



Z HISTORIE

Franz Kafka a jeho boj s TBC
Doktore, s vámi to
dlouho nepotrvá...

STRANA 32



PŘEDSTAVUJEME

MUDr. Tomáše Drobňáka,
praktického lékaře pro
dospělé ze Smržovky

STRANA 30



OFTALMOLOGIE

Diabetický makulární edém
V rozvinutých zemích
nejčastější příčina slepoty
u pacientů postižených DM

STRANA 20

ZP: Návrat nekalých náborářských praktik?

Boj o pojištěnce vrcholí. Zhruba měsíc před vypršením lhůty pro přestup klientů k jiné pojišťovně ministerstvo zdravotnictví oznámilo, že má vážné pochybnosti o náborářských praktikách Vojenské zdravotní pojišťovny. Pojišťovna ale vše popírá a chystá trestní oznámení.

Vojenská zdravotní pojišťovna (VoZP) je po roce opět spojována s podivnými praktikami souvisejícími s nábořem nových pojištěnců. Zatímco v březnu minulého roku čelila trestnímu oznámení ze strany Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) za pomlouvačné praktiky pouličních náborářů VoZP, dnes se bude muset vypořádat s těžším, avšak zatím ne zcela zacíleným kalibrem.

Ministerstvo zdravotnictví ústy své mluvčí Viktorie Plívové vyjádřilo „vážné pochybnosti o postupu VoZP při nábořu nových pojištěnců“ a v této souvislosti podalo trestní oznámení na neznámého pachatele. Pochybnosti ministerských úředníků prý vzbudily výsledky veřejnosprávní kontroly ministerstva zdravotnictví nad zdravotním pojištěním ve VoZP. Kontrola dle slov minister-

ské mluvčí probíhala ve dnech 25. 10. 2012 až 12. 4. 2013.

Pachatel neznámý

Vedle trestního oznámení na neznámého pachatele, které ministerstvo podalo k Vrchnímu státnímu zastupitelství v Praze, zaslalo MZ i podnět Úřadu na ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS) a ministerstvu financí.

(pokračování na straně 2)

Odbory žádají tarifní platy i v univerzitních nemocnicích

Zdravotnická tripartita minulý týden opět neprobíhala zcela hladce. Odboráři se tentokrát postavili proti chystané přeměně platových tarifů na smluvní platy, se kterými počítá zákon o univerzitních nemocnicích.

Zákonem o univerzitních nemocnicích by od ledna příštího roku mělo dojít k transformaci fakultních nemocnic na univerzitní zařízení. Zákon však počítá i s přechodem z platových tarifů na systém smluvních platů.

Odboráři se v minulosti téměř vždy stavěli proti individualizování platů a odměn a ani na poslední tripartitě tomu neby-

lo jinak. Změny návrhu zákona ve smyslu zachování tradičního způsobu vyplácení platů však nedosáhli.

Změnu vyžaduje nový status nemocnic

Podle legislativního náměstka MZ Martina Plíška (TOP 09) požadavek odborů nelze akceptovat, a to z důvodu změny statutu stá-

vajících fakultních nemocnic na nestátní neziskové organizace.

„Dnes jsme na tripartitě nedospěli ke shodě na způsobu odměňování. Ministerstvo bude prosazovat, aby v zákoně zůstalo, že zaměstnancům univerzitní nemocnice bude za práci náležet mzda,“ řekl po jednání Martin Plíšek, podle kterého se na takové (pokračování na straně 4)



Milan Štěch k petici
ČLK: Jedná se o petici
s historicky největším
počtem podpisů, jež
kdy byla do senátu
doručena. (více viz str. 2)

ZP: Návrat nekalých náborářských praktik?

(pokračování ze str. 1)

VoZP se proti mediálnímu prohlášení a postupu ministerstva tvrdě ohradila. „Vojenská zdravotní pojišťovna trvá na tom, že z výsledků kontroly nevyplývají žádné závažné nedostatky v její činnosti. Informace, byť zkreslené, považuje za závažné porušení mlčenlivosti a do jisté míry zneužití pravomoci úřední osoby. Minimálně v tomto smyslu zváží další postupy své právní obrany,“ sdělil bezprostředně po vydání tiskové zprávy ministerstva pro ČTK mediální manažer pojišťovny Richard Medek.

Nečistá výběrová řízení

Ministerstvo zdravotnictví spatřuje problémy hned v několika rovinách. „Podezřelá zjištění vyplývají zejména z okolností náborových akcí nových pojištěnců, které probíhaly v letech 2011 a 2012. Podle závěrů kontroly MZ mohli docházet k vyplácení značného

množství prostředků (v řádu desítek milionů korun) za neobvyklých okolností,“ uvedla Viktorie Plívová s tím, že MZ má pochybnosti i o čistotě veřejných zakázek, což byl ostatně důvod, proč by měl být posuzovat i ÚOHS.

„Příkladem budícím pochybnosti může být skutečnost, že jeden ze subjektů zajišťujících nábor nových pojištěnců jako své trvalé bydliště ve smlouvě uvedl adresu Úřadu městské části Praha 2 (adresu ohlašovny). Tyto externí OSVČ přítomni za své služby inkasovaly od Vojenské zdravotní pojišťovny částku převyšující 100 milionů korun, a to bez předchozího výběrového řízení,“ upřesnila mluvčí.

Etika versus boj o pojištěnce

Podle ministerstva byla zjištěna i řada dalších pochybení, která se týkala již v minulosti tolik propíraných náborářských praktik. „Z dokumentace evidující stíží-

nosti pojištěnců vyplývá, že mohli docházet k využívání nekalých praktik a porušování etického kodexu pojišťovny. Také počty přijatých klientů vykazují jisté anomálie a mohou vzbuzovat podezření na manipulaci s daty,“ upozornila Viktorie Plívová.

Mluvčí VoZP Richard Medek tyto závěry zpochybnil. Zjištění ministerstva se prý týkají témat, která nelze považovat za čerpání či vynakládání veřejných prostředků, a nemají být tedy předmětem finanční kontroly. Náměstek ministra zdravotnictví Petr Nosek však později uvedl, že předmětem kontroly byly prostředky z provozního fondu, které jsou považovány za veřejné, neboť vznikly výběrem pojistného a podléhají tak kontrole ministerstva.

Souboj trestních oznámení

Necelý týden po zveřejnění zprávy VoZP uspořádala tiskovou konferenci, na níž ředitel pojišťovny



Foto: Leoš Chodura

Karel Štein razantně odmítl výsledky kontroly ministerstva a současně oznámil, že jeho pojišťovna podá trestní oznámení pro pomluvu a poškození dobrého jména. Ředitel Štein má také problém s tím, v jakém čase se ministerská zpráva objevila. V současné době totiž vrcholí soutěž zdravotních pojišťoven o nové klienty, kteří mají čas na rozhodnutí o případném přestupu k jiné pojišťovně jen do konce června. VoZP se tak obává, že by podobné mediální zprávy mohly negativně ovlivnit rozhodování jejich potenciálních klientů.

„To, jak byly výsledky kontroly prezentovány, nemá žádnou oporu v kontrolním protokolu. Tiskové zprávy ministerstva o výsledcích kontroly jsou lživé a hrubě manipulativní. Kdyby kontrolní skupina skutečně zjistila jakékoli porušení ve věci náborů, měl být takovýto exces řešen pokutou, k jejímuž uložení až do výše jednoho milionu korun je kompetentní výlučně ministerstvo. Žádná taková pokuta VoZP uložena nebyla ani o tom nebylo vedeno žádné řízení,“ uzavřel Karel Štein.

Filip Kút Citores

Petice ČLK získala masovou podporu

„Petici za zachování kvalitního zdravotnictví“, kterou Česká lékařská komora (ČLK) společně s protestní akcí „Den zdraví lékařů“ (1. 3. 2013) odstartovala letošní vlnu odporu proti ministerstvu zdravotnictví, podepsalo 123 tisíc lidí.

Petici převzal z rukou prezidenta ČLK předseda Senátu PČR Milan Štěch (ČSSD), podle něhož jde o petici s historicky největším počtem podpisů, jež kdy do horní komory parlamentu dorazila.

Dle interpretace prezidenta ČLK Milana Kubka jsou podpisy občanů projevem zásadních výhrad k reformám ministra zdravotnictví Leoše Hegera (TOP 09), které prý vedou k ohrožení kvality, dostupnosti a bezpečnosti zdravotních služeb v naší zemi.

„Společně s paní Táňou Fischerovou jsem veřejně předal jménem petičního výboru petici spolu s podpisovými archy předsedovi senátu panu Milanu Štěchovi. Naše akce se počtem sebraných podpisů zařadila mezi největší petiční akce, jež se kdy v Česku uskutečnily. Ukázalo se, že budoucnost našeho zdravotnictví není občanům lhostejná. Díky obrovskému počtu signa-

tářů se petici budou zabývat nejenom petiční a zdravotní výbor senátu, ale bude rovněž veřejně projednána na plenárním zasedání horní komory,“ doufá Milan Kubek.

Zatím však jen těžko získává pochopení ze strany ministra Leoše Hegera. Podpora ČLK přichází spíše od opozičních stran, což potvrzuje kromě slov Milana Štěcha i postoj nového stínového ministra zdravotnictví za ČSSD Svatoopluka Němečka. Ten vedle souhlasu s argumenty petice vytkl vládě i stagnující platby za státní pojištěnce.

Realita, nebo šíření poplašné zprávy?

Leoš Heger dlouhodobě odmítá, že by našemu systému hrozil kolaps, a aktivitu lékařů již dříve označil za strašení občanů a zneužívání postavení lékaře vůči pacientovi. Ve svém hodnocení rea-

lity přitom ministr zdravotnictví vychází z Evropského spotřebitelského indexu (EHCI) za minulý rok, podle kterého se Česká republika umístila například v dostupnosti péče na 14. místě z celkem 34 hodnocených zemí.

„Celkově jsme podle tohoto indexu těsně za Německem,“ uvedl Leoš Heger na nedávném Žofínském fóru pro lepší demonstraci stavu českého zdravotnictví. Přestože ministr uznává, že zdravotnictví přišlo o část peněz kvůli zvýšené DPH, objem péče podle něj neklesá a množství peněz v systému veřejného zdravotního pojištění roste. „To, co šíří komora, že vše je špatně, tři roky jde všechno dolů a pacienti mají méně péče, není pravda. Pořád máme spoustu rezerv ve zdravotnickém systému a opravdu nemáme signály, že by se někomu péče nedostávalo,“ konstatoval Leoš Heger pro ČTK.

Navzdory těmto pozitivním slovům však jeho resort přeci jen vypracoval návrh nařízení vlády, kterým by mělo dojít k navýšení plateb za státní pojištěnce, přičemž jako důvod uvádí právě docházející rezervy a hrozící schodek systému.

Více za méně

Signatáři petice se podle Milana Kubka stejně jako její iniciátoři obávají narůstající moci zdravotních pojišťoven a systematického snižování veřejných výdajů na zdravotnictví za současného navyšování spoluúčasti pacientů.

„Nechtější platit stále více za předražené léky a mají obavu, že pokud budou o všem rozhodovat zdravotní pojišťovny, tak jak to pan ministr plánuje, budou muset k lékaři nebo do nemocnice cestovat zbytečně daleko. Pacienti se nechtějí nechat

připravit o právo svobodně si volit nemocnici a lékaře, ke kterému mají důvěru. Občané, kteří odvádí státu daně, si přejí, aby stát zvýšil platbu pojišťovnám za děti, důchodce a nezaměstnané, která zůstává již čtyři roky na stejné úrovni pouhých 723 korun za měsíc. Přitom jen kvůli vládou prosazenému zvyšování DPH přispělo loni a letos zdravotnictví panu Kalouskovi na sanaci státního rozpočtu částkou 6,6 miliardy korun,“ uvedl Milan Kubek v prohlášení.

Prezident ČLK dále argumentuje tím, že Česká republika je dostatečně ekonomicky vospělá na to, aby všichni klienti našeho zdravotnictví mohli mít jistotu, že v případě potřeby dostanou kvalitní péči. „Pokud není právě před nějakými volbami, tak se politici o občany příliš nezajímají. Lékařská komora svoji petici dala každému, kdo si zdravotnictví platí, možnost se vyjádřit, zda si přeje zachování dostupné kvalitní a bezpečné zdravotní péče, nebo zda se spokojí s tím, co na nás chystá ministr Heger,“ uzavřel Milan Kubek.

Filip Kút Citores

Vláda rozhodla: **Slučovat se bude**

Kabinet Petra Nečase (ODS) podpořil návrh ministra Leoše Hegera (TOP 09) na sloučení některých zdravotnických zařízení řízených ministerstvem zdravotnictví. Předloha míří do parlamentu.

O kladném postoji vlády k Hege- rovu návrhu sloučení státních pří- spěvkových organizací informoval novináře po zasedání vlády mi- nistr financí Miroslav Kalousek (TOP 09). Návrh byl totiž mi- nisterstvem zdravotnictví předložen v rámci příprav státního rozpoč- tu na léta 2013–2015, jako součást úsporných opatření směřujících k udržení schodku veřejných roz- počtů pod úroveň 3 % HDP.

Pokud návrh projde parlamen- tem, ústavy by měly do 31. 12. 2013 sepsat protokol o předání a převzetí závazků, který by měl být doplněn a upřesněn na základě řádné účetní uzávěrky do 31. 3. 2014. Dle návrhu bude zákon účinný již od 1. 12. 2013. Výjimku tvoří pouze paragrafy, které mění terminologii v zákoně o zdravot- ních službách a v transplantač-

ním zákoně – ty nabývají účín- nosti až od 1. 1. 2014.

Sázka na zvyšování efektivity

MZ předpokládá, že samotný akt sloučení by měl přinést jednorázo- vou úsporu ve výši cca 60 milionů korun. Hlavní přínos však mi- nisterstvo spatřuje v tom, že se slou- čením otevřou další možnosti pro budoucí zvyšování efektivity těchto zařízení. V uvedených letech by tak systém mohl ušetřit řádově vyšší finanční prostředky.

Přestože se slučované ústavy řa- dí obvykle mezi kvalitní zaříze- ní, schopná autonomní činnosti, podle ministerstva existuje pro fúze řada ekonomických, funkč- ních i medicínských argumentů. Kromě redukce počtu organizač- ních složek státu má dojít k lep-

šímu využití kapacit jednotlivých subjektů, zefektivnění personál- ních záležitostí v rámci péče o lid- ské zdroje, a tedy i k celkově lepší- mu provozu těchto zařízení.

Odpor marný

S přínosy tohoto počínu však ne- souhlasí někteří zaměstnanci do- tčených zařízení. Nedlouho po představení ministerského návr- hu veřejnosti vstoupili do stávkové pohotovosti pracovníci Revmatol- ogického ústavu, kteří o přínos- sech reorganizace nejsou ani zda- leka přesvědčeni a trvají na své autonomii. „Žádáme analýzy dop- padů sloučení – podle nás není tak výhodné, jak tvrdí ministerstvo. Trváme na autonomii ústavu,“ ře- kl ČTK po dubnové schůzi zaměst- nanců revmatolog Jakub Závada. Za Revmatologický ústav se pak

postavila i Česká revmatologická společnost ČLS JEP a vědecká rada České lékařské komory. Ani hroz- ba revolty proti chystanému sluč- ování však Leoše Hegera nepřesvěd- čila, aby ze svého návrhu ustoupil či jej alespoň pozměnil.

MZ: Obavy jsou zbytečné

Podle ministerstva se zaměst- nanci nemusejí změny obávat. Jednotlivé fúze mají probíhat při zachování stávajících akademic- kých a výzkumných aktivit pří- slušných institucí. Leoš Heger se domnívá, že chystaná sloučení jsou racionální, správná a měla by být dotažena do konce.

„Rád bych zdůraznil, že výzkum- né a další aktivity, které vytváře- jí dobré jméno slučovaných orga- nizací, budou i nadále zachovány a stejně tak bude zachováno po-

stavení pracovníků, kteří se na těchto činnostech podílejí. Jejich práce si velice vážím, děkuji za ni a kolegům přeji mnoho úspěchů v dalším konání,“ ujišťoval mi- nistr zdravotnictví. (tkc)

Kdo bude fúzovat

- Revmatologický ústav se Všeob- ecnou fakultní nemocnicí v Praze
- Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně (FNUSA) a Centrum kardio- vaskulární a transplantační chirurgie (CKTCH) s Fakultní nemocni- cí Brno (FNB)
- Endokrinnologický ústav s Institu- tem klinické a experimentální me- dicíny (IKEM)
- Koordinační středisko transplan- tací (KST) se Státním ústavem pro kontrolu léčiv (SÚKL)
- Koordinační středisko pro resort- ní zdravotnické informační systé- my (KSRZIS) s Ústavem zdravot- nických informací a statistiky ČR (ÚZIS)

Inzerce A121011987

NOVINKA

MEDICAL NET 

Communication System

PROPOJUJEME SVĚT ZDRAVOTNICTVÍ

Připojte se!

- **Bezpečná elektronická komunikace**
- **Elektronické odeslání snadnější a rychlejší, než tisk**
- **Nálezy elektronicky přímo do dokumentace pacienta**
- **Řešení pro všechny lékaře a zdravotnická zařízení všech velikostí**

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

PC DOKTOR®, MEDICUS®, AMICUS®, CGM CLINICOM, CGM S4M

Díky technologiím použitých v systému MEDICAL NET je přenos citlivých dat v souladu s legislativními požadavky České republiky na ochranu osobních údajů.

Synchronizing Healthcare



Evropská zpráva o drogách za rok 2013 přináší nový vhled do situace české drogové scény

Česká protidrogová politika zaznamenává za letošní rok pozitivní posun, kterým je snížení užívání konopí českými kuřáky. Negativně ale česká drogová scéna ovlivňuje například Německo, kam se dostává pervitin vyrobený v České republice. Najevo také vychází požadavek na zvýšení počtu vstupů do léčby u českých narkomanů s hepatitidou C.

Evropské monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) urychlilo informování o drogové situaci v Evropě a zprávu o situaci za rok 2013 vydalo již nyní.

Pokles užívání konopí i heroínu

Národní protidrogový koordinátor ČR a výkonný místopředseda Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky Jindřich Vobořil uvedl, že jednou z dobrých zpráv pro českou drogovou scénu je pokles počtu problémových uživatelů konopí, ve kterém Česko po několik minulých let drželo nechalvalné prvenství. Dalším pozitivním faktem je pokles užívání heroínu v Evropě i u nás. Naopak stoupá počet uživatelů nových drog.

„V poslanecké sněmovně právě nyní probíhá diskuse o tom, jak by měla Česká republika pružněji reagovat na trh s látkami, které dosud nejsou pod kontrolou,

ale výrobci je často používají jako prekurzory drog. Hledá se cesta, jak tyto nové látky zařadit mezi zakázané,“ sdělil naší redakci Jindřich Vobořil.

Alarmující je také další šíření typicky české drogy pervitinu po evropských zemích, například v Pobaltí či Skandinávii. Přímo z Česka je však pervitin pašován pouze do sousedního Německa. „Země Evropské unie mají dobré intervenční programy pro uživatele heroínu, ale uživatelé pervitinu vyžadují velmi specifické typy služeb a na ně nejsou státy EU vůbec připravené,“ upozornil Jindřich Vobořil, který také informoval o tom, že se nyní spolu s dalšími členy Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky snaží nalézt prostředky na klinickou studii, která by se zabývala substituční léčbou pervitinu. „Pokud nalezneme zdroj prostředků, který by 10 až 15 milionů na studii zajistil, můžeme doufat, že čeští uživatelé perviti-

nu budou moci získat z rukou lékaře substituční léčbu,“ uvedl koordinátor.

Zvýšení vstupu do léčby

EMCDDA zároveň upozornilo na „skrytou“ epidemii často bezpříznakové hepatitidy typu C. Jak informoval vedoucí Národního monitorovacího střediska pro drogy a drogové závislosti Viktor Mravčík, evropské centrum se obává, že vzhledem ke stárnutí komunit dlouhodobých nitrožilních uživatelů se žloutenkou C bude častěji docházet k závažným komplikacím léčby.

Cílem, jenž se týká také České republiky, je zvýšení počtu pacientů, kteří se začnou léčit. „Vstupu do léčby v Česku brání nedostatek prostředků k nákupu rychlých testů. Druhým problémem je udržení těchto pacientů v terapeutickém procesu. Přestože jsou Česká hepatologická společnost ČLS JEP i Společnost infekčního lékařství ČLS JEP díky standardu

pro léčbu těchto pacientů aktivní a efektivní, stále se setkáváme s rezervovaným přístupem kliniků k léčbě aktivních uživatelů drog. U nich totiž hrozí vysoká adherence, tedy nízký efekt léčby. Proto je zapotřebí multidisciplinární přístup a spolupráce

s adiktology. Důležitá je například léčba deprese, která terapii hepatitidy provází,“ uvedl Viktor Mravčík.

Vedle toho potvrdil, že díky dohodě mezi odbornými společnostmi a zdravotními pojišťovnami mohou být v 17 garantovaných centrech v ČR podávány nové léky, které se aplikují navíc k interferonu a ribavirinu. Jde o inhibitory NS3/4A serinové proteázy viru – boceprevir a telaprevir.

Petra Klusáková

Návrh na převod čtyř nemocnic na Prahu se odkládá

Spory v pražské koalici, které vyústily v její rozpad, pohřbily spolu s ODS i plán na převod čtyř nemocnic z majetku státu na Prahu. Podle ministra zdravotnictví Leoše Hegera (TOP 09) už převod nemocnic není na pořadu dne.

O převod nemocnic na Prahu, který měl být součástí širšího plánu řešení zajištění zdravotních služeb v metropoli, usiloval bývalý primátor Bohuslav Svoboda (TOP 09). V době fungování pražské koalice ODS a TOP 09 získal i nezbytnou podporu ministra Leoše Hegera. Po rozpadu pražské koalice a při současném vyjednávání TOP 09 s ČSSD, která od začátku chystaný převod kritizovala a zásadně jej odmítala, už podle ministra nemá smysl ve Svobodově plánu pokračovat. Informaci přinesl server iDnes.

A skutečně, změnu priorit zúčastněných stran potvrzují jak představitelé TOP 09, tak i ODS. Kromě aktuální situace vzniknuvší po rozpadu koalice je podle Leoše Hegera důvodem pro odstoupení od plánu také skutečnost, že by akt převodu vyžadoval změnu legislativy. Pražskou politickou reprezentaci však vedou ke stejnému závěru – tedy nepokračovat v převodu nemocnic – i další důvody. Jiří Vávra, který šéfuje zastupitelům TOP 09, vyjádřil postoj své strany k převodu jasně: „V současné finanční situaci města to nepovažujeme za prioritní.“

Šťastný chválí ministra

Bývalý předseda pražské ODS a oponent někdejšího primátora Bohuslava Svobody Boris Šťastný rozhodnutí ministra chválí a potvrzuje tím, že ani soubor na pravici nedokáže odstranit jeho animozitu vůči stranickému sokovi.

„Tyto snahy byly vždy sólovou hrou exprimátora Svobody. Já vnímám, že v této ekonomicky nestabilní době, navíc rok před volbami, je to obtížně realizovatelný projekt,“ zdůraznil poslanec Šťastný a připomněl, že původně se jednalo pouze o převodu Nemocnice Na Bulovce a eventuálně Thomayerovy nemocnice. Avšak už původně zamýšlený plán prý nebyl ideální a jednání mezi ministerstvem a magistrátem neprobíhala zcela hladce.

Podle Leoše Hegera spočíval problémem především v tom, že Praha chtěla původně převzít Bulovku, ovšem žádala po ministerstvu, aby ještě před tím nemocnici zbavila vnitřního dluhu v oblasti investic. Ten v té době dle odhadu vedení nemocnice dosahoval přibližně půl miliardy, což tehdy ministerstvo odmítlo.

(fkc)

Odbory žádají tarifní platy i v univerzitních nemocnicích

(pokračování ze str. 1)

organizace nemohou vztahovat stejná pravidla při odměňování zaměstnanců jako u státních subjektů. Odbory v tomto smyslu požadovaly změnu zákoníku práce, pro kterou však nezískaly podporu garanta tohoto právního předpisu – ministerstva práce a sociálních věcí. Dle slov Martina Plíška se však odboráři nemesejí obávat zhoršení stávajících podmínek pro zaměstnance. Podle návrhu zákona má podmičky pro odměňování schva-

lovat správní rada univerzitní nemocnice složená ze zástupců státu, školy a kraje. „Správní rada bude nepochybně sledovat i určitý veřejný zájem pro odměňování zaměstnanců. Zakotveno je též kolektivní vyjednávání mezi managementy a odborovými organizacemi,“ shrnul náměstek Plíšek.

Univerzitní nemocnice také budou muset mít sociální fond, takže výdaje na sociální, kulturní a další potřeby zaměstnanců univerzitní nemocnice zůstanou zachovány na současné úrovni.

Další připomínky

Na programu tripartity byla také novela zákona o veřejném zdravotním pojištění, která upravuje činnost zdravotních pojišťoven. Mimo jiné má umožnit, aby pojišťovny bonifikovaly své klienty za dodržování léčebného programu ročně až 1000 korunami nebo přestaly pojištěncům platit obyčejné zubní plomby.

Odbory pošlou ministerstvu připomínky k normě do měsíce, novela se na program dostane znovu na příštím jednání tripartity.

(fkc, ČTK)

VZP odkrývá karty a ukazuje, kolik ji stojí onkologická péče

Ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny Zdeněk Kabátek v kontextu nekonečného boje s pražským protonovým centrem označil dostupnou a efektivní péči o pacienty s nejméně závažnými onemocněními za prioritu pojišťovny.

„Přestože přijímáme fakt, že onkologických diagnóz stále přibývá a rostou i náklady, trváme na objemech finančních prostředků, které tuto péči našim klientům zajistí. Počet onkologických pacientů vzrostl za poslední tři roky o 4300 osob, stejně tak náklady – oproti roku 2010, kdy VZP za tyto diagnózy zaplatila 10,6 miliardy, to v roce 2012 bylo již 11,4 miliardy. Tedy nárůst o jednu miliardu korun,“ vypočetl ředitel Kabátek. Pojišťovna přitom přiznává, že růst počtu pacientů je vyšší než tempo růstu nákladů.

Zdroje peněz na léčbu

„Chceme využít prostředky, které dokážeme ušetřit prostřednic-

tivím efektivního řízení. Další úspory vidíme v podpoře preventivních programů, kde lékaři díky včasným záchytům stanovují pacientům lepší prognózu a léčba vyžaduje nižší náklady,“ sdělil ředitel Kabátek naší redakci. K těmto úsporám patří také tlak na snižování cen léčiv prostřednictvím tzv. pozitivních listů.

Na prevenci vydává VZP ročně asi 1,2 miliardy korun, největší část tvoří záchyt nádorových onemocnění, konkrétně plně hrazená vyšetření kůže, varlat, *per rectum*, děložního hrdla, prsů, mamografické vyšetření, nepovinné očkování proti rakovině děložního čípku, test okultního krvácení ve stolici nebo kolonoskopie.

Adresné zvaní od srpna

Nově nyní pojišťovna do preventivních programů zahrne také adresné zvaní, na projektu se spolu s ministerstvem zdravotnictví zasazuje především Česká onkologická společnost ČLS JEP (ČOS) v čele se svým předsedou Jiřím Vorlíčkem. „Od příštího pololetí budou pojišťovny doporučeným dopisem zvat k cílenému vyšetření indikované pacienty ze tří českých screeningových programů – karcinomu prsu, karcinomu děložního hrdla a kolorektálního karcinomu. Zatímco u ženských typů je dosaženo nadpolovičního počtu vyšetření, u kolorektálního karcinomu je vyšetřeno pouze 20 procent indikovaných

pacientů. To bychom si prostřednictvím adresného zvaní přáli navýšit na 50 procent,“ uvedl profesor Vorlíček.

Prostředky na projekt adresného zvaní MZ čerpá z evropských fondů. „Projekt je spolufinancován Evropskou unií z Evropského fondu pro regionální rozvoj, konkrétně bude realizován v rámci programu ‚Služby v oblasti veřejného zdraví‘. Předpokládáme, že adresné zvaní by mělo být zahájeno během srpna tohoto roku,“ potvrdila naší redakci mluvčí ministerstva zdravotnictví Viktorie Plívová.

Podle ředitele Kabátka vydá VZP za péči vynaloženou na vyšetření v rámci adresného zvaní asi 300

milionů korun. Jakou sumu včasným záchytem uspoří, zatím pojišťovna odhadnout nedokáže.

Srovnat kvalitu v regionech

Onkologická zátěž je v České republice jedna z nejvyšších na světě. Ročně je nově diagnostikováno více než 77 tisíc zhoubných nádorů. Celkem v Česku žije přes 450 tisíc pacientů, kteří procházejí nebo se dříve léčili se zhoubným onkologickým onemocněním. „Přestože počty pacientů rostou, neusilujeme o neustálé navyšování prostředků na péči. Zároveň si ale uvědomujeme dopad současné ekonomické krize. Pokud se nezmění systém platby, kdy bychom uvítali platbu za pacientem, riskujeme, že se onkologická péče v ČR zhorší,“ upozornil profesor Vorlíček na nedokonalý systém paušálních úhrad péče v komplexních onkologických centrech (KOC). Podle jeho názoru je nyní důležité odstranit regionální rozdíly v kvalitě péče jednotlivých KOC a dosáhnout pro pacienty rovného přístupu k léčebným možnostem. **Petra Klusáková**

Jaká je skutečná cena protonů?

Spory okolo pražského protonového centra (PTC) neberou konce. Mediální prohlášení zdravotních pojišťoven o jejich ochotě platit nákladnou terapii indikovaným pacientům střídají informace o hrozící exekuci na PTC a veřejnost je svědkem řady protichůdných informací o skutečné ceně protonové terapie.

Pražské centrum protonové terapie, které zahájilo svou činnost koncem minulého roku, se stále potýká s neochotou zdravotních pojišťoven hradit českým pacientům jím nabízenou nákladnou terapii. Gigantická investice, která dle PTC dosahuje 3,5 miliardy korun, by tak nakonec mohla propadnout, aniž by přinesla užitek většímu počtu českých pacientů. Hlavní linie sporu mezi zdravotními pojišťovnamí a PTC totiž vede skrze dohady o ceně za léčbu jednoho pacienta, respektive za jednotlivou frakci ozařování.

Podle zdravotních pojišťoven žádá pražské centrum ve srovnání s Evropou příliš vysoké částky, a tak prý jim nezbyvá nic jiného než posílat pacienty, pro které je tato terapie vhodná, do center v zahraničí – především do německého Mnichova, ale také do švýcarského Villigenu. Podle šéflékaře pražského PTC Jiřího Kubeše

jsou ovšem ceny u nás srovnatelné se zahraničím i konkrétně s Mnichovem.

Virtuální spor?

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP), Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra (ZPMV) a Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP) vydaly společně prohlášení, v němž veřejnost ujišťují, že ačkoli léčba protonovým zářením není v ČR hrazena z veřejného zdravotního pojištění, v indikovaných případech pacientům léčbu uhradí. „Pokud některému z pacientů může pomoci jen protonová léčba a doporučí ji lékař z onkologického centra, všechny tři zdravotní pojišťovny ji uhradí,“ slíbily pojišťovny ve svém prohlášení.

Kámen úrazu pro pražské PTC však vězí v tom, že se zdravotní pojišťovny zdráhají proplácet tuto moderní léčbu zdejším cen-

tru, přičemž jako důvod uvádějí vyšší nabízenou cenu. Dosud tak zdravotní pojišťovny hradily tuto léčbu v Praze pouze v několika málo případech. Podle představitelů PTC však pojišťovny matou veřejnost, neboť centrum je prý schopno poskytovat služby minimálně za stejné ceny.

„Pokud by VZP uzavřela s PTC smlouvu, měla by garantovanou maximální cenu 550 tisíc korun za jednoho pacienta,“ konstatoval v „Otázkách Václava Moravce“ Jiří Kubeš, čímž popřel údaje zdravotních pojišťoven, podle nichž má pražské centrum téměř dvakrát vyšší ceny (viz box).

Platit musí PTC

Místo kýžených smluv se zdravotními pojišťovnamí se ovšem PTC zatím dočkalo spíše pravého opaku. Internetový deník Insider před pár týdny přišel s informací, že VZP začala na centru

vymáhat půlmilionový dluh na pojistném za jeho zaměstnance. Dle údajů největší zdravotní pojišťovny se jedná o částku 562 417 korun, kterou je VZP připravena vymáhat i prostřednictvím soudní exekuce.

V reakci na tuto zprávu a v rámci mediálního souboje obou institucí se zaměstnanci PTC, kteří jsou pojištěni u VZP, demonstrativně rozhodli od pojišťovny odhlásit. „VZP opakovaně ve svých prohlášeních znevažuje odbornou úroveň pražského protonového centra, jeho lékařů, klinických fyziků a dalšího personálu. Ve svých oficiálních prohlášeních zpochybňuje přínos protonové terapie a svým klientům neposkytuje úplné a pravdivé možnosti o léčbě nádorových onemocnění,“ prohlásili zaměstnanci v odůvodnění svého kroku. **(fkc)**

Rozdíly v cenách podle zdravotních pojišťoven

Zatímco z pražského PTC zní garance maximální ceny za léčbu jednoho pacienta ve výši 550 tisíc korun, zdravotní pojišťovny prezentují odlišné údaje.

• **Případ první:** gletý chlapec s nádorem mediastina. Kompletní terapie vyžaduje 39 frakcí. ZPMV vyžádaná kalkulace u PTC: 26 000 Kč/1 frakce – celkem 1 014 000 Kč. Kalkulace protonového centra v Mnichově: 13 800 Kč/1 frakce – celkem 538 200 Kč. ZPMV schválila léčbu v Mnichově.

• **Případ druhý:** Nemocná 39letá žena s nádorem mozku. Kompletní terapie si vyžaduje 27 frakcí. Kalkulace v Praze: 26 000 Kč/1 frakce – celkem 702 000 Kč. Kalkulace v Mnichově: 18 900 Kč/1 frakce – celkem 510 300 Kč. ZPMV schválila léčbu v Mnichově.

(Zdroj: ZPMV, ČPZP, VZP)

Kritika pozitivních listů míří na rizika lékové substituce

Česká lékárnická komora (ČLnK) upozornila na možné negativní dopady záměny léků, které nově vymezuje pozitivní list Všeobecné zdravotní pojišťovny. Podporu názoru, že časté střídání léků může komplikovat léčbu, vyjadřuje také zástupce Farmakologického ústavu 2. a 3. LF UK Jiří Slíva.

ČLnK slovy svého prezidenta Lubomíra Chudoby nedávno vyjádřila obavu nad systémem úspor Všeobecné zdravotní pojišťovny prostřednictvím pozitivních listů. Doporučeným seznamem nejnižších generických léků, za které po dohodě s výrobcem pojišťovna zaplatí méně a pacient nebude nic doplácet, chce VZP dosáhnout milionových úspor. ČLnK ale kritizuje postup, jakým se o racionální preskripci pojišťovna snaží.

„Způsob výběru léčiv pro zařazení na pozitivní list VZP je netransparentní. Je s podivem, že si nejvýznamnější zdravotní pojišťovna dovolila bez veřejné soutěže uzavřít skryté dohody fakticky s jediným výrobcem, jehož léčivé přípravky cestou pozitivního listu sílou vnucuje zdravotnické veřejnosti a pacientům. Česká lékárnická komora doporučuje pacientům, aby se na své léky informovali v lékárnách. Zdravotní pojišťovny vyzývá, aby pro příště své pozitivní listy prezentovaly jako pouhé doporučení a omezily četnost jejich aktualizací na minimum,“ říká prezident Chudoba.

Záměna léků je riziková

Lékařníci upozorňují na fakt, že pozitivní listy mají několik více či méně skrytých úskalí. „Především opomíjí, že záměna za lék doporučený pojišťovnou není vhodná pro každého pacienta. Na to Česká lékárnická komora upozorňuje již několik let a připouští to i samotná VZP,“ upozorňuje Lubomír Chudoba.

Zastánci terapeuticky motivované záměny léků argumentují především zákonem o léčivech, který stanovuje rozmezí shody farmakokinetických profilů originálních a generických léků (80–125 %). Absolutní překrývání plasmatických profilů tedy požadováno není, zdánlivě irelevantní rozdíly však podle některých odborníků na farmakologii mohou komplikovat léčbu.

„Dané rozmezí je skutečně považováno za klinicky nevýznamné

a v praxi tomu tak povětšinou i je. Existují však některé skupiny léčiv, jež mají takzvané úzké terapeutické rozmezí – malý rozdíl mezi minimální a maximální terapeutickou hladinou. V takovém případě může i tento na první pohled nevýznamný rozdíl být velmi podstatný, jestliže nemocný začne užívat lék, byť se stejnou účinnou látkou, ale od jiného výrobce. Nehovoříme zde pouze o rozdílu mezi originálním a generickým léčivem, ale o rozdílech obecně. Čistě teoreticky tak nemocný může být léčen generickým přípravkem, jehož plasmatické hladiny byly u horní hranice, a následně přípravkem s dolními hranicemi koncentrace ve srovnání s originálním léčivem. V takovém případě jsou hladiny účinné látky rázově poloviční a lék nemusí u nemocného vůbec účinkovat. V opačném případě je nemocný naopak vystaven riziku nežádoucích účinků, případně lékových interakcí,“ sdělil naší redakci lékař Farmakologického ústavu 2. a 3. LF UK v Praze Jiří Slíva.

Podle jeho slov je ale ještě rizikovější záměna mezi generiky navzájem. „Velmi obecně jsou dvě generická léčiva komparována oproti referenčnímu přípravku, který je nahlížen jako určitý standard. Zjednodušeně je možné říci, že při jejich schvalování se oproti tomuto přípravku liší pouze v mezích daných zákonem. Rozdíly mezi generiky navzájem však mohou být ještě výraznější,“ dodává farmakolog.

Problém generické substituce antiepileptik

Příkladem léků, které mají úzké terapeutické rozmezí, jsou například antiepileptika nebo antiarytmika, u nichž Jiří Slíva upozorňuje na problematiku záměny běžně užívaného levotyroxinu. „S odkazem na nedávno prezentované práce se změna může dotýkat i některých analgetik v čele s oxycodonem jakožto silným opioidem, a to nikoli



Jiří Slíva

pouze z hlediska absolutní hodnoty naměřené plasmatické koncentrace, ale spíše její dynamiky, s čímž úzce souvisí i intenzita bolesti, tedy odlišná doba nástupu účinku či jeho odlišné trvání,“ dodává farmakolog. Trvá na tom, že záměna jednoho léčiva za druhé, byť obsahuje tutéž účinnou látku, nelze rozhodně nelze brát na lehkou váhu, a připomíná také doporučení odborných společností. Při zahájení léčby je možné užít jak originální, tak i generický přípravek, ovšem u kompenzovaných nemocných je jakákoli změna terapie nežádoucí. Pokud již ale k záměně léku dochází, jednotlivé

odborné společnosti doporučují intenzivnější kontrolu nemocného se zaměřením na účinnost i přítomnost nežádoucích účinků, a to za pečlivého sledování plasmatických hladin účinné látky. Zde lze tedy očekávat zvýšení počtu výkonů a tím pádem prodražení péče.

Bez doplatku nejen generika z listu

Zástupcům lékárníků vedle toho vadí, že VZP chce v pacientech vyvolat mylný dojem, že zatímco lék z pozitivního listu je bez doplatku, jiné léky dané skupiny jsou s doplatkem. „Opak je pravdou. VZP dosud na pozitivní list zařadila pět léků. Ke každému z nich existují alternativy bez doplatku. Pacienti proto nemají nejen zdravotní, ale ani ekonomické důvody k přechodu na léky z pozitivního listu,“ říká Lubomír Chudoba.

Zároveň Jiří Slíva upozorňuje na situaci, kdy po vstupu generika na trh sníží na jeho úroveň cenu také výrobce originálního léku, takže příliš neplatí teze, že by originály svojí cenou zásadně převyšovaly cenu generik. „Pro korektnost je třeba zmínit nezastupitel-

nost generických společností, které zajišťují možnost pokrytí poptávky po kvalitních lécích pro větší počet nemocných, s čímž jde ruku v ruce pokles ceny. Pojišťovny tak za stejné prostředky rázem mohou hradit léčbu více nemocným. Léčba tedy může být vedena velmi kvalitně originálním i generickým přípravkem. Riziková je však dle mého pohledu možná záměna, která je velmi častá, nemluvě již o hledisku nemocného, který může ztratit přehled o způsobu a správnosti užívání svých léků, jestliže se mu záměna řádně nevysvětlí. Originální a generický přípravek se často liší i obsahem pomocných látek, které mohou modifikovat chuť či zápach, ovšem v tomto směru nelze paušalizovat,“ míní Jiří Slíva, podle něhož při zachování doporučujícího charakteru pozitivních listů léčba *lege artis* ohrožena nebude.

Takový názor však nesdílí ČLnK. „Lékařům a lékárníkům se VZP pokouší přikazovat, aby při léčbě pacientů používali pouze doporučené léky z pozitivního seznamu. Bez ohledu na to, že lze *lege artis* použít jiné léky, které lékaři považují za vhodnější či na které jsou pacienti zvyklí. Pozitivní list má být každých 6 až 12 měsíců aktualizován. Zaměstnanec pojišťovny plánují aktualizaci dokonce každé 3 měsíce. Pacienti by se tak při prakticky každé návštěvě lékaře dočkali jiného předepsaného léku. To zvýší nebezpečí duplicitního či nesprávného užívání a zhorší kontrolu terapie,“ uzavírá prezident komory Chudoba.

Petra Klusáková

Doporučení vázaná na ekonomickou penalizaci

Důsledky zavedení pozitivních listů do praxe, potenciál a zkušenosti se záměnou originálních a generických léků popsal naší redakci vedoucí lékař Centra pro léčbu bolesti Anesteziologicko-resuscitační kliniky Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně MUDr. Marek Hák, Ph.D.

Preferujete ve své praxi používání originálních léčiv před generiky?

Nelze říci, že jednoznačně preferuji pouze originální léky. Důležitá je obdobná cena originálního léku a doplatek pro pacienta. V případě, že originální lék se v tomto výrazněji neodlišuje od generika, nevidím jediný racio-

nální důvod pro použití generických náhrad. Všechny klinické studie jsou prováděny s originálním lékem, nikoli s generikem, výsledky jsou tedy dle mého názoru aplikovatelné opět pouze na originál a jeho jednoznačné deklarované složení. I ta nejlepší generika se mohou k vlastnostem originálu pouze přiblížit.

Jaké máte v tomto ohledu zkušenosti při léčbě bolesti?

V případě léčby bolesti je to vcelku jednoznačné – vidíme nejen rozdíly mezi originálem a generikem, ale i mezi různými generiky navzájem. Zatímco některá se mohou originálu vlastnostmi i velmi blížit, jiná požadovaných vlastností dosahují méně často.



Je pro vás bioekvivalenční studie (posuzování koncentrace léčiva v krvi u zdravých jedinců) zárukou standardní léčby? Problematika je daleko složitější. Jednak je velký rozdíl, zda jednou pacient dostane místo 100 mg

účinné látky pouze 80 a jindy naopak 120 mg, kromě toho záleží na technologii výroby tablety, na systému uvolňování a na ostatních látkách obsažených v léku. V neposlední řadě hraje roli snadnost aplikace, chuť, vylupování z blistry, otvírání krabičky a další faktory. Řada pacientů je navíc handicapována v oblasti jemné motoriky, starší pacienti špatně vidí a tak dále.

Jak ve stínu těchto informací vnímáte pozitivní listy zdravotních pojišťoven, které budou každého půl roku lékařům doporučovat jiný lék, a to vždy generikum? Nepove-

dou navíc rychlé změny medicíny k celkově vyšším nákladům na péči?

Většina mých pacientů jsou senioři užívající více léků; již nyní je pro ně obtížné si zvyknout jak a kdy lék správně užívat. Pokud jim jednou za půl roku vyměníme všechny krabičky za jiné, s jinou barevnou kombinací a jiným názvem, povede to pouze k záměnám různých léků na různé nemoci.

Obávám se, že budeme ve zvýšené míře čelit výrazným nežádoucím účinkům z předávkování jedněch a poddávkování druhých léků. Ostatně již i tak u seniorů vidíme, že řada z nich netoleruje

ani záměnu v rámci jedné účinné látky různými výrobci. Je tedy opravdu otázkou, zda léčba těchto nežádoucích účinků nakonec nebude dražší než ponechání volby preskripce léku pouze na lékaři.

Přestože mají pozitivní listy doporučující charakter, nebude jimi ohrožena léčba lege artis?

Pokud budou mít pouze doporučující charakter, vliv na léčbu lege artis by mít neměly. Je v zájmu nás všech vést racionální farmakoterapii s přihlédnutím i k ceně léku a je pozitivní, že budu vědět, který lék je nejlevnější. Bojím se však, že v pozitivních listech bu-

dou obsažena spíše méně kvalitní generika a že forma doporučení bude vázána na ekonomickou penalizaci pracoviště.

Mohu se tedy svobodně rozhodnout, zda budu léčit určeným generikem a v případě překročení preskripčního limitu budu mít šanci na částečné odpuštění regulační srážky, nebo budu léčit lékem dle mého názoru nejvhodnějším, ale šanci na částečné odpuštění regulační srážky mít nebudu. Tuto variantu si však v současné době tvrdých ekonomických restrikcí ambulantních specialistů nikdo nebude moci dovolit.

(klu)

Valná hromada POUZP představila své vize a zvolila nové vedení

Ve Fakultní nemocnici u Sv. Anny v Brně se 26. května po čtyřech letech konala volební valná hromada Profesionální a odborové unie zdravotnických pracovníků (POUZP). Byla na ní zvolena nová Rada POUZP.

Valné hromady se zúčastnilo na osmdesát delegátů z celé ČR, kteří zvolili svou novou celorepublikovou radu a dozorčí a kontrolní komisi (DKK). Celkem do Rady POUZP kandidovalo čtrnáct uchazečů, z toho deset ze stávající rady. Volby proběhly tajným hlasováním a výsledky byly do jisté míry překvapivé. Do jedenáctičlenné Rady POUZP opět zasedne sedm členů z původního obsazení a čtyři noví členové, kteří vzešli z návrhů jednotlivých základních organizací.

Rada si pak ze svého středu, již veřejným hlasováním, zvolila pětičlenné předsednictvo, to pak následně svého předsedu a dva místopředsedy. Post předsedy obhájil stávající předseda Tomáš Válek, posty dvou místopředsedů pak Karla Vrllová a Lenka Bárťová. Do předsednictva dále zasednou Pavla Minčlová a Zora Veselá. Velkým překvapením bylo nezvolení stávající místopředsedkyně pro vědu, výzkum a vzdělávání Ivy Kubátové, která tak v Radě POUZP končí, zůstává však jako první náhradnice a aktivní spolupracovnice. Post

předsedkyně DKK obhájila Marie Vrabcová.

Nová edukační centra

V rámci valné hromady byly představeny vize pro následující čtyřleté období, které mají výrazným způsobem posunout POUZP směrem k profesnímu růstu svých členů, založení nových edukačních center a posílení činnosti současných. „Podmínky založení nových edukačních center nejsou nijak specifické, především se jedná o doplnění naší činnosti v chybějících regionech a z toho vyplývající poptávku po vzdělávacích akcích patričního směru,“ uvedl ke zřizování center Tomáš Válek s tím, že nechce být ohledně jejich lokalizace konkrétní, protože jde o určitou marketingovou strategii POUZP, které by mohla využít jiná profesní skupina či soukromý subjekt.

„Pokud jde o profesní růst členů POUZP, jeho potřeba je daná – vycházíme ze skutečnosti, že ze strany členské základny jasně vyvstala poptávka po řešení konkrétních nedostatků sester, které je třeba eliminovat a předejít

tak zbytečným konfliktům se zaměstnavatelem, popřípadě s pacienty a jejich rodinami. Jde například o chybějící nutné právní povědomí či ekonomické znalosti,“ vysvětlil potřebu edukačních aktivit Tomáš Válek.

Spolupráce se slovenskými sestrami

Dalším krokem, na kterém se valná hromada POUZP usnesla, je prohloubení již započaté kooperace se Slovenskou komorou sester a pôrodných asistentiek, se kterou má POUZP jako jediná profesní organizace v Česku uzavřenou smlouvu o spolupráci. Dále Rada POUZP plánuje osobně navštívit všechny zřizovatele zdravotnických zařízení, ve kterých má své základní organizace, chystá se jednat i s managementy těchto zařízení. POUZP jen v letošním roce začala úzce spolupracovat s několika strategickými partnery, kteří se budou spolupodílet na profesním růstu členů unie a všech zdravotnických pracovníků i pracovníků v sociálních službách.

David Daniel

Nejdražší pacient VZP stojí 54 milionů korun za rok

VZP poprvé zveřejnila tabulku nejnákladnějších pacientů. Mezi nejdražší pacienty nepatří ani tolik onkologické, jako převážně diagnózy poruch metabolismu a poruch srážlivosti krve.



Ilustrační foto: Shutterstock

Dvacet pacientů, za které VZP vydá ročně nejvíce peněz, přijde dohromady na více než 281 milionů. Největší podíl na vysokých nákladech za léčbu tvoří u všech dvaceti uvedených klientů VZP cena léčiv. Například u nejdražšího pacienta se na celkových 53 milionech korun podílí jeden konkrétní lék částkou 48,5 milionu korun.

Jedním důvodů, proč VZP data zveřejňuje, je snaha, aby veřejnost byla informována o nákladnosti zdravotní péče. Dalším důvodem je potřeba vyvrátit dezinformace, že se pojišťovna zbavuje drahých pacientů nebo že se všemožně snaží poskytovat jim jen tu nejlevnější léčbu bez ohledu na kvalitu,“ uvedl mluvčí VZP Oldřich Tichý.

Pozitivní listy i protony

VZP se dle slov svého mluvčího snaží o úspory v segmentech, kde byly

doposud vysoké výdaje zbytečné. Jako příklad mohou posloužit pozitivní lékové listy. S jejich pomocí se VZP snaží vést lékaře k předepisování ekonomicky nejméně náročných přípravků, které ovšem kvalitou splňují veškeré vysoké požadavky kladené na léčiva. Dalším příkladem úspor je dohoda VZP s mnichovským protonovým centrem, že bude klientům VZP poskytovat protonovou terapii za výrazně nižší ceny, než jaké požaduje protonové centrum v Praze,“ vysvětlil mluvčí Tichý s tím, že při veškeré snaze o úspory musí být ovšem vždy zaručena prvotřídní kvalita péče. „Podstatné je, že všechny takto ušetřené peníze se vrátí do systému veřejného zdravotního pojištění a díky nim může dostat kvalitní a leckdy i hodně drahou péči více klientů VZP,“ uzavřel mluvčí VZP.

(red)

Internisté představili Národní program komplexní interní péče

Česká internistická společnost ČLS JEP (ČIS) představila Národní program komplexní interní péče (NPKIP). Kromě z názvu vyplývající komplexnosti je kladen důraz na prevenci a včasné odhalení chorob spojených se životním stylem dnešních lidí a stále se zvyšujícím věkem dožití.

Podle tvůrců programu je obecným cílem zlepšení zdravotní péče v české realitě na počátku třetího tisíciletí. Za onou realitou se dle internistů skrývá především prodlužování věku dožití, které s sebou přináší epidemie metabolických, kardiovaskulárních a dalších onemocnění, jež

souvisejí se současným životním stylem obyvatel. Problémem jsou zejména kombinace těchto onemocnění, které se dostávají s věkem.

Draží specialisté

Řešením zdravotní situace významně polymorbidní populace

je dle ČIS především komplexní přístup široce orientovaného specialisty, který staví na kvalitně vybudovaném systému primární péče a využívá superspecializované péče v přesně specifikovaných situacích.

Předseda ČIS Richard Češka si prý uvědomuje nákladnost péče, kterou současná medicína umožňuje, jakož i „suboptimální ekonomickou situaci“. A právě z tohoto důvodu je podle jeho slov třeba klást důraz na kvalitní primární péči, jež je zpravidla méně finančně nákladná. „Národní program interny znamená pro pacienta především to, aby nemusel běhat od jednoho superspecialisty k druhému, ale aby se pokud možno i o komplikovaného pacienta postaral především jeden lékař,“ doplnil profesor Češka pro ČTK. Ministr zdravotnictví Leoš He-

Srovnání počtu lékařů v jednotlivých oborech		Srovnání počtu lůžek v jednotlivých oborech	
vnitřní lékařství	3565	vnitřní lékařství	10 091
kardiologie	833	pneumologie	1382
pneumologie	622	kardiologie	1089
diabetologie/endokrinologie	437	gastroenterologie	159
gastroenterologie	360	revmatologie	89
nefrologie	180	nefrologie	88
revmatologie	174	diabetologie	57

(Zdroj: ČIS ČLS JEP)

ger (TOP 09), který byl přítomen představení programu, se domnívá, že medicína by se měla vrátit „ke svým kořenům“, kterým by měla dávat přednost před úzkými specializacemi, jež jsou dle jeho názoru v současnosti využívány více, než je nezbytně nutné.

Páteří obor

Podle profesora Češky je interna páteřním oborem našeho zdravotního systému a její význam v důsledku již zmíněného zvyšování věku dožití dále stoupá. ČIS pro demonstraci uvedla statistiku, která odráží negativní trend nárůstu polymorbidit. Až polo-

vina lidí ve věkové kategorii nad 65 let trpí alespoň třemi chronickými onemocněními, pětina jich má dokonce pět a více.

I na tomto příkladu se tak dle názoru Richarda Češky potvrzuje nutnost pojmát medicínu komplexně. „Interna se neizoluje od ostatních oborů, spolupráce je nezbytností. V primární péči a preventivní činnosti se opírá o spolupráci se všeobecnými praktickými lékaři, v případě potřeby složitých, především instrumentálních zákroků spolupracuje se superspecialisty,“ uzavírá ČIS.

Filip Kůt Citores

O programu

Program představuje vizi vývoje interny v příštích letech podle názoru výboru České internistické společnosti ČLS JEP. Vychází ze stručné analýzy zdravotních a demografických trendů v ČR a určuje místo interny jako oboru.

Vlastní část je věnována lůžkové interně, od příjmového oddělení přes standardní lůžka až k jednotkám intenzivní péče.

Ambulantní interna pak podle programu má sloužit především

pro morbidní komplikované nemocné.

Zvláštní část programu je věnována mezioborové spolupráci, vzdělávání a dalšímu rozvoji interny.

(Zdroj: ČIS, NPKIP)

Zlepšení postavení osob se zdravotním postižením

Vyrovňování příležitostí osobám se zdravotním postižením v České republice – od zmrazené novely k podpoře v zaměstnávání.

Ministerstvo zdravotnictví vyhlásilo 2. kolo „Programu vyrovnávání příležitostí“ (PVP) pro občany se zdravotním postižením pro rok 2013. Program má na starosti oddělení zdravotně sociálních služeb MZ. Dotaci lze poskytnout pouze na úhradu výdajů spojených s realizací investičních akcí ve prospěch osob se zdravotním postižením.

„Konkrétně jde o podporu zlepšení podmínek využitelnosti zdravotní péče osobami se zdravotním postižením respektováním specifických potřeb občanů se smyslovým či mentálním postižením nebo osob s vážným omezením hybnosti. Dalším okruhem podpory jsou dotace pro centra rehabilitace s důrazem na specializaci pro jednotlivé skupiny osob se zdravotním postižením. Žádost spolu s povinnými přílohami je

možné zasílat do 21. 6. 2013 včetně,“ informovalo MZ.

Novela vládu nezajímá

Zároveň ale v těchto dnech poslankyně za Věci veřejné Jana Drastichová a Kateřina Klasnová opakovaně kritizují nečinnost vlády, která se již v únoru odmítla zabývat novelou zákona č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením. Poslankyně upozornily vládu na negativní dopad sociální reformy prosazené exministrem Jaromírem Drábkem (TOP 09). Současný systém vede v řadě případů k odebrání průkazů ZTP (zvláště těžké postižení) a snižování příspěvků na péči pro rodiče dětí se zdravotním postižením.

„Jsou to právě děti, které jako první doplácí na novou legislativu. Například pokud dosud by-

lo dítě vedeno ve stupni III (těžká závislost), nový posudek mu přisoudil jen lehkou závislost v rámci I. stupně. To znamená propad z pravidelného měsíčního příspěvku 9000 na 3000 korun, což má fatální důsledky pro rodiče, který se rozhodne o dítě pečovat,“ uvedla nedávno ve sněmovně Kateřina Klasnová.

Zaměstnanec roku se zdravotním postižením

Nestátní podporu osob se zdravotním postižením poskytuje také Nadační fond pro podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením (NFOZP), který v květnu vyhlásil třetí ročník soutěže „Zdravotně postižený zaměstnanec roku 2013“. Až do 15. září 2013 mohou společnosti nominovat dva své zaměstnance, kteří jsou osobami se zdravotním

postižením. Soutěžít mohou zaměstnanci z chráněného i běžného trhu práce.

„Na myšlenku vyhlásit soutěž nás přivedl fakt, že stojí za to nejenom zviditelňovat a podporovat samotné kvalitní zaměstnavatele osob se zdravotním postižením a jejich produkty, ale také jejich zaměstnance, kteří se podílejí na úspěchu a rozvoji firmy,“ sdělila k soutěži ředitelka NFOZP Hana Potměšilová, která upozornila na fakt, že tým, kde pracuje člověk se zdravotním postižením, bývá výkonnější než tým zdravých zaměstnanců, je v něm méně absencí kvůli krátkodobým nemocem i lepší sociální klima.

Pojišťovna pomůže studentům

Všeobecná zdravotní pojišťovna se v těchto dnech zapojila do projektu Metropolitní univerzity Praha a NFOZP a umožní získat odbornou praxi deseti studentům

s pohybovým postižením. „Ve VZP jsou studenti zařazeni do různých oddělení podle typu studijního oboru či již získaných pracovních zkušeností. Minimální délka praxe je 80 hodin v průběhu 5 měsíců, maximálně pak 15 hodin týdně do konce roku 2014, kdy projekt končí,“ vysvětlil mluvčí VZP Oldřich Tichý, zároveň připomněl, že v pojišťovně v tuto chvíli pracuje 80 zaměstnanců se zdravotním postižením.

„Není novinkou, jak je pro absolventy těžké najít po škole zaměstnání. Mladí lidé s postižením jsou na tom ještě hůře. Zejména proto vidím v tomto projektu opravdu smysl,“ říká zaměstnanec VZP a medailista paralympijských her v Londýně i Pekingu David Drahonínský. Podle mluvčího Tichého je přitom pravděpodobné, že s některými studenty se pojišťovna dohodne na další spolupráci i po skončení tohoto projektu.

Petra Kluskálová

Janské lázně bez ředitele, nastoupí Šimurda

Ministerstvo zdravotnictví odvolalo kvůli zhoršující se ekonomické situaci podniku ředitele Janských Lázní Romana Koudeleho. Nepřijal prý potřebná opatření ke zlepšení situace. Oponenti vidí problém spíše v indikačních seznamech.

Podle slov ministra zdravotnictví Leoše Hegera by měla být zachována zdejší dětská léčebna Vesna. Proti jejímu uzavření byla zorganizována i petice.

Krise lázeňství

Ministr Heger ve svém vyjádření uvedl, že si uvědomuje náročnou

situaci v českém lázeňství, které se musí vypořádat s rychlým vývojem medicíny i nedostatkem financí. „Na druhou stranu tento stav byl zcela očekávatelný a řada lázeňských zařízení se mu také přizpůsobuje. V Janských Lázních ale patřičná opatření přijata nebyla,“ dodal ministr.

Zároveň také ubezpečil pacienty dětské léčebny Vesna i jejich rodiče, že ministerstvo nemá zájem na tom zařízení zavřít. Návštěvnost Janských Lázní ale podle ministerstva rok od roku klesá a bez manažerských zásahů se jejich další vývoj neobejde. Dle názoru zástupců ministerstva lze ekonomickou situaci stabilizovat zejména rozšířením poskytovaných služeb v rehabilitaci.

Odvolaný ředitel ovšem podle vyjádření ministerstva nezajistil smlouvy na léčebně-rehabilitační péči se zdravotními pojišťovnami a nevyužil ani údajný potenciál k rozvoji. „Janské Lázně mají vedle své tradice i ideální polohu uprostřed rekreační oblasti. Například tohoto potenciálu nebylo využito, stejně tak nebyla zajištěna potřebná propagace k podpoření návštěvnosti samoplátců, rekreantů a podobně,“ uvedl náměstek MZ Marek Ženíšek.

Dočasný manažer

Ministr se rozhodl nahradit ředitele Romana Koudeleho Josefem Šimurdou, který by se měl jako krizový manažer pokusit



Janské Lázně, dětská léčebna Vesna. | Foto: janskkelazne.com

situaci stabilizovat. Dosud vedl ekonomický úsek Zdravotnického holdingu Plzeňského kraje, v minulosti působil například v nemocnicích v Náchodě a v Pardubicích. Janské lázně povede od začátku června. Ministerstvo zdravotnictví se chystá po 6 až 9 měsících vypsat výběrové řízení na nového ředitele.

„Vím, že stabilizace současného stavu je úkol nelehký, věřím ale, že reálný. Jak rychle to bude objektivně možné, ukáže až podrobnější seznámení s ekonomickými ukazateli stavu hospodaření podniku. V první řadě udělám maximum možného, aby péče o dětské pacienty v léčebně Vesna zůstala zachována,“ ubezpečil Josef Šimurda.

Problematický seznam

Kvůli nedostatku financí láním hrozilo nejen uzavření dětské léčebny, ale také propuštění 80 z celkových 400 zaměstnan-

ců lázní. Roman Koudele, který vedl lázně od roku 1990, podle svých slov nepochybil. „Na krizovou situaci jsem dlouho dopředu upozorňoval ministerstvo. Udělal jsem vše, co bylo v mých silách, aby Janské lázně fungovaly,“ uvedl. Za problémy zařízení podle něj stojí úbytek pacientů po vydání nového indikačního seznamu.

Jeho slova potvrzuje i zástupkyně petičního výboru Hana Pánková, která odvolání ředitele označila za překvapivé. Pod peticí za zachování Vesny se podepsalo 20 tisíc lidí. „Poslední zprávy byly, že změny, včetně možného uzavření Vesny, se přesouvají ze září na konec roku a dál se uvidí,“ sdělila Hana Pánková a vyjádřila skepsi nad tím, zda převedení části lůžek na rehabilitační vyřeší situaci. „Klíčová není změna vedení, ale indikačních seznamů,“ zdůraznila.

(ISO, ČTK)

Nemocnice Prostějov nově digitalizuje rentgeny

Radiodiagnostické pracoviště Nemocnice Prostějov, která je členem skupiny Agel, začalo digitalizovat rentgenové snímky. Významně se tím zkracuje doba vyšetření. Investice do modernizace oddělení dosáhla 6 milionů korun.

Digitalizace skiografického oddělení již proběhla v Šumperské nemocnici nebo ve Fakultní nemocnici Olomouc. Agel plánuje přejít na digitální data rovněž v Nemocnici Přerov.

Větší pohodlí a rychlost

Nová technologie už nevyžaduje vyvolávání snímků na světlocitlivé fólie a umožňuje jejich digitální ukládání přímo do počítače. Lékaři si tak mohou prohlédnout snímek přímo na monitoru. Zkracuje se doba vyšetření pacienta a podle lékařů se také zlepšuje diagnostika.

„Výhodou digitalizace je čas, během kterého je snímek zpracován a odeslán indikujícímu lékaři, a také zvýšená kvalita obrazu s možností jeho další úpravy. Jedná se o zkvalitnění a urychlení léčebně-diagnostického postupu,“ uvedl primář radiodiagnostického oddělení Nemocnice Prostějov Martin Folprecht.

Výhody metoda skýtá i pro zdravotnický personál. „Snímek je téměř okamžitě k dispozici, lze jej digitálně upravovat a rozesílat na další destinace v síti. Než pacient dorazí do ordinace, může mít lékař snímek prostudován a lze bezprostředně začít s léčbou,“ vysvětlil primář ortopedicko-traumatolo-

gického oddělení nemocnice Pavel Pilař.

Lepší dostupnost

Přínosem digitální skiografie je i spolehlivá dostupnost snímku například přes ePACS. Radiodiagnostický personál může bez problémů předat snímek dalším účastníkům v síti i mimo nemocnici a konzultovat s odborníky z jiných pracovišť.

„Pokud je potřeba odeslat dokumentaci mimo nemocnici, je možné záznam vypálit na CD nebo umožnit přístup přes zabezpečený prohlížeč,“ uvádí lékařský ředitel Středomoravské nemocniční, která nemocnice v Prostějově, Přerově a Šternberku spravuje, Jiří Ševčík. Kromě možnosti rychlého vyhledávání snímků je pro pacienty výhodou i to, že díky uložení není zapotřebí snímkování opakovat a nezvyšuje se tak radiační zátěž nemocných.

Prostějovské pracoviště je nově vybaveno dvěma panely přímé digitalizace. Nový panel přímé digitalizace je také umístěn v detašované rentgenologické vyšetřovně na zdejší poliklinice. Mobilní skiografické přístroje v celé nemocnici jsou opatřeny nepřímou digitalizační pomocí CR systému Capsula.

(ISO)

Tendr nemocnice Náchod byl zrušen

Největší investice v kraji se odkládá. Královéhradecký kraj zrušil soutěž na přestavbu Oblastní nemocnice Náchod. Modernizace nemocnice má vyjít na 1 miliardu korun, kraj si však není jistý financemi z evropských fondů.

Nevyhovují ani termíny dokončení stavby. Pravicová opozice už navíc dříve projekt kritizovala právě kvůli vysoké ceně.

Nejisté peníze, nesouhlas ministerstva

Krajští radní se rozhodli těsně před zveřejněním cenových nabídek dvou firem, které postoupily do druhého kola výběrového řízení, zrušit celý tender kvůli nejasné situaci ohledně placení korekcí z Regionálního operačního programu (ROP) Severovýchod. Z evropských

fondů mělo jít 40 % nákladů, tedy cca 400 milionů.

„Ministerstvo financí v minulých dnech informovalo vedení našeho ROP Severovýchod, že nesouhlasí s námi navrženým postupem placení korekcí za vyšší chybovost evropských projektů. V současné době tak nemáme zásadní právní jistotu, zda a kdy budou tyto korekce uhrazeny a zda takový postup umožní financovat dostavbu nejen náchodské nemocnice,“ uvedl královéhradecký hejtman Lubomír Franc.

Stavba započne letos

Tendr je sice přerušeno, ale modernizaci nemocnice to podle krajské radní Jany Třešňákové nezastaví. Krajská rada rozhodla, že stavět se začne ještě letos. Na podzim má být zahájena rekonstrukce sítě a práce na venkovních komunikacích. „Nemocnice dnes funguje na hranici technických i lidských možností. Dostavba tohoto největšího krajského zdravotnického zařízení zůstává prioritní investiční akcí kraje,“ doplnila radní.

(ISO)

Jak zničit nadstandard

Daňové zvýhodnění pojistek na ekonomicky náročnější varianty péče je nebezpečná hloupost.

Nadstandardy asi nefungují úplně tak, jak si ministr Leoš Heger a celá vláda při jejich zavádění představovali. Neměl by to ale být důvod k nesystémovým krokům, které mohou v jádru zdravý koncept nadstandardní zdravotní péče více poškodit než podpořit. Takovým krokem by bylo i daňové zvýhodnění připojištění na ekonomicky náročnější varianty péče. Zatím je toto opatření jen ve fázi návrhu a existuje dostatek důvodů, proč by v ní také mělo zůstat.

První signální

Ano, jste-li politik a chcete-li občanům vnutit něco, do čeho se



Martin Čaban

nehnou, je daňové zvýhodnění obecně jednou z možných cest. Jenže toto je politická úvaha na úrovni první signální soustavy. A v případě nadstandardů navíc zcela vadná. Stačí se zamyslet nad tím, jaké typy komerčních produktů dnes stát tímto způsobem podporuje: Penzijní připojištění, dnes takzvaný třetí pilíř důchodového systému – tím stát jasně vede občana ke zodpovědnému přístupu k vlastnímu stáří, v němž je státní prostředky neužívá. Životní pojistky s určitými parametry – i tady je jasný důraz na zodpovědnost, zajištění blízkého okolí pro případ tragické události. Hypo-

teční úvěry a úvěry ze stavebního spoření, jejichž úroky lze rovněž odedpsat z daní – to je zase státní podpora bydlení.

Když pomineme důsledně pravidelčácké poznámky o státním paternalismu, nesou v sobě takové daňové úlevy celkem jasně poselství o tom, kam jimi stát míří. A teď – pojištění na nadstandardní péči? Proč? Jen proto, že se na pohodlnější sádry a lepší oční čočky nestojí dlouhé fronty? To je hodně málo.

Nepříjemná novinka

Nebo chce stát občanovi vzkázat, že pojistit se na nadstandardní péči je mimořádně zodpovědné a žádoucí chování? To by ovšem byla velmi radikální změna postoje oproti výročkám, které za-

znávaly, když se nadstandardy zaváděly. Tehdy – a bylo to tak správné – zněla slova o tom, že nadstandard je jen jakousi třetíčkou na dotru zdravotnického systému, jež má těm, kteří jsou ochotni si připlatit za určité pohodlí, dát legální možnost tak učinit. Což je jistě bohužel má to tak být, stejně jako je správné, že vzniká systém komerčního připojištění, jež využití nadstandardu kryje.

Zároveň se však všichni s ministrem Hegerem v čele dušovali, že nadstandardy nemají nic společného s kvalitou péče, že nevzniká kategorie péče „chudinské“, jíž se dostane těm, kteří na nadstandard nedosáhnou. Státní zvýhodnění pojištění na nadstandard ovšem právě tento sig-

nál vysílá: Občane, nabádáme tě, připojisti se. Na penzi, protože tě stát v důchodu neuživí (což je známá věc), a na nadstandard, protože tě za veřejné zdravotní pojištění nevyčlení (což je nepříjemná novinka).

Munice zdarma

Takové poselství samozřejmě celý systém nadstandardů nenávratně poškozuje a úplně zbytečně z něj vytváří sociální rozbušku. Autoři návrhu navíc zcela zdarma dodávají municí levicové opozici, jíž celý systém ekonomicky náročnějších variant péče leží v žaludku. Co je po ni teď snazšího než zvolat: Hle, vláda pro bohaté – kdo jiný si může dovolit užívat si nadstandardu, a nyní si to ještě bude moci rovnou odedpsat z daní! To je mnoho politických bodů zcela bez práce.

Dá se pochopit, že vládní politici by systém nadstandardů rádi trochu rozhybali, ale měli by hledat přece jen sofistikovanější cesty.

Protonová radioterapie – přepych, nebo rozumný nový standard pro vhodné případy?

Podobně jako většina odborné veřejnosti v onkologii sledují dění kolem vzniku a startující činnosti českého centra protonové terapie (PTC) v Praze, v poslední době se vzrůstajícím znepokojením.

Jako radiační onkoložka se zkušeností s léčbou zejména zhoubných nádorů plic a jícnu dobře vím, že u řady mých pacientů musela být léčba fotonovým zářením aplikována v dávce maximálně tolerované, omezené tím, že okolní zdravé tkáně, hlavně mícha a plíce, již obdržely nejvyšší únosnou dávku. Na trvalé zničení nádoru to nestačilo a po krátké době došlo k recidivě se smrtelným koncem.



MUDr. Milada Zemanová, Ph.D.
Onkologická klinika
1. LF UK a VFN v Praze

8% nemocných léčených radioterapií by mělo významně větší šanci na vyléčení při použití protonové radioterapie. Pokud máme v České republice ročně 15 tisíc pacientů s rakovinou léčených radioterapií, jednoduchým výpočtem lze odvodit potřebu protonového ozařování pro 1200 z nich.

Protonové centrum v Praze vyrostlo za peníze soukromých investorů, po několika měsících zkušebního provozu je schopno v plném rozsahu poskytovat své služby, ke kterým najalo velice zkušené lékaře a fyziky z České republiky, pracující pod odborným dohledem expertů z Mnichova. Proč se téměř rok od otevření PTC nezdáří uzavřít uspokojivou dohodu o úhradě péče s českými zdravotními pojišťovnami?

Ne tak zásadní rozdíl

V první rovině jsou slyšet argumenty, že protonová radioterapie

je obecně o hodně dražší a že nemáme na to poskytovat ji všem vhodným pacientům. Úhrada za protonovou terapii by tak ubírala zdroje na terapii fotonovou, která je v průměru levnější. Cena při využití moderních fotonových technologií (IMRT = radioterapie s modulovanou intenzitou svazku, případně IGRT = radioterapie řízená obrazem), které by bylo nutné použít u pacientů vhodných pro léčbu protony, se však podle mých zkušeností pohybuje mezi 150 a 250 tisíci Kč. To už není o tolik méně než částky požadované PTC za protonovou léčbu, kterou bylo možné pořídit již za 250–300 tisíc Kč, ve většině případů do 500 tisíc.

Zdravotní pojišťovny budou pravděpodobně nuceny navyšovat celkové sumy za protinádorovou radioterapii, a to hlavně proto, že je jednak účinná, a dále proto, že v Česku je aplikována nedostatečně. Například rakovina plic je u nás radioterapeuticky léčena u 21–22% nemocných, zatímco v západní Evropě, USA a Austrálii u 40–60% z nich, a dokonce



Foto: archiv PTC

je prokázáno, že užitek z radioterapie by mělo mít až 75% pacientů s rakovinou plic.

Srovnáme nabídku podle německé

V další rovině se objevuje otázka, proč posílat pacienty do Mnichova, kde je relativně zastaralé, 10 let fungující zařízení, když se u nás rozběhlo nové centrum? Opravdu jsou v Mnichově schopni léčit za nižší cenu? Proč pojišťovna nenabídla pražskému pracovišti úhradu za tuto cenu? V médiích se uvádí, že protono-

vá léčba v Mnichově bude hrazena bez nákladů na dopravu a ubytování. Kolik nemocných bude schopno si z vlastních prostředků hradit několikadenní pobyt v Německu?

Při sledování celé kauzy PTC se zkrátka vnucuje dojem, že ze strany zdravotních pojišťoven není zájem toto zdravotnické zařízení využívat, a opět se vynořuje otázka proč. Protonové centrum stojí, funguje, léčí, ovšem komu prospívají hrátky kolem úhrad pro české pacienty? Cui bono?

Hlavně si to pamatujme při volbách

V deníku Dnes z 28. 3. 2013 byl otištěn článek o problémech, které má zdravotnická záchraná služba (ZZS) s umístěním do nemocnic pacientů, jež velmi často nachází ve složité, až život ohrožující situaci.

Laická veřejnost se domnívá, že jakmile je pacient po příjezdu ZZS stabilizován, bude neprodleně dopraven do nejbližší nemocnice k dalšímu odbornému ošetření. Z vyjádření ředitele pražské záchranné služby však vyplývá, že tomu tak vždy není. Záchranáři jsou často nuceni obvolat několik nemocnic, než se jim někde podaří pacienta „udat“. Nemocnice se prý vymlouvají na to, že je kvůli úsporám málo lékařů ve službě a že ze stejných důvodů byla zrušena lůžka na oddělení apod.

Neefektivní tlak na efektivnost

Podle vyjádření mluvčí jedné z nemocnic se pod tlakem na efektivnost snižují počty akutních lůžek a usiluje se o jejich maximální obsazenost. Volná lůžka pro nenadálé případy pak nejsou. Kromě toho se nemocnice snaží minimalizovat personální náklady, a proto je ve službě jen nezbytné minimum lékařů a sester tak, jak ho stanoví příslušná ministerská vyhláška. Lékaři si místo přesčasů vybírají náhradní volno, tudíž pro akutní případy často není k dispozici ani potřebný operační tým. Někteří odborníci, místo aby byli v nemocnici přítomni pro případ akutních operací, jsou doma na tzv. příslužbě a na pracoviště se dostávají teprve na výzvu, což samozřejmě oddaluje nezbytné výkony o mnoho minut, možná i hodin.

Laická veřejnost si přesto stále myslí, že když už je pacient v nemocnici, jistě tam všichni

ihned dělají všechny nezbytné úkony k jeho záchraně či zlepšení jeho zdravotního stavu. Přitom na druhé straně vládní úsilí o úsporu nákladů ve zdravotnictví a především v nemocnicích je veřejností přijímáno s celospolečenským přitakáním.

Pozdě bycha honit

V této souvislosti mám osobní zkušenost z nedávné doby, kdy jsem byl hospitalizován v jedné pražské nemocnici. Ve večerních hodinách konal službu jeden lékař jak na lůžkovém oddělení, tak na JIP a zároveň na ambulanci v jiném patře objektu. Pro pacienty z lůžkového oddělení pak bylo možné dovolat se lékaře až po několika hodinách.

K uvedeným faktorům ještě přistupuje ekonomický tlak na nemocnice, aby si udržely příznivou *case mix* pacientů, a z toho důvodu také může docházet k odmítání přijetí akutních pacientů od ZZS.

A co na to ministerstvo zdravotnictví? Podle něho je, jako ostatně vždy, vše v pořádku. Personální vyhláška přece stanoví jen minimální počty zdravotnických pracovníků, konkrétní počty si musí nemocnice určit samy podle potřeb svého provozu. Je to přece jejich odpovědnost, jak se postarají o urgentního pacienta v ohrožení. Odpovídají za případné tragické důsledky. To ale pacienta moc neuklidní. Zemře-li, případná odpovědnost nemocnice mu život nevrátí.

Obrácené priority

Jaké je z této situace možno vy-



Ilustrační foto: Shutterstock

vodit zevšeobecnění? Především že aplikovat na provoz nemocnic obvyklé ekonomické charakteristiky, jako je efektivnost, rentabilita, produktivita práce apod., je zcestné. Nemocnice není výrobní podnik. Její „produkty“ jsou v první řadě společenské (záchrana života a zdraví) a až ve druhé řadě ekonomické. To jednak odhaluje zcestnost aplikace obecných ekonomických kritérií na provoz nemocnic, jednak i zcestnost právní formy nemocnic jakožto obchodních společností. Za tohoto stavu se ony priority (společenské a ekonomické) zákonitě obracejí. Dále hledat úspory nákladů ve zdravotnictví v oblasti akutní lůžkové péče je pochybné. Všeobecný tlak na úsporu nákladů v nemocnicích může mít fa-

tální důsledky pro životy a zdraví pacientů, přitom v jiných oblastech zdravotních služeb je velký prostor pro úspory nákladů. Hlavní příčinou všeobecného nedostatku peněz ve zdravotnictví je fakt, že stát platí za tzv. státní pojištěnce (důchodce, studenty a jiné osoby bez vlastního příjmu), kterých je 55 % z celkového počtu všech pojištěnců, jen 723 Kč měsíčně. Přitom průměrný náklad na měsíc na jednoho pojištěnce je dvakrát vyšší. Pokud tedy stát nebude platit za své pojištěnce alespoň tolik, kolik stojí průměrná léčba, pak bude systém trvale deficitní. Přitom vidím, že úsilí ministra zdravotnictví v tomto směru, i když žádá jen mírné navýšení plateb, naráží na neochotu vlády problém

řešit. Zároveň se v jiných oblastech státní peníze vyhazují plnými hrstmi (např. různé pochybné projekty, po kterých nikdo nevolal a jejichž hlavním posláním je zřejmě umožnit dlouhodobě „dojit“ veřejné rozpočty – státní maturity, S karty, IZIP apod.).

Ať to stojí, co stojí

Jaké z této situace vyplývá poučení? Máme vládu tzv. rozpočtové odpovědnosti. Ta šetří na jedné straně veřejné peníze tím, že stále omezuje veřejně prospěšné výdaje, ale na druhé straně nic nedělá proti neracionálnímu a často nelegálnímu odtoku peněz. Přijala pouze zcela nefunkční protikorupční strategii a to je všechno. Veřejné prostředky se šetří systémem úspory za každou cenu. V celorepublikovém rozměru to má za důsledek trvalé prohlubování hospodářské krize, která vrátila rozvoj národního hospodářství minimálně o dekádu zpět, přinesla historicky nejvyšší nezaměstnanost a s ní spojenou osobní tragédii statisíců lidí, výrazné procento domácností přivedla na hranici chudoby apod. V oblasti zdravotnictví všeobecná honba za úsporami nákladů vede například k popisované situaci v oblasti ZZS, ke všeobecnému zhoršení kvality a dostupnosti zdravotní péče pro všechny a tak dále.

Je možné, že tato metoda šetření „ať to stojí, co stojí“ skutečně krátkodobě úsporu nákladů přinese a při příštích volbách se touto úsporou budou strany vládní koalice chlubit. Mějme však i tehdy na paměti, za jakou cenu bude této úspory zřejmě dosaženo. Stát tu přece musí být pro lidi, ne pouze pro ekonomické ukazatele.

JUDr. Ing. Jaroslav Staněk, CSc.

Inzerce A131008335


**MEDICAL
SERVICES**

Napsali jste knihu?
My vám ji vydáme!

Kontaktujte nás e-mailem: knihyms@mf.cz


MLADÁ FRONTA

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR

PUBLIC RELATIONS

Zdravý život s OZP

Je pro vás slovo „prevence“ jen položkou ze Slovníku cizích slov nebo prázdným pojmem, trochu spojeným s „nějakou prohlídkou“ u lékaře, tedy něčím, na co je „dost času“?

Špatná zpráva: Není dost času.

Dobrá zpráva: Nebolí to a my to umíme. Kdo „my“?

Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP) rozšířila pro letošní rok nabídku celoplošných preventivních programů, které může čerpat každý pojištěnec a které jsou zaměřeny na širokou škálu prevence nádorových onemocnění, chorob srdce a metabolických nemocí.

Stop infarktu

Mezi novinky letošního roku patří program „Stop infarktu“, který klientům nabízí preventivní vyšetření v oblasti kardiovaskulárních onemocnění. Ischemická choroba srdeční, cévní mozková příhoda a třeba také *diabetes mellitus* jsou v současné době nejčastější příčinou nejenom pracovní



neschopnosti, ale také úmrtnosti jak mužů, tak i žen. Prevence civilizačních onemocnění spočívá v minimalizaci vlivu rizikových faktorů. K ovlivnitelným rizikovým faktorům patří mimo hyperlipoproteinemie a dyslipoproteinemie i kouření cigaret, arteriální hypertenze, porucha glycidové tolerance, obezita centrálního typu a nedostatek pohybu.

Prevence spočívá v komplexním vyšetření lékařem včetně poslechu karotid, laboratorním biochemickým vyšetřením a EKG. Cílem programu je předcházet civilizačním onemocněním a snížit riziko onemocnění srdce a cév.

Stop kouření

Ve spolupráci se Společností pro léčbu závislosti na tabáku OZP nabízí program „Stop kouření“. Cigarety jsou totiž jediné spotřební zboží, které, používáno dle návodu a účelu, k němuž je vyrobeno, zabije přibližně polovinu svých konzumentů. Oficiálně je závislost na tabáku definována jako chronická nemoc způsobující poruchy duševní a poruchy chování.



V roce 2013 OZP podpoří všechny klienty, kteří se rozhodli skoncovat se závislostí na tabáku za odborné pomoci Center léčby závislosti na tabáku. Podrobnější

informace o preventivních programech, rizikových faktorech a možnost objednání k příslušným specialistům nabízí Asistenční služba OZP, která je pro klienty k dispozici zdarma a nonstop.

Proč se OZP soustřeďuje na prevenci

Základním posláním zdravotní pojišťovny není vytvářet složitou nabídku marketingových bonusů, ale v první řadě zajistit všem svým klientům co nejvyšší a také nej dostupnější služby a také podporovat odpovědný přístup k vlastnímu zdraví a životnímu stylu.

To má neocenitelný význam zvláště v době, kdy v některých regionech a oborech začíná být znát úbytek lékařů, což se může projevit i na přístupu k prevenci. Síť smluvních partnerů OZP je utkána hustě a pevně, takže naši klienti se bát nemusejí.



Inzerce A131008211

Joe Friel
TRÉNINKOVÁ BIBLÉ PRO CYKLISTY

„Nejlepší kniha pro vytváření tréninkového plánu a formování života cyklisty.“
bikerumor.com

NEJPRODÁVANĚJŠÍ CYKLISTICKÁ KNIHA SVĚTA
MLADÁ FRONTA

kniha.cz
mf
MLADÁ FRONTA

Žádejte u svého knihkupce nebo se slevou 25 % na www.kniha.cz

K prevenci rakoviny prsu je třeba ženy motivovat, ale vyplatí se to

Ministerstvo zdravotnictví před časem vypracovalo projekt zaměřený na prevenci vybraných nádorových onemocnění. Významnou roli v něm mají hrát zdravotní pojišťovny. Na to, jakým způsobem lze přimět klienty k lepšímu přístupu ke svému zdraví, jsme se zeptali zdravotní ředitelky České průmyslové zdravotní pojišťovny MUDr. Renaty Knorové, MBA.



Foto: archiv ČPZP

Jak se do projektu zapojí Česká průmyslová zdravotní pojišťovna?

V této fázi se soustředíme hlavně na zhoubné nádory prsu, které v současné době představují jeden z nejzávažnějších epidemiologických problémů v České republice. Nechceme proto čekat na spuštění celorepublikového projektu a vytvořili jsme si vlastní databázi více než 6 tisíc žen z celé republiky, které nenavštěvují mamografický screening.

Formou aktivního telemarketingu jim nabízíme možnost bezplatného preventivního vyšetření na nejbližším akreditovaném pracovišti.

Vaše pojišťovna se prevencí nejčastějších nádorových onemocnění zabývá dlouhodobě. Proč jste se tentokrát zaměřili právě na mamografický screening a proč právě formou telemarketingu – dopis nestačí?

Mamografický screening je nejdéle fungujícím screeningovým programem v Česku. S adresným zvaním máme zkušenosti a výhodou je úzká dlouholetá spolupráce ČPZP se screeningovými centry po celé republice.

A proč telemarketing? Chtěli jsme vyzkoušet i jinou formu než zvací dopisy a potvrzuje se nám, že zkušenosti, které takto sbíráme, jsou cenné. Díky této formě oslovení si například ověříme, zda máme aktuální telefonní kontakty, dozvíme se, že některé ženy oceňují individuální přístup, nebo také to, že některé klientky se o svém zdraví nechtějí bavit po

telefonu. Což je velká škoda – my telefonicky nechceme prodávat žádné zboží, ale motivovat ženy k péči o své zdraví. Byli bychom moc rádi, kdyby vzaly pozvánku na vyšetření vážně.

Které ženy mohou očekávat vaše pozvání na vyšetření?

V prvním kole jsme vybrali ženy nad 45 let, tedy ty, které mají ze zákona nárok na prevenci, ale zatím ji vůbec neabsolvovaly.

Jak dosud oslovené ženy na výzvu reagovaly?

Od února jsme obvolali asi 5 tisíc žen. Z těch, kterým jsme se dovolali, nám přibližně 40 procent slíbilo, že na vyšetření půjde. Realitu posoudíme koncem léta, kdy budeme mít k dispozici data o vykázané péči a zjistíme, kolik žen na vyšetření skutečně přišlo.

Je tedy zřejmé, že na definitivní hodnocení projektu je zatím brzy. Jaká jsou ale vaše očekávání?

V České republice lze z minulých zkušeností dovozovat, že pokud na prohlídku přijde více než 20 procent oslovených žen, je to úspěch. V minulosti VZP zaznamenala účast 18 procent, naše zdravotní pojišťovna dokonce 33 procent, to však bylo na základě zvaní písemnou formou.

Dnes se ve zdravotnictví vše točí okolo efektivity – v hospodářské krizi přirozeně vystupuje do popředí i ekonomické hledisko. Zvažovali jste jej?

Ano, pokud všechny předpokládané ženy přijdou na screening, náklady na vyšetření se v daném roce jednorázově zvýší, stejně tak náklady na léčbu nově zachycených onkologických onemocnění. Z dlouhodobého pohledu se to však plátcí vyplatí, protože všichni víme, že u nižších stadií onkologických onemocnění je léčba výrazně levnější než u těch pokročilých. Při ekonomickém pohledu ovšem také nesmíme zapomínat na benefit zdravotní a psychosociální.

Celý projekt je v této fázi podporován z peněz Evropské unie, tato podpora však nemusí trvat věčně. Chystáte se v podobných projektech pokračovat i po jejím skončení?

Tento náš projekt nikdo finančně nepodporuje, je to výhradně akce ČPZP. Celorepublikový projekt zvaný na screening tří onkologických onemocnění je podporován z EU a na jeho výstupy je nutné počkat. Cílem projektu je předcházet nádorovým onemocněním a včas zachytit zhoubné nádory či chorobné změny, ze kterých se s vysokou pravděpodobností mohou nádory vyvinout. Očekáváme vyšší povědomí občanů o nutnosti chodit na preventivní prohlídky.

Jste třetí největší zdravotní pojišťovnou v zemi, zastupujete obrovské množství klientů, téměř 1,2 milionu. Co od vás mohou v oblasti prevence v následujících letech očekávat?

Během marketingových kampaní se zaměříme na důležitost preventivních prohlídek a hodláme dále podporovat všechny celorepublikové screeniny. Za předpokladu, že se nám podaří přivést do mamografických center alespoň čtvrtinu pozvaných klientek, se v budoucnu zcela jistě pokusíme provést podobnou akci i v jiných screeningových programech. Nechceme opouštět ani oblast preventivních programů, které připravujeme pro naše klienty. Každoročně se snažíme přicházet s novinkami, například v letošním roce jsme nově nabídli příspěvek na prevenci trombozy u dívek od 12 let. V nabídce nechýbí ani plavání či kurzy hubnutí.

(fkc)



Ilustraci foto: archiv ČPZP

Význam prevence očima specialisty

Jak byste zhodnotil přístup dnešních žen k prevenci rakoviny prsu? Jak často se setkáváte s pacientkami, které právě kvůli podcenění prevence přicházejí příliš pozdě?

odpovídá

prof. MUDr. Jan Daneš, CSc.
přednosta Radiodiagnostické
kliniky I. LF UK a VFN v Praze

Počet žen, které na prevenci chodí, se zvyšuje jen mírně. Potěšitelné je, že stále více žen vyhledává akreditovaná centra, která splňují nej přísnější podmínky, včetně zkušeností lékařů.

Ženy, které chodí k lékaři velmi



pozdě, je kolem 15 procent. Tyto pacientky nejen že nechodí na prevenci, ale také otálejí s návštěvou lékaře, pokud si nahmatají bulku v prsu.

Několik čísel

V naší zemi je každoročně diagnostikováno více než 6 tisíc nových případů nádorového onemocnění prsu. Na jeho následky ročně umírají 2 tisíce žen.

Bylo prokázáno, že pravidelným mamografickým vyšetřením je možné většinu nádorů zjistit v počátečním stadiu, kdy jsou dobře léčitelné, a snížit tím úmrtnost žen až o 30 %.

Slovenští lékaři protestují proti novele trestního zákona

Před nedávnem schválená novela trestního zákona vyvolala u slovenských lékařů a sester vlnu nevole. Nová legislativa totiž pro zdravotníky, kteří v době nouzového stavu neprijdou do práce, počítá s vysokými postihy, včetně vězení, finančních sankcí a ztráty registrace.

Autorem příslušné části novely trestního zákona je poslanec Smeru Jozef Valocký, sám bývalý lékař. Jednání o návrhu provázely protesty zdravotníků, přesto byl nakonec schválen. „Náš kolega, lékař a poslanec Valocký, se předložením tohoto zákona diskvalifikoval a stal se hanbou lékařského stavu,“ prohlásil během jednoho z protestních shromáždění zdravotníků před budovou slovenského parlamentu prezident Slovenskej lekárskej komory (SLK) Marian Kollár, podle něhož zákon nepomáhá ani zdravotníkům, ani pacientům, ale má lékaře a sestry zastrašit, znechutit a ještě více zneatraktivnit povolání zdravotnického pracovníka. „Hlavně je však jeho účelem dostat nás na kolena,“ uvedl Marian Kollár.

Komora se bojí zneužití

Schválený návrh zákona počítá s tím, že pokud zdravotníci během vyhlášeného nouzového stavu nenastoupí do práce a ohrozí tím zdraví a životy svých pacientů, budou čelit trestnímu stíhání a postihu v podobě odnětí svobody ve výši 2–5 let, ztrátě registrace na dobu 10 let a pokutě od ministerstva zdravotnictví ve výši až 3300 eur (asi 85 800 korun). Novela je mimo jiné reakcí na stav z konce roku 2011, kdy lékaři podávali hromadné výpovědi a řada z nich odešla z práce na pracovní neschopnost. Resort tehdy vyhlásil krizový stav, což umožnilo povolat do postižených

zdravotnických zařízení armádní lékaře (tehdy vypomohla i česká armáda). O rok později se situace opakovala v žilinské nemocnici. SLK se obává, že ministerstvo zdravotnictví bude zákon zneužívat. „Naše zkušenosti to jen potvrzují, protože v listopadu 2011 nešlo o bezpečnost státu ani o ohrožení životů,“ podotýká prezident Kollár s tím, že lékaři, jímž tehdy již vypršely s nemocnicemi smlouvy, přesto zůstali v nemocnicích a o pacienty pečovali v tzv. urgentním režimu, tedy vyšetřovali a řešili především akutní stavy. Nikdo nebyl ohrožen ani na zdraví, ani na životě.

Ústavně zakázaná stávka?

Ministerstvo zdravotnictví však nařčení o možném zneužívání krizového stavu odmítá, protože je definován v zákoně a vyhlašuje jej vláda. „Může tak učinit například tehdy, pokud více než polovina lékařů podá výpověď, případně ve válečném stavu, tudíž to nezávisí na ministerstvu zdravotnictví, ale na vládě. Výjimečné situace vyžadují výjimečnou legislativu, aby byla v první řadě zajištěna ochrana života pacienta,“ cituje deník Pravda mluvčí ministerstva zdravotnictví Zuzanu Čižmárikovú. Řada odborníků na legislativu s postupem resortu a novelou trestního zákona souhlasí. Právo na stávku je podle nich nutně u zdravotnických profesí omezit, někteří jej dokonce navrhují zcela zakázat v Ústavě. Na stranu



Ilustrační foto: Shutterstock

vlády se postavil i prezident Konfederácie odborových zväzov Jozef Kollár. „Chceme, aby lidé měli možnost použít to, co jim povoluje ústava, a fandím každému odborovému svazu, který stávkuje za svá práva týkající se mezd při kolektivním vyjednávání. Osobně si ale myslím, že lékaři by takto postupovat neměli,“ uvedl Jozef Kollár s tím, že zdravotníci by měli mít stávku ústavně zakázanu, podobně jako policisté či záchranné složky. Poukázal rovněž na události z roku 2011, protože odchod na pracovní neschopnost není stávkou. „Právě takovým situacím zákon může předcházet, ale postihy v něm jsou velmi přísné,“ připouští prezident odborové konfederace.

Nepřiměřenost trestů

Bývalý slovenský ministr zdravotnictví Roman Kováč zase upozornil na skutečnost, že někteří zdravotníci by z omezení práva na stávku měli být vyjmuti. „Máme množství lékařů, kteří pracují v biochemických laboratořích a ve výzkumných ústavech. Bylo by dobré blíže specifikovat, která medicínská složka by měla být neustále k dispozici,“ domnívá se Roman Kováč. „To, že si lékaři nechali v roce 2011 hromadně vypsat pracovní neschopnosti, mohlo být plánovanou akcí. Odpovědnost ovšem nese i lékař, který neschopenku podepsal,“ dodal pro deník Pravda bývalý ministr s tím, že i tohoto lékaře je nutné trestně stíhat. Ústavní právník Eduard Bárány je přesvědčen, že novela trestního zákona právo na stávku zdravotníkům neupírá, pouze jej omezuje v určitých situacích, při nichž by mohlo dojít k ohrožení zdraví či životů pacientů. Také on však upozornil na nepřiměřenost trestů.

Sestry: Chybí jakékoli garance

K protestům lékařů se připojily i slovenské sestry. Viceprezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentek (SKSaPA) Iveta Lazarová je přesvědčená, že zákon ještě zvyšuje dilema zdravotníků, zda mají ve své

profesi i nadále setrvat. Předsedkyně Odborového združenia sestier a pôrodných asistentiek (OZ SaPA) Monika Kavecká pak novelu označila za protiústavní a s jasným vzkazem pro zdravotníky mezi řádky: „Buďte zticha a pracujte!“

„Na jedné straně nás chtějí postavit na roveň silových složek, jež mají řadu benefitů, na straně druhé jsme v pozici, kdy nemáme garantováno vůbec nic,“ prohlásila Monika Kavecká.

„Je smutné, když se vláda v demokratické společnosti snaží takovýmto způsobem vynucovat poslušnost jedné skupiny zaměstnanců a omezovat její občanská práva. Z celkového počtu téměř 44 tisíc sester je více než 34 tisíc starších 40 let. Při současném trendu nebude mít vláda za pár let komu hrozit sankcemi a vězením,“ uvedla v prohlášení k situaci SKSaPA.

Kladivo na zdravotníky

Obvinění, že novela trestního zákona má omezit ústavní právo na stávku, odmítla v diskusním pořadu slovenské televize TA3 i ministr zdravotnictví Zuzana Zvolenská (Smer). „V letech 2011 a 2012 jsme byli svědky toho, že stát nemá přesně stanovená pravidla pro takovéto nouzové situace. Je důležité, že již zmíněnou úpravu máme, protože stát je odpovědný za to, aby došlo k co nejmenším újmám. Není pravdou, že limitujeme stávku, ale v jejím případě máme jako stát právo říci, že během ní nesmí dojít k újmě na zdraví či životech,“ prohlásila Zuzana Zvolenská.

Její oponent a místopředseda SDKÚ Viliam Novotný však s tímto argumentem nesusouhlasí a novelu označil za „kladivo na zdravotníky“. „Jako by tím Smer chtěl říci, že pokud se nám nebude dařit kolektivní vyjednávání, máme takovouto pojistku,“ uvedl a upozornil, že již platí zákon, který definuje povinnost nastoupit během nouzového stavu do práce. „V roce 2011 ovšem nebyl problém v tom, že by někdo nenastoupil do práce, ale v tom, že lékaři odešli na pracovní neschopnost, a takového člověka do práce poslat nemůžete. To nynější novela neřeší,“ dodal Viliam Novotný s tím, že dodatečné kontroly práceneschopnosti jsou nedostatečné a nic neřeší.

Lékaři se podle SLK hodlají bránit i nadále – platnosti zákona chtějí zamezit tím, že se obrátí na Ústavní soud slovenského prezidenta Ivana Gašparoviče, aby normu nepodepsal.

(Zdroje: Pravda, SITA, TASR)

Květa Havlová

Tři pokusy zavést trestněprávní odpovědnost zdravotníků SR

- Poprvé se o trestněprávní odpovědnosti lékařů hovořilo za vlády Ivetty Radičové během listopadu 2011, kdy zdravotníci hromadně podávali výpovědi a poté si nechali vypsat neschopenku. Tehdejší ministr zdravotnictví Ivan Uhliarik navrhoval pro lékaře, kteří při vyhlášení krizového stavu nenastoupí do služby, trest odnětí svobody až na 5 let, pokutu do 3300 eur a 10leté odnětí licence. Vláda jeho

návrh odsouhlasila, kvůli předčasným volbám a nástupu nové vlády v březnu 2012 se o něm však dále nejednalo.

- V prosinci 2012 reagovala trojice poslanců za Smer (Richard Raši, Vladimír Baláž a Jozef Valocký) na stávku žilinských lékařů, jež si vyžádala vyhlášení krizového stavu a povolání armádních lékařů, návrhem novely tří zákonů, která by za nenastoupení do služby

během nouzového stavu pro lékaře požadovala peněžitý trest ve výši 1600 až 3300 eur nebo vězení v délce do 5 let. Novela nakonec byla stažena.

- Třetím, úspěšným pokusem o zavedení trestněprávní odpovědnosti pro zdravotníky je současná novela trestního zákona z pera poslance Jozefa Valockého.

(Zdroj: Pravda)

(kha)

Evropský soud k asistované sebevraždě

Soud pro lidská práva ve Štrasburku zveřejnil 14. května své rozhodnutí v případě Alda Grossová vs. Švýcarsko, v němž 82letá občanka kantonu Curych žádá o své právo ukončit svůj život pomocí asistované sebevraždy.

Žena se začala svého práva na předčasné ukončení života pomocí přípravku se smrtelnými účinky domáhat v roce 2009. Nejdřív oslovila jednotlivé lékaře, ti však konstatovali, že netrpí nevléčitelným onemocněním, a její argumenty, že „nechce pomalu tělesně a duševně chátrat v důsledku postupujícího stáří“, nevyšly.

Potřeba jasných pravidel
Švýcarský trestní zákoník vylučuje aktivní eutanazii (usmrcení rukou druhé osoby), ale nevyklučuje asistovanou sebevraždou (usmrcení vlastní rukou pacienta, je-

muž druhá osoba zajistí smrtící lék), pokud není vedena „zjistnými pohnutkami“. Lékaři však musejí uposlechnout směrnici švýcarské akademie věd, která ve výjimečných případech povoluje asistovanou sebevraždou, pokud svéprávný pacient trpí nevléčitelnou chorobou a dobrovolně bez jakéhokoli nátlaku požádá o lék (pentobarbital).

Žena odmítnutá lékaři se nakonec obrátila na curyšský kantonální úřad, aby jí jeho lékaři buď přpravku přímo poskytli, nebo alespoň zajistili jeho předepsání na recept. Po dalším odmítnutí se ob-

rátila na soudní instance, ale opět neúspěšně. Její zdravotní kondice byla stále definována jako dobrá, ačkoli si stěžovala, že začíná pociťovat chátření, protože například už není schopna „dělat dlouhé procházky“.

V roce 2010 se Alda Grossová odvolala k soudu ve Štrasburku. Ten nyní za účasti 7 soudců (mimo jiné z Itálie, Dánska, Švýcarska, Maďarska nebo Turecka) konstatoval, že Švýcarsko musí přijmout jednoznačná zákonná pravidla, která by blíže upřesnily „rozsah práva“ na případné ukončení života. Přitom zcela ponechává na

Švýcarsku, zda asistovanou sebevraždou jednoznačněj povolí, nebo naopak zakáže – to je prý jen na národních zákonech. Avšak pokud trestní zákoník i nadále ponechává určitou toleranci vůči asistované sebevraždě, musí stát jasněji upravit další podmínky, například zda i ten, kdo netrpí nevléčitelnou nemocí, má právo na předčasnou smrt. Směrnice švýcarské akademie věd soudu nepostačila, protože nejde o státní předpis a představuje právní nejistotu jak pro pacienty, tak pro samotné lékaře.

Organizace pod dohledem

Ačkoli ve svém rozhodnutí evropský soud konstatuje, že zčásti byl porušen článek 8 Evropské úmluvy o lidských právech (právo na soukromý život), 3 ze 7 soudců k rozhodnutí připojili svůj menšinový názor, že v tomto případě konvence porušena nebyla. Alda Grossová ve Švýcarsku patrně neuspěla u organizace Exit, která pomáhá zprostředkovat asistovanou sebevraždou, avšak dodržuje smluvní podmínky s kantonem Curych, v nichž se zavázala mimo

jiné k tomu, že se pomoc bude týkat jen nezávisle ověřené nevléčitelné nemoci provázené utrpením. O druhé podobné organizaci Dignitas kolují v médiích dohady, že někdy možná pomáhá i jedincům, kteří by na asistovanou sebevraždou nárok mít neměli, ale v posledním období je tato organizace středem zvýšené „pozornosti“ úředních institucí, takže ani tady žena pomoc buď nevyžadovala, nebo se žádostí neuspěla.

Stávající rozhodnutí evropského soudu ještě nemusí být konečné. Pokud by se stěžovatelka proti výroku odvolala, zabýval by se případem ještě další tým soudců.

Výzkum konce života

Švýcarská vláda v současnosti prosazuje různá opatření s cílem snížit zájem občanů o asistovanou sebevraždou. Například v občanském zákoníku posílila ochranu tzv. snadno zranitelných osob, zejména seniorů v ústavech. Nedávno vyhlásila výzkumný projekt na téma „o konci života“, který je trnem v oku organizací Exit i Dignitas, jež tvrdí, že vůbec nepůjde o vědecky podložený výzkum, ale jen o ideologicky zmanipulovaný pokus bránit asistované sebevraždě. Vláda se zhruba před dvěma roky rozhodla zkusit asistovanou sebevraždou zákonem zakázat, ale dvě třetiny občanů v lidovém referendu projevily přání nechat pro ni i nadále skulinu v trestním zákoníku. Nyní se však Švýcarsko bude muset pokusit o novou právní úpravu s jasnější formulací.

Vladimíra Bošková

OECD o německém zdravotnictví: výkonné, ale i otazníky

Německé zdravotnictví je mezinárodně na špičce vysoké kvality i dostupnosti péče a systém veřejného pojištění funguje spolehlivě – takové hodnocení vyplývá ze studie zpracované v gesci OECD.

Zástupci této organizace spolu s ministerstvem zdravotnictví SRN prezentovali výsledky šetření na konferenci v Berlíně. Studii autoři zaměřili primárně na nemocniční sektor. Vedle chvály však poukázali i na některé problematické oblasti: Nemocnice se například až příliš soustřeďují na lůžkovou péči, zatímco v mnoha jiných zemích je výraznější trend přesouvat péči pokud možno do sféry ambulantní. Celkově má SRN až příliš vysoký počet lůžek v přepočtu na 1000 obyvatel a rovněž značný počet nemocnic – 40 na milion obyvatel, zatímco ostatním zemím stačí 30. Například Německem se projevují neopodstatněné rozdíly jak v počtu lůžek, tak v počtu prováděných léčebných výkonů, nezdůvodnitelné ze zdravotního, sociálního či ekonomického hlediska. Celkově pak německé nemocnice „chrlí“ v porovnání s průměrem zemí OECD až neuvěřitelné množství výkonů.

Rozdíly ve výkonnosti

V letech 2005–2010 vzrostla v SRN míra hospitalizací o 1,9 %, zatímco v ostatních státech průměrně jen o 0,3 %. Například v Dánsku a Francii míra hospitalizací dokonce o 0,6 % klesla. Největší počet lůžek na 1000 obyvatel ze spolkových zemí mají Sasko a Brémy (kolem 7 lůžek, zatímco jiným dostačuje jen 5). Jako velmi spornou otázku autoři studie vidí značné rozdíly v výkonnosti nemocnic či jejich oddělení.

Zástupci OECD dále konstatovali, že spolkovému ministerstvu chybějí pobídky či nástroje k některým regulačním opatřením ve vztahu k nemocničním kapacitám a jejich výkonnosti. Zatímco jiné země používají DRG úhrady jako prostředek limitace výdajů na nemocnice, Německo tento způsob plateb využívá spíše jen jako nástroj k ocenění finanční náročnosti péče.

Přetahování o slovíčka

Z hodnocení OECD si každý z hlavních aktérů německého zdravotnictví vybral své. Zatímco lékařská komora vnímá především skutečnost, že celkově zdravotní péče v SRN patří k nejkvalitnějším na světě, svaz pojišťoven nahlas přemýšlí o možném riziku, že ne každá nemocnice léčí jen z medicínsky nezbytných důvodů (s podezřením, že se různé výkony provádějí spíše s finanční motivací).

„Přetahování“ o slovíčka mezi komorou a pojišťovnami souvisí s tím, že ministr zdravotnictví Daniel Bahr (FDP) prosadil ve vládě finanční pomoc nemocnicím, jež mají v letech 2013 a 2014 dostat navíc miliardu eur. Svaz všeobecných pojišťoven AOK toto rozhodnutí vlády kritizuje s tím, že další peníze problém nemocnic neřeší, ale je nutná jejich strukturální reforma.

Vladimíra Bošková

Pracovní smlouvy pro šéflékaře: Za odbornost péče ručí lékař

Německá lékařská komora se s německou společností nemocnic shodla na doporučení, jímž by se mělo řídit vyjednávání mezi zřizovateli ústavních zařízení a lékaři ve vedoucích pozicích ohledně pracovních smluv (tzv. pracovní smlouvy pro šéflékaře).

Hlavním bodem pracovních smluv se má stát ustanovení, podle něhož šéflékaři a další lékařští zaměstnanci ve vedoucích pozicích plně ručí za odbornost a kvalitu diagnostiky a léčby, což znamená, že v této oblasti musejí zůstat nezávislí na zřizovateli nemocnic. Pokud jde o medicínskou nezbytnost určitých diagnostických a terapeutických výkonů, nesmí lékař podléhat vlivu nelékařských vedoucích pracovníků.

Hlavním vodítkem léčby nemů-

že být ekonomická stránka, zdůrazňuje komora a trvá na tom, že vedení nemocnic by mělo ve výročních zprávách o činnosti ústavů vždy uvést, zda se při uzavírání smluv s vedoucími lékaři akceptoval obsah tohoto doporučení. Zároveň však jeho autoři připouštějí, že v zásadě je legitimní vyjednávat i o ekonomických otázkách souvisejících s medicínou. Finanční hranice pro jednotlivé lékařské výkony však nesmějí ohrozit kvalitu zdravotní péče.

(vla)

ZE ZAHRANIČÍ

Turecko debatuje o právech lékaře a dětských pacientů

Soudní proces s lékařem vzbudil v Turecku debatu o svobodě rozhodování zdravotnických profesionálů a úrovni dětských práv v zemi. Lékař vyhověl přání tří dívek, u nichž panovalo podezření, že byly sexuálně zneužívány, a neprovedl u nich nařízená vyšetření. Podle obžaloby mu hrozí až roční odnětí svobody.

Tři dívky ve věku 10 až 13 let, které žily v dětském domově, byly kvůli podezření ze sexuálního zneužívání odeslány drinopolskou prokuraturou, jež měla případ na starosti, do univerzitní nemocnice v Thráki. Službu konající lékař Gürcan Altun každé z nich vysvětlil, jaké vyšetření je čeká, a dívky jej odmítly. Gürcan Altun proto napsal zprávu a odeslal ji zpět na prokuraturu. Ta jej obratem obvinila z maření vyšetřování a porušení povinností a v soudním procesu pro něho požaduje trest v podobě pobytu ve vězení v délce 3-12 měsíců.

Komora: Není to poprvé

Případ vzbudil v zemi pozornost a rovněž vyvolal debatu o právech

děti. Právě Úmluvou o právech dítěte se žalovaný lékař mimo jiné brání. Je navíc přesvědčen, že nařízené vyšetření mohlo pro dívky znamenat další trauma. „Zeptal jsem se každé z nich, zda vědí, proč je poslali do nemocnice. Ani jedna to netušila. S každou jsem poté strávil nejméně 30 minut, během nichž jsem se jim snažil popsat, jaké testy musejí podstoupit. Všechny tři však jakékoli vyšetření odmítly,“ popsal před soudem Gürcan Altun.

V popsaném postupu jej podpořila i Turecká lékařská asociace (TTB). „Nikdo nemůže být podroben nucenému vyšetření. Lékaři nemohou činit žádné zákroky proti vůli pacienta, což ostatně naší justici nepřipomínáme po-

prvé,“ prohlásil předseda TTB Aktan Özdemir v narážce na případ z roku 2010, kdy lékař odmítl provést proti vůli rodiny a pacientky obdobné nařízené vyšetření.

Chyba systému

Gürcan Altun během procesu rovněž kritizoval systém, který by podle něho neměl v případech zneužívání dětí spoléhat čistě na fyzická vyšetření. „To, co prokuratura požaduje, jsou konkrétní důkazy. Jenže i během prvních 72 hodin po sexuálním zneužití často není možné najít více než polovinu jeho fyzických známek,“ uvedl a zdůraznil důležitost psychologického vyšetření dítěte. „Není možné, aby psychické zdraví zneužíva-

ného dítěte zůstalo bez poškození. A především u dětských pacientů je zcela klíčová důvěra mezi nimi a jejich lékaři. V současnosti máme množství dětských psychologů. Soudy však stále společ-

hají pouze na lékařské zprávy, čímž mohou trauma dítěte ještě zhoršit. Podobné případy musejí být řešeny i s ohledem na ně,“ prohlásil souzený lékař.

(Zdroj: **Hürriyet Daily News**)

(kha)

Krátce ze světa

• **Studie** mezinárodního týmu vědců, jejíž výsledky přinesl časopis Science, ukázala, že nový kmen tzv. ptačí chřipky **H7N9** se může přenášet mezi savci. V laboratorních podmínkách došlo k infekci mezi fretkami, které byly v přímém kontaktu. K přenosu viru naopak nedošlo mezi prasaty. „Pokud by studie ukázala, že se jeden vepř snadno nakazil od jiného, pak bych byl mnohem znepokojenější,“ uvedl ředitel amerického Národního ústavu pro alergie a infekční choroby Anthony Fauci. Dosud se virem H7N9 infikovalo 130 lidí, 36 pak nemoci podlehl. Přenos mezi lidmi nebyl prokázán.

struovali tvář, čelisti, horní patro a očníce, provedli v polovině května chirurgové onkologického centra v Gliwicích pod vedením Adama Maciejewského. Postižený by podle něho bez rychlého zákroku nepřežil – nemohl jíst, měl potíže s dýcháním a hrozila mu infekce. Jeho stav je nadále vážný, ale stabilizovaný.

• Na 20 let odnětí svobody odsoudil **bratislavský** soud bývalého sanitáře, který měl podat své pacientce smrtící dávku přípravku na snížení tlaku. Rozsudek zatím není pravomocný, muž se na místě odvolal. V průběhu vyšetřování se spekulovalo, že oběti sanitáře mohlo být víc (i v jiných zdravotnických zařízeních, kde v minulosti pracoval), nic takového se ovšem nepotvrdilo. Odsouzený se nejprve k činu přiznal, později změnil výpověď a podání léku 63leté pacientce trpící nízkým tlakem označil za omyl při manipulaci s léčivem.

• Negativní dopad na duševní zdraví **čínských** příslušníků bezpečnostních sil má snaha udržet kontrolu v **Tibetu**. Informaci přinesl britský deník Daily Telegraph a pochází z výcvikového manuálu čínské armády, jenž unikl na veřejnost a který v jedné z kapitol vojákům radí jak předcházet depresím, nočním můram, nespavosti a dalším příznakům posttraumatické stresové poruchy. Podle svědectví dvou vojenských psychiatrů byly do Tibetu vyslány speciální týmy poskytující tamním čínským vojákům psychologickou podporu.

• Ozbrojenci v severozápadním **Pákistánu** napadli tým zdravotníků provádějících očkování dětí proti obrně. Jejich útok nepřežil policista, jenž zdravotníky chránil. K akci se zatím nikdo nepřihlásil, není však první podobnou událostí v posledních měsících.

(Zdroj: **ČTK**)

(kha)

Čína zvládla epidemii H7N9, sčítá ztráty

Především díky přísným restrikcím na trhu s drůbeží se čínským úřadům nejspíš podařilo dostat pod kontrolu šíření viru H7N9. Tamní ekonomika však přišla nejméně o 6,5 miliardy dolarů.

Podle čínské ministryně zdravotnictví Li Bin nebyl v zemi od druhého květnového týdne hlášen žádný nový případ nákazy H7N9. Do té doby však úřady zaznamenaly 130 nemocných obyvatel a 36 obětí na životech v důsledku infekce. Světová zdravotnická organizace však varuje před přílišným optimismem.

„Masivní šíření se momentálně zdá být v Číně pod kontrolou, ovšem je velmi nepravděpodobné, že by virus prostě z ničeho nic zmizel. Je třeba počkat nejméně další rok, abychom věděli více,“ uvedl expert WHO na zdravotnickou bezpečnost Keiji Fukuda. „Jsme rovněž znepokojeni potenciálem, který by mohl virus vyvinout ve schopnosti přenosu,“ dodal a opět zdůraznil, že zatím nebyl prokázán přenos mezi lidmi.

Změny v zemědělství

„K většině případů infekce došlo prostřednictvím nakazené drůbeže, a to buď přímo, nebo na trzích s živými ptáky,“ vysvětlil Keiji Fukuda. Právě tato tržiště byla ve většině regionů 10 postižených provincií zakázána. Byly rovněž přijaty nové standardy pro transport drůbeže, aby se zabránilo šíření nákazy mezi samotnými ptáky. Na ozdravení trhu s drůbeží již Čína vyčlenila 97 milionů dolarů. „Virus H7N9 je – jak se v současné době zdá – možné předcházet a jsme schopni jej dostat pod kontrolu. Nezaznamenali jsme žádné výrazné změny v podobě epidemie od jejího počátku, nové případy se objevovaly sporadicky a nedošlo ani ke genetické mutaci viru,“ ujistila čínská ministryně.

H7N9 je pro lidi vysoce patogenní,

způsobuje vážné respirační potíže, ale není virulentní pro ptáky (na rozdíl od H1N1), kvůli čemuž je pro samotné farmáře v podstatě nemožné nákazu u drůbeže rozpoznat. Od 8. května však infekce nebyla u lidí zaznamenána. „To je jistě dobré znamení a také důkaz, že čínské úřady přijaly veškerá nutná opatření,“ uvedl předseda Světové organizace pro zdraví zvířat (OIE) Bernard Vallat.

Jak ovšem zdůraznil Juan Lubroth z Organizace pro výživu a zemědělství (FAO), pro čínskou ekonomiku znamenala nová vlna tzv. ptačí chřipky významný zásah. „Ztráty jsou pro tamní potravinářský průmysl obrovské. Celkově podle propočtů ministerstva zemědělství dosahují více než 6,5 miliardy dolarů,“ uzavřel Juan Lubroth.

(Zdroj: **Reuters**)

(kha)

Informace SÚKL – Lerivon

Státní ústav pro kontrolu léčiv informuje o povolení uvedení šarže léčivého přípravku Lerivon do oběhu v ČR v provedení vyrobeném před změnou registrace.

Ministerstvo zdravotnictví ČR v zájmu zajištění dostupnosti léčivých přípravků významných pro poskytování zdravotní péče, v souladu s § 11 písm. h) zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech, ve znění pozdějších předpisů, dne 14. 5. 2013 povolilo uvést do oběhu

v České republice léčivý přípravek Lerivon, por. tbl. flm., 30x 10mg (registrační číslo: 30/150/80-A/C, číslo šarže: 333131), v množství 1677 balení, ve vyrobeném provedení, v němž balení přípravku neobsahuje verzi příbalové informace schválenou dne 1. 8. 2012

(obsahuje verzi schválenou dne 7. 7. 2010) a texty na vnitřním a vnějším obalu přípravku obsahují drobné rozdíly oproti platné registrační dokumentaci. Tyto odchylky nemají negativní dopad na účinnost a bezpečnost léčivého přípravku. (Zdroj: SÚKL)

AAHRPP udělilo akreditaci Pfizeru

Sdružení pro akreditaci programů ochrany při klinických hodnoceních (AAHRPP) udělilo společnosti Pfizer akreditaci potvrzující její úsilí v oblasti ochrany práv a bezpečnosti pacientů zapojených do klinických zkoušek.

Pfizer je první biofarmaceutickou firmou, jež akreditaci obdržela. „Získání akreditace je pro nás odměnou za úsilí a snahu, kterou do klinických zkoušek investujeme. Potvrzuje také naše odhodlání prosazovat ve své práci vyšší standardy ochrany pacientů účastníků se klinických hodnocení,“ uvedl ředitel

medicínského oddělení Pfizer ČR MUDr. Pavel Kovář. AAHRPP je nezávislý nezávislý akreditační orgán, který usiluje o prosazování přísných standardů v oblasti práv a spokojenosti pacientů v klinickém hodnocení. K získání akreditace musí organizace předložit přesvědčivé důkazy o svém úsilí

provádět vědecky a eticky bezvadný výzkum a průběžně vylepšovat postupy a procedury. Audit, na jehož základě byl Pfizer akreditován, zkoumal postupy ve společnostech a v jejich dvou hlavních partnerských firmách pro klinická hodnocení Icon a Parexel v 15 zemích a na 28 pracovištích. (Zdroj: Pfizer)

Jak se rodí léčiva

Založení společnosti Richter Gedeon v roce 1901, dnes největší farmaceutické firmy v Maďarsku, položilo základy rozvoje maďarského farmaceutického průmyslu.

Zpočátku se výroba léčiv uskutecňovala v malém měřítku v lékárně „Sas“ (Orel), kterou lékárník Richter koupil a jež je dodnes v provozu v Budapešti v ulici Üllői č. 105. V té době byla lékařská věda zaměřena na moderní trend lé-

kařské péče – využívání účinných látek ze zvířecích orgánů, takzvaných organoterapeutických přípravků. Pozornost Gedeona Richtera upoutaly dosud neobjevené možnosti organoterapie a potenciál, který v nich viděl. V labora-



toři lékárny Orel začala probíhat výroba organoterapeutických přípravků již se záměrem průmyslové využitelnosti.

Prvním velkým úspěchem byl vznik přípravku Tonogen Suprarenale s adrenalinem izolovaným z nadledvin. Objev adrenalinu vývoj organoterapie značně urychlil. Tento hormon izoloval v roce 1901 japonský vědec Takamine Džokiči (1854–1923) z tkáně dřeně nadledvin. Necelý rok poté společnost Richter Gedeon v návaznosti na tento objev uvedla na trh roztok obsahující adrenalin, který připravovala ze zvířecích orgánů svým vlastním výrobním postupem. Tento výjimečný prvotní úspěch sehnal určující roli při vybudování základů a odborné prestiže novo-

Oznámení a upozornění SÚKL

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

- Neodkladném opatření držitele rozhodnutí o registraci léčivého přípravku **Molsihexal Retard**, por. tbl. pro. 30, společnosti Hexal AG, Německo. Šarže léčivého přípravku uvedené na internetových stránkách www.sukl.cz se stahují z úrovně zdravotnických zařízení z důvodu změny v registraci týkající se zkrácení doby použitelnosti z 5 let na 2 roky. Plynulost dodávek nebude narušena, protože jsou k dispozici další šarže léčivého přípravku.

- Pozastavení registrace léčivého přípravku **Miacalcic Nasal 200**, nas. spr. sol., 2x 2 ml (všechny šarže). Držitel rozhodnutí o registraci, Novartis, s. r. o., Praha, proto přijal následující opatření: stažení všech šarží léčivého přípravku z úrovně zdravotnických zařízení.

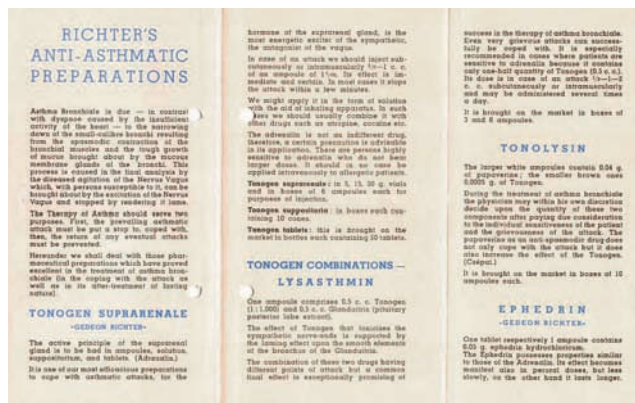
- Závadě v jakosti léčivého přípravku **Nipruss**, inf. plv. sol., 5x 60 mg. Držitel rozhodnutí o registraci, společnost UCB Pharma GmbH, Německo, proto na základě § 33 odst. 3 písm. c) zákona o léčivech přijal následující opatření: stažení šarží léčivého přípravku uvedených na www.sukl.cz z úrovně zdravotnických zařízení z důvodu závady v jakosti – nesoulad výroby léčivé látky s podmínkami správné výrobní praxe (SVP) pro léčivé látky. Přestože SÚKL nemá k dispozici informace, které by naznačovaly možnost ohrožení zdraví pacientů z důvodu popsané závady v jakos-

ti, doporučuje, aby pacienti, kteří byli přípravkem Nipruss léčeni, byli i nadále pečlivě sledováni. Případný výskyt nežádoucích účinků hlas- te prostřednictvím elektronického formuláře na internetových stránkách SÚKL. Léčbu je možné i nadále zajistit pomocí jiného alternativního přípravku, který je dostupný na českém trhu.

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

- Na základě opatření držitele rozhodnutí o registraci, společnosti Gedeon Richter Plc, Maďarsko, se z úrovně zdravotnických zařízení stahují šarže léčivého přípravku **Protevasc 35mg**, tablety s prodlouženým uvolňováním, por. tbl. pro., 60x 35 mg, uvedené na www.sukl.cz, a to z důvodu schválené změny v registraci (změna v souhrnu údajů o přípravku a v příbalové informaci v důsledku prováděcího rozhodnutí Komise ze dne 3. 9. 2012 vztahujícího se k účinné látce trimetazidin).

- Na základě opatření držitele rozhodnutí o registraci, Wörwag Pharma GmbH & Co. KG, Německo, se z úrovně zdravotnických zařízení stahují pouze cizojazyčná balení léčivého přípravku **Lagosa**, obalené tablety, číslo šarže: 12G12. Důvodem je, že v rámci distribuce léčivého přípravku Lagosa došlo k logistické chybě a na trh v České republice bylo dodáno několik cizojazyčných balení (v rumunském jazyce s číslem šarže 12G12). (Zdroj: SÚKL)



Co Tonogen injekční roztok obsahuje:

- Léčivá látka: 1 mg epinefrin (adrenalin) v jedné injekční ampuli (1 ml).
- Pomocnými látkami jsou: edetát sodný, kyselina vinná, metabisulfid sodný, chlorid sodný, voda pro injekci.

rozené firmy, protože díky úspěchu Tonogenu mohl Richter požádat o licenci pro průmyslovou výrobu léčivých přípravků. Od té doby společně vyrábí léčivý přípravek nepřetržitě, účinná látka se od roku 1950 připravuje synteticky. Léčivo je dostupné v Maďarsku a některých dalších státech Evropy pod názvem Tonogen. Injekční roztok obsahuje adrenalin – přirozený hormon dřeně nadledvin, který zvyšuje sílu srdečních stahů a jejich frekvenci a také krevní tlak. Kromě toho zužuje průsvit cév v kůži, sliznicích a ledvinách. Jeho aplikace může být využita během chirurgického zákroku pro snížení krvácení v operované oblasti, dále je indikován při srdečním selhání, jakémkoli oslabení krevního oběhu,

CHEMISCHE FABRIK GEDEON RICHTER, BUDAPEST, X.			
Název latinsky	Chemický název	Užití	Užití
Asvlyhalcsykezesek			
Kalmeryn	Asvlyhalcsykezesek	...	...
Hydrogyn	Asvlyhalcsykezesek	...	...
Almogyn	Asvlyhalcsykezesek	...	...
Organoterapeutické Přípravky			
Tonogen injekční roztok (Baktin)	Asvlyhalcsykezesek	...	...
Tonogen tablety	Asvlyhalcsykezesek	...	...

anafylaktickém šoku nebo v případě těžké alergické reakce.

Využití infuzního vitamínu C v onkologii v rámci nutriční farmakologie (klinická studie PACMAN)

V poslední době si řada odborníků pokládá otázku, jak je možné, že se více než 30 let diskutuje o využití vitamínu C v onkologii, aniž by byl jeho potenciál v tomto oboru adekvátně zužitkován. Odpověď na tuto otázku je velmi jednoduchá: Dnes je zřejmé, že integrační vývoj pozastavila neznalost detailní farmakokinetiky a z toho plynoucí neschopnost alespoň rámcově popsat účinek závislý na dávce. Tento proces byl úspěšně nastartován v posledním desetiletí, a proto dnes máme k dispozici informace, které překonávají znalosti získané v 80. či 90. letech.

Využitím těchto informací na poli nutriční farmakologické intervence, která je ve formě parenterální výživy součástí základní onkologické léčby, může dojít k jejímu posílení a tím i k navýšení šance na uzdravení či prodloužení života u onkologických pacientů. Navíc byl teprve v posledních letech zmapován a popsán selektivně prooxidativní, cytotoxický účinek, kterým vitamin C působí na některé linie nádorových buněk.

Zvýšená potřeba

Podle doporučení Evropské společnosti pro klinickou výživu a metabolismus (ESPEN) je potřeba vitamínu C u onkologických pacientů zvýšená. V této souvislosti je zřejmé, že dávky vitamínu C pro krytí deficitu musejí být u tohoto typu pacientů vysoké, jelikož u malignit je ve zvýšené míře přítomný oxidativní stres a chronický zánět, které vytvářejí příznivé podmínky pro vznik nádorového bujení a negativně ovlivňují prognózu onkologických pacientů. Potřeba vitamínu C, jako látky potlačující oxidativní stres a působící protizánětlivě, je proto u těchto pacientů vyšší.

Nelze předpokládat, že by deficit vitamínu C u onkologických pacientů saturovala na fyziologickou, či dokonce farmakologickou úroveň denní dávka 100–200 mg, která u zdravého jedince slouží k zajištění fyziologických funkcí, tj. biochemických reakcí, ve kterých vitamin působí jako ko-faktor (např. eliminační reakce v játrech, biosyntézy neurotransmiterů, kolagenu, karnitinu, žlučových kyselin, resorpce železa ze zažívacího traktu), a k udržení rovnováhy na úrovni oxidačně-redukčního potenciálu v extra- a intracelulárních prostorech.

Cytotoxická hladina

Z výše uvedeného bylo odvozeno, že k normalizaci výrazně snížené

hladiny askorbátu v krvi a k redukcí hladiny prozánětlivých cytokinů je nutné podání vitamínu C v gramových množstvích (Du, Yuan 2003; Long, Maull 2003). Například pro dosažení protizánětlivých účinků vitamínu C je nutné vytvořit v krvi téměř 15x vyšší koncentraci, než je koncentrace fyziologická, což je možné dokázat pouze nitrožilním podáním vitamínu C. Při perorálním podání lze kvůli omezeným transportním možnostem ve střevě dosáhnout v krevní plazmě koncentrací, které jsou schopny zajistit pouze již uvedené fyziologické účinky (Wang, Mackenzie 2000; McDonald, Thumser 2002).

Pro dosažení cytotoxické hladiny vůči některým liniím maligních buněk je třeba ještě vyšších hladin. Z farmakologického pohledu je třeba respektovat závislost účinku vitamínu C na dávce, přičemž je třeba rozlišovat účinky fyziologické (dávka 0,0027 g/kg tělesné hmotnosti), imunomodulační (0,1 g/kg), protizánětlivé (0,2–0,6 g/kg t. hm.) a tumorselektivně cytotoxické (0,75–1,75 g/kg t. hm.). Ve farmakologii se jedná o běžnou situaci. Například ASA má v denní dávce 75–100 mg účinky antitrombotické, v dávce 325–650 mg antipyreticko-analgetické a v dávce 1000 mg antimigrénózní. Podle užití dávky vitamínu C lze očekávat fyziologické či farmakologické účinky.

Obavy pouze v rovině teoretické

S ohledem na vysoké intravenózně podávané dávky vitamínu C se často ozývají kritické hlasy, že taková dávka má svá rizika související s tvorbou oxalátů. Jak ukazují poslední studie (Hoffer et al. 2008; Welsh et al. 2013), u onkologicky nemocných s normální funkcí ledvin (a bez urolitiázy) při výchozím vyšetření je parenterální aplikace vitamínu C ve vysokých dávkách bezpečná, v žádné

ze studií autoři neuvádějí vznik oxalátové urolitiázy jako následku podávání vitamínu C těmto pacientům.

Nadbytek vitamínu C se eliminuje močí, ovšem s ohledem na dnes již známou farmakokinetiku lze předpokládat, že u pacientů s výrazným deficitem askorbátu (např. u onkologických pacientů) se jedná o minoritní množství. Gramové dávky vitamínu C jsou zužitkovány v rámci oxidačně-redukčních a dalších dějů na úrovni tkání, přičemž například buňky imunitního (monocyty, lymfocyty) a nervového (neurony) systému akumulují extrémně vysoká množství vitamínu C. Z hlediska eliminace vitamínu C v organismu tedy nelze na úrovni ledvinné clearance uplatnit lineární závislost vztahující se pouze k biologickému poločasu vitamínu C v krvi. Právě z této linearity vycházejí obavy spojené s urolitiázou, které leží pouze v rovině teoretické, ale v praxi se v uvedených studiích nepotvrdily.

Klinická studie PACMAN

Jak již bylo zmíněno výše, vitamin C podaný parenterálně ve farmakologických dávkách významně přispívá ke zvýšení antioxidační ochrany tkání. U pacientů s některými onkologickými chorobami svým protinádorovým účinkem (selektivně prooxidativním působením na nádorové buňky) přispívá ke zvýšení účinnosti chemoterapie a zlepšení kvality života nemocných.

Jak ukázaly preklinické modely, vysoké dávky vitamínu C působí příznivě i při léčbě karcinomu pankreatu. V roce 2013 byly v časopise *Cancer Chemotherapy and Pharmacology* publikovány výsledky klinické studie fáze I PACMAN (*Pharmacological Ascorbate with gemcitabine for the Control of Metastatic And Node-positive pancreatic cancer*), v níž byla hodnocena účinnost a bezpečnost vitamínu C v kombinaci

s gemcitabinem v léčbě pacientů s metastazujícím karcinomem pankreatu (Welsh et al. 2013). O této studii přinášíme základní informace.

Možnosti terapie karcinomu pankreatu

Incidence karcinomu pankreatu vzrůstá, přičemž mortalita na tento nádor je vyšší než 80% (Siegel et al. 2012). Přestože je v USA na 4. místě mezi onkologickými příčinami úmrtí, pokroky v léčbě tohoto tumoru nejsou tak rychlé, jako je tomu u jiných maligních tumorů (Winstead et al. 2009). Zavedení léčby gemcitabinem dle Burris (Burris et al. 1997) znamenalo značný pokrok v léčbě. Kombinaci režim FOLFIRINOX (leukovorin + 5-fluorouracil + irinotekan + oxaliplatin) pak přinesl zvýšení celkového přežití pacientů oproti monoterapii gemcitabinem, ale za cenu zvýšené toxicity léčby (Conroy et al. 2011). Proto je třeba hledat další terapeutické možnosti, které by byly pacienty lépe tolerovány. Jednu z nich by mohla představovat kombinace gemcitabinu s vysokodávkovaným vitaminem C, která byla testována ve studii fáze I PACMAN.

Vitamin C – nová možnost v onkologické léčbě

Vitamin C (kyselina askorbová, askorbát) ve farmakologických koncentracích má schopnost působit v lidském organismu jako antioxidant i prooxidant. Jako antioxidant se uplatňuje v ochraně nenádorových buněk a tkání. K jeho prooxidativnímu působení v některých nádorových buňkách přispívají faktory charakteristické právě pro nádorové buňky, například přítomnost tzv. katalytických kovů (iontů dvojmocného železa apod.) v jejich okolí (Buettner et al. 1996). Farmakologické plasmatické hladiny askorbátu (kterých je možné

docílit intravenózní aplikací vysokých dávek vitamínu C), odpovídající řádově 100–1000násobku fyziologické hladiny, mají schopnost vyvolat v okolí nádorových buněk produkci peroxidu vodíku a přestup peroxidu do nitra těchto buněk. To je jeden z faktorů, kterými v těchto buňkách vzniká oxidativní stres, jenž je může poškodit a vést k jejich apoptóze. Askorbát ve farmakologických hladinách, dosažitelných u člověka intravenózním podáním, tímto prooxidativním mechanismem selektivně způsobuje zánik buněk karcinomu pankreatu (Chen et al. 2005, 2007; Du et al. 2010). Navíc preklinické modely ukázaly, že přidání vitamínu C ve farmakologické dávce ke gemcitabinu může přispět ke zlepšení výsledků léčby (Espey 2011).

Cíle studie

Perorálním podáním vitamínu C nelze docílit potřebné plasmatické hladiny; k dosažení farmakologických hladin askorbátu je zapotřebí parenterální aplikace. S přihlédnutím k této skutečnosti a na základě uvedených preklinických výsledků se autoři rozhodli provést klinickou studii fáze I, ve které byla ověřována účinnost a bezpečnost přidání vysokodávkovaného intravenózně podaného vitamínu C ke gemcitabinu u pacientů s adenokarcinomem pankreatu. Při stanovení dávek vitamínu C bylo kritériem dosažení plasmatické hladiny minimálně 350 mg/dl. Hlavními sledovanými parametry byly profil toxicity při intravenózním podání vitamínu C a vliv podané dávky na plasmatickou hladinu, dále účinnost a bezpečnost léčby při podávání vitamínu C 2x týdně. Byla hodnocena zátěž způsobená onemocněním, hmotnost, *performance status*, laboratorní parametry, doba do progresu onemocnění a doba celkového přežití.



Ilustrační foto: Shutterstock

Kritéria pro výběr pacientů

Do studie bylo zařazeno 9 pacientů s metastazujícím adenokarcinomem pankreatu, kterým byl kromě gemcitabinu aplikován intravenózně vitamin C v dávce 50–125 g. Dávkování bylo řízeno Simonovou akcelerovanou titrací tak, aby byla dosažena cílová postinfuzní plasmatická hladina askorbátu 350 mg/dl.

Zařazení pacienti měli neresekabilní, histologicky nebo cytologicky potvrzený metastazující nebo rekurentní adenokarcinom pankreatu s postinfuzními regionálními lymfatickými uzlin. Vzhledem k tomu, že podání vysokodávkovaného vitaminu C je kontraindikováno u pacientů s deficiencí glukózo-6-dehydrogenázy (G6DP) a s poruchou funkce ledvin, byli do studie zařazeni pouze nemocní s normální (nesníženou) aktivitou G6DP a normálními hodnotami kreatininu v plasmě či *clearance* kreatininu.

K dalším kritériím pro zařazení patřil *performance status* pacientů (hodnocení fyzické aktivity), s hodnotami 0, 1 nebo 2 (dle škály ECOG), a předpokládaná délka dožití (*life expectancy*) minimálně 3 měsíce. Zároveň byli vyloučeni nemocní s komorbiditami, jako je městnavé srdeční selhání, nestabilní *angina pectoris* nebo infarkt myokardu, v průběhu 6 měsíců zařazování do studie.

Metodika léčby

Gemcitabin byl podáván podle metody Burrise et al. intravenózně infuzí v dávce 1000 mg/m² tělesného povrchu ve 30minutové infuzi v následujícím schématu: 3 po sobě jdoucí týdny aplikace 1x týdně, poté jednotýdenní pauza. Pokud jde o vitamin C, pacientům byla aplikována testovací dávka 15 g ve 250 ml 5% vodného roztoku dextrózy infuzí trvajících 30 minut. Pokud tato dávka byla tolerována, následovala v průběhu kalendářního týdne druhá, stejně vysoká. Poté byla 2x týdně

podávána zvyšující se dávka až do dosažení plasmatické hladiny askorbátu 350 mg/dl.

Infuze s vitaminem C byly podávány ve čtyřtýdenním cyklu (tj. i v týdnu, kdy nebyl aplikován gemcitabin). Protože cílem studie bylo sledování tolerance podávání vysokých dávek vitaminu C, byla definována toxicita limitující dávku (*dose-limiting toxicity*, DLT), a to jako nehematologická toxicita související s podáním askorbátu; výskyt DLT by byl důvodem pro přerušení aplikace vitaminu C. Při absenci DLT bylo v aplikaci vitaminu C pokračováno; důvodem k případnému přerušení by byla progresse onemocnění dle kritérií RECIST (*Response Evaluation Criteria In Solid Tumors*).

Krev pro stanovení laboratorních parametrů byla odebrána před podáním infuzí a po jejich ukončení. Mezi tyto parametry patřila např. hladina F₂-isoprostanů jako kritérium endogenního oxidativního stresu. F₂-isoprostany jsou látky podobné prostaglandinům a vznikají *in vivo* peroxidací kyseliny arachidonové, iniciovanou volnými radikály. Pro stanovení intracelulárního oxidativního stresu byl měřen poměr koncentrace GSH/GSSG (redukované a oxidované formy glutathionu) v erytrocytech.

Vyšetření pomocí CT bylo prováděno na počátku studie a následně po ukončení každých dvou cyklů léčby.

Výsledky

9 pacientů absolvovalo minimálně jednoměsíční cyklus léčby. Šest z nich si v průběhu léčby udrželo stabilní *performance status* nebo se u nich tento status zlepšil. Průměrné trvání léčby dosahovalo 6 měsíců (177 dní, v rozmezí 69–556 dní). Podané dávky vitaminu C k dosažení cílové plasmatické hladiny askorbátu 350 mg/dl se pohybovaly mezi 50 a 125 g na jednu infuzi. U typického pacienta z této skupiny se po podání dávky 75 g vytvořily hladiny kolísající

ci mezi 350 a 630 mg/dl, přičemž u všech pacientů i při největším poklesu hladin mezi infuzemi byla plasmatická hladina askorbátu významně vyšší než výchozí hladina před zahájením léčby. Uvedená cílová hladina, dosažená ve studii během jedné hodiny po infuzi, má podle preklinických studií selektivně protinádorový účinek (Du et al. 2010). Doba do progresse činila ve skupině v průměru 26 týdnů (SD = 7), celkové přežití u pacientů, kteří dokončili nejméně dva cykly léčby, dosahovalo v průměru 13 měsíců (SD = 2 měsíce). Hmotnostní pokles u pacientů za dobu léčby odpovídal v průměru 5,3 kg.

Pokud jde o bezpečnost a toxicitu vysokodávkovaného vitaminu C, nebyly zaznamenány žádné projevy toxicity limitující dávku (DLT) ani žádné závažné nežádoucí účinky vitaminu C. Nežádoucí účinky se ve studii vyskytly jen vzácně a byly srovnatelné s projevy doprovázejícími monoterapii gemcitabinem, zaznamenanými v publikovaných studiích. Tyto nežádoucí účinky lze tedy připsat gemcitabinu, nikoli askorbátu. Možnou souvislost s podáním vitaminu C mohl mít jen výskyt konstitučních nežádoucích projevů jako nauzea (n = 6) či průjem (n = 4). S askorbátem pravděpodobně souvisel pocit žízně a suchosti v ústech (n = 4); tyto přechodné projevy vymizely během stejného dne po ukončení infuze.

Byla hodnocena i bezpečnost podávání askorbátu z hlediska možného ohrožení organismu oxidativním stresem. Stanovení F₂-isoprostanů (biomarkerů oxidativního stresu) v krvi ukázalo, že jejich hladina po infuzích vitaminu C spíše klesá, což znamená, že podání askorbát nezpůsobuje systémový oxidativní stres. Hodnocení glutathionového systému (GSH/GSSG), jehož úkolem v organismu je kompenzování systémového oxidativního stresu, ukázalo, že aplikace vysokých dávek askorbátu nevede k deplici redukované formy (GSH). Nesnížená hladina GSH svědčí o tom, že podání askorbátu ve farmakologické dávce (přes své prooxidativní působení na nádorové buňky) neohrožuje zdraví erytrocyty oxidativním stresem a glutathionový systém v erytrocytech zůstává stabilní.

Diskuse

Výsledky studie PACMAN autoři porovnali s jinými studiemi, které se zabývaly rolí farmakologických hladin askorbátu v léčbě maligních onemocnění. Např.

ve studii toxicity fáze I Hoffer et al. (2008) podávali pacientům s pokročilými maligními tumory a maligními hematologickými chorobami askorbát v dávce 0,4–15 g/kg hmotnosti 3x týdně, přičemž 5 pacientů dostávalo nejvyšší dávku. Všichni pacienti askorbát dobře tolerovali. Samotný askorbát k léčbě onemocnění nepostačoval, autoři předpokládají, že k efektivním výsledkům by mohlo vést jeho kombinování s cytotoxickými nebo jinými redox-aktivními molekulami.

Monti et al. (2012) podávali ve své studii 14 pacientům s metastazujícím karcinomem pankreatu intravenózně vitamin C v kombinaci s gemcitabinem a erlotinibem. Dávku askorbátu zvyšovali až do cílové dávky 100 g 3x týdně. Závažnější nežádoucí účinky, pokud se vyskytly, vznikly podle autorů ve spojitosti s onemocněním či chemoterapií, nikoli s askorbátem. Montiho studie však byla příliš krátká (8 týdnů), aby mohla definitivně zhodnotit snášenlivost askorbátu. U osmi z devíti pacientů došlo ke zmenšení primárních tumorů.

Monti et al. uvádějí, že u jejich pacientů průměrná doba bez progresse činila 12,7 týdne a celková doba přežití 6 měsíců. Ve studii PACMAN byl vitamin C podáván až do okamžiku progresse (podle kritérií RECIST). Průměrná doba do progresse v této studii činila 26 týdnů a celková doba přežití 12 měsíců (n = 9). Přestože žádná z dosavadních studií nebyla dostatečně velká, aby bylo možné činit závěry ohledně terapeutické účinnosti askorbátu, je třeba zdůraznit délku doby do progresse a dobu přežití ve studii PACMAN (kombinace askorbátu s gemcitabinem), např. oproti studii Burris et al., ve které byla použita monoterapie gemcitabinem. Doba do progresse činila v Burrisově studii 9 týdnů a celková doba přežití přibližně 6 měsíců, což jsou výrazně kratší časové úseky než při kombinaci gemcitabinu s askorbátem ve studii PACMAN. Připomeňme znovu, že režim FOLFIRINOX v multicentrické studii také zvyšoval délku přežití oproti monoterapii gemcitabinem, a to o 4,3 měsíců. Komplikací ovšem byla významně nižší kvalita života a závažné nežádoucí účinky, spojené s relativně vysokou toxicitou režimu FOLFIRINOX.

Závěr

K ověření účinnosti a bezpečnosti vysokodávkovaného vitaminu C v kombinaci s chemoterapií bude samozřejmě třeba dalších studií, ale již nyní je třeba zdůraznit, že ve studii PACMAN přidání intravenózního askorbátu ke gemcitabinu nebylo zdrojem žádných závažných nežádoucích účinků. Navíc infuze vysokodávkovaného vitaminu C vedly ke zvýšení plasmatické hladiny askorbátu i v období mezi infuzemi (oproti výchozí hladině před zahájením léčby). I tento dlouhodobý efekt intravenózního podávání vitaminu C je důležitým zjištěním, především vzhledem k prospěšnému působení askorbátu v organismu. Redukční potenciál intracelulárního pufrovacího glutathionového systému si ve studii PACMAN v průběhu léčby zachoval stabilitu. Plasmatické hladiny F₂-isoprostanů po infuzích vitaminu C klesaly, což naznačuje protektivní funkci askorbátu vůči normálním, nenádorovým tkáním. Právě tato ochranná funkce askorbátu by mohla vysvětlovat zjevný pokles nežádoucích účinků při kombinaci askorbát/gemcitabinu oproti monoterapii gemcitabinem, navíc i nižší pokles hmotnosti a stabilnější skóre pro *performance status* během léčby kombinací askorbát/gemcitabinu.

Na závěr lze shrnout, že intravenózní aplikace vitaminu C v dávce 50–125 g 2x týdně ve studii PACMAN vedla k plasmatickým hladinám askorbátu v hodnotách minimálně 350 mg/dl, aniž by toto zvýšení hladiny bylo doprovázeno jakýmkoli významnějšími nežádoucími účinky nebo zvýšením toxicity léčby. Léčba kombinací vysokodávkovaného intravenózního vitaminu C s gemcitabinem u nemocných s metastatickým či neresekabilním adenokarcinomem pankreatu byla bezpečná a pacienti dobře tolerovaná. Na tuto studii fáze I by měla navazovat studie fáze II, která by dále ověřovala protinádorovou účinnost této kombinace.

MUDr. Pavel Kostiuik, CSc.,
PharmDr. Lucie Kotlářová,
lucie.kotlarova@edukafarm.cz,
Edukafarm Praha

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



evropský
sociální
fond v ČR



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

OFTALMOLOGIE

Diabetický makulární edém

Diabetický makulární edém je postižením centrální části sítnice (žluté skvrny) u pacientů trpících diabetickou retinopatií. V rozvinutých zemích je ve věkové kategorii do 65 let nejčastější příčinou slepoty u pacientů postižených DM. Včasná diagnóza DME spolu s včasnou terapií dokáže stabilizovat zrakovou ostrost a předejít pozdějším komplikacím.

V posledních desetiletích výrazně narostl počet pacientů, u kterých byl diagnostikován diabetes mellitus (DM). Hovoří se o světové pandemii. Do roku 2050 dojde v USA k trojnásobnému zvětšení počtu diagnostikovaných diabetiků. Předpokládá se, že to s sebou přinese výrazné socioekonomické problémy. Dramatický nárůst počtu pacientů s DM je očekáván nejen v rozvinutých, ale i rozvojových zemích v souvislosti s prodloužením průměrné délky života a zlepšováním celkového zdravotního stavu obyvatelstva těchto zemí.

Diabetická retinopatie (DR) je nejčastější pozdní komplikací DM. Čím trvá diabetes déle, tím vyšší má diabetik pravděpodobnost, že bude postižen DR. V celkovém počtu DR předčí další pozdní komplikace DM, jako jsou diabetická nefropatie a diabetická noha. Diabetický makulární edém (DME) je postižením centrální části sítnice (žluté skvrny) u pacientů trpících diabetickou retinopatií. DME je v rozvinutých zemích ve věkové kategorii do 65 let nejčastější příčinou slepoty u pacientů trpících DM. Ročně je v USA nově postiženo DME na 75 tisíc pacientů¹.

Rizikové faktory pro rozvoj DME

Patofyziologie DME je komplexní a podílí se na ní mnoho faktorů. Hlavním rizikovým faktorem je dlouhodobá hyperglykemie, která vede k aktivaci alternativní cesty zpracování glukózy buňkou. Jejím výsledkem jsou produkty pokročilé glykace (*advanced glycation endproducts*, AGE), které spouštějí vznik a progresi DR a DME. Dalšími faktory jsou porucha hemoretinální bariéry (HRB), hypoxie a poruchy v oblasti vitreoretinálního rozhraní. Zánětlivé procesy společně s vysokou hladinou vaskulárního endoteliálního růstového faktoru (VEGF) a nízkou hladinou faktoru produkovaného buňkami retinálního pigmentového faktoru (PEDF) vedou k poruše retinálního cévního řečiště².

DME může doprovázet obě stadia DR, tedy jak neproliferativní, tak proliferativní. DME se vyskytuje

jak u diabetiků 1. typu, tak u diabetiků 2. typu, kde bývá mnohem častější. Většinou jsou postiženi pacienti v produktivním věku, což způsobuje velké socioekonomické problémy. Pacienti nemohou být ekonomicky aktivní a jsou odkázáni na sociální systém³⁻⁶.

Definice DME

DME je definován jako retinální ztlustění v makule (žluté skvrně). Přesnou definici DME přinesla *Early Treatment Diabetic Retinopathy Study* (ETDRS) provedená v USA. DME je definován jako retinální edém nebo výskyt tvrdých exsudátů (vysrážených krevních lipidů) v oblasti jedné plochy disku od centra makuly^{3,7}.

K charakterizování klinické závažnosti DME a zahájení laserové terapie byl vytvořen pojem klinicky signifikantní makulární edém (KSME). Je definován makulárním ztlustěním v oblasti 500 mikrometrů od centra makuly nebo přítomností tvrdých exsudátů v oblasti 500 mikrometrů od centra společně s přítomností retinálního edému, případně přítomností oblasti retinálního ztlustění o velikosti jedné plochy disku, která alespoň částečně zasahuje do oblasti jednoho disku kolem centra.

Epidemiologie DME

Epidemiologická data týkající se DME nejsou tak četná jako epidemiologická data týkající se DR. 10letá incidence dosahuje 20,1 % v populaci pacientů, u kterých byl diabetes diagnostikován do 30 let věku, a 29,3 % u pacientů, u nichž byl DM diagnostikován po 30. roce věku⁸. Data jsou převzata ze studie ETDRS. Lze říci, že DME častěji postihuje starší pacienty, zejména diabetiky 2. typu, jak již bylo řečeno v úvodu. Z těchto dat tedy můžeme extrapolovat, že jednoletá incidence DME činí 2-4 % u pacientů s diagnostikovaným DM.

Data o prevalenci jsou nejlépe doložena také studií ETDRS. Obecně lze říci, že prevalence DME roste s délkou trvání DM, tj. čím déle má pacient DM diagnostikován, tím vyšší má pravděpodobnost výskytu DME. U diabetiků 1. typu s délkou trvání DM do 5



Diabetický makulární edém. | Foto: archiv autora

let se DME prakticky nevyskytuje. Naopak pokud DM trvá dále než 20 let, DME postihuje 32 % této populace⁹. U diabetiků 2. typu s délkou trvání onemocnění do 5 let se DME vyskytuje ve 3-8 % případů. Naopak v populaci s dobrou trvaním DM více než 20 let se vyskytuje u diabetiků léčených inzulinem v 18 % a u diabetiků neléčených inzulinem ve 38 % případů. Je zde tedy jasně patrný proaktivní efekt terapie inzulinem vzhledem ke vzniku DME⁹.

Pokud je přítomen DME, více než 50 % pacientů s DM 2. typu má zrakovou ostrost horší než 20/40 (0,5). Přitom pokud zraková ostrost obou očí poklesne pod 0,5, pacienti z oftalmologického hlediska nejsou dále schopni řízení motorových vozidel. Z epidemiologického hlediska je zvýšení rizika výskytu DME spojeno s nekompenzovanou hypertenzí, zvýšenou hladinou krevních lipidů a onemocněním ledvin¹⁰.

Patofyziologie DME

Patofyziologie DME je velmi komplexní a zasluhovala by samostatnou publikaci. Nicméně se pokusím přiblížit alespoň základní mechanismy.

Porucha hemoretinální bariéry (HRB) je hlavním faktorem zodpovědným za vznik makulárního a retinálního edému u DR. HRB se skládá ze dvou součástí – zevní a vnitřní HRB. Vnitřní HRB je tvořena pevnými vazbami mezi endoteliálními buňkami cévního systému sítnice. Zevní HRB je

tvořena pevnými spoji mezi buňkami RPE. U pacientů s DM můžeme pozorovat poruchu jak zevní, tak vnitřní HRB. Porucha vnitřní HRB je hlavní příčinou retinálního edému, ale i porucha zevní HRB vede k nedostatečnému odstraňování intraretinálně akumulované tekutiny¹¹.

Chronická hyperglykemie vede ke zvýšené produkci AGE, která je příčinou mikroangiopatie. AGE modifikují funkce dalších proteinů¹². VEGF je základním vazogenním faktorem důležitým pro fyziologickou obnovu cévního systému. Koncentrace VEGF je zvyšována jak hyperglykemií, tak ischemií. VEGF je hlavním faktorem způsobujícím zvýšení cévní permeability a novotvorbu cév¹³. Zadní plocha sklivce hraje významnou roli v patogenezi DME. Pacienti s přiloženou zadní plochou sklivce mají signifikantně vyšší (3,4násobný) výskyt DME oproti pacientům s ablací zadní plochy sklivce¹⁴.

Diagnostika DME

Základní diagnostickou metodou u DME zůstává biomikroskopické vyšetření sítnice v mydriáze. Dovede s velkou přesností určit, zda pacient trpí DME, nebo je sítnice bez známek tohoto postižení. Důležitou diagnostickou metodou je fluorescenční angiografie (FA). Jedná se o vyšetření cévního systému sítnice kontrastní látkou. Dovede velmi přesně odhalit místa na sítnici, která jsou postižena ischemií. Dále dokáže

identifikovat neovaskularizace, zejména některé velmi drobné neovaskularizace totiž při biomikroskopickém vyšetření mohou uniknout pozornosti. FA je na počátku terapie DME velmi důležitá, především pokud se rozhodneme léčit laserem.

Velmi důležité místo v diagnostice DME má optická koherenční tomografie (OCT). Jedná se o neinvazivní vyšetření sítnice za použití laserového paprsku. OCT umí vytvořit průřezový obrázek sítnice – přístroje poslední generace (spektrální OCT) pak dokáží zobrazit řez v sítnici, který je velmi podobný řezu histologickému. Pomocí OCT vyšetření proto dokážeme s přesností určit, které oblasti makuly jsou postiženy, a dále dokážeme kvantifikovat tloušťku sítnice. Ta se s rostoucím edémem zvyšuje a při úspěšné terapii zase klesá. OCT je nezastupitelnou diagnostickou metodou v průběhu terapie DME.

Léčba DME

Od publikování prvních výsledků studie ETDRS v 80. letech minulého století byla po několik desetiletí jedinou terapií DME laserová fotokoagulace argonovým laserem. Studie ETDRS prokázala, že laserová terapie redukuje o 50 % riziko ztráty zrakové ostrosti, proto se na mnoho let stala zlatým standardem terapie DME. Poznatky o vysoké koncentraci VEGF u sklivci diabetiků postižených DR a DME však vědce přivedly k myšlence použít protilátky vůči VEGF i v této indikaci. Výsledky studií RESOLVE a RESTORE, které zkoumaly efekt intravitreálně aplikovaného ranibizumabu (Lucentis, Novartis) na DME, prokázaly vysokou efektivitu této léčby v porovnání s laserovou fotokoagulací^{15,16}. Výsledky obou studií ukazují, že až u 22 % pacientů léčených ranibizumabem dochází ke zlepšení zrakové ostrosti o 3 řádky ETDRS optotypu (15 písmen), zatímco ve skupině pacientů léčených laserem je to pouze 8 % nemocných. Část pacientů léčených ranibizumabem dokonce nepotřebovala doplňkovou laserovou terapii^{15,16}. Intravitreálně aplikovaný ranibizumab tedy z dnešního pohledu



SVĚT JE NÁDHERNÝ > STOJÍ ZA POHLED

OBNOVIT ZRAK ZNOVU OBJEVIT ŽIVOT

Nově hrazená indikace v léčbě poškození zraku v důsledku diabetického makulárního edému¹

Zkrácená informace: LUCENTIS 10 mg/ml injekční roztok

Složení: Ranibizumabum 10 mg v 1 ml. Jedna injekční lahvička obsahuje 2,3 mg ranibizumabu v 0,23 ml roztoku. **Indikace:** Lucentis je indikován u dospělých k léčbě neovaskulární (vlhké) formy věkem podmíněné makulární degenerace (AMD), k léčbě poškození zraku způsobeného diabetickým makulárním edémem (DME) a k léčbě poškození zraku způsobeného makulárním edémem v důsledku okluze retinální vény [uzávěr větve centrální retinální vény (BRVO) a uzavěr centrální retinální vény (CRVO)]. **Dávkování:** Lucentis musí být aplikován kvalifikovaným oftalmologem zkušeným v podání do sklivce. Doporučená dávka u vlhké formy AMD je 0,5 mg podávaných jednou měsíčně jako jednorázová injekce o objemu 0,05 ml do sklivce. Léčba je podávána jednou měsíčně a pokračuje do dosažení maximální zrakové ostrosti (tj. do doby, kdy pacientova zraková ostrost je stabilní po třech sobě jdoucích měsících vyhodnocení). Zraková ostrost by měla být následně sledována jednou měsíčně. Léčba je znovu zahájena, když sledování pacienta ukáže ztrátu zrakové ostrosti způsobenou vlhkou formou AMD. Dojde-li u pacienta ke zhoršení ostrosti zraku o více než 5 písmen, je nutno podat Lucentis. Interval mezi dvěma dávkami by neměl být kratší než 1 měsíc. Doporučená dávka u poškození zraku způsobeného DME nebo makulárním edémem v důsledku RVO je 0,5 mg podávaných jako jednorázová injekce o objemu 0,05 ml do sklivce. Léčba je podávána jednou měsíčně a pokračuje do dosažení maximální zrakové ostrosti, tj. do doby, kdy pacientova zraková ostrost je stabilní po třech sobě jdoucích měsících vyhodnocení provedené během léčby ranibizumabem. Proto pokud následně nenastane zlepšení zrakové ostrosti po podání prvních tří injekcí, nedoporučuje se v léčbě pokračovat. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na léčivou látku nebo na kteroukoli pomocnou látku tohoto přípravku. Pacienti s aktivní nebo suspektní oční nebo periokulární infekcí. Pacienti s těžkým nitroočním zánětem. **Zvláštní upozornění:** Lucentis je určen pouze pro podání do sklivce. Před léčbou je nutno pacienta poučit, že si musí sám aplikovat antimikrobiální kapky (čtyřikrát denně po 3 dny před injekcí a 3 dny po každé injekci). Při aplikaci Lucentisu musí být vždy dodržena přísná pravidla aseptiky. V následujícím týdnu po aplikaci injekce musejí být pacienti sledováni z hlediska případného výskytu infekce. Během 60 minut po injekci Lucentisu bylo pozorováno přechodné zvýšení nitroočního tlaku (IOP). Trvalá zvýšení IOP byla také zjištěna. Podobně jako u všech léků bílkovinné povahy existuje i u Lucentisu možnost imunogenicity. Lucentis se nesmí podávat zároveň s jinými anti-VEGF látkami. Dávku Lucentisu je nutno vynechat a léčbu je nutno dočasně přerušit v případě snížení nejlépe upravené ostrosti zraku o ≥ 30 písmen; nitroočního tlaku ≥ 30 mmHg; poškození sítnice; subretinálního krvácení zahrnujícího střed fovey; chirurgického očního zákroku během uplynulých nebo následujících 28 dnů. Léčbu je nutno přerušit u subjektů s rhytmotogenním odchlípením sítnice nebo u makulárních otvorů stupně 3 nebo 4. Existují pouze omezené zkušenosti s léčbou u pacientů s DME způsobeným diabetem I. typu. Léčba Lucentisem může vyvolat dočasné zhoršení zraku, což může ovlivnit schopnost řídit nebo obsluhovat stroje. U pacientů s rizikovými faktory pro vznik trhlín pigmentového epitelu sítnice zahrnujícími rozsáhlé a/nebo značné odchlípení pigmentového epitelu sítnice je třeba dbát opatrnosti při zahajování léčby Lucentisem. Existuje omezená zkušenost s léčbou pacientů s předěsílymi epizodami RVO a pacientů s ischemickým uzavěrem větve centrální retinální vény (BRVO) a ischemickým uzavěrem centrální retinální vény (CRVO). U pacientů s RVO projevujícím se klinickými příznaky ireverzibilní ztráty zraku v důsledku ischemie se léčba nedoporučuje. **Interakce:** Formální studie interakcí nebyly provedeny. Současné použití Lucentisu s fotodynamickou léčbou (PDT) verteporfinem u vlhké formy AMD. Současné použití Lucentisu s laserovou fotokoagulací u DME a BRVO. **Odkaz na speciální skupiny pacientů:** Podávání Lucentisu dětem a mladistvým se vzhledem k chybějícím údajům o bezpečnosti a účinnosti nedoporučuje. U pacientů s DME starších 75 let jsou omezené zkušenosti. Viz úplná informace o přípravku. **Těhotenství a kojení:** Ženy ve fertilním věku by měly během léčby používat účinnou antikoncepci. Ranibizumab nesmí být užíván během těhotenství, aniž by očekávaný přínos převážil možné riziko pro plod. Ženám, které chtějí otěhotnět, a které byly léčeny ranibizumabem, je doporučeno vyčkat nejméně 3 měsíce po poslední dávce ranibizumabu před početím dítěte. Během léčby přípravkem Lucentis se kojení nedoporučuje. **Nežádoucí účinky:** Velmi časté: nazofaryngitida, bolest hlavy, vřítivka, odloučení sklivce, hemoragie sítnice, poruchy zraku, bolest oka, sklivcové vločky, hemoragie spojivky, podráždění oka, pocit cizího tělesa, zvýšené slzení, zánět očního víčka, suchost oka, oční hyperemie, svědění oka, artralgie, zvýšení nitroočního tlaku. Časté: infekce močových cest, anemie, hypersenzitivita, úzkost, degenerace sítnice, poškození sítnice, odloučení sítnice, trhlina sítnice, odloučení pigmentového epitelu sítnice, trhlina v pigmentovém epitelu sítnice, snížení ostrosti zraku, hemoragie sklivce, poškození sklivce, uveitida, zánět duhovky, iridocyklitida, katarakta, subkapsulární katarakta, opacifikace zadního pouzdra, keratitida, puncata, abraze rohovky, zarudnutí v přední části komory, rozmazané vidění, hemoragie v místě injekce, oční hemoragie, zánět spojivky, alergický zánět spojivky, výtok z oka, fotopsie, fotofobie, oční dyskormfort, otok víčka, bolestivost víčka, překvrtní spojivek, kašel, nevolnost, alergické reakce (vyrážka, kopřivka, pruritus, erytém). **Další nežádoucí účinky** - viz úplná informace o přípravku. **Podmínky uchování:** Uchovává se při teplotě 2 – 8°C. **Dostupné lékové formy/velikost balení:** 1 lahvička s 0,23 ml injekčního roztoku. **Poznámka:** Dříve než lék předepíšete, přečtěte si pečlivě úplnou informaci o přípravku. **Reg. číslo:** EU/1/06/374/001. **Datum registrace/prodloužení:** 22.01.2007/14.12.2011. **Datum poslední revize textu SPC:** 17.1.2013. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Novartis Europharm Limited, Horsham RH125AB, Velká Británie.

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

1. Souhm údajů o přípravku Lucentis, datum revize textu 17.1.2013

 NOVARTIS

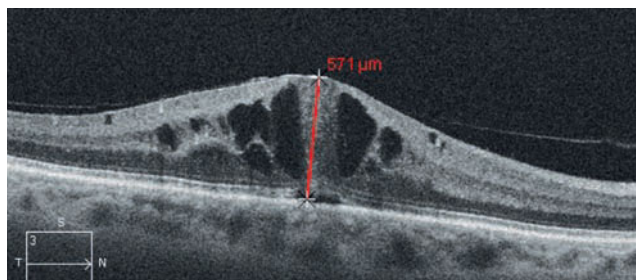
Další informace Vám poskytneme na adrese:

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


LUCENTIS[®]
RANIBIZUMABUM

CZ1303088783/03/2013

AKTUALITY



OCT pacienta s DME před léčbou – výrazný edém sítnice. | Foto: archiv autora

představuje neúčinnější terapií DME. Včasná diagnóza DME spolu s včasnou terapií ranibizumabem umožňuje vrátit 20 % pacientů již ztracenou zrakovou ostrost a u 95 % pacientů jejich zrakovou ostrost stabilizovat.

Literatura:

1. Bresnik GH: Diabetic macular edema: a review. *Ophthalmology* 1986; 93(7): 989–997.
2. Kim W, Hudson BI, Moser B et al.: Receptor for advanced glycation end products and its ligands: a journey from the complications of diabetes to its pa-

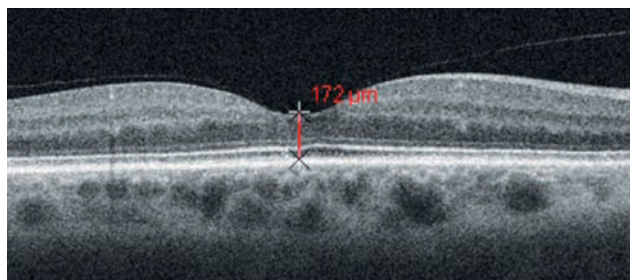
thogenesis. *Ann NY Acad Sci* 2005; 1043: 553–561.

3. Sosna T: Diabetická retinopatie. *Medicina pro praxi* 2009; 6(5): 270–275.

4. Kolář P: Patofyziologie diabetické retinopatie. *Vnitřní lékařství* 2013; 59(3): 173–176.

5. Kolář P, Štarha P, Hájek D, Vlková E, Druckmüller M: Význam matematického zpracování obrazu sítnice u diabetické retinopatie. *Česká a slovenská oftalmologie* 2003; 59(3): 160–170.

6. Kolář P, Štarha P, Vlková E: Utilization of mathematical processing of retinal images with use of adaptive contrast control (ACC) method to detect quanti-



OCT stejného pacienta po léčbě – sítnice bez edému. | Foto: archiv autora

ty of vascular endings. *Eur J Ophthalmol* 2005; 15(6): 782–786.

7. Early Treatment Diabetic Retinopathy Study research group: Photocoagulation for diabetic macular edema. Early Treatment Diabetic Retinopathy Study report number 1. *Arch Ophthalmol* 1985; 103(12): 1796–1806.

8. Klein R, Klein BEK, Moss SE, Cruickshanks KJ: The Wisconsin epidemiologic study of diabetic retinopathy. XV. The long-term incidence of macular edema. *Ophthalmology* 1995; 102(1): 7–16.

9. Klein R, Klein BE, Moss SE et al.: The Wisconsin epidemiologic study of diabetic retinopathy. IV. Diabetic ma-

cular edema. *Ophthalmology* 1984; 91: 1464–1474.

10. Klein R, Klein BE: Relation of glycaemic control to diabetic complications and health outcomes. *Diabetes Care* 1998; 21, suppl. 3: C39–C43.

11. Wong HC, Boulton M, McLeod D et al.: Retinal pigment epithelial cells in culture produce retinal vascular mitogens. *Arch Ophthalmol* 1988; 106(10): 1439–1443.

12. Jousseaume AM, Murata T, Tsujikawa A et al.: Leukocyte-mediated endothelial

cell injury and death in the diabetic retina. *Am J Pathol* 2001; 158: 147–152.

13. Bhagat N, Grigorian RA, Tutela A, Zambin M: Diabetic macular edema: pathogenesis and treatment. *Surv Ophthalmol* 2009; 54: 1–32.

14. Lopes de Faria JM, Jalkh AE, Trempe CL, McMeel JW: Diabetic macular edema: risk factors and concomitants. *Acta Ophthalmol Scand* 1999; 77(2): 170–175.

15. Massin P, Bandello F, Garweg JG et al.: Safety and efficacy of ranibizumab in diabetic macular edema (RESOLVE Study): a 12-month, randomized, controlled, double-masked, multicenter phase II study. *Diabetes Care* 2010; 33(11): 2399–2405.

16. Mitchell P, Bandello F, Schmidt-Erfurth U et al.: The RESTORE study: ranibizumab monotherapy or combined with laser versus laser monotherapy for diabetic macular edema. *Ophthalmology* 2011; 118(4): 615–625.

doc. MUDr. Petr Kolář, Ph.D.
Oční klinika LF MU a FN Brno

Naděje pro pacienty s karcinomem prostaty představují nové léky

Rakovina prostaty je nejčastějším onkologickým onemocněním u mužů. Počet pacientů u nás v důsledku aktivní diagnostiky každým rokem narůstá, úmrtnost se však lehce snižuje. Důvodem jsou mimo jiné nové terapeutické postupy.

Na rozdíl od většiny ostatních nádorů se karcinom prostaty poměrně dlouho vyvíjí a ani pro pacienty s pokročilými nádory není výjimečné 10leté přežití. U skupiny tzv. vysoce rizikových nádorů prostaty však není možné ani navzdory časnému zachytu a radikální léčbě považovat nemoc za vyléčenou.

„Až 30 procent nemocných, kteří podstoupí radikální léčbu, může mít biochemickou recidivu onemocnění a část z těchto pacientů na něj zemře. Vysoce riziková nemocní operovaní v centrech s velkým počtem zákroků mají největší pravděpodobnost dlouholetého přežití,“ říká předseda České urologické společnosti (ČUS) a předseda Urologické kliniky 2. LF UK a FN Motol prof. MUDr. Marek Babjuk, CSC.

Větší šance na přežití

Analýzy vysoké incidence nicméně ukazují, že více než polovina zachytů patří k tzv. nízkorizikovým karcinomům. Narůstá však rovněž počet pacientů s metastatickým onemocněním – u přibližně tisíce mužů jsou již v době diagnózy zjištěny metastázy, nejčastěji kostní. U řady ostatních dojde k jejich rozvoji v průběhu nemoci. V sou-

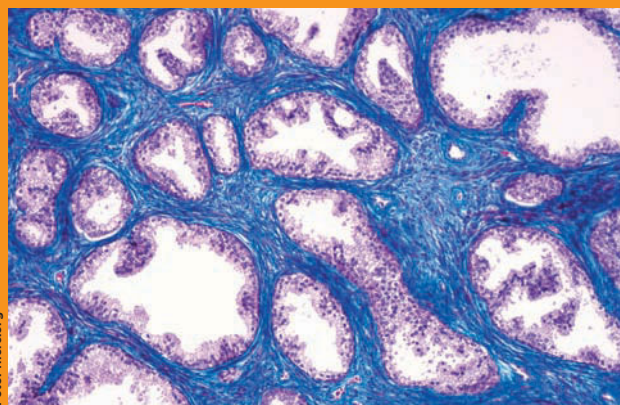


Foto: fhrc.org

časnosti v Česku žije více než 5 tisíc mužů s onemocněním metastatického poškození.

„Základem jejich léčby je hormonální terapie, která je doprovázena sice relativně malým množstvím nežádoucích účinků, ale není zcela bez rizika. Prevence rizik je tak pro nás nyní klíčová,“ říká jedna ze zakladatelek onkologické sekce ČUS as. MUDr. Michaela Matoušková. Na hormonální léčbu většina nádorů odpovídá po určitou dobu dobře, po zlepšení však velmi často dochází k opětovnému vzplanutí nemoci, jež přechází do tzv. kastračně-refraktorního stadia. Prognóza z hlediska vyléčení je velmi špatná.

„V současné době je nejčastější léčbou takto nemocných podání chemoterapie. Americký Úřad pro kontrolu léků a potravin a postupně i Evropská léková agentura schvalují do podání nové přípravky, které mohou zlepšit šanci na přežití těchto pacientů. V posledních dvou letech jsou to přípravky jako sipuleucel T, kabazitaxel, abirateron a enzalutamid. Na schválení po vyhodnocení studií čeká několik dalších, například ²²³radium. Rádi bychom nové léčebné přípravky co nejdříve začlenili do praxe,“ uzavírá Michaela Matoušková.

(Zdroj: ČUS)

(red)

ÚHKT získal další důležité akreditace

Laboratoře Ústavu hematologie a krevní transfuze (ÚHKT) dosáhly akreditace v českém i evropském měřítku.

Úspěšným akreditačním šetřením Českého institutu pro akreditaci (ČIA) prošla Národní referenční laboratoř (NRL) pro DNA diagnostiku. Úspěšně proběhla také inspekce European Federation for Immunogenetics (EFI) v oddělení HLA analýzy. Zdejší laboratoř navíc kromě již dříve akreditovaných kategorií (typizace příbuzných a nepřibuzných dárců, typizace pupečnickové krve a testování asociací HLA s chorobami) nově získala akreditaci v kategorii Monitoring buněčného chimerismu, a to mezi prvními v Evropě a jako vůbec první v Česku.

Standardy na světové úrovni

Na základě posledního šetření ČIA bylo NRL pro DNA diagnostiku uděleno nové osvědčení o akreditaci týkající se vyšetření v oblasti molekulární genetiky pro analýzu lidského genomu metodami PCR, laboratoř byl zároveň prodloužen status akreditované laboratoře podle norem ISO 15189 a 17025. Všem laboratorním postupům byla přiznána flexibilita typu II, která umožňuje pružně reagovat na nové požadavky klinických pracovišť. Osvědčení ČIA bylo vydáno s platností do 31. 12. 2014.

Akreditační řízení EFI v oddělení HLA analýzy, které má status mezinárodně akreditované laboratoře už od roku 2007, bylo letos na

základě žádosti laboratoře rozšířeno o posouzení plnění mezinárodních standardů pro testování histokompatibility v oblasti monitorování buněčného chimerismu. Akreditační inspektoři vydali doporučení pro udělení statutu EFI akreditované laboratoře ve všech aplikovaných kategoriích. Centrální akreditační kancelář EFI se sídlem v Leidenu pak s platností od května 2013 vydala pracovišti osvědčení na další období v kategoriích: Related Donor Typing, Unrelated Donor Typing, Cord Blood Typing a Disease Association Studies.

Mezi prvními v Evropě a jako první v Česku laboratoř získala i akreditaci v kategorii Chimerism Monitoring (Monitoring buněčného chimerismu). Tato mezinárodní akreditace je dokladem laboratorního zajištění transplantacího programu dospělých pacientů v ÚHKT i dětských pacientů Kliniky dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol v souladu s odbornými standardy na evropské i světové úrovni.

Kromě národní akreditace ČIA a mezinárodní akreditace EFI je ÚHKT držitelem i nejvýznamnějšího světového certifikátu kvality JCI (Joint Commission International), jehož získání v květnu 2013 obhájí.

(Zdroj: ÚHKT)

(red)

Výskyt černého kašle dramaticky narůstá

Odborníci z řad infektologů a epidemiologů varují před alarmujícím nárůstem některých preventabilních onemocnění, mezi nimi i pertuse. Tato choroba přitom donedávna byla spíše na okraji zájmu lékařů vzhledem k tomu, že očkování proti pertusi je součástí dětského očkovacího kalendáře.

V roce 2012 byl v České republice zaznamenán dvojnásobný výskyt hlášených případů oproti roku 2011. Dosavadní údaje přitom naznačují, že v letošním roce dojde k překročení počtu nemocných z roku 2012.

Pertuse je závažné infekční onemocnění, které ohrožuje nemocného svými komplikacemi a může být i smrtelné. Onemocnět může kdokoli, nejohroženější skupinou jsou však nejmenší děti, které dosud nebyly očkovány a jež se bohužel většinou nakazí od svých nejbližších. Budoucí rodiče a další rodinní příslušníci, chůvy a zdravotnický personál by se tak měli nechat přeočkovat proti pertusi, aby chránili nově narozené dítě.

V Česku od roku 2005 zemřely na komplikace černého kašle již 4 neočkované děti ve věku do 4 měsíců. Novorozенец se může černým kašlem nakazit již v porodnici, přičemž doba hospitalizace dosahuje až 2 měsíců.

Zrádné komplikace

„Pertuse se dá dobře léčit, dá se jí předcházet, ale má řadu zrádných momentů, pro které se stává těžkým onemocněním,“ upozorňuje primářka Kliniky infekčních, parazitárních a tropických nemocí Nemocnice Na Bulovce v Praze MUDr. Hana Roháčová, Ph.D., a dodává, že ačkoli máme k dispozici účinná antibiotika, v naprosté většině se podávají pozdě, tedy ve chvíli, kdy již původce nákazy (*Bordetella pertussis*) poškodil organismus řadou toxinů, které způsobily vážné komplikace.

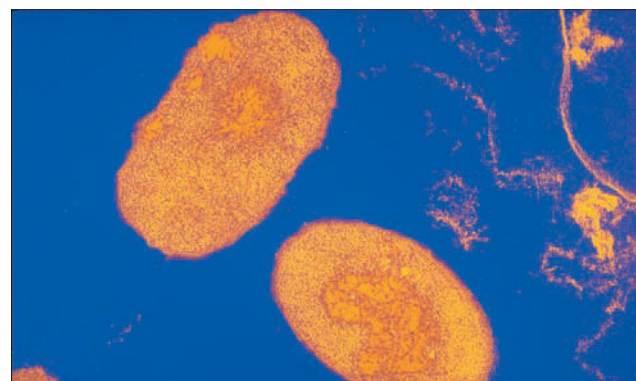
„Problém je v tom, že na počátku černý kašel vypadá jako běžné onemocnění horních cest dýchacích. Vzhledem k tomu, že 90 % těchto onemocnění je virového původu, se zprvu léčí správně, jen podle symptomů a bez podání antibiotik,“ vysvětluje prim. Roháčová. „Ve chvíli, kdy toto katarální stadium přejde ve stadium záchvatové a dojde k rozvoji typických příznaků (jako je

dušivý kašel, při kterém postižený až modrá, obtížně se nadechne a při výdechu ‚kokrhá‘, či dávivý kašel, kdy často i zvrací), se již onemocnění antibiotiky ovlivnit nedaří. Nemocný je sice dostane, ale zbaví ho jen bakterií, aby dále nešířil nákazu,“ doplňuje infektoložka.

Průběh fatální i asymptomatiky

Černý kašel je nepříjemné onemocnění. Samotné záchvaty kašle se opakují 20–40x denně, nemocného celkově vyčerpávají a trvají i týdny. V některých případech je průběh tak těžký, že může pacienta ohrozit na životě. K nejtěžším komplikacím patří krvácení do mozku, porucha funkce plic, těžké plicní záněty, poruchy funkce mozku.

„Dospělý člověk může být nosičem infekce a nemusí si být vědom, že jde o pertusi. Černý kašel má totiž velmi široký klinický obraz, od mírného pokašlávání až po těžký průběh,“ upozorňuje



Bordetella pertussis. | Foto: vaccimedia.fr

MUDr. Kateřina Fabiánová z oddělení epidemiologie infekčních nemocí CEM a Státního zdravotního ústavu a současně tak poukazuje na skutečnost, že počet hlášených onemocnění zdaleka neodpovídá výskytu pertuse v populaci, neboť mnoho případů zůstává nerozpoznáno.

Očkování proti černému kašli představuje jedinou a nejlepší prevenci tohoto onemocnění. Vzhledem k tomu, že ochranné protilátky postupně klesají až do vyvanutí imunity, je možné onemocnět i po očkování (stejně jako po prodělaném onemocnění). Předpokládá se, že dospělý člověk prodělá mírnou formu pertuse v průměru 2,6x za život.

Doporučení imunizační komise

Pro zajímavost – před zavedením povinného očkování proti pertusi před rokem 1956 dosahovala nemocnost u nás 520 případů na 100 000 obyvatel, což odpovídalo téměř 50 tisícům případů za

rok. V 70. a 80. letech minulého století se nemocnost udržovala pod 1 případem na 100 000 obyvatel, od 90. let je pak znovu zaznamenán stoupající trend výskytu tohoto onemocnění. Před zavedením antibiotické terapie byla úmrtnost dětí na černý kašel vysoká – v letech 1949–1956 zemřely v souvislosti s černým kašlem téměř 3 tisíce osob, z toho 96 % tvořily děti do 3 měsíců věku. Zavedením chloramfenikolu do léčby došlo k výraznému poklesu úmrtnosti na toto infekční onemocnění.

Národní imunizační komise vydala v roce 2011 doporučení aplikovat v dospělosti posilující dávku proti pertusi jako součást kombinované vakcíny proti difterii, tetanu a pertusi, zejména osobám, které jsou v úzkém kontaktu s dětmi do 12 měsíců věku. Vzhledem ke zvýšenému výskytu černého kašle v posledních letech Česká republika přistoupila také k přeočkování proti pertusi u dětí ve věku 11 let. (asa)

Inzerce A131005048

www.letaky-pro-pacienty.cz

Informační materiály pro Vaše pacienty i pro vás

Žilní onemocnění

Hyperaktivní močový měchýř

Diabetes

Osteoporóza

a mnoho dalších...



IDS Česká republika
Healthcare Intelligence

Tel.: 288 312 707, office@ids-media.cz

KARDIOLOGIE

Srdeční selhání jako terminální stadium kardiovaskulárních onemocnění

Problematice srdečního selhání jako terminálního stadia kardiovaskulárních onemocnění se na brněnských kardiologických dnech věnovalo sympozium společnosti Servier. Byla na něm prezentována data týkající se onemocnění a představeny nové přístupy k léčbě.

Předsedající symposia a zástupce přednosta 1. interní kardiologické kliniky LF MU a FN u sv. Anny prof. MUDr. Jiří Vítovec, CSc., ve svém úvodním slovu konstatoval, že metody intervenční kardiologie i farmakoterapie v současnosti prodlužují život, což s sebou nese skutečnost, že bude přibývat nemocných s chronickým srdečním selháním. Trendem je přitom zabránit hospitalizacím, které jsou ekonomicky nejnáročnější.

Špička ledovce

Přednosta Interní kliniky – kardiologického oddělení Pardubické krajské nemocnice MUDr. Petr Vojtíšek, CSc., vystoupil s výsledky výzkumu, který shrnuje tren-



Zleva prof. Vítovec, MUDr. Vojtíšek, MUDr. Bělohávek. | Foto: Martin Ježek

dy v oblasti kardiovaskulárních onemocnění v České republice od roku 1994. Kardiologové od

90. let sledují pokles morbidity i mortality na kardiovaskulární choroby, zároveň s tím ale ros-

te prevalence srdečního selhání, která v obecné populaci kolísá kolem 2%, a stejná je též prevalence asymptomatické dysfunkce levé komory srdeční.

Epidemiologická data, která by mapovala prevalenci srdečního selhání, přitom nejsou příliš spolehlivá, proto epidemiologové jako marker prevalence používají počet hospitalizací s touto diagnózou. „Je nám jasné, že jde pouze o špičku ledovce z hlediska všech nemocných, přesto je to dobře zjiitelný údaj. Nárůst hospitalizací na srdeční selhání se datuje už od 80. let, a například v Nizozemsku nebo Španělsku jde dokonce o 44procentní vzestup,“ dodal MUDr. Vojtíšek.

Nezměněný trend

Situaci v České republice mapuje nedávná publikace, která analyzuje jednak trend celkové kardiovaskulární mortality, jednak trend hospitalizací pro kardiovaskulární choroby a hospitalizační mortality (Davidková H et al. Heart 2013; 99: 409–416). Do souboru byli zařazeni všichni nemocní hospitalizovaní a zemřelí pro kardiovaskulární onemocnění v ČR v letech 1994–2009. Ve sledovaném období bylo zaregistrováno 5 409 407 hospitalizací a 930 659 úmrtí na kardiovaskulární choroby. Byla přitom použita data Českého statistického úřadu a Ústavu zdravotnických informací a statistiky ČR.

Mortalita za sledované období v Česku podstatně poklesla u mužů i žen ve všech věkových kategoriích, pokles ale nebyl zaznamenán u pacientů s chronickou ischemickou chorobou srdeční

Inzerce A131008301

Pozvánka

Společnost Servier si vás dovoluje pozvat na mezinárodní webinar na téma
“Hot New Topics from the Heart Failure Congress 2013”
 Lisabon, Portugalsko

Datum: 6. června, 2013 | Čas: od 13,00 do 13,40 hodin

Pro účast ve webinaru zadejte následující link do svého internetového prohlížeče:

www.servier.com/procoralan2013

Speaker:



Prof Martin R. Cowie
 Cardiac Medicine
 National Heart & Lung Institute
 Faculty of Medicine,
 Imperial College
 Londýn, Velká Británie

13,00–13,05 hod. **Úvod**

13,05–13,25 hod. **Hot New Topics from the Heart Failure Congress 2013**

13,25–13,40 hod. **Otázky a odpovědi**

Webinar bude probíhat v anglickém jazyce.

Zkrácená informace o přípravku Procoralan 5 mg a 7,5 mg.

Stožení a balení: Jedna potahovaná tableta obsahuje 5 mg ivabradinu nebo 7,5 mg ivabradinu/56 tablet a 112 tablet v 1 balení. **Indikace:** 1. **Symptomatická léčba chronické stabilní anginy pectoris u dospělých s ICHS s normálním sinusovým rytmem.** Ivabradin je indikován u dospělých, u kterých jsou kontraindikovány nebo nejsou tolerovány betablokátory, nebo v kombinaci s betablokátory u pacientů, kteří jsou nedostatečně kontrolováni optimální dávkou betablokátoru a jejichž srdeční frekvence (SF) je > 60/min. 2. **Léčba chronického srdečního selhání (CHSS) třídy NYHA II až IV se systolickou dysfunkcí, u pacientů se sinusovým rytmem, jejichž SF je ≥ 75/min, v kombinaci se standardní terapií včetně léčby betablokátory, nebo pokud je léčba betablokátory kontraindikována nebo netolerována. Dávkování a způsob podání:** 1. **Léčba ICHS** - doporučená úvodní dávka je 5 mg 2krát denně, po 3 až 4 týdnech léčby může být zvýšena na 7,5 mg 2krát denně. Pokud se během léčby SF trvale < 50/min nebo se objeví symptomy vztahující se k bradykardii, dávka musí být titrována směrem dolů až na dávku 2,5 mg 2krát denně. 2. **Léčba CHSS** - doporučená úvodní dávka je 5 mg 2krát denně. Po 2 týdnech může být zvýšena na 7,5 mg 2krát denně, pokud je klidová SF trvale > 60/min, nebo snížena na 2,5 mg 2krát denně, pokud je klidová SF trvale < 50/min, nebo při výskytu symptomů vztahujících se k bradykardii. Léčba musí být ukončena, pokud SF zůstává nižší než < 50/min nebo přetrvávají symptomy bradykardie. **Kontraindikace:** Přechitlivost, klidová SF před léčbou < 60/min, kardiogenní šok, akutní infarkt myokardu, těžká hypotenze (< 90/50 mmHg), těžká jaterní insuficience, sick sinus syndrom, sinoatriální blokáda, nestabilní srdeční selhání, závislost na kardiostimulátoru, nestabilní angina pectoris, AV blokáda 3. stupně, kombinace se silnými inhibitory CYP3A4, těhotenství, kojení. **Interakce:** Nedoporučuje se současné podávání s přípravky prodlužujícími QT interval a středně silnými inhibitory CYP3A4; opatnost při současném použití s draslíkem šetřícími diuretiky; hypokalémie může zvyšovat riziko vzniku arytmií. Protože ivabradin může způsobit bradykardii, následná kombinace hypokalémie a bradykardie je predisponujícím faktorem vzniku závažných arytmií zvláště u pacientů se syndromem dlouhého QT, vrozeným nebo vyvolaným. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** U pacientů s CHSS, kteří jsou léčeni ivabradinem může být vyšší riziko vzniku fibrilace síní. Pacienti s CHSS s poruchami intraventrikulárního vedení a komorovou dyssynchronií by měli být pečlivě sledováni. Užívání se nedoporučuje: u AV blokády 2. stupně, v kombinaci s verapamilem/diltiazemem, bezprostředně po CMP, u pacientů s vrozeným syndromem dlouhého QT nebo léčených přípravky prodlužujícími QT interval - snížení tepové frekvence způsobené ivabradinem může vyvolat prodloužení intervalu QT, což může způsobit závažné arytmie, zvláště *Torsade de pointes*. Ve studii SHIFT byly u ivabradinu zaznamenány epizody zvýšeného TK v porovnání s placebem (7,1 % vs 6,1 %), které se vyskytovaly krátko po změně léčby TK. Epizody byly přechodné a neovlivily účinek léčby. **Nežádoucí účinky:** Bolesti hlavy, závratě, světlé jevy (tosfely), rozmazané vidění, bradykardie, AV blokáda 1. stupně (EKG: prodloužený interval PQ), komorové extrasystoly, neupravený vysoký TK. Méně časté: angioedém; synkopa, hypotenze, asténie a únava (možné v souvislosti s bradykardií), EKG: prodloužený interval QT*. Vzácné: erytém, svědění, kopřivka a nevolnost (možná v souvislosti s bradykardií). Velmi vzácné: fibrilace síní. AV blokáda 2. a 3. stupně, sick sinus syndrom. **Uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Les Laboratoires Servier, 50, rue Carnot, 92284 Suresnes cedex, France. **Registrační číslo:** EU/1/05/316/001-014. **Datum poslední revize textu:** 25/10/2012.

Před předepsáním přípravku si přečtěte Souhrn údajů o přípravku. Přípravek je k dispozici v lékárnách a výdej přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Servier s.r.o., Klimentská 46, 110 02 Praha 1. Tel: +420 222 118 111; fax: +420 222 118 300. www.servier.cz





MUDr. Petr Vojtíšek. | Foto: Martin Ježek

a u srdečního selhání. „Trendy mortality na jednotlivé diagnózy vykazují významný pokles například u infarktu myokardu (10 procent), podobné výsledky jsou u cévních mozkových příhod, pokud jde ovšem o srdeční selhání, k významnějšímu poklesu celkové mortality nedošlo a trend zůstal nezměněn,“ konstatoval Petr Vojtíšek.

Nárůst počtu hospitalizací u seniorů

Další sledovanou kategorií byla hospitalizační mortalita, kde byl u infarktu myokardu zaznamenán výrazný pokles – v roce 1994 to bylo 14 %, v roce 2009 jen 5,8 %. Podobná data vykazuje diagnóza cévní mozkové příhody (CMP: 1994 – 21 %, 2009 – 10,8 %) a k poklesu hospitalizační mortality došlo i u srdečního selhání (ze 17–18 % v roce 1994 na 11,9 % v roce 2009). V počtu hospitalizací pro kardiovaskulární choroby k velké změně nedošlo, byl ale zaznamenán významný nárůst počtu hospitalizací pro srdeční selhání, které bylo v roce 2009 nejčastějším důvodem hospitalizace pro kardiovaskulární onemocnění, průměrný roční nárůst přitom činí 5,7 % a platí pro muže i ženy ve všech věkových kategoriích. Například u mužů nad 75 let je to nejčastější příčina hospitalizace v roce 2009 v této věkové kategorii, u žen je to CMP a srdeční selhání je na druhém místě. Ve starší populaci je tedy pozorován významný nárůst počtu hospitalizací pro srdeční selhání.

Potřeba speciálních ambulancí

Specializované péči o pacienty se srdečním selháním se ve svém příspěvku věnoval MUDr. Jan Bělohávek, Ph.D., ze 2. interní kliniky – kliniky kardiologie a angiology 1. LF UK a VFN v Praze. „Chronické srdeční selhání je vedle ICHS jednou z hlavních příčin kardinální morbidity a mortality. V rámci komplexního programu péče o kriticky nemocné pacienty je podstatné klást důraz nejen na kvalitní nemocniční péči, ale i na časnou posthospitalizační

ní fázi, kdy jsou pacienti po kritickém onemocnění ohroženi vysokou časnou mortalitou,“ uvedl MUDr. Bělohávek.

Tento cíl může splnit specializovaná ambulance pro pomoc pacientům s chronickým srdečním selháním, jejich zřizování podle Jana Bělohávka doporučuje i Česká kardiologická společnost. Studie provedená na 234 pacientech podle slov Jana Bělohávka prokázala, že takto organizovaný systém péče zlepšuje nejen přežití pacientů, ale je efektivní i pokud jde o náklady. Výsledkem je zlepšené přežívání pacientů, jejich vyšší soběstačnost a nižší počet hospitalizací.

Hybridní program zlepšuje prognózu

„Zásadní zhoršení mortality se vyskytuje do 3 měsíců po hospitalizaci, pro pacienty je to po propuštění nejrizikovější perioda. Proto je důležité, aby měli dostupnou péči pro jakékoli zhoršení stavu. Některé práce hodnotily péči rozšířenou o návštěvu u pacienta, jde o takzvaný hybridní program ambulantní a domácí péče. V jejím rámci vyškolená sestra do 10 dnů po propuštění z nemocniční péče provádí u pacienta kontrolu doma, navíc je mu poskytnut telefonní kontakt, ambulantní kontroly se pak provádějí po měsíci. Studie ukázala, že došlo ke snížení rizika úmrtí a neplánovaných hospitalizací,“ dodal MUDr. Bělohávek, podle něhož je prokázáno, že takto organizovaný přístup zlepšuje i prognózu pacienta.

Specializovaná ambulance pro pacienty se srdečním selháním nabízí také systém různých intervencí a služeb. V první fázi seznámí pacienta i příbuzné s nemocí, její příčinou, projevy, varovnými příznaky a léčebným režimem. Pacient pak má možnost kdykoli konzultovat svůj stav telefonicky nebo e-mailem, primárně s vyškolenou sestrou nebo s lékařem. „Pacient musí mít jistotu, že v případě problémů jsou mu lékaři schopni poskytnout pomoc. Přestože podle některých studií zavedení specializované ambulantní péče o pacienty se srdečním selháním nesnižuje jejich mortalitu, jsme hluboce přesvědčeni, že permanentní možnost telefonické nebo e-mailové konzultace stavu i ambulantního vyšetření a ošetření, které často nahrazuje hospitalizaci, nejen příznivě ovlivňují bezprostřední kvalitu života nemocného, ale neodmyslitelně patří do struktury služeb poskytovaných v rámci komplexního kardio-centra,“ uzavřel Jan Bělohávek.

David Daniel

Unikátní léčba diastolického selhání

Další jedinečnou metodu testují kardiologové Nemocnice Na Homolce. Spolu s americkými kolegy zkoušejí léčbu diastolického selhání srdce vytvořením otvoru v srdeční přepážce.



Zdroj: archiv Nemocnice Na Homolce

Základní krok je prováděn bez chirurgického otevření hrudníku, pomocí katétru zavedeného skrz cévy. Metoda se v současné době ověřuje v rámci mezinárodní studie. Jako pátý na světě ji Na Homolce podstoupil 55letý pacient, u něhož došlo po zákroku k výraznému zlepšení zdravotního stavu.

Otvor v srdci

„Metoda je velkou nadějí pro nemocné trpící diastolickým selháním srdce, pro něž existují jen velmi omezené možnosti léčby,“ říká primář kardiologického oddělení Nemocnice Na Homolce prof. MUDr. Petr Neužil, CSc. Zatímco pro pacienty se systolickým selháním existuje v současnosti několik možností léčby, pro nemocné se selháním diastolickým, kdy v důsledku omezené roztaži-

telnosti a zhoršené poddajnosti stěny levé komory dochází k zatížení levé síně velkým objemem a vysokým tlakem, se zatím terapie omezuje na farmaka pro odvodnění a snížení krevního tlaku. Výskyt obou typů choroby je přitom zhruba stejný.

Princip nové metody spočívá v zavedení jehly do srdce (pomocí katétru přes cévy), jíž se do přepážky srdečních síní propichne malý otvor, který se následně zvětší (maximálně na 8 mm) a vyztuží kovovým stentem ve tvaru drátěného košíčku. Otvor tak umožňuje odtok části přebytečné krve z levé do

pravé síně. První zkušenosti ukazují, že pravá srdeční síň se s tímto menším nadbytkem krve velmi dobře vyrovná, zatímco levá srdeční síň se s odtokem krve výrazně uleví. Testovanou technologii vyvinula massachusettská společnost DC Devices.

Chronické srdeční selhání se ve vyspělých zemích vyskytuje u 0,4–2 % populace, ve věkové skupině nad 70 let pak vzrůstá až na 10 %. Každým rokem je v Evropě diagnostikováno půl milionu případů tohoto onemocnění, v České republice pak téměř 40 tisíc.

(Zdroj: Nemocnice Na Homolce) (red)



Prof. Petr Neužil, George Fazio (DC Devices) a doc. Filip Málek

FNUSA získala dotaci na komercializaci svých technologií

Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně získala společně s Ústavem přístrojové techniky AV ČR, v. v. i., dotaci v celkové výši 32 milionů korun na realizaci tříletého projektu zaměřeného na komercializaci vlastních technologií s vysokým potenciálem uspět na trhu.

Tyto technologie jsou vyvíjeny v rámci činnosti Mezinárodního centra klinického výzkumu (FNUSA-ICRC) a spolupracujících pracovišť. Jedná se o nový prototyp technologie pro měření vlastností kardiovaskulárního systému (tzv. bioimpedanční pletysmografie), nové dehalogenující enzymy a speciální chemikálie získané metodou biokatalýzy, vývoj až 300 nových sloučenin s cílenou biologickou aktivitou a nových stavebních bloků (farmakoforů) pro vývoj léků. Proces komercializace pak zahrnuje provedení průzkumu trhu, vědeckotechnické dopracování technologií, ošetření duševního vlastnictví a vytipování vhodných komerč-

ních partnerů zejména z řad biotechnologických a farmaceutických společností.

Vzdělávání v oblasti transferu technologií

„V současnosti naši odborníci pracují na dokončení několika zajímavých technologií, u nichž věříme, že mají velkou šanci uspět na trhu. Jsme proto velice rádi, že jsme získali finanční podporu z Operačního programu Výzkum a vývoj pro inovace ze strukturálních fondů Evropské unie, která urychlí jejich finalizaci, včetně zajištění právní ochrany a následného využití v praxi,“ uvedl ředitel FNUSA Roman Kraus.

V rámci realizace projektu bude současně rozšířeno Centrum pro transfer technologií, které se bude podílet na komercializaci dalších vyvíjených technologií. Další důležitou součástí projektu je vzdělávání odborníků v oblasti transferu technologií a počítá se i se spoluprací s externími experty jak z České republiky, tak ze zahraničí.

Projekt s názvem „PRECEDENCE“ (registrační číslo CZ.1.05/3.1.00/13.0292) je financován ze strukturálních fondů Evropské unie (ERDF) prostřednictvím Operačního programu Výzkum a vývoj pro inovace.

(Zdroj: FNUSA-ICRC)

(red)

AKTUALITY

Vítkovická metoda diagnostiky rakoviny tlustého střeva zaujala svět

8,5 tisíce lidí ročně si vyslechne nemilosrdnou diagnózu rakoviny tlustého střeva a konečnicku. Více než polovina z nich navíc přichází k lékaři až v pokročilém stadiu choroby. Již několik let se proto gastroenterologové Vítkovické nemocnice ze skupiny Agel zabývají alternativními technikami vyšetření tlustého střeva endoskopem.

Nyní přišli s novinkou, která zaujala i odborníky ve světě. Běžně lékaři při kolonoskopii roztaňují střevo pacienta za pomoci vzduchu. Vítkovičtí zdravotníci ale používají místo vzduchu kombinaci vody o pokojové teplotě a oxidu uhličitého. Kromě toho, že díky tomuto postupu pacienti pociťují během a po vyšetření menší bolesti i daleko slabší pocity nadýmání, vede nový způsob vyšetření ke zlepšení zachytu polypů tlustého střeva.

Světové prvenství

Doposud byla jedinou preventiv-

ní metodou pro vyšetření tlustého střeva kolonoskopie. Při ní lékaři standardně naplňují střevo vzduchem, aby jej roztáhli. „Takový úkon však bývá spojen s nepříjemnými pocity pacientů během kolonoskopie a často i 24 hodin po ní. Proto lékaři začali využívat techniku vodní imerze, při níž se tlusté střevo rozevírá za pomoci teplé vody o teplotě 37 stupňů Celsia,“ vysvětluje lékař Centra péče o zažívací trakt Vítkovické nemocnice MUDr. Přemysl Falt.

„Jako první na světě jsme studovali kombinaci techniky vodní

imerze při zavádění kolonoskopu a nafukování střeva oxidem uhličitým při jeho vytahování. Jednoznačně jsme prokázali, že kombinace těchto metod významně zvyšuje komfort pacientů během kolonoskopie a až 24 hodin po ní,“ přibližuje úspěch metody MUDr. Falt. Výsledky této práce prezentovali odborníci z Centra péče o zažívací trakt Vítkovické nemocnice loni na Digestive Disease Week v americkém San Diegu a byly také publikovány v *European Journal of Gastroenterology and Hepatology*.

Vzhledem k tomu, že vodu používají při vodní imerzi je třeba udržovat při teplotě 37 °C, je tato metoda nejen technicky náročná, ale také finančně nákladná. „Proto jsme provedli další studii srovnávající vodní imerzi s použitím vody o pokojové teplotě 20 až 24 stupňů Celsia s vodou o teplotě 37 stupňů. Podařilo se nám prokázat, že s vodou pokojové teploty lze dosáhnout identických výsledků, což by mohlo umožnit rozšíření techniky vodní imerze v běžné endoskopické praxi,“ uzavírá Přemysl Falt.

(Zdroj: Vítkovická nemocnice)

(akt)



MUDr. Přemysl Falt.

| Foto: Vítkovická nemocnice

Seniory ohrožují deprese a poruchy paměti

Lékaři z Kliniky interní, geriatry a praktického lékařství LF MU a FN Brno prezentovali výsledky sedmiletého výzkumu zaměřeného na problémy seniorů. Vyplývá z nich, že asi pětinu populace nad 70 let vážně ohrožují neléčené deprese a poruchy paměti.

Potřebu výzkumu vyvolal nedostatek dat o dané problematice. „V současnosti neexistuje mapování vývoje seniorské populace, jehož výsledky by se v rámci společnosti daly použít jako podklady pro plánování účinných opatření,“ vysvětluje východisko výzkumu přednostka kliniky prof. MUDr. Hana Matějovská Kubešová, CSc., která pokládá v seniorské populaci za nejproblematictější výskyt poruch paměti a deprese. Ty totiž mají i významné důsledky v prodloužení péče o seniory. Potvrdily to výsledky výzkumu, na němž se podílelo 6 praktických lékařů Zlínského a Jihomoravského kraje. Závažné poruchy paměti, které starým lidem komplikují život, lékaři zaznamenali u 11 % sledovaných a u 18 % byla odhalena deprese.

Zkoumaný soubor nemocných tvořili seniory žijící ve svém vlastním prostředí, kteří byli vyšetřeni ve spolupráci s praktickými

lékaři a geriatrickou ambulancí FN Brno podle jednotného protokolu zahrnujícího funkční geriatrické vyšetření (MMSE, ADL, IADL), přehled chorob, pro které se senior léčí, přehled léků, které užívá, a laboratorní vyšetření s pozorností zaměřenou na vybrané mikronutrienty.

Vážné chyby v medikaci

Prvním ze sledovaných kritérií byly poruchy paměti. Jejich lehké stadium podle výsledků výzkumu trvá 3-4 roky, projevují se během něj jemně odchylky v chování a tito lidé se stávají nespolehlivými například při brání léků.

„Seniory v této věkové skupině užívají v průměru 8 až 9 léků a je třeba velké míry spolupráce, aby medikaci aplikovali správně. Je prokázáno, že až k 28 procentům hospitalizací starších lidí dochází kvůli chybám v užívání léčiv a nastávají opakované dekompenzace jejich zdravotního sta-

vu,“ uvádí profesorka Matějovská Kubešová.

Ze studie uskutečněné v LDN v Brně na Polní se seniory před propuštěním vyplývá, že 75 % respondentů sice tvrdí, že si nikdy nezapomenou léky vzít, když pak ale dostali konkrétní dotaz na dané preparáty, jen 13 % vědělo přesně, na co je užívají. „Tato skupina by už měla mít dozor, je to důsledek neřešené kognitivní poruchy,“ říká Hana Matějovská Kubešová.

Z hlediska výskytu demencí dnes kolem 80. roku věku trpí některou poruchou až třetina populace, z toho 50-60 % tvoří Alzheimerova choroba. „U většiny se nedočkáme pokročilé demence, nicméně pouze u včasné diagnostikované demence máme šanci oddálit nástup závažných stadií,“ vysvětluje odbornice na geriatry.

Pozdní odhalení deprese

Dalším sledovaným problémem byl výskyt depresí. Běžně se udá-

va, že u pacientů v domácím prostředí se deprese vyskytuje v 15 % případů, v domovech pro seniory je to 30 %.

Výsledky výzkumu ale přinesly odlišné údaje - zkoumaní pacienti trpěli v domácím prostředí depresemi v 18 % případů, pouze ve 3 % však byly diagnostikovány a léčeny. Deprese se navíc podepsala na horších výsledcích testů paměti, malé soběstačnosti, častějším výskytu hypertenze a na celkově nižší kvalitě života. Důsledkem pak byla vyšší medikace a také častá somatizace problémů.

Pokud jde o věk, výskyt deprese měl během sledování vybraných pacientů podobný průběh jako v případě poruch paměti. V závěru sledování se výrazně snížil počet pacientů, kteří při testování deprese vykazovali normální výsledky. V těchto případech navíc nebývá snadné najít vhodné antidepresivum, vyskytuje se zde větší počet úspěšných sebe-

vražd. „U starších lidí má deprese dlouhodobější průběh, často nebývá včas odhalena a projevuje se tělesnými obtížemi. Seniorsi si pak stěžují na subjektivní obtíže, jejichž příčinou je neuspokojivý psychický stav,“ dodává Hana Matějovská Kubešová.

Nutná součást preventivních prohlídek

Výsledky výzkumu prokázaly významný vliv sledovaných parametrů (deficit mikronutrientů, demence, deprese, přítomnost složek metabolického syndromu) na celkový zdravotní stav a soběstačnost seniorů. Demence a deprese jsou v seniorské populaci žijící ve vlastním prostředí velmi často poddiagnostikovány.

V rámci pravidelných kontrol seniorské populace je vhodné věnovat cílenou pozornost diagnostice deficitu mikronutrientů, demence, deprese s aktivní depistáží přítomnosti složek metabolického syndromu a následně intervenci u nalezených patologií s cílem maximální podpory zachování soběstačnosti. Odborníci z České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP proto požadují, aby byly testy pro včasný zachyt deprese a demence zařazeny jako součást preventivních prohlídek obyvatel nad 65 let.

eHealth a telemedicína – 2. díl

Telemedicína zahrnuje hlavně aplikace soustředěné kolem lékařských a zdravotnických profesionálů, zatímco eHealth je širší pojem, který nemusí být nutně soustředěn kolem zdravotníků. Dnes je výraznou součástí politiky řady států v oblasti zdravotnictví a telemedicína je chápána jako jeho součást.

Minulé povídání o elektronizovaném a informatizovaném zdravotnictví bylo takovým malým slovníčkovým pojmem, které jsou pro eHealth důležité. Stručně shrnuto: Jde o termín podobný např. výrazu eGovernment, který vyjadřuje elektronizovanou státní správu. Všem se nám již zcela vžil eBanking, čili bankovníctví založené na informatice a komunikacích, kdy se využívá buď počítač a internet (a člověk má možnost spravovat svůj účet nebo třeba požádat o úvěr), ale stejně poslouží i mobilní telefon a textová zpráva.

Že by budoucnost medicíny spočívala v léčbě přes SMS z mobilu? Tímto směrem vývoj nesměruje. eHealth zahrnuje nástroje založené na ICT (tj. informační a komunikační technologie, z anglického *information and communication technologies*). Mají být využity pro zlepšení prevence, diagnostiky, léčby, sledování a řízení zdraví a životního stylu. Specifickou součástí eHealth je i telemedicína zaměřená na vzájemnou komunikaci na několika úrovních:

- mezi pacientem a lékařem, respektive poskytovatelem zdravotní péče,
- mezi zdravotnickými zařízeními navzájem, třeba při předávání údajů,
- mezi pacienty vzájemně, ale i jejich příbuznými, kolegy a dalšími,
- mezi zdravotnickými odborníky zejména pro konzultace či konziliární informace.

Od kouřových signálů k internetu

Za historické kořeny telemedicíny se považují již kouřové signály dávných šamanů, kteří si tímto způsobem předávali varovné signály před nemocí. Zato termín eHealth je zcela nový, poprvé byl použit na 7. mezinárodním kongresu telemedicíny a distanční péče v Londýně v listopadu 1999. Měl vyjádřit stadiu vývoje zdravotnických vědních oborů, zejména medicínské



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

a zdravotnické informatiky a telemedicíny. Zahrnuly se do něj elektronické zdravotní záznamy, zdravotnická informatika, eLearning, virtuální zdravotnické týmy, počítačové sítě pro medicínský výzkum a přenos dat či zdravotní informační systémy pro objednávání pacientů a související administrativu ve zdravotnictví.

Okolo roku 2000 byl výraz eHealth chápán především jako poskytování zdravotní péče přes internet. Později se zdůrazňoval rozdíl mezi telemedicínou a eHealth zejména v tom, že telemedicína zahrnuje hlavně aplikace soustředěné kolem lékařských a zdravotnických profesionálů, zatímco eHealth je širší pojem, který nemusí být nutně soustředěn kolem zdravotníků. Dnes je eHealth výraznou součástí politiky řady států v oblasti zdravotnictví. Telemedicína je chápána jako součást eHealth a zůstala zaměřena zejména na profesionální lékařské a léčebné aplikace.

Zajímavý byznys

V roce 2005 uznala Světová zdravotnická organizace oficiálně eHealth jako způsob dosažení efektivního a bezpečného používání informačních a telekomunikačních technologií ve zdravotnictví a příbuzných oborech. Členské státy byly vyzvány k vypracování dlouhodobých strategických plánů pro rozvoj a zavádění eHealth do služeb a infrastruktury v rámci národního zdravotnictví.

Česká koncepce eHealth byla představena ministerstvem zdravotnictví v roce 2008. Problematikou se zabývá zejména občanské sdružení České národní fórum pro eHealth, které si rozšiřování obecného povědomí a podporu rozvoje eHealth v České republice klade za svůj cíl. Občanské sdružení však není odborná platforma, takže jeho možnosti jsou velmi limitované. Vznikají i konkurenční projekty dalších organizací. Evropské fondy vyčleňují pro rozvoj eHealth v jednotlivých zemích značné částky. Z eHealth

se díky tomu stává mnohdy zajímavý byznys. Mezi běžnými lékaři u nás však motivace nijak nevzrůstá, protože dosažení na fondy EU je administrativně velmi složité.

Obor hýčkaný inženýry a politiky

Velká část veřejnosti, a to i odborné, je navíc k rozvoji eHealth skeptická. Zásadní vinu na tom zřejmě nese aféra, která vznikla kolem zkrachovalého projektu elektronických zdravotních knížek. Nevjasněné financování, milionové ztráty a malá funkčnost celého projektu vedly k tomu, že byl loni zrušen. A veřejnost vede bouřlivé diskuse o tom, zda šlo o tunel, či ne.

V praxi však ani na centrální úrovni dosud nebyl přijat ucelený operační program nebo samostatná prioritní osa, pokrývající tuto oblast. Informovanost o eHealth v Česku je špatná. Informace dostupné na webu Ministerstva zdravotnictví ČR jsou relativně zastaralé a v porovnání například se slovenským MZ jich není mnoho. V době psaní tohoto článku byly poslední aktuality na webu MZ ČR s tematikou eHealth z předvánočního období minulého roku. Harmonogram ministerstva k plnění cílů stanovující dobu vyhlášení výběrových řízení na vybrané projekty eHealth také nebyl dodržen.

Tímto přístupem lze jen velmi těžko vyvolat opravdový zájem mezi zdravotnickou veřejností. Obor eHealth je tak hýčkan zejména mezi techniky, programátory a informatiky, zatímco lékaře moc nezajímá. Výjimkou jsou lékaři angažovaní v politice, ti však logicky nejsou napojeni na léčebnou a preventivní praxi, takže je téma zajímavé z hlediska kariéry politické a možná také finanční.

Plán eEurope

Opět tedy vítězí hlavně politika. V rámci Evropské unie je elektronické zdravotnictví koordinováno na základě zúčastněných národních projektů. První výskyt termínu eHealth v legislativě EU se objevil v roce 2010 ve Směrnici o uplatňování práv pacientů v přeshraniční zdravotní pé-



ilustrace: foto: Shutterstock

či. Ale už před tím vznikaly dílčí projekty.

Od roku 2008 je v Evropské unii prosazován projekt eSOS, který byl prakticky zaveden od roku 2011. Jeho cílem je sdílení a předávání zdravotních informací v elektronické podobě. Vsunul do češtiny další akronym vzniklý z cizích slov. Z anglického *Smart open services for European patients* (česky „otevřený inteligentní servis pro evropské pacienty“) vznikla zkratka, která se píše v rozporu s pravidly českého pravopisu. To by Josef Jungmann a František Palacký úpěli.

Evropská unie chce dosáhnout pokroku na základě plánu označovaného jako eEurope. Dokument EU nazvaný „Digitální agenda“ pro Evropu zpracovává strategii na léta 2010 až 2020. Pro oblast eHealth jsou v ní vytyčeny následující úkoly:

- do roku 2015 občanům členských států EU umožnit bezpečné *on-line* přístupu k jejich zdravotním informacím,
- do roku 2015 prosadit evropské standardy pro interoperabilitu, testování a certifikaci zdravotních informačních systémů,
- do roku 2020 dosáhnout širokého rozšíření služeb telemedicíny.

Trocha optimismu na závěr

Nechť, aby mé povídání vyznělo jen skepticky. Problematice eHealth a telemedicíny se věnuji v praxi při komunikaci s oběznými pacienty prostřednictvím sociálních sítí. Dálkové monitorujeme váhové křivky, parametry metabolismu a nárůstu či poklesu tukové tkáně. Pomocí zařízení s tzv. internetovou konektivitou můžeme sledovat denní aktivitu našich obězných a usměrňovat ji v jejich prospěch. K tomu se používají tzv. gadgety, tedy malé elektronické přístroje, které dřívější *selfmonitoring* rozšířily na možnost přenosu dat přímo do ordinace.

Protože přednáším eHealth a telemedicínu studentům 1. lékařské fakulty UK, vidím, že mezi mladými mediky je o tento obor zájem. Mají zkrátka k počítačům a internetu bližší vztah. Proto vidím budoucnost oboru příznivě. Mám pocit, že hlavní potřebou je přenést elektronizované zdravotnictví ze sféry zájmu techniku a biomedicínských inženýrů i mezi zdravotníky. Možná by bylo dobré toto téma odpolitizovat a postavit na platformu odbornosti a praktických medicínských aplikací. Snad se to povede.

Občan v limitu

Motto: *Est modus in rebus, sunt certi denique fines.*

(Horatius)

Rovnice, z níž není úniku

Občané mohou dostat jen tolik zdravotní péče, na kolik si prostřednictvím svých volených zástupců dokázali mezi sebou vybrat a následně ochránit před krádeží a plýtváním. To je jasná rovnice, z níž není úniku, již nelze žádnými proklamacemi ani strkáním hlavy do písku obejít. Rovnice vyhozena dvěma vrací se oknem. Připomíná se v politice nejnevhodnější chvíli, a není-li správně uchopena, najde si své cesty mimo legální rámec. Čím více se snažíme ji odehnat, tím více ekonomických i morálních škod vzniká.

Nabízí se logická otázka nějaké limitace. Teď jde o to jaké. Pokusme se načrtnout požadavky, jež by měla splňovat. Musí být férová, reálná, objektivní, průhledná, rezistentní vůči neregulérním vlivům a s nepočtenými výjimkami ke snížení její tvrdosti v mimořádných případech. Neměla by obsahovat příliš velké rozpětí šedé zóny, neboť už dobře víme, co by se v našich podmínkách stalo.

Někdo to nazve ošklivě přidělovým systémem. Lepší výraz je *rationing*, protože dnes, když chceme říci něco nepřijemného nebo kontroverzního, začínáme hovořit anglicky. Dřív to byla latina. Tak či onak, limit v každém případě existuje. Medicína představuje zrychlující se expanzi nekonečna, zatímco peníze jsou velmi konečné a stále konečnější. Proto také často citovaný článek 31 Listiny základních práv a svobod omezuje bezbřehost nároků, avšak hned na toto omezení klade základní požadavek – „za podmínek, které stanoví zákon“. Čili jiné typy limitací, které nejsou dány zákonem, jsou z pohledu konkrétního občana vyžadujícího péči protiprávní. Máme takových spoustu, vlastně právě na nich je celý systém založen.

Đábelský mlýn

Potíž je v tom, že všechny limity jsou nastaveny neosobně, paušálně, a to v rovině pojišťovna – poskytovatel. Jenže přichází nemocný občan a limity stanovené poskytovateli ho nezajímají. V té chvíli však zjišťuje, že se



MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

svou pojišťovnou nemá žádnou smlouvu, z níž by zjistil, v jakém rozsahu je pojištěn. Smlouvu má poskytovatel, který se *de facto* pojišťuje na své náklady. Pochopitelně omezeně. Plátce tak přenáší Černého

Petra úhradové limitace individuálních stonání na poskytovatele. A tady nastává každodenní rozpor mezi tím, co je *lege artis*, a jeho úhradou. Je to ďábelský mlýn mezi svědomím, pravidly řemesla a právní odpovědností na straně jedné a existenčními či zaměstnavatelskými tlaky na straně druhé. Dohde-li na lámání chleba, nelze se v trestněprávním řízení hájit ani ekonomickými argumenty, ani pokyny zaměstnavatele (obvykle nepsanými).

Nejviditelnější to je v případě centrové léčby progresivních onemocnění. Stává se, že léčba „přespočetného“ pacienta nesmí a současně musí být odložena. Občas s trvalými následky. Choroba nevratně pokračuje a odkládaný pacient má již horší výchozí podmínky, efekt léčby je nižší a vzniká ztráta ve všech parametrech, ekonomických i mimoekonomických. Při dostatečném odkladu už nemocný vstupní kritéria nemusí splnit, systémem propadne a tím se „ušetří“. Pouze však v horizontu letošního rozpočtu. Vzniká jakýsi „africký“ problém: Máme dobrou šanci získat milion, investujeme-li stovku. Potíž je, že ji nemáme, čímž celá věc vadne.

Vidíme, že stanovení objektivnějších limitů podle typu choroby, tj. více vázané na pacienta a nikoli jen na globální neosobní rozpočet, by přineslo ekonomická i etická pozitiva, pokud bychom to uměli dobře udělat. Někdo by musel říci, co ještě jsme v rámci daných absolutních hranic ochotni zaplatit, jaké máme priority, co je důležité a co méně, jak rozlišit potřebné od ještě potřebnějších. Podmínka dostatečné nákladové efektivity je nutná, nikoli však postačující. Některé postupy sice mohou být nákladově efektivní, ale jsou tak drahé, že si je nemůžeme dovolit, abychom nepoškodili jiné pacienty s jinými chorobami, jejichž léčba je také nákladově efektivní

a na které by se už nedostalo. Mímo chodem, drsná obdoba tohoto rozhodování je základem válečné medicíny.

Nechci slevu zadarmo

V další úvaze se nutně dostáváme od samozřejmého požadavku na klinickou a poté nákladovou efektivitu k efektivitě sociální. Otázka zní: Nepřesuneme úsporu ve zdravotnických nákladech do striktně oddělené a nekomunikující sociální sféry na principu „nechci slevu zadarmo“?

Diskuse se obvykle omezuje na zdravotnické náklady. Jenže tu máme náklady nadresortní, respektive celospolečenské, které se jako jeden identifikovatelný celek nikomu do rozpočtu nepromítanou: omezení nebo ztráta výtěžné činnosti, neměřitelná ztráta kreativního potenciálu člověka, náklady na dlouhodobou a sociální péči, nemocenská, důchody, příspěvky na péči a též velmi opomíjená cena péče blízkých osob. Náklady jsou rozděleny mezi dva resorty, které nemají žádný nástroj k propojení, ani kdyby skutečně chtěly. Benevolentní limity dopadnou na zdravotní pojišťovny, tvrdé hranice se mohou odrazit v rozpočtu sociálním i v nižší produktivitě.

Ochota platit

Ochota společnosti platit je bez ohledu na techniku stanovení mnohorozměrným jevem. Začíná se odvíjet od individuálních postojů, protože odtud vzniká obecné povědomí, společenská názorová hladina, která se ve svém výstupu promítne do politického rozhodnutí, jímž stanovení *willingness to pay* (WTP) je. Sice se zakládá na expertních posudcích a modelech, ale v konečném důsledku jde o projev vůle, který je na rozdíl od expertízy hlasovatelný.

Jak takové společensko-politické povědomí vzniká a co ho může ovlivnit? Čím může být předurčená odpověď na otázku, zda je klinická, nákladová i sociální efektivita určitého postupu natolik významná, abychom se na ni po krejčárkách složili ve stylu „Národ sobě“?

Individuální ochota platit má přímý význam v zemích, kde se pacient významně podílí na nákladech léčby. A skutečně byla tato WTP zkoumána s pozoruhodným



ilustrace: Shutterstock

mi výsledky. Tam, kde jsou náklady na léčení tradičně věcí individua a rodiny, je ochota platit mnohem větší než v zemích současného či bývalého státního a obdobného nároku. Co je slepice a co vejce? Nejsem si jist. U nás jsme odkázáni na nepřímé indicie. Podle mého soudu mohou být relevantní tyto příklady:

- Nezájem o nadstandarty.
 - Vyšší míra korupce, místy již *de facto* zvykově „normalizovaná“.
 - Minimální individuální odpor občanů vůči dalším nelegálním platbám skrytým za neoprávněné vybírání regulačních poplatků, různé „registrace“ a „sponzorské dary“, postavené jako nutná podmínka péče.
 - Zájem o šamanské léčebné metody libovolné modality.
 - Prodej pseudoléků, čili tzv. potraviny doplněk.
 - Vysoká míra veřejného protestu proti jakékoli kodifikaci účasti na péči.
 - Dobré výsledky celonárodních sbírek, jde-li o konkrétní a dostatečně medializovanou věc.
- Zdá se to být vzájemně v rozporu, ale ve skutečnosti je to logické. Vše oficiálně umožněné či nařízené vzbuzuje nedůvěru, naopak vše načerno, pod rukou, neoficiální a iracionální se setkává s úspěchem. V praxi však vídáme i jeden racionální prvek: Nemálo pacientů začíná u lékaře svou řeč tím, že kdyby bylo tzv. *cokoliv potřeba*, jsou ochotni platit. Hlavně aby lékař hned na počát-

ku nezapadl do své rozvahy brzdicí ekonomický faktor. Chtějí maximum, deklarují svou ekonomickou potenci a nevěří systému vysoko nad rámec jeho reálné insuficience.

Všeobecně se individuální ochota platit jeví spíše jako vyšší, než se domnívají levicově orientovaní politici, ale její struktura je na prosto příšerná a destruktivní.

V osidlech iracionality

Často vycházíme z iluze, že jednání jednotlivce i společnosti je převážně racionální a jednotlivé prohršky proti této zásadě představují jakési dočasné úchytky, které se dají vysvětlit a napravit. Patřím ke skeptikům, kteří soudí, že je tomu právě naopak. Většina toho, co se děje, je iracionální, kdežto racionalita představuje světlé okamžiky výjimek, ostrovy pozitivní deviace. Historie přináší spoustu důkazů. Vezměme jen makroekonomické události minulého a tohoto století.

Optimista by mohl poukázat na dva rozměry racionality, které bývají většinou v příkrém rozporu. Racionalita okamžitá *versus* racionalita dlouhodobá. Naši selští předkové to dávno tušili, a proto vymysleli přísloví o „košili bližší než kabát“. To je obrovské politikum, dá se dokonce říci, že základní. Musíme to brát v úvahu při koncipování všech systémů, jejichž úspěšnost záleží na tom, jak bude veřejnost reagovat. Běží o to, že co se jeví jako racionální

v krátkém horizontu, může být dokonale kontraproduktivní ve výhledu dlouhodobém. Můžeme to úderně demonstrovat na způsobu opravy českých silnic. Při rozhodování o WTP se důležitost horizontu podle charakteru onemocnění ukáže například na relevanci parametru QALY vs. DALY. Tedy zda u akutních a subakutních onemocnění přičítáme roky přežití podle jejich kvality, či zda naopak odečítáme ztrátu nekvalitních roků u invalidizujících chorob velmi chronického charakteru.

Celospolečenskou ochotu hradit zdravotní péči jako takovou už dnes můžeme docela dobře měřit. Vyjadřuje ji procento HDP vynaložené na zdravotnictví. A to u nás nepatří k nejvyšším. Uvnitř něj se můžeme setkat s dalším zajímavým příkladem: Ochota platit péči o duševně nemocné je u nás méně než poloviční oproti vyspělým zemím.

Vnímání společenské důležitosti určitých chorob či jejich skupin je velmi nerovnoměrné. Srdeční a onkologická onemocnění by byla nesporným vítězem, neurologickým onemocněním na-

opak veřejnost nerozumí a plete si mrtvici s roztroušenou sklerózou, duševně nemocní by ostrouhali ještě více a na léčbu návykových nemocí by nešla ani koruna (s těžkým společenským dopadem). Samostatnou otázkou je, kolik jsme ochotni platit za prevenci, tedy za to, co se vůbec nestane. To jest platba za snížení rizika, že vůbec budeme muset počítat nějaké QALY a DALY. O tom se hodně mluví, ale prosazuje se to těžko.

Vítězové a poražení

Stávající struktura financování zdravotnictví i investiční politiky (existuje-li jaká) má v tomto smyslu staré kořeny. Struktura preferencí sahá daleko před rok 1989 a dnešní stav toto laicko-politické dojmologické hledisko stále dobře odráží. Je zcela zřejmé, které obory patří mezi *winner*s a které mezi *losers*. Stačí se podívat do Seznamu zdravotních výkonů. Obory a choroby představující předmět jejich péče, které lze snadno mediálně tematizovat, jež lze použít jako dramatickou zápletku v seriálech, kde pokud možno teče krev, kde he-

roismus medicíny je denním hostem, tam se vždy bude dařit daleko lépe.

Racionální stanovení WTP jako jednoho z významných podkladů takového společensko-politického rozhodování by mohlo přinést určité zmírnění extrémů ve smyslu vyvážení spektra hrazené péče a snížení míry chaosu. WTP může přispět k jasnějšímu a zdůvodněnějšímu stanovení priorit na vyšší než pocitové úrovni, o lobbismu a jiných nepatřičných vlivcích nemluvě. Pokud bychom takový parametr měli, mohli bychom se snadno vyhnout jevům, jakými jsou protonová aféra či nákupy extrémních technologií, poháněné prestiží a entuziasmem fachtidotů.

Kamenem úrazu bude samozřejmě pravidlo, že každé zvýšení musí být provázeno na jiném místě odpovídajícím snížením, tedy přehodnocením řady stávajících léčebných postupů, technologií a farmak. Musíme totiž pokaždé dočítat do jedné, jinak se ocitáme za hranicí reality a celá věc se stane pouze teoretickou. Potíž je, že vždy se lépe přidává, než bere.

Aplikovaná etika

Lékař je vychován k záchraně a ochraně individua či jeho zbytkových funkcí za jakoukoli cenu. Jeho pacientem je konkrétní člověk, nikoli společnost. Společnost je tu abstraktní pojem, v jeho vnímání v podstatě reprezentovaná státem. A odtud jako každý správný Čech nikdy nic dobrého nečeká. Podstatná část lékařů proto kritérium WTP jen těžko pochopí (tím méně občane) a budou vyznávat „absolutní medicínu“. Klíčem je otázka jak aplikovat etiku na omezené zdroje. Není vlastně nezřízené utrácení při zanedbatelném efektu pro konkrétního pacienta netickým poškozováním těch druhých? Háček je v tom, že je osobně neznáme, nejsou v naší péči a našemu konkrétnímu pacientovi mohou být v jeho těžké chvíli ukradení.

Stanovení WTP je rozhodnutí politické v nejobecnějším smyslu, tedy vyjádřením vůle, preferencí a společenského hodnocení. Výsledek závisí na mentalitě, hodnotách, specifických historických momentech a obecném povědomí o spravedlnosti. Bohužel prá-

vě v těchto parametrech má naše společnost své největší slabiny. Je to hledání společenského konsenzu, tedy něčeho, co je nám bytostně cizí. My bojujeme na život a na smrt až do úplného zničení názorového oponenta, vše ostatní je buď projevem hlouposti, nebo zrady. Lze si živě představit, jaký by se strhl vražedný politický boj, provázený nervy drásající demagogií. Připomeňme si, jaké dezinterpretace se rozpoutaly kolem banalit, jakými jsou regulační poplatky či stávající nadstandardy. Pro zavedení takovýto systémů je především nutná atmosféra věcnosti a klidné důvěry. Rozjitřená paranoia, která u nás dnes převládá, prakticky vylučuje racionální postupy. Hned se vyknou svému původnímu účelu a budou zdiskreditovány. Bůh nám buď milostiv.

(Poznámka autora: Tento článek vznikl na podnět MUDr. Pavla Vepřeka a s použitím jím poskytnutých materiálů. Poprvé byl uveřejněn v elektronickém časopise Občan v síti pod názvem „Kontexty limitace úhrad zdravotní péče“ a současně byl podkladem prezentace pro seminář CERGE-EI.)

Inzerce A131008323



Představujeme publikaci

Nejsem si jist ani rokem 2012

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

Autor: MUDr. Milan Novák

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

Doporučená cena 180 Kč

kniha.cz

**MEDICAL
SERVICES**

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR





Žádná rovinka jako někde v Praze

Text: Jana Jílková
Foto: archiv MUDr. Tomáše Drobníka

„Ono se říká, že někde na obvodě končí v poledne, ale tak to třeba mají menší obvody a spíš to jsou mezi námi výjimky. Naprostá většina z nás se opravdu snaží pracovat pro lidi. Dnešní doba s sebou nese, že pacienti jsou nespokojeni v podstatě se vším. Nemají práci ani peníze a někdy si to chodí vybíjet i na nás. V ordinaci zkrátka člověk musí být také psycholog,“ říká praktický lékař pro dospělé **MUDr. Tomáš Drobník**. Svůj „hlavní stan“ má ve Smržovce.

Kudy vedla vaše cesta k medicíně – pocházíte z lékařské rodiny?

Ano, základy rodinné tradice v medicíně u nás položila moje maminka, kardioložka. Lékařkou je také moje manželka, má ortopedickou ambulanci v Jablonci. Ale já už od dob studia na lékařské fakultě vědě, že chci dělat všeobecné praktické lékařství.

Své profesní aktivity jste na internetu zastřešil doménou „Doktor z hor“. Sám z Jižerských hor pocházíte, nebo jste tady „náplava“?

Za náplavu mě tu snad nepovažují, ještě před Smržovkou jsme dlouho bydleli v nedalekém Jablonci nad Nisou. Narodil jsem se ale na jižní Moravě, v Brně, a medicínu jsem vystudoval v Hradci

Králové. Po absolutoriu jsem se hned zapsal na obor praktické lékařství a po složení atestace jsem zakoupenil tady ve Smržovce. V roce 1995 jsem dostal nabídku převzít tu obvod praktického lékaře. Obvod jsem zakoupil a začal zde pracovat. Začátky byly oproti dnešnímu rozsahu naší činnosti dosti skromné. Měl jsem jednu ordinaci a v ní jednu sestřičku. Činností postupně přibývalo a rozšiřovaly se, nyní nás pod hlavičkou „Doktora z hor“ pracuje už dvacet.

Jako praktik pendlujete mezi třemi ordinacemi. Kde je máte?

První z nich je ve Smržovce v rámci penzionu pro seniory. Zde je naše pomyslná centrála. Druhou ordinaci, menší, máme od roku 1996 v Jiřetíně pod Bukovou, to je vesnička pod Špičákem, v lyžařském

centru. Třetí ordinaci, v Tanvaldu, jsem získal ve výběrovém řízení po paní doktorce, která šla do penze.

Rozrůstali jsme se ale nejen počtem mých ordinací praktického lékaře. Lidé tady ve Smržovce měli problém, když potřebovali rehabilitaci, a tak jsme ji tu také chtěli mít. Abych mohl rehabilitaci zaštitit i odborně, absolvoval jsem v IPVZ kurz fyzikální terapie a magnetoterapie. Otevření rehabilitace samozřejmě předcházely boje se zdravotní pojišťovnou, které jsme se snažili vysvětlit, že by bylo dobré, aby lidé kvůli rehabilitaci nemuseli několikrát týdně dojíždět do Tanvaldu nebo Jablonce nad Nisou. Rehabilitační sestra je klientům k dispozici v pracovní dny a v místě bydliště lze od masáží přes ultrazvuk, laser až po

magnetoterapii zvládnout vše bez dojíždění.

Jak je to s vaší další aktivitou, agenturou domácí péče?

To také vyplynulo z vývoje a potřeby našich pacientů. Jak nám rostl počet lidí v jednotlivých obvodech, už jsme při ordinování neměli já ani sestra dostatek času a vůbec možností na všechny péči, kterou by někteří z nich potřebovali. Ono také tady na horách pro staré a nemocné lidi není snadné se někam do ordinace vůbec dopravit, hlavně v zimě. K akutním případům musím na návštěvy samozřejmě vyjet já. Často jde ale u pacientů hlavně o činnosti spíš pro sestřičku, a tak jsem začal vysílat do terénu na návštěvy tohoto typu ji. V roce 2007 mě napadlo pustit se do výběrového řízení na založení

agentury domácí péče. Vyšlo to, a tak poskytujeme ještě sesterskou domácí péči. V rámci okresu Jablonce nad Nisou máme šest sester, které jezdí v terénu po celém regionu.

Pro pacienty je to bezvadná služba, ale není problém ji utáhnout finančně?

Domácí péče je náročná nejen finančně, ale především organizačně. Dojednáváme návštěvy, a aby se na ně bylo možné dopravit, museli jsme nakoupit auta, vybavení pro péči... Provoz je velmi nákladný a ne vždy to pojišťovny dobře zaplatí. Popravdě řečeno tu naši domácí péči pořád nějakou formou dotujeme. Práce sester a čas, který u pacientů stráví, se opravdu moc nevrací. Chceme-li ovšem podpořit například základní myšlenku

PŘEDSTAVUJEME

paliativní medicíny, tedy umožnit klientům klidné umírání v domácím prostředí, stojí ten boj s pojišťovny za to.

Když jsem si s vámi domlouvá schůzku, byl jste právě v hospici. Proč?

Liberecký kraj u nás jako jediný a poslední dosud nemá „kamenný“ hospic. Proto provádíme v rámci domácí péče i již zmíněnou péči paliativní. V posledních letech jsme zjistili, že stále více lidí si velmi přeje zemřít doma, ne v nemocnici nebo v LDN. Společnými silami s rodinou se to dá zvládnout.

Mám radost, že paliativní medicína vznikla samostatně jako nový obor. Začínám ho studovat. Mám za sebou jen první krůčky, ale nadošlo mě to. Chtěl jsem proto zažít rovněž práci v hospici, abych měl i tuto zkušenost, proto jsem tam byl minulý týden několik dní na stáži.

Ve Smržovce provozujete i vlastní lékárnou. Je sice na náměstí, ale nic tu nehlásá, že by patřila do nějakého řetězce. Prosperuje?

Víceméně se nám daří nějak přežívat, i když jsme se budováním lékárny hodně zadlužili. Máte pravdu, nejsme součástí žádného řetězce a navíc lékárnou není poblíž nějakého jiného zdravotnického zařízení, i moje ordinace je od ní docela daleko. Ale šli jsme do toho, před čtyřmi roky jsme se rozhodli využít uvolněné prostory tady na náměstí a dostal jsem nabídku zřídit tam lékárnou. Objekt jsme přestavěli, zařídili a od roku 2009 úspěšně provozujeme lékárnou U doktora z hor, jinak se snad ani jmenovat nemůže. Zásobuje hlavně naše pacienty a máme i donáškovou službu domů.

Maminka kardioložka vám nerozmlouvala nápad dělat praktika pro tři obvody a k tomu provozovat lékárnou, domácí péči, závodní péči...?

Já bych si to stejně rozmluvit nejspíš ani nenechal. Pro mě je ten stres normální, ale beru, že ne všude se dělá tolik. Ne všichni jsme ideální. Ono se říká, že někde na obvodě končí v poledne, ale tak to třeba mají menší obvody a spíš to jsou mezi námi výjimky. Naprostá většina z nás se opravdu snaží pracovat pro lidi. Dnešní doba s sebou ale nese, že pacienti jsou nespokojeni v podstatě se vším. Nemají práci ani peníze a někdy si to chodí vybějet i na nás. V ordinaci člověk musí být také psycholog.

Co děláte, když máte plnou čekárnu a přijde pacient, o kterém

víte, že si opravdu nemá s kým jiným promluvit?

To se musí vyřešit nějak jinak, třeba za těmi lidmi chodím domů, když je nějaký problém. Kolikrát musí člověk ty rodiny znát komplexně, aby jejich problémy pochopil. Spousta věcí pramení i z nehezkých vztahů mezi lidmi a z jejich nesvárů. Co si také májí myslet, když v televizi neustále sledují vraždy a úniky peněz... Nedivte se, že se cítí být ošizení a ukřivdění, oni si platili celý život pojištění a teď musejí dávat za léky i obrovské doplatky. Pro některé je taková situace opravdu těžká. Velký problém je tady také nezaměstnanost, to lidí hodně trápí.

Vaši klientelu z ještě větší části než ve velkých městech tvoří staří lidé. Mladí lidé z vašeho regionu mizí, protože odcházejí za prací?

Jistě, odchází jich hodně. Tady se v posledních letech práce shání opravdu velice obtížně. Fungujících podniků je zde velmi málo a většinou jsou to spíše malé a střední firmy. Velkých zaměstnavatelů je tu minimum.

Jste i místním zastupitelem ve Smržovce, dokonce už čtvrté volební období. Kandidoval jste za někoho?

Nejsem v žádné straně, ale podporuji tady ODS.

Veřejně podporovat ODS a k tomu na severu Čech – není to o strach, jít si potom večer sednout do hospody?

Jsmo na malém městě. Tady jde stranickost víceméně stranou. V zastupitelstvu je parta lidí, která se pro město snaží něco udělat a sehnat nějaké peníze, například na opravy škol. Já tu „velkou“ politiku ani moc nesleduji. A když po mně někdo něco chce, pracovně nebo osobně, osloví mě kdekoli a kdykoli. Ostatně já si tu s většinou lidí tykám, pokud jim to nevadí. Ví se to o mně a někteří kolegové mi to vytýkají. Ale já nemám pocit, že bych si měl od lidí držet odstup.

Ve Smržovce nejen pracujete, ale i bydlíte. Nejste tedy ve službě 24 hodin denně?

Máte pravdu, že můj mobil tu má hodně lidí... Máme domeček úplně nahoře na kopci a zima tam trvá půl roku. V údolí to ale u nás není o moc lepší. Tady v horách v zimě končí mantinely sněhu až pod úrovní střech. Jízdní podmínky na silnicích tu leckdy nejsou ideální, a když jezdím za pacienty, bývá to hodně náročné, a to jezdím čtyřkolkou. Bez ní by to vůbec nešlo,

ale i s ní už jsem párkrát zapadl. Tahal mě ven kamarád s ještě silnějším motorem nebo taky traktor. Hory jsou drsné.

Drsná tu ovšem není jen příroda. O severu Čech se říká, že se zde ještě pořád projevuje vykořeněnost, většina obyvatel tu není uselá po řadu generací. Nemusíte i v tomhle zabírat jako ten zmíněný traktor, abyste lidi přiměl k nějaké společné aktivitě?

Ale ani ne. Tady na Smržovce funguje mezi lidmi velká soudržnost. Akcí je tu hodně, téměř každý víkend se něco děje. Pořádají se plesy, společenské akce, funguje tu řada spolků, dělají se společné výlety, výjezdy do družebních měst a spousta sportovních podniků. Já jsem teď na tom ale bohužel s aktivním sportováním špatně, nemám na něj čas.

Denně za prací pendlujete mezi horami, z kopce na kopec. Zkoušel jste to někdy vzít jinak než autem?

To nejde, i když v létě by to na kole bylo hezké nebo v zimě na lyžích. Ale to by šlo, kdybych mohl ordinovat jen na jednom místě, pak bych si tam mohl třeba doběhnout. Na obvoděch taky zdaleka nejsem jen v ordinaci, na návštěvu za pacienty to bývá někdy třeba 15 až 20 kilometrů, to tam a zpátky fakt nedoběhnete. Lokality, kam jezdím, sahají až ke Kořenovu nebo nahoru na Šumberk. To máte na kole hodinu jen cestu tam a žádná rovinka jako někde v Praze podél Vltavy. To by bylo krásné...

Mluví v vás sportovec... Organizujete ve Smržovce mimo jiné wood cross maraton. To skáctete přes pařezy a prodíráte se mlázím?

Ne tak úplně, ale je to docela těžký závod. Tahle bláznivá myšlenka vznikla tak, že jsem si před deseti lety řekl, že si zkusím uběhnout maraton, těch 42,5 km. Pak jsem si řekl, že kvůli tomu nikam nebudu jezdit a že to udělám tady. Vymyslel jsem si kolečko v lesích nad Smržovkou. Je to maraton s obrovským převýšením, na jedno kolečko asi 45 metrů a těch koleček se běhá dvacet. Loni jsem došel k závěru, že už budeme dělat jen čtvrtá a půlmaraton. Fakt je, že účastníci, kteří sem na ten náš maraton jednou přijedou, se už většinou nevracejí, možná je to právě pro velkou náročnost trati.

A Liberecký deník pak píše, že náhlá smrt ve sportu řádí i v lesích nad Smržovkou?

MUDr. Tomáš Drobník

* 26. listopadu 1968 v Brně

V roce 1993 absolvoval LFUK v Hradci Králové, v roce 1996 atestoval v oboru všeobecné praktické lékařství. Od téhož roku funguje jako soukromý praktický lékař pro dospělé s ordinací ve Smržovce a vedle toho začal zde provozovat rehabilitaci. V roce 1997 otevřel ordinaci také v Jiřetíně pod Bukovou a od roku 2011 provozuje i svoji třetí ordinaci v Tanvaldu. Od roku 2010 ordinuje jako závodní lékař pro několik pod-

niků v okrese Jablonec nad Nisou. V roce 2007 zřídil a ve stejném okrese provozuje domácí sesterskou péči. Od roku 2009 má ve Smržovce na náměstí lékárnou U doktora z hor. Je předsedou liberecké regionální organizace Sdružení praktických lékařů ČR a od roku 1998 je jedním ze zastupitelů města Smržovky. Je ženatý, jeho manželka je ortopedka (ordinuje v Jablonci nad Nisou) a mají dvě dcery.

Ale ne, někteří si to jen už nechtějí zopakovat, je to opravdu hodně těžký závod. Roli hraje i to, že závodí je po republice hodně, kolidují termínově a navíc profesionální běžci objíždějí vyhlášené závody, které už jsou bodované. Naše akce je čistě amatérská. Tratě máme různé dlouhé a náročné. Na závod se sejde třeba stovka dětí, uběhnou trať a dostanou diplom, tričko, nějaké odměny. Na to sháníme sponzory.

Vy s místními dětmi také hraje te a zpíváte...

Tady na škole ve Smržovce byl pěvecký sbor, chtěli jsme ho oživit. V roce 2002 jsme začínali s deseti dětmi a postupně jsme se rozrůstali. Oslovil jsem kamarádku, která učila hudební výchovu. Sbor jsme spolu vedli pět šest let, jmenovali jsme se „Smržováček“. Museli jsme s tím ale skončit, bylo to strašně moc práce. Já sbor doprovázel coby nouzový orchestr – na ky-

taru, saxofon a bonga. Mívali jsme spoustu vystoupení a několikrát do roka jsme pořádali i koncert v místním kostele. Za těch pár let jsme vypěstovali několik dobrých zpěváků. „Smržováček“ se pracoval i na větší akce pro pěvecké sbory a natočili jsme dvě cédéčka. Jsem rád, že funguje velice dobře i po mém odchodu, činí se k radosti a potěšení všech Smržováků.

Na které nástroje umíte?

Dvacet let jsem hrál na klarinet, ale pokud vůbec teď mám čas na nějaké hraní, spíš se hodí saxofon a kytara. Když se takhle sejdeme nebo je nějaká zábava, hraje se do rána.

Nezapomněli jste ještě na nějakou vaši aktivitu?

Možná na ještě jednu docela důležitou, ale ta je spíš profesní. Jsem totiž také předsedou regionálního Sdružení praktických lékařů Libereckého kraje...



Na návštěvu za pacienty to bývá třeba 15 až 20 kilometrů, to tam a zpátky nedoběhnete.

Doktore, s vámi to dlouho nepotrvá...

„Jsem duševně nemocný. V chorobě plic jen choroba duše vystoupila z břehů.“

(dopis Franze Kafky Mileně Jesenské, v Meranu 31. května 1920)

„Kdybych měl v nejbližší době zemřít nebo se stát úplně neschopným žít, a tato možnost je velká, protože jsem měl v posledních dvou měsících silné chrlení krve z plic, mohl bych říci, že jsem se sám v sobě roztrhal. Když dříve otec v divokých a prázdných hrozbách říkal, že mě přetrhne jako sledě, ve skutečnosti se mě nedotkl ani prstem. Teď se ta hrozba uskutečňuje nezávisle na něm.“

Třetího července si letos připomínáme 130 let od narození **Franze Kafky**, jednoho z nejvýznamnějších spisovatelů 20. století. Svého uměleckého vrcholu Kafkovým dílem nesporně dosáhla i pražská německá literatura. V roce 1917 se u Kafky projevila tuberkulóza plic, která později postihla i hrantan. Nemoc, po léta promyšlená a popsaná v hlubokých, jasnozřivých textech, u něj přešla ze života do díla jako jedna z integrujících součástí.

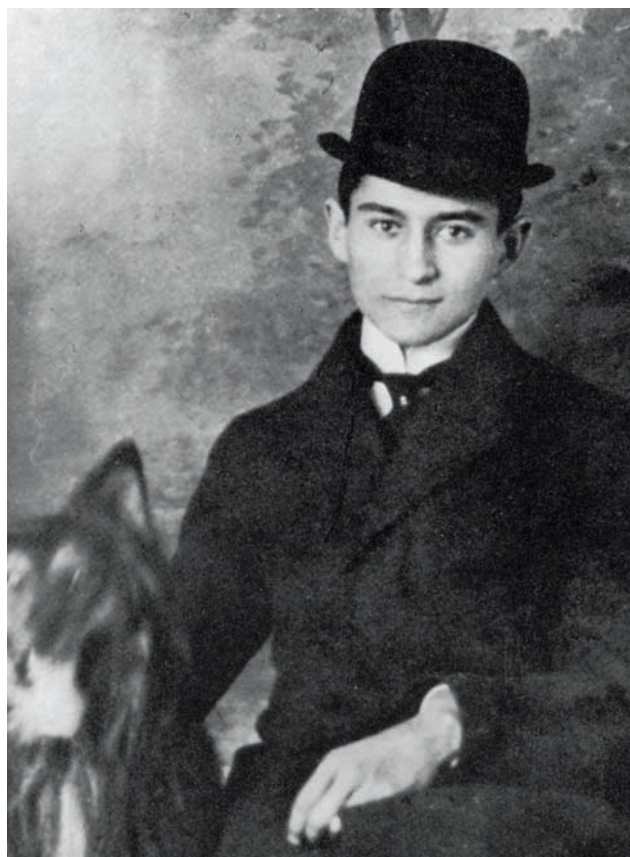
Spisovatelem se – i v kontextu jeho nemoci – zabývá přední znalec Kafky, překladatel, editor a literární historik Josef Čermák, autor knihy „Život ve stínu smrti. Franz Kafka. Dopisy Robertovi“, která vyšla v roce 2012 v nakladatelství Mladá fronta. Po desítky let se Kafkou zabývá rovněž Miroslav Mydlík, přední slovenský internista a emeritní profesor Lékařské fakulty Univerzity P. J. Šafárika v Košicích. Kromě rozsáhlé publikační a přednáškové „kafkologické“ činnosti spolu se svou spolupracovnicí a kolegyní Ing. Katarínou Derzsiovou pořádají pravidelná sympozia v Tatranských Matliaroch a Tatranské Lomnici – „Memoriál F. Kafky“. Zasloužili se i o památník připomínající Kafkův léčebný pobyt ve Vysokých Tatrách. Zájem Miroslava Mydlíka se soustřeďuje

zejména na souvislost mezi Kafkovým dílem a jeho somatickým onemocněním. Především z přednášky profesora Mydlíka „Tuberkulóza Franze Kafky“ a zmíněné publikace Josefa Čermáka čerpá i tento článek.

Jak jen utěšit ten proud...

V srpnu 1917 Kafka prodělal své první plicní krvácení. Noční událost o tři roky později popsal Mileně Jesenské: „Vstal jsem, zneklidnělý jako bývá každý něčím novým (místo toho jsem měl zůstat ležet, jak jsem se později dozvěděl), přirozeně poněkud vylekaný, prošel jsem se po pokoji, šel k oknu, vyklonil se ven, pak jsem šel k umyvadlu, zase jsem se prošel po pokoji, sednul jsem si na postel – neustále mi tekla krev. A v té samé chvíli jsem ale nebyl nešťastný, po 3, 4 letech nocí beze spánku – za předpokladu, že krvácení ustane – jsem byl schopný poprvé spát. Přestalo to (a od té doby se to znovu neobjevilo) a spal jsem po celý zbytek noci. Nicméně ráno, když přišla dívka na úklid (tehdy jsem měl být v Schönbornském paláci), hodná, velmi oddaná, ale příliš věčná, a uviděla krev, řekla: ‚Doktore, s vámi to dlouho nepotrvá.‘ Ale já se cítil lépe než obvykle, šel jsem do kanceláře a až odpoledne k doktorovi.“

Sestře Otle napsal: „Jedné noci asi před třemi týdny jsem měl hrozný záchvat kašle, kdy mi krvácely plíce. Probudil jsem se okolo čtvrté ráno překvapený množstvím slin v ústech, vyplivl jsem je, rozsvítil světlo a uviděl chuchvalce krve. A pak to začalo. Nevím, jestli to hláskují správně, ale v češtině se to nazývá ‚chrlení‘, což je výstižné pojmenování pro tento proud z hrdla. Myslel jsem si, že to snad nikdy neustane. Jak mám utěšit ten proud, když jsem ho nevyvolal? Vstal jsem a několikrát přešel pokoj, přistoupil jsem k oknu, vyhlédl ven, šel nazpět – krev stále tekla, až to nakonec ustalo a já



usnul, spal jsem déle než kdykoli předtím.“

V dopise své snoubence Felicii Bauerové přiznal, že tuberkulóza plic ho překvapila vykašláváním krve, ale na druhé straně ho zbavila bolestí hlavy, a pokračoval: „Kdybych měl v nejbližší době zemřít nebo stát se úplně neschopným žít, a tato možnost je velká, protože jsem měl v posledních dvou měsících silné chrlení krve z plic, mohl bych říci, že jsem se sám v sobě roztrhal. Když dříve otec v divokých a prázdných hrozbách říkal, že mě přetrhne jako sledě, ve skutečnosti se mě nedotkl ani prstem. Teď se ta hrozba uskutečňuje nezávisle na něm.“

Životopráva, která by skolila i siláka

Nadsázka o „roztrhání sama v sobě“ nebyla absurdní, TBC plic byla

protože byl díky svým vynikajícím úřednickým a právnickým schopnostem považován za nepostradatelného a i v době nemoci byl povyšován. V roce 1922 byl jmenován vrchním tajemníkem pojišťovacího ústavu, kam ve dne docházel, kdežto v noci – psal. O své životoprávě sám konstatoval, že by skolila i robustnějšího člověka, než je on. Při výšce 182 cm nikdy nevážil více než 65 kg, pravděpodobně měl vždy 15–20 kg podváhu, celoživotně trpěl nechutenstvím. Navíc byl stoupencem vegetariánství, o němž měl ovšem velmi svéráznou představu.

Po celých sedm let, od začátku nemoci až do konce života, jen s kratšími přestávkami, psal, a to samozřejmě i za léčebných pobytů. V sanatoriu v Želízcích vzniklo jedno z jeho nejslavnějších děl, „Dopis otci“. Choroba se vlekla a další léčebný pobyt, jeden z Kafkových vůbec nejdelších mimo Prahu, byly tatranské klimatické lázně Matliare, kde pobýval od prosince 1920 do konce srpna 1921. Během léčení v Matliaroch měl Kafka intermitentně subfebrilní teploty, dýchání bylo údajně dobré. Projevovala se u něj celková slabost, nechutenství, hubnutí, dráždivý a produktivní kašel.

V kontextu se stávající fyzickou „slabostí“ je třeba uvést na pravou míru obecnou představu o Kafkovi jako intelektuálovi, který se rozhodně vyhýbal sportu a pohybu. Bylo tomu přesně naopak – dokud mu to dovolovala zdravotní kondice, dobře a rád plaval, věnoval se gymnastickým cvičením, turistice, míčovým hrám a s chutí napřiklad i zahradničil.

Posléze je začnu mít velmi rád

Léčba TBC už za Kafkova pobytu v Matliaroch byla zhruba taková, jakou uvádí profesor Josef Thomayer v 5. vydání své „Pathologie a terapie nemocí vnitřních“ (1923). Doporučuje léčbu tuberkulinem, séroterapii, léčbu kreo-



Milena Jesenská

Z HISTORIE



Dora Diamantová

sotem (v té době se používal jako expektorans), intratracheální podávání eukalyptového oleje i sloučenin vápníku a terapeutický pneumothorax. Hlavní součástí terapie byl klid na lůžku a klimatoterapie, dále dieta se zvýšeným obsahem mléka, antipyretika a také kodein až morfin, atropin a další symptomatická léčba. Jedním z nesporných přínosů pobytu v Matliaroch bylo pro Kafku seznámení se spolupacientem Robertem Klopstockem, který se stal Kafkovým důvěrníkem, přítelem a také adresátem řady z jeho slavných dopisů. Kafka rozhodně nebyl jednoduchý pacient. V roce 1921 Klopstockovi napsal: „O nové kůře se dosud nedá nic říci. Lékař je povznesený a dětinsky směšný, jako většina lékařů. Posléze je začnu mít velmi rád. Záleží přece jen na tom, aby udělali to nejlepší, co umějí, a čím méně toho je, tím je to dojemnější. A někdy

přeče jen překvapí. (...) Také už pomalu patřím k lidem, kteří nemají čas. Den je přesně rozdělen mezi ležení, procházku apod., čas a sílu nemám ani na čtení. Po několika dnech bez horečky už opět horečka. Lékař mi předepsal jen čaj, který, jestli jsem mu dobře rozuměl, obsahuje kyselinu křemičitou, a kyselina křemičitá má, jak se on kdesi dočetl (doufejme, že ne v nějakém humoristickém časopise), podporovat zacelování jizev. Možná ho také vyzkoušejte. Opíšu Vám recept, až se dostanu nahoru do svého pokoje, v mém pokoji, té studené díře, se netopí.“

Tiše se přelévá protivníkem

V létě 1923 se Kafka seznámil s Dorou Diamantovou a dohodli se na společném životě v Berlíně. Právě Dora byla Franzovi v posledních letech jeho života věrnou, stálou průvodkyní a velkou oporou, nicméně pomáhat se mu snažil i Klopstock. Oba měli Franze Kafku nepochybně velice rádi, ale prosazovali naprosto protichůdný způsob léčby. On sám byl po celou dobu léčby odpůrcem klinické medicíny a navzdory svým špatným zkušenostem s účinností přírodní léčby byl stále jejím zastáncem. Jeho názor sdílela přítelkyně Dora, kdežto Robert Klopstock, tehdy ještě medik a pozdější profesor chirurgie v USA, byl přesvědčeným zastáncem klasické medicíny *lege artis*. Soupeření těchto dvou přístupů vytvořilo nad pacientovým lůžkem drama, které nemohlo mít – a také nemělo – pozitivní rozuzlení.

V Berlíně vznikla povídka „Doupě“, obsahující i tento popis duševního rozpoložení: „Zřídil jsem si doupě a zdá se, že se povedlo. Klidně si žiji v nejvnitřnějším nitru svého domu a mezi tím se ke mně odněkud pomalu a tiše přelévá protivník.“ Kafka nadále kašlal a stále měl zvýšené teploty. Zhoršující se zdravotní stav na přelomu let 1923 a 1924 ho přinutil opustit Berlín. Cestou do sanatoria v Dolním Rakousku se zastavil v Praze. Tady, v domě na Staroměstském náměstí, také na jaře 1924 napsal „Zpěvačku Josefínu aneb Myší národ“, svoji poslední povídku. Podle Klopstocka v březnu již trpěl výraznou afonií.

Mezi lege artis a přírodní medicínou

Je pravděpodobné, že TBC plic předcházel zánět plicních hro-



Marcus Hajek

tů. O TBC Kafkovi lékaři dlouho otevřeně nemluvili. První faktická zmínka o ní je až v propouštěcí dokumentaci ze sanatoria ve Wienerwaldu, kam Kafka s Dorou přijeli začátkem dubna 1924. Jeho zdravotní stav se dále zhoršoval, proto byl po necelém týdnu v sanatoriu převezzen do Vídně, na otorinolaryngologickou kliniku profesora Hajka. Kafka se za celou dobu léčby poprvé ocitl na klinickém lůžku až nyní, několik týdnů před smrtí.

Do Vídně podle vzpomínek Maxe Broda převáželi Kafku v otevřeném voze a za velmi špatného počasí, Dora ho před deštěm chránila vlastním tělem. Na otorinolaryngologické klinice jednoznačně diagnostikovali TBC hrtanu. Pacient měl stále subfebrilie, byl extrémně vyhublý (vážil 49 kg) a trpěl afonií spojenou s bolestmi, už skoro vůbec nemluvil. Ke zmírnění bolesti hrtanu dostával alkoholové injekce do *nervus laryngeus superior* a kromě toho mu podávali morfium a opiátový přípravek Pantopon. Přednosta kliniky, profesor Marcus Hajek, proti své vůli Kafku ze svého pracoviště propustil. Chtěl vyzkoušet chirurgický zákrok, umrtvení hrtanového nervu. Operace se však neuskutečnila pro příliš krátkou hospitalizaci pacienta. Na naléhání Dory totiž Kafka odešel do „domácího ošetření“, což je v souvislosti s ním poněkud paradoxní výraz, fakticky šlo spíše o odložení do sanatoria doktora Hoffmanna. Sídliho v Kierlingu, městečku nedaleko Vídně. K převozu do sanatoria došlo 19. dubna 1924.

Broušený kámen, po stranách zuby pily

V té době už byla TBC generalizovaná, kromě ascendentu z plic do hrtanu se rozšířila i ve střevech. Ke konci pacient trpěl naprostým nechutenstvím, byl velice zesláblý (Klopstock ho musel nosit do koupelny), nebyl schopen přijímat potravu a dostával umělou výživu. Z Kafkova pobytu v Kierlingu existuje několik konverzačních lístků, s jejichž pomocí komunikoval s Dorou, Klopstockem a personálem sanatoria. Na jednom z nich stojí: „To si člověk utvoří pojem o souchotinách: uprostřed je broušený kámen, po stranách jsou zuby pily, všechno ostatní je jen prázdné suché sputum. Bolí to proto tolik, že jsem hrtanem několik hodin nic nedělal. To méně dráždí než stále (krev).“

V květnu 1924 se v konverzačních listcích vrátil k povídce „Zpěvačka Josefína aneb Myší národ“ a ještě dva týdny před smrtí korigoval sloupkový obsah této povídky. Během této práce napsal Klopstockovi: „Vidíte, že jsem závčasou začal zkoumat zvířecí pískot...“ V té době už trpěl úplnou afonií, ale do poslední chvíle byl zcela lucidní. Smrt přišla 3. června. Její bezprostřední příčinou byla devastující TBC hrtanu a následně udušení.

U úmrtního lůžka v kierlingském sanatoriu seděl Robert, Dora prý byla ve chvíli smrti Franze na poště, kam ji Klopstock poslal s dopisem. 10. června 1924 byl Franz Kafka pohřben na Novém židovském hřbitově v Praze.

Jana Jílková

Inzerce A131005439



**MĚSTSKÉ
SLATINNÉ
LÁZNĚ**

Třeboň

130 let lázeňské tradice

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

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

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




Zlaté záchrannářské kříže za rok 2012

„Blahopřeji odvážným, blahopřeji statečným. A přeji si, aby se tato statečnost rozšířila i do jiných sfér, než jsou záchranné akce,“ řekl prezident Miloš Zeman při gratulaci vítězům 14. ročníku soutěže o nejlepší záchrannářský čin roku. Medaile i věcné dary laureátům předal 22. května na Pražském hradě.

Posláním soutěže „Zlatý záchrannářský kříž“ je vyzdvihnout výjimečné, profesionálně zvládnuté zásahy hasičů, zdravotníků, vojáků, policistů a jiných složek integrovaného záchranného systému, dobrovolníků i profesionálů, neziskových organizací působících v oblasti záchrannářství, stejně jako obětavé činy první pomoci laiků – dětí i dospělých – a podpořit význam záchrannářské profese i stavovskou čest záchrannářů všech oborů. Vyhlašovatelem soutěže je redakce časopisu Rescue report.

Pomoc těžce zraněnému z hořícího auta

Zlatý záchrannářský kříž za záchrannářský čin laiků v subkategorii dospělých převzal František Vlk. Řidič osobního auta sjel do příkopu a čelně narazil do stromu. Auto vzplálo v motorovém prostoru a muž se pro těžká poranění nemohl dostat ven. Z Kašperských Hor do Radešova v době nehody projížděl autobus. Jeho řidič František Vlk se ve všech směrech choval jako profesionál. Zastavil v bezpečné vzdálenosti od havarovaného auta a běžel k němu. Zpozoroval, že spod kapoty auta vyšlehávají plameny. Rychle se vrátil do autobusu pro hasičí přístroj a požár dostal pod kontrolu. Nebýt tohoto včas-

ného zásahu, požár by zachvátil celé vozidlo.

Raněný muž byl po celou dobu zcela při vědomí, a jak František Vlk se suchým humorem dodává, „pořád strašně nadával“. Zatímco záchránce kontroloval stav zraněného, objevil se u nehody další svědek. František Vlk, který i přes závažnost situace zachoval chladnou hlavu, jej poprosil o zavolání na tísňovou linku 112. Následně s druhým svědkem těžce poraněného řidiče z vozu velmi opatrně vytáhli. Potom k nehodě přijeli hasiči, zraněného převzali do péče, vzápětí přijela sanitka a na místě přistál vrtulník, do něhož zraněného naložili. O svém činu František Vlk skromně prohlásil: „Vždyť to nic nebylo, to by přeče udělal každý.“

Záchrana ženy z komína kotelny

Za méně závažných okolností by si přítomní při pohledu na ženu nahoře na komínu jistě vzpomněli na scénu z filmu „Postřižiny“, záchrannářům prý ale na mysl večer 27. října 2012 rozhodně nepřišla. Tehdy po 19. hodině přijalo operační a informační středisko územního odboru českolipských hasičů zprávu, že na komínu bývalé kotelny je žena a má v úmyslu spáchat sebevraždu. Na místě byla i policie

a zdravotníci. Po příjezdu ke kotelně hasiči uviděli ženu postupující vzhůru po ocelovém žebříku, zastavila se až ve 30 metrech. Nezdařil se pokus navázat se ženou verbální kontakt, chovala se hystericky a neustále vyhrožovala, že skočí dolů. Nasazená výšková technika nemohla být k záchrane použita kvůli překážkám a nestabilnímu podloží, navíc ženu zařízení vyděsilo. Po odstranění výškové techniky se uklidnila, ale vzápětí se začala bát, že spadne dolů.

Velitel zásahu hasičů nadporučík David Bauer je zároveň členem lezecké skupiny. Rozhodl se pro ženu na komínu vystoupat, protože jiná možnost její záchrany se mu už za této situace nejevila jako reálná. Když vylezl těsně k ní, žena omdlela a tím přenesla na svého záchránce celou svou váhu. V tu chvíli zachraňovaná ještě nebyla bezpečně zajištěna pomocí lezecké techniky, proto ji David Bauer držel jen pažemi a zároveň se ji snažil přivést k vědomí. Po chvíli se žena probudila a začala komunikovat, z důvodu stále hrozícího pádu a nezajištění ji velitel zásahu musel držet až do doby, než se k oběma dostal druhý lezec. V této době již žena byla značně vysílená a prochládlá, při sestupu směrem dolů se navíc opět začala chovat hyste-



Statečný řidič autobusu František Vlk přebírá nejvyšší záchrannářskou medaili | Foto: Leoš Chodura



Obrazek pro prezidenta, panenka a pohlázení pro Janičku a za duchapřítomnost při záchrane dědečka. | Foto: Leoš Chodura



Fenka retrívra Brenda, která přivolala pomoc své paničce, si z Hradu odnesla kost. | Foto: Leoš Chodura

ricky. Po celou dobu zásahu, který trval celkem tři hodiny, velitel ženu uklidňoval. Po sestupu na zem ji předal osádce ZZS LK. Za svůj čin nadporučík David Bauer převzal Cenu generálního ředitele Hasičského záchranného sboru ČR.

Mezi hrdiny jsou i děti

„Kdyby tu nebyla Janička, tak by pro mě přijela černá sanitka. Je to fantazie, jakou mám vnučku,“ říká Jan Šálek z Kostelce nad Černými lesy. Život mu svou pohotovou reakcí loni v létě zachránila jeho teprve 4letá vnučka.

Jan Šálek je diabetik a v osudný den doma ztratil vědomí: „Slyšel jsem ji, jak mi říkala ‚dědo, co ti je?‘. Pak si nepamatuji nic. Probral jsem se, až když už tu byli záchranní.“ V době, kdy mu hrozil hypoglykemický kolaps, zasáhla bez váhání jeho vnučka. Místo toho, aby jako většina dětí jejího věku jen vyděšeně plakala, utíkala k sousedům pro pomoc. Ti zavolali záchranku. Zdravotníci muži podali glukózu a pak ho odvezli do nemocnice. Jen díky duchapřítomné dívence vše dopadlo dobře. Za svůj čin od Miloše Zemana obdržela čestné uznání

Učená společnost ČR udělovala medaile pro rok 2013

Členové Učené společnosti ČR se v pondělí 20. května sešli na svém XIX. valném shromáždění, které se již tradičně konalo v pražském Karolinu a bylo spojeno s předáváním medailí a cen za zásluhy o rozvoj vědy.

Valná shromáždění Učené společnosti jsou každoročně věnována přednáškám na aktuální témata prosloveným jak členy společnosti, tak pozvanými hosty. V letošním roce bylo dopolední zasedání ve Velké aule Karolina zakončeno přednáškou anglického vědce Philipa Balla „Curiosity – how science became interested in everything“. Odpolední blok zaměřený na biomedicínský výzkum, který moderoval současný místopředseda společnosti profesor Václav Pačes, se konal ve Vlasteneckém sále.

Vedle Medailí za zásluhy o rozvoj vědy, které z rukou předsedy Učené společnosti ČR profesora Petra Pokorného tentokrát převzali prof. RNDr. Blanka Řihová, DrSc., (Mikrobiologický ústav AV ČR) a prof. RNDr. Aleš Pultr, DrSc., (Katedra aplikované matematiky MFF UK), byly uděleny i prestižní ceny za původní vědecké práce v kategoriích „vědecký

pracovník“ a „mladý vědecký pracovník“ (do 35 let). V současnosti se tyto ceny staly významným domácím oceněním badatelů, kteří nejsou členy Učené společnosti. K tomu přibýlo od roku 1998 ještě udělování cen středoškolským studentům a v roce 2009 byla zřízena i cena pro pedagogické pracovníky, kteří podporují zájem o vědu a výzkum u svých žáků.

Jedna z nejuznávanějších osobností české vědy

Prof. RNDr. Blanka Řihová, DrSc., získala letošní ocenění za své významné objevy v imunologii. V roce 1964 ukončila Přírodovědeckou fakultu UK v Praze a nastoupila do oddělení imunologie Mikrobiologického ústavu ČSAV (MBÚ), kde působí dodnes. Výzkum laboratoře profesorky Řihové je zaměřen do oblasti směrovaných polymerních léčiv vhodných především pro léčbu nádorů.

Blanka Řihová je autorkou či spoluautorkou více než 180 vědeckých publikací, má na svém kontě 3240 citací a její H-index činí 34. V roce 1996 byla zvolena členkou Učené společnosti České republiky. V dalších letech se stala členkou European Academy of Sciences a také Ruské akademie přírodních věd. Byla jí udělena medaile J. E. Purkyně, medaile Lékařské fakulty v Thajsku, medaile Wolfa A. Kafky za výsledky v imunoterapii, medaile za zásluhy PřF UK, medaile Senátu Parlamentu České republiky, medaile Ruské akademie přírodních věd „Za zásluhy o zdraví lidu“ a řada dalších. Vysokým oceněním bylo vyznamenání „Česká hlava“ a „Granátový imunoglobulin“.

Profesorka Řihová zastává a zastává řadu důležitých funkcí. Po mnoho let byla předsedkyní Vědecké rady MBÚ AV ČR a členkou Akademické rady AV ČR. V letech



Prof. Blanka Řihová. | Foto: Leoš Chodura

2000–2007 byla ředitelkou Mikrobiologického ústavu AV ČR. Po léta přednášela základní imunologii na 1. a 2. LF UK a podařilo se jí soustředit kolem sebe řadu studentů a doktorandů, které jako školitelka úspěšně dovedla k obhajobě jejich prací. Její schopnost vychovávat novou vědeckou generaci vyústila do vzniku vlastní vědecké školy.

Medaile Učené společnosti je Blance Řihové udělena jako jedné z nejvýraznějších a mezinárodně nejuznávanějších osobností české vědy. (jass)

a panenku. Prezidentovi na oplátku předala vlastnoručně nakreslený obrázek.

Zdravotnická záchraná služba hl. m. Prahy nominovala na ocenění 12letou Elišku Hadravovou za její aktivní pomoc při záchraně otce. Dne 25. listopadu postihla Eliščina tatínka domou náhlá zástava oběhu. Školačka nejen zavolala linku 155, ale i aktivně oživovala otce dle telefonických pokynů dispečerky až do příchodu matky. Tím se zcela zásadně zasloužila o jeho záchranu. Po příjezdu navázali odbornou pomocí záchranáři, následně pacienta převezli na koronární jednotku IKEM. Tatínek se zcela zotavil a je bez zdravotních následků.

Brenda zachránila svoji majitelku

Zlatý záchranářský kříž za nejkurióznější záchranářský čin letos obdržela fenka retrívra Brenda. Na Hrad se dostavila spolu se svou majitelkou Věrou Janošítkovou. Ta loni v zimě sklouzla se svým invalidním vozíkem ze srázu. Brenda doběhla do nejbližší hospody, kde štěkáním dokázala přivolat pomoc a svou paní zachránit.

Fenka za svůj čin obdržela od prezidenta Zemana žvýkácký kost, ovšem až poté, co se k němu co by neznalá protokolu ceremonie konečně přestala otáčet zadkem. „Dnešek jsem si užila, velice mě těší ocenění, za které jsem vděčná především fence,“ dodala s úsměvem Věra Janošítková.

Seznam se bezpečně

Za výjimečný nebo kreativní počin k osvětě a vzdělávání získal „Zlatý záchranářský kříž“ internetový portál Seznam.cz. Ocenění si odnesl za projekt „Seznam se bezpečně“, v rámci kterého vznikl film natočený podle skutečných událostí, upozorňující na nástrahy internetu. „Snažíme se, aby byl internet bezpečnější hlavně pro nejmladší uživatele,“ uvedl výkonný ředitel společnosti Seznam.cz Michal Feix. „Cílem projektu je především osvěta – ukázat, že na internetu je potřeba být obezřetný.“

Projekt přinesl řadu pozitivních výsledků, od konkrétních trestních oznámení až po vyřešené případy, které byly díky projektu rozkryty. Stejně jako v loňském roce chce i v tom letošním Seznam.cz navštívit několik základních škol, kde formou prezentací filmů a her ukáže rizika, která mohou na internetu vzniknout.

Jana Jilková

Oceněny novinky pro zdravotní a sociální péči

Ve dnech 14.–17. května proběhl letošní ročník veletrhů Medical Fair Brno a Rehaprotex, na nichž se návštěvníci seznámili s novými výrobky a trendy ve zdravotnictví, rehabilitaci, sociálních službách i péči o seniory.

Jako již tradičně se nejlepším exponátům udělovaly ceny Medical Fair Brno Award a poprvé také Rehaprotex Award. Odborná hodnotitelská komise ocenila celkem 5 exponátů.

V kategorii „Technologie pro diagnostiku a léčbu“ uspěly společnosti BTL zdravotnická technika (vysokovýkonný laserový systém



Foto: archiv pořadatelů

pro neinvazivní fyzioterapii) a Madisson (rázová vlna Intellect mobile RPW).

Tři ceny Rehaprotex Award byly uděleny v kategorii „Pomůcky pro chůzi, pohyblivost a dopravu“ a získaly je firmy Josef Hurt (unikátní český nakladač invalidního vozíku do odsuvných dveří automobilu), Proomedent (přístroj Thera-Trainer e-go určený k nácviku správného stoje a chůze zejména u neurologicky postižených pacientů) a Horizont-Nare (samoobslužný pásový schodolez TopChair sdružující elektrický schodolez s invalidním vozíkem).

Zvláštní ocenění projektu „Spokojené děti“ získala společnost Patron Bohemia za rehabilitační autosedačku BeSafe iZi Up X2. V rámci tradičního „Dne zdravotnictví ČR“ náměstek ministra zdravotnictví Ferdinand Polák představil novou koncepci následné a dlouhodobé péče, konference eHealth Days 2013 řeši-

la aktuální otázky elektronizace zdravotnictví.

Inzerce A131005481

13. - 16. 6. 2013

otevřeno: 9 - 17hod

RŮŽOVÁ zahrada

celostátní výstava růží a letních květin

LÁZEŇSKÝ VELETRH

výstava léčebné, rehabilitační a relaxační péče

SENIOR HANDICAP

výstava pro lidi, kteří nezůstávají sedět doma

Výstaviště Lysá nad Labem

Mansyňkova 1727, 289 22 Lysá nad Labem, tel.: 325 853 203, e-mail: vrb@vlz.cz, www.vrlz.cz

Cena Grady 2012

V polovině května byla v sídle České lékařské komory již posedmnácté předána Cena Grady, kterou nakladatelství odborné literatury Grada Publishing oceňuje nejúspěšnější zdravotnické tituly ze své produkce za uplynulý rok.

Letos poprvé byla Cena Grady udělena ediční řadě Česká lékařská komora.

Cenu Grady za rok 2012 nakladatelství udělilo editorům publikací „Etika a komunikace v medicíně“ a „Eutanazie – pro a proti“, doc. MUDr. Petru Bartůňkovi, CSc., a PhDr. Radku Ptáčkoví, Ph.D., za významný přínos pro Edici ČLK celoživotního vzdělávání.

Záštitu nad akcí převzal prezident České lékařské komory MUDr. Milan Kubek.



(eta) Docent Petr Bartůňka a PhDr. Radek Ptáček. | Foto: Leoš Chodura



Hospicovou desítku si zaběhl i primář Hospice sv. Jana N. Neumanna MUDr. Petr Koptík.

| Foto: archiv hospice

V hospici to žije!

Nádherné počasí, rekordní počet osmdesáti běžců a hlavně krásná atmosféra ozdobily 18. května již čtvrtou „Prachatickou hospicovou desítku“. Startovním výstřelem závod zahájila jedna z pacientek Hospice sv. Jana N. Neumanna v Prachaticích.

Hospic je i místem radosti, úsměvu a intenzivně žitých chvil. Byť jsou často krátké. Leckdy takové zařízení provázají nejrůznější potíže, ale i ty lze s pomocí dobrých lidí překonávat. Pomáhají penězi, dobrou radou, dobrovolnou pomocí, modlitbou... nebo i během.

Kdo neběhá, nevyhraje – ani nad sebou

Letošního benefičního vytrvaleckého závodu pro hospic se zúčastnilo na osmdesát závodníků. Za hospic běželi jeho ředitel, primář, ekonom a několik sester, zúčastnil se i přednosta komplexního onkologického centra z Nemocnice České Budějovic

a lékaři z písecké nemocnice. Vítězi byli všichni. Po zvládnutí běžecké desítky každého závodníka také čekala v cíli jedna točená... Celkovým vítězem se stal nejlepší jihočeský běžec Mulugeta Serbessa. Nestihli jste hospicovou desítku? Nevadí, nemáte zmeškáno. Přijďte v neděli 8. června v 15 hodin do parku prachatického hospice na jeho benefiční den, uvidíte Mauglího v podání divadelní skupiny Fígl a také Báru Hrzánovou s její hudební skupinou Condurango. Dorazit můžete i ve čtvrtek 13. června, v parku od 16 hodin pro radost pacientům i veškeré veřejnosti zatančují děti z Baletního studia. (ii)

Pozvánka na konferenci Medicína katastrof

12.–14. června se v Uherském Hradišti koná již XVI. ročník mezinárodní konference Medicína katastrof na téma „Reakce státní správy a samosprávy na mimořádné události“.

Záštitu nad akcí převzali ministr zdravotnictví České republiky doc. MUDr. Leoš Heger, CSc., ministryně zdravotnictví Slovenské republiky JUDr. Zuzana Zvolenská, ředitelka Kanceláře WHO v Praze MUDr. Alena Šteflová, Ph.D., děkan Fakulty logistiky a krizového řízení Univerzity Tomáše Bati prof. PhDr. Ivo Barteček, CSc., a hejtman Zlínského kraje MUDr. Stanislav Mišák. Prezidentem konference je předseda Společnosti krizové připravenosti zdravotnictví ČLS JEP MUDr. Josef Štorek, Ph.D.

Hlavní témata:

- připravenost státní správy a samosprávy na mimořádné události (kauza methylalkohol),
- připravenost integrovaného záchranného systému na chemické havárie a havarijní plánování,

- krizová připravenost na řešení epidemii se zaměřením na infekční rizika,
- možnosti dobrovolnictví při mimořádných událostech,
- vzdělávání jakou nedílnou součástí přípravy.

Workshop: Připravenost obcí s rozšířenou působností a krajů na mimořádné události.

Konference se koná v budově Fakulty logistiky a krizového řízení, Studentské nám. 1532, Uherské Hradiště. Jednacími jazyky jsou čeština, slovenština, příp. angličtina (netlumočí se).

Pro odborné informace pište na: meka@skpz.cz
Více informací: www.medicinakatastrof.cz

(red)

Olomoučtí sportovci se spojili a darovali krev

„Dnes budeme všichni bojovat za dobrou věc“ je výmluvný název akce, která 17. května proběhla v transfuzním oddělení Fakultní nemocnice Olomouc. Sportovci jí motivují své fanoušky k dárcovství krve.

Darovat krev již tradičně přišli hokejisté a funkcionáři prvoligového týmu HC Olomouc, ale také členové klubu thajského boxu Muay Thai Warriors Olomouc, členové klubu Zumba Rebels Olomouc a sledge hokejisté klubu SOHO Olomoučtí Kohouti. Společně chtějí motivovat své fanoušky, aby ve dobrovolném dárcovství krve následovali. Pokud se totiž v období od 17. května do

31. srpna 2013 rozhodnou a přijdou darovat krev na transfuzním oddělení FN Olomouc, mohou soutěžit o zajímavé ceny, mezi kterými nebudou chybět například permanentky na příští hokejovou sezónu prvoligového týmu HC Mora Olomouc.

Více informací o soutěži: www.hc-olomouc.cz
www.fjol.cz

(red)

Inzerce A131007816

Edukafarm ve spolupráci s Českou lékařskou komorou Vás srdečně zve na seminář

12. 6. 2013 Brno
Hotel International, Husova 16

13. 6. 2013 Praha
Grand Majestic Plaza, Truhlářská 16

Přihlásit se můžete elektronicky na www.edukafarm.cz

Určeno: lékařům a zdravotním sestřám

Odborný garant: MUDr. Jiří Sliva, Ph.D., Ústavy farmakologie 2. a 3. LF UK, Praha

Poskytovatel edukačního grantu: GUNA v zastoupení inPHARM-CLINIC

Kredity: seminář je zařazen do celoživotního vzdělávání ČLK a ohodnocen 3 kredity

Registrační poplatek: *300/400 Kč, v ceně certifikát, sylabus a občerstvení

Léčba bolesti pohybového aparátu



PROGRAM

14.30 - 15.00

Prezence

15.00 - 15.15

Zahájení - úvodní slovo

15.15 - 16.45

PharmDr. Zdeněk Procházka, ředitel společnosti Edukafarm

16.45 - 17.30

Inovativní postupy v léčbě bolesti pohybového aparátu

Prof. MUDr. Alberto Marco Meroni, odd. ortopedie a traumatologie, Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano, Itálie

17.30 - 18.00

Klinické zkušenosti s léčbou bolesti pohybového aparátu

Prof. MUDr. Tomáš Trč, CSc., MBA, přednosta Kliniky dětské a dospělé ortopedie/traumatologie 2. LF UK a FN Motol, Praha

18.00 - 18.30

Přestávka, občerstvení

18.30 - 20.00

Farmakologické aspekty léčby z pohledu benefit/risk

PharmDr. Lucie Kotlářová, oddělení klinické farmacie, Edukafarm

Různé druhy injekčních infiltračních technik – praktické ukázky

Prof. MUDr. Alberto Marco Meroni, odd. ortopedie a traumatologie, Ospedale Niguarda Ca' Granda, Milano, Itálie

Dary pro děti na Bulovce

Dětská chirurgie a traumatologie Nemocnice Na Bulovce dostala nejprve obrazy, poté i finanční dar.

Druhá květnová sobota patří k oddělení dětské chirurgie a traumatologie Nemocnice Na

Bulovce. Nejprve primář oddělení MUDr. Karel Harvánek v rámci veletrhu Svět knihy na hole-

šovickém výstavišti převzal dva obrazy, které zpříjemní nemocniční prostředí dětským pacientům. Oba obrazy namalovaly děti spolu s malířem a spisovatelem Petrem Horáčkem. Motivy obrazů vycházejí z příběhů z jeho dětských knih.

Oddělení obdrželo i finanční dar ve výši 10 tisíc korun, který primář spolu s ředitelem nemocnice MUDr. Petrem Zajícem převzali v areálu tenisového klubu Sparta Praha po skončení tenisové exhibice mezi Hanou Mandlíkovou, Bohdanem Ulihrachem a herci z „Partičky“. Peníze dětskému oddělení věnovali pořadatelé tenisového turnaje. Hospitalizované děti za ně budou mít novou televizi.



Vlevo malíř Petr Horáček, vpravo primář Karel Harvánek. | Foto: archiv NNB

(red)

Vyhlášen další ročník „Kouzelného klíče“

Psychiatrická léčebna Bohnice vyhláší IX. ročník literární soutěže pro pacienty a zaměstnance psychiatrických zařízení v České a Slovenské republice „Kouzelný klíč“.

Se svou poezií či prózou se může přihlásit každý, kdo v léčebně či jiném psychiatrickém zařízení ČR a SR pracuje nebo se zde léčí či léčil. Soutěžní kategorie jsou vyhlášeny pro pacienty a zaměstnance.

Téma práce je libovolné, rozsah v poezii maximálně do 5 básní, v próze maximálně do 3 stran A4. Soutěžní díla musí být napsána v textovém editoru MS Word a za-

slána e-mailem do 20. prosince 2013 na adresu dagmar.zaludova@pl-bohnice.cz. Do předmětu e-mailu napište „Kouzelný klíč“. Nezapomeňte uvést jméno autora, kontaktní adresu a prohlášení, že se přihlašujete do soutěže.

Samostatná příloha musí obsahovat souhlas s tím, že pro potřeby soutěže a tisku sborníku předáváte své soutěžní dílo a osobní informace (jméno, pří-

jmení, věk, zda jste pacient, nebo zaměstnanec, název psychiatrického zařízení, kontaktní adresa).

Literární práce budou jako vždy hodnoceny anonymně odbornou porotou, v níž zasedají literární kritik a historik, básníci, překladatelé poezie a novináři. Slavnostní vyhlášení vítězů proběhne koncem března 2014.

(red)

Soutěž „Zdravotně postižený zaměstnanec roku 2013“

Nominace na cenu mohou zasílat zaměstnavatelé a poděkovat tak svým zaměstnancům, kteří jsou osobami se zdravotním postižením. Každý subjekt může nominovat maximálně 2 kandidáty.

Soutěž již třetím rokem pořádá Nadační fond pro podporu zaměstnávání osob se zdravotním postižením (NFOZP) a probíhá ve dvou kategoriích.

První kategorií je „Zaměstnanec roku z chráněného trhu práce“, dru-

hou kategorií pak je „Zaměstnanec roku z běžného trhu práce“. Oba vítěze vybere odborná porota složená ze zástupců NFOZP a partnerů projektu.

Nominace budou přijímány do 15. září, vyhlášení výsledků proběhne

23. října 2013 na Staroměstské radnici v Praze.

Elektronický přihlašovací formulář a další informace o soutěži najdete na: www.nfozp.cz

(red)

Zdravotní klauni i „Koše plné humoru“

Dlouhodobá spolupráce společnosti B. Braun Avitum se Všeobecnou fakultní nemocnicí v Praze vkročila již do čtvrtého ročníku a do VFN opět zavítali zdravotní klauni. Ti pacientům Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN nejen zpříjemnili pátek 17. května, ale přinesli s sebou i téměř 200 „košů plných humoru“.

Spolupráce společnosti B. Braun Avitum se Všeobecnou fakultní nemocnicí v Praze se již stala téměř tradicí. Společně s občanským sdružením Zdravotní klaun zde od roku 2010 v pravidelných intervalech rozdali více než 1050 košů plných humoru, které pomohly zpříjemnit pobyt v nemocnici tisícům pacientů.

Zábavné dárkové koše obsahují například povídky Zdeňka Svěráka či komiků Šimka a Grossmanna, historiky Vladimíra Menšíka, zábavná DVD s pohádkami a filmy, společenské hry, křížovky, rébusy, zkrátka vše, co malým i velkým pacientům pomůže vytrhnout se z každodenní šedi a rutiny, načerpat novou energii a od srdce se zasmát.

Z iniciativy zaměstnanců firmy B. Braun byla navíc ve stacionáři

VFN vybudována zcela nová knihovna, která díky svému rozmanitému žánrovému rozvrstvení vychází vstříc prakticky všem čtenářským preferencím pacientů. (red)



Foto: Leos Chodura

Nový ambulantní trakt olomoucké perinatologie

Ve Fakultní nemocnici Olomouc 20. května slavnostně otevřeli nový ambulantní trakt perinatologického centra, který slouží ženám před porodem, v rizikovém těhotenství i rodinám s předčasně narozenými dětmi.

Ambulantní trakt perinatologického centra byl vybudován v prostorách dřívějšího lůžkového oddělení. Vedle sebe jsou teď soustředěny ambulance pro předporodní péči o zdravé maminky, poradna pro riziková těhotenství a rozbíhá se také neonatologická ambulance. Součástí traktu jsou rovněž vyšetřovny vybavené novým 3D a 4D ultrazvukem, průběh vyšetření může žena pohodlně sledovat na velké

LCD obrazovce, kterou má umístěnou nad hlavou.

„Jsou tu například ženy s cukrovkou nebo vrozenou srdeční vadou. Tyto rodičky k nám jezdí nejen z celého Olomouckého kraje, ale i z přílehlých regionů krajů Zlínského, Moravskoslezského nebo Pardubického,“ uvedl vedoucí lékař perinatologického centra FN Olomouc doc. MUDr. Martin Procházka, Ph.D. (red)



Docent Martin Procházka. | Foto: archiv FNOL

Kalendář akcí odborných lékařských společností – červen/červenec 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

WONCA world conference 2013

Family medicine
– care for generations

25.-29. 6. 2013/Praha

Místo konání:

Kongresové centrum

Pořadatel:

World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA), Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.wonca2013.com

45th annual meeting of the European Pancreatic Club (EPC)

26.-29. 6. 2013/Curych, Švýcarsko

Kontakt: www.epc2013.com

2. trnavský onkologický deň

27. 6. 2013/Trnava, Slovensko

Místo konání:

Smolenický zámok

Pořadatel: Fakulta zdravotnictva a sociálnej práce Trnavskej univerzity v Trnave, Fakultná nemocnica v Trnave, Slovenská onkologická spoločnosť SLS, Spoločnosť radiačnej terapie, biológie a fyziky, Slovenská chemoterapeutická spoločnosť

Kontakt: www.saccme.sk

Tělo a duše

Odborný seminář

28. 6. 2013/Praha

Místo konání:

posluchárna Psychiatrické

kliniky LF MU a FN Brno

Pořadatel: FN Brno

Kontakt: www.lkcr.cz



ilustrační foto: Shutterstock

Tekutinový management v průběhu operace

28. 6. 2013/Plzeň

Místo konání: aula FN Plzeň

Pořadatel:

Anesteziologicko-resuscitační klinika LF UK a FN Plzeň

Kontakt: www.lkcr.cz

3rd symposium on complications in GI endoscopy

28.-29. 6. 2013/Hannover, Německo

Kontakt:

www.complications-in-endoscopy.com

ESPGHAN summer school on nutrition 2013

30. 6. – 5. 7. 2013/Praha

Místo konání:

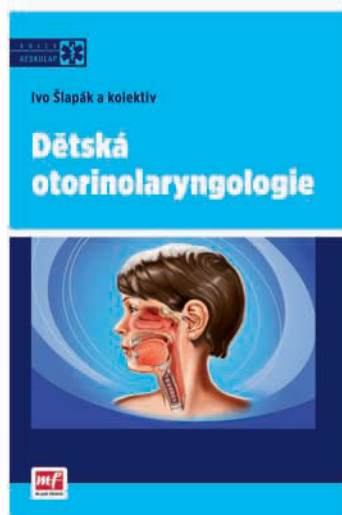
Břevnovský klášter

Pořadatel: European Society of Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN), United European Gastroenterology (UEG)

Kontakt: www.ess2013.cz

(sta)

Inzerce A131008322



Představujeme publikaci

Dětská otorinolaryngologie

První komplexně pojatá monografie u nás představuje ucelený zdroj informací z oboru ORL se zřetelem na dětský věk. Na základě nejnovějších poznatků jsou přehledně popsány choroby a vývojové vady v oblasti ucha, nosu a paranazálních dutin, hltanu, hrtanu a měkkých tkání krku a rovněž poruchy hlasu i řeči, a to jak z hlediska jejich

Autoři: Ivo Šlapák a kolektiv

etiopatogeneze, diagnostiky a diferenciální diagnostiky, tak i z hlediska moderních léčebných postupů. Kniha poskytuje cenný přehled o současných možnostech diagnostiky a korekce poruch sluchu pomocí audioimplantátů. Text je bohatě doplněn názornými schémata, tabulkami, barevnými obrázky a fotografiemi.

Doporučená cena 680 Kč

Při objednání na
sleva 25%

knihka.cz

**MEDICAL
SERVICES**

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR



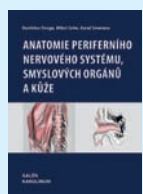
**Jan Konvalinka,
Ladislav Machala**
Viry pro 21. století
2. vydání



Rozsah:
144 stran
Cena: 250 Kč
ISBN: 978-80-
-200-2271-4
Vydavatel:
Academia

Populárně-naučná publikace zachycuje vývoj poznání virů a jejich význam především z hlediska humánní medicíny a na několika příkladech chorob (neštovice, dětská obrna, AIDS, SARS, chřipka, infekce způsobené viry Marburg a Ebola) popisuje možnosti jak s těmito infekčními mikroorganismy bojovat. Další část se zabývá možnostmi zneužití virů při terorismu a jako biologických bojových prostředků. V závěru autoři uvažují o významu virů v současnosti i budoucnosti, o možnostech ochrany před virovými nákazami a o využití virů ve prospěch člověka.

**Rastislav Druga,
Miloš Grim, Karel Smetana**
**Anatomie periferního
nervového systému,
smyslových orgánů
a kůže**



Rozsah:
171 stran
Cena: 350 Kč
ISBN: 978-80-
-7262-970-1
Vydavatel:
Galén

Učebnice poskytuje základní informace o periferním nervovém systému, smyslových orgánech a anatomii kůže. Kapitola „Periferní nervový systém“ zahrnuje popis periferních a hlavových nervů, jejich průběhu, základního větvení a inervačních oblastí. U popisu všech struktur je zdůrazněno topografické a funkční hledisko se zaměřením na využití v klinických oborech. Do kapitol „Autonomní nervový systém“ a „Enterický systém“ byly zařazeny nové údaje o distribuci mediátorů a neuropeptidů v jednotlivých autonomních pleteních a drahách. Nově je rovněž zpracován popis vnitřních autonomních pletení srdce a pánevních pletení. O nové poznatky byly rozšířeny popisy smyslových orgánů a kapitola věnovaná ana-

tomii kůže a jejích derivátů. Významnou součástí textu je obrazový doprovod.

Kolektiv autorů
Kardiologie pro sestry
Obrazový průvodce



Rozsah:
256 stran
Cena: 370 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4083-6
Vydavatel:
Grada

„Kardiologie v obrazech“, tak by mohl znít název této publikace. Jádro tvoří základní informace z oboru, od anatomie a fyziologie srdce a cév přes vyšetřovací metody přes hodnocení EKG křivky a popis obtíží a možných komplikací chorob kardiovaskulárního systému až po doporučené postupy a ošetrovatelskou péči. Text je bohatě doplněn obrázky, fotografiemi a ukázkami EKG křivek.

**Martina Venglářová,
Petr Eisner a kol.**
**Sexualita osob
s postižením
a znevýhodněním**
Příručka pro pracovníky
v sociálních službách
a zdravotnických zařízeních



Rozsah:
224 stran
Cena: 369 Kč
ISBN: 978-80-
-262-0373-5
Vydavatel:
Portál

Kniha nabízí informace k problematice sexuality vybraných skupin klientů sociálních a zdravotních služeb. Popisuje základní principy lidské sexuality, specifika vývoje a především omezenou možnost sexuálních kontaktů u lidí s mentálním postižením či duševním onemocněním. Samotné postižení či onemocnění dává vzniknout řadě problémových situací, jako je nepřiměřené sexuální chování, ohrožení sexuálním násilím či snížená schopnost ovládat své potřeby. Dlouhodobý pobyt v zařízeních zdravotní a sociální péče komplikuje možnost přirozeného sexuálního chování. Pojednává se i problematika jinak znevýhodněných osob – zejména seniorů v ústavní péči.

NOVÉ KNIHY

Autoři nabízejí pohled na specifika problému a v rámci kazuistik ukazují vhodné postupy při řešení často se opakujících situací. Zahrnuti jsou i ukázky postupu sexuální výchovy. Kniha je určena pro pracovníky v sociálních službách a zdravotnických zařízeních, studenty, rodiče a příbuzné lidí s postižením a znevýhodněním.

**Zdenka Ulčová-Gallová,
Petr Lošan**
**Neplodnost
– útok imunity**
2., aktualizované
a doplněné vydání



Rozsah:
152 stran
Cena: 229 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4555-8
Vydavatel:
Grada

Proč jsou některé ženy a někteří muži neplodní? Jaké jsou metody vyšetření a léčby snížené plodnosti?

Především čtenářům, kteří se snaží stát rodiči, je určena kniha, v níž lékařka s kolegou genetikem píše o protilátkách vůči spermii a vajíčku, o imunologických vztazích mezi embryem a matkou, imunitním systémem embrya, plodu a novorozence, o některých genetických souvislostech.

Pozornost věnují i příčinám potrativosti jak na základě poruch ze strany matky, tak plodu. Odpovídají na nejčastější otázky z poradny pro imunologii reprodukce a vše doplňují příklady z praxe a obrazovým materiálem.

Nick Lane
**Síla, sexualita
a sebevražda**



Rozsah:
464 stran
Cena: 495 Kč
ISBN: 978-80-
-200-2073-4
Vydavatel:
Academia

Nebýt mitochondrií, prý bychom možná ještě byli jednobuněčnými bakteriemi... Každopádně bychom bez nich neměli dvě odlišná pohlaví, stárnutí ani klimakterium. Fascinující a inspirující kniha Nicka Lanea v sobě spojuje nejno-

vější výsledky výzkumu se svěžím, popularizujícím stylem, díky kterému se věda stává lákavým dobrodružstvím.

**Mojmír Svoboda, Pavel
Humpolíček, Václav Šnorek**
**Psychodiagnostika
dospělých**



Rozsah:
448 stran
Cena: 595 Kč
ISBN: 978-80-
-262-0363-6
Vydavatel:
Portál

Komplexní publikace vychází ze starší knihy Mojmíra Svobody „Psychologická diagnostika dospělých“. V první části autoři uvádějí stručný přehled hlavních metodologických požadavků, věnují se etickým otázkám psychodiagnostické činnosti, pojednávají též o psychologické diagnostice on-line. V dalším oddílu se zabývají klasifikací metod, popisují základní klinické přístupy. Následuje výčet a popis metod splňujících psychometrická kritéria: zde je zvláštní pozornost věnována testům inteligence a testům kognitivních funkcí a organického poškození CNS. Podrobně jsou popsány významné testy, které se u nás začaly užívat teprve nedávno a které plně odrážejí současný stav psychologických poznatků (např. nejnovější verze WAIS-III, WMS-III i řada testů užívaných v neuropsychologii).

Část týkající se testů osobnosti je otevřena kapitolou o projektivních metodách, kde je – vedle Bohmovy klasifikace – velká pozornost věnována komprehenzivnímu systému interpretace Rorschachova testu podle Exnera. Rovněž je značně rozšířeno pojednání o interpretačních postupech u testu TAT. Kapitola o dotazníkových metodách je obohacena o mnohé nové metody, které se objevily v uplynulých letech a s nimiž psychologové již pracují nebo v dohledné době pracovat budou. Kniha je uzavřena pojednáním o budoucnosti psychodiagnostické práce a o psaní psychologických nálezů.

Heinz-Peter Röhr
**Nedostatečný pocit
vlastní hodnoty**
Sebedestruktivní vnitřní
programy a jejich překonávání



Rozsah:
184 stran
Cena: 279 Kč
ISBN: 978-80-
-262-0354-4
Vydavatel:
Portál

Nedostatečný pocit vlastní hodnoty výrazným způsobem komplikuje život mnohým z nás. Důsledkem často mohou být úzkosti, deprese, psychosomatická onemocnění nebo různé formy závislostí. Heinz-Peter Röhr poukazuje na skutečnost, že zdravému pocitu vlastní hodnoty stojí často v cestě určité vnitřní vzorce či programy. Ty lze přirovnat k softwaru, který člověku umožňuje pouze určitý typ operací. A lidé s nedostatečným pocitem vlastní hodnoty jsou obvykle „naprogramováni“ tak, že své vlastní spokojenosti stojí v cestě...

Autor čtenáři pomáhá nejprve sebedestruktivní vnitřní naprogramování rozpoznat. Vychází z poznatků a konceptů různých psychologických směrů a psychoterapeutických škol – psychoanalýzy, KBT, transakční analýzy, existenciální psychoterapie – a s jejich využitím následně ukazuje jak ze starých programů vystoupit a zaujmout nový postoj k sobě i k životu. Kniha je určena psychologům, psychoterapeutům, pracovníkům pomáhajících profesí i čtenářům se zájmem o populární psychologickou tematiku.

Erwin van Meekeren
**Život a nemoci
Vincenta van Gogha**
„Kámen v pohybu
neobrůstá mechem“



Rozsah:
197 stran
Cena: 250 Kč
ISBN: 978-80-
-7262-700-4
Vydavatel:
Galén

Autor prostřednictvím průzkumu a zhodnocení rozsáhlé van Goghovy korespondence analyzuje jeho osobnost a na základě toho nalézá přesvědčivé argumenty, že pravděpodobně trpěl hraniční poruchou osobnosti.

V publikaci osvětluje důležité faktory, které ve vzniku a rozvoji tohoto psychiatrického onemocnění sehrály roli. Popisuje Vincentův život, jeho osobnost, čas a okolnosti, v nichž žil, a shrnuje jeho psychiatrickou anamnézu.

PRÁVNÍ PORADNA

Jména pacientů na chodbě oddělení

Není v rozporu s ochranou citlivých osobních údajů, když na nástěnce na chodbě nemocničního oddělení (orientační tabule pro návštěvy) jsou zveřejněna jména a příjmení pacientů ležících na jednotlivých pokojích daného oddělení?



odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc

ho subjektu údajů. Subjekt údajů se přitom považuje za určený nebo určitelný, jestliže ho lze přímo či nepřímo identifikovat, zejména na základě čísla, kódu nebo jednoho či více prvků specifických pro jeho fyzickou či jinou identitu. Citlivým údajem se rozumí osobní údaj vypovídající o národnostním, rasovém nebo etnickém původu, politických postojích, členství v odborových organizacích, o náboženství a filozofickém přesvědčení, odsouzení za trestný čin, zdravotním stavu a sexuálním životě subjektu údajů a také genetický údaj subjek-

tu údajů. Citlivým údajem je také biometrický údaj, který umožňuje přímou identifikaci nebo autentizaci subjektu údajů.

Souhlas při vstupu do nemocnice

Provozovatel nemocnice jakožto správce osobních údajů pacientů může tyto údaje zpracovávat pouze se souhlasem subjektů údajů, tedy pacientů. V rámci tohoto souhlasu pacient musí být informován o tom, pro jaký účel zpracování a ke kterým osobním údajům je souhlas dáván, kterému správcovi a na jaké období. Je vysoce pravděpodobné, že pacienti přijímaní na lůžkové oddělení nemocnice při vstupu do nemocnice mimo jiné udělu-

jí souhlas se zpracováním svých osobních údajů. Na základě tohoto souhlasu je pak s osobními údaji pacientů nakládáno mimo jiného také formou uvedení jména a příjmení na informační tabuli pro návštěvy.

V případech, že by pacient či je-

ho blízcí měli pochybnosti, zda provozovatel nemocnice plní své povinnosti vyplývající pro správce osobních údajů ze zákona na ochranu osobních údajů, může se obrátit přímo na správce či na Úřad pro ochranu osobních údajů se žádostí o vyjádření.

Problematiku ochrany před neoprávněným zasahováním do soukromí, jakož i práva a povinnosti při zpracování osobních údajů upravuje zákon o ochraně osobních údajů. Tento zákon stanovuje, že osobním údajem se rozumí jakákoli informace týkající se určeného nebo určitelně-

jinou identitu. Citlivým údajem se rozumí osobní údaj vypovídající o národnostním, rasovém nebo etnickém původu, politických postojích, členství v odborových organizacích, o náboženství a filozofickém přesvědčení, odsouzení za trestný čin, zdravotním stavu a sexuálním životě subjektu údajů a také genetický údaj subjek-

Platba za nadstandardní pokoj a DPH

Má, či nemá být úhrada za nadstandardní pokoje v nemocnicích osvobozena od placení daně z přidané hodnoty?



odpovídá
Pavel Vítek
daňová a účetní
kancelář DATES

Úhrada za nadstandardní pokoj sice není zdravotní službou, tak jak ji vymezuje zá-

kon 372/2011 Sb., avšak zákon o DPH ve znění platném od 1. 4. 2012 vymezuje osvobození od DPH dle § 58 odst. 1 takto: „Zdravotní službou se pro účely tohoto zákona rozumí zdravotní služba podle zákona upravujícího zdravotní služby poskytovaná poskytovatelem zdravotních služeb uvede-

ná v oprávnění k poskytování zdravotních služeb, pokud se jedná o činnost s léčebným cílem nebo chránící lidské zdraví, a služba s ní úzce související.“

Za související služby se pak považují služby ubytovací, stravovací, ale i praní prádla a podobně, tj. služby, kte-

ré sice nejsou přímo zdravotní péčí, avšak s jejím poskytováním mají úzkou souvislost. Jelikož nikde není definováno, o které související služby se jedná, lze do osvobození zahrnout i službu spočívající v příplatku například za jednolůžkový pokoj, tj. v podstatě za ubytovací službu.

Okolnosti zákroku bez souhlasu pacienta

Může lékař při otevřené operaci výkon rozšířit a provést také další zákrok, ke kterému nemá od pacienta souhlas?



odpovídá
Mgr. Kateřina Pecová

Podle ustanovení § 38 odst. 3 zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, lze pacientovi bez jeho souhlasu poskytnout pouze neodkladnou péči, a to v případě, kdy zdravotní stav neumožňuje pacientovi tento souhlas vyslovit (tím nesmí být dotčeno již dříve vyslovené přání pacienta), nebo v případě léčby vážné duševní poruchy, pokud by v důsledku jejího neléčení

došlo se vši pravděpodobností k vážnému poškození zdraví pacienta. Z toho vyplývá, že lékař může při otevřené operaci výkon rozšířit a provést další zákrok, ke kterému nemá od pacienta souhlas, pokud je na základě nových skutečností nutné zákrok provést pro záchranu života nebo zdraví pacienta. Dříve vyslovené přání pacienta je institut, kdy pacient může pro případ, že by se dostal do takového zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím

zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí, tento souhlas nebo nesouhlas předem vyslovit. Poskytovatel zdravotních služeb je povinen brát zřetel na dříve vyslovené přání pacienta, má-li ho k dispozici, a to za podmínky, že v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslovené přání vztahuje, a pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas.

Dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu a musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta. Jeho součástí musí být i písemné poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí.

Ilustraci foto: Shutterstock



Očkování proti TBC – odmítnutí rodiči a obrana lékařů

Pokud rodiče odmítnou dát očkovat proti TBC dítě s negativním tuberkulinovým testem, co můžeme jako lékaři dělat?



odpovídá
Mgr. Petra Maryšková

V roce 2010 došlo k zásadní změně vyhlášky č. 537/2006 Sb., o očkování proti infekčním nemocem, jež nově stanovuje povinnost očkovat dítě proti TBC pouze tehdy, pokud dítě splňuje jedno z následujících kritérií, která lékař

zjistí na základě dotazníku vyplněného zákonným zástupcem dítěte. Povinnost nechat očkovat dítě proti TBC vzniká, jestliže:

- jeden nebo oba rodiče dítěte, jeho sourozenec, případně člen domácnosti, v níž dítě žije, měl či má aktivní tuberkulózu;

- dítě, jeden nebo oba rodiče, sourozenec, případně člen domácnosti, v níž dítě žije, se narodil

nebo souvisle déle než tři měsíce pobývá či pobýval ve státi s výskytem tuberkulózy vyšší než 40 případů na 100 000 obyvatel;

- dítě bylo v kontaktu s nemocným s tuberkulózou.

Zásada individuálního přístupu

Pro úplnost odpovědi na položený dotaz si dovolím podotknout, že i v případech, kdy je očkování proti TBC stále povinné, jej nelze provést bez souhlasu zákonného zástup-

ce dítěte. Tato skutečnost vyplývá i z názoru veřejného ochránce práv (jedná se o zásadu individuálního přístupu k rodičům). Fakticky lze takové jednání zákonného zástupce klasifikovat pouze jako přešůpek na úseku zdravotnictví, konkrétně jde o nesplnění povinnosti stanovené nebo uložené k předcházení vzniku a šíření infekčních onemocnění dle § 29 odst. 1 písmene f) zákona č. 200/1990 Sb., o přestupcích, v účinném znění. Za tento přešůpek může krajská hygienická stanice uložit každému ze zákonných

zástupců dítěte (ve většině případů oběma rodičům) pouze pokutu až do výše 10 000 Kč.

Je také možné toto nesplnění povinnosti nahlásit orgánu sociálněprávní ochrany dětí, který v odůvodněných případech (např. ochrana zdraví dítěte, veřejný zájem) může zákonného zástupce dítěte vyzvat ke splnění očkovačské povinnosti, a v krajních případech může dokonce navrhnout omezení či zbavení rodičovské zodpovědnosti pro zanedbání rodičovských povinností v péči o zdraví dítěte.

Zajímavé www stránky

– spinální arteriovenózní malformace

Spinální vaskulární malformace patří mezi vzácná onemocnění, jejichž diagnostika je i v dnešní době relativně komplikovaná, i s ohledem na velké spektrum klinických příznaků. V diagnostice dnes mají hlavní roli magnetická rezonance a digitální subtrakční angiografie. Níže uvedené přehled článků mapuje problematiku spinálních AV malformací z různých úhlů pohledu.

Vascular malformation of spinal cord

<http://emedicine.medscape.com/article/248456-overview>

Článek publikovaný v internetové databázi Medscape s kompletním a utříděným přehledem problematiky vaskulárních malformací páteře. Text informuje o základních parametrech onemocnění a je doplněn několika obrázky z magnetické rezonance, což je jedno z vyšetření, které se k diagnostice spinálních AV malformací běžně používá. Podrobně

Neurolog Rev
DOI 10.1007/s10143-009-0204-6

REVIEW

Endovascular management of spinal vascular malformations

Time Krings · Armin K. Thron ·
Sasikhan Gelbrasser · Ronit Agid · Franz J. Hans ·
Pierre L. Lasjaunias · Marcus H. T. Reings

Received: 16 November 2008 / Revised: 15 February 2009 / Accepted: 20 March 2009
© Springer-Verlag 2009

Abstract Spinal vascular malformations are rare diseases with a wide variety of neurological presentations. In this article, arteriovenous malformations (both from the fistulous and glomerular type) and spinal dural arteriovenous fistulae are described and an overview about their imaging features on magnetic resonance imaging (MRI) and digital subtraction angiography is given. Clinical differential diagnoses, the neurological symptomatology and the potential therapeutic approaches of these diseases which vary depending on the underlying pathology are given. Although MRI constitutes the diagnostic modality of first choice in suspected spinal vascular malformation, a definite diagnosis of the disease and therefore the choice of suited therapeutic approach rests on selective spinal angiography. Treatment in symptomatic patients offers an improvement in the prognosis. In most spinal vascular malformations, the endovascular approach is the method of first choice; in selected cases, a combined or surgical therapy may be considered.

jsou rozebrány možnosti terapie – farmakologické a intervenční.

Endovascular management of spinal vascular malformations

<http://campus.neurochirurgie.fr/IMG/pdf/JJM3.pdf>

Na internetu volně dostupný odborný text kolektivně autorů z Ka-

nady, Německa a Francie, který byl publikován v roce 2009 v Neurosurgical Revue. Kromě základních informací o spinálních AV malformacích a nálezích při angiografických vyšetřeních se autoři věnují podrobnému popisu intervenčních terapeutických metod včetně přehledu jejich možných komplikací.

Spinal AVM info

<http://spinalavminfo.com>

Stránka poskytující základní přehled problematiky spinálních arteriovenózních malformací doplněný o několik názorných ilustrací. Kromě definice, etiologie či nástinu dělení AV malformací text obsahuje také doporučení pro životaschopnou pacientů s tímto onemocněním. Nejde o oficiální zdroj informací, ale většinou čerpají z doporučení odborných společností, zejména American Stroke Association a American Society of Neuroradiology. Autorem je pacient se spinální AV malformací.

*** AVM Info**

Spinal AVM information AVM (Arteriovenous Malformation) Dural Fistula Info - AVM Support, Stories, Links and general information.

Navigation

- What is an AVM?
- What is a Spinal AVM?
- What is a Dural Fistula?
- What are the symptoms?
- What areas of AVMs exist?
- What do AVMs do?
- What causes an AVM to bleed?
- What are the signs?
- What are the risks?
- How are AVMs diagnosed?
- What treatments are available?
- How do I get help?
- What are the latest research findings?
- What are the latest research findings?
- What are the latest research findings?

What is an AVM?

1) A congenital disorder (one present at birth) of blood vessels in the brain, brainstem, or spinal cord that is characterized by a complex, tangled web of abnormal arteries and veins connected by one or more fistulas (abnormal communications).

2) An abnormal communication between an artery and vein that may be present at birth or may result from injury or infection. Blood may flow directly from the artery to the vein, bypassing the small vessels where oxygen and tissue nutrients are exchanged. These unusual malformations are often found in the brain and spinal cord, but may occur anywhere in the body.

Normally, arteries carry blood containing oxygen from the heart to the brain, and veins carry blood with less oxygen away from the brain and back to the heart. When an arteriovenous malformation (AVM) occurs, a tangle of blood vessels directly diverts blood from the arteries to the veins.

Information about this site:
The contents of this site are not guaranteed to be 100% accurate and are not a cure.

Normal Capillary Bed vs **Arteriovenous Malformation**

NeuroAngio.org

<http://neuroangio.org/patient-information/patient-information-spinal-avm>

Internetový portál NeuroAngio obsahuje velké množství informací o možnostech angiografické diagnostiky onemocnění centrálního nervového systému a přehled terapeutických intervenčních metod. Uvedený link odkazuje na stránku s informacemi o angiografické diagnostice

se spinálních arteriovenózních malformací, které jsou určeny převážně pacientům a širší laické veřejnosti. Autoři textu seznamují čtenáře hlavně s etiologií choroby, patofyziologií a přehledem symptomů, možnostmi diagnostiky se zaměřením na angiografické techniky, spon-tánním průběhem onemocnění a terapeutickými modalitami.

MUDr. Michal Pelíšek

NEWS REFERENCE EDUCATION

Medscape Drugs, Diseases & Reference

Treatment strategies available on-the-go from your mobile device

Vascular Malformations of the Spinal Cord

Author: James S. Harrop, MD, Chief Editor: Allen H. Kraybill, MD, FRCPC

Overview | Background | History of the Procedure | Problem | Etiology | Pathophysiology | Presentation | Relevant Anatomy | Contraindications | Show All

Background

The spinal cord is composed of neuronal pathways, glial tissues, and intervertebral structures that enclose the spinal cord. Spinal cord vascular malformations (spinal and dural) represent a heterogeneous group of congenital disorders that affect the spinal cord parenchyma and/or dural venous sinuses. The group consists of spinal arteriovenous malformations (sAVMs), dural arteriovenous fistulas (dAVFs), spinal hemangiomas, cavernous angiomas, and aneurysms. The focus of this article is the most prevalent spinal vascular malformations, AVMs and AVFs.

Free Unlimited Access

Read any complete, tablet, or smartphone including our first mobile app for iPhone, Android, Blackberry, Palm & Kindle Fire!

neuroangio.org

neuroangio.org - patient information website

Credits & Disclaimer | Contact Us | NeuroAngio Topics | Spinal Brain Angio | Intra Spinal Angio | Neurointerventional Techniques

Home | Patient Information | Neurovascular Evolution | Arteriovenous Malformations | Venous Brain Angiography | Spinal Vascular Anomoly

Home | Patient Information | Patient Information Spinal AVM

Search NeuroAngio

This page is intended as a source of information for patients suspected of or having been diagnosed with a spinal arteriovenous malformation, or spinal AVM. Please remember to read the "Disclaimer" section - none of the information here is to be diagnosed or treated any disease. This is for general information purposes only.

Should you need more information, or if you are a patient wishing to make an appointment, you can write to us directly or call the office, both of which are listed in the "Contact Us" section. Our group of the UK's Largest Medical Centres is one of the premier neurovascular centres in the world.

Disclaimer

All AVM or arteriovenous malformation is an abnormal connection between arteries and veins through a disorganized tangle of small artery vessels called "fistula". Normally, blood flows in a predictable route from large to progressively smaller arteries to very small vessels called capillaries, where oxygen and nutrients are delivered and waste picked up, and then flows back to the venae cavae. Occasionally, a direct arterial-venous connection bypasses the capillaries and therefore oxygenated and waste blood flows directly from arteries to veins. One such direct shunt is an AVM. Any part of the body can have an AVM - brain AVMs, for example. They can also have an AVM which involves the spinal cord. When it only involves the spinal cord, the condition is appropriately called "Spinal AVM". The condition often appears to AVMs when associated or spread extending beyond the spinal cord. Some complex AVMs, affecting the skull and adjacent brain and soft tissues, are described in a separate section called "Spinal Vascular Lesions/AVM".

Etiquetas (desambiguar con AVMs) Brain

The reason AVMs form is mostly of patients is not clear. Some genetic markers have been studied, but our understanding of why or how they form is quite limited. The AVM itself is a genetic product of DNA, although in a very small form that is involved with several key neurovascular imaging techniques, such as MRI. It goes along with the patient, but does not cause any and without possibility of direct spread.

Pathophysiology (Desambiguar con AVMs) Brain

Because the vessels making up the AVM are abnormal in many ways, they are prone to bleeding. Bleeding can come from many places - from the arteries feeding the AVM, the veins itself, or the venous sinuses. AVMs have the potential to develop aneurysms and embolism of the vessels and areas of vessel narrowing or stenosis, both of which can lead to bleeding. The consequences of bleeding depend on



MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

číslo 11/2013

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: kluskova@mf.cz
Filip Kút Citores, DiS (on-line, Z domova)
tel. 225 276 176, e-mail: kut@mf.cz
Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, Farmabyznys, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mf.cz
Mgr. Martin Cermák (Představujeme)
tel. 225 276 436, e-mail: cermak@mf.cz
PhDr. Jana Jilková (Ze společnosti, rozhovory)
tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mf.cz
PaedDr. Jaroslava Sladká (Lékařské listy)
tel. 225 276 162, e-mail: sladka@mf.cz
MUDr. Andrea Skálová (Lékařské listy)
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz

Stálí spolupracovníci redakce

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

Editor/korektor
Mgr. Martin Cermák

Grafika a technická zpracování

Pavla Jilková
tel. 225 276 455, e-mail: jilkovap@mf.cz

Redakční rada Lékařských listů ZDN

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA
prof. MUDr. Jaroslav 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. Miroslav Kršiák, DrSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. MUDr. Zdeněk Malý, CSc.
prof. Ing. Rudolf Polešný, CSc.
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
prof. MUDr. Marek Trněný, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková

OBCHODNÍ ODDĚLENÍ

fax 225 276 444

group sales manager

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

personální inzerce

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



generální ředitel

Ing. David Hurta

kreativní ředitel

René Decastello

DTP

retuši Miroslav Pařík, Michal Šesták,
Zdeněk Němec, Libor Horyna, Milan Kubička,
Petr Novák, Jan Mach

ředitel divize

Medical Services

MUDr. Martin Hofman

art direktor

Petr Honzátko

MARKETING

ředitelka marketingu Jana Holková
brand manager Kristýna Dytrchová

DISTRIBUCE A VÝROBA

ředitelka distribuce a výroby

Soňa Starhová

manažerka předplatného Jana Horáková,

tel. 225 276 317, e-mail: horakovaj@mf.cz

výroba Monika Šnaidrová,

Renáta Cermáková, Michaela Mrázová

Vydává Mladá fronta a. s.,

sídlo: Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4

IC: 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@cpst.cz

www.mf.cz

Objednávky do zahraničí:

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

Objednávky SR:

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

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

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

Tisk EUROPRINT a. s.

Číslo dáno do tisku 30. 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

Výběrová řízení

Lékař/lékařka

ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA PARDUBICKÉHO KRAJE přijme do pracovního poměru lékaře/lékařku s odbornou nebo specializovanou způsobilostí (UM, ARO, chirurgie, interna, praktické lékařství, pediatrie).

Nabízíme:

- profesionální kolektiv,
- špičkové vybavení,
- nadstandardní finanční ohodnocení a další benefity,
- profesionální růst formou práce na akreditovaném pracovišti, zakončený atestací v oboru urgentní medicína.

Kontakt: tel.: 725 600 020,
e-mail: ciza@zzspak.cz,
www.zzspak.cz

ZDN A131008053

Lékař/lékařka

NH HOSPITAL, A. S., NEMOCNICE HOŘOVICE přijme ihned lékaře na pozici lékař onkologického stacionáře. Vhodné i pro absolventy, interní kmen vítán.

Bližší informace: tel.: 311 542 331.

A131008232

Lékař/lékařka

PŘELOUČSKÁ POLIKLINIKA, A. S., přijme praktického lékaře pro dospělé (možno i bez atestace, 2 roky praxe).

Nástup ihned.
Výhodné platové podmínky.

Bližší informace: e-mail:
info@prelouckapoliklinika.cz,
tel.: 777 900 901 (vedoucí lékař).

ZDN A131008244

Lékař/lékařka

HORNICKÁ POLIKLINIKA S. R. O. V OSTRAVĚ přijme do PP praktického lékaře pro děti a dorost a klinického logopeda.

Požadované vzdělání: VŠ v oboru.
Úvazek: do 1,00 LM.
Nástup možný ihned.

Informace: tel.: 597 454 353
(p. Vaňková).

A131008056

Lékař/lékařka

NZZ NA PRAZE 3 hledá:
■ lékaře se specializací do ambulance pro choroby plicní.

Úvazek 1,0;
možno i na částečný.
■ lékaře se specializací vnitřní lékařství na oddělení následné péče.
Úvazek 1,0;
možno i na částečný.

Kontakt:
MUDr. Miroslav Indruch,
tel.: 602 311 779.

A131008193

Lékař/lékařka

REHABILITAČNÍ STŘEDISKO LRS CHVALY přijme lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru FBLLR na částečný nebo plný úvazek.

Kontakt:
e-mail: chvaly@chvaly.cz,
tel.: 602 133 078.

A131008255

Sestra

FN MOTOL, COS Dospělí, přijme sestru pro perioperační péči, nutná nástupní praxe, specializace v oboru vítána. Nástup možný ihned.

Kontakt: e-mail:
Vladana.Rousalova@fnmotol.cz,
tel.: 224 438 405.

ZDN A131007846

Staniční sestra

DOMOV SENIORŮ V PRAZE 4 přijme registrovanou všeobecnou sestru na pracovní pozici staniční sestry (SZŠ, jednosměnný provoz).

Nástup možný ihned.
Nabízíme jistoty zavedené společnosti a motivační mzdový program.
Očekáváme samostatnost, spolehlivost a znalost práce na PC.

Kontakt:
e-mail: soukupova@jmsoc.cz,
gabriel@jmsoc.cz,
tel.: 724 603 319, 267 990 151.

ZDN A131008100

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 A131006904

Ostatní

Hledám práci

SESTRA S REGISTRACÍ hledá práci na klinice v Praze 1.
Kontakt: tel.: 739 885 219.

ZDN A131008050



PŘIJME

pro dětské oddělení – JIRP

LÉKAŘE

se specializovanou způsobilostí v oboru dětského lékařství, ev. ARO. Nabízíme nově postavené špičkově vybavené pracoviště, výhodné pracovní a mzdové podmínky.

Kontakt:
prim. MUDr. Vladislav Smrčka
tel.: 387 876 301
smrcka@nemcb.cz

Inzerce A131007701

Lékař pro práci ve farmaceutické firmě

Farmaceutická firma MUCOS Pharma CZ, s. r. o.

Náplň práce

- příprava edukačních a informačních materiálů pro lékaře, sestry i laiky
- přednášková a publikační činnost
- kontakt s lékaři v terénu
- práce na výzkumných projektech a klinických studiích
- vyhledávání a zpracování nových odborných informací
- koordinace prací při zabezpečování konferencí a seminářů

Požadujeme

- dobré organizační, vyjadřovací a komunikační schopnosti
- schopnost odborné komunikace s lékaři nejruznějších oborů
- schopnost orientace v aktuálních trendech v medicíně
- kreativitu, flexibilitu
- praxe v práci medicínského reprezentanta výhodou
- znalost angličtiny, ruština výhodou
- uživatelskou znalost práce na PC, RP sk. B

Nabízíme

- dobré pracovní a platové podmínky
- služební auto i k soukromým účelům, mobilní telefon
- možnost dalšího vzdělávání

Kontaktní osoba:
b.cermakova@mucos.cz

Inzerce A131008144

Jste obchodník tělem i duší, umíte zjistit potřeby největších zákazníků?

Chcete trávit čas se zákazníky místo sezení v kanceláři?
Nechcete se zdržovat administrativou, vyhledáváním kontaktů,
přípravou nabídek, organizováním a domlouváním schůzek?
K tomu máte u nás tým pod vedením Vaší obchodní koordinátorky

Vyhlašujeme výběrové řízení na pozici

VIP SALES MANAGER

pro prodej mediálních projektů a kombinovaných produktů

Zkušenosti ve zdravotnickém a mediálním prostředí výhodou. Místo pracoviště Praha.
V případě zájmu o účast ve výběrovém řízení pošlete životopis na bauer@mf.cz

MEDICAL SERVICES

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR



Předplatte si MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

a získejte zdarma knihu Nejsem si jist ani rokem 2012



knih **Nejsem si jist ani rokem 2012**

Texty Milana Nováka spojují umění hutné analýzy i bryskní glosy, často okořeněné trefným sarkasmem, a k tomu schopnost zasadit fakta a události v českém zdravotnictví i politice do širšího kontextu – společenského, dějinného, zahraničního. Kniha zahrnuje nejen autorovy komentáře za rok 2012, publikované ve Zdravotnických novinách, ale i řadu „historických prostřihů“ za 11 let jeho publicistické aktivity, které ilustrují nadčasovost některých témat a neměnnost problémů i slepých uliček při jejich řešení.

Kompletní nabídka knih na knihka.cz

**Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 30. 6. 2013.
Předplatné na rok pouze za 590 Kč**



Předplatte 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 0613**. 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 0613**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.



Pošlete SMS na číslo 900 09 06

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

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

Mladá fronta a. s.
divize Medical Services

Váš
profesionální
partner

Každý lékař v ČR
čte minimálně jeden
z titulů Mladé fronty,
Medical Services

MEDICAL
SERVICES

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR