli experimentální operace na psech. Docent Šamánek měl v suterénu v „nalezinci" na Karlově kardiopulmonální laboratoř, kde jsme měli azyl. Nacvičili jsme takto třeba Mustardovu operaci transpozice aorty a plicnice, zároveň s tím i metodu hluboké hypotermie a zástavu oběhu. Když jsme pak skončili, přístroj jsme vyčistili, vrátili, zavezli zpět na sál a dali do „zapečetěné" skříně, která sice zepředu pečeť měla, zato však neměla zadní stěnu. *(smích)* Mustardovu metodu jsme se naučili celkem slušně… a nikdo nic nepoznal.

V takové atmosféře asi přeci jen ještě chvíli trvalo, než myšlenka dětského kardiocentra zcela zakořenila.

V té době už jsme s Milanem Šamánkem hovořili o tom, že bychom založili společné kardiologicko-kardiochirurgické pracoviště, kde by vedle sebe pracovali internisti i chirurgové. Právě v Londýně v Great Ormond Street jsem viděl, jak to funguje, další podobná pracoviště se osvědčila v Bostonu, Torontu… znali jsme jejich *know-how*, protokoly. A říkali si, že by tam byly děti s vrozenými vadami rovnou vyšetřované, operované, pooperačně ošetřované i dále sledované – vtip byl v tom, aby se pacienti nemuseli nikam překládat.

S Veronikou Štecovou, jednou z bývalých pacientek, kterou profesor Bohumil Hučín „vrátil do života". Nyní sama pracuje na klinice.

Tenkrát se o tom začalo jednat, hlavním chirurgem byl profesor Jaroslav Procházka z Hradce, který na ministerstvu zdravotnictví na popud Milana Šamánka navrhl, aby se takové centrum vytvořilo. Ministerstvo pak skutečně v roce 1977 zřídilo Specializované pracoviště dětské kardiologie a kardiochirurgie. Nastěhovali jsme se do Motola, ale neměli jsme ani vlastní sály, ani personál, dostali jsme jen jednu instrumentářku, jednu sestru na pooperační jednotku intenzivní péče a jinak jsme si ostatní sestry a lékaře museli zaškolit. Až v 78. roce jsme získali vlastní sály v 8. patře a mohli konečně začít s mimotělním oběhem… Takže nám oficiálně předali přístroj, který už jsme měli potají osahaný, a my začali zavádět jednotlivé metody, včetně těch nacvičených transpozic. Postupně jsme zavedli všechny druhy operací, které už se dělaly ve světě, měli jsme informace a výsledky z literatury a také nám velice pomáhal doktor Stark, který pro nás v zahraničí získával léčebné protokoly.

Neměli jste problémy, že spolupracujete se emigrantem?

Měli, šli po nás a snažili se zastrašovat. Každou chvíli se objevili pánové v kožených sakách: „Vy jste byl v Londýně, máme informace, že jste kontaktoval doktora Starka…" To ve mně byla celkem malá dušička, naštěstí dál nezašli, docent Šamánek v tom uměl docela chodit, takže se to většinou moc nerozpitvávalo. Oni nás potřebovali. Když přišla delegace ze zahraničí, ukazovali nás jako vzorový příklad československého zdravotnictví, že to tak „jako" funguje po celé zemi, přitom jsme byli jediné pracoviště svého druhu. Takže spíš taková kamufláž navenek, aby bylo vidět, jakou máme vyspělou medicínu.

Jaroslav Stark zařizoval i školení a stáže našich lékařů v Londýně, jeho pomoc byla neocenitelná. Tehdy šlo vycestovat, jen když měl člověk pozvání, a tohle všechno on uměl zařídit. Navíc režim, i když jej měl za *persona non grata*, ho stejně potřeboval – kdykoli měl některý z papalášů v rodině pacienta, okamžitě jej vyhledali „tichou poštou", velvyslanectví si ho zavolalo, že je třeba zařídit to a to, a on zařizoval. Přitom z toho neměl žádný prospěch, pořád byl odsouzený, že opustil republiku, a měl na krku žalář. Tvářili se, že o něm „nevědí", a zároveň ho využívali.

Po rozběhnutí už kardiocentrum fungovalo dle vašich představ?

Mám dojem, že nám to docela šlo. Skutečně fungovala týmová spolupráce. Milan Šamánek vyškolil spoustu kardiologů v terénu, aby nám posílali děti. Navíc jsme už z dřívějška měli „vlastnoručně" předpřipravenou velkou skupinu pacientů, jež jsme operovali v době, kdy se nemohl používat mimotělní oběh. Mezitím odrostli, s paliativním zákrokem se dožívali třeba i 18 let, a my je pak znovu operovali jako náctileté. Jakmile jsme tedy začali pracovat v Motole, začalo to rychle nabíhat, hned od startu průměrně 300 dětí za rok.

Největší problémy byly ekonomické. K mimotělnímu oběhu bylo třeba mít příslušenství na jedno použití – oxygenátor, filtry, kanyly. Toho byl nedostatek a muselo se nakupovat za devizy, které mělo ministerstvo. To vždy řeklo, kolik může uvolnit, ale přitom tu byla čtyři pracoviště s mimotělním oběhem, která si musela prostředky rozdělit poměrně dle počtu operací a nějak s tím vystačit. Proto jsme samozřejmě z úsporných důvodů používali ty součásti opakovaně a resterilizovali je, což se dnes už nesmí. Tenkrát to ale jinak nešlo, tak se udělaly tři čtyři operace s jedním oxygenátorem.

Jak dlouho trvalo zvládnout celý repertoár dětských srdečních operací?

Ono to vypadá, že vše šlo najednou, ale bylo to postupné, každý rok jsme zavedli dvě tři nové operace, takže nakonec jsme těch cca dvacet důležitých zákroků zvládli. Já si už z Londýna připravil operační postupy, měl jsem podrobné poznámky, popsané deníky, co kdy kde jak. A protokoly od Kirklina nebo Castañedy. Aby každý na sále věděl, co má dělat, měli jsme takové „fermany", *for internal use only*, které jsem si přivezl z ciziny.

Když jsme školili personál, ze začátku se celý protokol předčítal, až se to zaběhlo. Skoro jako když se herci učí roli. A bylo proč – já to sice viděl v Londýně, ale ostatní u toho nebyli, takže jinak to ani nešlo. Výborně se osvědčilo mít rozpracované, co vše se může stát jako komplikace, a k tomu různé „narážky", jak to v dané chvíli budeme řešit. Díky tomu jsme si pak operace rychle a úspěšně zažili, bez nějakých „porodních problémů". Lidé, kteří si pouze přečetli odborný článek v časopise a pak to zkoušeli na vlastní pěst, měli samozřejmě velkou úmrtnost pacientů, zatímco my věděli o detailech, o čertových kopýtkách, a byli na ně připraveni.

Soudruzi už vám pak dali pokoj, když viděli výsledky?

Já tenkrát pořád nepožíval kdovíjaké důvěry, motolská ředitelka Kazimourová, velká stranice, na mne byla trochu vysazená, protože jsem měl neustále nějaké připomínky. Tak mi udělala to, že požádala profesora Procházku, aby nám dělal garanta, tedy odborný dozor, a zaručoval náš program. Chodil k nám každé úterý, všichni si mysleli, že tam chodí operovat, ale bylo to jinak. On byl ohromný sympaťák a dobrý člověk, přišel na sál, mrknul na anesteziologa: „Jdu se na vás podívat, jak vám to jde. Vidím, že to děláte bezvadně, tohle bych ani já nedovedl." Povzbudil nás, pak si šel sednout k Šamánkovi a povídali si. Takže „garance" fungovala takto gentlemansky.

V roce 1984 jsme pak dokonce za celé centrum dostali státní cenu Klementa Gottwalda za diagnostiku a chirurgickou léčbu dětí s vrozenou srdeční vadou v nejútlejším věku. Gottwaldova cena teď sice zní trochu pejorativně, ale já měl spoustu přátel, kteří tuto cenu dostali, a přitom to byli takzvaní „reakcionáři" – docenti, profesoři na fakultě, kteří něco významného objevili. Nebyl mezi nimi nikdo z komunistů, kteří na to neměli a také na to nemohli nic namítnout. Tak se alespoň ututlalo, že laureáti státní ceny neměli požadovaný kádrový původ…

Setkával jste se někdy s nepochopením nejen ze strany funkcionářů, ale i kolegů-lékařů?

Na začátku to bylo skutečně tristní, přišla třeba maminka ze Slovenska a prý: „On mi pán doktor hovoril, že moje dieťa má vrodenú srdcovú chybu a musí zomrieť." A taková neinformovanost trvala poměrně dlouho. Že se ledy pohnuly, bylo velkou zásluhou Milana Šamánka, který pozval všechny mladé pediatry, jež školil na kardiology, na naše pracoviště. Oni pak u něj odatestovali a šli na okresy, na porodnice, takže jsme měli síť informovaných odborníků v terénu. Chodili se dívat i k nám na sál, měli pročtené chorobopisy, znali možnosti jednotlivých operací. Uměli zjistit v porodnici nebo pak na poradnách, že dítě nějakou takovou kritickou vadu má, nesnažili se sami stanovit přesnou diagnózu, ale byli naučení odesílat je ihned k nám. V Motole se dítě vyšetřilo, indikovalo, kterou operaci je třeba provést, operovalo a poté už bylo sledováno v terénu.

K největšímu zlomu pak došlo v 90. letech, kdy prudce poklesla peroperační mortalita, až zázračně a pro nás překvapivě, ke 2 a poté k 1 procentu. Narostl počet operovaných dětí, zejména novorozenců a kojenců, i naše zkušenosti, byly k dispozici lepší přístroje, rutina byla daleko větší. Tehdy jsme

také konečně dohnali ztrátu, kterou jsme měli oproti Západu.

Jak jste vycházel s rodiči? Určitě nebylo snadné na jedné straně bojovat s jistou nedůvěrou, na druhou stranu zase tlumit přehnaná očekávání v situaci, kdy šlo skutečně o vše...
Setkali jsme se s rodiči, kterým jsme vysvětlili podstatu vady a oni na to: „Dobře, fajn, a když to spravíte, bude zase moci syn hrát závodně hokej?“ Neměli o tom ani páru, my jim vysvětlovali, že jejich dítě může umřít, pokud jeho vada nebude řešena, a je zajímalo jen, jestli se bude moci plně věnovat vrcholovému sportu. Nebo jsem viděl rodiče, kteří nám odevzdali dítě jak do autoservisu, abychom jim ho „spravili“, a odjeli si na dovolenou nebo na hory. Pak zase byli rodiče, kteří byli velice citliví, důvěřovali nám, nechali si vše vysvětlit a říkali, že jsme poslední, kdo jim může pomoci. Respektovali, že se to nemusí zdařit, ale věděli, že budeme dělat to nejlepší, co umíme. Těch byla naštěstí většina. Měli jsme i zkušenosti s arabskými pacienty, ze Sýrie, Kuvajtu... většinou s nimi přijeli otcové, matky zůstaly doma s pěti dalšími dětmi. Přes tlumočníka jsem jim vše vysvětlil a oni vždycky reagovali, že to svěřují Alláhovi, zkrátka „když Alláh dá“.

Komunikace je jednou z klíčových dovedností lékaře, v oboru, jako je ten váš, pak dvojnásob. Přesto se na školách tato příprava zanedbává. Co vám pomohlo ke zvládnutí této dovednosti?
Snad nejvíc asi moje povaha. Někteří kolegové, hlavně mladší, se chovali odměřeně až povýšeně, s velkým odstupem. Řekli rodičům třeba „to už jsem vám řekl“, naprosto jim nenaslouchali. Já se snažil, aby rodiče vše pochopili, spíš jsem s nimi mluvil i víc, než bylo třeba. Na fakultě se to neučilo, ale viděl jsem takový přístup u velkých chirurgů, které jsem potkal v Londýně či Bostonu, jako byli Waterson a Castañeda... to byli empatičtí lidé, kteří se opravdu zajímali o druhé, a to mi imponovalo.
Pamatuji si na takovou malou příhodu, byl jsem zrovna na stáži v Bostonu, profesor Aldo Castañeda mě druhý den potkal a ptá se: „Tak co, jak se máte, už jste volal domů?“ Já si v duchu spočítal, co by mne to stálo, ale on hned, že prý mám zajít k sekretářce a že mne tam sám posílá, ať mne spojí s rodinou. Opravdu měl zájem o člověka. Druhý den jsem přišel na sál a hned, jestli už jsem zavolal. Poděkoval jsem a on na to: „Běžte tam a zavolejte dneska znovu.“

Vaši kolegové se nechali slyšet, že vždy obdivovali váš klid na sále. Přitom řada chirurgů je spíš známa svou prchlivostí...
Když jsme v roce 1978 začínali na novém sále, řekl jsem: „Tady bude klid, nikdo nebude zbytečně mluvit, aby bylo slyšet všechny pokyny.“ Mně operace odsýpala, ale v klidu. Když pak nastane krizová situace, je to výzva, která se musí řešit. Měl jsem řadu mladých kolegů, kteří se školili, a při tom zaváděli zmatek, chtěli být „rychlí“, ovšem dělali páté přes deváté beze smyslu. Já jim říkal, že nemá cenu spěchat za každou cenu, hlavně je třeba zachovat klid. I profesor Kirklin říkal, že operace probíhá nejrychleji, když se řeší klidně ta fáze, kdy se operuje uvnitř srdce. Tehdy je dobré dát tomu čas, který je potřeba. Člověk samozřejmě nesmí váhat, musí to mít předem promyšlené, ale rozvaha k tomu patří. Určitá byla i nějaká tréma, ale pak ve mně převládly endorfiny, že by to mělo dopadnout dobře. Těšil jsem se na výsledek a že to pacientovi pomůže.
Navíc jsme měli pokoru. Jezdila k nám řada chirurgů třeba ze Slovenska nebo z Brna a občas jsme slyšeli: „Tohle bychom také dovedli...“ Je jasné, že když jde všechno dobře a je to seštymované, působí to snadně. Ale ti lidé už většinou neviděli, co všechno je za tím a co tomu předcházelo. Čili pokora je předpoklad úspěšnosti.

Máte nějakou zpětnou vazbu od pacientů, vídáte je třeba po letech, jako dospělé lidi?
Nedávno za mnou přišla pacientka ze Slovenska, kterou jsem operoval v roce 1984. Nyní trpěla fibrilací síní a potřebovala to upravit. Líčila mi, s jak velkými potížemi se dostávala k informacím. Vystudovala zdravotnickou školu, pak ještě filozofickou fakultu a objevily se fibrilace – jak dělala státnice, byla rozčilená, tak ji to obtěžovalo ještě víc. Zašla tedy za kardiologem, který jí prý řekl: „Máte trikuspidální atrezii, to jsem v životě neslyšel, že by s tím lidé mohli žít.“ Opět ten samý model neinformovanosti, se kterým jsme se setkali před lety. My pak doporučili operační řešení, ablaci fibrilace, tak jsme pacientku poslali do Bratislavy, ale tam s tím nechtěli nic mít. Docent Kunovský z bratislavského dětského kardiocentra jí aspoň pomohl sehnat záruku, že výkon můžeme udělat tady v Praze a že jí to slovenská pojišťovna proplatí.
Každopádně je velká radost se s těmi lidmi po letech potkat. Žijí normálním životem, mají rodiny, jsou rodiči zdravých dětí, vystudovali, řada z nich jsou vysokoškoláci. Je zajímavé, že jak jsme si zvali jednotlivé pacienty a oni nám říkali, jak báječně se mají, tak my zjistili, že zas tak báječně se mít nemohou, nějaké reziduální vady jsme našli. Ale oni si zkrátka přizpůsobili životní styl svému stavu, aby mu stačili a necítili, že je to nějak zásadně limituje.

Řekl byste, že tvoří jakousi samostatnou sociologickou skupinu? Často inteligentní lidé, žijící sice s limitem, ale kteří se vrátili „do života“ a zřejmě dostali do vínku i něco navíc...
Z psychologického či sociologického pohledu je to opravdu pozoruhodné, bohužel se toho zatím žádný odborník neujal, ale bylo by to zajímavé zkoumání. Když od nás tito pacienti odešli, měli „v papírech“, že mají závažnou srdeční vadu, a i když na tom fyzicky byli dobře, málokdo je třeba chtěl přijmout do zaměstnání... Zejména za minulého režimu – i když měl být každý údajně zaměstnaný, těmto lidem raději přiznali úplnou invaliditu. Někteří se s tím smířili, ale řada z nich si dodělávala školy, aby se mohli živit hlavou, kde zas taková omezení nejsou. Sami si zkrátka sociologicky dedukovali, jaké mají možnosti.
Mimochodem, dodatečně jsme prováděli analýzu IQ asi u 120 pacientů s Fallotovou tetralogií a zjistili jsme, že jsou velice inteligentní, až nadprůměrně. Nedokážeme však vysvětlit, jak je to možné. Byli cyanotičtí, jejich mozek byl přidušený těžkou hypoxií, saturaci arteriální krve měli 50procentní, což je méně než v žilní krvi normálního člověka. Takže hypoxie mozek určitým způsobem formovala. Přitom by člověk předpokládal, že nedostatečné okysličení mozek spíš poškodí a IQ půjde dolů, ale ono tomu bylo naopak. Hypoxie se ještě navíc násobila tím, že jsme dělali operaci v hluboké hypotermii, při zástavě oběhu. Dokonce jsme se setkali s fyziology, kteří nám nechtěli věřit, že lze zastavit oběh na hodinu a ten člověk nejen přežije, ale nemá vůbec následky... Bohužel to zatím nikdo nestudoval, i když by to stálo za to; zatím máme jen empirická fakta.

Výsledky své práce jste předávali i méně rozvinutým zemím, dařilo se?
Abych byl upřímný, zrovna moc ne. Dvakrát jsme byli na Kubě, tam dokonce zaváděli program pro novorozence a kojence v nemocnici, kterou založil Fidel Castro a pořídil vybavení, o jakém se nám tu ani nezdálo – měli jsme tam daleko lepší podmínky než u nás, spíš jako v Londýně. Navíc jsme jim u nás proškolili kardiology, kardiochirurgy, perfuzionisty, sestry... Vydrželo to asi deset let a teď už tam zase není nic, všichni utekli do USA nebo Venezuely. Mimochodem, v roce 1984 jsme se na Kubě setkali i s veteináři od Kolína, kteří zaváděli chov vysoce efektivních dojnic. Přijeli za rok a krávy nikde, Kubánci je všechny snědli.

A co Sovětský svaz – náš vzor?
Měli jsme poměrně čilé styky s institutem Bakuleva v Moskvě, kam nás zvali na přednáškové cykly. Už tenkrát byli poměrně dost překvapeni našimi výsledky, Mustardovými operacemi transpozic a dalšími. To byla senzace, když jsme to tam přednášeli. Soudruzi nepřiznali, že jsme lepší než oni, ale zjevně nás obdivovali. Já to pak sice do zprávy nemohl napsat naplno, ale vždycky jsem si aspoň trochu rýpnul, že jsme jim ukázali, co u nás umíme a rutinně děláme.

I ve svobodnějších časech jste pomáhal zavádět nové metody v postsovětských zemích, například v Kyrgyzstánu. Jak moc exotická zkušenost to byla?
Především jsem měl problém sehnat spolupracovníky, protože vypukla válka v Afghánistánu a Američani si udělali v Biškeku letiště. Takže panovala obava, že se město stane terčem útoků. Odepřeli mi Holanďané, Dánové, Němci, dokonce i jeden Gruzínec, který emigroval do Berlína: „Vůbec si neodvažuj tam něco zkoušet, operovat, spláčeš nad výdělkem, já bych si na to netroufal,“ úplně mě zrazoval. Už to ale bylo domluvené a já nakonec sehnal mladé lidi ze svého pracoviště a z IKEM.
Měli jsme tam tenkrát ohromný úspěch. Chtěli, abychom jim přednášky poslali předem, oni si je přeložili, vytiskli ve svém odborném časopise a nastudovali. My si s sebou vzali materiál, pomohli nám i sponzoři, vezli jsme oxygenátory, šicí materiál, půjčili jsme si i monitor na pooperační jednotku. Všechno krom monitoru jsme jim pak nechali. Bylo to fajn a byli ohromně vděční, zvali nás, ať přijedeme zase a také do Taškentu, do Almaty... Moc by nás prý potřebovali, vědí, že se to dělá ve světě, mají časopisy, ale osobní přístup je neocenitelný. Tam tedy naše snaha alespoň padla na úrodnou půdu, ale pak ztroskotali na tom, že nedostali peníze na nákup vybavení. Na ministerstvu ovládla zdroj peněz nějaká klika, která jim nepřála a věnovala prostředky na jiné metody.

Co považujete za svůj největší profesní úspěch?
To, že jsem se mohl věnovat dětské kardiochirurgii, je pro mne pořád obraz takového velkého úspěchu a satisfakce. Je potřeba hodně práce a tvrdé, smysl pro týmovou spolupráci, není to *one man show*. Každý musí přispět svým dílem, a i když je jeden vede, všichni ostatní přidávají to nejlepší ze sebe.
Práce, kterou jsem dělal, přinášela okamžité výsledky, což člověka uspokojí a těší. Darovat někomu život, dítěti, které jej ztrácí, má těžké problémy... to je fantastický pocit. A setkávat se s bývalými pacienty, kteří žijí s dobrou kvalitou života, zařídili si život po svém, mají děti, jsou spokojeni a jsou si vědomi, co mají, váží si toho... to je největší cena, jaké se mi mohlo dostat. Je to nejen výsledek okamžitý, ale i dlouhodobý, což prodlužuje euforii. Vidět ten smysl je obrovská prevence vyhoření.

prof. MUDr. Bohumil Hučín, DrSc.
*** 30. března 1934 ve Velkých Popovicích**

Na Fakultě všeobecného lékařství UK v Praze promoval v roce 1958. Chirurgickou erudici získal na chirurgickém oddělení nemocnice ve Vlašimi, kde působil v letech 1958–1963. V letech 1963–1976 pracoval na Klinice dětské chirurgie FDL UK v Praze u profesorů Václava Kafky a Václava Tošovského, postupně jako aspirant, vědecký pracovník, odborný asistent a vedoucí kardiochirurgického oddělení. Od roku 1977 až do roku 2004 byl primářem kardiochirurgického oddělení Dětského kardiocentra ve FN Motol, jehož byl spoluzakladatelem, v současné době zde působí jako konzultant.
Kandidaturu věd obhájil v roce 1967, doktorát věd v roce 1987, jako docent se habilitoval v roce 1984 a profesorem byl jmenován v roce 1990. Publikoval přes 180 vědeckých prací, většina z nich je věnována kardiochirurgii novorozenců a kojenců. Jeho stěžejní monografie „Dětská kardiochirurgie“ (Grada) loni vyšla ve druhém, doplněném vydání. Je řádným členem řady mezinárodních společností (mj. International Society of Cardiovascular Surgery, European Association of Cardiothoracic Surgery). V roce 1984 získal Státní cenu ČSSR, v roce 2010 Purkyňovu cenu ČLS JEP.
Je ženatý, má čtyři děti a osm vnoučat.

Vincenz Priessnitz – génius, nebo šarlatán?

Dnešní člověk si osobu Vincenze Priessnitze spojí především se studeným zábalem užívaným při bolesti v krku. Životopis nositele toho jména však skrývá strhující příběh muže, jenž se z těžce raněného chudého chalupníka vypracoval v přední postavu dobového lázeňství a který – ačkoli se do konce života nenaučil pořádně psát – vyučil ve svém oboru stovky lékařů z celé Evropy.

Vodní doktor, lékařský Kolumbus či apoštol studené vody, jak Priessnitze označovali nadšení pacienti, se narodil 4. října 1799. Bylo to v osadě Gräfenberk nedaleko města Frývaldova, dnešního Jeseníku, v rodině, jež si obživu obstarávala celoroční prací na poli. Už ve 12 letech byl hoch nucen převzít zodpovědnost za rodinné hospodářství, když jeho starší bratr, právoplatný dědic, zemřel a krátce poté oslepl otec. Na obou těchto rodinných pohromách měly podíl neúspěšné zásahy místních ranhojičů a kořenářek.

Když bylo Vincenzovi 16 let, sám utrpěl těžký úraz. Při cestě na pole se mu splašil kůň a srazil chlapce na zem, kde mu kolo těžkého povozu přejelo přes hrudník. Přivolaný lékař označil zranění za nevyléčitelná a prorokoval, že i kdyby mladík přežil, nadosmrti zůstane mrzákem.

Samoléčba pologramotného chlapce

Vincenz Priessnitz chodil do školy jen krátce, nenaučil se pořádně ani psát. Dodnes se proto jeho životopisci přou, kde se v něm vzala léčitelská schopnost, kterou poprvé využil právě k vlastnímu uzdravení. Legenda praví, že jako bystrý pozorovatel přírodních procesů postřehl, že srny si svá zranění hojí namáčením do chladné vody ve studánce.

„Myšlenka mi přišla sama od sebe," vyprávěl o tom Priessnitz, „již jako chlapec jsem shledal, jak voda v přírodě zasahuje… a že ve vodě musí být skryty oživující a posilující síly, když jsem se po napití čerstvé vody cítil tak dobře a pozoroval, že povadlé rostliny i zvířata ožijí, dostanou-li čerstvou vodu. Když jsem později při mnoha příležitostech viděl, že zraněná zvířata vyhledávají vodu a v ní se koupou, napadlo mě, že totéž může dělat dobře lidem."

Pragmatici se však kloní k názoru, že spíše využil léčebných zkušeností nahromaděných generacemi předků, pro něž byla draze placená návštěva doktora vždy až poslední možností.

Těžce zraněný Priessnitz nařídil matce, aby jej omývala studenou vodou a dávala mu studené obklady. Zlámaná žebra si sám rovnal o opěradlo židle. Trpělivou péčí po čase dosáhl toho, co se z hlediska tehdejší medicíny zdálo být nemožné – plně se uzdravil.

Zázračný léčitel i organizátor

Zpráva o zázračném zotavení mladého chalupníka se rychle rozšířila po kraji. Proslulým léčitelem se ovšem nestal hned. Jeho prvními pacienty byla kolem roku 1918 hospodářská zvířata, která vodili k uzdravení sousedé. Když uspěl a poté pomohl i choré služce ze sousedství, začali se na něj obracet nemocní lidé z okolních vesnic. Zprvu přicházeli se zlomeninami, vykloubenými končetinami či revmatickými bolestmi. Priessnitzovou léčebnou metodou bylo v počátcích jen omývání ran a bolestivých míst houbou namočenou ve studené pramenité vodě. Ordinoval venku, pacienty ošetřoval v neckách na dvoře otcovského domu. Léčebná metoda, nazvaná později vodoléčba (hydropatie), byla velmi prostá, pacientům však ulevovala a oni šířili věhlas mladého léčitele dál.

Priessnitzovi bylo teprve 23 let, když v dřevěně otcově chalupě již nebyl schopen uspokojit rostoucí počet zájemců o léčbu. Roku 1822 tedy – jako první v celém Gräfenberku – přestavěl rodný dům na zděnou budovu s patrem. V přízemí, kde vyvedl i domácí pramen, umístil necky pro pacienty. Vznikl tak, byť dosud neoficiálně, první vodoléčebný ústav na světě. I toto nové zařízení však záhy přestalo kapacitně dostačovat. Vincenz Priessnitz, který byl obdařen také vynikající organizační schopností a podnikavostí, však přesvědčil sousedy, aby i oni zvětšili své chalupy a nově vzniklé místnosti dali k dispozici zájemcům o vodoléčbu. Přístavby sám financoval z darů vděčných pacientů a umožnil majitelům domů, aby tento „stavební úvěr" spláceli až z budoucích výnosů. Pro sousedy – existenčně dosud závislé na každodenní dřině na poli – tak vytvořil nový a pohodlnější způsob obživy, který s radostí přijímali.

Rodí se prosperující lázně

Jaký rozdíl to byl oproti počátečním létům jeho léčitelské dráhy, kdy Priessnitz pouze příležitostně cestoval za svými nemocnými. Počet pacientů, kteří žádali o přijetí k pobytu a léčbě na Gräfenberku, setrvale rostl. A po roce 1926, kdy byl Priessnitz pozván do Vídně osobním lékařem císařova bratra, arcivévody Antonína, si cestu do gräfenberských lázní našli cestu i urození a movití pacienti.

Z neznámé osady se během dvaceti let staly prosperující lázně. Zájem byl tak veliký, že už v roce 1826 Priessnitz musel v Gräfenberku zbudovat další lázeňský dům, který čítal dvanáct obytných světnic. Další dva léčebné domy vyrostly v letech 1834–1835 a o tři roky později byl slavnostně otevřen tzv. Hrad, dosud největší lázeňský objekt s celkem třiceti pokoji.

Seznamy pacientů, jež si Priessnitz vedl od roku 1829, ukazují, jak rostla návštěvnost lázní. Jestliže v roce 1830 léčil 54 osob, již v roce 1837 dosáhl počet nemocných 500. Lázeňské sezóny 1838 a 1839 zde byly považovány za společensky nejskvělejší – roku 1838 dorazilo 1700 pacientů, mezi nimi například princ Nasavský, 4 knížata (Esterházy, Schwarzenberg, Lichtenstein a Montléart), 25 hrabat z Rakouska, Polska, Francie a Itálie, četní vévodové a generálové.

Lázeňské prostředí Gräfenberku si v této době mezi společenskou smetánkou získalo takovou prestiž, že do oblasti zajížděli i relativně zdraví lidé, kteří se léčebným postupům podrobovali preventivně, s cílem zocelit své tělo – ti se však shromažďovali spíše v sousedním Frývaldově, kde vládl poněkud uvolněnější režim.

Častými hosty Priessnitzových lázní byli také lékaři. Jen v roce 1839 se k pologramotnému léčiteli přijelo poučit o vodoléčbě celkem 120 lékařů ze všech končin Evropy, mnozí na náklady svých měst. A přestože většina přijížděla s předsudky vůči metodě bez prokazatelného odborného základu, řada z nich se posléze stala přesvědčenými přívrženci hydropatie, či dokonce otevřela vlastní vodoléčebné ústavy doma i v zahraničí.

Režim tělesné nepohody

Metody, jimiž Priessnitz u svých pacientů dosahoval úspěchu, byly prosté, avšak velmi drsné. Jeho hlavní zásadou bylo „následovat přírodu, nic nevynucovat". Rozeznával tři způsoby léčby – alopatický, homeopatický a svůj hydropatický. Oba ostatní přístupy odmítal, protože při jejich aplikaci byla do těla nemocného ve větší či menší míře vpravována cizorodá látka, která podle Priessnitze neodstraňovala příčinu nemoci, pouze potlačovala vnější příznaky a tím *de facto* ztěžovala uzdravení pacienta. Účelem vodoléčby naopak bylo tvrdým režimem posílit tělo nemocného natolik, aby se samo dokázalo zbavit nežádoucích látek a chorob. Léčba v Gräfenberku proto byla dlouhodobá, trvala měsíce, či dokonce roky.

Přestože Priessnitz přistupoval k jednotlivým pacientům individuálně a každému připravoval léčebnou kúru na míru dle povahy jeho choroby a osobních tělesných dispozic, základní pravidla pobytu v Gräfenberku byla společná pro všechny: Spát v chladném prostředí při otevřeném okně. Ráno brzy vstávat a chodit časně spát. Po probuzení vstát, vykoupat se, otřít nebo umýt a vypít několik sklenic vody. Po osušení absolvovat vzdušnou lázeň spojenou s intenzivním pohybem či prací k zahřátí končetin. Snídat a večeřet studené pokrmy. V příbytku se neoblékat teple, chodit bez punčoch. Hodně pobývat v pohybu na čerstvém vzduchu. Nejíst teplé polévky. Požívat prostá jídla, sladkosti vynechat či omezit na minimum. Při zkaženém žaludku pít hodně vody, břicho ošetřit zábalem a setrvat v chladném prostředí v mírném pohybu. Vyhýbat se „rozpalujícím" nápojům, místo nich pít vodu.

Voda byla středobodem jeho léčby. „Jen s pevnou důvěrou v zázračnou sílu tohoto neocenitelného pramene života a při dietním dodržování jednoduché životosprávy je možno očekávat příznivé výsledky, a proto věříme, že každý nemocný upustí od požívání kávy, vína, piva a jiných alkoholických nápojů," uvádí lázeňský řád z té doby.

Spořádaní aristokraté

Z přísných pravidel Priessnitz neslevil ani prominentním hostům. Kdo odmítl režim spojený s velkým tělesným nepohodlím akceptovat, nebyl přijat do péče. Mnoho urozených hostí se také muselo spokojit s malou nepohodlnou světnicí, protože ubytovacích prostor se neustále nedostávalo.

Změna denního režimu oproti navyklým způsobům byla u aristokratů a osob ve vysokém společenském postavení zvlášť zřetelná. „Bez sevření v tuhých límcích a obřadném obleku se zde procházeli prostovlasí, v lehkém oblečení, často i bosí v nádherné přírodě, pili křišťálovou vodu z pramene, jedli venkovský chléb s mlékem, otužovali tělo studenými koupelemi, řezáním dřeva, v zimě odklízením sněhu, vedli spořádaný život s pravidelným spánkem," popisuje Priessnitzův životopisec Miloš Kočka.

Velký důraz byl v léčebném procesu kladen na pravidelné dlouhé procházky po stezkách, které jako krajka brzy obklopovaly gräfenberské lázně. Mluvit o starostech a obavách se zakazovalo, nedoporučovalo se ani čtení či psaní.

Hlavní součást léčby představovaly nejrůznější koupele, jimž lázeňští pacienti věnovali převážnou část dne. Byly to jak koupele celého těla, tak polokoupele či koupele jednotlivých tělesných částí – hlavy, očí, nohou, rukou, hrudníku atd. Výběr, teplotu, délku trvání koupelí a ostatní proměnlivé faktory stanovoval Priessnitz na základě úvodního pohovoru s pacientem a podle výsledku jakéhosi „fyziologického testu", který provedl druhý den pobytu pacienta v lázních. Pacient byl během tohoto

testu podrobován koupelím střídavě v odražené a studené vodě. Způsob léčby odvisel od reakce jeho pokožky na tuto kúru.

Koupele se v rámci léčebného programu střídaly s fyzickou námahou či s potními zábaly – opět se jednalo o zábaly celkové i o dílčí obklady hlavy, břicha, končetin či jiných částí těla. Při vysokém počtu pacientů již Priessnitz nemohl nad všemi procedurami převzít osobní péči, a tak při koupelích a zábalech asistoval vyškolený personál.

Postřehy lázeňských hostů

Priessnitzovy léčebné metody vznikaly postupně. „Čím větší byl shon nemocných, tím častěji dostávalo se mně příležitosti k pozorování nových objevů a k získání užitečných zkušeností," uvádí Priessnitz. „Maně napadlo mně užíti vlhkého tepla co léčivého činitele, i podrobil jsem valný počet nemocných hojnému pocení. Jelikož však někteří z nich nadmíru tím zeslábli, hleděl jsem pokřísiti je čerstvou vodou, což opět přivedlo mne na myšlenku ochlazujících lázní atd. A takto to přicházelo jedno po druhém."

Dopisy psané lázeňskými hosty dosvědčují, že přizpůsobit se přísnému režimu byl pro mnohé pacienty tvrdý oříšek. „Žiji po dva měsíce v hrozném stavu, každý den dvakráte po tři hodiny se potě a vskakuje do studené vody, pod kaskádou v lese se svlékaje a na leb chytaje proudy živého ledu," psal svým blízkým roku 1836 polský básník Zygmunt Krasiński. Táž korespondence však svědčí o velké důvěře, kterou pacienti do léčitele vkládali. „Stal se ze mne velký piják: denně 18 i 20 žejdlíkových sklenic vody vypiji. Proč tu vodu piji? Jen proto, že mi Priessnitz pravil, že mi svědčiti bude, a ona mi vskutku svědčí," svěřuje se v dopisu český básník Josef Krasoslav Chmelenský.

Nemoci a neduhy

Choroby, kvůli nimž se nemocní na Priessnitze obraceli, byly velmi různé povahy. Podle dochovaných dokumentů v období let 1829 až 1839 převládalo onemocnění nazývané *unterleibkrankheit*. Pod tímto označením se skrývaly všechny obtíže projevující se v oblasti břicha a podbřišku. Mezi další časté diagnózy patřily dna, merkuriální nemoc (z nadměrného užívání rtuti) a také pohlavní nemoci. „V pramenech se vyskytuje tvrzení, že pomocí vodoléčby Priessnitz dokázal léčit kapavku i syfilis. Je ovšem sporné, zda byl ve své době vůbec schopen rozpoznat rozdílné příznaky těchto chorob," uvádí další z Priessnitzových životopisců Vladan Hanulík. Na seznamu léčených chorob najdeme také nervózu, hypochondrii, onanii a další položky.

Mezi diagnózy úspěšně v Gräfenberku vyléčené patřily zejména neurózy a některé hlubší duševní poruchy, avšak také funkční onemocnění vnitřních orgánů. „Těžko mohl Vincenz Priessnitz vyléčit progresívní paralýzu, kterou ochotně do léčení přijímal, nedovedla ji ovšem vyléčit ani tehdejší oficiální medicína," uvádí pozdější ředitel lázní MUDr. Jaromír Rubeš. Upozorňuje, že pro některé pacienty, například pro ty s pokročilejší nedostatečností věnčitých tepen, mohla být gräfenberská kúra naopak smrtelná, ač dochované zprávy hovoří o obdivuhodně malém počtu obětí této drastické léčby.

Úředně zabavená houba

Priessnitzovo působení bylo pro chudý podhorský kraj skutečným požehnáním. Vznikly nové pracovní příležitosti, rozšířil se turismus, celá oblast se během krátké doby povznesla. Většina obyvatel proto Priessnitzovi blahořečila. Výjimkou byli okolní lékaři, které svým působením připravoval o chleba. Právě frývaldovští lékaři Dittrich a Günter podali stížnost, že tento laik si troufá léčit, činí tak zadarmo a bere jim obživu. Díky Priessnitzově námitce, že lidi neléčí, pouze koupe, mu byl úředně povolen provoz lázeňského zařízení, avšak jen se dvěma vanami a pod dohledem frývaldovských lékařů.

Provoz v Gräfenberku však pokračoval beze změny dál a lékaři stále nebyli spokojení. Spojili se proto s Antonínem Schnorfeilem, lékařem, jenž v kraji vykonával zdravotní policii, a nechali úředně zabavit houbu, kterou Priessnitz používal k omývání pacientů – prý je očarovaná. Léčitel se opět přizpůsobil a začal pacienty omývat dlaněmi. Roku 1829 byl Priessnitz krajským soudem v Opavě odsouzen pro neoprávněné léčení ke čtyřem dnům žaláře. Ani to jej však nezastavilo.

Další stížnost lékařů následovala v roce 1833. Po čerstvě zažehnané epidemii cholery, při níž v okolí zemřelo 154 pacientů lékařů Dittricha a Günthera, avšak ani jeden z 21 Priessnitzových nemocných, se léčitel nechtěl už jen hájit a začal aktivně bojovat za uznání svých objevů. „Dokud z Gräfenberku odcházejí uzdravení lidé, které lékaři prohlásili za nevyléčitelně nemocné, nemá se vodoléčba čeho obávat," konstatoval. Spor rozhodl až roku 1837 verdikt císařské komise, jež přímo v lázních 8 dní zkoumala Priessnitzovy metody, vodoléčbu označila za „nový pozoruhodný jev v oblasti zdravotnictví" a dopomohla k její legalizaci.

Tříkilometrový pohřeb

Otázkou, zda Vincenz Priessnitz byl génius, či šarlatán, se množí lékaři zabývají dodnes. Některé znaky šarlatánství jistě splňoval – například přijímal pacienty s téměř všemi chorobami, které pak léčil víceméně stejnou metodou. V jiných bodech se však od typických šarlatánů odlišoval, zejména tím, že ač nedovedl stanovit vědecky přesnou diagnózu, snažil se alespoň předem zjistit fyziologickou reakci pacientova organismu a univerzální vodoléčbu jí přizpůsobit.

O tom, že jeho terapie postrádající vědecký základ fungovala, však nemůže být pochyb. Dokládají to pomníky, které svému Priessnitzovi nechali budovat vděční pacienti i četné archiválie. Málokomu z těch, kdo léčí nemocné, se už za života dostane tolik vděčnosti. Když Vincenz Priessnitz v listopadu 1851 zemřel, pohřební průvod zcela zaplnil tříkilometrovou cestu z frývaldovského hřbitova až do světoznámých lázní Gräfenberk.

Martina Řehořová

Dnešní tvář Priessnitzových léčebných lázní

Inzerce A131005438

Primář středočeské záchranky **obdržel Hippokratovu cenu**

Primář a výjezdový lékař příbramské záchranky MUDr. Čestmír Kalík obdržel 30. dubna od Unie pacientů ČR ocenění za čin lidskosti.

Hippokratova cena je vyhlašována každý rok v rámci ankety „Lékař roku“, o konečném výběru pak rozhoduje komise sestavená z odborníků pod hlavičkou Unie pacientů ČR. Anketa „Lékař roku“ je koncipována tak, aby zvýšila prestiž lékařského povolání a zároveň dala pacientům i odborné veřejnosti možnost ocenit odborné i lidské kvality lékařů.

MUDr. Čestmír Kalík, dříve ředitel a nyní primář a výjezdový lékař příbramské záchranky, obdržel toto ocenění také za významný přínos v organizaci a budování systému zdravotnické záchranné služby na Příbramsku.

Spolutvůrce vzorových systémů

Jako ředitel a vedoucí lékař okresního střediska záchranky vytvořil se svými spolupracovníky již v roce 1993 fungující systém výjezdových skupin a operačního střediska, který později sloužil jako model i některým dalším záchranným službám. Zejména v době slučování okresních záchranných služeb pod Středočeský kraj byl právě systém záchranky na Příbramsku jedním z nejlépe fungujících.

Doktor Kalík byl jedním průkopníků systému *rendez-vous* a na rozvoji záchranné služby se podílel i po odborné stránce organizací konferencí a seminářů. Stále se aktivně věnuje vzdělávání a zvyšování odbornosti zdravotníků a operátorek zdravotnického operačního střediska. Především však zůstává lékařem pracujícím v terénu, který za dlouhé roky své praxe přivezl pomoc a ošetření obrovskému množství pacientů. Mnoho z nich mu vděčí nejen za své zdraví, ale i za život. **(red)**

MUDr. Čestmír Kalík (vpravo) přijímá gratulace za ocenění. | Foto: ZZS SČK

Křest knihy „Speciální problémy u chronického srdečního selhání“

Ve dnech 4.–7. května se na brněnském veletržním výstavišti konal XXI. výroční sjezd České kardiologické společnosti. V jeho průběhu také byla slavnostně představena nová publikace (nejen) pro kardiology z produkce vydavatelství Mladá fronta.

Mladá fronta a. s., která je i největším vydavatelstvím zdravotnické literatury v České republice, se celostátního kardiologického sjezdu zúčastnila s vlastním stánkem s výběrem z produkce své divize Medical Services. V průběhu sjezdu rovněž proběhl křest nové monografie určené nejen kardiologům, nazvané „Speciální problémy u chronického srdečního selhání“, jejímž hlavním autorem je doc. MUDr. Filip Málek, Ph.D., MBA.

Publikace poskytuje stručný přehled nejčastějších komorbidit provázejících především chronické srdeční selhání, poukazuje na možnosti včasné diagnostiky a speciální přístupy, které vyžaduje jejich léčba a rovněž také související terapie dyslipidemií a diabetu. Šíře a problematika těchto stavů přesahuje hranice kardiologie a akcentuje potřebu základních znalostí nejen dalších oborů vnitřního lékařství, ale také například neurologie a psychiatrie. **(red)**

Zleva kmotr nové knihy doc. Ivan Málek, její spoluautor doc. Michal Vrablík, hlavní autor doc. Filip Málek a šéfredaktorka medicínské knižní edice Mladé fronty Šárka Mašková. | Foto: Michaela Hrdinová

Nemocnice v Tanvaldu **získala akreditaci SAK**

Městská nemocnice v Tanvaldu na konci dubna uspěla v hodnocení kvality a bezpečnosti. Nemocnice splnila všechny požadavky akreditačních standardů a získala certifikát udělený Spojenou akreditační komisí.

„Akreditační šetření je náročný proces, jsme proto rádi, že se nám povedlo splnit všechny požadavky a standardy nutné pro získání certifikátu. Věříme, že tato akreditace ukáže současným i budoucím pacientům, že jsou u nás v dobrých rukou a bude jim poskytnuta 100% péče na vysoké úrovni,“ uvedla Dagmar Dvořáková, ředitelka komunikace společnosti Mediterra, provozovatele tanvaldské nemocnice.

Přehlednější proces

Všechna akreditovaná zařízení se řídí stejnými pravidly, mezi něž patří zavedení standardizovaných procesů (např. podávání léků stejným způsobem), dodržování národní legislativy (vedení dokumentace, ordinace léků a jejich skladování, hygienické požadavky apod.) a zvýšení přehlednosti procesu od přijetí pacienta přes operaci až po ambulantní léčbu. **(red)**

Pozvánka na sympozium o novinkách v oblasti infekce ve zdravotnictví

Společnost Mediterra uspořádá 22. května v Sedlčanech celodenní sympozium zdravotnických pracovníků, které bude věnováno aktuálním tématům z oblasti infekce ve zdravotnictví. Zúčastní se jej odborníci z celé ČR.

Během dopoledního bloku účastníci budou moci diskutovat s odborníky o přínosu změn v legislativě do zdravotnických zařízení, hojení ran, sepsi a efektivní kontrole glykemie, zásadách hygieny rukou, prevenci nozokomiálních nákaz, obávaných patogenech ve zdravotnických zařízeních nebo mezodiencefalické modulaci jako možnosti terapie chronických infikovaných defektů. Na odpoledne budou připravena další témata: pohled klinického farmaceuta na infekce krevního řečiště, infuzní systémy nebo nespecifické laboratorní testy infekčního záběru. Setkání se uskuteční pod záštitou starosty města Sedlčany Ing. Jiřího Buriana a jednatelů společnosti Mediterra, Dipl. Ing. Dr. Jochena Sagadina, MBA, prof. Rolanda Staudingera, MSc., a MUDr. Petera Ivančáka.

Sympozium je zařazeno do celoživotního vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků a bude ohodnoceno kredity České lékařské komory, České asociace sester a Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR.

Místem konání sympozia bude Kulturní dům Josefa Suka v Sedlčanech, Havlíčkova 514. Registrace účastníků bude probíhat od 8 hodin, začátek je plánován na 9. hodinu.

Kontakt pro další informace: e-mail: lucie.prachmanova@amic.cz; tel.: 724 012 618. **(red)**

Pokřtěna nová skripta 1. LF UK

Celkem tři učebnice pro posluchače lékařských fakult, nedávno vydané 1. lékařskou fakultou Univerzity Karlovy, byly 13. května slavnostně uvítány v Akademickém klubu 1. LF UK v Praze.

Křest podstoupila „Chirurgie pro bakaláře“ autorů MUDr. Jiřího Spilky a prof. MUDr. Miroslava Zemana, DrSc., „Ergoterapie“ autorek doc. MUDr. Olgy Švestkové, Ph.D., a Mgr. Kateřiny Svěcené, třetí publikací, kterou „kmotr“ a přednosta 1. chirurgické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze prof. MUDr. Zdeněk Krška, CSc., na uvítanou „do života“ rovněž polil šampaňským, pak byla další skripta pro bakalářské studium, „Fyzioterapie“ od docentky Švestkové a MUDr. Petry Sládkové. **(red)**

Zleva druhý „kmotr“ profesor Michal Miovský, MUDr. Jiří Spilka, zástupce ředitelky VFN MUDr. Jan Bříza, docentka Olga Švestková a profesor Zdeněk Krška. | Foto: Leoš Chodura

Chtěla jsem vyfotit plchy

Výbor dobré vůle – Nadace Olgy Havlové udělil již podevatenácté Cenu Olgy Havlové. Na slavnostním večeru ji v Museu Kampa Nadace Jana a Medy Mládkových 13. května převzala Alena Jančíková.

Alena Jančíková ve svých 18 letech utrpěla úraz páteře a míchy po pádu ze stromu, kam neopatrně lezla, aby vyfotografovala plchy. Následkem zranění ochrnula a je na vozíku.
Handicap jí ale nevzal životní energii a chuť pomáhat druhým. Po maturitě pracovala na Městském úřadu v Bruntálu, poté jako instruktorka a koordinátorka sportovních aktivit, správkyně webu a asistentka evropského projektu v pražském Centru Paraple. Dnes je ředitelkou České asociace paraplegiků.
Cena Olgy Havlové se jednou za rok uděluje osobnosti, která i přes svůj těžký zdravotní handicap pomáhá ostatním. **(eta)**

Alena Jančíková se sochami Olbrama Zoubka. | Foto: archiv VDV

Jsem jako ty…

Putovní výstava uměleckých děl pacientů se schizofrenií probíhá od poloviny května v Praze a poté i v několika dalších městech České republiky.

Putovní výstava je součástí projektu na podporu osvěty a správné léčby schizofrenie. Prostřednictvím uměleckých děl chce veřejnosti představit jejich autory a zprostředkovat jejich svět. Součástí výstavy je i speciální kabina simulující pocity schizofreniků, která bude zpřístupněna veřejnosti po celou dobu konání výstavy. 20.–26. 5. je expozice ke zhlédnutí v Galerii Harfa v Praze, 27. 5. – 2. 6. pak v Metropoli Zličín v Praze. Poté bude výstavu možné navštívit v Pardubicích, Brně, Ostravě a Plzni.
Bližší informace o výstavě i místech a době jejího konání:
www.schizofriends.cz **(red)**

Světový den Červeného kříže

8. květen je Dnem Červeného kříže a Červeného půlměsíce. Český červený kříž (ČČK) se ke světovému dni i letos připojil slavnostním shromážděním.

Uvedené datum není spojeno jen s ukončením druhé světové války, ale týž den v roce 1828 se narodil Henri Dunant, zakladatel hnutí nesoucího symbol červeného kříže v bílém poli.
Slavnostní shromáždění ČČK letos proběhlo 13. května a mimořádně slavnostní ráz mu dodalo i místo konání, Rytířský sál Senátu Parlamentu České republiky. Jak přítomným členům hnutí a četným hostům připomněl předseda senátu Milan Štěch, letos uplynulo 150 let od založení celosvětové humanitární organizace, jejíž součástí je i Český červený kříž, jako jedna ze 188 národních společností Červeného kříže a Červeného půlměsíce.
Při příležitosti letošního Světového dne Červeného kříže bylo zasloužilým členům předáno 38 pamětních listů a děkovných uznání, 15 vyznamenání ČČK „Za dlouholetou práci“, 4 vyznamenání ČČK „Za záchranu života“, 4 Medaile Alice Masarykové a 22 oblastních spolků ČČK bylo oceněno za rozvoj programové činnosti.
Jak dodal prezident naší národní organizace Červeného kříže RNDr. Marek Jukl, Ph.D., v červnu si ČČK připomene 20. výročí svého vzniku, a to jakožto nástupce Československého Červeného kříže, založeného v roce 1919 Alicí Masarykovou, dcerou prvního československého prezidenta. **(jj)**

RNDr. Marek Jukl a ředitel Úřadu Českého červeného kříže RNDr. Josef Konečný. | Foto: Leoš Chodura

Přece pořád jezdí „rychlá“…

Medailí Alice Masarykové, tedy jednou z nejvyšších poct ČČK, byla oceněna mimo jiné práce MUDr. Ivany Bouchnerové z plzeňské organizace Červeného kříže.

MUDr. Bouchnerová, praktická lékařka působící v Plzni-Doubravce, je členkou ČČK již od roku 1970. Od roku 1995 je předsedkyní OVR ČČK Plzeň-město a Rokycany. Pro členy (i nečleny) ČČK také pořádá přednášky na různá medicínská témata. Tyto přednášky jsou určeny především laikům.

Pro laické posluchače o medicíně přednášíte od 70. let. Co je tenkrát nejvíc zajímalo?
Samozřejmě choroby. Tehdy začal být velmi aktuální vysoký krevní tlak, až potom přišla na řadu prevence, civilizační choroby, cholesterol, páteř, bolesti způsobené poškozením kloubů.

O medicíně přednášíte i nyní. Kdo jsou vaši posluchači, jaká volíte témata a kam si vás lidé mohou přijít poslechnout?
Přednáším u nás v Plzni v Totemu, to je dobrovolnická organizace. Posluchači jsou hlavně lidé mladšího důchodového věku, a probírám tudíž zejména problematiku geriatrie a související tématické okruhy. Teď budu mít úvod do péče o seniora v rodině a po mně přijde paní ředitelka domácí péče. Lidé potřebují vědět, co je čeká, stáří dnes trvá dvacet let a je potřeba se na to nějak připravit. Členové Českého červeného kříže zestárli.

Co by se muselo stát, aby ČČK nabíral mladé lidi?
Lidé by se měli více chtít naučit pomoci druhému, ať už kamarádovi, ve škole, doma… Přece pořád se někomu něco děje, pořád jezdí „rychlá“… Lidé neumějí základní úkony při první pomoci.
My například školíme lidi na závodech. Máme na to specialistu, který používá fantomy a umí to moc dobře. Na konci si to musejí všichni frekventanti zkusit, každému se musí rozsvítit světélko nebo zaznít zvoneček na znamení, že zákrok byl proveden správně. To si lidé chválí.

Zájem je o vaše aktivity, nikoli o členství v České červeném kříži?
Ano, to je podstata problému. Nejde tolik o množství jako spíš o kvalitu. Ono nezáleží tolik na tom, kolik členů ČK bude mít, ale jestli to budou lidé, kteří chtějí pro jeho myšlenku a náplň jeho činnosti opravdu něco dělat a s přesvědčením předávat informace, ke kterým se dostanou – starým i mladým. Vždyť prevenci je třeba koneckonců také dělat už od narození.

Co byste vzkázala svým kolegům lékařům?
Bylo by dobré, kdyby se věnovali problematice Červeného kříže, protože se tam mohou zabývat tématem prevence, což je velice důležité. Je to základ vší zdravotní péče a je důležité předávat informace o tom jak žít, aby člověk ve stáří měl co nejméně potíží. Akce ČČK jsou fórem, kde mohou s pacienty promlouvat a vysvětlit jim věci, na které není v ordinaci čas.

Jana Jílková

Foto: Leoš Chodura

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**

Falk Symposium
Inflammatory bowel diseases: microbiota versus the barrier
7.–8. 6. 2013/Stuttgart, Německo
Kontakt: www.drfalkpharma.de

Miniinvazivní metody ve vnitřním lékařství
14. mezioborové sympozium českých regionů pro lékaře a sestry v oborech kardiologie, gastroenterologie, intervenční radiologie, chirurgie a všeobecná interna
7.–9. 6. 2013/Medlov, Žďárské vrchy
Místo konání: Hotel Medlov
Pořadatelé: LF UK Hradec Králové, FN Hradec Králové, Oblastní nemocnice Náchod, a. s.
Kontakt: prim. MUDr. Zdeněk Papík, Ph.D.; e-mail: papik.zdenek@nemocnicenachod.cz; http://lekari.cgs-cls.cz

12. setkání dětských alergologů a klinických imunologů
Ovlivnění vývoje imunity v prenatálním a perinatálním období, astma a rinoviry v praxi, funkční testy v diagnostice alergií, imunoterapie a imunomodulace, astma a obezita, potravinové alergie, kazuistiky…
7.–9. 6. 2013/Telč-Krahulčí
Místo konání: KD Krahulčí
Pořadatelé: Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP, Česká iniciativa pro astma
Kontakt: doc. MUDr. Vít Petrů, CSc.; tel.: 257 272 017; e-mail: vit.petru@homolka.cz; www.csaki.cz

169. doškolovací den v gynekologii a porodnictví
Bazální kolposkopie, UZ vyšetření v gynekologii, děložní myomy a jejich terapie, epiziotomie a ruptura hráze během porodu, vaginální extrakční operace, diferenciální diagnostika pánevních bolestí u žen, epilepsie v gynekologii a porodnictví
8. 6. 2013/Praha
Místo konání: hotel DAP
Pořadatel: Levret, s. r. o.
Kontakt: www.levret.cz

Játra a metabolický syndrom – kurz
8. 6. 2013/Praha
Místo konání: Klub ČLK
Pořadatel: Česká lékařská komora
Kontakt: www.lkcr.cz

Novinky ve vnitřním lékařství
8. 6. 2013/Praha
Pořadatel: Česká lékařská komora
Kontakt: www.lkcr.cz

European human genetics conference 2013
8.–11. 6. 2013/Paříž, Francie
Místo konání: Palais des congrès
Pořadatel: European Society of Human Genetics (ESHG)
Kontakt: www.eshg.org/eshg2013

72. seminář psychoanalytického myšlení
10. 6. 2013/Praha
Místo konání: Středisko psychoterapeutických služeb, Břehová 3
Pořadatel: Česká společnost pro psychoanalytickou psychoterapii
Kontakt: MUDr. Dana Holubová; e-mail: info@cspap.cz; www.cspap.cz

2nd conference on gastroenterology & urology
10.–12. 6. 2013/Chicago, USA
Kontakt: www.omicsgroup.com/conferences/gastroenterology-urology-2013

28. Teisingerův den průmyslové toxikologie
Nové poznatky
11. 6. 2013/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Společnost pracovního lékařství ČLS JEP, Státní zdravotní ústav
Kontakt: www.pracovni-lekarstvi.cz/akce

Balintovská skupina intenzivní
11. 6. 2013/Praha
Místo konání: Středisko psychoterapeutických služeb, Břehová 3
Pořadatel: balintovská sekce České psychoterapeutické společnosti ČLS JEP
Kontakt: PhDr. Olga Bejstová; tel.: 222 324 027; e-mail: sps.brehova@tiscali.cz; www.cls.cz

Výživa v paliativní péči
Kurz: syndrom nádorové anorexie a kachexie, jak efektivně nalézt nutričně rizikového pacienta, možnosti domácí parenterální a enterální výživy, formy žilních vstupů pro zajištění PV, perkutánní gastrostomie, symptomy omezující příjem stravy a jejich ovlivnění, nutriční aspekty kancerogeneze, klinická farmakoterapie…
11. 6. 2013/Praha
Pořadatel: IPVZ
Kontakt: www.paliativnimedicina.cz

FESS kurz
Od infundibulotomie k hypofyzektomii
11.–12. 6. 2013/Olomouc
Místo konání: ORL klinika LF UP a FN Olomouc
Pořadatelé: ORL klinika LF UP a FN Olomouc, rinologická sekce České společnosti otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP
Kontakt: Bc. Alena Vyroubalová; e-mail: alena.vyroubalova@fnol.cz; www.fnol.cz

Šobrův den
27. konference o hyperlipoproteinemiích
12. 6. 2013/Praha
Místo konání: Emauzy – Benediktinské opatství Panny Marie a sv. Jeronýma
Pořadatelé: Centrum preventivní kardiologie 3. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze, Česká společnost pro aterosklerózu
Kontakt: www.athero.cz

Interpretace nejednoznačných patologických nálezů
12. 6. 2013/Praha
Místo konání: FN Motol
Pořadatel: 2. LF UK, FN Motol
Kontakt: www.lkcr.cz

15. onkogenetický den
12. 6. 2013/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Společnost lékařské genetiky ČLS JEP
Kontakt: MUDr. Anna Křepelová, CSc.; tel.: 224 433 576; e-mail: anna.krepelova@fnmotol.cz; www.slg.cz

Seminář psychiatrické a neurologické kliniky
Využití moderních neurostimulačních metod v léčbě psychických poruch (repetitivní transkraniální magnetická stimulace a tDCS, stimulace *n. vagus*)
12. 6. 2013/Praha
Místo konání: Neurologická klinika 1. LF UK a VFN
Pořadatelé: Neurologická klinika 1. LF UK a VFN, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN v Praze
Kontakt: www.neuro.lf1.cuni.cz

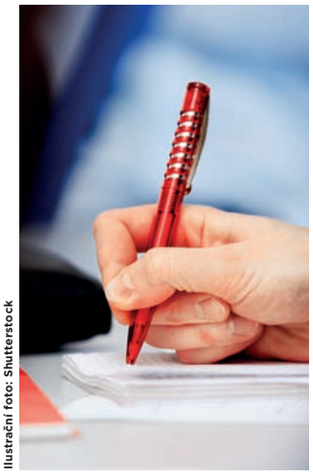
Regionální seminář dermatovenerologů
12. 6. 2013/Hradec Králové
Pořadatel: Klinika nemocí kožních a pohlavních LF UK a FN Hradec Králové
Kontakt: doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.; e-mail: ettler@fnhk.cz; www.lfhk.cuni.cz/dermat

7. CSIM kongres
Moderní JIP, rehabilitace v intenzivní péči, orgánová protekce na JIP v reálné praxi, transplantační medicína a intenzivní péče, perioperační medicína, sedace a neuromuskulární blokáda, péče o ventilovaného pacienta, náhrady a podpory funkce životně důležitých orgánů, sepse a nová doporučení, tekutiny – jak interpretovat nová data…
12.–14. 6. 2013/Praha
Místo konání: Hotel Clarion
Pořadatel: Česká společnost intenzivní medicíny ČLS JEP (CSIM)
Kontakt: www.csimkongres.cz

20. výročná konferencia SUS SLS
Uroonkológia, nefrolitiáza, ochorenia prostaty, zápalové ochorenia urogenitálneho systému, urogynekológia, transplantácia obličiek, andrológia
12.–14. 6. 2013/Trnava
Místo konání: Hotel Holiday Inn
Pořadatelé: Slovenská urologická spoločnosť SLS, Slovenská spoločnosť sestier a pôrodných asistentiek, sekcia sestier pracujúcich v urológii pri SLS
Kontakt: www.sus.sk

18. kongres slovenských a českých pneumológov
12.–14. 6. 2013/Horný Smokovec, Vysoké Tatry
Místo konání: Grand Hotel Bellevue
Pořadatelé: Slovenská pneumologická a ftizeologická spoločnosť SLS, Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.pneumologie.cz/akce/2013/

EULAR congress
12.–15. 6. 2013/Madrid, Španělsko
Pořadatel: The European League Against Rheumatism (EULAR)
Kontakt: www.eular.org


Ilustrační foto: Shutterstock

15. konference biologické psychiatrie
Změny paradigmat biologické psychiatrie
12.–15. 6. 2013/Luhačovice
Místo konání: městský dům kultury Elektra
Pořadatelé: Společnost pro biologickou psychiatrii, sekce biologické psychiatrie Psychiatrické společnosti ČLS JEP, Kuffnerův nadační fond
Kontakt: JUDr. Marie Semelová; tel.: 577 132 448, 604 281 825; e-mail: m.semelova@seznam.cz; lmc@luhacovice.cz; www.kongres-luhacovice.cz

Pokroky v léčbě PMO, prevence dalších zlomenin
Sekundární prevence osteoporotických zlomenin, kalciumfosfátový metabolismus, aktuální léčba osteoporotických zlomenin a její vliv na kortikální kost
13. 6. 2013/Praha
Místo konání: hotel Holiday Inn
Pořadatel: Společnost pro metabolická onemocnění skeletu ČLS JEP
Kontakt: www.cls.cz

3. motolský den pediatrické radiologie
Pediatrická radiologie v praxi, skiagrafie, skiaskopie, UZ, CT a MRI současnosti, realita X vize
13. 6. 2013/Praha
Místo konání: FN Motol
Pořadatel: Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN Motol
Kontakt: www.crs.cz

1st world congress on controversies in gastroenterology
13.–15. 6. 2013/Berlín, Německo
Kontakt: www.comtecmed.com/cigi/2013

4th international conference on clinical neonatology
13.–15. 6. 2013/Turín, Itálie
Kontakt: www.tncneoconf.com

17. slovensko-český kongres o infekčných chorobách
Infekcie v krajných vekových skupinách, vírusové hepatitídy, HIV infekcie, zoonózy
13.–15. 6. 2013/Poprad, Slovensko
Místo konání: Hotel Aquacity
Pořadatelé: Slovenská spoločnosť infektológov SLS, Spoločnost infekčního lékařství ČLS JEP, Klinika infektológie a cestovnej medicíny Lekárskej fakulty UPJŠ a Univerzitnej nemocnice L. Pasteura Košice, infekčné oddelenie Detskej fakultnej nemocnice Košice
Kontakt: www.infektologia2013.sk

18th congress of the European Hematology Association
13.–16. 6. 2013/Stockholm, Švédsko
Místo konání: Stockholmsmässan
Pořadatel: European Hematology Association (EHA)
Kontakt: http://ehaweb.org

Chirurgie včera a dnes, vývojové trendy
Přehledné shrnutí problematiky pro praktické lékaře
14. 6. 2013/Praha
Místo konání:
Nemocnice Na Bulovce
Pořadatel: Nemocnice Na Bulovce
Kontakt: www.lkcr.cz

Praktická dětská obezitologie II
Metodika ambulantní práce, kazuistiky
14.–15. 6. 2013/Poděbrady
Pořadatel: Lázně Poděbrady, a. s., Léčebna dr. L. Filipa, za podpory ČLK a odborných lékařských společností
Kontakt: www.detska-lecebna.cz

13. setkání mladých oftalmologů
14.–16. 6. 2013/Seč
Místo konání: hotel Jezerka
Pořadatel: Česká oftalmologická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.oftalmologie.com

16. „retro“ setkání Klubu mladých onkologů
Diagnostika a terapie nádorů ledvin a prostaty
14.–16. 6. 2013/Medlov, Žďárské vrchy
Místo konání: Hotel Medlov
Kontakt: www.linkos.cz; http://kmo.koc.cz/

Hypertension 2013
23rd European meeting on hypertension and cardiovascular protection
14.–17. 6. 2013/Milán, Itálie
Pořadatel: European Society of Hypertension (ESH)
Kontakt: www.esh2013.org

Traumatologie – poranění hrudníku
Kurz
15. 6. 2013/Praha
Místo konání: klub ČLK
Pořadatel: Česká lékařská komora
Kontakt: www.lkcr.cz

Leukaemia and lymphoma
International conference on malignant lymphoma
15.–17. 6. 2013/Ascona, Švýcarsko
Pořadatel: European School of Oncology (ESO)
Kontakt:
www.eso.net/events-2.html

Soudnělékařský rozbor leteckých nehod v roce 2012
17. 6. 2013/Praha
Místo konání: Ústav leteckého zdravotnictví, školicí pracoviště
Pořadatelé: OS ČLK Praha 6, Ústav leteckého zdravotnictví
Kontakt: www.ulz.cz

Sympozium invazivní kardiologie 5. transradiální workshop
17.–18. 6. 2013/Hrubá Skála
Místo konání: zámek Hrubá Skála
Kontakt: www.solen.cz

Kazuistický seminář
19. 6. 2013/Praha
Místo konání: Neurologická klinika 1. LF UK a VFN v Praze
Pořadatel: Centrum pro nervosvalová onemocnění Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN
Kontakt: www.neuro.lf1.cuni.cz

Interna Informans
9. cyklus seminářů
19. 6. 2013/Praha
Místo konání: Radiopalác
Pořadatel: Česká internistická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.interna-cz.eu

37. Benův den fyziologie a psychofyziologie práce
Novinky v oboru
19. 6. 2013/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatelé:
Společnost pracovního lékařství ČLS JEP, Státní zdravotní ústav
Kontakt: MUDr. Jana Hlávková; tel.: 267 082 738; e-mail: jhlav@szu.cz; www.pracovni-lekarstvi.cz

21. slovenský angiologický kongres 6th international educational course of Central European vascular forum
Aneuryzmy, antikoagulačná liečba, cievne komplikácie diabetu, intermitentné klaudikácie, filozoficko-historický blok o chorobách ciev, kritická končatinová ischémia, pľúcna hypertenzia, trombofília, vaskulitídy, venózny tromboembolizmus...
19.–22. 6. 2013/Tatranská Lomnica
Místo konání:
hotel Sorea Titris Odborár
Pořadatelé: Slovenská angiologická spoločnosť SLS, Central European Vascular Forum
Kontakt: www.angiology.sk/sak

11th world congress of perinatal medicine
19.–22. 6. 2013/Moskva, Rusko
Kontakt: www.mcaevents.org

Amisulprid v léčbě schizofrenie
20. 6. 2013/Kosmonosy
Místo konání: Psychiatrická léčebna Kosmonosy, kulturní sál
Pořadatel: PL Kosmonosy
Kontakt: www.lkcr.cz

Pracovní schůze Spolku lékařů Zlín – Kroměříž – Uherské Hradiště – Vsetín
20. 6. 2013/Zlín
Kontakt: www.lkcr.cz

20. zjazd slovenských a českých patológov Letný bioptický seminár SD-IAP
20.–21. 6. 2013/Senec
Místo konání: hotel Senec
Pořadatelé: Cytopathos Bratislava, s. r. o, Ústav patológie SZU a OUSA Bratislava a oddelenie patológie Univerzitnej nemocnice L. Pasteura Košice, pod záštitou Slovenskej spoločnosti patológov SLS, slovenskej divízie International Academy of Pathology (SD-IAP), Společnosti českých patologů ČLS JEP a české divize IAP
Kontakt:
www.spolocnostpatologov.sk

28. české a slovenské dny mladých neurologů 14. obnovené moravsko-slovenské dny
20.–21. 6. 2013/Přerov
Místo konání: hotel Jana
Kontakt: www.mhconsulting.cz

Kurz rezidentů
21.–22. 6. 2013/Praha
Pořadatelé: Česká dermatovenerologická společnost ČLS JEP, LaRoche Posay, Dermatovenerologická klinika 3. LF UK a FN Královské Vinohrady v Praze
Kontakt: prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA; e-mail: dermasec@fnkv.cz; www.lfhk.cuni.cz/dermat

10. slapské sympozium
Revmatologie, revmatochirurgie, rehabilitace...
20.–22. 6. 2013/Měřín, Jablonná nad Vltavou
Místo konání:
vojenská zotavovna Měřín
Pořadatelé:
Česká revmatologická společnost ČLS JEP, Vojenský rehabilitační ústav Slapy nad Vltavou
Kontakt:
www.revmatologicka-spolecnost.cz

9. konference SROBF 7. konference všeobecných sester a radiologických asistentů
21.–22. 6. 2013/Nový Jičín
Místo konání:
Žerotínský zámek Nový Jičín
Pořadatelé:
Společnost radiační onkologie, biologie a fyziky ČLS JEP (SROBF), Nemocnice Nový Jičín
Kontakt: www.srobf.cz; www.linkos.cz; www.onkologickecentrum.cz

5th midsummer meeting on paediatric haematology and oncology
21.–23. 6. 2013/Piechowice, Polsko
Kontakt: http://5meeting.pl

73rd ADA's scientific sessions
21.–25. 6. 2013/Chicago, USA
Místo konání: McCormick Place Convention Center (West Building)
Pořadatel: The American Diabetes Association (ADA)
Kontakt:
http://professional.diabetes.org

16. kynologicko-gynekologický sraz všech lidí dobré vůle
Tradiční setkání gynekologů a jejich čtyřnohých přátel
22. 6. 2013/Trmice
Místo konání: Kynologický klub Trmice (u zámku)
Pořadatel: GYN-E-Centrum Ústí nad Labem
Kontakt: www.bos-congress.cz

World allergy and asthma congress 2013
Allergy: a global health challenge
22.–26. 6. 2013/Milán, Itálie
Pořadatelé: World Allergy Organization (WAO), European Academy of Allergy and Clinical Immunology (EAACI)
Kontakt: www.eaaci-wao2013.com

12th international congress on toxoplasmosis
22.–26. 6. 2013/Oxford, Velká Británie
Kontakt: www.evimalar.org/toxoplasmosis-conference

20th IAGG world congress of gerontology and geriatrics
23.–27. 6. 2013/Soul, Jižní Korea
Pořadatel: International Association of Gerontology and Geriatrics (IAGG)
Kontakt: www.iagg2013.org

Moderní technologie v rehabilitaci
24. 6. 2013/Praha
Místo konání: Klinika rehabilitačního lékařství 1. LF UK a VFN
Pořadatel: 1. LF UK
Kontakt: www.lkcr.cz

26. kongres Československé společnosti mikrobiologické 22. Tomáškovy dny mladých mikrobiologů Mikrobiologie potravin 2013 Mikrobiologie vody 2013
Antimikrobiální látky a rezistence, probiotika, správná ATB praxe, lékařská a veterinární bakteriologie a mykologie, fyziologie mikroorganismů, proteomika, bioinformatika, biodegradace a biosorpce, environmentální mikrobiologie, parazitologie, mykologie, imunologie...
24.–26. 6. 2013/Brno
Místo konání: Ekonomicko-správní fakulta Masarykovy univerzity, Lipová 44a
Pořadatel: Československá společnost mikrobiologická ČAV ve spolupráci s Lékařskou fakultou MU, Společností pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP, Společností pro lékařskou mikrobiologii ČLS JEP, Slovenskou spoločnosťou klinickej mikrobiológie SLS, Veterinární a farmaceutickou univerzitou Brno a Fakultní nemocnicí u sv. Anny v Brně
Kontakt:
Jana Vítová; tel.: 603 516 244; e-mail: vitova@jvkongresy.cz; www.26kongresscssm.cz

13. motilitní sympozium
25. 6. 2013/Brno
Místo konání:
Univerzitní kampus Bohunice
Pořadatel: Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP
Kontakt: lekari.cgs-cls.cz

Seminář RDG oddělení FN Plzeň
CT naváděná bronchoskopie, plicní biopsie – přehled, zkušenosti
25. 6. 2013/Plzeň
Místo konání: výuková místnost RDG oddělení FN Plzeň
Pořadatel: Radiodiagnostické oddělení FN Plzeň
Kontakt: www.lkcr.cz

Neurorehabilitační seminář
26. 6. 2013/Praha
Místo konání: posluchárna Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN
Pořadatel: Neurologická klinika 1. LF UK a VFN v Praze
Kontakt: www.neuro.lf1.cuni.cz

(sta)

PRÁVNÍ PORADNA

OSVČ a práce ve zdravotnictví

na dotazy odpovídá JUDr. Pavel Zajíc

Jsem všeobecná sestra s osvědčením MZ ČR, způsobilá pracovat bez odborného dohledu (zákon č. 96/2004). Mám zájem pracovat ve zdravotnictví „na vlastní pěst" jako OSVČ. Soukromým klientům bych aplikovala injekce a infuze, převazovala špatně se hojící rány, měřila krevní tlak apod. Mohou se mnou pojišťovny uzavřít smlouvu? Pokud ne, budou mi klienti platit v hotovosti? A podle čeho si mám v tomto případě stanovit ceny za provedené výkony?

Vámi zmiňovaný právní předpis stanovuje podmínky, za kterých můžete pracovat jako všeobecná sestra bez odborného dohledu. Po splnění předpokladů pro získání osvědčení o způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání budete zapsána v Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu a poté zbývá naplnit ještě dva hlavní předpoklady – nalézt pacienty vyžadující Vaši péči a subjekt, který Vám bude za poskytnuté zdravotní služby platit. Jelikož každý člověk je či bude dříve nebo později pacientem, lze předpokládat, že při šikovnosti, erudici a vstřícném přístupu nebudete mít o pacienty nouzi.

Zbývá tak vyřešit poslední – a velmi podstatný – prvek Vašeho podnikání, totiž kdo bude za Vaše zdravotní služby platit. V zásadě jsou možné pouze dvě varianty. Buď s Vámi uzavřou smlouvy zdravotní pojišťovny a za poskytnutí zdravotních služeb jejich pojištěncům Vám uhradí odměnu z veřejného zdravotního pojištění, nebo Vám za poskytnuté zdravotní služby budou platit sami pacienti v hotovosti.

Nejprve uspět ve výběrovém řízení

U první ze zvažovaných variant je nezbytné, abyste uspěla ve výběrovém řízení, které vyhlašují jednotlivé zdravotní pojišťovny. Samotný úspěch ve výběrovém řízení sice automaticky nezakládá právo na uzavření smlouvy se zdravotní pojišťovnou, ta však k výsledkům výběrového řízení přihlíží a v drtivé většině případů uzavírá smlouvu právě s vítězem výběrového řízení.

Následně by pak s Vámi pojišťovna měla uzavřít rámcovou smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb. V této smlouvě jsou stanoveny zdravotní služby, jež můžete poskytovat, jakož i částka, kterou Vám bude pojišťovna za poskytnuté služby vyplácet.

V příloze či dodatku k této smlouvě jsou pak uvedeny bodové hodnoty hrazených služeb podle seznamu výkonů, výše úhrad hrazených služeb a regulační omezení objemu poskytnutých hrazených služeb.

Platba od pacientů je věcí dohody

V případě, že se Vám nepodaří uzavřít se zdravotní pojišťovnou smlouvu o poskytování a úhradě hrazených služeb nebo pokud chcete pacientům poskytovat jiné služby než hrazené pojišťovnou, bude plátcem zdravotních služeb přímo pacient. V takovém případě budou výše a podmínky úhrady zdravotních služeb věcí dohody mezi Vámi a pacientem.

Při stanovení ceny za Vámi poskytnuté zdravotní služby doporučuji hledat kompromis mezi Vašimi náklady včetně přiměřeného zisku a reálnými ekonomickými možnostmi pacientů. Při stanovení ceny bude vhodné vzít do úvahy rovněž výši úhrady, kterou by za konkrétní výkon poskytla zdravotní pojišťovna, pokud byste s ní měla uzavřenou smlouvu.

Dle naprosté většiny ekonomických úvah a prognóz by měla do budoucna růst spoluúčast pacienta při úhradě zdravotních služeb. Lze tak spíše předpokládat vstřícnost a pochopení pacientů k hotovostní platbě za poskytnuté zdravotní služby.

Infekční pacient u zubaře

Požaduje-li stomatologické ošetření pacient, který očividně trpí akutní respirační infekcí (kašle, smrká, jeví známky horečky...), mohu ho odmítnout ošetřit? Za jakých okolností?

Zákon o zdravotních službách dává zdravotnickému pracovníkovi právo neposkytnout zdravotní služby v případě, že by při jejich poskytování došlo k přímému ohrožení jeho života nebo k vážnému ohrožení jeho zdraví. V případě, že by poskytnutí péče pacientovi v daném zdravotním stavu vedlo k vážnému ohrožení Vašeho zdraví, nepochybně máte právo požadovanou zdravotní službu neposkytnout.

Jako nelékař nemohu relevantně hodnotit, zda akutní respirační infekce pacienta může vést k vážnému ohrožení zdraví ošetřujícího lékaře. Pouze se domnívám, že spíše nikoli.

Věc slušné dohody

Za velmi důležité považuji nalézt vhodný způsob jak pacientovi odmítnutí zdravotní služby sdělit. Jsem přesvědčen, že správné vysvětlení a odůvodnění může celou situaci vyřešit a předejít tak nespokojenosti pacienta i jeho případným budoucím stížnostem. Předpokládám, že rozumný, uznalý a zodpovědný pacient důvody neposkytnutí zdravotní služby pochopí. Rozhodně doporučuji o neposkytnutí zdravotní služby provést záznam ve zdravotnické dokumentaci a nechat tento zápis podepsat pacientem a přítomnou sestrou. K pohodě pacienta rozhodně také přispěje, pokud s ním současně dohodnete náhradní (pokud možno brzký) termín ošetření.

Výhrada svědomí s výhradou

Nad rámec Vašeho dotazu uvádím, že zákon o zdravotních službách nově upravuje tzv. výhradu svědomí, která zdravotnickému pracovníkovi umožňuje odmítnout poskytnutí zdravotních služeb pacientovi v případě, že by jejich poskytnutí odporovalo jeho svědomí nebo náboženskému vyznání.

Zdravotnický pracovník však nemůže poskytnutí zdravotních služeb odmítnout, pokud by tím došlo k ohrožení života pacienta nebo vážnému ohrožení jeho zdraví a poskytování zdravotních služeb není možno zajistit jiným zdravotnickým pracovníkem. Vzhledem k tomu, že výhrada svědomí je novým právním institutem, bude zajímavé sledovat, jak tento institut nalezne uplatnění v každodenní praxi.

Ilustrační foto: Shutterstock

Zaměstnávání zubařů – nečlenů komory

Může provozovatel nestátního zdravotnického zařízení zaměstnávat zubní lékaře, kteří nejsou členy České stomatologické komory?

odpovídá Mgr. Ivan David

Úvodem je třeba říci, že institut tzv. nestátních zdravotnických zařízení byl s účinností od 1. 4. 2012 zrušen zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Od uvedeného data jsou všechny druhy „zdravotnických zařízení" nahrazeny jednotným pojmem poskytovatel zdravotních služeb (dosavadním nestátním zdravotnickým zařízením, respektive jejich provozovatelům citovaný zákon umožnil poskytovat zdravotní služby i nadále, avšak nejdéle 36 měsíců od nabytí účinnosti zákona, tj. nejdéle do 1. 4. 2015; i v této době je však na provozovatele nestátních zdravotnických zařízení hleděno jako na ostatní poskytovatele).

Dovoluji si tedy Váš dotaz zobecnit ve vztahu ke všem poskytovatelům zdravotních služeb. Věc se má každopádně tak, že každý zubní lékař, který na území České republiky vykonává zdravotnické povolání zubního lékaře (ať již samostatně nebo jako zaměstnanec), musí dle ustanovení § 3 odst. 2 zákona č. 220/1991 Sb. být členem České stomatologické komory (s výjimkami týkajícími se pouze osob z jiných států Evropské unie a některých dalších cizozemců). Zaměstnávat osoby, které nejsou členy České stomatologické komory, proto není možné.

Inzerce A1310065599 ▶

Na základě usnesení vlády ČR č. 536 ze dne 14. května 2008, o strategických projektových záměrech pro čerpání prostředků ze Strukturálních fondů EU v rámci Smart Administration, je realizován projekt 156, jehož součástí je seriál konferencí LPS ČSSZ, který v dubnu a květnu 2013 probíhá v různých místech České republiky. Projekt je součástí prioritní osy 4 Veřejná správa a veřejné služby, oblast podpory 4.1 Posilování institucionální kapacity a efektivnosti státní správy.

Programy lékařských konferencí tvoří přednášky o nejnovějších medicínských poznatcích ze všech klinických oborů, programy konferencí pro referenty/referentky LPS ČSSZ přinášejí informace o změnách v právních předpisech v oblasti důchodového a nemocenského pojištění, sociálních služeb, sociální péče, státní sociální podpory a o relevantních nových administrativních postupech. Součástí obou typů konferencí jsou referáty o připravované informativní podpoře LPS ČSSZ.

Cílem konferencí je rozšíření vědomostí a dovedností lékařů a referentů LPS ČSSZ.

Odbornými garanty konferencí jsou MUDr. Jan Boháč, ředitel odboru vzdělávání, administrativní a posudkové činnosti LPS, a vedoucí územních pracovišť LPS ČSSZ.

Regionální konference	**Konference lékařů**	**Konference referentů**
Praha	29. a 30. dubna 2013, Beroun	4. a 5. dubna 2013, Beroun
Střední Čechy	29. a 30. dubna 2013, Beroun	4. a 5. dubna 2013, Beroun
Plzeň	17. a 18. dubna 2013, Plzeň	16. a 17. května 2013, Plzeň
České Budějovice	17. a 18. dubna 2013, Plzeň	16. a 17. května 2013, Plzeň
Hradec Králové	22. a 23. dubna 2013, Hradec Králové	9. a 10. května 2013, Hradec Král.
Brno	9. a 10. dubna 2013, Brno	11. a 12. dubna 2013, Brno
Ostrava	8. a 9. dubna 2013, Ostrava	3. a 4. dubna 2013, Ostrava
Ústí nad Labem	24. a 25. dubna 2013, Liberec	24. a 25. dubna 2013, Liberec
Republikové konference		
Čechy	6. a 7. května 2013, Hradec Králové	27. května 2013, Hradec Králové
Morava	28. a 29. května 2013, Přerov	

Vzdělávání v rámci lékařské posudkové služby 1 A
v rámci realizace projektu 156/1
„Personální zajištění procesů vytěžení informací pro vytváření
a konsolidaci kmenových evidencí pojištěnců a jejich individuálních kont
v návaznosti na základní registry veřejné správy—1. část“
reg. č. CZ.1.04/4.1.00/41.00001
je financováno z Evropského sociálního fondu prostřednictvím
Operačního programu
Lidské zdroje a zaměstnanost.

NOVÉ KNIHY

Jaroslav Malý, Petr Kessler, Jaromír Gumulec, Alena Buliková, Miroslav Penka, Radovan Malý, Petr Dulíček a kol.

Trendy v profylaxi žilní tromboembolické nemoci – 2. vydání

Doporučené operační postupy pro prevenci žilní tromboembolické nemoci u rizikových pacientů

Rozsah: 216 stran
Cena: 400 Kč
ISBN:978-80-204-2878-3
Vydavatel: Mladá fronta, edice Aeskulap

Záměrem autorů je představit současné názory na vyvíjející se směry v profylaxi žilní tromboembolické nemoci (TEN), přinést nové informace o její epidemiologii a poskytnout návod k omezení incidence TEN v různých klinických oborech nejen u hospitalizovaných nemocných, ale i po jejich propuštění do domácí péče.
Doporučení vychází jak z 9. konsenzu ACCP, tak z publikací a přednášek autorů statí, nepředstavují však pevný soubor norem, který by lékařům bránil v rozhodování v konkrétních klinických situacích.
Úvod publikace patří epidemiologii TEN, jakožto třetímu nejčastějšímu kardiovaskulárnímu onemocnění ve světě.
Další část je věnována některým novějším prostředkům k farmakoprofylaxi TEN. Přináší stručný přehled poznatků o nízkomolekulárních heparinech, pentasacharidech, přímých inhibitorech trombinu a přímých inhibitorech faktoru Xa.
Samostatné kapitoly se zabývají profylaxí TEN v ortopedii, chirurgii, traumatologii, onkologii, gynekologii, porodnictví a vnitřním lékařství.
Zvláštní kapitoly se týkají léčebných opatření při krvácivých komplikacích v rámci léčby antitrombotiky a diagnostiky a léčby antifosfolipidového syndromu. Nově byla zařazena kapitola „Kavální filtr v prevenci plicní embolie".
V závěru knihy autoři shrnují poznatky o profylaxi TEN, krvácivých komplikacích po antitrombotických a změnách v diagnostice antifosfolipidového syndromu ve formě doporučených operačních postupů.

Bohumil Seifert, Václav Beneš, Svatopluk Býma a kol.

Všeobecné praktické lékařství

2., doplněné a přepracované vydání

Rozsah: 673 stran
Cena: 1500 Kč
ISBN: 978-80-7262-934-3
Vydavatel: Galén

Výuka v praktickém lékařství se od výuky v jiných lékařských oborech liší tím, že pracuje s již dříve sdělenými odbornými informacemi a získanými dovednostmi. Tyto uvádí do praxe a dává je do souvislostí tak, jak si to klinická situace vyžaduje. Proto před lety vznikla myšlenka zachytit tyto odlišnosti a zformulovat základní rysy oboru všeobecné praktické lékařství v České republice.
Již druhé vydání této učebnice přináší novelizovanou a upravenou úvodní teoretickou část, známou z minulého vydání, ale jako novinku uvádí speciální část – souhrnné vydání doporučených postupů Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP, *guidelines* pro praxi.

Radovan Hudák, David Kachlík a kol.

Memorix anatomie

Rozsah: 606 stran
Cena: 799 Kč
ISBN: 978-80-7387-674-6
Vydavatel: Triton

Moderní učebnice systematicky shrnuje poznatky z obecné, speciální a topografické anatomie. Jednotlivé kapitoly popisují stavbu, členění a funkci konkrétního systému či orgánu. Text je doplněn množstvím ilustrací, schémat a tabulek. V každé kapitole jsou uvedeny i zajímavosti, mnemotechnické pomůcky a detailnější informace k hlavnímu obsahu. Část každé kapitoly je vyhrazena informacím z klinické medicíny, které studentům pomohou porozumět, proč jsou dané anatomické struktury či oblasti důležité pro jejich studium a následnou klinickou praxi.
Jedním ze dvou hlavních autorů je student 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze Radovan Hudák. Druhým je pakučitel Ústavu anatomie 3. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze doc. MUDr. David Kachlík, Ph.D. Spolu s nimi pracovala na tvorbě knihy řada anatomů, studentů a zkušených klinických lékařů.

Jozef Rosina, Jana Vránová, Hana Kolářová, Jiří Stanek

Biofyzika

Pro zdravotnické a biomedicínské obory

Rozsah: 224 stran
Cena: 289 Kč
ISBN: 978-80-247-4237-3
Vydavatel: Grada

Základní učebnice v oboru je určena nejen studentům bakalářských oborů lékařských a zdravotně-sociálních fakult, ale svým obsahem, srozumitelným jazykem, grafickým ztvárněním a matematickým aparátem popisujícím základní fyzikální vztahy je vhodná i pro studenty bakalářského studia biomedicínských a technických oborů, realizovaných na vyšších odborných a vysokých školách technického i přírodovědného zaměření.

Štěpán Svačina

Obezitologie a teorie metabolického syndromu

Rozsah: 290 stran
Cena: 279 Kč
ISBN: 978-80-7387-678-4
Vydavatel: Triton

V prvním, Reavenově popisu metabolického syndromu nebyla obezita zahrnuta. Zdůrazňována byla především přítomnost inzulinové rezistence a až mnohem později, po roce 2000, začal být metabolický syndrom v definicích považován za typickou komplikaci tzv. androidní obezity – tedy obezity se zvětšeným obvodem pasu. Proto část monografie o metabolickém syndromu logicky navazuje na kapitoly o obezitě. O ní monografie pojednává s důrazem na individuální přístup, její komplikace a komorbidity pacientů. Popsána je řada patofyziologických fenoménů, které se uplatňují v patogenezi komplikací i v léčbě.
Za kapitolami o léčbě obezity, zahrnujícími i inkretinovou terapii, bariatrickou chirurgii a další metody, následuje kapitola o prevenci diabetu u obézních. Zmíněn je i paradox obezity – fenomén, kdy obezita neškodí, a spíše prospívá.

Jan Bydžovský

Tabulky pro medicínu prvního kontaktu

Záchranná služba, praktický lékař, lékařská služba první pomoci, urgentní příjem

Rozsah: 240 stran
Cena: 158 Kč
ISBN: 978-80-7387-351-6
Vydavatel: Triton

Kapesní příručka je souborem desítek schémat, skórovacích systémů, vyšetřovacích postupů, výpočtů, tabulek náležitých hodnot základních klinických i laboratorních vyšetření, charakteristik a dávkování léků, přehledů nox a antidot, urgentních postupů u vybraných akutních stavů a řady dalších údajů, přehledně uspořádaných podle jednotlivých témat a medicínských oborů.
Slouží k rychlému vyhledání důležitých hodnot, výpočtům podle různých hodnoticích škál, určení dávkování léčiv a antidot, vyhledání kódů diagnóz a řady jiných potřebných informací, jež si všechny – vzhledem k tomu, že nebývají používány zcela rutinně – nelze pamatovat. Zejména pracovníci záchranných a jiných pohotovostních služeb a praktičtí lékaři ji ocení především při práci v terénu.

Marcela Lippertová-Grünerová

Rehabilitace pacientů v kómatu

Rozsah: 116 stran
Cena: 290 Kč
ISBN: 978-80-7262-761-5
Vydavatel: Galén

Preklinické i klinické ošetření pacientů s těžkým poškozením mozku v kómatu v současné době zahrnuje diferencované interdisciplinární terapeutické přístupy. V posledních letech dosaženo značného pokroku, jenž vedl v první řadě ke snížení mortality u těchto pacientů.
Nové formy rehabilitace, k nimž patří hlavně různé koncepty terapeutické stimulace, již přinesly pozitivní zkušenosti. Multisenzoricky orientovaná stimulace dnes společně s profylaktickými formami terapie tvoří základ včasné neurorehabilitace se zaměřením na zlepšení vědomí a dosažení první schopnosti reakce a komunikace. V okamžiku dosažení zlepšeného vědomí a schopnosti komunikace je možné začít rozvíjet celé spektrum rehabilitační terapie.

Robin Karrová-Morseová, Meredith S. Wileyová

Zraněné dětství

Vliv dětského traumatu na onemocnění v dospělosti

Rozsah: 360 stran
Cena: 339 Kč
ISBN: 978-80-7387-642-5
Vydavatel: Triton

V nejranějším období života je člověk zcela odkázaný na své okolí – je nejcitlivější a nejzranitelnější. Zdaleka ne pro všechny je rané dětství idylické, spousta dětí zažívá chronický strach, stres a trauma, a to nejen v extrémních, krizových situacích, ale i v běžném životě.
Autorky předkládají poznatky z psychologie, genetiky, endokrinologie, neurobiologie a imunologie, aby ukázaly, jak takové „zraněné dětství" ovlivňuje psychické a tělesné zdraví v dospělosti. V důsledku nezpracovaných negativních raných zážitků mohou vzniknout nejrůznější nemoci a neduhy: od obezity, deprese a látkové závislosti až po srdeční choroby a cukrovku.
Kromě podrobné analýzy však nabízejí i možnosti nápravy a především prevence – zdůrazňuje význam přimknutí k nejbližší osobě v raném dětství a upozorňuje na možnosti využití epigenetiky a různých druhů účinných terapií.

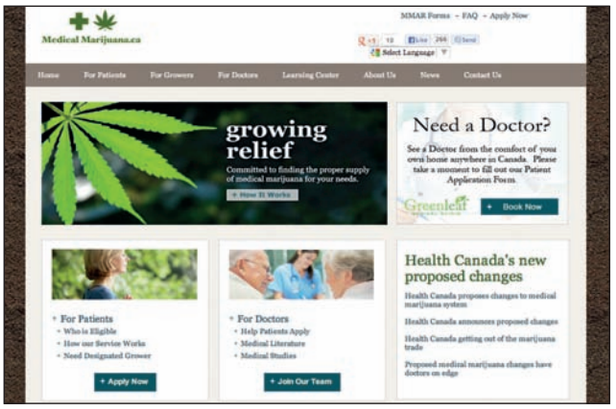
Zajímavé www stránky – léčebné využití marihuany

Rok 2013 přinesl do českého zdravotnictví jednu zásadní změnu, která se týká legalizace terapeutického využití konopí. Roztroušená skleróza, Parkinsonova nemoc či schizofrenie jsou jen některé případy onemocnění, kde se léčebného efektu marihuany využívá.

Medical Marijuana

http://medicalmarijuana.ca

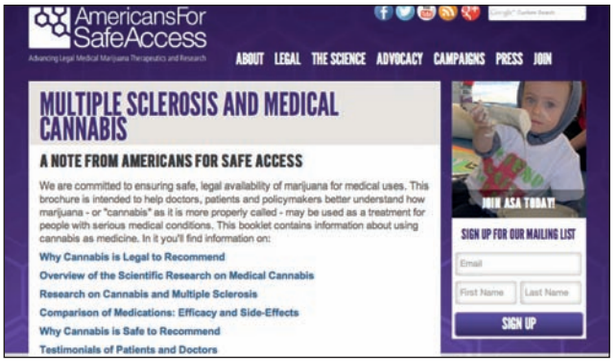
Kanadský internetový portál komplexně mapující problematiku medicínského využití marihuany. Jsou k dispozici jak informace pro pacienty a jejich rodiny, tak poměrně obsáhlý zdroj informací pro lékaře a další zdravotníky, včetně seznamu studií, které s cannabisem u jednotlivých onemocnění proběhly.

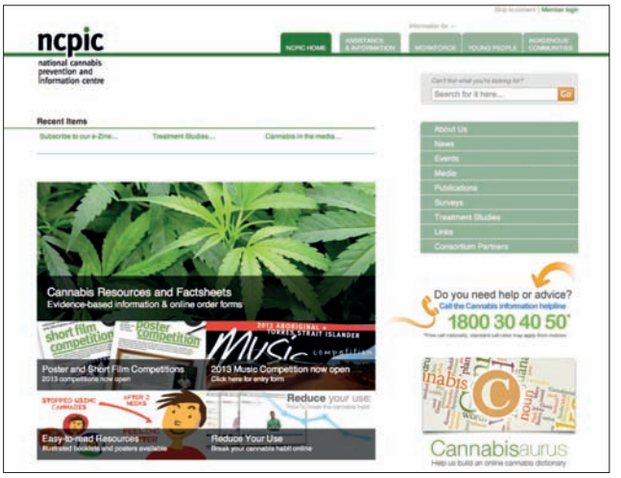


Multiple Sclerosis and Medical Cannabis

http://americansforsafeaccess.org/article.php?id=4558

Roztroušená skleróza patří mezi onemocnění, kde je efekt cannabisu dobře prostudován a popsán. Výše uvedený odkaz nás zavede na tu část stránek sdružení American For Save Access, která se věnuje právě problematice roztroušené sklerózy. Autoři se zaměřili na popis symptomů, jež mohou být marihuanou pozitivně ovlivněny, současně jsou ovšem zmíněné i možné vedlejší účinky.





National Cannabis Prevention and Information Centre

http://ncpic.org.au/

Portál zabývající se negativními důsledky užívání marihuany jako drogy. Mapuje zejména problematiku negativních společenských dopadů v Austrálii. Webové stránky obsahují velké množství informací pro uživatele této drogy, jejich rodiny a blízké. Teoretické texty jsou doplněny několika životními příběhy osob závislých na marihuaně.

Center for Medicinal Cannabis Research

www.cmcr.ucsd.edu

Oficiální internetové stránky výzkumného ústavu Kalifornské univerzity v San Diegu, který se zabývá studiem účinků marihuany. Hlavním úkolem ústavu je koordinovat výzkumné aktivity, které mají vést k získání dostatečného a bezpečného množství účinné látky, jež se dá použít k terapii některých onemocnění. Na webu čtenář najde odpovědi na řadu otázek, které se týkají problematiky konopí jako léčebného prostředku. K dispozici je také velké množství článků, jež se tímto tématem zabývají.

Cannabis Health Journal

www.cannabishealth.com/

Elektronický archiv časopisu Cannabis Health Journal, který již sice v současné době nevychází, přesto je přehled článků zabývajících se léčivým profilem marihuany velice zajímavý a užitečný.

MUDr. Michal Pelíšek

ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

číslo 10/2013

Šéfredaktorka
Mgr. Markéta Mikšová
tel. 225 276 295, e-mail: miksova@mf.cz

Redakce
Petra Klusáková, DiS. (Z domova)
tel. 225 276 388, e-mail: klusakova@mf.cz
Filip Kůt 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 Čermák (Představujeme)
tel. 225 276 436, e-mail: cermak@mf.cz
PhDr. Jana Jílková (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

Stálí spolupracovníci redakce
Leoš Chodura, Mgr. Martin Čaban, Bc. Irena Soukupová, David Daniel, Eva Pavlatová, MUDr. Milan Novák, Vladimíra Bošková, Martina Řehořová, Ph.D.

Editor/korektor
Mgr. Martin Čermák

Grafika a technické zpracování
Pavla Jílková
tel. 225 276 455, e-mail: jilkovap@mf.cz

Redakční rada Lékařských listů ZDN
prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA
prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
MUDr. Ivan David, CSc.
doc. MUDr. Petr Hach, CSc.
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.
prof. MUDr. Miloslav Kršiak, DrSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. MUDr. Zdeněk Malý, CSc.
prof. Ing. Rudolf Poledne, CSc.
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
prof. MUDr. Marek Trněný, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková

OBCHODNÍ ODDĚLENÍ
fax 225 276 444

group sales manager
František Bauer
tel. 225 276 393
e-mail: bauer@mf.cz

personální inzerce
Ing. Alena Seidelová
tel. 225 276 341, 724 774 034
e-mail: seidelova@mf.cz

MLADÁ FRONTA

generální ředitel
Ing. David Hurta

ředitel divize Medical Services
MUDr. Martin Hofman

kreativní ředitel
René Decastelo

art director
Petr Honzátko

DTP
retuš Miloslav Pařík, Michal Šesták, Zdeněk Němec, Libor Horyna, Milan Kubička, Petr Novák, Jan Mach

MARKETING
ředitelka marketingu novin a časopisů Hana Holková
brand manager Kristýna Dytrychová

DISTRIBUCE A VÝROBA
ředitelka distribuce a výroby
Soňa Štarhová

manažerka předplatného Jana Horáková, tel. 225 276 317, e-mail: horakovaj@mf.cz

výroba Monika Šnaidrová, Renáta Čermáková, Michaela Mrázová

Vydává Mladá fronta a. s., sídlo: Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4
IČ: 49240315, www.mf.cz
adresa redakce:
Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN, Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4, sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222, e-mail: zdn@mf.cz

DISTRIBUCE TITULU
Předplatné pro Českou republiku vyřizuje: Postservis – předplatné, Olšanská 38/9, 225 99 Praha 3
tel. 800 248 248,
e-mail: predplatne.mf@cpost.cz
www.mf.cz

Objednávky do zahraničí:
Mediaservis, s. r. o., zákaznické centrum, Vídeňská 995/63, 639 63 Brno,
tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:
Mediaprint Kapa Pressegrosso, a. s., oddelenie inej formy predaja, P. O. Box 183 Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3
tel. +421 244 458 821, fax + 421 244 458 819
e-mail: predplatne@abompkapa.sk

Smluvní vztah mezi vydavatelem a předplatitelem se řídí všeobecnými obchodními podmínkami pro předplatitele. Předplatné se automaticky prodlužuje.

Vydavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah inzerátů ani jiných materiálů komerční povahy.

Tisk EUROPRINT a. s.
Číslo dáno do tisku 16. 5. 2013

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.
Tištěný náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

© Mladá fronta a. s., 2013
Evidenční číslo MK ČR: E 20524
ISSN 1805-2355

PERSONÁLNÍ INZERCE

Volná místa

Chirurg

Bohumínská městská nemocnice, a. s.,
přijme s okamžitou platností do pracovního poměru lékaře pro chirurgické oddělení.

Nabízíme:
- zajímavou práci v přátelském kolektivu, v prosperujícím a dynamicky se rozvíjejícím zdravotnickém zařízení,
- zajímavé platové podmínky.

Bližší informace podá vedoucí personálního oddělení – Lenka Theyerová, tel.: 596 096 318. Své nabídky zasílejte e-mailem: theyerova@nembo.cz nebo na adresu: Bohumínská městská nemocnice, a. s., personální oddělení, Slezská 207, 735 81 Bohumín, Starý Bohumín.

ZDN A131007440

Internista/diabetolog/praktický lékař

OB klinika, a. s.,
přijme lékaře internistu, diabetologa nebo praktického lékaře.

Požadujeme:
- atestaci v oboru interního lékařství,
- odpovídající praxi,
- příjemné vystupování,
- znalost německého jazyka vítána.

Nabízíme:
- zajímavou práci v moderním nestátním zařízení,
- odpovídající platové hodnocení,
- nástup možný ihned,
- úvazek dle dohody.

Kontakt: e-mail: hana.lonekova@obklinika.cz, tel.: 733 611 481.

ZDN A131007020

Praktický lékař/lékařka

Zdravotnické zařízení na Vysočině
přijme do pracovního poměru praktického lékaře. Podmínky dohodou. Odpovědi zašlete 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

ZDN A131005500

Sestra

Pro ordinaci PL v Praze 2
lékařka hledá sestru na 4 hodiny denně. Nástup dle dohody. Kontakt: tel.: 603 523 096, e-mail: helenka.ch@seznam.cz

ZDN A131006910

Ostatní

Pronájem

Volné prostory k pronájmu
vhodné jako ordinace nebo pro jiné zdravotní služby v objektu zavedené lékárny Alma, Foerstrova 1655/1, Hradec Králové, v sousedství zdravotního střediska. Výhodné nájemní podmínky. Prostory s výměrou do 230 m².

Více informací: tel.: 777 856 026, e-mail: dolezal.jiri@gmail.com

ZDN A131006903

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

Inzerce A131007563

Představujeme publikaci

Schizofrenie – Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století – 2. vydání

Schizofrenie patří mezi nejčastější a nejzávažnější psychotická onemocnění. V aktualizovaném vydání mimořádně úspěšné monografie se naši přední odborníci na prevenci, léčbu i výzkum psychotických onemocnění zaměřují na teoretické i praktické informace o příčinách, průběhu, prevenci, léčbě a rehabilitaci schizofrenních onemocnění. Publikaci doplňuje adresář zdravotnických, rehabilitačních a psychosociálních služeb, praktická schémata, tabulky a obrazová dokumentace.

Autoři: Lucie Bankovská Motlová, Filip Španiel

Doporučená cena 300 Kč

Při objednání na sleva 25%

kniha.cz

MEDICAL SERVICES

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR

MLADÁ FRONTA

Mladá fronta a. s. Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany, tel. 225 276 168, www.medical-services.cz, e-mail: knihyms@mf.cz

Inzerce A131007488 ▶
Inzerce A121017119 ▶

Předplaťte si

MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

a získejte 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 série 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 kniha.cz

Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 2. 6. 2013. Předplatné na rok pouze za **590 Kč**

Předplaťte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku **predplatne.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 jmeno, prijmeni, adresa, lekarska specializace** (v případě, že jste lékař) předplatitele. Cena SMS je 6 Kč včetně DPH. Službu provozuje goNET s. r. o. Technicky zajišťuje MobilBonus s. r. o. Help line 777 717 535 po–pá 9.00–17.00.

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. Dárky jsou 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. Svojí objednávkou předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svojí objednávkou dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech jím 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 zasílání 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 pochybností 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.**

XN

XN ŘADA:
TECHNOLOGIE ŠITÁ NA MÍRU

Jsme přesvědčeni, že si Vaše práce zaslouží naše velké uznání. Zaslouží si i technologii, která Vám práci co nejvíce zpříjemní a zjednoduší. Proto jsme pečlivě naslouchali Vašim přáním a vyvinuli nový hematologický analyzátor XN. Děkujeme, že jste s námi spoluvytvořili novou XN řadu.

„Budeme se těšit na Vaše další návrhy na zlepšení, abychom Vám i nadále mohli přinášet co nejlepší podporu při Vaší práci.“

GIVING EVERYTHING. EVERY DAY.

Sysmex CZ s.r.o., Elgartova 683/4, 614 00 Brno, tel. +420 548 216 855 · office@sysmex.cz · www.sysmex.cz