

# ZDRAVOTNICTVÍ MEDICÍNA



12/2014

ČTRNÁCTIDENÍK PRO ODBORNÍKY  
VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

Toto číslo vyšlo 16. 6. 2014



## TÉMA ČÍSLA

Podpora porodních asistentek se vyplácí  
Z pražského kongresu Mezinárodní konfederace porodních asistentek **STRANA 16**



## PŘEDSTAVUJEME

doc. MUDr. Milana Macka sr., CSc., průkopníka oboru lékařské genetiky a prenatální genetické diagnostiky u nás **STRANA 30**



## SERIÁL

Kvalita a bezpečí v nemocnici – 1. část  
správná identifikace pacientů, účinná komunikace, předcházení chybám **STRANA 24**

## Podpis meziresortní dohody **podpoří český zdravotnický export**

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček a náměstek ministra průmyslu a obchodu (MPO) Jiří Havlíček podepsali v úterý 10. června 2014 dohodu o úzké spolupráci. Cílem je větší podpora exportu českých výrobců zdravotnických výrobků a zdravotních služeb na zahraničních trzích.

Společným zájmem obou ministerstev je jednak pomoc pacientské turistice ze zahraničí, a to intenzivnější propagací české zdravotnické infrastruktury a poskytované lůžkové i lázeňské léčebně rehabilitační péče. Společný postup zmíněných resortů by měl zároveň podpořit také české vývoze v oblasti zdravotnictví. „Prioritou vlády a také ministerstva zdravotnictví je podpora exportu. V oblasti zdravotnictví je v České republice plejádá kvalitních firem, které se budeme snažit ve spolupráci s ministerstvem průmyslu a obchodu podpořit,“ uvedl při podpisu smlouvy ministr Němeček.

„Dohodu chápeme jako otevření dveří k další spolupráci ve prospěch českých firem a prosazování českých výrobků, služeb a českého know-how na mezinárodním trhu,“ dodal náměstek MPO Havlíček. Konkrétní výsledky by podle něj měla přinést oficiální účast českých zdravotnických firem například na veletrzích Arab Care v Dubaji nebo Health Care v Ho Či Minově Městě. Dalším pozitivem by mělo být udržení výrobních kapacit českých firem, jež zdravotnické prostředky, materiál či techniku produkují.

### Generika z Číny

Ministr zdravotnictví zmínil tři

geografické oblasti, kde se českým firmám nabízí obchodní prostor. „Na Světovém zdravotnickém shromáždění v Ženevě jsem se setkal s několika ministry zdravotnictví zemí arabského světa, například Saúdské Arábie, a z jejich strany vyplynul o české zdravotnické firmy zájem. Další oblastí je Společenství nezávislých států, například Kazachstán, a třetím regionem jsou země Dálného východu, jimž dominuje Čína,“ podotkl ministr s tím, že právě do Číny odjíždí na zahraniční misi, kam ho doprovodí zástupci významných českých exportních firem.

(pokračování na straně 2)



**PharmDr. Zdeněk Blahuta:**  
Zkrácenými revizemi  
**SÚKL** během tří měsíců  
uspořil miliardu korun.

(více viz str. 2)

Foto: archiv SÚKL

Inzerce M141000685

25LET



www.promedcs.eu



PRO.MED.CS  
Praha a.s.

ČESKÁ NEZÁVISLÁ FARMACEUTICKÁ SPOLEČNOST  
VLASTNÍ VÝZKUM A VÝVOJ  
ŠIROKÉ PORTFOLIO  
OVĚŘENÉ, ÚČINNÉ A BEZPEČNÉ PŘÍPRAVKY  
VÝVOZ DO 25 ZEMÍ SVĚTA



# Podpis meziresortní dohody podpoří český zdravotnický export

(pokračování ze str. 1)

Součástí cesty bude otevření největší české investice do zdravotnictví – laboratorního komplexu firmy Sotio, která i v Česku vyvíjí léky proti rakovině. Zástupci fakultních nemocnic (VFN v Praze, FN Motol, FN Hradec Králové, FN Ostrava) a Nemocnice České Budějovice budou opět navazovat kontakty s čínskými zařízeními. Jak také ministr naší redakci potvrdil, chce spolu se zaměstnanci SÚKL jednat s čínskou stranou o možnosti exportu čín-

ských generik na český trh. „Čína je významný producent generik. Pro český trh budeme trvat na kvalitě a bezpečí. Ale jsme samozřejmě připraveni jednat o omezení administrativních nadbytečných bariér,“ uvedl Svatopluk Němeček.

## Ochrana kvality léků je na místě

Na kvalitu a bezpečnost léků upozorňují prostřednictvím „Dne boje proti padělání léků“ také sami výrobci. Před farmaceutickou kriminalitou, zejména u léků na-

koupených přes internet u anonymních obchodníků, varuje například firma Sanofi. „Každý druhý lék zakoupený přes internet u anonymních obchodníků je padělaný a pacienti jejich užíváním vážně ohrožují své zdraví i životy. U léků není padělání jen etickým či finančním problémem. V první řadě jde o zdravotí, aby veřejnost měla přístup k značkovým lékům a zároveň věděla, jaká rizika představuje nákup levných náhražek,“ vysvětlil ředitel komunikace společnos-

ti Sanofi a Zentiva Libor Kytýr. Padělaných léků je přitom na světových trzích velké množství. „Za posledních pár let se léčiva dostala do nezavidělného čela mezi padělanými produkty. Předčila všechny ostatní skupiny výrobků včetně například cigaret,“ varuje Libor Kytýr. Podle Světové zdravotnické organizace je padělaný každý druhý lék zakoupený přes internet u anonymních obchodníků. Přitom se nejedná o pouhé upravené logo na krabici, ale téměř třetina padělků vůbec neobsahuje

účinnou látku. Většina padělaných léků má původ v Asii, nejvíce jich produkuje Indie a Čína. Společnost Sanofi shromažďuje všechny podezřelé léky ve vlastní laboratoři ve francouzském Tours. Jde o moderní specializované pracoviště, které ročně obdrží na 4 tisíce podezřelých vzorků a jen v loňském roce díky těmto analýzám odhalila na 220 případů padělání. Sanofi rovněž neustále zvyšuje požadavky na ochranu svých léků. Některá opatření jsou velmi jednoduchá, jiná technologicky velice náročná. „V první řadě je třeba ochránit balení léku tak, aby případný podvodník nemohl krabici otevřít a vložit do ní padělek,“ uzavírá Libor Kytýr.

Petra Klusáková

# Úspory v lékové politice dosáhly jedné miliardy

Ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček pochválil SÚKL za zvýšení efektivity při revizi cen. Lékový úřad za poslední tři měsíce (od března do května 2014) provedl ve lhůtě do 50 dnů sedm tzv. zkrácených revizí, jež systému uspořily miliardu. Pět revizí iniciovala Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP).

Resort chce z prostředků hradit zvláště náročnou, například biologickou léčbu. „Před třemi měsíci, kdy jsem byl jmenován do funkce, jsem dostal tři úkoly: zprůhlednění finančních toků, forenzní audit hospodaření ústavu a dosažení úspor veřejných prostředků revizní činností. Vedle periodických revizí, které probíhají jednou za tři roky napříč všemi referenčními skupinami, jsme se spolu s VZP pro příští období dohodli na strategii zkrácených revizí,“ uvedl ředitel SÚKL Zdeněk Blahuta.

Zvýšenou rychlost si kromě ministerstva pochvaluje také VZP. „SÚKL nyní ukončuje správní řízení, na nichž je VZP přímo závislá v tom, aby mohla v některých skupinách léčiv šetřit, a to v zákonné lhůtě. Pro VZP bude těchto pět revizí v ročním horizontu znamenat 600 milionů korun,“ uvedl náměstek VZP Petr Honěk a dodal, že revizní aktivity pojišťovna kombinuje s vlastním systémem pozitivních listů, které zaručují léky bez doplatku. „Prostředky budeme realokovat například do centrové péče, kde

se náklady na pacienta pohybují v řádu statisíců až milionů,“ doplnil náměstek Honěk. Ministr Němeček předpokládá, že se do konce roku povede SÚKL úsporu prostřednictvím dalších revizí zdvojnásobit. Podmínkou ale je, že nesmí být ohrožena dostupnost plně hrazených léčivých přípravků.

## Výpadky léků

Jak sám ministr upozornil, úspora veřejných prostředků není dobrou zprávou pro výrobce léků. „Nečekám, že se farmaceutické společnosti radují, jde o miliardovou úsporu, která se týká jejich zisků,“ uvedl Svatopluk Němeček. Farmafirmy si dlouhodobě stěžují na velmi nízké ceny léků, jež některé z nich odrazují od působení na českém trhu. Dochází pak k výpadkům léků, které výrobci z trhu kvůli nízké ceně stahují. Jak se český systém s výpadkem vyrovnává, ukazuje například několikrátý výpadek pendeponu. Dle informací SÚKL společnost Biotika ze Slovenské republiky oznámila k 1. 6. 2012 přerušeni dodávek přípravku na český trh.

„Důvodem přerušeni byl dle sdělení držitele rozhodnutí o registraci problém při výrobě tohoto přípravku. V současné době tedy z jeho strany nejsou zajištěny dodávky tohoto léčivého přípravku na český trh,“ uvedla mluvčí SÚKL Lucie Šustková. Zda byl „problém při výrobě“ ekonomického, nebo technického charakteru, se naší redakci nepodařilo zjistit. Pacienti indikovaní k léčbě pendeponem se ale již dva roky setkávají s tím, že zdravotnická zařízení pro ně tento přípravek nemají, případně je lékaři nabádají, aby si doješli vyzvednout lék na Slovensko či do Německa. Jde o možnost tzv. mimořádného (individuálního) dovozu, který je ze zákona možný.

Jak mluvčí Šustková dodala, kvůli výpadku pendeponu byl stanoven specifický léčebný program pro přípravek retarpen – pencilinové antibiotikum rovněž s depotním účinkem. K pendeponové léčbě indikovaná pacientka, jejíž totožnost redakce zná, ovšem možnost léčby retarpenem nedostala a běžnou nemocniční praxi popisuje jinak: „Lékařka



Svatopluk Němeček a Zdeněk Blahuta. | Foto: MZ ČR

se mě dotázala, zda mohu pendepon vyzvednout v zahraničí; takovou možnost jsem neměla, takže mě poslala domů. Jiný lék mi neaplikovala a uvedla, že jej zkusí sehnat na oddělení na jiného pacienta.“

## Reexportní opatření

Další komplikací velmi nízkých cen léků je reexport. Ředitel Blahuta uvedl, že zástupci SÚKL a MZ se na nedávném jednání o problematice reexportu dohodli na změnách zákona o léčivech, jehož novelizace se chystá na podzim letošního roku v souvislosti s novým přístupem k elektronické preskripci.

„Opatření ohledně reexportu musí být adresné, nemělo by zatěžovat české subjekty, které se distribucí léčiv zabývají, a mělo by být v souladu s evropskou legislativou. Provedeme drobnou změnu zákona, abychom od regulovaných subjektů získali reálné údaje o spotřebě, skladových zásobách a skladových pohybech léčiv. Pro reexportem ohrožené přípravky vznikne na SÚKL systém hodnotících kritérií. Ministerstvo pak pravděpodobně prostřednictvím opatření obecné povahy rozhodne o případném omezení reexportu na definovanou dobu. Po nabytí platnosti technické novely zákona by tento postup mohl platit od počátku roku 2015,“ vysvětlil Zdeněk Blahuta.

Svůj boj s reexportem svádějí také sami výrobci léků, jejichž cena je stlačena na minimum. „Mohu potvrdit, že někteří naši členové zvažují model *direct to pharmacy*, kdy si výrobce rozšíří své podnikání o distributorství a dodává své přípravky do lékáren sám. Dodá jich přesně tolik, kolik lékárna vydá, a na reexport už přípravek nezbude,“ uvedla pro naši redakci mluvčí Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) Markéta Kolanová.

Petra Klusáková

# ZP MV má pro praktické lékaře nástroj pro bezpečnější preskripci

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra (ZPMV) ve spolupráci se softwarovou společností zaměřenou na oblast zdravotnictví připravila praktickým lékařům elektronický přehled o všech užívaných lécích u konkrétního pacienta.



ilustrační foto: Shutterstock

lu s preskripcí lékaře propojeny s modulem automatické kontroly lékových interakcí, který je v rámci projektu k dispozici bezplatně. Při předepisování léku je tak lékař okamžitě upozorněn na potenciální nežádoucí lékové interakce,“ zdůraznil generální ředitel ZPMV Jaromír Gajdáček.

## Automatický hlídač interakcí

V rámci informačního systému tak lze porovnat léky předepsané a ty, které byly pacientům vydány v lékárně.

Data z portálu zdravotní pojišťovny je možné automatizovaně získat a uložit přímo do informač-

ního systému v ordinaci nebo ambulanci a následně i jednoduše zařadit do zdravotní dokumentace pacienta. „Naše řešení automaticky provádí vyhodnocení a vyznačí léky skutečně vyzvednuté, nevyzvednuté, nahrazené substitucí nebo jiným balením a předepsané v jiném zdravotnickém zařízení,“ řekl o projektu ředitel softwarové společnosti Vladimír Příkryl.

Jakýkoli předpis, který lékař pacientovi vystaví, se dále v informačním systému porovnává s léky, které mu již dříve předepsal nebo které pacient užívá chronicky, a rovněž s kompletní lékovou historií pacienta a upozorní léka-

ře na možné nežádoucí interakce a duplicitní či obdobné léky. Zároveň u klientů této pojišťovny umožňuje kontrolu lékových interakcí. „Léková historie pojištěnců ZPMV ČR“ je dostupná všem praktickým lékařům, kteří pro komunikaci s pojišťovnou využívají internet.

## Kombinace ohrožují desetitisíce pacientů

Vzájemné, zdraví poškozující nebo i život ohrožující působení léků může nastat již v kombinaci čtyř léčivých látek. Násobí se účinnost druhého léku, mohou se zvyšovat nežádoucí vedlejší účinky. Riziko stoupá s každým

dalším užívaným lékem a při terapii 8 léky současně je závažná interakce takřka jistá. „Nebezpečných osm druhů různých léků užívalo v průběhu roku 2012 téměř 37 tisíc našich klientů. Přes 2300 klientů si v roce 2012 vyzvedlo z lékárny celkem 20 druhů léků, 24 klientů si jich vyzvedlo 40 druhů. A máme i jednotlivce, kteří měli předloni předepsáno 60 a více různých druhů léčiv,“ seznámil s výsledky analýzy preskripce ředitel Gajdáček.

Mluvčí pojišťovny Hana Kadečková upozornila na rizikové souběhy účinnosti léků na příkladu antikoagulancií či antibiotik. „Pokud pacient bere lék na ředění krve a k tomu si vezme přípravek, jehož vedlejším účinkem je také ředění krve, pak se efekt znásobí a pacient může i vykrváct. Je třeba dát pozor také na kombinace antibiotik a léků na snížení cholesterolu. Rovněž při kombinaci analgetik bychom měli být velmi obezřetní, protože tyto léky nesmírně zatěžují játra,“ dodala mluvčí. (klu)

Inzerce M141000515

# Prevence s OZP – bezpečná cesta ke zdraví

**Samozřejmý přístup k prevenci je základním stavebním kamenem zdraví každého člověka a zdravotní pojišťovna by mu k tomu měla umět vytvořit vhodné podmínky. My v oborové zdravotní pojišťovně to umíme, protože to děláme už téměř 15 let a jsme v tom vážně nejlepší.**

V čem je smysl zdravotní pojišťovny? Podle nás by měla správná zdravotní pojišťovna především umět podporovat preventivní aktivity svých klientů. V OZP se touto myšlenkou dlouhodobě řídíme a vidíme díky tomu i skutečný přínos našeho počínání. Vždyť řadu preventivních programů zaměřených na screening civilizačních chorob provádíme již od začátku tohoto století. Díky tomu můžeme spolehlivě říci, že víme, co je pro naše klienty nejlepší. To není reklamní slogan. To je fakt a my to můžeme dokázat.

## Nejširší nabídka prevence v ČR

Dlouhodobě nabízíme našim nejmenším, ale i nestarším klientům desítku nadstandardních preventivních programů zaměřených na civilizační nemoci, a to se zájemem specialistů po celé republice. Prakticky každý klient bez rozdílu věku a pohlaví, který má zájem prověřit, či dokonce zlepšit svoje zdraví, může tyto služby díky nám využít. Týká se to jak srdečních chorob, tak

**OZP** OBOROVÁ ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA ZAMĚSTNANCŮ BANK, POJIŠŤOVEN A STAVEBNICTVÍ

celé řady nádorových onemocnění, atopických ekzémů, astmatu, nemocí pohybového či zažívacího aparátu.

Letitá zkušenost nás poučila, že u mnoha vyšetřených klientů OZP jsme díky systematické prevenci zachytili potenciálně nebezpečné onemocnění a klientům jsme také okamžitě zajistili následně lékařské řešení. A co je potěšitelné – například každý druhý kuřák z našeho programu STOP KOUŘENÍ se ze své nemoci závislosti na tabáku úspěšně vyléčil.

## Vysoká kvalita – zdarma

Síť lékařů, se kterými spolupracujeme na preventivních programech, vybíráme pečlivě s ohledem na vysoké požadavky na kvalitu těchto programů. Tato kvalita se projevuje jak v nadstan-

dárním přístrojovém vybavení (podporujeme např. screening rakoviny kůže prostřednictvím digitálního dermatoskopu), tak i ve výstupech (např. lékařských zprávách), které mohou naši klienti obdržet.

Všechny screeningové programy na civilizační nemoci jsou našim klientům poskytovány zcela zdarma. Klienti absolvují vyšetření a my toto vyšetření následně lékařům uhradíme. Částky za jednotlivce se pohybují okolo 1000 Kč, v ojedinělých případech dosahují dokonce až 6000 Kč.

## Komfortní servis jako samozřejmost

Víme, že i nejlepší vůle a odhodlání být zodpovědný ke svému zdraví může zkrachovat na takových detailech, jako je obsazená telefonní linka či plná čekárna doktorky, ke které se chcete objednat. Proto klientům nabízíme nejen spolehlivé kontakty na všechny smluvní doktory, které najdou na našich internetových stránkách, ale také jednu linku Asistenční služby OZP, která může starosti s objednááním vyřešit za vás. Stačí zavolat či napsat a my se vám ozveme s termínem, kdy se máte dostavit na zvolené vyšetření. Pro nás je to samozřejmost, pro vás je to nedocenitelný komfort, který od nás máte zdarma jako bonus.

Ve všech těchto aktivitách chceme a budeme pokračovat i v následujících letech, protože si myslíme, že to má svůj smysl. Důležitost našeho počínání podpořilo také Ministerstvo zdravotnictví ČR, které nás vyzvalo ke spolupráci na zvaní klientů na vyšetření včasného zachytu rakoviny prsu či rakoviny tlustého střeva a konečníku. Jen pro představu: za posledních 5 let jsme jen za screening těchto nemocí uhradili prevenci více než za 220 000 našich klientů!

# Odbory žádají více peněz, chtějí 5% nárůst

Odborový svaz zdravotnictví a sociální péče ČR (OSZSP) požaduje pro následující rok růst platů o 5 procent. O navýšení svaz jedná s ministrem zdravotnictví Svatoplukem Němečkem (ČSSD), který považuje požadavek odborů za reálný. Růst platů by měl být plošný a výraznějším zejména v lůžkování a sociálních službách.

Zatímco ve státní správě by platy měly růst o 3,5 %, pracovníci ve zdravotnictví a sociálních službách by si měli polepsit minimálně o 5 %. Alespoň takto zní požadavek OSZSP, který opakovaně upozorňuje na finanční i personální problémy ve zdravotnictví. Podle předsedkyně OSZSP Dagmar Žitníkové zdravotnictví přišlo v uplynulém období o 30 miliard korun. „Peníze, které byly ze zdravotnictví vyvedeny, jednoznačně chybí. Nemocnice šetří na personálu, šetří na lécích, šetří všude,“ uvedla předsedkyně Žitníková.

V důsledku úspor prý na pracovištích chybějí zaměstnanci, což se podle ní odráží i v kvalitě poskytované péče. Ještě horší situace je prý v lůžkování a sociálních

službách. OSZSP proto pracovníkům v těchto odvětvích doporučila, aby se pokusili vyjednat se svými zaměstnavateli ještě lepší platové podmínky – v lůžkování až 10 % a v sociálních službách 6,5 %.

## Ministr chce být vstřícný

Podle ministra zdravotnictví Svatopluka Němečka je situace, tak jak ji nastiňují odbory, odpovídající. „Je skutečnost, že v období minulých vlád bylo zdravotnictví připraveno zhruba o tři desítky miliard a samozřejmě se to podepsalo na finančním zdraví nemocnic i na tom, kolik si mohou dovolit vynakládat na zdravotnický personál,“ potvrdil ministr Němeček v rozhovoru pro ČRo. Peníze by se do zdravotnictví a ke zdravotníkům měly vracet po-

stupně jak skrze státní pokladnu, tak i nalézáním vnitřních úspor. Druhá varianta však bude zřejmě schůdnější, neboť rozpočet je podle Svatopluka Němečka napjatý a taktak se podařilo vyjednat prostředky na kompenzaci zrušených poplatků za hospitalizaci.

„Žiji v reálném světě, chápu, že to nepůjde vyřešit ze dne na den, že možnosti státního rozpočtu jsou velmi napjaté. Jsem velmi rád, že se podařilo vybojovat plnou kompenzaci zrušených zdravotnických poplatků, protože kdyby k tomu nedošlo, byl by to další citelný zásah do hospodaření nemocnic. Je jasné, že to nevyřeší chybějících 30 miliard. Budu se však i nadále snažit bojovat za finance pro zdravotnictví jednak z hlediska vnějšího pro-

středí, ale také zprůhledněním zdravotnictví a hledáním úspor uvnitř. Nicméně 30 miliard tam prostě nenajdeme,“ předeslal Svatopluk Němeček.

## První krok – personální vyhláška

Podle Dagmar Žitníkové jsou si odbory vědomy, že možnosti ministra zdravotnictví, potažmo vlády a státní pokladny, jsou omezené. „Potřebujeme se s panem ministrem a vládou dohodnout na tom, jakými postupnými kroky se situace bude řešit,“ navrhla předsedkyně OSZSP a oceňovala, že vláda si zdravotnický stanovila jako jednu z priorit. Jedním z prvních kroků by podle ní měla být úprava stávající personální vyhlášky, která od sa-

mého počátku své platnosti čelí kritice odborových uskupení ve zdravotnictví i České lékařské komory. Personální vyhláška se v době před volbami nelíbila ani v současnosti vládní ČSSD.

„Chceme se s panem ministrem dohodnout na úpravě personální vyhlášky, aby se začal do nemocnic znovu nabírat nutný počet personálu. Chceme se dohodnout alespoň pro příští rok na nějakém základním zvýšení platů, protože ve zdravotnictví meziročně klesly. A pro sociální služby chceme zvýšit platy, které se nezvyšovaly několik let,“ vyjádřila své „minimum“ předsedkyně Žitníková. Ministr zdravotnictví v návaznosti na tento požadavek odborů rozhodl o ustavení pracovní skupiny, která by se měla zabývat úpravou personální vyhlášky. „Jsme domluveni i na tom, že zhruba v srpnu, kdy už bude jasný dopad kompenzace poplatků na nemocnice a jejich hospodaření, se začneme bavit o tom, jaký reálný růst platů můžeme pro zdravotnictví pro příští rok nastavit,“ slíbil ministr Němeček s tím, že očekává nárůst řádově v jednotkách procent. „Byl bych rád, kdyby to bylo o něco výše, než je plánováno pro celou státní správu,“ uzavřel.

Filip Kůt Citores

# ANO otevírá debatu o znovuzavedení hospitalizačního poplatku

Ministr financí Andrej Babiš (ANO) považuje odstoupení od poplatku za hospitalizaci za chybu a chce v rámci koalice navrhnout jeho obnovení. S tím ale nesouhlasí premiér Bohuslav Sobotka (ČSSD), podle kterého není důvod revidovat zdravotnickou kapitolu koaliční smlouvy.

Vládní strany se při vyjednávání koaliční smlouvy dohodly, že nebudou obnovovat poplatek za den v nemocnici. Stokorunovou platbu ještě před nástupem nové vlády zrušil Ústavní soud pro její plošný dopad bez jakékoli diferenciace a časového omezení. Předseda Ústavního soudu Pavel Rychetský míní, že poplatek jako takový protiústavní není, a připouští, že po úpravě parametrů by se zákonodárci mohli k těmto platbám vrátit.

„Ústavní soud ve svém zrušovacím nálezu vyslovil, že plošné hrazení poplatků za hotelové služby při hospitalizaci v nemocnici není možné, když se vztahuje i na lidi na jednotce intenzivní péče, v umělém spánku, děti

či zdravotně postižené. Nikdy jsme ovšem neřekli, že poplatky jako takové jsou protiústavní,“ uvedl Pavel Rychetský pro Českou televizi.

## Špatné rozhodnutí?

Možnosti obnovení této platby by chtěl využít ministr financí Andrej Babiš, který by tak odlehčil státní kase při kompenzaci poplatků nemocnicím, jež má být nyní realizovaná skrze navýšení platby za státní pojištění.

Podle jeho názoru bylo chybou, že jeho strana souhlasila při vyjednávání koaliční smlouvy s tím, že se poplatek za hospitalizaci nebude znovu zavádět. ANO prý nemělo dostatek informací a nedokázalo tak nahléd-

nout všechny dopady tohoto bodu koaliční smlouvy. Pro obnovení hospitalizačního poplatku by tedy bylo třeba provést změnu v koaliční smlouvě.

Dle slov předsedy KDU-ČSL Pavla Bělobrádka by to bylo možné za předpokladu souhlasu všech koaličních partnerů.

Podle předsedy vlády a nejsilnější koaliční strany Bohuslava Sobotky by o změnu koaliční smlouvy musela některá ze stran požádat písemně. „Půdou pro takovou diskusi je koaliční rada, ale zatím jsem nezaznamenal, že by některá ze stran přišla s návrhem, abychom ji změnili,“ řekl premiér s tím, že o revizi koaliční smlouvy právě v této záležitosti ČSSD neuvažuje.

## ČSSD nemá zájem

I kdyby však oficiální návrh změny koaliční smlouvy od hnutí ANO vzešel, postoj ČSSD zatím vylučuje, že by jej Andrej Babiš v rámci koaliční rady prosadil. KDU-ČSL by se navrhované debatě nebránila – ostatně i ona odstoupení od tohoto poplatku již dříve kritizovala. Podle předsedy nejmenší koaliční strany Pavla Bělobrádka je však odpor ČSSD zjevný a zůstává tak otázkou, zda je v rámci koalice vůbec zájem o podobné změně jednat.

Klíčový tak zůstává postoj ČSSD, která rušení regulačních poplatků včetně neobnovení platby za den v nemocnici prosazovala při vyjednávání koaliční smlouvy. Bohuslav Sobotka prý nevidí dů-

vod ke změně již dohodnutých parametrů koaliční smlouvy. „Vláda musí pracovat, plnit svůj program a ne se hádat. Koaliční smlouva platí jako celek a ČSSD nevidí žádný důvod ji měnit nebo zpětně zpochybňovat. Myslím, že v civilizované společnosti platí zásada, že smlouvy by měly být respektovány,“ uvedl premiér v reakci na vystoupení Andreje Babiše v ČT s tím, že buď bude koaliční smlouva platit jako celek, nebo nebude platit vůbec.

„Opravdu jsem nevěděl, že koaliční smlouva je zákon. Nikdo přece dopředu netuší, co se tedy stane. Snažím se v rozpočtu hledat nějaké možnosti a myslím jsem si, že to bude téma,“ poznamenal Andrej Babiš, podle něhož lze dopady některých rozhodnutí vyhodnotit až s odstupem času. Diskusi o znovuzavedení poplatku za hospitalizaci a některých dalších změnách koaliční smlouvy však vicepremiér nadále nechce vést veřejně a měla by prý probíhat jen mezi koaličními partnery v rámci koaliční rady.

Filip Kůt Citores

# Když se rozdává, kdo by se nepřihlásil?

Dohoda mezi resorty zdravotnictví a sociálních věcí by znamenala více než jednorázový růst platů.

Vyjednávání o státním rozpočtu uvnitř vlády připomíná válečnou řež pokaždé. Ale tentokrát to je a bude ještě mnohem krvavější podivná. Důvod je prostý. Po několika letech více či méně rozumných úspor se nová vládní garnitura rozhodla takřikajíc „pustit chlupek“. Není divu, že v takové atmosféře se každý rád přihlásí o své. Není ovšem vůbec jasné, co s tím vláda bude dělat.

## Otevřená stavidla

Když přišla zpráva o vládním plánu zvýšit od příštího roku všem státním zaměstnancům platy o 3,5 %, jásal se jen krátce. Hned na tiskové konferenci po jednání vlády ministr vnitra Chovanec oznámil plán na zvýšení platů o zmíněné procento s tím, že o platech policistů a hasičů se ještě bude jednat, neboť by potřebo-

vali více. Vedle stojící ministr financí Babiš trochu překvapeně reagoval tím, že „musíme být rozumní“.

Jenže když se jednou otevrou stavidla, jde rozum stranou. Bylo jen otázkou času, kdy přijdou další požadavky. Za hasiče a policisty se postavili do fronty zdravotníci a zaměstnanci v sociálních službách. Když prý mohou všichni dostat 3,5 %, tak oni by rádi 10, 6,5 nebo alespoň 5. Není předem jasné, jak dopadnou, už proto je jejich jednání pochopitelné. Šance svým způsobem zvyšuje i to, že ministr financí, který se nyní tváří spíše zarputile, už předvedl tolik názorových veletočů, že jeho slovo má jen velmi relativní váhu. Tak proč to nezkusit.



Martin Čaban

## Emocionální stěna

Andrej Babiš se navíc postupně učí politickým kupeckým počtům a ví, že když se bude příliš hádat s lidmi, kteří v zařízeních sociálních služeb, lázních, domovech pro seniory, stacionářích či hospicích pečují o nemožnou a těžce nemocné, mnoho politických bodů mu to nepřinese. Takže šance vlastně nejsou malé a emoce veřejnosti budou stát na straně ošetřovatelů, protože na rozdíl od lékařského stavu není nejménší pochyb o tom, že jejich náročná a užitečná práce je hodnocena prachbídně.

Pokud by ovšem touto emocionální stěnou pronikly argumenty racionální, ekonomické, musejí

zástupci zmíněných bohubilých profesí splakat nad výdělkem. Ekonomická realita je taková, že vláda nemá peníze ani na to zvažované plošné zvýšení o 3,5 %. Do rozpočtu jej sice napsat může, neumí jej ovšem zaplatit jinak než dluhem. Andrej Babiš snad už musí vědět, že jeho vláda naslibovala rozdat v příštích letech desítky a desítky miliard, ale nedokáže zvýšit své příjmy, protože se svatosvatě zavázala nezvyšovat daně. Trochu pomůže přirozená síla ekonomického růstu, který zdá se – nějaký bude. Ale to ty obrovské díry nezalepí.

## Sociálně-zdravotní gordický uzel

V případě pracovníků v sociálních službách by měl Babiš především přivléct ke stolu ministra zdravotnictví a ministryni práce



Ilustrace foto: Tomáš Kubelka

a sociálních věcí a donutit je konečně přijít s meziresortní dohodou, která by vyjasnila toky peněz ze zdravotního a sociálního pojištění právě do zařízení, jež se pohybují na hranici poskytování zdravotních a sociálních služeb. Léta se bojuje o to, kdy je které lůžko sociální a kdy zdravotní, ke kterému úkonu náleží úhrada ze zdravotního pojištění, ke kterému příspěvek na péči a tak dále. Kdyby se tento gordický uzel podařilo ve spolupráci obou ministrův rozetnout, budou vyhlídky sester a ošetřovatelů mnohem světlejší.

Inzerce M141000328



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ  
ČESKÉ REPUBLIKY



STRATEGIE ZDRAVOTNÍCH POJIŠTOVENÍ A NEMOCNIC

## Odborná konference Efektivní nemocnice 2014

se bude konat ve dnech 25. – 26. 11. 2014  
v Clarion Congress Hotelu v Praze – Vysočanech.

Na této odborné konferenci potvrdili svou účast například tyto osobnosti:

MUDr. Přemysl Sobotka - místopředseda Senátu Parlamentu České republiky  
MUDr. Svatopluk Němeček, MBA - ministr zdravotnictví České republiky

MUDr. Tom Philipp, Ph.D., MBA - náměstek pro zdravotní pojištění, Ministerstvo zdravotnictví České republiky  
Prof. MUDr. Josef Vymazal, DrSc. - náměstek pro zdravotní péči, Ministerstvo zdravotnictví České republiky

JUDr. Lenka Teska Arnoštová - náměstkyně ministra pro legislativu a právo, Ministerstvo zdravotnictví České republiky  
Ing. Zdeněk Kabátek - generální ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky

JUDr. Ing. Miloslav Ludvík, MBA - ředitel Fakultní nemocnice v Motole

MUDr. Jiří Běhounek - hejtmán Kraje Vysočina, předseda správní rady Všeobecné zdravotní pojišťovny České republiky  
prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA - rektor, Univerzita Karlova

MUDr. Filip Horák, MBA - člen dozorčí rady skupiny AGEL, a.s.

Moderuje p. Daniel Takáč, moderátor České televize

## HLASUJTE NEJLEPŠÍ NEMOCNICE

ZEBŘÍČKY ČESKÝCH NEMOCNIC

Sledování a hodnocení probíhá v těchto strategických oblastech:

- sledování spokojenosti a bezpečnosti hospitalizovaných pacientů
- sledování spokojenosti a bezpečnosti ambulantních pacientů
- sledování spokojenosti a bezpečnosti zaměstnanců

Detaily naleznete na [www.hc-institute.org](http://www.hc-institute.org)

hlavní partneři		sponzor hlavní ceny		finanční partneři		marketingoví partneři		hlavní mediální partneři		podporujeme	
hlavní odborný partneři		odborní partneři		spolupracujeme		partneři		realizační partneři		mediální partneři	
hlavní realizační partneři		odborní partneři		spolupracujeme		partneři		realizační partneři		mediální partneři	

# ČLK navrhuje změny ve specializačním vzdělávání lékařů

Česká lékařská komora (ČLK) představila své teze pro nápravu specializačního vzdělávání lékařů, jehož špatný stav je podle ní jedním z hlavních důvodů, proč mladí lékaři často opouštějí Českou republiku bezprostředně po ukončení studia na zdejších lékařských fakultách.

Podle prezidenta ČLK Milana Kubka vnímají mladí lékaři současný systém specializačního vzdělávání jako „komplikovaný až nepřátelský“. Ten je pak v kombinaci s nepříteli motivujícím finančním ohodnocením hlavním důvodem, proč se absolventi lékařských fakult poohlížejí po práci a možnostech profesního růstu mimo hranice naší země.

„Bez zásadních změn v systému specializačního vzdělávání lékařů hrozí likvidace některých lékařských oborů a není možno poskytovat zdravotní péči v souladu s platným zákoníkem práce a evropskou směrnicí“, upozorňuje prezident Kubek, podle jehož názoru nedokonalost stávajícího systému není ani tak produktem „zlé politické vůle“, ale spíše důsledkem neexistence jednoznačného zadání a „chaotické aktivity odborných společností“.

ČLK proto formulovala základní teze pro nápravu specializačního vzdělávání lékařů v ČR, které již od poloviny května začala prosazovat jak na půdě poslanecké sněmovny, tak i v rámci ministerstva zdravotnictví. Jejich kompletní výčet uvádíme níže.

## Základní teze ČLK

- Lékaři v ČR by neměli být diskriminováni vůči lékařům, kteří získají specializovanou způsobilost v zahraničí a tato jim musí být automaticky uznávána i v Česku. Délka specializační přípravy v ČR by měla být stanovena na úrovni minimálních požadavků dle směrnice 2005/36/ES.

- Směrnice 2005/36/ES požaduje, aby specializační příprava probíhala v „zařízeních zdravotní péče schválených k tomuto účelu příslušnými orgány“. Této podmínice tedy mohou vyhovovat

veškerá registrovaná zdravotnická zařízení.

- Seznam specializačních oborů je třeba přizpůsobit seznamu oborů automaticky uznávaných dle směrnice 2005/36/ES. Další obory zařadit jen v případech hodných zvláštního zřetele.

- Specializační vzdělávání by mělo mít ve všech oborech stejnou základní strukturu, případně rozdělenou na obory operační a ostatní. Například: 60 % doby v lůžkovém zdravotnickém zařízení, 30 % v ambulantním zdravotnickém zařízení, případně na ambulancích lůžkového zdravotnického zařízení, 10 % ve zdravotnických zařízeních typu fakultních nemocnic. Konkrétní náplň specializační přípravy v jednotlivých oborech pak stanoví akreditační komise s účastí odborných společností a ČLK.

- Pokud je v rámci specializač-

ní přípravy požadováno provedení určitých výkonů, mohou být požadovány pouze reálné počty těchto výkonů a může jít pouze o výkony v praxi opravdu lékaři prováděné.

- Základní vzdělávací kmeny v délce 24 měsíců přizpůsobit seznamu tzv. I. atestací dle vyhlášky č. 77/1981 Sb. Definovat kompetence lékařů po absolvování základního kmene.

- Specializovaná způsobilost rovná se právo pracovat samostatně. Odpovídá bývalé tzv. I. atestaci. Pravidla získávání specializované způsobilosti určuje směrnice 2005/36/ES. Specializovaná způsobilost však nezakládá automaticky nárok na výkon funkce vedoucího lékaře – primáře.

- K výkonu funkce vedoucího lékaře – primáře je třeba delší praxe i vyšší odbornost (analogie II. atestace). Tuto oblast evropská

směrnice neupravuje, a ČR má tedy velkou míru volnosti. Licenční pro výkon funkce vedoucího lékaře – primáře vydává ČLK, současná pravidla je možno upřesnit a doplnit.

- Stát podporuje mladé lékaře prostřednictvím stipendií, která jsou vázána na určitého školenice, ne na zdravotnické zařízení. Stát vypisuje tolik stipendií, kolik je absolventů LF v daném roce. Stát plánuje potřebu lékařů v jednotlivých oborech, tedy určuje, kolik stipendijních míst pro jednotlivé obory vypíše. Absolventi LF si z nabídky stipendijních míst vybírají v pořadí stanoveném jejich průměrným prospěchem za celou dobu studia. Každý mladý lékař má právo specializovat se v jakémkoli oboru v případě, že nebude uplatňovat nárok na stipendium.

- Stát má právo kontrolovat úroveň specializační přípravy a plnění povinností školícího zdravotnického zařízení.

- Právo provádět některé specializované výkony (vyžadující speciální dovednosti) je možno omezit požadavkem na zisk tzv. funkční licence, kterou vydává ČLK.

(Zdroj: ČLK)

(red)

## Kolik stojí výchova lékařů v Čechách

Na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze studují zhruba tři tisíce budoucích lékařů a stomatologů, což je nejvíc ze všech osmi lékařských fakult v ČR. Kolik stojí jeden student? A pro jaké specializace se dnešní absolventi rozhodují a proč?

V České republice je osm lékařských fakult, na nichž studuje obory všeobecné a zubní lékařství přibližně 12 200 studentů. Ročně z nich vychází zhruba 2500 absolventů. V akademickém roce 2013/2014 má nejvíce studentů 1. LF UK, a to téměř 3 tisíce (z toho studenti zubního lékařství představují 12 %). Loni, tedy v akademickém roce 2012/2013, zde absolvovalo 330 lidí.

### Náklady o 25 % vyšší než kapitace

Fakulta dostává na studenta, který je vyučován v českém jazyce, dotaci (takzvanou kapitacní platbu), jež se mezi jednotlivými vysokými školami liší podle koeficientu jejich náročnosti. Na studenta všeobecného lékař-

ství v českém jazyce dostává 1. LF UK ročně přibližně 90 tisíc korun (šestileté studium vychází na 540 tisíc korun), na studenta zubního lékařství pak o 22 tisíc korun více.

„Skutečné náklady jsou ale zhruba o čtvrtinu vyšší. Fakulta tedy musí získat chybějící peníze jinou činností. Součástí našeho každodenního boje není jen uspokojit akademickou zvědavost a produkovat vědecké výsledky, ale také vydělat si na to, abychom vůbec mohli učit,“ dodává děkan 1. LF UK profesor Aleksí Šedo. Další prostředky tak fakultě plynou z expertní činnosti jejích zaměstnanců, spolupráce s průmyslem, svou roli sehrávají rovněž donátoři a v neposlední řadě zahraniční studenti.

### Přínos zahraničních studentů

Zájem cizinců o studium na 1. LF UK je podle děkana Šeda významný a je dokladem o tom, že výuka na fakultě snese srovnání se zahraničními institucemi. V současné době jich zde studuje přibližně pětina z celkového počtu.

„Můžeme si představit školu, která je studentům otevřena striktně za peníze a oni vědí, že když na ni přijdou, titul si koupí. To u nás neplatí už jen proto, že naše fakulta má školné srovnatelné s předními evropskými lékařskými učilišti a jezdí k nám studenti, kteří skutečně chtějí mít vzdělání od nás, byť by je jinde mohli získat levněji,“ vysvětluje přístup k těmto studentům profesor Šedo.



Foto: 1. LF UK

Cena studia všeobecného lékařství v anglickém jazyce činí 330 tisíc korun ročně, výuka zubního lékařství pak 360 tisíc korun. Cizinci v anglických programech pocházejí z 50 zemí světa. Nejvíce jsou zastoupeny Malajsie (118) a Velká Británie (115), dále Kypr (63), Botswana (46) a Izrael

(41). Cestu si sem našli i studenti z USA (24).

Kontakt se zahraničními studenty podle děkana obohacuje nejen české studenty, ale i pedagogy, kteří u cizinců zaznamenávají klíčový přístup ke vzdělání a oceňují také jejich schopnost uvažovat v kazuistikách.



Foto: 1. LF UK

## Hodnocení kvality pedagogů

Ke zkvalitnění výuky přispívají už osm let i sami studenti. Pravidelně hodnotí své pedagogy a vedení fakulty k tomuto hodnocení přihlíží. Vyučující, kteří v anketě dopadnou nejlépe, dostávají finanční odměnu. Ti, co jsou na tom opakovaně nejhůře, obvykle z fakulty odcházejí.

„Objektivita systému je doložitelná tím, že lepší učitelé jsou jako dobří hodnoceni více let po sobě, což svědčí o jejich kvalitě. Odrazí se to pak v jejich odměnách a přihlížíme k tomu i při jejich kariérním postupu,“ říká Aleksi Šedo.

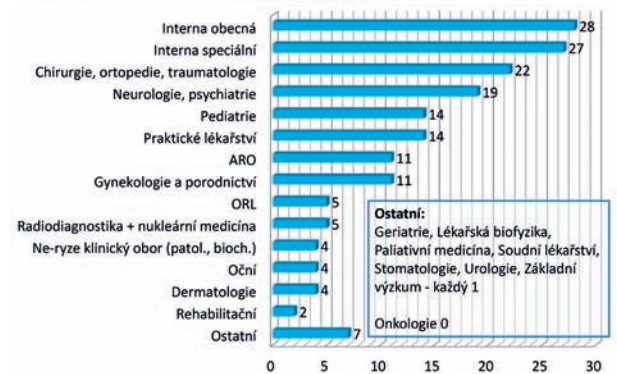
Připomíná, že většina vyučujících má pracovní smlouvy na dobu určitou a že jsou definována kritéria nezbytná k uzavření smlouvy na dobu neurčitou. To vytváří trvalý tlak na zvyšování kvality. Pokud je učitel opakovaně špatně hodnocen, fakulta s ním pracovní smlouvu neprodlouží.

Loňská absolventka MUDr. Jana Mašková potvrzuje, že do hodnocení se zapojuje čím dál více studentů. „Vidí totiž, že to má smysl. Oceňují, že jsou odměňováni pedagogové, kteří učí dobře, a že na názor studentů se bere ohled,“ dodává. Možnost ohodnotit výuku studenti po překonání počáteční nedůvěry v anonymitu a účelnost ankety velmi oceňují, účastní se jí přibližně třetina studujících. Pedagogy známkuje od jedné do pěti jako ve škole a hodnotí je i slovně. Nad výsledky se schází komise pro hodnocení výuky, v níž jsou zastoupeni učitelé i studenti. Průměrná známka učitelů na 1. LF UK se ustálila na 1,65.

## Poptávka po patologiích a anesteziologických

Kvalita učitele se podle děkana odráží i ve výběru specializace, kterou si studenti medicíny zvolí. „Některé specializace jsou preferovány více a není to spojeno pouze s jejich obsahem a podstatou, ale i s tím, jak je daný obor vyučován. Také je to pro nás užitečná zpětná vazba,“ říká děkan. Podle průzkumu z roku 2012 si nejvíce studentů, kteří v tomto roce absolvovali 1. LF UK, vybralo jako budoucí obor internu, dále pak chirurgii, ortopedii, traumatologii, traumatologii, neurologii, psychiatrii a pediatrii. Velkou poptávku ze strany zdravotnických zařízení zaznamenává obor anestezie a patologie. Naopak žádný student v loňském roce nezvolil onkologickou specializaci. Oboři geriatricke, lékařská biofyzika, paliativní medicína, soudní lékařství, stomatology, urologie a základní výzkum zaujaly v loňském roce vždy jen jednoho absolventa (viz graf).

## Budoucí obor



Zdroj: 1. LF UK

Dalším měřítkem kvality výuky je i skutečnost, jak dobře uplatnění najdou absolventi fakulty v tuzemsku i v zahraničí, a jak vysoké funkce vykonávají. „Řada zahraničních zdravotnických zařízení uzavírá s našimi studenty pracovní smlouvy ještě dřív, než dostudují. To je pro nás dobrá vizitka,“ podotýká děkan Šedo.

Jak potvrdila absolventka Jana Mašková, odchod do zahraničí je pro absolventy lákavý. „Nabízí srovnatelné pracovní podmínky,

ale lepší ohodnocení. Zejména absolventské páry do zahraničí odcházejí často,“ dodala mladá lékařka.

V této souvislosti děkan Šedo také zmínil, že odchod do zahraničí se netýká jen studentů, velmi důležité je udržet v Česku také pedagogy, kteří jsou pro vzdělání medicíků klíčoví. „Neudržíme-li špičkové lékaře jako pedagogy, nebude mít české lékaře kdo učit,“ uzavřel profesor Aleksi Šedo.

Petra Klusáková

Inzerce M14100933

# CLINGS

STATICKÉ PLAKÁTY

**NABITÉ MOŽNOSTMI**  
Ideální pro použití  
v čekárnách | ordinacích | lékárnách

Elektrostaticky nabitá fólie přilne spolehlivě k čistému a suchému povrchu  
(sklo, plast, kov, dřevo, kámen, omítka).

**Drží dlouhodobě**  
(3 a více měsíců).

**Bílé, transparentní,**  
s tvarovým ořezem...

**Nepoškozují podklad**

**Mobilní**  
(lze přemísťovat)

Přesvědčte se sami o výhodách CLINGS a zažádejte si o vzorek zdarma  
[www.statickeplakaty.cz](http://www.statickeplakaty.cz) | [info@statickeplakaty.cz](mailto:info@statickeplakaty.cz) | tel.: 266 312 707

# Zpřísní se dohled nad léčitelstvem

Ministerstvo zdravotnictví hledá legislativní možnosti jak zamezit podvodným praktikám léčitelů. V Česku chybí v tomto smyslu nejen osvěta, ale především hlubší analýza léčitelství u nás, kritici alternativní medicíny také postrádají jasné mezioborové stanovisko ČLK.

„Informace o praktikách různých ‚léčitelů‘ považuji za mimořádně závažné. Jednání ‚šarlatánů‘, kteří zneužívají neštěstí a zoufalství vážně nemocných lidí a podvodně na nich vydělávají, je daleko za hranicí hygienismu civilizovaného lidského společenství. Jako lékař jsem se setkal s pacienty, kteří propadli zoufalství a beznaději kvůli závažnosti svého onemocnění a blížícímu se konci života. Tito lidé jsou pro podobné podvodníky snadnými terči, protože každý člověk udělá pro záchranu svého života cokoli,“ varoval nedávno ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček před léčiteli, kteří odrazují nemocné pacienty od lékařské péče, čímž je bezprostředně ohrožují na životě.

## Legislativní možnosti

Ministr vyzval k obezřetnosti těžce nemocné pacienty i jejich nejbližší okolí. Ministerstvo zdravotnictví také zřídilo e-mailovou adresu ([sarlatani@mzcr.cz](mailto:sarlatani@mzcr.cz)), kam lze posílat podněty a upozornění na takové jednání. „Přišly desítky e-mailů, tak masivní odezvou ze

strany pacientů jsme byli překvapeni. Některé případy jsou skutečně závažné,“ uvedl na dotaz naší redakce ministr. Právníci ministerstva zdravotnictví hledají možnosti úprav naší legislativy a analyzují, jak se podobné případy šetří v okolních zemích. Resort chce přijít s řešením, které zajistí, aby se podobným excesům dařilo předcházet. „Legislativní odbor nyní v tomto ohledu analyzuje občanský zákoník a trestní právo. Pokud by se zde možnost regulace nenašla, ministerstvo by iniciovalo legislativní změnu. S odborníky také diskutujeme o možnosti osvětové kampaně,“ vysvětlil pro ZaM Svatopluk Němeček.

## Nepromeškat nástup léčby

Vědecká rada České lékařské komory (ČLK) se již v roce 2012 vyjádřila k některým postupům alternativní medicíny v souvislosti s onkologickou léčbou. Vedle nutričních (hladovění nádoru), manipulačních (chiropraxe) a spirituálních (psychotonika

**Léčitelství** není v zákoně č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání, zařazeno mezi volné činnosti. Léčitelé proto nyní pracují nelegálně, bez jakéhokoliv oprávnění, nebo diagnostikují a léčí na základě jiné živnosti (psychologická pomoc, poradenství či masáže). Legislativní změna by tedy situaci zlepšila už jen tím, že provozovatele nelegální činnosti donutí dodržovat účetní standardy, platit si sociální a zdravotní pojištění a daně.

a biotronika) metod rada rozhodla například medikamentózní léčbu (homeopatie, ovsan, wobenzym).

„Hlavní riziko těchto metod spočívá v tom, že nemocný, který přistoupí na alternativní léčbu, může promeškat vhodný okamžik k zahájení účinné standardní protinádorové léčby, jeho choroba přes dočasné subjektivní zlepšení progreduje a šance na úspěšné léčení, nebo dokonce vyléčení se zmenšuje. I když se nemocný nakonec svědí do péče odborníka, léčba pokročilého stadia už je obtížná, nákladná, často málo úspěšná a provázená četnými nežádoucími účinky, které zhorší kvalitu zbytku jeho života,“ vyjádřila se tehdy vědecká rada ČLK k neověřeným léčitelským postupům v onkologii.

## Skeptikům chybí analýza léčitelství

Podle některých kritiků alternativní medicíny (AM) by ČLK vedle onkologie měla reflektovat i vztah dalších lékařských specializací k alternativním postupům. „O přesnou analýzu léčitelství se náš stát nezajímá, neprobíhá žádný průzkum rozsahu činnosti léčitelů a úspěšnosti jejich péče, nebyla navržena a zorganizována ani jediná studie o účinnosti jejich metod,“ uvedl tehdy k vyjádření vědecké rady ČLK jeden ze zakládajících členů klubu skeptiků Sisyfos, anatom, osteolog a obhájce vědeckých metod profesor Jiří Heřt.

Připomněl také, že se ČR o zákonou úpravu tohoto vážného zdravotnického problému již pokusila, ale návrhy zákonů byly vždy



Ilustrační foto: archiv

odmítnuty. „Je to legislativně obtížně uchopitelný problém. Řada evropských i mimoevropských států se proto problematikou léčitelství a metod AM poctivě zabývá, organizují se jejich výzkumy a navrhuji se různá legislativní řešení,“ dodal profesor Heřt s tím, že pokud by bylo léčitelství zakázáno, léčitelé by pracovali nelegálně a jejich podnikání by se pro pacienty stalo atraktivnější, ale zároveň i dražší. Napopak při legalizaci léčitelství by se zase obtížně vymezovaly léčitelské metody (s ohledem na jejich rozporuplnou účinnost). Jak dále upozornil, neostře vymezení alternativních metod oproti konvenční medicíně je nevyhovující i v souvislosti s chybějící standardizací diagnostiky či vzdělání léčitelů.

Petra Klusáková

# V USA schváleny indikace pro úhradu protonové léčby ze zdravotního pojištění

Protonová centra v USA společně schválila seznam klíčových diagnóz pro protonovou léčbu s doporučením pro úhradu z veřejného zdravotního pojištění. Vznikl na základě podrobných studií výsledků protonové léčby za posledních dvacet let.

Seznam vychází ze zkušeností předních amerických onkologických center, která nabízejí nejen protonové ozařování, ale i jiné formy léčby, a do značné míry odráží úhradovou politiku amerického systému pojištění Medicare.

„Cílem seznamu, který se opírá o odbornou literaturu, je lépe informovat všechny zdravotní pojišťovny o protonové terapii a dosáhnout společné úhradové politiky. Současně doufáme, že tento koncept pomůže k osvětě v celé onkologické komunitě,“ uvedl představitel Particle Therapy Co-Operative Group (PTCOG) profesor Eugen Hug.

## Konkrétní diagnózy

Jak k úhradovému konceptu dodal ředitel Národní asociace protonové léčby v USA (NAPT) Leonard Arzt, onkologičtí pacienti by měli být plně informováni o všech možnostech léčby a dostat šanci dosáhnout na tu, která je pro ně nejlepší; tu by jim měly zaručit zdravotní pojišťovny.

Soupis diagnóz, které jsou indikací k protonové léčbě, zahrnuje zhoubné či nezhooubné nádory centrálního nervového systému (včetně primárních forem či variant astrocytomy, glioblastomy, meduloblastomy, neurinomu akustiku, kraniofaryngeomu, benigních a atypických menin-

geomů, nádorů hypofýzy a arteriovenózních malformací), intraokulární melanomy, nádory hypofýzy, zhoubná i nezhooubná onemocnění baze lební nebo osového skeletu (včetně chondromů a chondrosarkomů), zhoubné nádory hlavy a krku, nádory plic (zejména NSCLC), neresekovatelné retroperitoneální sarkomy, nádory u dětí do 18 let, nádory GIT, nádory urogenitálního traktu, gynekologické malignity a karcinom prostaty.

## Seznam mají i pojišťovny

„Odborná rada pražského Proton Therapy Center (PTC) vypracovala pro VZP a ostatní zdravotní pojiš-

ťovny podrobný seznam diagnóz ve spolupráci s předními specialisty z jednotlivých lékařských oborů. Tento seznam odpovídá nejnovějším poznatkům o využití protonové terapie v onkologické léčbě podle NAPT i PTCOG,“ uvádí mluvčí PTC Vladimír Šulc s tím, že stejné seznamy diagnóz byly akceptovány i evropskými plátcí zdravotní péče a jsou podkladem pro výstavbu nových protonových center. Příkladem může být Nizozemsko, které bude hned čtyři centra s celkovou kapacitou 3500 pacientů ročně. Stejně tak i Švédsko, které v Uppsale v příštím roce otevře centrum srovnatelné s českým.

Seznam diagnóz by podle slov mluvčího měl být pro spolupracující pracoviště upřesňujícím podkladem, který napomůže správnému výběru pacientů pro protonovou léčbu. „Péče o onkologicky nemocné je týmová práce a snahou nás lékaři musí být správně indikovaný pacient,“ dodává hlavní lékař protonového centra Jiří Kubeš.

„V současné době se k nám většina českých pacientů nedostává včas. Pevně věřím, že je v zájmu zdravotních pojišťoven situaci, která není ku prospěchu pacientů, odblokovat a umožnit lékařům poskytovat péči *lege artis*,“ podotýká Vladimír Šulc.

V Česku zatím protonovou léčbu hradí pouze Vojenská zdravotní pojišťovna. Všeobecná zdravotní pojišťovna v PTC léčí část indikovaných pacientů (převážně děti), některé posílá ozařovat do mnichovského centra. Jak ZaM své čtenáře pravidelně informuje, dohoda o úhradové politice mezi PTC a VZP stále vázne.

(klu)



# VZP se zřejmě stala terčem útoku, který má poškodit její jméno

Několik desítek pojištěnců z Moravskoslezského kraje podalo na policii trestní oznámení, v nichž tvrdí, že byli podomními náboráři bez vlastního vědomí přeregistrováni od jiné zdravotní pojišťovny ke Všeobecné zdravotní pojišťovně (VZP). Ta nařčení z falešných náborů odmítá.

„Protože VZP na rozdíl od konkurenčních pojišťoven nepoužívá k akvizici žádné najaté firmy a podomnímu náboru pojištěnců se obecně vyhýbá, může jít o dílo podvodníka či podvodníků,“ uvedl mluvčí VZP Oldřich Tichý. Pro naši redakci dodal, že trestní oznámení podali v převážně většině pojištěnci Revírní bratrské pokladny (RBP), několik klientů České průmyslové zdravotní pojišťovny (ČPZP) a ojediněle se problém týkal rovněž klientů Vojenské zdravotní pojišťovny (VoZP) a Oborové zdravotní pojišťovny (OZP).

„Naprostá většina případů, jimiž

se policie zabývá, má podobný průběh – při pokusu vyřídít nejrůznější záležitosti u své zdravotní pojišťovny lidé zjistí, že kdosi zfalšoval jejich podpis a přehlásil je k VZP. Případy mají společné i to, že se vesměs odehrály na severní Moravě a podvedenými byli nezdávající lidé ze sociálně slabých skupin,“ popsal mluvčí Tichý.

## Měsíc do přestupu

Podezření, že se jedná o podvod, se dle mluvčího VZP nabízí zejména proto, že se trestní oznámení začala ve větší míře objevovat necelý měsíc před vypršením letošního přeregistračního ter-

mínu. Klienti, kteří chtějí od roku 2015 přejít k jiné pojišťovně, musejí přestupní lístky podepsat do 30. června 2014.

Přitom právě VZP se před časem potýkala s podvodným přetahováním svých stávajících klientů, až do situace zasáhl ministr zdravotnictví Svatopluk Němeček, který pojišťovnám důrazně doporučil, aby s náborů přestaly. V dopisu všem pojišťovnám je vyzval, aby nemrhalý prostředky zdravotního pojištění na externí náborové služby, jejichž zrušením by ušetřily přibližně 100 milionů korun.

Poté zareagoval i Svaz zdravot-

ních pojišťoven (SZP). „Jsme si vědomi toho, že firmy, které zajišťovaly nábor, trochu překročily meze a že si zbytečně přetahujeme pojištěnce navzájem. Proto došlo k dohodě, že zaměstnanecké pojišťovny těchto aktivit s okamžitou platností zanechají,“ uvedl tehdy prezident SZP Jaromír Gajdáček, který je zároveň ředitelem Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra.

Náborů přesto úplně neutichly, například VoZP upozornila, že sice smlouvy s externími náboráři vypověděla, ale některým ještě dobíhá jejich platnost, takže náborů se ještě objevovat mohou.

## Jak se bánit?

Sto procentně účinná obrana bohužel neexistuje. „Pokud se na pracovníky kterékoli zdravotní pojišťovny obrátí kdokoli s tím, že se chce stát jejím klientem, a předloží jim průkaz pojišťovny, kde je registrován doposud, nemají možnost si skutečnou totožnost žadatele nijak dále zkontrolovat. Občanský průkaz vyžadovat nesmějí,“ upozornil Oldřich Tichý.

Dodal, že VZP spolupracuje s policií na tom, aby se podařilo pachatele popsanych případů odhalit. Pro pojišťovnu jde totiž o vážné ohrožení jejího dobrého jména, z čehož by mohla nezaslouženě profitovat konkurence.

VZP řeší nábor klientů téměř výhradně na svých pobočkách, případně na akcích, které jsou pořádané veřejně a jsou jasné označeny symboly pojišťovny. Dle informací ministerstva zdravotnictví chce úřad zákaz náborové činnosti zapracovat i do zákona o zdravotních pojišťovnách.

Petra Klusáková

Inzerce M141000922

## VZP odstartovala velkou výměnu průkazů pojištěnce

- Nové průkazy obdrží téměř 4 miliony klientů VZP
- Akce potrvá 9 měsíců do února 2015
- Výměna se týká průkazů, kterým končí v nejbližší době platnost
- Průkazy mají novou grafiku
- Jejich platnost je prodloužena na 10 let



Podrobné informace o hromadné výměně průkazů pojištěnce najdete na [www.vzp.cz](http://www.vzp.cz).

**VZP**  
POJIŠŤOVNA NA CELÝ ŽIVOT

infolinka: 952 222 222  
[www.vzp.cz](http://www.vzp.cz)

### Harmonogram rozesílání nových průkazů VZP

Měsíc	Počet vyměněných průkazů
Červen 2014	140 000
Červenec 2014	590 000
Srpen 2014	475 000
Září 2014	620 000
Říjen 2014	575 000
Listopad 2014	485 000
Prosinec 2014	540 000
Leden 2015 – únor 2015	560 000
<b>CELKEM</b> (červen 2014 – únor 2015)	<b>3 985 000</b>

# Nemocnice Jihočeského kraje vykazují za rok 2013 zisk

Všech osm nemocnic vlastněných a provozovaných Jihočeským krajem hospodařilo v loňském roce beze ztrát. Při celkovém obratu přes 6 miliard korun dosáhly tyto nemocnice po zdanění společného zisku 37 milionů korun.

Podle vyjádření na webových stránkách kraje bude zisk z nemocnic reinvestován do jejich dalšího rozvoje.

## Hejtman apeluje na ministra

„Kvůli škrtům v úhradové vyhlášce ministerstva zdravotnictví přišly loni jihočeské nemocnice na platbách od zdravotních pojišťoven meziročně celkem o 314 milionů korun. Tuto ztrátu se sice podařilo managementům jednotlivých zdravotnických zařízení v úzké spolupráci s krajem eliminovat, ovšem za cenu různých úspěšných opatření. Doufám, že současný ministr financí si je vědom napjaté ekonomické situace v českém zdravotnictví a nebude krizi v jeho financování prohlubovat,“ uvedl hejtman Jihočeského kraje Jiří Zimola. Přes dlouhodobý nedostatek financí ve zdravotnictví kraj do svých nemocnic investoval de-

sítky milionů. Nemocnice Jindřichův Hradec například v prosinci 2013 otevřela nový centrální pavilon a v další modernizaci bude pokračovat i tento rok. V dubnu byla zahájena také výstavba nového perinatologického centra v Nemocnici České Budějovice. Investice desítek až stovek milionů si za posledních 6 let vyžádaly všechny větší krajské nemocnice, například Nemocnice Písek, Nemocnice Tábor, Nemocnice Prachatice nebo Nemocnice Strakonice.

## Spolupráce krajských nemocnic

Celkové investice kraje do rozvoje zdravotnických zařízení od roku 2008 činí 3,4 miliardy korun. Finance byly částečně čerpány z rozpočtu nemocnic a kraje, hlavním zdrojem pak byly dotace Evropské unie. V nemocnicích jihočeského kraje je ročně hospitalizováno více než 130 tisíc pacien-

tů a provedeno na 62 tisíc operací. I kvůli velkému objemu práce je podle jihočeské radní pro zdravotnictví Ivany Stráské spolupráce mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními důležitá.

„Z nemocnic se stává kvalitní soubor vzájemně se doplňujících zdravotnických zařízení. To se projevuje například při vyjednávání se zdravotními pojišťovnami, při investicích i při plánování léčebné péče. Trend úzké spolupráce se ukazuje jako správný, a proto jej budeme nadále podporovat a rozvíjet,“ uvedla náměstkyně Stráské. Páteřní nemocnicí a hlavním spojovacím prvkem všech jihočeských

nemocnic je Nemocnice České Budějovice, kde je centrum vysoce specializované medicínské péče v regionu. Zde probíhá i zavádění nových léčebných postupů a vyšetřovacích metod.

## Úspory při léčbě

Českobudějovická nemocnice si nyní připsala další úspěch, když na svém ortopedickém oddělení jako první v České republice začala používat novou vyšetřovací metodu, která pomáhá rychle odhalit možné komplikace po operaci totální náhrady kloubu. „Jde o světovou novinku, kterou zatím prezentovala jen dvě odborná pracoviště na světě, HELIOS

ENDO-Klinik v Hamburku a Filadelfská univerzita, jako diagnostickou metodu včasného odhalení infekce endoprotéz kyčelního nebo kolenního kloubu. V současné době jsme jediní v tuzemsku, kteří tuto metodu ve spolupráci s odděleními biochemie a imunologie zavedli,“ uvedl David Musil z ortopedického oddělení Nemocnice České Budějovice. Při vyšetření lékař punkci odsaje z kloubu tekutinu, která je dále analyzována na přítomnost alfa-defenzinu. „Pokud se prokáže přítomnost infekce endoprotézy, okamžitě je zvolen nevhodnější způsob terapie. Rovnou a cíleně můžeme při operaci, která je ve většině případů nezbytná, použít správná antibiotika. To má kromě výhod rychlejší léčby významný přínos také ekonomický, protože reoperace infikovaných kloubních náhrad patří mezi nejnákladnější. Jeden správně zvolený postup ušetří finanční prostředky pro používání této diagnostické metody na celý rok,“ zdůraznil ortoped.

Irena Soukupová

## Liberecký kraj chystá miliardové investice do krajské nemocnice

Krajská nemocnice Liberec (KNL) se bude v letech 2017–2020 modernizovat. Důvodem jsou nevyhovující podmínky současného areálu. Záměr schválili krajští zastupitelé. Ve třech etapách přestavby kraj investuje cca 2,6 miliardy korun.

Záměrem stavby je zefektivnit a zmodernizovat provoz nemocnice a zvětšit komfort pacientů.

### Nové centrum urgentní péče

Liberecká nemocnice je v provozu už od roku 1859, přičemž poslední velká přestavba proběhla v 70. letech 20. století. Kraj se proto rozhodl ukončit provizorní přestavby, jež byly v nemocnici za léta fungování realizovány, a nechal vypracovat komplexní projekt modernizace. Hned v první etapě by mělo být vybudováno centrum urgentní lékařské péče (CULP), které bude propojeno s novým heliportem. Stavebně unikátní heliport už byl dokončen, nyní je ve zkušebním provozu. Ostrý provoz by měl být zahájen začátkem prázdnin. Prostory CULP mají být podle projektového záměru zveřejněného na webových stránkách nemocnice propojeny s poliklinikou a zdravotnickou záchranou službou. První etapa má být zrealizována do konce roku 2017. Podle předběžných vý-

počtů bude etapou nejdražší, náklady dosáhnou 1,2 miliardy Kč.

### Koncept moderní nemocnice

Druhá etapa, která má rozpočet 800 milionů Kč, obsahuje modernizaci stávajících bloků a jejich propojení s budovami areálu. Vybudováno má být také administrativní centrum a další podpůrná pracoviště. Ve třetí etapě bude mimo jiné dokončena dopravní infrastruktura. Rozpočet této etapy činí cca 600 milionů korun.

„Hledání optimálního ekonomického modelu poskytování lékařské péče na nejvyšší možné úrovni vychází ze současného nevyhovujícího stavu. Počet zaměstnanců nemocnice v Liberci se pohybuje kolem 2150. Lze zde najít velké množství provozně-technických pracovníků vzhledem k počtu lékařů, sester a dalšího zdravotnického personálu. Péče KNL je totiž poskytována ve více než 35 objektech různě distribuovaných po areálu nemocnice bez možnosti využít technologie moderní integro-

vané logistiky pro podporu zdravotnických výkonů a procesů a podstatně tak zlevnit provoz zařízení,“ uvádí se v záměru modernizace.

### Financování projektu

Při financování tak náročného projektu kraj počítá s několika zdroji. Jak je uvedeno v záměru, v první fázi bude dle doporučení Evropské komise využito finančních nástrojů, z nichž se (po dohodě s Jabloncem nad Nisou) jako první a základní složkou budou prostředky z odpisů KNL (cca 400 milionů Kč). Třetí finanční oporou by měl být podle dokumentu o modernizaci stát. Liberecký kraj chce požádat o dotaci ve výši přibližně 200 milionů Kč i ministerstvo zdravotnictví. Svůj podíl na financování by mělo mít podle projektového záměru rovněž město Liberec. (ISO)

## KKN v loňském roce zvýšila ztrátu hospodaření

Karlovarská krajská nemocnice (KKN) loni prohloubila svou ztrátu na 131,45 milionu korun, jak vyplývá z účetní uzávěrky. Krajská rada proto rozhodla o vypsání výběrového řízení na tři manažerské posty v nemocnici.

### Specifika kraje

KNN, jež spojuje nemocnice v Karlových Varech a Chebu, se dlouhodobě potýká se špatnými hospodářskými výsledky. Podle krajského radního pro zdravotnictví Miloslava Čermáka jsou na vině nejen špatně nastavená úhradová vyhláška, ale i další faktory. Patří mezi ně závazky z minulosti i specifika Karlovarského kraje, jenž nedisponuje žádnou fakultní nemocnicí, která by byla zaštitěna ministerstvem zdravotnictví.

„Úzce specializovaná nákladná péče je tudíž v našich nemocnicích dostupná, zároveň je ale pro ně velkou finanční zátěží,“ uvedl pro naši redakci radní Čermák.

### Hledají se ředitelé

Krajská rada se proto rozhodla vzít výběr manažerů do vlastních rukou. Chce sestavit nový tým odborníků, který by nemocnici vyvedl ze ztrát. „Zodpovědnost bude rozložena, protože není v možnostech jednoho člověka zodpovídat za takový objem práce,“ dodal Miloslav Čermák. Výběrové řízení bude vypsáno na posty tři manažerů krajských nemocnic: ekonomického ředitele, provozně technického ředitele a ředitele kontroly. Podle radního mohou být výběrová řízení po splnění všech náležitostí vypsána v následujících týdnech. Nejbližší možný termín nástupu manažerů do funkce je dle jeho slov 1. srpen 2014. (ISO)

## Provinilosti věcí se stávají řádem světa

Klasik praví, že „provinilosti věcí se stávají řádem světa, neboť čas propůjčuje něco důstojnosti i zřůdám“. Tato letitá moudrost se osvědčuje i dnes. Příkladem mohou být poplatky ve zdravotnictví.



Když byly před časem spuštěny, vyvolaly jednotný odpor obyvatelstva, a to dokonce i ze strany voličů ODS, jež měla jejich zavedení ve volebním programu, a když byla u moci, zrealizovala jej. Odpor obyvatelstva vůči nim byl tak jednoznačný a tak masový, že především kvůli nim pravice zcela drtivě prohrála ve volbách do krajských zastupitelstev, které se konaly v roce 2010. Tento neúspěch stál i politickou kariéru jejich autora, tehdejšího ministra zdravotnictví Tomáše Julínka.

### Chaos a nejistota

Další osud poplatků byl velmi pohnutý a zmatečný. Kraje vedené sociálnědemokratickými hejtmany je různě eliminovaly (v některých krajích se nevybíraly, jinde se lidem vracely, v dalších byly uzavírány jakési darovací smlouvy apod.). Jejich bojkot byl jednoznačný, avšak způsob tohoto bojkotu vnášel chaos a nejistotu do chování poskytovatelů péče i krajských úřadů a byl matoucí i pro pacienty.

Jak šel život dál, regulační poplatky začaly žít svým vlastním životem. Z původních 60 Kč za den pobytu v nemocnici se později zvýšily na 100 Kč denně, což je částka, která pro některé osoby může znamenat ekonomické ohrožení, obzvláště nemá-li žádné časové zastopování. Na to však vláda

nebrala zřetel, a tak se problém poplatků dostal až k Ústavnímu soudu, který jejich navýšení označil za protiústavní.

### Žijí vlastním životem

Od nového roku se poplatky za pobyt v důsledku změny vládní garnitury nevybírají, což vychází z volebního programu vítězné ČSSD. Přestože to odpovídá i nálezu Ústavního soudu a je to zcela v souladu s názorem většiny obyvatelstva, ukazuje se, že zrušení poplatků je sice právně vcelku snadné, avšak ekonomicky mimořádně obtížné.

Poskytovatelé lůžkové zdravotní péče si na ně už zvykli, a to nejen morálně, ale i ekonomicky. Zakalkulovali příjmy z nich do svých ekonomických výhledů a nyní, po jejich zrušení, vznikla v jejich plánovaných příjmech mezera, která není nevýznamná. Vláda teď vymýšlí různá kostrbatá řešení jak především nemocnicím uvedený výpadek příjmů nahradit. Vidíme tedy, že nemrav, z něhož byla před časem většina obyvatelstva zděšena, si za několik let vytvořil vlastní podmínky pro svou nezrušitelnost. Přesně to odpovídá jednomu z Murphyho zákonů: „Vymyslete blbost, ona si už bude žít svým vlastním životem.“ Snadno se totiž zrodí, zlikvidovat ji ovšem tak snadné není.

JUDr. Ing. Jaroslav Staněk, CSc.

UniPool medi | www.unipool.cz

## MediFONE Business

Nejvýhodnější volání pro Vás a Vaše zdravotnické zařízení s fakturací na IČ.

V rámci projektu UniPool medi jsme pro Vás připravili nové neomezené tarify MediFONE Business s fakturací na IČ ve spolupráci se mobilním operátorem Vodafone.



Nabídka je platná a dostupná pouze v rámci projektu UniPool medi, nabídku nelze uplatňovat na obchodních místech Vodafone, ani využívat jako srovnávací nabídku s tarify Vodafone. Na IČ lze aktivovat maximálně 5 SIM s hlasovými tarify MediFONE Business.

### MediFONE Business Start

Volání / měsíc	SMS / měsíc	Internet / měsíc	Cena tarifu bez DPH / s DPH
Neomezené volání do sítě Vodafone (3,49 Kč / minuta do ostatních sítí)	Neomezené SMS v síti Vodafone	20 MB	129 Kč / 156 Kč
		<input type="checkbox"/> Mám zájem	<input type="checkbox"/> Počet čísel

### MediFONE Business RED

nejvíce oblíbený

Volání / měsíc	SMS / měsíc	Internet / měsíc	Cena tarifu bez DPH / s DPH
Neomezené volání v ČR	Neomezené SMS v ČR	1,5 GB	397 Kč / 481 Kč
		<input type="checkbox"/> Mám zájem	<input type="checkbox"/> Počet čísel

### MediFONE Business RED Premium

Volání / měsíc	SMS / měsíc	Internet / měsíc	Cena tarifu bez DPH / s DPH
Neomezené volání v ČR +1000 volných minut volání do zahraničí + 600 volných minut roaming	Neomezené SMS v ČR	10 GB +300 MB roaming	895 Kč / 1 083 Kč
		<input type="checkbox"/> Mám zájem	<input type="checkbox"/> Počet čísel

Více tarifů pro IČ na [www.unipool.cz](http://www.unipool.cz) po registraci, včetně tarifu pro RČ.

## Tarify MediFONE můžete objednat:

- Odesláním e-mailem tohoto inzerátu s uvedením vybraného tarifu a počtu na [info@unipool.cz](mailto:info@unipool.cz).
- Na Infolince UniPool medi +420 778 010 255 (pondělí-pátek 9-17 h.).
- Na [www.unipool.cz](http://www.unipool.cz) po registraci.
- Odesláním tohoto inzerátu s uvedením vybraného tarifu a počtu na UniPool medi, P.O. Box 11, Jindřichská 14, 111 21 Praha 1.

Titul, jméno, příjmení: .....

e-mail: .....

mobil: .....

Jsem již členem projektu UniPool medi:  ANO  NE

Váš nezávazný výběr tarifu MediFONE Vám bude následně potvrzen e-mailem.

Délka zákaznické smlouvy je pro každý tarif MediFONE Business 12 měsíců, VOP po registraci.

# USA: Většina lékařů si nepřeje být udržována při životě

Většina amerických lékařů si nepřeje, aby byli ke konci života udržováni na naživu za pomoci intenzivní péče a přístrojů. Vyplývá to z průzkumu lékařské fakulty Stanfordské univerzity, jehož výsledky uveřejnil *PLoS One*.

Autoři studie v roce 2013 oslovili téměř 1100 mladých lékařů, kteří právě dokončovali atestaci z nejrůznějších oborů. Téměř 9 z 10 oslovených uvedlo, že by raději projevili vůli nebýt resuscitováni, pokud by to jejich stav vyžadoval. „V naší praxi jsme často svědky toho, že intenzivní péče pacientům spíše ubližuje,“ říká vedoucí studie a odbornice na geriatrici Vjeyanthi Periyakoilová.

Výsledky průzkumu mezi lékaři jí podle jejích slov nijak nepřekvapily. „Jako zdravotníci poznáme, kdy terapie pouze prodlužuje proces umírání a není naděje na zlepšení stavu,“ podotýká a zároveň zdůrazňuje, že je sa-

možřejmě rozdíl mezi osobními názory lékařů a péčí, již poskytují svým pacientům. „Více než 80 % nemocných uvádí, že v závěru svého života nechtějí být hospitalizováni či uměle udržováni při životě, ovšem jejich přání často není respektováno,“ píše autoři v komentáři v *PLoS One*. Podle nich však tato skutečnost není způsobena nemocnými či jejich rodinami, ale především přístupem zdravotnických zařízení a lékařů.

## Odměňujeme za léčbu, ne za komunikaci

Když byly výsledky průzkumu porovnány se závěry obdobné práce provedené před více než 20 le-

ty (v době, kdy ještě nebyl v USA platný zákon nařizující nemocnicím, aby zjišťovaly, zda si pacient přeje být resuscitován), autoři zjistili, že názor lékařů se za tu dobu příliš nezměnil. Vjeyanthi Periyakoilová je rovněž přesvědčena, že zákon nařizující zdravotnickým zařízením zjistit, zda si pacient přeje být resuscitován, nesplnil v praxi všechna očekávání. „Přání nemocného by mělo být zaznamenáno ve zdravotnické dokumentaci, archivováno a v případě potřeby zahrnuto do plánu péče o něho, což se ovšem často nestává,“ domnívá se lékařka.

Kongresman Sandy Levin, který byl jedním z autorů zákona při-

jatého v roce 1990, říká, že záměrem legislativy bylo dát pacientovi „pravomoc, aby mohl uplatnit

svá práva v jednom z nejsložitějších období života“. „Myslím, že to byl pro nemocné velmi důležitý krok, protože dostali kontrolu nad svými životy a péčí, jež jim má být poskytnuta,“ doplňuje kongresman.

„Školíme lékaře v tom, aby dokázali zvládnout intenzivní péči, a za tuto práci byli odměňováni. Už je ovšem neučíme ani neodměňujeme za to, aby s pacienty mluvili a ptali se jich na to nejdůležitější,“ uzavírá Vjeyanthi Periyakoilová.

(Zdroj: Reuters)

(kha)



Ilustrační foto: Wikimedia

## Hrozí eroze lékařského tajemství?

Švýcarská lékařská komora upozorňuje, že připravované zákony některých kantonů mohou zásadně ovlivnit institut lékařského tajemství.

### Přílišná benevolence?

Ve Švýcarsku loni 39letý Fabrice A., již dvakrát odsouzený za násilné sexuální činy (s trestem odnětí svobody celkem na 20 let), ubodal nožem 34letou ženevskou sociální terapeutku Adeline M. Vrah byl dopaden několik dnů po činu poblíž polsko-německé hranice, vzápětí média informovala i o tom, že bude zahájeno řízení s ředitelem věznice, který neměl připustit volnější pohyb odsouzeného (tomu totiž byla schválena hipoterapie a při pohybu bez dozoru tak získal možnost napadnout terapeutku při její cestě na pracoviště). Nyní se případem znovu zabývá švýcarská lékařská komora (FMH) s obavou, že navrženými legislativními opatřeními, k nimž sáhly jak kanton Ženeva, tak kanton Wallis, dojde ke znehodnocení lékařského tajemství, neboť úřady se snaží rozšířit povinnost lékařů informovat o citlivých datech pacientů.

### Předpisy jsou dostatečné

FMH poukazuje na to, že šetření prokázalo, že jádrem věci vůbec nebylo lékařské tajemství. Z veškeré dokumentace totiž jednoznačně vyplývala výrazná nebezpečnost vězně, jemuž v žádném případě neměl být povolen pohyb bez dozoru. Prolomení lékařského tajemství je dnes úzce vázáno na několik málo situací (zejména bezprostřední závažné ohrožení druhých osob, při pochybnostech se lékař či zdravotník mají obrátit na příslušné instituce s žádostí o přezkum nutnosti poskytnout informace, pokud nehrozí nebezpečí z prodlení).

FMH argumentuje, že stávající předpisy vše potřebné řeší dostatečně, a proto nejsou žádoucí legislativní změny v této oblasti. Pokud by mělo docházet k širšímu uvolňování citlivých údajů z lékařské dokumentace, pak by mnoho pacientů začalo tajit své zdravotní obtíže (například z obav ze ztráty zaměstnání) a vý-

razně by se narušil vztah mezi nemocným a lékařem a tím i možnost terapie, uvádí vedení FMH.

### Změny v jiných oblastech

„Žádný lékař dnes nezatají informaci, kdyby z ní plynulo ohrožení jiné osoby,“ zdůrazňuje profesní organizace. K některým změnám však podle médií určitě dojde. Vězeňská a obdobná zařízení budou patrně muset daleko častěji využívat externí znalce ke posudkům, než budou moci rozhodnout o rizikovém jedinci. Při kantonálních úřadech pracují speciální komise pro posuzování záležitostí souvisejících s lékařským tajemstvím. Předseda jim právník a kromě lékařů jsou zde zpravidla zastoupeni i pacienti. Komise dohlížejí na to, zda praxe odpovídá předpisům, zda k prolomení do citlivých dat poskytl souhlas pacient a případně zda je v konkrétní situaci odůvodnitelné předat informace bez souhlasu.

Vladimíra Bošková

## Nizozemsko: Boj s podvodny prioritou

Nizozemská ministryně zdravotnictví Edith Schippersová informuje o tom, že jednou z hlavních priorit současné vlády je důsledný boj s podvodny v oblasti veřejných finančních prostředků.

Napříč všemi ministerstvy se prověří účinnost předpisů tak, aby na konci letošního roku byla k této problematice, která se mimo jiné týká i zdravotnictví, připravena efektivnější opatření. Její vládní kolega z ministerstva spravedlnosti ostatně už v květnu ohlásil první legislativní úspěch – nová zákoná opatření mají zejména zamezit zneužití identity občanů či jejich osobních údajů formou falšování dokladů s cílem neoprávněně si zajistit přístup k různým službám na úkor veřejných financí. Podvodů se někdy dopouštějí firmy (například vytvářejí jen fiktivní pracovní místa), ale i jedinci, kteří chtějí získat mimo jiné sociální příspěvky nebo nemocniční péči. Boj s podvodny se týká rovněž daňových úniků.

### Sdílená databáze

Podle Edith Schippersové se každý takový podvodný čin bude trestat přísněji, včetně důsledného vymá-

hání náhrady škody. Nová opatření však mají také více působit preventivně a snížit riziko možnosti spáchání trestného činu. Zákony důsledněji sjednotí všechny relevantní instituce – od obecních úřadů přes regionální správu až po národní instituce. Ve vymezených případech budou tyto subjekty, jimž jsou svěřeny veřejné prostředky, sdílet určité údaje o občanech a právnických osobách. Pokud někdo v určité lokalitě požádá o službu z veřejných peněz, důsledněji se prověří jeho identita, trvalé bydliště aj., aby například nečerpal tytéž dávky ve více lokalitách. V oblasti zdravotního pojištění a čerpání zdravotní péče se prověřuje dokument o identitě občana, ale někdy je nutné předložit i potvrzení od zaměstnavatele a o trvalém bydlišti. Nová opatření také počítají s účinnějším vymáháním náhrady způsobených škod ze zahraničí.

(vla)

# Polsko: Vlna emocí kvůli „Deklaraci víry“ lékařů

Více než 3 tisíce polských lékařů, sester či studentů medicíny podepsaly dokument s názvem „Deklarace víry“, z níž mimo jiné vyplývá, že boží právo stojí nad právem lidí, a tedy i pacientů.

Deklarace byla představena na Jasné Hoře v Čenstochové během slavností u příležitosti kanonizace papeže Jana Pavla II. Text vytesaný do kamene začíná slovy: „Věřím v Boha, pána vesmíru, který stvořil muže a ženy k obrazu svému. (...) Pokud se člověk rozhodne porušit těchto 10 přikázání například tím, že provede interrupci, umělé oplodnění či eutanazii, nebo tím, že použije nebo předepíše antikoncepci, pak odmítá samotného stvořitele.“ Iniciátorkou dokumentu i podpisové akce je 93letá lékařka a profesorka Papežské teologické akademie, blízká přítelkyně zesnulého papeže Jana Pavla II. Wanda Poltawska.

Zatímco v zemi velmi vlivná katolická církev dokument podporuje, ze strany politiků či médií, ale i některých lékařských organizací se na hlavy signatářů snáší vlna kritiky. Podle některých hlasů totiž tito lékaři upřednostňují vlastní vyznání nad zájmy pacientů a „demonstrují svým podpisem svou pýchu, nikoli pokoru před Bohem“, jak píše komentátor deníku *Gazeta Wyborcza*. Novináři dále upozorňují, že se signatáři vlastně veřejně přihlásili k tomu, že budou porušovat nejen Hippokratovu přísahu, ale i platnou polskou legislativu.

## Právo na výhradu svědomí

Odborník na lékařskou etiku profesor Paweł Łuków z Varšavské univerzity však nevidí v podepisování deklarace nic znepokojivého. „Naše společnost je různorodá, lidé mají rozdílné názory. A také mají právo je manifestovat,“ je přesvědčen. Gynekolog a porodník z nemocnice v Trzciance Tomasz Dmochowski tvrdí, že „všechny body deklarace víry jsou v souladu s jeho světonázorem“, ve své praxi pak používá tzv. výhradu svědomí. Pokud jej pacientka požádá o provedení interrupce, odmítne. „Lékař musí brát rovněž v úvahu pacienta, jehož žena nosí v sobě. Potraty nejsme povinni z tohoto důvodu vykonávat,“ říká dr. Dmochowski. Gynekolog a neonatolog prof. Janusz Gadzinowski pak dodává, že podobně nemusejí lékaři

předepisovat hormonální antikoncepci. „Pokud gynekolog usoudí, že antikoncepce je nemorální, nevypíše na ni recept. Já sám tyto přípravky také nepředepisuji,“ říká. Mluvčí jedné z polských organizací zastupujících práva pacientů Krystyna Kozłowska však upozorňuje, že deklarace přinese do vztahu lékař – pacient další problémy, a upozorňuje, že ačkoli lékař může odmítnout poskytnutí péče, jež není v souladu s jeho smýšlením a svědomím, nesmí se to týkat akutních případů, kdy je ohrožen život pacienta. „Lékař má povinnost doporučit jiné zdravotnické zařízení,“ doplňuje Krystyna Kozłowska.

## Tusk: Zákon nad víru

Jedním ze signatářů „Deklarace víry“ je i ředitel gynekologicko-porodnické kliniky varšavské Nemocnice Svaté rodiny Bogdan Chazan. Ten navíc vyvolal pobouření, když odmítl provést interrupci ženě, u jejíhož plodu bylo zjištěno vážné poškození hlavy a mozku. Navzdory tomu, že postižení plodu je zákonným důvodem k provedení umělého přerušení těhotenství (vedle ohrožení života rodičky a početí po znásilnění či incestu), profesor Chazan zákrok s odvoláním na svou víru nevykonal. Žena, která již podala stížnost k ministerstvu zdravotnictví, je tak nucena dítě porodit. Polský premiér Donald Tusk v reakci na uveřejnění případu prohlásil, že platná legislativa musí stát nad osobními postoji lékařů. „Bez ohledu na to, co mu říká jeho svědomí, lékař musí dodržovat zákon. Každý pacient si musí být jist, že lékař bude postupovat v souladu s právními předpisy a se svými povinnostmi,“ uvedl. Magistrát nyní požaduje odvolání Bogdana Chazana a chystá v jeho zdravotnickém zařízení kontrolu. Podle zástupců Svazu demokratické levice (SLD) podpis pod deklarací „diskvalifikuje prof. Chazana jako veřejného činitele“. Případná kontrola na klinice by se měla zaměřit na provádění potratů, především na procento a důvody u případů, kdy byla interrupce odmítnuta. Vzhledem k tomu,

že deklarace odsuzuje nesezdané páry, SLD vznesla dotaz, zda tedy tamní zaměstnanci odmítají péči pacientkám žijícím mimo církevní svazek. To Bogdan Chazan razantně odmítl s tím, že u pacientek rodinný stav nezjišťují, a uvedl, že se na pracovišti běžně předepisuje i hormonální antikoncepci. „Nemám nic proti tomu, když lékař nebo úředník podepíše zcela soukromě deklaraci víry,“ říká náměstek varšavského primátora odpovědný za zdravotnictví Jacek Wojciechowicz. „Nedovedu si ale představit, že by se jeho přesvědčení výrazně dotýkalo pacientů. Nemocnice nejsou instituce náboženské, ale světské. Bez ohledu na lékařovo přesvědčení

má být nemocný léčen v souladu s platnými zákony,“ zdůrazňuje.

## Právnička: Rezignujte!

Také náměstek polského ministra zdravotnictví Slawomir Neumann je přesvědčen, že za samotný podpis není možné lékaře jakkoli postihnout. „Pokud se však nemocnému nedostane od lékaře náležité pomoci, protože se zdravotník bude schovávat za svou víru či podpis deklarace, případně bude místo léků používat svěcenou vodu, pak samozřejmě zasáhne,“ prohlásil Slawomir Neumann v jednom z televizních rozhovorů. Proti lékařům podepsaným pod „Deklaraci víry“ se postavila i skupina jejich kolegů. Polská média citují některé jejich představitele, kteří jsou dokonce přesvědčeni, že signatáři by neměli pokračovat ve své lékařské praxi. „Lékaři, kteří jsou podepsali deklaraci, v níž se píše, že vše je v Božích rukách, by měli na své povolání okamžitě rezignovat a ze zdravotnictví odejít. V ordinacích již nemají co dělat,“ nechala se pak slyšet známá polská právnička prof. Monika Piatek z Varšavské univerzity. „Ne-

vím, zda lékaři, sestry a studenti medicíny četli, co vlastně podepsali. Netuším, zda jednali dobrovolně, nebo pod nátlakem. Podepsali, že lidské tělo a život jsou dary od Boha, a jsou tedy posvátné a nedotknutelné. Tělo podle nich podléhá zákonům přírody, již stvořil Bůh. Kvůli tomuto nároku by měli odejít. Prohlášení je vlastně kacířstvím, protože lékaři se jím považují za rovné Bohu – rozhodují, komu se léčba dostane a komu ne,“ pokračovala právnička v televizním duelu s Andrzejem Jaworskim z konzervativní strany Právo a spravedlnost (PiS). „Jsem překvapen, jaké diletanty máme na vysokých školách,“ reagoval politik na její vystoupení. Podle jeho názoru je deklarace „skvělým dokumentem“, v němž není ani slovo o tom, že jeho signatáři budou v praxi postupovat podle jeho obsahu. „Pouze jim svědomí nedovoluje některé základy, jako je například zabíjení lidí, zejména malých dětí, a odmítají se smířit s eutanazií seniorů, nemocných a trpících,“ uvedl Andrzej Jaworski.

(Zdroje: *NaTemat.pl, Głos Wielkopolski, Gazeta Wyborcza, New Poland Express*) **Květa Havlová**

## Krátce ze světa

- Tisíce **Chilanů** protestovaly v centru Santiaga de Chile kvůli chystané legalizaci potratů. Prezidentka Michelle Bacheletová chce v zemi povolit interrupce v případě ohrožení života matky, životaneschopnosti plodu a otěhotnění po znásilnění. Její záměr odmítají především místní katolíci a pravcová opozice. Parlament by měl o legislativě jednat ještě letos. Podle oficiálních údajů je v Chile každým rokem nelegálně provedeno asi 150 tisíc potratů. Interrupce byla v zemi v souladu se zákonem až do roku 1989, kdy zákrok zakázala diktatura Augusta Pinocheta.
- Úřady v **dánském** okrese Halsnaes se rozhodly bojovat proti vysoké míře interrupcí u dívek tím, že budou vydávat antikoncepční prostředky zcela zdarma. „Máme nejvyšší míru interrupcí u dívek mezi 16. a 24. rokem v celé zemi, a proto také dobrý důvod učinit mladým takovou nabídku,“ komentoval rozhodnutí radní pro oblast péče o rodinu Jan Dehn.
- **Španělská** policie zadržela 13 lidí, kteří jsou podezřelí z prodeje padělaných léků (převážně antibiotik a přípravků na poruchu erekce). Pocházela především z Asie a jejich prodej probíhal prostřednictvím in-

ternetu. Při akci na španělských letečích bylo zadrženo téměř 420 tisíc tablet padělaných léků.

- Od 1. června platí v **Rusku** zákaz kouření v restauracích, barech, hotelech či vlacích. Omezení čeká i prodej cigaret, které se nebudou moci nadále vystavovat v obchodech či prodávát v kioscích. Jedná se o další opatření, jímž se prezident Vladimir Putin snaží podpořit zdravý životní styl Rusů a zastavit pokles počtu obyvatel, který začal po rozpadu Sovětského svazu. Proti záказu se staví nejen tabákové společnosti a samotní kuřáci, kteří jej považují za diskriminaci, ale také provozovatelé barů a restaurací, kteří se obávají poklesu zisků. V Rusku žije okolo 44 milionů kuřáků, jejich podíl v dospělé populaci dosahuje 39% a patří tak k nejvyšším na světě. Putinův kabinet doufá, že do roku 2020 tento podíl sníží na 25%.

- V **Jižním Súdánu** se šíří cholera – úřady evidují nejméně 670 infikovaných a 23 mrtvých. Zároveň varovaly, že se situace bude s největší pravděpodobností nadále zhoršovat. Všichni nakažení pocházejí z hlavního města Džuba, obavy z dalšího šíření panují především v přilehlém uprchlickém táboře, kde

žijí desítky tisíc utečenců, jež vyhnala z domovů vlna etnického násilí plynoucího především z občanské války mezi přívrženci prezidenta Salvy Kiira a rebely podporujícími jeho předchůdce Rieka Machara.

- Nejméně 14 nakažených malárií zaznamenaly úřady v **jihoegyptské** provincii Asuán, u dalších 14 lidí pak existuje podezření na tuto nemoc. Všichni pacienti údajně pocházejí z jedné vesnice. V oblasti již zasahuje speciální tým zdravotníků, kteří se snaží zabránit dalšímu šíření nákazy například rozprašováním insekticidů. Malárie se v posledních letech v Egyptě nevyskytovala. Jednu z nejhorších epidemií země zažila mezi lety 1942 a 1944, kdy se nemocí nakazil asi 1 milion lidí a přibližně 200 tisíc jí podlehl.
- **Sierra Leone** hlásí nejméně 5 obětí viru Ebola, úřady prověřují dalších 11 úmrtí. Všichni zemřelí pocházejí z jihovýchodní části země, jež sousedí s Libérií a Guineou, kde epidemie Eboly vypukla na jaře a vyžádala si více než 200 lidských životů. Světová zdravotnická organizace (WHO) již oznámila, že poskytne Sierře Leone pomoc v podobě lékařského personálu a zdravotnického materiálu. (Zdroje: ČTK, Medindia) **(kha)**

## ZE ZAHRANIČÍ

# V paliativní péči panují propastné rozdíly

Téměř 18 milionů lidí, především v rozvojovém světě, každoročně umírá ve zbytečných bolestech, protože nemá přístup k potřebným lékům.

Podle Světové aliance pro paliativní péči (WPCA), jež uvedený údaj zveřejnila, jsou na vině mimo jiné restriktce, které v řadě zemí u léků na bolest (například u morfinu) platí kvůli neodůvodněné míře strachu ze vzniku závislosti u pacientů. Omezený přístup k léčbě pak má za následek zbytečné utrpení u pacientů s nevy léčitelnými chorobami. Například v Etiopii jsou doloženy případy, kdy onkologicky nemocní raději spáchali sebevraždu, aby unikli bolesti.

## Příklad z Ugandy

Ne všechny africké země však umírající pacienty opomíjejí – světlou výjimkou je například Uganda, která se nedávno zaměřila na paliativní péči. Největší z organizací pomáhajících nevy léčitelným nemocným, *Hospice Africa Uganda*, školí dobrovolníky vyhledávající tyto pacienty. Navíc země vyrábí vlastní perorální formu morfinu.

Jednou z pacientek, jíž se díky *Hospice Africa Uganda* dostalo potřebné péče, je i 48letá Betty Naigaová, které lékaři před 2 lety diagnostikovali karcinomu prsu. Protože neměla dostatek finančních prostředků na léčbu, nádor narostl do rozměrů fotbalového míče a Betty trpěla nesnesitelnými bolestmi. „Nemohla jsem spát, nedokázala jsem nic dělat. Bolest byla nesnesitelná. Rezignovala jsem na život, přála jsem si zemřít,“ popisuje žena, která v tomto stavu strávila více než rok. Pak ji objevil dobrovolník z *Hospice Africa Uganda*, zprostředkoval Betty chemoterapii a především morfin. „Můj život se obrátil zcela naruby, léky mi pomáhají zmírnit utrpení,“ říká věčně Betty Naigaová. Uganda je bohužel mezi rozvojovými zeměmi spíše výjimkou.

Některé státy, například Afghánistán či Libye, paliativní péči vůbec neznají. V Pákistánu ji podle odhadů z roku 2012 potřebovalo na 350 tisíc obyvatel, dostává se však pouhým 3 stovkám. V celé zemi působí jen dva poskytovatelé tohoto typu péče. Podobně jsou na tom i další státy – Mozambik v roce 2012 zprostředkoval paliativní péči 153 ze 100 tisíc pacientů, Maroko pak 153 z 80 tisíc potřebných. Na opačném konci pomyslného žebříčku pak stojí Rakousko, kde připadá 1 poskyto-

vatel paliativní péče na 160 obyvatel, ve Velké Británii se v roce 2012 dostalo potřebné péče 97 % paliativních pacientů.

## Nevědomost a strach

Jak WPCA uvádí, morfin patří mezi relativně levné přípravky a je zařazen k mezinárodně monitorovaným léčivům, takže jeho roční zásobu musejí jednotlivé státy objednávat prostřednictvím Mezinárodního výboru pro kontrolu drog (INCB). Některé země však neobjednávají dostatečné množství morfinu, jiné pak prakticky žádné.

Podle dr. Stephena Connora z WPCA existuje několik důvodů, proč tomu tak je, včetně již zmíněného strachu ze závislosti. „Vlády většinou jednájí v důsledku neznalosti věci, nevědí, co je paliativní péče a že je možné trpícím pacientům ulevit,“ je přesvědčen dr. Connor. „Policisté se učí, že každá psychoaktivní látka rovná se droga, vůči níž si uživatel vytvoří závislost. Nechápu, že pokud nemocný trpící bolestí užije lék na její ztišení, ‚nesjede‘ se, ale uleví se mu od bolesti,“ dodává.

Stejně tak se musí podle Stephena Connora změnit přístup samotných lékařů. Ve většině rozvojových zemí nejsou v paliativní péči nijak školeni, dokonce ani v možnostech léčby bolesti. Mnozí se pak silné léky proti bolesti bojí předepsat ze strachu, že by pacienta usmrtili nebo by u něho spustili závislost. „Je celkem snadné změnit legislativu či regulace, ale pokud se nezmění samotný přístup k této problematice, nezmění se vlastně nic. Když jste lékař, který je naučený poskytovat péči určitým způsobem, budete v něm pokračovat i nadále,“ obává se dr. Connor.

## Nedostatek vs. zneužívání

Zatímco v některých částech světa se lidé k lékům proti bolesti nedostanou, v jiných panují obavy z jejich nadměrného předepisování a nadužívání. „Zneužívání těchto přípravků se například stává jednou z hlavních příčin úmrtí ve Spojených státech amerických,“ upozorňuje prezident INCB Lochan Naidoo a dodává, že je třeba najít rovnovážný přístup k této problematice. „Ačkoli varujeme před negativními dů-

sledky, jež z nadměrného užívání zmíněných přípravků vyplývají, nechceme v žádném případě snížit jejich dostupnost v zemích, které tyto léky potřebují,“ ujišťuje Lochan Naidoo.

V květnu letošního roku Světová zdravotnická organizace (WHO) schválila rezoluci, k níž se připojilo všech 194 členských států, ve které se tyto země zavazují učinit v rámci svých zdravotnických systémů z paliativní péče jednu z priorit. Jak říká zástupce WHO dr. Edward Kelly, tím, že populace celosvětově stárne, stává se potřeba této péče stále naléhavější. „Stárneme všichni a s tím se zvyšuje počet pacientů s onkologickými onemocněními, diabetem, kardiovaskulárními chorobami a dalšími. Jsme navíc schopni poskytovat stále kvalitnější zdravotní péči a tím udržujeme lidi déle při životě. Nutnost péče o nemocné na konci života se proto zvyšuje,“ říká dr. Kelly. „Řada zemí ale bojuje s tím, že nemá pro zdravotnictví dostatek finančních prostředků, takže zůstává



Ilustrační foto: Shutterstock

otázkou, jak by dokázaly spustit nové programy paliativní péče,“ připouští na závěr.

(Zdroj: Tulip Mazumdarová, BBC)

(kha)

## Nové poznatky o počtu obětí i přenosu MERS

Saúdská Arábie oznámila, že skutečný počet obětí koronaviru MERS je téměř o 50 % vyšší, než dosud uváděly oficiální údaje. Rovněž počet nakažených narostl o pětinu. Uveřejněna byla navíc studie dokazující spojitost mezi MERS a velbloudy.

Navyšení počtu nakažených a zemřelých ve statistikách způsobila kontrola všech dat týkajících se šíření MERS (jenž se v zemi objevil v roce 2012), kterou v květnu nařídilo saúdskoarabské ministerstvo zdravotnictví. Celkové množství potvrzených případů nákazy tak stoupl o 575 na 688, počet obětí se zvýšil ze 190 na 282. Mortalita vzrostla ze 33 na 41 %.

### Další personální čistka

Ministerstvo zdravotnictví nicméně ujistilo, že navzdory zvýšeným údajům o počtu nakažených a zemřelých se šíření MERS v Saúdské Arábii v posledních několika týdnech nejspíše zpomaluje. Kvůli nákaze se nyní léčí 53 pacientů, 353 se uzdravilo. Tiskový mluvčí Světové zdravotnické organizace (WHO) uvedl, že vítá snahu o zpřesnění a doplnění informací o infekci MERS. Na dotaz ohledně zvýšené úmrtnosti na virus odpověděl, že se stále jedná o relativně malou skupinu v porovnání s celkovou populací.

Saúdskoarabské ministerstvo uvedlo, že přijalo nová opatření, která mají zlepšit sbírání a vyhodnocování dat, včetně standardizace

testování vzorků a nových *guidelines* k jejich popisování a skladování. Ministr zdravotnictví Adel Fakhieh oznámil, že v souvislosti s MERS odvolal svého náměstka Ziyada Memishe v reakci na kritiku ze strany mezinárodního vědeckého společenství, podle něhož saúdskoarabské úřady nezvládaly krizi po vypuknutí MERS a dostatečně nespolarovaly se specializovanými laboratoři, které jim nabízejí pomoc.

„Infekční choroby nerespektují státní, náboženské či kulturní hranice, takže naprostá otevřenost a upřímnost společně s včasnou izolací a léčbou jsou tím nejlepším postupem pro minimalizaci počtu obětí, dokud se nepodaří definitivně identifikovat zdroj nákazy a způsob jejího šíření,“ upozorňuje britský virolog Ian Jones.

### Genetika ukazuje na velbloudy

Jako o zdroji šíření koronaviru MERS na člověka se nejčastěji uvažovalo o velbloudech jednohřbých. Nyní bylo toto podezření potvrzeno případem dokumentovaným v Saúdské Arábii. Studie uveřejněná

v *New England Journal of Medicine* zjistila stejný virus jak u velbloudů, tak i jejich 44letého majitele, který infekci MERS podlehl. Muž vlastnil 9 velbloudů, kteří podle svědků onemocněli krátce před tím, než se nakazil on sám. Analýza vzorků koronaviru pocházející od zvířat i člověka prokázala, že sekvence celého genomu je u obou vzorků identická. „Naše poznatky jasně ukazují, že MERS se na člověka přenáší prostřednictvím blízkého kontaktu s infikovanými velbloudy,“ píše autoři studie.

Virolog Jonathan Ball z Nottinghamské univerzity připomenul, že je to poprvé, co byla spojitost mezi dromedáry a nákazou MERS mezi lidmi potvrzena geneticky. „Zatím však není jisté, jak k nákaze dochází. Nejčastěji se zmiňuje přenos prostřednictvím respiračních cest, ale zjištěny byly i vysoké koncentrace koronaviru ve velbloudím mléce,“ upozorňuje profesor Ball a zdůrazňuje, že pro objasnění dosud nezodpovězených otázek týkajících se MERS a jeho šíření je třeba řady dalších výzkumů.

(Zdroj: Reuters, BBC)

(kha)

# Na pomoc zraněným z občanské války v Sýrii

**MUDr. Ondřej Měšťák** z Kliniky plastické chirurgie 1. LF UK a Nemocnice Na Bulovce se nedávno vrátil z desetidenní mise v Jordánsku. V rámci „Treating Wounded Syrian Program“ poskytoval lékařskou péči obětem syrského konfliktu. Během svého pobytu vyšetřil na 40 lidí a provedl 25 operací.

Syrská občanská válka, trvající více než tři roky, si doposud vyžádala životy nejméně 300 tisíc lidí. V současné době je Sýrie rozdělena na oblasti ovládané režimem a povstalci. „Povstalecké“ regiony jsou zcela odříznuty od okolního světa. Panuje zde absolutní nedostatek jídla a přes obrovské množství zraněných z dlouhotrvajícího vojenského konfliktu v těchto oblastech není prakticky žádná lékařská péče. Skupina syrských lékařů proto před 1,5 rokem vytvořila sofist-



Foto: archiv MUDr. Ondřeje Měšťáka

kovaný systém „Treating Wounded Syrian Program“ poskytující lékařskou pomoc obětem syrského konfliktu. Pacienty vyžadující daný typ péče vyhledávají ve vnitrozemí Sýrie, na hranicích je pak třídí dle typu zranění. Ti s nejtěžšími úrazy jsou odesláni do nemocnice v hlavním městě Jordánska Ammánu. Méně závažné případy ošetřuje tým lékařů bez hranic přímo na hranicích. Pacienti cestují vlastní dopravou, jede se tím, čím to jde. Hranice mohou přecházet pouze v oblastech ovládaných opozicí.

## Užitečný druhý názor

Spolu s MUDr. Martinem Boháčem z Kliniky plastické chirurgie LF Univerzity Komenského a Univerzitní nemocnice Bratislava jsme se do programu zapojili na začátku letošního května. Plánovali jsme zůstat jeden týden, nakonec z toho bylo 10 dní, abychom mohli odoperovat všechny naplánované pacienty. V průběhu mise jsme vyšetřili asi 40 pacientů a provedli 25 operací. Nejčastějšími výkony byly debridementy, kožní štěpy, laloky, tenolýzy a šlachové transfery. Provedli jsme také jednu rekonstrukci *n. medianus* v oblasti předloktí štěpem *n. suralis*. U části pacientů začaly s péčí předchozí týmy a my v ní dále pokračovali. Vyšetřili jsme také několik pacientů a parézou brachiálního plexu.

Práci v týmu dvou plastických chirurgů jsem shledal jako velmi přínosnou. Případy, které jsme řešili, často velmi složité, byly dosti odlišné od těch, které léčíme doma. Druhý názor byl proto velmi důležitý.

Byli jsme také překvapeni, jak kvalitně byla nemocnice vybavena. Disponovali zde všeskerým materiálem, který jsme potřebovali pro většinu plastickochirurgických zákroků. Jediné vybavení, které jsme více postrádali, byl operační mikroskop. Někteří námi vyšetřeni pacienti, nejčastěji s ránami v oblasti dolní třetiny bérce, byli indikováni k přenosu volných tkáňových celků, kde mikroskop potřebujeme. Organizace LEAP se nyní pokouší dodat mikroskop a vhodné nástroje, aby nadcházející mise mohly provádět i mikrochirurgické výkony.

## Dobrovolně na vlastní náklady

V Jordánsku jsou pro činnost programu pronajata dvě lůžková patra a tři sály v jedné z ammánských nemocnic. Lékařský tým programu je složen ze syrských lékařů, kteří v Jordánsku nemohou legálně pracovat, a jsou proto zastřešeni jordánskými lékaři. Syřané v Jordánsku nemohou léčit, takže vykonávají většinou

## ZAHRANIČNÍ ZKUŠENOST



**MUDr. Martin Boháč a MUDr. Ondřej Měšťák rekonstruují *n. medianus* v oblasti předloktí přenosem štěpu *n. suralis*.** | Foto: archiv MUDr. Ondřeje Měšťáka

administrativní a řídicí funkce. Přístup místního lékařského personálu byl nesmírně přátelský, snažili se nám pomoci se vším potřebným.

Specialisté jako třeba ortopedi nebo plastičtí chirurgové přicházejí z ciziny. Účast nás plastických chirurgů, kteří jsme členy mezinárodní společnosti ISAPS (International Society of Aesthetic Plastic Surgery), zajišťuje americká organizace LEAP. Ačkoli spolupráce se syrským programem začala teprve před několika měsíci a účast se založena na dobrovolnictví (hradili jsme si všechny cestovní náklady a ubytování), je plán pro nadcházející týden překvapivě zaplněn. V programu pracují také zahraniční specialisté z jiných oborů. V průběhu pobytu jsem se setkal s několika lékaři z ciziny – ortopedem ze Saúdské Arábie s vlastním anesteziologem a odborníci na infekční choroby z Velké Británie.

Lékaři programu jsou vděční za jakýkoli zdravotnický materiál. Před odjezdem do Jordánska jsem proto kontaktoval několik dodavatelů zdravotnických prostředků. Ochota poskytnout nám vybavení byla velká. Dostali jsme šicí materiál od firmy Chirmax a rouškování od společnosti Hartmann. Od firmy Batist jsme získali tak velké množství materiálu (300 kg rouškovacích setů), že se jej nepodařilo přepravit komerční linkou a po dohodě s vojenským atašé české ambasády Martinem Cermanem jej budeme transportovat společně s misí armádních chemiků na podzim 2014.

## Podpora z diplomatických kruhů

V průběhu pobytu jsme dostali pozvání na českou ambasádu v Ammánu, kde nás přijal velvy-

slanec Petr Hladík. Právě probíhal vojenský veletrh, takže byl přítomný také náměstek ministra obrany Tomáš Kuchta. Zástupci ambasády se o „Treating Wounded Syrian Program“ velmi zajímali. Delepace z ambasády se přišla podívat i do nemocnice. Byl jim přestaven celý program a prošli si oddělení. Syrští lékaři věděli o české misi kardiochirurgů MEDEVAC, která v Jordánsku poskytovala pomoc syrským uprchlíkům v roce 2013. Zástupci velvyslanectví podle svých slov doufají, že se misi MEDEVAC do Sýrie podaří zopakovat i v nejbližším roce.

## V plánu je samostatná funkční jednotka

Od začátku programu již bylo ošetřeno 1000 pacientů (v naprosté většině těžká zranění) a provedeno 2500 operací. Většina raněných podstupuje více než jednu operaci. Příčinou úrazů jsou zpravidla barelové bomby, střelné zbraně a popáleniny. Nejčastěji řešená poranění jsou úrazy končetin – od tříštivých otevřených zlomenin přes traumatické amputace, poranění velkých cév či poranění břišní dutiny až po kraniotraumata. Z výčtu nejčastějších diagnóz vyplývá potřeba řady odborností, zejména ortopedie, cévní chirurgie, neurochirurgie, plastické chirurgie a anesteziologie. I proto jsem cítil, že je naše práce velmi prospěšná. Jelikož je v programu nedostatek specializovaných odborníků, je znát, že naše zapojení vede ke změně. Na podzim 2014 plánujeme další misi, do které bychom chtěli zapojit také ortopeda a anesteziologa. Tak se staneme samostatně funkční jednotkou.

zpracovala Petra Klusáková



**MUDr. Boháč provádí rekonstrukci defektu třísla lalokem *tensor fasciae latae*.** | Foto: archiv MUDr. Ondřeje Měšťáka



**Závažné poranění horní končetiny s otevřenou zlomeninou předloketních kostí a ztrátou tkáně v oblasti dlaně, defekt dlaně krytý VAC systémem.** | Foto: archiv MUDr. Ondřeje Měšťáka

## TÉMA ČÍSLA

# Podpora porodních asistentek se vyplácí

Podpora vzdělání a kompetencí porodních asistentek vede prokazatelně celosvětově ke snižování úmrtnosti novorozenců a lepšímu zdraví matek. Konstatoval to 30. kongres Mezinárodní konfederace porodních asistentek, který se počátkem června uskutečnil v Kongresovém centru Praha.

K 96 % všech úmrtí rodiček, 91 % případů mrtvě narozených dětí a 93 % úmrtí novorozenců dochází pouze v 73 zemích světa. Jedná se o země africké, asijské a latinskoamerické, které lze současně označit za regiony s nízkými a středními příjmy.

Uvedená statistická data přinesla zpráva, kterou v Praze zveřejnil Populační fond OSN (UNFPA) spolu s Mezinárodní konfederací porodních asistentek (ICM), Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a dalšími partnery.

Uvedené organizace spatřují hlavní příčinu problému v nedostatku kvalifikovaných porodních asistentek a naléhavě vyzývají k investicím do jejich vzdělávání. V těchto zemích totiž působí jen 42 % z celosvětového počtu porodních asistentek, sester a lékařů – dostupnost potřebné péče je tak neuspokojivá.

## Dostupnost kvalitní péče

Podle výkonného ředitele UNFPA Babatunde Osotimehina jsou po-

rodní asistentky výrazným přínosem pro zdraví rodiček i novorozenců a přispívají tak k dobrému stavu celých komunit. „Přístup ke kvalitní zdravotní péči je základem lidským právem. Vyšší investice do péče poskytované porodními asistentkami jsou klíčem k tomu, aby toto právo mohly využívat všechny ženy,“ zdůraznil.

Základními faktory úspěchu jsou podle autorů zprávy dostupnost, přístupnost, přijatelnost a kvalita péče poskytované porodními asistentkami. Pouhé navyšování jejich počtu v nejproblematičtějších zemích však podle UNFPA změnu k lepšímu nepřinese, zásadní je proto i zlepšení kvality skrze lepší vzdělání porodních asistentek. K zajištění přístupu k péči porodních asistentek by státy měly připravit tzv. balíčky minimálního garantovaného ošetření. Ty by měly podle UNFPA zahrnovat bezplatné základní služby péče o reprodukční zdraví, zdraví matek a novorozenců.

Podle prezidentky ICM Frances Dayové-Stirkové je činnost porodních asistentek pro tento typ péče i pro životy rodiček a novorozenců nepostradatelná. „Tam, kde je dostupnost institucionalizované péče horší, je kompetentnost porodních asistentek klíčová pro bezpečí rodiček i jejich dětí. Více porodních asistentek v těchto zemích znamená více zachráněných životů rodiček i jejich dětí,“ konstatovala prezidentka ICM.

## Kompetence a kompetentnost

„Stále není k dispozici dostatek odpovídajícím způsobem vzdělaných porodních asistentek zajišťujících zdravotní péči o ženy a děti. Jen 22 procent sledovaných států má dnes potenciálně dostatečný počet adekvátně vyškolených porodních asistentek k uspokojování základních potřeb žen a novorozenců. V 78 procentech zemí je vážný nedostatek porodních asistentek, což vede ke zbytečným úmrtím matek a novorozenců,“ konstatovala UNFPA. Podle údajů Populačního fondu OSN platí, že pokud jsou porodní asistentky vyškoleny dle mezinárodních standardů a v rámci plně funkčního zdravotnického systému, mohou zajistit přibližně 90 % nutné péče o rodičky a novorozence.



Ilustrační foto: archiv MUDr. Tomáše Šebela/Haiti

Ačkoliv Česká republika nepatří mezi země, které by měly – ve srovnání se zmíněnými regiony – problémy s úmrtností rodiček či novorozenců, i zde se již dlouho hovoří o nutném posílení kompetencí porodních asistentek, které jsou u nás podle zástupců této profese oproti tzv. západním zemím poměrně malé.

Role porodních asistentek by se měla posílit i podle ministra zdravotnictví Svatopluka Němečka, podle něhož má na ministerstvu začít fungovat nová pracovní skupina, jež by se touto problematikou měla zabývat. „Zřízení komise je reakcí na novou vzdělávací směrnici EU týkající se právě porodních asistentek. Toto pravidlo chceme překlomit do čes-

ké praxe. Hledáme ideální cestu spolupráce mezi porodnicemi a asistentkami a chceme oživit diskusi týkající se role asistentek během porodu, která by dle mého názoru měla být posílena,“ řekl ministr Němeček.

Ministerstvo v této souvislosti již v březnu tohoto roku podepsalo se zástupkyněmi všech sdružení porodních asistentek působících v České republice memorandum o spolupráci, ve kterém se zavazuje ke společnému úsilí při změně koncepce porodní asistence u nás jakož i k úpravám negraduálního a postgraduálního vzdělávání porodních asistentek. Změna v těchto oblastech se totiž neobejde bez legislativních změn. (fkc)

## Cesta do roku 2030

Zpráva nastiňuje vizi, podle které by měly mít do roku 2030 všechny ženy v reprodukčním věku, a to včetně adolescentních dívek, univerzální přístup k péči porodních asistentek.

Počet těhotenství zůstane podle odhadů do roku 2030 na celém světě v nezměněné výši, tj. 166 milionů za rok. Aby země vyrovnaly nedostatek porodních asistentek a zlepšily dostupnost jejich péče, musejí posílit legislativu i plánování.

Initiativa *Midwifery 2030. A Pathway to Health* nastiňuje hlavní směry plánování a opatření, jež pomohou zvýšit míru přežití rodiček a novorozenců a přispějí ke zdravému životu komunit. Doporučení zahrnují:

- pozdější uzavírání sňatků;
- dokončení druhého stupně základního vzdělání;

- zajištění sexuální výchovy pro chlapce i dívky;
- používání prostředků antikoncepce k ochraně před HIV;
- plánování rodiny s využitím moderních antikoncepčních metod;
- péče o zdraví žen během těhotenství;
- přístup alespoň ke čtyřem prohlídkám v rámci přípravy na porod a plánování řešení akutních situací;
- požadování a přístupnost profesionální podpůrné a preventivní péče poskytované porodními asistentkami;
- zapojení žen do rozhodování o tom, jaké péče se jim a jejich novorozenci dostane;
- poskytování společné a účinné péče celého porodnického týmu, pokud žena potřebuje urgentní ošetření.

(Zdroje: UNFPA, ICM, WHO)

## Globální výzva

**Na záchranu životů více žen a novorozenců prostřednictvím péče porodních asistentek musejí státy zahrnuté do zprávy:**

- Dbát na kvalitní vzdělávání porodních asistentek, regulaci jejich činnosti a efektivní řízení lidských i finančních zdrojů.
- Podporovat kvalitní vzdělávací programy pro porodní asistentky.
- Podpořit regulační opatření a legislativu upravující praxi porodních asistentek.
- Zajistit péči porodních asistentek

adekvátní postavení v rámci národních rozpočtů na zdravotnictví a zaručit všeobecnou základní finanční ochranu všech žen.

- Podporovat služby poskytované porodními asistentkami a zajistit, aby k nim měly přístup všechny ženy.
- Poskytovat vysoce kvalitní péči, která bude ženám a jejich rodinám místně dostupná, a v případě potřeby zajistit bezproblémový transport na pracoviště vyšší úrovně.
- Zvýšit způsobilost porodních asi-

stentek k život zachraňujícím úkonům ve zdravotnických zařízeních.

- Posilovat pozici a zvyšovat počet profesních organizací porodních asistentek.
- Rozvíjet a uplatňovat systém udělující porodním asistentkám povolení k výkonu činnosti a formulovat požadavky na další vzdělávání a obnovování licencí.
- Shromažďovat a poskytovat přesné informace týkající se činnosti porodních asistentek.

(Zdroje: UNFPA, ICM, WHO)



# Kompetence porodních asistentek nejsou v ČR naplňovány

Na jaké úrovni je dnes v České republice porodní asistence a jak by se měla do budoucna změnit koncepce tohoto oboru? Na tyto a další otázky jsme se ptali pověřené prezidentky České konfederace porodních asistentek **Mgr. Věry Vránové, Ph.D.**

## ROZHOVOR



Foto: archiv Věry Vránové

**Hlavním tématem kongresu Mezinárodní konfederace porodních asistentek byla špatná úroveň dostupnosti této péče v některých zemích Afriky, Asie a Jižní Ameriky. Kde se v mezinárodním srovnání nachází Česká republika?**

V České republice je v současné době asi 4500 registrovaných porodních asistentek. Většina z nich pracuje na porodnicko-gynekologických odděleních a klinikách. V komunitním prostředí působí asi 200 porodních asistentek. Jejich dostupnost je tedy saturována v porodnicích, ale je nedostatečná v komunitním prostředí. Tato situace je podobná v mnoha středoevropských zemích.

**Babictví má samozřejmě velkou tradici. Jak se změnil význam porodní asistence za posledních přibližně 100 let?**

V období před 100 lety pracovaly porodní asistentky samostatně, sledovaly těhotné ženy, asistovaly jim u porodu v domácím prostředí a následně pečovaly o matku a novorozence, poskytovaly rady ženám i jejich rodinám. Měly profesní sdružení a byly jednotné ve své profesi.

**Čemu by se mohly dnešní porodní asistentky učit od svých předchůdkyň?**

Tradičním praktickým dovednostem v porodní asistenci, trpělivosti a pokoře při péči o ženu a novorozence a profesní hrdosti.

**Kde naopak vidíte pokrok?**

Ve vzdělávání pro porodní asistentky, které probíhá na vysokých školách, a v pokroku medicíny obecně.

**Podle UNFPA má být péče o rodičky nejen dostupná, kvalitní a přístupná, ale také přijatelná. Poslední jmenovaná podmínka evokuje i zdejší mediální evergreen – domácí porody. Jak se k nim stavíte?**

Prakticky většina porodů začíná v domácím prostředí. Porod je proces skládající se ze 3 (4) porodních dob, které jsou různě dlouhé, a přímo narození dítěte je druhá doba porodní. Neexistuje

platný standard k vedení porodu mimo zdravotnické zařízení, a tak se na jeho vedení mohou podílet i laici – nezdravotníci. V České republice se narodí 2 až 4 procenta dětí mimo porodnici.

**A váš osobní názor na domácí porody?**

Musí být jasně stanovený standard pro poskytování této péče, to znamená, že poskytovatel (porodní asistentka) musí mít určitou úroveň odborného vzdělání, délku praxe v porodní asistenci, měl by být doporučen i počet osob u porodu, povinné materiálně-technické vybavení, standardní dokumentace, zajištění péče při vzniku komplikací. Za dodržení těchto podmínek si myslím, že by bylo možné poskytovat péči při porodu mimo zdravotnické zařízení (porodní dům, domácí prostředí rodičky) porodní asistentkou. Tyto podmínky musejí být naprosto přesně konkretizovány, zde předkládám jen velmi stručný nástin.

**Které budoucí změny v oblasti porodní asistence považujete za nejdůležitější a reálně nejakutnější v případě České republiky?**

Je třeba respektovat mezinárodní definici porodní asistentky ICM a naplňovat kompetence dle platné legislativy EU a ČR. Podpořit a rozšířit komunitní péči v porodní asistenci.

**Většina z nás jistě nezná znění této mezinárodní definice. Mohla byste ji našim čtenářům přiblížit?**

Světová zdravotnická organizace (WHO), Mezinárodní konfederace porodních asistentek (ICM) a Mezinárodní federace gynekologů a porodníků (FIGO) vytvořily v roce 1972 dokument nazvaný „Definition of the Midwife“ (Definice porodní asistentky). Znění tohoto dokumentu bylo poprvé upraveno v roce 1990, podruhé v roce 2005. Pro pořádek tedy uvedu přesné znění definice, které je dle mého názoru jasné a přehledné:

- Porodní asistentka je osoba, která úspěšně ukončila oficiální vzdělávací program pro porodní asistentky uznávaný v dané zemi

a dosáhla tak požadované kvalifikace pro získání registrace – úředního povolení k výkonu povolání porodní asistentky.

- Porodní asistentka je uznávána jako plně zodpovědný zdravotnický pracovník, který pracuje jako partner ženy, poskytuje jí potřebnou podporu, péči a radu během těhotenství, porodu a v době poporodní, vede porod na svou vlastní zodpovědnost, poskytuje péči novorozencům a dětem v kojeneckém věku. Tato péče zahrnuje preventivní opatření, podporu normálního porodu, zjišťování komplikací u matky nebo dítěte, zprostředkování přístupu k lékařské péči nebo jiné vhodné pomoci a provedení nezbytných opatření při mimořádně naléhavé situaci.
- Porodní asistentka má důležitou úlohu ve zdravotním poradenství a vzdělávání nejen žen, ale i v rámci jejich rodin a celých komunit. Tato práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a může být rozšířena i do oblasti zdraví žen, sexuálního nebo reprodukčního zdraví a péče o dítě.

- Porodní asistentka může vykonávat svou profesi v jakémkoli prostředí, včetně domácího, ambulantních zdravotnických zařízení, nemocnic, klinik nebo zdravotnických středisek.

**S ministerstvem zdravotnictví jste před časem podepsaly memorandum o spolupráci. Čeho už jste společnými silami dosáhli a kdy se české porodní asistentky dočkají prvních klíčových změn v koncepci jejich oboru?**

Na Ministerstvu zdravotnictví ČR bylo toto memorandum podepsáno dne 12. března 2014, a to zástupkyněmi čtyř profesních sdružení porodních asistentek v České republice. V jeho textu se mimo jiné hovoří o potřebě vytvoření jasné koncepce porodní asistence, o nutnosti úpravy pregraduálního a postgraduálního vzdělávání a o spolupráci s MZ ČR na úpravě legislativy spojené s výkonem povolání porodní asistentky.

V současné době byla ministrem jmenována pracovní skupina, ve které jsou zástupkyně jednotlivých profesních sdružení porodních asistentek a také zástupci vzdělavatelů. Pracovní skupina se teprve seje na svém prvním zasedání a bude naplňovat body z memoranda.

**Jak by se do budoucna měly rozšířit kompetence porodních asistentek?**

Kompetence není třeba rozšiřovat, ale naplňovat dle platné legislativy (viz rámeček níže).

## Legislativa EU a ČR vztahující se na porodní asistentky

**Legislativa EU:** Směrnice Evropského parlamentu a Rady 2013/55/EU ze dne 20. listopadu 2013, kterou se mění směrnice 2005/36/ES o uznávání odborných kvalifikací, včetně vzdělávání, jež je výchozí normou pro legislativu ČR nejen pro porodní asistentky.

**Legislativa ČR:** Vyhláška 55 ze dne 1. března 2011 o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, kde je v § 5 uvedena Porodní asistentka.

**Výběr příslušných činností – kompetencí:**

- Porodní asistentka vykonává činnosti bez odborného dohledu a bez indikace, poskytuje péči těhotné ženě, rodičí ženě a že-

ně do šestého týdne po porodu a pacientkám s gynekologickým onemocněním a provádí edukační činnost mimo jiné v oblasti výchovy k reprodukčnímu zdraví u všech věkových skupin dívek a žen, chlapců a mužů.

- Těhotné ženě poskytuje informace o životasprávě v těhotenství, přípravě na porod a péči o novorozence a o kojení. Sleduje ženu s fyziologickým těhotenstvím v rámci prenatální poradny – její stav a stav jejího budoucího dítěte. Provádí návštěvy v rodině těhotné ženy, ženy do šestého týdne po porodu a gynekologicky nemocné a sleduje jejich zdravotní stav.

**Podílíte se i na vzdělávání a výchově nových porodních asistentek. Kompetence však nejsou to samé co kompetentnost. Jsou naše porodní asistentky připraveny na větší odpovědnost?**

V rámci vzdělávání v bakalářských studijních programech jsou budoucí porodní asistentky na zodpovědnost za svou práci připravovány.

**Domníváte se však, že jsou skutečně připraveny?**

Myslím si, že všechny porodní asistentky ještě připraveny nejsou, vzhledem k současnému neumožnění naplňování kompetencí dle legislativy. V mnoha porodnicích jsou spíše asistentkami lékaře-porodníka a svou odbornou práci – tedy samostatně vést porod a provádět všechny činnosti s tím spojené – provádět nemohou. Také ze strany neonatologů není porodním asistentkám umožněna činnost – nemohou provádět první ošetření novorozence, nemohou, a někde dokonce ani nesmějí ženě pomáhat s kojením...

Náprava bude možná ještě novelizací legislativy a jejím dodržováním a dále celoživotním vzděláváním všech porodních asistentek nejen v oblasti porodní asistence, ale také v právnických a etických otázkách.

Filip Kút Citores

- Připravuje ženu k porodu, pečuje o ni ve všech dobách porodních a vede fyziologický porod, včetně případného nástřihu hráze, kterou také ošetřuje. Poskytuje péči fyziologickému novorozenci a provádí jeho první ošetření včetně případného zahájení okamžité resuscitace. Svou činnost může provádět v jakémkoli prostředí.
- Porodní asistentky by mohly poskytovat prenatální poradenství u žen s fyziologicky probíhajícím těhotenstvím ve větším rozsahu samostatně, v současné době je poskytováno hlavně lékaři. Také je potřeba rozšířit poporodní péči, která by měla být poskytnuta všem ženám v jejich domácím prostředí a zrušit indikaci lékaře k této činnosti.

(Zdroj: ČKPA)

## AKTUALITY

# Vliv poruchy štítné žlázy v těhotenství na vývoj plodu

Díky vzájemné spolupráci endokrinologické ambulance pro těhotné a ambulance klinické psychologie v Nemocnici Havlíčkův Brod, p. o., vznikl projekt zkoumající možný dopad poruchy funkce štítné žlázy v těhotenství na rozvoj rozumových schopností dětí.

Pod odbornou garancí prof. MUDr. Jiřího Horáčka, CSc., a 2. interní kliniky LF UK a FN Hradec Králové vznikl v ČR unikátní projekt zaměřený především na dopady mírnějších forem onemocnění štítné žlázy na vývoj plodu. „Ve studii jsme se zaměřili na výkon rozumových schopností, tedy stanovení IQ u dětí, jejichž matky se v průběhu těhotenství léčily s poruchou funkce štítné žlázy, a porovnali tyto výsledky s dětmi, u jejichž matek se takový problém nevyskytl. Cílem

našeho výzkumu bylo zjistit, zda dochází k významnému snížení výkonu rozumových schopností u dětí matek s tyreopatií, a také upozornit zdravotní pojišťovny na potřebu provádět vyšetření štítné žlázy u těhotných žen a plně toto vyšetření hradit,“ vysvětluje MUDr. et Mgr. Sylvie Špitálníková, Ph.D.

## Abnormality při vývoji nervového systému

Výzkum nezaznamenal statisticky významný rozdíl v intelektu-

vém výkonu dětí ve věku 6–9 let, jejichž matky v prvním trimestru těhotenství vykazovaly známky tyreopatie, ve srovnání s výkonem dětí, jejichž matky byly po stránce funkce štítné žlázy zdravé před i během těhotenství. Obě skupiny dětí podaly v souhrnu průměrný výkon, což odpovídá rozložení výše IQ v populaci.

„Lze tedy říci, že v případě našeho výzkumu i pozdější zaléčení těhotné ženy s poruchou funkce štítné žlázy nevedlo k závažnému snížení intelektového výkonu dítěte. Další analýza ale ukazuje na významně vyšší podíl dětí z výzkumné skupiny s podezřením na přítomnost vývojové poruchy učení či poruchy pozornosti oproti podílu těchto dětí v kontrolní skupině. V tomto směru náš výzkum podporuje zjištění neaktuálnějších zahraničních studií. Je patrné, že nedostatek hormonů štítné žlázy v prvním trimest-

ru těhotenství vede k abnormalitám při vývoji nervového systému plodu ve specifických oblastech mozku. Nedochází ale k závažnějšímu celkovému poklesu intelektu při pozdějším zaléčení těhotné ženy s tyreopatií, jako tomu je u dětí, jejichž matky nebyly pro tyreopatii během těhotenství léčeny,“ popisují MUDr. Špitálníková a klinická psycholožka PhDr. Irena Komendová, Ph.D., která vyšetřování dětí prováděla.

## Podpora plošnému screeningu

V rámci předchozích výzkumů provedených v Nemocnici Havlíčkův Brod (v letech 2004–2008, respektive i 2009–2010 pro ženy pojištěné u VZP) bylo zjištěno, že 14,9 % vyšetřených žen mělo alespoň jeden abnormální výsledek ze dvou zjišťovaných parametrů charakterizujících funkci štítné žlázy. Autoimunitní zánět štít-

né žlázy, nejčastější a skrytě probíhající choroba tohoto orgánu u žen v naší populaci, byl zjištěn u 8,5 % vyšetřených pacientek z celého souboru. Tyto ženy byly během gravidity a po porodu bedlivě sledovány a vyšetřovány v pravidelných intervalech. Celkem 6,5 % jich v průběhu těhotenství potřebovalo léčbu hormonů štítné žlázy.

V současné době jsou těhotné ženy vyšetřovány na choroby štítné žlázy pouze v případě výskytu rizikových faktorů. „Naše výsledky podporují názory, že vyšetření štítné žlázy má být součástí prenatálního vyšetření všech těhotných žen,“ je přesvědčena Sylvie Špitálníková. „Pokud jsou vyšetřovány pouze ženy s rizikovými faktory, unikne pozornosti důležitá část těhotných s významnými změnami funkce štítné žlázy. Statistická analýza našich dat navíc ukazuje, že významnými diskriminačními faktory byly pouze tyreopatie v osobní a rodinné anamnéze, a tyto údaje rozhodně nestačí k zachycení ani poloviny žen s již přítomnými laboratorními abnormalitami ve funkci štítné žlázy. Tyto alarmující výsledky nás vedou k pokračování v naší snaze o zavedení plošného vyhledávání těhotných žen s onemocněním štítné žlázy,“ uzavírá endokrinoložka.

(Zdroj: Nemocnice Havlíčkův Brod) (red)

## První čeští pacienti dostali ve FN Motol unikátní ICD

Lékaři Kardiologické kliniky 2. LF UK a FN Motol implantovali jako první u nás nový typ kardioverteru-defibrilátoru (ICD), který pacientům umožňuje podstoupit celotělovou magnetickou rezonanci (MRI).

V České republice je každým rokem implantován kardioverter-defibrilátor asi 3 tisícům nemocných. I přes pokroky ve vývoji technologií ICD zůstávalo pro pacienty doposud výrazné omezení – s implantovaným přístrojem nebylo možné podstoupit celotělovou magnetickou rezonanci. Popsaný problém nyní řeší unikátní ICD společnosti Medtronic s označením Evera MRI SureScan.

Nový kardioverter-defibrilátor implantovali lékaři Kardiologické kliniky 2. LF UK a FN Motol prvním dospělým pacientům u nás. Tito nemocní, stejně jako další, kteří budou následovat, budou moci v případě potřeby využívat předností magnetické rezonance bez omezení.

Česká republika patří k zemím s nejvyšším počtem implantovaných ICD přístrojů na počet obyvatel v Evropě, vývoj posledních let navíc ukazuje stále rostoucí trend v počtu pacientů vyžadujících ICD. „Pokud jde o implantace ICD, naše pracoviště patří mezi centra s velkým nárůstem počtu výkonů v posledních letech a provádí jejich kompletní spektrum. Poskytovat tu nejlepší péči pacientům je i do budoucna naší prioritou,“ říká

vedoucí lékař oddělení arytmologie FN Motol MUDr. Václav Durdil.

## Rezonance bez omezení

Vyloučení pacientů z možnosti vyšetření celotělovou magnetickou rezonancí představovalo až doposud velký problém. „Kvůli nebezpečí narušení funkce přístroje magnetickým polem nebyla magnetická rezonance celého těla s žádným kardioverterem-defibrilátorem možná. Pouze velmi omezené množství přístrojů umožňovalo takzvané „podmíněné“ vyšetření magnetickou rezonancí – tedy jen určitých částí těla a bez možnosti skenovat oblast hrudníku,“ dodává přednosta Kardiologické kliniky 2. LF UK a FN Motol prof. MUDr. Josef Veselka, CSc.

„Vyšetření magnetickou rezonancí má stále větší význam i v kardiologii a některé unikátní informace, jež MRI přináší, proto bude možné získat i u nositelů ICD, což může přispět k lepší léčbě těchto nemocných,“ uzavírá doc. MUDr. Lucie Riedlbauchová, Ph.D., z této kliniky.

(Zdroj: FN Motol)

(red)

## Peníze z EU pro brněnskou rehabilitaci

Fakultní nemocnice u svaté Anny v Brně (FNUSA) získala v rámci projektu „Modernizace pracoviště FNUSA pro sekundární prevenci o dočasně nebo trvale postižené“ 319 přístrojových celků pro svá rehabilitační pracoviště.

Většinu finančních prostředků nemocnice získala z fondů Evropské unie, která dodala 85 % potřebné částky. Žádost o finanční podporu nemocnice podala v červnu 2010, v listopadu téhož roku pak začala realizace projektu, který byl dokončen letos v červnu.

## Lepší péče i komfort pro pacienty

Nové přístroje, které stály 22,8 milionu korun, získala klinika tělovýchovného lékařství a rehabilitace (KTLR) a doléčovací a rehabilitační oddělení (DRO) svatoanenské nemocnice. Podle primářky DRO MUDr. Marcely Novákové tak bylo možné díky financím z Integrovaného operačního programu vybavit prostornou tělocvičnu pro individuální i skupinové cvičení nemocných. „Naše oddělení získalo pestrou škálu rehabilitačních přístrojů, které pacientům umožňují zlepšit pohybové, koordinační, senzitivní

a samoobslužné schopnosti. Oddělení jsme vybavili elektrickými



Pracovnice Kliniky tělovýchovného lékařství a rehabilitace LF MU a FNUSA představily nové přístroje. | Foto: Martin Ježek

lůžky s antidekubitními matracemi a stolký, které zlepšují ošetřovatelskou péči i komfort pacientů. Všechny přístroje již nemocní v současnosti využívají,“ dodala primářka Nováková.

Šéf KTLR prof. MUDr. Petr Dobšák, CSc., zmínil vedle kompletní obnovy lůžkového fondu i přístroje pro aktivní a pasivní cvičení, komplex motodlah, přístroj pro elektroterapii a ultrazvuk nebo „běhátko“, jež byly pořízeny z peněz EU. „Hlavním přínosem projektu bylo vytvoření podmínek pro zlepšení komplexní rehabilitační péče pro osoby znevýhodněné zdravotním stavem či věkem,“ uvedl profesor Dobšák.

Současný ředitel FNUSA Martin Pavlík doplnil, že v nemocnici je také testována výkonnostní kondice dětí a dospělých sportovců. „To považujeme v prevenci závažných, zejména kardiovaskulárních nemocí za velmi důležité,“ zdůraznil.

(maj)

# Osteoporózu nesmíme pokládat za normální projev stáří

Data z USA ukazují, že na komplikace osteoporotických zlomenin umírá více žen než na rakovinu prsu. Přesto je osteoporóza mnoha odborníky stále podceňována, což vede k zanedbání prevence a oddálení účinné léčby.

Osteoporóza postihuje 3/4 miliónu obyvatel našeho státu a představuje problém nejen zdravotní, ale také společenský, finanční a politický. Komplikace zlomenin, jež jsou důsledkem neléčené osteoporózy, totiž s sebou přinášejí výrazně vyšší náklady než její včasná léčba. Z hlediska počtu diagnostikovaných a léčených pacientů je Česká republika v rámci Evropy stále na jednom z posledních míst, přestože jsou k dispozici odborníci na tuto problematiku.

„Nedaří se nám bohužel prosadit, aby do prevence a jednoduchých, laciných vyšetřovacích metod šel dostatek finančních prostředků, které by ušetřily náklady spojené s léčbou následků osteoporózy. Potýkáme se také s nedostatkem osteologických ambulancí a nedaří se nám tuto síť rozšířit. Máme nedostatek diagnostických přístrojů, přičemž pojišťovny nám nechťejí nasmlouvat další,“ stěžuje si předseda Společnosti pro metabolická onemocnění skeletu ČLS JEP prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc. Důvodem tohoto neutěšeného stavu je podle něj to, že osteoporóza je regulačními orgány vnímána jako problém, který není závažný, respektive jako normální projev stáří, se kterým není třeba nic dělat.

## Zlomeniny v postmenopauze

Osteoporóza však zdaleka není onemocněním pokročilého věku.



Prof. Vladimír Palička. | Foto: Leoš Chodura

Asi u třetiny žen se osteoporóza rozvíjí velmi rychle po přechodu, tedy přibližně po 50. roce života. Typicky se v tomto věku projeví například zlomeninou předloktí po pádu. Dále se vyskytují kompresivní zlomeniny obratlů spojené s postižením mnoha životních funkcí. Naopak zlomeniny krčku stehenní kosti se objevují až v pokročilejším věku. Typ zlomenin je totiž vázán na typ kosti, dříve jsou postiženy kosti trabekulární, později kortikální.

„Zde bych chtěl apelovat na kolegy ortopedy a chirurgy, aby v případě takové zlomeniny u ženy v postmenopauze, zejména při nepřiměřeném úrazovém ději, jako je pád ze stoje, mysleli na možnost osteoporózy a odeslali pacientku na vyšetření. Běžný rentgenový snímek totiž obvykle neodhalí prořídnutí kostní hmoty, na to je třeba provést denzi-

tometrické vyšetření. Včasná léčba pak může zabránit dalším zlomeninám,“ upozorňuje profesor Palička.

## Sekundární osteoporóza

Vedle postmenopauzální osteoporózy je třeba myslet i na pacienty s některými chorobami, jež mohou být příčinou sekundární osteoporózy. Patří sem především endokrinní a metabolické choroby, poruchy výživy či zánětlivá revmatická onemocnění. Tento typ osteoporózy také nabývá na významu s nárůstem spotřeby „rizikových“ farmak. Jde zejména o glukokortikoidy, některá antiepileptika, antikoagulantia, antidepresiva či inhibitory protonové pumpy.

## Diagnostika a prevence

Pro prevenci zlomenin a jejich komplikací je třeba osteoporó-

zu včas diagnostikovat a včas zahájit léčbu. Světová osteoporotická organizace vyvinula jednoduché dotazníkové metody, jež mohou pomoci vytipovat rizikové ženy s cílem poskytnout jim preventivní nástroje zamezující vzniku zlomenin. Jedná se zejména o úpravu jídelníčku a životního stylu. Základem diagnostiky je kostní denzitometrie, pomocnými metodami jsou FRAX (stanovení rizika vzniku osteoporotických zlomenin) a nové softwarové programy.

## Individualizovaná léčba

Léčba osteoporózy je individualizovaná a liší se v závislosti na věku, příčině a průběhu onemocnění. Základem zůstává paušální podávání vitamínu D a vápníku, dle indikací se pak využívá antiresorpční léčba (estrogeny, kalcitonin, bisfosfonáty), eventuálně léčba osteoanabolická, která si našla své místo především u glukokortikoidy indukované osteoporózy.

Od loňského roku je u nás k dispozici také cílená léčba – monoklonální protilátka denosumab. „Dosavadní zkušenosti s tímto biologickým lékem jsou pozitivní. Léčebný efekt je velmi dobrý, výhodou je rovněž jeho cílený účinek a lepší compliance pacientů. Podává se totiž jen jednou za půl roku injekčně v ordinaci osteologa,“ uvádí profesor Palička. Další cílené léky by se podle něj mohly objevit na evropském trhu v příštím roce.

## Vzdělávání v klinické osteologii

S cílem zajistit kvalitní osteologickou péči v naší zemi Společnost pro metabolická onemocnění skeletu ČLS JEP před 3 lety iniciovala vznik nástavbového oboru (certifikovaného kurzu) Klinická osteologie. Vstup do oboru je umožněn lékařům většiny klinických odborností, kteří mají povinnost absolvovat 12měsíční přípravu na akreditovaném pracovišti. Důraz je přitom kladen na multidisciplinární přístup k problematice metabolických onemocnění kostí.

„Zájem o tento obor je poměrně velký. Za poměrně krátkou dobu již atestovalo několik desítek lékařů, kteří nadále působí ve svém oboru a navíc se dobře orientují v osteologii. Po dlouhém boji se podařilo dostat klinickou osteologii i do seznamu klinických výkonů, takže si je kliničtí osteologové mohou vykazovat. Usilujeme ještě o to, aby tito lékaři mohli také předepisovat léky na osteoporózu, stejně jako ortopedi, revmatologové, endokrinologové, internisté a gynekologové,“ dodává Vladimír Palička. Osteologové již léta úspěšně spolupracují s revmatology a praktickými lékaři, s nimiž připravili doporučené postupy pro diagnostiku a léčbu osteoporózy. V jiných oborech je spolupráce více individuální. Především gynekologové by se podle profesora Paličky měli u svých pacientek více zajímat o problematiku osteoporózy, zejména v případech předčasné menopauzy, a včas je odeslat na osteologické vyšetření.

MUDr. Andrea Skálová

# 5

## NÁRODNÍ KONGRES ČESKÉ SPOLEČNOSTI PRO TROMBÓZU A HEMOSTÁZU ČLS JEP • PRAHA 2014

www.congressprague.cz/csth2014



20.–21. listopadu 2014

Clarion Congress Hotel Prague

Freyova 33, Praha 9








# 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, ve znění pozdějších předpisů, informuje o:

• Opatření držitelů rozhodnutí o registraci léčivých přípravků, které obsahují léčivou látku **diklofenak**, z důvodu schválené změny v registraci (změna v souhrnu údajů o přípravku, označení na obalu nebo příbalové informace v souladu s prováděcím rozhodnutím Evropské komise ze dne 25. 9. 2013, vydaným v rámci článku 31 směrnice Evropského parlamentu a Rady 2001/83/ES). Opatření se týká některých šarží (uvedených na [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz)) následujících přípravků:

- **Almiral** 50, por. tbl. ent., a **Almiral**, inj. sol. (Medochemie Ltd., Kypr),
- **Dicloream** 50, rct. sup., **Dicloream** 100, rct. sup., **Dicloream Retard**, por. tbl. pro., **Dicloream** 50, por. tbl. ent., a **Dicloream**, inj. sol. (ALFA Wassermann S.p.A., Itálie),
- **Diclofenac AL** 25, por. tbl. flm., **Diclofenac AL** 50, por. tbl. flm., a **Diclofenac AL Retard**, por. tbl. ret. (Aliud Pharma GmbH, Laichingen),
- **Diclofenac Duo PharmaSwiss** 75 mg, por. cps. rdr. (PharmaSwiss Česká republika, s. r. o.),
- **Olfen**-100 SR, por. cps. pro., **Olfen**-50, por. tbl. ent., a **Olfen**-75, inj. sol. (Teva Pharmaceuticals CR, s. r. o.),
- **Dolmina** 50, por. tbl. flm., **Dolmina** inj., inj. sol., a **Dolmina** 100 SR, por. tbl. pro. (Zentiva, k. s., Česká republika),
- **Flector EP Rapid** 50 mg, por. gra. (IBSA Slovakia, s. r. o.),
- **Apo-Diclo** 50 mg, por. tbl. ent., a **Apo-Diclo SR** 100, por. tbl. ret. (Aptex Europe B. V., Nizozemsko),
- **UNO**, por. tbl. ret. (ratiopharm GmbH, Ulm).



Ilustrace foto: Shutterstock

- **Neodolpasse**, inj. sol. (Fresenius Kabi Austria GmbH, Rakousko),  
Další podrobnosti a dostupnost výše uvedených přípravků najdete na [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz).

• Zavadě v jakosti léčivého přípravku **Soliris** 300 mg, inf. cnc. sol. (číslo šarží na [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz)).  
Držitel rozhodnutí o registraci, společnost Alexion Europe SAS, proto na základě § 33 odst. 3 písm. c) zákona o léčivech přijal následující opatření: stažení uvedených šarží léčivého přípravku až z úrovně zdravotnických zařízení z důvodu závady v jakosti – přítomnost viditelných částic v 15. měsíci doby použitelnosti. Upozornění: Léčivý přípravek je v ČR registrován (reg. číslo: EU/1/07/393/001). Uvedené šarže byly do ČR dovezeny v rámci mimořádného dovozu v anglické jazykové verzi. Při stahování se přednostně řiďte uvedenými čísly šarží.

• Neodkladným opatření držitele rozhodnutí o registraci, společnosti Teva Pharmaceuticals CR, s. r. o., spočívajícím ve sta-

žení uvedených šarží léčivého přípravku **Levothyroxine Teva** 50 mikrogramů, por. tbl. nob. (číslo šarží na [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz)). Uvedená šarže léčivého přípravku se stahuje preventivně až z úrovně zdravotnických zařízení – u šarží starších 14 měsíců byl v rámci stabilitního zkoušení zjištěn mírný pokles v obsahu účinné látky.

• Opatření držitele rozhodnutí o registraci, společnosti Pierre Fabre Medicament, Francie, týkajícího se léčivých přípravků **Drill citron mentol**, orm. pas., a **Drill bez cukru**, orm. pas. (číslo šarží na [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz)).  
Držitel rozhodnutí o registraci stahuje uvedené šarže léčivých přípravků **Drill citron mentol**, pastilky, a **Drill bez cukru**, pastilky, až z úrovně zdravotnických zařízení z důvodu závady v jakosti – neshody některých údajů na sekundárním obalu přípravku s registrační dokumentací.

• Uvolnění distribuce, výdeje a léčebného použití léčivých přípravků **Panadol Ultra Rapide**, por. tbl. eff., a **Panadol Ultra**, por. tbl. nob. Léčivé příprav-

ky se stahovaly z důvodu schválené změny v registraci (změna v souhrnu údajů o přípravku a v příbalové informaci v souladu s dohodou skupiny zástupců příslušných orgánů členských států koordinující postupy vzájemného uznávání registrací a decentralizované postupy ze dne 26. 6. 2013 týkající se registrací humánních léčivých přípravků, které obsahují léčivou látku kodein, vydanou v rámci článku 31 směrnice Evropského parlamentu a Rady 2001/83/ES). Části stahovaných šarží 130312 a 135031 se po výměně příbalové informace uvolňují k distribuci, výdeji a léčebnému použití pod novým označením 130312-A a 135031-A.

• Neodkladným opatření držitele rozhodnutí o registraci, společnosti HEXAL AG, Německo, spočívajícím ve stažení uvedených šarží léčivého přípravku **Molsi-hexal Retard**, por. tbl. pro. (číslo šarží na [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz)).

Uvedené šarže léčivého přípravku se stahují až z úrovně zdravotnických zařízení z důvodu změny v registraci týkající se zkrácení doby použitelnosti z 5 let na 2 roky.

• Neodkladným opatření držitele rozhodnutí o registraci, společnosti Teva Pharmaceuticals CR, s. r. o., týkajícího se léčivého přípravku **Orlistat Teva** 60 mg, por. cps. dur. (č. š.: 10512). Uvedená šarže léčivého přípravku se stahuje až z úrovně zdravotnických zařízení z důvodu zkrácení doby použitelnosti (z dříve: 3 roky na nyní: 2 roky).

(Zdroj: SÚKL)

## Podkožní forma trastuzumabu i v ČR

Od 1. července 2014 bude českým pacientkám s HER2-pozitivním karcinomem prsu k dispozici podkožní forma trastuzumabu.

Státní ústav pro kontrolu léčiv vydal 23. května 2014 definitivní rozhodnutí o maximální ceně léčivého přípravku Herceptin SC 600 mg/5 ml, která bude platit od 1. července 2014. Lék bude hrazen smluvním zdravotnickým zařízením stejným způsobem, jako je hrazen léčivý přípravek Herceptin 150 mg.  
Podkožní forma trastuzumabu je podávána ve fixní dávce 600 mg, a to nezávisle na hmotnosti pacientky. Aplikace léku trvá 2–5 minut, ve srovnání se standardní intravenózní formou podávanou 30–90 minut. Lék je aplikován

každé 3 týdny, bez nutnosti podání nasyčovací dávky.  
V mezinárodní randomizované studii PreHER autoři zkoumali, zda nemocní upřednostňují subkutánní, nebo intravenózní aplikaci trastuzumabu. Studii bylo doloženo, že pacientky v rámci terapie HER2-pozitivního karcinomu prsu preferují podkožní podávání fixní dávky trastuzumabu před standardním podáváním tohoto léčiva do žíly. Jako důvod pro upřednostnění subkutánní aplikace trastuzumabu nejčastěji uváděly úsporu času.

(akt)

## Boehringer Ingelheim zpřístupní data ze studií

Farmaceutická společnost Boehringer Ingelheim se rozhodla zpřístupnit data z klinických studií u léčiv s ukončeným vývojem, případně po jejich schválení pro uvedení na trh.

O data z klinických studií a další související informace je možné žádat na internetových stránkách společnosti. Zájemci mohou získat přístup i k anonymizovaným datům o pacientech, kteří se účastnili klinických studií. K dispozici budou dokumenty týkající se studií iniciovaných zpětně do roku 1998.

Badatelé získají přístup k těmto datům prostřednictvím zabezpe-

čené procedury po schválení svého výzkumného záměru nezávislým externím hodnotícím panelem a na základě dohody o sdílení dat. Tato dohoda bude zahrnovat závazky, jako je povinnost použít dat pouze pro studijní účely, slib, že se badatelé nebudou pokoušet identifikovat účastníky studie, nezneužijí data (například pro vlastní komerční zájmy) a že jejich jedná-

ní související s plánovanou analýzou a zveřejňováním výsledků bude transparentní.  
Data určená ke sdílení společností zároveň upraví tak, aby ochránila nejen osobní údaje účastníků studie, výzkumných pracovníků i zaměstnanců společnosti, ale též aby zajistila ochranu svých obchodních tajemství, a to zejména práv duševního vlastnictví.

(akt)

## Krátce z (farma)byznysu

• Americký farmaceutický koncern **Merck** se dohodl na převzetí společnosti **Idenix Pharmaceuticals**. Transakce si vyžádá 3,85 miliardy USD (asi 78 miliard Kč). Merck zaplatí za každou akcii Idenix 24,50 USD. Idenix se sídlem v Cambridgi ve státě Massachusetts má podle Mercku slibné portfolio léků na hepatitidu C. Firma nyní v klinické fázi testuje tři nové produkty.

• Kanadská farmaceutická společnost **Valeant Pharmaceuticals** již dvakrát vyšla nabídkou na převzetí

amerického výrobce botoxu **Allergan**. Nově za firmu nabízí více než 53 miliard USD (1,1 bilionu Kč). Původní nabídka, již Allegran odmítl jako podhodnocenou, činila 47 miliard USD, další pak 49,44 miliardy. Valeant nyní nově nabízí za každou akcii Allerganu 72 USD v hotovosti a 0,83 své vlastní akcie. Allergan poté oznámil, že revidovanou nabídku zváží. Případná akvizice by spojila dvě středně velké farmaceutické společnosti, které se zaměřují na produkty pro péči o pleť a oči.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

# Brněnské sympozium o intravenózním podávání vysokodávkovaného vitamínu C onkologickým pacientům

Společnost Edukafarm uspořádala 25. dubna 2014 v Brně sympozium na téma „Intravenózní infuze vysokodávkovaného askorbátu redukuje toxicitu chemoterapie a zvyšuje kvalitu života onkologických pacientů“. Akce, již předsedal prof. MUDr. Pavel Kleiner, DrSc., z 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze, proběhla v době konání „XXXVIII. brněnských onkologických dnů“. V rámci sympozia byly v přehledu prezentovány základní údaje, studie a kazuistiky využití intravenózního vitamínu C v onkologii.

**R**ole vitamínu C v rámci onkologické terapie je již několik desítek let předmětem polemik. V roce 2004 došlo k zásadnímu obratu, a to díky studiím, které zmapovaly farmakokinetiku a následně i farmakodynamiku vitamínu C. Šlo nejen o antioxidační ochranný účinek vůči zdravým tkáním v situaci výrazného deficitu askorbátu u onkologicky nemocných, ale především o pochopení mechanismů selektivně cytotoxického účinku na některé linie maligních buněk.

Farmakokinetické studie ukázaly, že k dosažení dostatečné hladiny askorbátu nestačí perorální podání vitamínu C, ale je zapotřebí podávat jej parenterálně. Toto poznání v posledních deseti letech odstartovalo řadu klinických studií I. a II. fáze, jejichž výsledky ukázaly, že vysokodávkovaný, intravenózními infuzemi podávaný vitamin C může hrát prospěšnou roli jako bezpečný doplněk ke standardní protinádorové terapii, který snižuje její nežádoucí účinky a zlepšuje kvalitu života onkologicky nemocných.

Vysokodávkovaný vitamin C lze v současnosti považovat za komplementární léčbu doplňující základní terapii. Nelze jej zatím charakterizovat jako standardní protinádorové léčivo; mechanismus selektivně tumor-cytotoxického účinku je sice popsán farmakologicky, ovšem na úrovni klinického hodnocení bude ještě nutné realizovat další studie, konkrétně III. fáze.

## Základy využití vitamínu C v onkologii

Na sympoziu se základům použití intravenózně podávaného vitamínu C v onkologii podrobně věnovala PharmDr. Lucie Kotlářová (Edukafarm, Praha). Upozornila, že podle doporučení Evropské společnosti pro klinickou výživu a metabolismus (*European Society for Clinical Nutrition and Metabolism*, ESPEN) je potřeba vitamínu C u onkologických pacientů zvýšena. Vyšší potřeba vitamínu

C u těchto nemocných vyplývá z několika faktorů: z úlohy oxidativního stresu v etiologii onkologických chorob a dále z výskytu deficitu vitamínu C u onkologicky nemocných, a to nejen vlivem primárního onemocnění, ale i v důsledku nežádoucích účinků základní protinádorové léčby, která často způsobuje oxidativní stres a tím i zvýšenou spotřebu vitamínu C ve zdravých tkáních. Deficit vitamínu C, který je významným faktorem zhoršujícím stav onkologicky nemocných a snižujícím jejich schopnost čelit oxidačnímu stresu, byl předmětem několika studií, v nichž byla prokázána velmi častá přítomnost deficitu askorbátu. Je uveden jako prokázaný faktor charakteristický pro onkologická onemocnění i v americkém lékopise (*US Pharmacopoeia*). Deficit vitamínu C a z něj plynoucí oxidativní stres ohrožuje řadu fyziologických metabolických reakcí, v nichž askorbát působí jako kofaktor a je příčinou chronické zánětlivé reakce. Zánětlivý proces a oxidativní stres hrají rozhodující roli ve vzniku, průběhu a prognóze malignit.

Jak ukázaly klinické studie, snížená koncentrace askorbátu v krvi onkologických pacientů často koreluje se zvýšenou hladinou markerů zánětu a kratší dobou přežití. Vzhledem ke snížené plasmatické hladině askorbátu, k patologickým procesům souvisejícím se základním onemocněním i nežádoucími účinky léčby, jež dále zvyšují oxidativní stres u onkologicky nemocných, je u nich kvantitativní potřeba vitamínu C natolik vysoká, že ji nelze pokrýt perorální cestou. Vstřebávání ze střeva je totiž striktně omezené kapacitou transportérů a u vyšších dávek vitamínu C nelze ústním podáním zajistit v plasmě jeho potřebnou biologickou dostupnost. Touto cestou je možno dosáhnout plasmatických hladin askorbátu pouze v řádu mikromolů, zatímco k dosažení potřebného účinku je zapotřebí hladin milimolárních. Takové hladiny je u člověka možno do-

sáhnout pouze intravenózní aplikací vitamínu C v dávkách v řádu gramů.

Role vysokodávkované terapie vitamínem C vychází z několika poznatků. Základem je uvedený fakt, že onkologičtí pacienti trpí deficitem vitamínu C, který často dosahuje preskorbutické až skorbatické úrovně a má za následek oxidativní stres zdravých tkání těchto pacientů. Vitamin C má zásadní význam pro funkci imunitního systému, důležitého pro protinádorovou imunitu. Vzhledem k úloze oxidativního stresu a chronického zánětu v etiologii nádorových onemocnění je podstatné i protizánětlivé působení vitamínu C. Významné je *in vitro* a *in vivo* zjištěné selektivně cytotoxické působení farmakologických dávek vitamínu C na nádorové buňky.

Mechanismů, které se podílejí na tomto účinku, je několik. Cytotoxický efekt askorbátu je zprostředkovan například působením v mikroprostředí nádorových buněk, v němž vzniká peroxid vodíku, dále ovlivněním transkripčních faktorů proteinu označovaného jako Sp (*specificity protein*) a tímto proteinem regulovaných genů působících v progresi růstu tumorů. Další mechanismy zahrnují podporu tvorby kolagenu typu I a IV, čímž se zvyšuje enkapsulace nádorové tkáně.

V oblasti extracelulární *matrix* je popsán vliv vitamínu C na inhibici metaloproteinpeptidázy 9 a podpora sekrece fibroaktinu. Vitamin C snižuje aktivitu prozánětlivého cytokinu IL-6. Zvyšuje expresi MHC *class I* na nádorových buňkách a tím přispívá k jejich rozpoznatelnosti T lymfocyty a podporuje tak aktivaci protinádorové imunity. Vitamin C indukuje Fas receptory zprostředkovávající apoptózu nádorově změněných buněk. Ovlivněním nitro-buněčných signálních drah nádorových buněk aktivuje prokaspázu a kaspázu 3 a tím přispívá k apoptóze těchto buněk. Důležitý je také inhibiční vliv vitamínu C na angiogenezi v nádor-

ové tkáni prostřednictvím snížení aktivity VEGF.

## Klinické studie – základní přehled

PharmDr. Kotlářová dále zdůraznila, že na úrovni výzkumu vitamínu C v onkologické oblasti proběhla řada preklinických studií a klinických studií fáze I, které krátce prezentovala s tím, že proběhlé studie fáze I prokázaly bezpečnost podávání vysokodávkovaného vitamínu C (při dodržení kontraindikací vysokodávkovaného vitamínu C, k nimž patří deficit glukózo-6-fosfát-dehydrogenázy, porucha funkce ledvin a přítomnost urolitiázy v anamnéze). Jak ukázaly klinické studie, vitamin C ve vysokých, farmakologických dávkách zvyšuje kvalitu života u onkologických pacientů a snižuje výskyt a intenzitu nežádoucích účinků základní protinádorové léčby (např. působí proti rozvoji leukopenie, zvyšuje chuť k jídlu, snižuje výskyt deprese a poruch spánku).

V další části přednášky se dr. Kotlářová zabývala podrobnějším popisem studie fáze IIa, publikované v roce 2014 (Ma Y, Chapman J, Levine M et al.: High-dose parenteral ascorbate enhanced chemosensitivity of ovarian cancer and reduced toxicity of chemotherapy. *Sci Transl Med* 2014; 6: 222ra18). Její výsledky ukázaly, že vysokodávkovaný parenterálně podaný askorbát zvyšoval chemosenzitivitu karcinomu ovaria a snižoval toxicitu chemoterapie u pacientek s tímto typem tumoru. Studie byla rozdělena do tří částí: v první byly *in vitro* zkoumány a prokázány mechanismy cytotoxického působení askorbátu na nádorové buňky, ve druhé části této práce je popsáno *in vitro* a *in vivo* prokázané synergické působení askorbátu, karboplatiny a paklitaxelu a v poslední, klinicky zaměřené části bylo prokázáno snížení toxicity při kompletním podávání askorbátu ke standardní chemoterapeutické léčbě karcinomu ovaria (karboplatina + paklitaxel).

Zároveň dr. Kotlářová komentovala zjištění autorů, že ve studii se projevil trend k prodloužení celkového přežití pacientek (v pětiletem horizontu), které užívaly trojkombinaci karboplatina + paklitaxel + askorbát, a to o 8,75 měsíce. V uvedené studii autoři používali dávku askorbátu 1 g/kg tělesné hmotnosti, aplikovanou formou intravenózní infuze, přičemž byl prokázán jak účinek antioxidační na zdravé buňky (snížení nežádoucích účinků standardní chemoterapie), tak prooxidační na buňky karcinomu ovaria (prokázané mechanismy a prodloužení života pacientek). V závěru této pasáže dr. Kotlářová sumarizovala prezentované informace a předložila možnosti integrace farmakologického askorbátu do onkologické praxe, a to v rovině komplementární ke standardní onkologické terapii s poukazem na potenciální selektivně cytotoxický účinek vůči některým liniím nádorových buněk.

## Bezpečnost vysokodávkovaného vitamínu C

V další části své přednášky dr. Kotlářová poukázala na bezpečnost intravenózně podávaných vysokých dávek vitamínu C (v řádu gramů). V této souvislosti připomenula, že maximum vitamínu C se po intravenózním podání z plasy přesunuje do buněk v závislosti na míře deplece askorbátu v těchto buňkách. Maximální koncentrace askorbát dosahuje v neuronech a některých imunitních buňkách, přičemž v plasmě zůstává jen zbytková koncentrace askorbátu, který se vyloučí ledvinami většinou v nezměněné formě, jen necelých 0,5% pak v podobě oxalátu (u osob s normální renální funkcí). Jen takto malá část askorbátu se přeměňuje na oxalát a podíl transformace askorbátu na oxalát dokonce s nárůstem dávky IVC klesá. Tuto korelaci uvádí farmakokinetická studie (Robitaille L, Mamer OA, Miller WH jr. et al.: Oxalic acid excretion after intravenous ascorbic acid administration. *Metabolism Clin Exp* 2009; 58: 263-269), která prokázala, že podíl moči vyloučeného oxalátu po i.v. podání vysokých dávek vitamínu C nepřekračuje 0,4% z podané dávky vitamínu C, a dokonce se stoupající podanou dávkou tento podíl klesá (například při

## NOVINKY VE FARMAKOTERAPII



Symposium předsedal prof. Pavel Kleiner (vpravo), spolu s ním za předsednický stůl usedli MUDr. Martin Majirský a ředitel společnosti Edukafarm PharmDr. Zdeněk Procházka (vlevo), který akci moderoval. | Foto: Pavel Kulíčka

dávce 1,5g/kg tělesné hmotnosti na 0,17%). Podle této práce je i. v. podání vitamínu C bezpečnější než perorální, protože při podání velkých dávek *per os* se během prodloužené přítomnosti askorbátu ve střevě přeměňuje velká část na oxalát, který se vstřebává přímo do krevního oběhu a zvyšuje se tak zatížení ledvin.

V této souvislosti se dr. Kotlářová zmínila o nahlášeném údajném nežádoucím účinku intravenózně podaného vitamínu C; případ byl publikován v Bulletinu SPL. Šlo o poruchu minerálního metabolismu, respektive metabolický rozvrat u onkologické pacientky, již byla podávána chemoterapie a souběžně vysokodávkovaný intravenózní vitamin C. Dr. Kotlářová zdůraznila, že etiologie tohoto stavu u pacientky byla s největší pravděpodobností multifaktoriální, kdy se na vzniku poruchy podílelo jak základní onemocnění, tak chemoterapie, navíc nebylo dodrženo pravidlo, že v průběhu podávání vysokodávkovaného vitamínu C je třeba zvýšit příjem tekutin; mohlo tak dojít k dehydrataci, která se podílela na vzniklém stavu.

Na závěr dr. Kotlářová upozornila, že v současné situaci, kdy nová protinádorová léčiva vykazují vysokou účinnost, je problémem často jejich toxicita; proto se hledají léčiva, která by obohacovala spektrum dostupné terapie při co nejvyšší bezpečnosti. Uvedla, že v kontextu hledání léčiv s co nejvyšší bezpečností je místo pro komplementární léčbu intravenózním vysokodávkovaným vitamínem C jako perspektivní způsob jak u onkologických pacientů snížit nežádoucí účinky základní

protinádorové léčby. Tento přístup je v souladu se stanoviskem amerického Národního onkologického ústavu (NCI/NIH), jež shrnuje současné znalosti o využití vitamínu C v onkologické léčbě v následujících tezích:

- Vitamin C je základní nutriční, který má v normálních fyziologických koncentracích antioxidační funkci.
- Vysokodávkovaný vitamin C v léčbě onkologických pacientů je studován od 70. let minulého století.
- Studie prokázaly, že vysokodávkovaný vitamin C vykazuje vůči některým liniím nádorových buněk prooxidační působení a snižuje proliferaci buněčných linií karcinomu prostaty, pankreatu a tlustého střeva, hepatocelulárního karcinomu, mezoteliomu a neuroblastomu.
- Studie s vysokodávkovaným vitamínem C u onkologických pacientů prokázaly zlepšení kvality jejich života a snížení nežádoucích účinků protinádorové léčby.
- Intravenózní vitamin C byl v klinických studiích všeobecně dobře tolerován.

### Kazuistiky

Další přednášku pronesl MUDr. Martin Majirský z Radioterapeutické a onkologické kliniky 3. LF UK a Fakultní nemocnice Královské Vinohrady. V první části připomněl historii využití vitamínu C u onkologických pacientů. Uvedl různé mechanismy, jimiž může vysokodávkovaný vitamin C (kromě ochrany zdravých tkání před oxidativním stresem) působit protinádorově. Jde například o vliv na extracelulární *matrix* nádorových buněk, pů-

sobení askorbátu na tvorbu peroxidu vodíku v okolí maligních buněk, imunologické mechanismy, negativní vliv na angiogenezi a vaskularizaci nádoru či vyvolání apoptózy nádorových buněk. Nicméně v současné době jde především o komplementární využití vitamínu C, jež ochranou zdravých tkání snižuje nežádoucí účinky onkologické léčby.

Poté MUDr. Majirský prezentoval tři kazuistiky onkologických pacientů, jimž byl podáván intravenózní vysokodávkovaný vitamin C jako komplementární léčba k základní protinádorové terapii. Pokud jde o dávkování, askorbát byl podáván podle aplikačního protokolu pro léčbu onkologických pacientů vysokodávkovaným vitamínem C vypracovaného University of Iowa Cancer Center a University of Kansas Cancer Research Institute, a to v infuzní dávce 0,75–1,5 g/kg tělesné hmotnosti podle agresivity nádorového onemocnění. V úvodu této části dr. Majirský uvedl kritéria, podle nichž vybírá vhodné pacienty pro podávání vysokodávkovaného vitamínu C. Za vhodné pro tento typ komplementární terapie považuje pacienty po selhání standardní léčby nebo pacienty s nádory s velice nepříznivou prognózou (např. glioblastom, karcinom pankreatu, jícnu a plic).

V první kazuistice dr. Majirský referoval o 60letém pacientovi s progredujícím, inoperabilním gliomem v obou frontálních lalocích mozku. Byla u něj zahájena paliativní chemoterapie (temozolomid), na konci cyklu byla přidána infuzní aplikace vitamínu C. Bylo dosaženo dlouhodobé (1,5 roku) stabilizace nemoci, v některých úsecích nastala nepatrná regrese, pacient je bez potíží, bez známek toxicity. Pokračuje v léčbě bez nutnosti redukce dávky nebo odkladu chemoterapie. Benefit vitamínu C se projevil ve výborné toleranci chemoterapie, pacient pracuje, sportuje. V další kazuistice byla prezentována pacientka ve věku 46 let, s karcinomem mammy, která absolvovala neoadjuvantní chemoterapii (režim AC), levostrannou mastektomií s exenterací axily, pooperační chemoterapii (paklitaxel), pooperační radioterapii, hormonální léčbu tamoxifenem do doby, kdy se objevila recidiva (hrudní stěna) a metastázy v lymfatických uzlinách, plicích a skeletu. Paliativní chemoterapii (doxorubicin, docetaxel) tolerovala špatně, objevila se progresse nálezu, metastázy v plicích, skeletu, pleurální a perikardiální výpo-

tek, dušnost. Proto se přistoupilo ke změně chemoterapie a byla zahájena aplikace vitamínu C i. v. + denosumab. Přesto nastala další progresse dušnosti. Chemoterapie byla pro dušnost přerušena, dávky vitamínu C i. v. byly postupně navýšeny do úrovně 1 g/kg, byla provedena změna chemoterapie (cisplatin, gemcitabin). Kombinace chemoterapie a vitamínu C vedla k regresi metastatických ložisek plic a ústupu dušnosti, bez významné hemato- a nefrotoxicity, bez alopecie.

V třetí kazuistice šlo o pacienta s dlaždicobuněčným karcinomem plic, u něhož po I. linii chemoterapie (paklitaxel/karboplatina) došlo k progresi onemocnění, po II. linii chemoterapie (cisDDP + vinorelbin) a radioterapii k regresi tumoru, který však byl inoperabilní a metastázoval. Byla nasazena léčba infuzním vitamínem C 2x týdně, postupně byla dávka navýšena na 1g/kg tělesné hmotnosti, a to po dobu 4 týdnů. Benefit vitamínu C: dobrý klinický stav bez dušnosti nebo bolesti, vymizení metastáz dle PET/CT.

Závěrem dr. Majirský uvedl, že intravenózní aplikace vitamínu C byla u pacientů výborně tolerována i při režimu 2x týdně, objevil se jen pocit sucha v ústech, jež rychle odezněl. U všech pacientů byl zaznamenán přínos zařazení vitamínu C v rozsahu od snížení únavy až po částečnou regresi nádoru při nízké toxicitě dlouhodobě podávané chemoterapie. Postavení askorbátu v klinické praxi: paliativní léčba – samostatně (PS 0–3 dle WHO) nebo s chemoterapií (PS 0–2 dle WHO).

Jako doplnění tohoto přehledu případů využití vysokodávkovaného vitamínu C v onkologické praxi uvádíme ještě tři další kazuistiky uvedené v sylabu sympozia. Jedná se o pacienty **prim. MUDr. Petry Garnolové** z Institutu onkologie a rehabilitace Na Pleši. První pacientkou je 51letá žena s generalizovaným karcinomem pankreatu po několika operačních zákrocích, septickém stavu a kardiopulmonální resuscitaci s následnou několikátýdenní hospitalizací na ARO. Celkový klinický stav byl při první návštěvě hodnocen jako PS 3, byla zahájena nutriční podpora a rehabilitace. Po úpravě stavu na PS 2 začala I. linie léčby gemcitabinem. Po 6 cyklech došlo k podstatnému snížení hladiny onkomarkeru CA 19-9, ale dle CT vyšetření nastala progresse onemocnění. Byla zahájena II. linie chemoterapie FOLFIRINOX a přidán infuzní vysokodávkovaný vi-

tamin C v dávce 7,5 g týdně. Přestože je podávána chemoterapie velmi náročná, pacientka absolvovala obě linie léčby bez větších projevů toxicity. Mezi jednotlivými cykly chemoterapie žije plně aktivní život.

Další kazuistika představuje 83letou pacientku s generalizovaným bronchogenním karcinomem; po třech liniích onkologické léčby a radioterapii přišla s žádostí o aplikaci infuzního vysokodávkovaného vitamínu C v rámci symptomatičké péče. Celkově bylo aplikováno 2x 12 dávek 7,5 g vitamínu C, a to bez jakýchkoli nežádoucích účinků. V průběhu léčby došlo k subjektivnímu zlepšení celkového stavu, ústupu únavy, pacientka se mohla opět začít starat o nemocného manžela. V současné době zvažuje další sérii léčby infuzním vitamínem C.

Třetí kazuistikou je případ 65leté pacientky s inoperabilním karcinomem pankreatu. Byla u ní zahájena paliativní chemoterapie (FOLFIRINOX), po 1. cyklu se objevila febrilní neutropenie a mukostida. Přidání infuzní terapie vysokodávkovaným vitamínem C k náročné chemoterapii u pacientky s hraniční tolerancí léčby vedlo k výraznému snížení výskytu nežádoucích účinků, subjektivně ke zlepšení stavu. Během terapie také došlo k velmi podstatnému poklesu hladiny onkomarkerů i regresi velikosti primárního tumoru.

### Závěr

Sympozium uzavřel krátkým shrnutím předsedající **prof. MUDr. Pavel Kleiner, DrSc.** Uvedl, že na základě dosavadních zkušeností může být komplementární podávání intravenózně aplikovaného vysokodávkovaného vitamínu C k základní protinádorové léčbě užitečné; dle publikovaných studií u onkologických pacientů zvyšuje kvalitu jejich života a snižuje nežádoucí účinky standardní onkologické léčby. Dále prof. Kleiner zmínil, že u vysokých dávek vitamínu C byla prokázána bezpečnost (při dodržení příslušných kontraindikací) v proběhlých studiích I. fáze.

Několik dnů po sympoziu tento přístup potvrdila ve svém vyjádření z 15. května 2014 Vědecká rada České lékařské komory, která připouští aplikaci vysokých dávek vitamínu C jako komplementární či adjuvantní léčby výhodně se souhlasem a ve spolupráci s atestovaným klinickým onkologem, v souladu s příslušnými SPC.

## SERIÁL

# Kvalita a bezpečí v nemocnici – 1. část

Zdravotní služby by měly být bezpečné a kvalitní, což jsou úzce související kategorie. K dosažení maximálně možné bezpečnosti nemocnice pro pacienta vede i dodržování bezpečnostních cílů, jak je stanovila WHO. Ve spolupráci s Nemocnicí Na Homolce (NNH) vznikl seriál, jehož první čtyři části věnujeme těmto cílům. Pátá se bude věnovat obecně řízení kvality a bezpečnosti ve zdravotnictví.

## Když se něco udělá vždy, toto se nestane...

Bezpečnostní cíle poskytování zdravotních služeb (ZS) určila WHO. Vznikly tak, že v anglosaských zemích, které shromáždily údaje o bezpečnosti ZS (a snaží se je získávat i o jejich kvalitě), byly zmapovány, popsány a definovány nejrizikovější situace při poskytování ZS v nemocnici.

Principem prevence je teze „když se něco udělá, a to vždy, pak toto se nestane“. K jejím naplnění vzniklo 6 bezpečnostních cílů, které převzala Joint Commission International (JCI) a zahrnula je do svých standardů:

- **Správně identifikujeme pacienty.**
- **Účinně spolu komunikujeme.**
- **Bezpečně podáváme léky.**
- **Předcházíme pochybením při operacích.**
- **Bráníme přenosu infekcí.**
- **Předcházíme možným pádům.**

Mezinárodní standard tedy deklaruje cíle, ale následovat musí vlastní postup nemocnice, který si každé zařízení nastaví tak, aby standardům vyhovoval a tím zvýšilo bezpečnost poskytované péče. Mezinárodní certifikát kvality a bezpečnosti JCI drží nejdéle Nemocnice Na Homolce a pyšní se jím i Ústav hematologie a krevní transfuze (ÚHKT), Masarykův onkologický ústav (MOÚ) a FN Ostrava (FNO).

## Správně identifikujeme pacienty

Možným řešením jsou **identifikační náramky**, podle nichž se kontroluje, zda jde skutečně o správnou osobu. Identifikační náramek dostane pacient v NNH při příchodu do nemocnice na centrálním příjmu, nikoli až na oddělení. Totožnost pacienta je ověřena podle dokladů, zároveň je založen chorobopis. Součástí je vygenerování nového, unikátního čísla pacienta (při první hospitalizaci) nebo vtažení stávajícího čísla pacienta ze systému. Štítek s čárovým kódem a datem narození pacienta je přilepen na náramek a ten je

pacientovi připevněn na ruku. **Kontrola správné identifikace je prováděna nejméně dvěma způsoby**, a to dotazem na jméno, kontrolou údajů na náramku a porovnáním s dokumentací. Konkrétní situací je například podání infuze. Správně zdravotník přinášející infuzi osloví pacienta a požádá ho, aby mu sdělil své jméno. Pak nahlédne do dokumentace a zjistí, že infuze je mu skutečně určena. Následně zkontroluje identifikační náramek pacienta a údaje vzájemně porovná. Pouze v případě, že vše vzájemně souhlasí, může zdravotník infuzi nebo transfuzi podat.

Ověření totožnosti pouhým vyslovením příjmení pacienta v tomto případě přináší potenciální riziko jeho poškození podáním infuze jinému nemocnému, v případě transfuze může jít o poškození fatální. Utrpí i dobré jméno nemocnice a zároveň pracovníka jako primárního viníka. Stalo by se to ovšem fakticky proto, že nebyl správně nastaven systém. Sestra by totiž v tomto případě pracovala v souladu s postupem dané nemocnice, ale právní důsledky by nesla sama. Kultura nastavení bezpečnosti spočívá v tom, že postup je správně určený, všichni ho mají zažitý a umí ho používat. Chráníme tím pacienty, nemocnici i sami sebe. Obdobná situace panuje i na ambulancích, tam ale pacienti nemají identifikační náramky s výjimkou onkologického stacionáře. Místo nich slouží doklad o zdravotním pojištění a je třeba je skutečně kontrolovat, aby nedošlo k záměně pacientů shodou jmen. Unikátní údaj je pouze rodné číslo a identifikační číslo pacienta, které mu ve vlastní číselné řadě přidělí nemocnice. Dalším krokem je sledování záměn, které se i přes dobře fungující systém mohou stát.

## Účinně spolu komunikujeme

Aby multidisciplinární tým zdravotníků mohl dobře fungovat, musí si správně předávat informace o pacientovi. Neopomenou-

telnou součástí týmu je pacient sám a často i jeho blízcí. Komunikovat tedy musí všichni účastníci procesu. Aby nedošlo k šumu, zdravotníci mezi sebou i s pacientem komunikují standardizovaným způsobem. Zdravotnická dokumentace musí být vedena tak, aby byla srozumitelná všem, kdo s ní přijdou do styku. Přesný a jednoznačný musí být komunikační jazyk, srozumitelný všem účastníkům komunikace. Nesmí se tedy používat zkratky, které tuto podmínku nesplňují. Jasně je třeba definovat a vědět, co v dokumentaci bude i co je jejím minimálním obsahem a proč tomu tak je. Nutné je tedy porozumění obsahu zdravotnické dokumentace.

## Zpětné ověření

Ústní pokyn musí být jednoznačný a předem definovaný včetně jazyka, ve kterém se bude hovořit. Co do (ne)jednoznačnosti například vyjádření sdělení „podejte dvacku atropinu“ může stejně dobře znamenat dvacet ampulí jako dvacet miligramů nebo dvacet mililitrů. Nedorozumění tohoto typu nemusí znamenat jen zdržení. **Informace tedy musí být přesná, srozumitelná a jednoznačná. Zpětné ověření (read back) spočívá ve zopakování informace jejím příjemcem.** Lékař tedy řekne: „Připravte mi 20 miligramů atropinu!“ a sestra mu ho podá se slovy: „Připravuji 20 miligramů atropinu!“ Teprve po této dvojí kontrole informací může postup pokračovat.

Role *read back* je nezbytná i v komunikaci s laboratorii. Laborant má přesně stanovené kritické hodnoty u některých život ohrožujících výsledků, například hladinu cukru v krvi. Pravidla musejí být nastavena tak, aby takové informace laborant předal okamžitě po jejich zjištění. Většinou se tak děje telefonicky. Telefonáty zpravidla vyřizují sestry. Sestra tedy musí pacienta identifikovat podle jeho dokumentace a údaj do ní zapsat. Tento svůj zápis přečte laborantovi, který zjištěný údaj nahlásil, a ten potvr-



Foto: Miroslav Halib

dí, že rozuměla správně. Teprve potom obě strany hovor ukončí. Následně sestra kontaktuje lékaře a sdělí mu celé jméno pacienta a zjištěný údaj. Lékař jméno a zjištěný údaj zopakuje. Jedině takto se řetězec nenaruší, „tichou poštou“ nepokazí šum, nedojde ke zkreslení informace. Stane se, že dojde k chybě, protože někdo pravidla nedodrží, ale všichni musejí vědět, jak je to správně. Pravděpodobnost vzniku omylu bez standardizace není úplně malá a i jediný případ může mít fatální důsledky.

## Informované souhlasy s výkony

Jsou důležitou součástí komunikace lékaře – pacient. Každý nemocný, který jde na operaci, má právo vědět, jaký operační výkon ho čeká, jaký prospěch bude z operace mít, jakou má po operaci prognózu, jaká jsou rizika ve vztahu právě v porovnání s předpokládaným benefitem, zda existuje nějaká alternativa (například neinvazivní léčba, konzervativní terapie pomocí léků apod.), jestli bude moci po operaci žít stejně jako před ní, nebo jej čekají nějaká omezení v pracovních či osobních aktivitách a podobně. Po zvážení všech těchto okolností má pacient právo se rozhodnout, zda výkon podstoupí, či nikoli. Legislativa naší země dává pacientům velká práva a prostor rozhodovat o sobě a svém zdraví. Je

povinností lékařů trpělivě a opakovaně s pacientem probrat jeho zdravotní stav i navrhovanou léčbu. V případě operací mohou v komunikaci pomoci písemné informované souhlasy. Pokud jde o plánované výkony, je dobré dát pacientovi dokument o informovaném souhlasu s dostatečným předstihem, například při ambulantním vyšetření týden před výkonem. Umožní mu to v klidu si vše přečíst a promyslet si dotazy. S edukací pacienta i v tomto případě může pomoci sestra, ale spolu s pacientem informovaný souhlas vždy svým podpisem stvrzuje spolu s pacientem lékař. Ústní forma souhlasu je možná u méně rizikových výkonů, kdy pacient projeví souhlas tím, že se k výkonu dostaví (například k odběru krve).

## Zachování důvěrnosti informací

Pro zdravotníky je to povinnost, jejíž porušení nejen znamená porušení zákona, ale může pacientovi způsobit i sociální nebo zdravotní problémy. Zákon nám říká, že na poskytnutí informace o zdravotním stavu má právo pouze pacient sám nebo osoba přímo jím určená. Lze se tedy držet základní linie: Pokud pacient potvrdil informovaný souhlas s hospitalizací, domluví se v rámci něj vždy kontaktní osoby, které mohou získat informace v případě, že pacient je nebude schopen



poskytnout sám. Primárně totiž má tyto osoby, zpravidla příbuzné, informovat on.

Problémem zejména při telefonických dotazech je prokázání totožnosti tazatele. Řešením může být komunikační heslo, které pacient určí a je zapsáno do souhlasu s hospitalizací. Každý zdravotník je povinen si u takových telefonátů heslo ověřit.

Zachování důvěrnosti informací o tom, že pacient leží v nemocnici, mohou narušit i jmenovky umístěné na lůžkách. Jejich případné odstranění ovšem na druhou stranu může komplikovat práci personálu, například pokud je pacient na tomto lůžku odvezen do předšálí operačního sálu. Na chirurgii NNH to vyřešili pomocí jmenovky upevněné na kroužku na klíče a umístěné pod matrací. Údaj lze zjistit při nadzdvíhnutí rohu matrace, takže nikdo nepovolavý jméno pacienta nezíská. Pokud ale není na lůžku jmenovka, může nastat komunikační problém i pro lékaře na vizitě. Pamatovat si totiž jméno každého pacienta je pro zdravotníky v provozu mnohdy velmi obtížné, ale ne neřešitelné.

### Předcházíme pochybením při operacích

**Správnému pacientovi musí být proveden správný výkon na správné straně a místě výkonu.** Před samotným výkonem musí pro ověření proběhnout série kroků. Záměna strany není častá, ale pokud k ní dojde, je fatální. Procesy musejí být nastaveny tak, aby se to nestalo. Benefitem není jen to, že to bude správně pravá či levá, ale zároveň i to, že každý v týmu ví, co musí k operaci připravit, čili se tím posilují další prvky bezpečnosti. S pacientem jde na sál jako součást dokumentace i protokol, kde potvrdil místo výkonu. U zaměnitelných struktur je místo na těle pacienta označeno. Nejde o označení místa řezu, ale o správnou stranu. Ve finále je před operací proveden **time out, čili závěrečná kontrola těsně před začátkem operace.** Fakticky si celý operační tým během několika desítek vteřin potvrdí, že z jeho strany je vše v pořádku. Znovu se ověří totožnost pacienta, prováděný operační výkon a připravenost adekvátního instrumentária i dalšího materiálu (například kloubní náhrady), dále zda pacient dostal antibiotika, pokud je měl dostat, zda jsou připraveny krevní deriváty za předpokladu velké krevní ztráty, potvrzení o anesteziologické připravenosti pacienta k operaci apod.

Jana Jílková

# Bezpečí na prvním místě

V letech 2011–2013 probíhaly v rámci projektu MZ ČR „Prohlubování vzdělávání zdravotníků“ v celé České republice konference a semináře zaměřené mj. na bezpečí zdravotní péče. Téma aktuální a potřebné nejen pro samotné pacienty, ale také pro vykonavatele náročných profesí – zdravotnický personál a sociální pracovníky.

Vysoká škola zdravotnická, o. p. s. (VŠZ) se rozhodla v tradici pokračovat a 14. května 2014 uspořádala již 9. vědeckou konferenci s mezinárodní účastí. Její hlavní téma „Pečujeme bezpečně?“ zohledňovalo problematiku agresivního a psychiatrického pacienta, bezpečnou manipulaci kolem lůžka a kvalitní a současně bezpečné prostředí ve zdravotnických zařízeních a sociálních službách. Spolupřofadatelem byla Vysoká škola tělesné výchovy a sportu Palestra, která zde měla rovněž své odborníky (PhDr. Markéta Šauerová, Ph.D.).

### Hledisko pacienta i zdravotníka

Dopolední program zahájila klíčová sdělení expertů. MUDr. David Marx, Ph.D., nabídl v úvodní přednášce pohled na kvalitu a bezpečí poskytované zdravotní péče. Sklidila velký ohlas a otevřela témata týkající se kvalitní a bezpečné péče nejen z hlediska pacientů, ale také samotných zdravotníků.

O tom, jak se může na základě kumulace stresu projevat neprofesionální chování zdravotníků a jak následně vzniklé konflikty mohou vyústit v násilí ze strany pacienta, hovořili zahraniční hosté Joanne Skellernová a Andrew Lovell z Chesterské university ve Velké Británii. Z hlediska vzniku možného násilí nelze opomenout také situace, kdy pacient může zdravotní personál napadnout zbraní. Bodným poraněním jehlou a prevencí profesionálních nákaz ve zdravotnictví se věnovaly Mgr. Dagmar Škochová, MBA, a MUDr.



Foto: archiv pořadatelů

Wilma Benešová (obě PS Bezpečnosti personálu). Dopolední blok zakončil přednáškou Mgr. Jaroslav Pekara (VŠZ, o. p. s.) přehledem biologických zbraní. Během přestávky byl kromě zahraničních hostů z Chesteru navázán kontakt s polskými kolegy z Katowic. VŠZ byla nabídnuta spolupráce s Polskou asociací sester.

### Praktický přesah

Dopolední program byl věnován workshopům a účastníci byli rozděleni do tří pracovních skupin. Každá skupina prošla třemi workshopy (Realita jinak aneb péče o pacienta s psychózou; Násilí při kontaktu s pacientem; Bezpečná manipulace kolem lůžka) a závěr konference patřil výstupům a diskusím nad poznatky z těchto workshopů.

Výstupem workshopu Mgr. Jana Běhounka z PN Bohnice, jenž se zaměřil na téma „Realita jinak aneb péče o pacienta s psychózou“, je důležitý poznatek ke kontaktu s psychiatrickým pacientem – snažte se pacientovi, i když jeho chování a jednání není „reálné“. Nicméně ochrana pacienta i pečujících profesionálů je možná pouze v případě, že je pacient na „naší“ straně.

Výstupem workshopu věnovanému tématu PhDr. Marie Trešlové, Ph.D., z Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích „Bezpečná manipulace kolem lůžka“ je připomínka, že i manipulace s pacientem na lůžku může být bezpečná pro obě strany a pracovníci v přímé péči by neměli zapomínat na bezpečnost fyziologického pohybu.

Mgr. Jaroslav Pekara se během

svého workshopu na téma „Násilí při kontaktu s pacientem“ snažil odhalit možné „hlubší příčiny“ násilného chování pacientů a seznámil posluchače s „urgentními sebeobranými technikami“ v případě vyhodnocení celé situace (útok zepředu, ze zadu, škrčení, držení, slovní sebeobrana).

### Znalosti, zkušenosti a zážitky

9. vědecká konference s mezinárodní účastí Vysoké školy zdravotnické, o. p. s., je důkazem kvality a přínosu odborné akce, pokud je její zaměření na aktuální téma (bezpečí pacientů i zdravotnického personálu) doplněno přidanou hodnotou v rámci práce s posluchači.

Workshopy by měly být nedílnou součástí všech budoucích ročníků těchto konferencí. Jen tak je možné (i v rámci jednodenní akce) vytvářet a udržovat kvalitní systém vzdělávání v sektoru, ve kterém celoživotní výuka není jen „nutností“, ale především součástí celého procesu. Posluchač, který jen „nesedí“, nýbrž je zapojen všemi smysly (i pohybově) do řešení problému, si odnáší nejen znalosti a zkušenosti, ale zejména zážitky. A právě kombinace těchto tří aspektů z nás dělá profesionální pracovníky.



Foto: archiv pořadatelů

## SERIÁL

# eHealth a telemedicína: Teletraumatologie – 29. díl

Traumatologie neboli úrazová chirurgie je obor, při kterém se zdá být přímý kontakt lékaře s pacientem nezbytný. Traumacentra jsou zaměřena na diagnostiku, akutní ošetření, následnou péči a doléčení pacientů s úrazy. Kromě léčby je důležitá i prevence poranění. Při využití prostředků informatiky a komunikace lze řadu úkonů koordinovat dálkově, což je náplň teletraumatologie neboli distanční úrazové chirurgie.

**N**eodkladná péče úrazových chirurgů je buď poskytována pacientům, kteří přicházejí po vlastní ose, nebo plynule navazuje na péči zdravotnické záchranné služby. Chirurgický tým je pro ošetření těžkých úrazů rozšířen o specialisty dalších odborností. Pojem teletraumatologie zatím u nás není vžitý. Proto jej neznačí ani specialisté v úrazové chirurgii, i když dálkových vymožeností využívají takřka denně. Jednou z nejdůležitějších součástí jsou konzultace lékařů prostřednictvím videokonferencí, dále eLearning při výuce mediků a mladých lékařů a poradenství poskytované dálkově pacientům.

On-line konzultace umožňují komunikaci mezi pacientem s traumatem a odborníkem. Nejvhodnější je obousměrná videokonference, kdy pacient může být například ušetřen zbytečné cesty k lékaři. V případě nutného převozu pacienta z nemocnice, která nemá potřebné zázemí, do specializovaného traumacentra jsou snímky a výsledky dosavadních vyšetření posílány elektronickou formou a lékař-traumatolog si je může zatím dopředu nastudovat. Následně je schopen pacientovi poskytnout rychlou potřebnou pomoc hned po transportu. Očekává se pomoc při záchrane životů, ale systém také nabízí možnost ušetřit značné náklady spojené se zbytečným převozem pacientů do specializovaných nemocnic.

## Historické milníky

K neznámějším prvopočátkům využití teletraumatologie patří americko-sovětský telemost nazývaný *Space Bridge*, který vytvořila NASA v roce 1989. V prosinci předchozího roku zničilo zemětřesení velkou oblast v Arménii. Znamenalo značné oběti na životech i zdraví a současně byla celá místní zdravotnická infrastruktura poničena. Představitelé SSSR a USA vytvořili konzultační síť mezi Jerevanem a čtyřmi lékařskými centry v USA. Obdobný

telemost později fungoval i do ruského města Ufa po jedné z nejtragičtějších železničních katastrof, kterou způsobila exploze poškozeného plynovodu vzdáleného necelý kilometr od transsibiřské železnice. Síla exploze byla přirovnávána k atomové bombě v Hirošimě, detonace rozbila okna ve městě Aša vzdáleném od výbuchu deset kilometrů. Přes 500 mrtvých a stovky zraněných, hlavně popálených pasažérů. Telemedicínské spojení zajišťovalo přenos obrazové dokumentace z postižených míst a následnou konzultační pomoc poraněným a popáleným pacientům, kterou poskytovali američtí vojenští lékaři.

K dalším významným mezníkům teletraumatologie patří spojení mezi lékařskou pohotovostní službou v americkém Douglasu a univerzitou v Tucsonu, kdy šlo o ošetření 18měsíčního dítěte po autohavárii. Mělo těžké poranění hlavy a několik zlomenin, proto nebyl možný okamžitý transport do vzdáleného specializovaného střediska. Lékaři v obou zdravotnických zařízeních využili arizonskou telemedicínu



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

skou sítí a synchronně (tj. v reálném čase) spolu komunikovali. Lékař na pohotovosti v Douglasu provedl pod supervizi univerzitního traumatologa několik zákroků včetně intubace, transfuze a opakovaných infuzí. Po stabilizaci stavu dětského pacienta mohl proběhnout transport na specializované pracoviště. Tento zákrok měl širší dimenzi – inicioval vytvoření teletraumatologického konzultačního centra, na které je dnes připojena řada malých nemocnic. Byl vytvořen teletraumatologický program, který dnes zahrnuje i možnost mobilního připojení přes smart telefony.

## Lidři oboru

Spojené státy americké jsou dnes lidrem oboru, který zkráceně nazývají *TeleTrauma*. Na uvedené téma pořádají řadu konferencí a sympozií. Letošní, organizované v dubnu Miamskou univerzitou, bylo mezinárodní přehlídkou prezentovaných případů z celého světa. Konference se uskutečnila virtuálně prostřednictvím internetu a webkamery. Malá zajímavost – vedení kon-

ference bylo svěřeno lékařům z Albánie.

V Evropě se zdá být lídrem v teletraumatologii Norsko. Už v roce 2006 vznikl projekt ve spolupráci Severonorské univerzitní nemocnice v Tromsø a Norského centra pro telemedicínu. Podle zajímavého průzkumu bylo zjištěno, že až 5 % populace starší 65 let delší dobu či opakovaně bojuje se zraněními, která se jen velmi obtížně hojí. Poskytnutá domácí péče není příliš úspěšná a léčba tak není dostatečně efektivní. Pacienti mnohdy nechtějí docházet k lékaři z různých důvodů, například proto, že trpí bolestmi a cestování je pro ně obtížné. A právě pro ně vznikl uvedený projekt.

První konzultace pacienta s lékařem probíhá klasickou formou, tedy v ordinaci, kde je poraněnému vysvětlen postup léčby. Následně kontroly fungují tak, že pacient fotografuje své zranění a digitální fotografii poté zašle elektronicky na specializované oddělení v nemocnici. Personál snímky posoudí a navrhne vhodné pokračování léčby poranění. Toto je prováděno jednou týdně, dokud se rána zcela nezahojí. Díky komunikaci na dálku pacient ušetří nemalý čas a náklady, které by jinak vynaložil na cestování do zdravotnického zařízení.

## Česká praxe

Vývoj teletraumatologie v České republice jde pomaleji než ve světě. Převažují videokonference, dálkový eLearning a poradenství na dálku. Na aktivizaci distanční traumatologie má zásluhu Česká společnost pro úrazovou chirurgii ČLS JEP, jejímž předsedou je doc. MUDr. Leopold Pleva, CSc., z Fakultní nemocnice Ostrava. Díky jeho aktivitě vznikla série videokonferencí propojujících nemocnice Moravskoslezského kraje a některé pražské nemocnice (např. Ústřední vojenskou nemocnici, FN Motol a FN Královské Vinohrady).

Jednou z aktivit je snaha propojit traumacentra v celé republice s cílem organizace odborných videokonferencí, které by mohly kdykoli konziliárně konzultovat složitější případy. Integrace traumacenter pomocí digitálních technologií má za cíl propojení s evropským traumasystémem. Dalším cílem je optimalizace diagnostických a terapeutických výkonů, ale také výuka mediků a další vzdělávání lékařů z oboru úrazové chirurgie. Nejde jen o traumatologii, protože léčba pacienta v traumacentru vyžaduje interdisciplinárnu. Právě dálková komunikace usnadňuje vzájemné konzultace. Zatím převažuje e-mail a telefon, jde o to jak tyto způsoby rozšířit.

Do oboru teletraumatologie lze zahrnout také roboticky asistované operace na dálku, o kterých jsem psal minule. Využití robotů převládá v jiných chirurgických oborech, v úrazové chirurgii je literatury na téma robotických operací poskrovnu. Několik zmínek lze nalézt na téma robotické ortopedické traumatochirurgie.

Zajímavou perličkou je speciální robot, který ale nespadá pod téma robotických operací. Na Vysokém učení technickém v Brně byl zkonstruován stroj, který přispívá ke zlepšení péče o pacienty jinak. Jde o záchranářského robota s názvem Orpheus-AM, který je schopen vyhledat raněného člověka například v troskách domu, zjistit jeho zdravotní stav a případně mu dopravit léky či vodu.

Stejně jako ostatní obory telemedicíny se i teletraumatologie posouvá neustále kupředu. Dochází ke zdokonalování starých technologií a jsou vyvíjeny nové. V oboru úrazové chirurgie jde mnohdy o rychlé rozhodování bez průtahů. Díky telemedicině je možné urychlit přenos důležitých dat a informací a tím pádem i zahájení léčby. Pacienti jistě velmi ocení také on-line konzultace s lékařem.



Ilustrace: Foto: Shutterstock

# Předplatte si ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNU

a získáte jako dárek  
poukaz v hodnotě 500 Kč!

## T.M. Lewin



## Poukaz Lewin

Poukaz na nákup v prodejnách  
T. M. Lewin uplatnitelný na sortiment ve  
všech prodejnách v ČR do 30. 9. 2014.

**Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 29. 6. 2014**  
**Předplatné na rok pouze za 590 Kč**



**Předplatte  
si bezpečně e-mailem**

na e-mailovou schránku [mladafronta@predplatne.cz](mailto:mladafronta@predplatne.cz), uveďte své **jméno, doručovací adresu** a informaci, zdali jste nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZM 0614**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách [www.mf.cz](http://www.mf.cz)



**Volejte zdarma  
800 248 248**

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZM 0614**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.



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



třeba se otužovat. Bude hůř. A co dělá ministerstvo, aby napravilo snadno řešitelný nesmysl? Pracuje na tom, jak říkalo? Ne, neděje se nic a na celou věc padá prach. *Nač ten spěch?*, jak říkal mezi výbuchy šrapnelů onen flegmatický plukovník ve filmu „Kam se poděla sedmá rota?“. Kdo očekává, že na Palackého vyřeší daleko zapeklitější problémy, bude patrně zklamán.

### Předsmrtný klid

Co dále se vlastně za poslední měsíce zásadního stalo? Horkou zděnou šité fráze o zprůhlednění zdravotnictví. Pouhé verbální cvičení. Nějaké odbory zase spadly z višně a vydaly táhlý skřek na téma zvyšování platů. Z čeho? Pokleslý folklorní žánr. Hlavní téma lékařské komory: Žádná změna struktury a zavedených pořádků, vše řešit přiléváním státních peněz až do úplné etatizace systému. V tom souzní s významnou částí politické reprezentace.

Schválena kompenzace poplatků v nemocnici, nikoli ovšem systémově, ale jenom – jak říkají rádi politici – *pro tuto chvíli*. Všechno je jen pro tuto chvíli. Výsledek je nulový. Zákon o zdravotnických prostředcích stažen. Je prý úplně špatný. Není snad lepší si přát, aby se už radši nic nezkoušelo a nic nepodnikalo, protože by mohlo být ještě hůř?

Podstatného se neděje nic. Vlastně není co komentovat kromě absence událostí samé. Předsmrtný klid? Nebo posmrtný? Anebo ticho před bouří? Možná se mýlím a v tichých kancelářích na dlouhých chodbách se tajně přípra-

vuje komplexní a rozumná reforma. Jednotlivé kanceláře spolu dokonce komunikují, což by bylo v mém již docela dlouhém životě poprvé. Ty chodby byly totiž vždy příliš dlouhé. A schopnosti řešení klesají nelineárně, se čtvercem jejich délky.

Pak třeba přijde překvapení. Před odbornou i laickou veřejností předstoupí charismatický ministr a všichni mu budou viset na rtech. Úžasně! Jak to, že jsme na to dosud nepřišli! Rozený lídr. Vzbudí nezbytnou důvěru a kde kdo se bude angažovat. Každý se zamyslí a začne od sebe. Znovu a jinak. Všichni budeme dělat racionální medicínu a ušetříme miliardy. Tak to jsem si maličko zafantazíroval a nyní hups z oblačku na zem, abych neupadl v podezření z presenilní demence. Což bych opravdu nerad. Mám ještě čas. Aspoň doufám.

### Zdravotněpolitický darwinismus

Co tedy bude se zdravotnictvím dále? Pomalu se bude valit po spádu, v logice svého patogenetického předurčení, a my zde dál pečlivě povedeme jeho chorobopis. Nečekejme mnoho. Proti jakékoli změně je silný odpor. Všem stejně za tytéž výkony? Nemožné. Platbu je třeba přizpůsobit nákladům, nikoli naopak. DRG je nutno individualizovat dle potřeby a dokonale tak vyprázdnit vlastní smysl tohoto systému. My Češi jsme na tohle kadeti. Kdo si co vykřičí, to má. Na úkor druhých, neboť součet musí zůstat nulový. Zveřejnit smlouvy na veřejné peníze? Ani nápad, protestují am-

bulantní specialisté a zubaři. Skončí to tak, že některé pojistovny zveřejní některé nemoci, a to bez kontextu, takže informační hodnota bude nulová. Nebo záporná, protože zavádějící. O narovnání Seznamu výkonů čili ceníku se hovoří od jeho vzniku. Je to prioritou. Už 21 let. Nepamatuji ministra, který by o něm nemluvil. Leč slova nepřetavila se v čin a byla odvanuta větrem. Odpočivej v pokoji. Realita lukrativních výkonů, pacientů a celých oborů na straně jedné a živoření jiných na straně druhé se nezmění. Nebo se ještě prohloubí. Senioři se budou stále více dostávat na okraj péče. Nebo za okraj. Bez ohledu na potřebu a demografický strom. Nejde o péči centrovou, technickou, medicalizovatelnou, tedy ani politicky zajímavou. Nulová vyjednávací pozice. Zdravotněpolitický darwinismus funguje. Stejně na tom budou i jiní handicapovaní. Reforma psychiatrické péče vyšuměla. Psychiatrie vzbudí pozornost, jen když některý pacient přeलेze plot a média nemají zajímavější zprávu, neboť žádné duchaprázdne celebrity zrovna nevypadlo nádro z výstřihu či nešla na mejdan naostro. Nebo snad čekáme pokrok v kvalitě? Z jaké motivace, když chybí elementární sebereflexe? Vždyť přece máme evropský špičkovou péči. Ano, ale jen někdy a někde. Lhát si do kapsy s hlavou v písku nás neposouvá nikam.

### Tichá dohoda

Praxe si musí vynutit větší roli pacienta. Totiž jeho finanční spo-

luúčast. Samozřejmě *off-record*, když se to legálně nesmí. Nemá-li se poskytování péče zastavit, bude to při nastavených mantinelech jediná možnost. Budeme dělat, jako že je to zadarmo. Lid si to ústy svých volených zástupců žádá, lid to tak bude mít. Z tohoto pohledu je to naprosto férové. Můžeme se modlit, aby se to nestalo, ale zbožné přání nepomůže. Bez peněz pacienta ani nenakrmíme. Natož něco dalšího.

Drobný příklad principu, který mám na mysli: Jestliže například zubní laboratoře dostanou za některé své produkty zlomek nákladové ceny, pak prostě nebudou. Tečka. To známe z dob socialismu. Lidem pak může být jedno, jak je nedostupný výrobek úžasně levný. Buď ho nějak seženou bokem, nebo budou odsouzeni k mixované dietě. V nedostatkových ekonomikách byly volné ceny vždy daleko vyšší než ceny zboží na příděl. Pokud ovšem nějaký byl. To může *mutatis mutandis* začít platit i pro jiné úseky zdravotní péče. Takže černý trh. Jako pokaždé, když nějaký blázen zruší ten normální v domnění, že je chytřejší a všechno pevně drží v ruce. Nebo špatně pochopil sociální citlivost, uplatňuje ji nesprávným způsobem na nesprávném místě a navíc smrdí korunou.

Občas z demonstrativních důvodů nějakého smolaře bez jistění patřičnými sociálními vazbami chytanou a namočí mu v tom čumák, aby stát ukázal, že bojuje proti *negativním jevům ve zdravotnictví*. Neklesejte na mysli, občané, máme to pod kontrolou. Zaříká-

váme duchy, které jsme sami vyvolali. Geniální. Pak se zase zavědava. Princip jménem *Tichá dohoda*. (Elia Kazan)

### Svobodná vůle k blbosti

Nemohu zde pietně nevzpomenout, jak jsem se kdysi zúčastnil otevření jistého zdravotnického zařízení. Slavnostní řeč držel významný profesor nejmenovaného oboru, za socialismu veřejně známý svým nestydatým soukromým ceníkem, který uměli zapaměti i vrabci na střeše. Pan Nedoktnutelný. Téma přednášky? Ano, hádáte správně. Byla to lékařská etika. Jedno oko nezůstalo suché. Dvojitá morálka, pokrytectví, to Pepičku smíš říkat jen doma, protektorát, normalizace. Bože, kolikrát jsme tohle použili proti svým utlačovatelům jako zbraň bezmocných. Tak teď ji namíříme proti sobě. Pif páf.

Komu se to zdá jako depresivní čtení, je na omylu. Unikla mu pointa. Skvostné je, že všichni tyhle hovadiny můžeme páchat z vlastní vůle. Blbost, k níž jsme se po opakovaném uvážení rozhodli, může roztáhnout křídla a letět s větrem o závod. I my jsme volní jako ptáci, páni svého osudu. Blbost nám není nikým nařízena. Žádný import. Je naše. Autentická. Denně ji kultivujeme. Ohromné je, že to také můžeme kdykoli změnit. Pokud na to máme. Pokud nikoli, říká se výsledku dějinná spravedlnost. Což je taky v pořádku. Můžete tedy zůstat v každém případě v pohodě. S jistou výhradou. Nesmíte se v příštích letech ocitnout v roli pacienta.

Inzerce M141000928

## 12. KONFERENCE O MENOPAUZE

### AKTUÁLNÍ OTÁZKY KLIMAKTERICKÉ MEDICÍNY

19. - 20. září 2014 | Hotel DAP, Praha

#### HLAVNÍ TÉMATA

##### Pátek 19.9.

osteoporóza, urologie, neurologie, sexuologie, alternativní léčba klimakterického syndromu, členská schůze ČMAS a volby do výboru společnosti

##### Sobota 20.9.

kardiologie, kontroverzní diskuze s kardiologem, doporučení pro praxi, onkologie, kontroverzní diskuze s onkologem, doporučení pro praxi

Registrace a bližší informace na

[www.amca.cz/menopauza](http://www.amca.cz/menopauza)



#### SEKRETARIÁT KONFERENCE

AMCA, spol. s r.o.  
Academic and Medical Conference Agency  
tel.: +420 221 979 351 | mobil: +420 731 496 060  
e-mail: [amca@amca.cz](mailto:amca@amca.cz) | [www.amca.cz](http://www.amca.cz)



## Pokrok je tam, kde se stýkají obory

Text a foto:  
Martin Čermák

„Člověk nemůže vědět vše. V něčem by měl být odborníkem, o ostatních věcech by měl mít přehled, umět si najít to podstatné a propojovat. Zkrátka myslet komplexně, protože pokrok se odehrává právě na hranicích mezi obory. Také to vede k úctě k ostatním vědním oblastem a odborníkům, když si je člověk vědom toho, co zná, ale i kde jsou jeho limity,“ uvažuje průkopník lékařské genetiky a prenatalní genetické diagnostiky v Československu **doc. MUDr. Milan Macek sr., CSc.**

### Navázal jste ve své profesi na rodinnou tradici?

Ne, u nás v rodině žádný lékař nebyl. Maminka ale byla učitelkou přírodopisu a tatínek lesníkem, takže k přírodním vědám a přírodě jsem měl odmala blízko. Rodiče vždycky říkali, že majetek mi může sebrat voda či oheň, ale to, co mám v hlavě a srdci, mi nevezme nikdo. Kupovali mi knížky, hrál jsem na klavír, zajímala mne historie a náboženství...

Měl jsem štěstí, že jako dítě venkova jsem měl možnost vyrůstat blízko přírodě, ale zároveň díky vsetínskému gymnáziu se špičkovým humanitním vzděláním. To se dnes v exaktních vědách podceňuje a je to chyba – humanitní obory i umění podporují kreativní invenci člověka a umožňují vnímat svět jinými kanály.

Přemýšlel jsem o studiu historie nebo humanitních věd, ale přeci jen to bylo v oněch pohnutých dobách na přelomu 50. let a pan profesor na gymnáziu mi poradil spíše studium přírodovědné. Lákala mě medicína, právě z toho přírodovědného hlediska – tedy mít možnost sledovat, co se děje v těle. Studium života pro mne bylo něco zázračného.

### Vyrůstal jste na Valašsku, otiskla se do vás tamní mentalita?

Valaško na mne v mém dětství a mládí udělalo dojem tím, že tamní lidé jsou zásadoví. Valaši, to byla rezistence – nejen proti rekatolizaci, bouřili se i za války nebo po roce 1948. Byli věrni tomu, čemu věřili jejich dědové a pradědové. Některé rodiny měly schovanou dokonce Komenského Bibli. Byla

tam taková opravdovost, urputnost, že když něčemu věřím, musím u toho zůstat. V době války se proto dokázali obětovat pro vlast. Dnes však vlastenectví zní poněkud frázovitě a nenosí se... Viděl jsem na vlastní oči německou represii, třeba za ukrývání parašutistů, partyzánů; celou rodinu našeho souseda pověsili gestápci, další zmizeli v koncentráku. Ti lidé se však nedali tak snadno zastrašit nebo zlomit, i když šlo do tuhého...

### Jak jste jako dospívající lidé prožívali ty prudké změny – válka, osvobození, změny režimů...?

My byli generace, která byla nadšená osvobozením; přijela k nám Svobodova armáda, Čechoslováci. Vnímali jsme to jako něco úžasného. Obdivovali jsme vojáky ze Západu i Východu, hltali historii.

Četly se také knihy od Masaryka, se kterými jsme souzněli, úžasná byla třeba „Jak pracovat?“. Masaryk v ní říká, že každý mladý člověk, student, má být romantik, který chce něco dokázat, bojovat na barikádách, ale že vlastně největším hrdinstvím je udělat něco, co nikdo nevidí. Třeba když utřete nos opuštěnému, usmrkanému dítěti, tak je to, jako kdybyste byli na těch barikádách, protože každý člověk musí přemoci svoji přirozenou lenost. V to jsme tedy věřili, ostatně i v Bibli se říká: „Cokoli, co jsi tomu nejmenšímu učinil, mně jsi učinil.“

V poválečných událostech jsme viděli šanci na nový, lepší život, spravedlivější i vůči chudším. Tehdy jsme vzhlíželi s nadějí k budování demokracie a socialismu, nadšeně vedli diskusní kroužky.

Pak ale přišel únor '48 a najednou jsme také viděli, že někteří kolegové studenti, co se zapojili do odboje, byli zavíráni. Byl pro mne šok, když se lidé, kteří mi předtím vyčítali, že hájím socialistické ideje, najednou sami stávali členy akčních výborů strany a chovali tak, jak by se žádný slušný člověk rozhodně chovat neměl.

Já se pořád držel spíš idejí humanismu: „Tvůj život má cenu, když jsi cenný i pro ostatní; když žiješ jen pro sebe, jsi zbytečný.“ Proto jsme třeba nadšeně chodili na brigády něco budovat, zadarmo, pro vlast a pro ostatní, a upřímně jsme tomu věřili! Říkal jsem si také, že kdybych za život pomohl zachránit jednoho člověka, nežil jsem zbytečně. A to mne nakonec skutečně přivedlo k medicíně.

### Které obory vás lákaly nejvíce?

Váhal jsem mezi porodnictvím, hezkým a těžkým oborem, a pediatrií, kde můžeme sledovat, jak se člověk vyvíjí... Šel jsem se proto podívat na Karlov na pediatrii, kde působili profesori Jiří Brdlík a Josef Houšťek, který mne pak provedl po klinice. Řekl jsem mu, že se právě rozhoduju, zda si zvolit pediatrii, a že bych ji rád viděl zblízka. Odpověděl mi, že mají zájem o lidi, kteří by chtěli propojit klinickou práci s výzkumem, vytvářet nové věci, dívat se, učit se a vymýšlet. To mne hned zlávalo. Byli jsme vlastně ještě jako studentí vztati za spoluvůrce k tvorbě moderní podoby oboru.

Byl jsem nadšený, že budu patřit ke skupině lékařů, kteří se budou snažit zlepšit léčebné výsledky, aby neumíralo tolik dětí a aby byly celkově zdravější. Osobnost profesora Houšťka a jeho spolupracovníků nás velmi inspirovala, podařilo se jim vybudovat nový systém zdravotní péče o děti, podporovali na pediatrické fakultě nově vznikající obory, jako byla například dětská onkologie (Josef Koutecký), dětská kardiologie (Milan Šamánek), dětská alergologie (Václav Špičák), metabolické vady (Josef Hyánek), klinická syndromologie (Eva Seemanová) či cystická fibróza (Věra Vávrová); samozřejmě nelze uvést všechny zakladatele nových směrů, které se od té doby bouřlivě rozvíjejí.

### Jak vzpomínáte na své začátky v praxi?

Profesor Josef Švejcar, obrovská osobnost naší pediatrie, mi na otázku, kam bych měl jít v začátcích své kariéry, poradil severní Čechy: „Jdi do Ústí nad Labem nebo do Teplic, tam se naučíš nejvíce.“ Nejen že to bylo specifické prostředí, ale také se tam dělala

## PŘEDSTAVUJEME

špičková medicína, působilo tam množství zajímavých osobností. Šel jsem tam rád a nelitoval jsem. V Ústí jste jako doktor mohl vyrůst velmi rychle, „hodili vás do vody“, a tak tam byla možnost samostatné práce a samozřejmě s tím spojená i velká odpovědnost. Na velké klinice v Praze by mne k některým výkonům tak rychle nepustili. Nesmírně jsem se tam naučil, dělali jsme akutní medicínu na vysoké úrovni, například léčbu meningitid, výměnné transfuze... Zařídil jsem si laboratoř, mohl jsem hned provést mikrobiální nátěry, zjistit citlivost na antibiotika, a když přišel pan primář, už jsem mu rovnou hlásil, jaké antibiotikum máme použít.

### Skoro to vypadá, že jste ani zvlášť netoužil po návratu do Prahy.

Nic mi v Ústí nechybělo, byl tam velmi pestrý kulturní život, divadlo, opera, koncerty, hezká příroda v okolí Labe, které tehdy ještě nebylo tak znečištěné... Ale hlavně nezapomenu na takovou tu medicínskou opravdovost. Zní to jako legenda, ale třeba tamní primář chirurgie a anesteziologie – židovský emigrant, navrátilce z Anglie – byl takový poctivec, že se šel dvakrát sám udat na policii, že kdyby byl býval udělal něco jinak nebo dřív, pacient by možná přežil. Oni už ho znali a samozřejmě jej nestíhali. Nebyl podivín, jen prostě bral svou práci do důsledku vážně. Jiný kolega zase sbíral žáby a čolky a podával jim antibiotika, načež zjistil, že lépe rostou, což se pak uplatnilo například v chovatelství... Já jsem mu při tom pomáhal. V Ústí byla bezvadně vybavená lékařská knihovna, odebírali například i americký časopis *JAMA*. Tam jsem se poprvé dočetl o dýchání z úst do úst u dětí. Druhý den se stalo, že na oddělení nějaké dítě aspirovalo kaši, tak jsem to rovnou mohl aplikovat, dítě se přestalo dusit a obnovil se mu dech. Dokonce to bylo na Velikonoce, tedy na svátek Vzkříšení, a pro mne to byl také proto symbolicky ohromný osobní svátek. Primář mně, mladému lékaři, dovolil zavádět novinky, mohl jsem například hibernovat dítě těžkou infekcí až do hypotermie na 29 °C. Zkrátka když už to vypadalo jako ztracené, mohli jsme provést všechno možné, o čem jsme byli přesvědčeni, že to pomůže.

**Na začátku 60. let jste se přeci jen vrátil a založil v Praze nové pracoviště. Jak k tomu došlo?** Když jsem promoval, profesor Houšťek říkal, že by byl rád, kdybych se někdy dostal k němu na kliniku. Mně se ale v Ústí líbilo

a říkal jsem si, že už tam asi zůstanu. Pak se ovšem v Praze v letech 1959/1960 dělaly velké kádrové změny, odešla starší generace lékařů a přijímala se „nová krev“, což představovalo pro nás mladé lékaře po dlouhé době šanci se uplatnit. Spousta kolegů tehdy vstoupila do strany, já to ale odmítal, nechtěl jsem, aby na tom byla postavená moje kariéra. Důsledek byl ten, že v roce 1960 mne na kliniku nevybrali, navzdory výbornému prospěchu za studií i doporučení z Ústí.

Profesor Houšťek ovšem držel slovo a za rok jsem od něj dostal třířádkový dopis. „Byl jsi přijat do Ústavu výzkumu vývoje dítěte jako genetik a 1. 8. 1961 nastupuješ.“ Jak je obecně známo, život je hodně o náhodě... Profesor Houšťek v dopisu dodal: „Přečti si o tom něco.“ A tak jsem se v roce 1961 paradoxně začal zabývat disciplínou, o níž jsem toho mnoho nevěděl, a to nejen já, ale téměř nikdo u nás. Tehdy končila ideologie lysenkismu a Josef Houšťek byl s delegací lékařů ve Spojených státech, kde zjistil, že lékařská genetika je perspektivní oblast, kterou je třeba rozvíjet, a proto měl asi přijít do svého týmu. Tím jsem se dostal k naprosto fantastickému oboru, který tehdy prudce expandoval. Když jsem ho trochu začal poznávat, chytlo mne to za srdce a začalo nesmírně bavit.

### Předtím jste byl genetikou skutečně nedotčený?

Četl jsem za války knihu „Tvoříme s přírodou“, ale ve vztahu k lidem tam nic nebylo. Zajímavé to bylo, nicméně že by mne to nějak extra zaujalo, to ne... Fakultu jsem pak začal studovat v roce 1950 a navzdory režimu tam stále panovala relativní akademická svoboda. Na genetiku jsme tak mohli mít na přednáškách významnou osobnost, pana profesora Bohumila Seklu, který říkal, že to, co dělal Mičurin, není nic převratného, že prý to dělala nejen jeho babička, ale i nějaký americký šlechtitel v 19. století... A že jediný možný a správný je mendelismus. Vedle toho nám ale přednášel další skvělý odborník, profesor Milan Hašek, kterému utekla Nobelova cena asi o 14 dní za objev imunologické tolerance, za který pak byl oceněn sir Peter Medawar. Hašek zastával názor, že mendelismus-morganismus nemůže vysvětlit vše, a ideje Mičurina i Lysenka bral jako příklad, že genom může být modifikován i zevním prostředím. Nezapomenu na to, že v roce 1961, během zasedání Československé akademie věd, se Milan Hašek veřejně omluvil Bohumilu Seklo-

vi, že zpochybňoval jeho názory, a tím v mých očích nesmírně vyrostl. Profesor Sekla to samozřejmě gentlemansky přijal, ale profesor Hašek přesto později upadl v zapomnění.

Největší paradox na tom všem je, že medicínská věda posledních let převzala přesně to, co předvídal Milan Hašek – nyní se tomu říká epigenetika. Čím dál více se ukazuje, že lidský genom je plastický a ovlivnitelný zevním prostředím. Před třemi lety třeba Kanadané na jednom kongresu přednášeli, že když se v jednom pokusu myš dobře starala o svá mláďata, ta pak měla úplně jinou aktivaci a inaktivaci genů než myšky, které zažily špatné zacházení, agrese či nezájem... V poslední době se například ukázalo, že podle toho, jak přísně nebo benevolentně rodiče vychovávají své děti, se modifikuje délka telomer na chromosomech. Všichni tedy máme své geny pro dobré i špatné chování a záleží na jejich aktivaci a expresi. Dobré chování natolik změnilo metylaci, která inaktivovala ty zlé atavistické geny a puď, že to bylo velmi dobře vystopovatelné a dokazatelné právě takto, biochemicky a epigeneticky.

### Na čem jste začal po svém příchodu do Prahy pracovat?

V roce 1961 jsem se začal zabývat cytogenetikou, která se mi líbila. Seklův asistent doktor Miloš Černý byl první, kdo zkoušel karyotypizaci na nekultivovaných buňkách kostní dřeně. Měl jsem štěstí, že mi doporučili spolupracovat s doktorem Milošem Chvapilem. Díky němu jsme na lidských kultivovaných buňkách mohli provádět první biochemická vyšetření. Od něho jsem získal kontakt na doktora Jiřího Michla, který mi spolu s doktorkou Dagmar Řezáčovou umožnil pracovat ve Státním zdravotním ústavu (SZÚ) v laboratoři tkáňových kultur. Sám vymyslel jak kultivovat lidské buňky bez séra, které by je mohlo inhibovat. Teď, když se pracuje s kmenovými buňkami, se jde právě touto cestou, čili to byl zásadní objev i pro následující generace výzkumníků. Mohl jsem kultivovat lidské buňky z potracených embryí. Podařilo se mi vyvinout techniky kultivace lidských diploidních buněk, jako prvnímu u nás. Bylo možné z nich vyšetřovat chromosomy a provádět biochemickou diagnostiku. Anatom profesor Ladislav Borovanský nám zase kdysi říkal, že mrtvolám rostou vousy. Díky tomu mě napadlo, že ty buňky nejsou po smrti okamžitě mrtvé, a bylo by tedy možné je kultivo-

vat. Odebral jsem vzorky kůže z různých orgánů a zjistil, že lidské buňky lze kultivovat až 3 dny *post mortem*... Publikoval jsem to v roce 1969 v japonském časopisu a bylo to považované za průlomový objev. Teď bylo znovu objeveno, že by takto bylo možno derivovat i po smrti pacientů kmenové buňky z jejich nejrušnějších orgánů.

V SZÚ jsem mohl produkovat třeba až stovku kultur najednou, kulturní média jsem od nich dostával, pouze jsem je rozčiloval tím, že jsem měl velkou spotřebu sterilního laboratorního skla. (úsměv) Mohli jsme díky tomu potvrdit teorii, že kultivace lidských buněk je obdobou stárnutí člověka. Čím mladší dárce, tím rychleji kultura roste, avšak se stárnutím se celý proces postupně zpomaluje a nastupují degenerativní procesy. Odvodil jsem od živého či mrtvého embrya buněčnou kulturu, kterou jsem kultivoval třeba deset měsíců, sledoval, jak se mění, vyvíjí, stárne, jak přibývá aneuploidních buněk, které nacházíme u nádorů...

Vzpomněl jsem si také na Paganiniho, který měl mimořádně ohebné prsty, proto mohl zahrát to, co jiní nemohli; bylo to dáno Marfanovým syndromem s poruchou vaziva. Souviselo to s mou láskou k hudbě, která mě přivedla na my-

šlenku zkoumat poruchu syntézy a vyzrávání kolagenu *in vitro* u tohoto syndromu. Prokázali jsme tuto poruchu na úrovni buněk na základě vzorků, které jsme získávali od pacientů z oční kliniky (Marfanův syndrom se totiž projevuje mimo jiné luxací čoček). Fascinovalo mne, že zatímco dříve jsme rozpoznávali choroby z krve nebo moči, nyní bylo možné tak učinit z buněk rostoucích *in vitro*. Patologický proces je tím pádem vyšetřován biochemicky nebo molekulárně geneticky.

### Byl jste jedním z prvních nejen u nás, kdo se zabýval tématem kmenových buněk, a to již před půlstoletím. Jak tehdy takový výzkum probíhal?

První kmenové buňky jsem objevil na lidských embryích, kultivoval jsem je z neurální lišty a takto *in vitro* – k mému úžasu – vyrůstaly nádherně tlusté nervové svazky. Ukazoval jsem to kolegům a nikdo tomu moc nevěřil... První kmenové buňky tohoto typu jsou tedy dokumentovány v mé disertační práci z roku 1967.

Po návratu z USA jsem se rozhodl zkusit dlouhodobě pěstovat buňky periferní krve z potracených plodů. Začal jsem z nich vytvářet dlouhodobé kultury a zkoušel jsem vypěstovat lymfoblastické buňky. ▶



Pochopil jsem, že pro vědu má cenu zjistit, nejen kudy cesta vede, ale i kudy ne.





## PŘEDSTAVUJEME

mi nepodařilo doručit buňky na ruzyňské letiště včas. Dnes je to skoro neuvěřitelné, ale dokonce tehdy kvůli tomu pozdrželi letadlo, aby se zásilka stihla odeslat, protože věděli, že je to skutečně důležité. I tehdy fungoval pocit solidarity a snaha prospět dobré věci, piloti si ty vzorky brali s sebou do kabiny. Zde platí biblické přísloví: „Klepej a bude ti otevřeno.“ Podařilo se mi poslat několik pacientek přímo do Londýna ke slavnému Kyprosi Nicolaidesovi, který je dosud špičkou prenatalní diagnostiky, aby je vyšetřil, když u nás ještě tyto metody nebyly rutinně zavedeny. Týkalo se to třeba posouzení rizika, že se narodí dítě postižené hemofilii či Duchenneovou muskulární dystrofií, a zda tedy nabídnout možnost interrupce, či nikoli.

K době normalizace asi patřilo, že na mě nakonec přišlo anonymní udání, že za posílání pacientů do zahraničí беру úplatky, což byl pochopitelně nesmysl, navíc to ani nebyly ženy z nějakých protekčních vrstev – jedna byla poštačka někde z Krkonoš, další dojička krav... Řešilo se to tehdy údajně až na ÚV KSČ, snad i u Vasila Biřáka, který měl na starosti zahraniční problematiku.

### Na základě nových poznatků a neustále se rozvíjejících metod se u nás v roce 1980 podařilo pod vaším vedením vypracovat a prosadit koncepci lékařské genetiky jakožto samostatného oboru. V čem spočívala?

První koncepcí lékařské genetiky byla navržená doktorem Milošem Černým v roce 1970, nebyla však realizována. Když se ovšem tehdy něco týkalo zdraví nové generace (dnešních „Husákových dětí“) nebo „matky a dítěte“, stát se o to dokázal zasadit. Díky koncepci lékařské genetiky, kterou jsem dostal za úkol vypracovat v roce 1980, byla uznána za základní léčebně-preventivní obor, který je třeba zavést do systému zdravotní péče. Koncepcí oboru byla napsána skutečně dopodrobna, včetně nutného přístrojového a prostorového vybavení a personálního zajištění. Díky tomu se radikálně změnila situace k lepšímu! Jakmile totiž byla publikována ve Věstníku MZ, úředníci skutečně hlídali, aby vše bylo realizováno přesně podle tohoto podrobného plánu. Nemuseli jsme už žadonit o každou laborantku, „devizové“ chemikálie či místnosti pro laboratoře. V každém kraji tehdejšího Československa vzniklo oddělení lékařské genetiky s poradnami, vyšetřovacími místnostmi, laboratořemi, rozvíjela se spolupráce se slovenskými kolegy. Z lé-

kařské genetiky se stal standardní medicínský obor zavzatý do systému zdravotní péče: to jest pediatrii provedou záchyt, na okresech jsou genetické poradny, ty pak pošlou indikované pacienty na krajské pracoviště, zde se provedou ta či ona laboratorní vyšetření a vzorky se následně odešlou na (super) specializované pracoviště.

Byla to jedna z prvních komplexních koncepcí našeho oboru na světě, kterou k našemu potěšení uznávali mnohde na Západě – například i v Německu, či dokonce v USA. Ostatně i dnes by hierarchizace zdravotnímu systému prospěla a snížila náklady na zbytečně opakovaná vyšetření... Mému synovi, profesorovi Milanu Mac-kovi mladšímu, se před třemi roky podařilo zajistit uznání oboru lékařské genetiky v rámci Evropské unie, když dělal předsedu Evropské společnosti lékařské genetiky (ESHG). A přitom my už měli obor právně ukotvený před více než třiceti lety (*smích*) a aktualizovaná koncepcí byla publikována následně v roce 1995. Společně s poslední koncepcí se dělaly prognózy zdravotnictví do roku 2000 v jednotlivých oborech. Já dostal opět za úkol vypracovat „předpověď“ pro lékařskou genetiku a milým překvapením pro mě posléze bylo, že naše prognózy se vesměs naplnily. Rovněž tak následné prognózy do roku 2015 se víceméně vyplňují, přičemž naše původní práce byly stále ještě citovány. Pro mne bylo vždy podstatné, abych nedělal věci jen ze dne na den, bez propojení s ostatním a nějakého dlouhodobějšího výhledu, ale naopak v souladu s celkovým rozvojem lékařské péče u nás. Proto jsem vždy tíhнул ke koncepční a organizační práci. Chtěl jsem nejenom dobře vědět, co dělám, ale také proč to dělám a jaké to bude mít dlouhodobé (nebo – jak se teď často uvádí – „systémové“) dopady.

### V té době jste byl také velmi činný ve výboru Společnosti lékařské genetiky ČLS JEP, kterou nyní vede váš syn. Jaká tehdy byla její role?

Zejména po nešťastných událostech roku 1968 tato odborná společnost sehrála zásadní historickou úlohu. Paradoxně mojí výhodou byla skutečnost, že po mém návratu z USA bylo okolí spíš překvapené, že jsem tam nezůstal. Vždyť v té době bohužel mnozí genetici putovali opačným směrem, například profesorky Renata Laxová nebo Dagmar Kalousková, která posléze dosáhla světové proslulosti ve svých subspecializacích. Předseda Společnosti lékařské genetiky profesor Zdeněk Brunecký mi po ná-

vratu z USA v roce 1970 říkal: „My všichni postupně půjdeme kvůli ‚Pražskému jaru‘, ale tím, že jsi byl mimo, po tobě nikdo nepůjde. Je potřeba, aby někdo chránil obor i jednotlivé lidi.“ Stal jsem se tedy sekretářem této odborné společnosti. Snažili jsme se také, aby na naše členy nedopadly tak tvrdě různé politické represe.

Jeden kolega přišel s chytrou myšlenkou, abychom při výboru společnosti založili stranickou skupinu. Ty sice fungovaly i na každém pracovišti, ale ne každý měl tak osvíceného šéfa, jako byl u nás pan profesor Houšťek. Ten se tedy za všechny lidi postavil, takže nikdo nebyl perzekvovaný. Bylo jeho obrovskou zásluhou, že náš obor nebyl v době normalizace personálně rozvrácen. Svůj vliv a postavení ve straně používal k eliminaci problémů a ochraně svých kolegů. Mě třeba varoval, že mám odposlouchávaný telefon, ať si dávám pozor. Jindy mne zase podpořil, když jsem našel v jedné disertaci opsanou kapitulu a žádal aspirantku o její vypuštění a přepracování. Všichni čekali, jak to dopadne, protože dotyčná osoba byla poměrně vysoko ve stranické hierarchii, ale nakonec mi dala za pravdu.

V tom zoufalém systému plném ideologické dogmatičnosti a často bohužel i lidské závisti a zloby našetřít platilo to, co uvedla „stranická skupina“. Strategie tedy byla taková, že jsme vždy napsali: „Stranická skupina výboru Společnosti lékařské genetiky probírala uvedené stížnosti a došla k závěru, že dotyčný je kvalitním odborníkem a nemají mu být kladený takový ochranný deštník nad skutečně schopnými lidmi, kteří by jinak byli zbytečně politicky pronásledováni. Fungovalo to a kupodivu i „procházel“!

### Máte nějakou zajímavou historii, jež se k tomu váže?

Profesorka Eva Seemanová například v rámci studia genofondu naší populace potvrdila, že v naší zemi existuje konsanguinita, tedy důsledek toho, že blízcí příbuzní spolu mají děti. Když o tom referovala, že tu existují incesty a podobně, jeden kolega se toho chopil a udal ji, že promlouvá kvalitu genetické výbavy v socialistické společnosti, přitom ona jen prezentovala objektivní výsledky výzkumu. Koneckonců takové výzkumy se provádějí všude na světě. Opět te-

dy zasáhla stranická skupina výboru genetické společnosti a chránila ji, aby nikdo neponižoval její vědeckou i lidskou důstojnost.

Využívali jsme zkrátka vlastní zbraně systému, Češi se v tomto ohledu umějí rychle adaptovat. Kdo se nebál a měl čisté svědomí, nakonec v našem oboru většinou dokázal prosadit to, co bylo třeba. Podařilo se mi třeba „propašovat“ svého aspiranta – dnešního profesora – Petra Goetze do Anglie na špičkové stipendium, i když ho předtím vyloučili ze strany. Kádrováka nakonec obměkčilo, že tam pojede „okoukat“ nové postupy, které přiveze sem; v duchu tehdejší absurdity to bylo vnímáno tak, že tam jedeme provádět jakousi „přímýsmyslovou špiónáž“.

### Dařilo se vám tehdy držet kontakt se světem, třeba organizovat odborné akce s mezinárodní účastí?

Ano, na naše kongresy a sjezdy organizované cytogenetickou sekcí Biologické společnosti ČSAV přijížděli odborníci nejen ze zemí tehdejší RVHP, ale také ze Západu, například z Francie, Nizozemska nebo Itálie... Takto se u nás pra-

videlně scházeli i východní a západní Němci, kteří na tuto možnost dodnes vděčně vzpomínají, protože jedině u nás, zřídka na „neutrální půdě“, to bylo možné. Díky tomu jsme po celou dobu byli v kontaktu se světem a tamním vědeckým děním, nemuseli jsme po roce 1990 dohánět takové velké ztráty jako jiné obory. Genetici sice měli jednu z nejmenších odborných společností, ale paradoxně s nejfrekventovanějšími mezinárodními odbornými akcemi.

### V pozdějších letech se mezi vašími odbornými tématy objevila například cystická fibróza (CF), výzkum jste dokonce prováděl ve spolupráci se svým synem. Na co jste přišli?

Zabýval jsem se prenatalní diagnostikou CF, prováděli jsme biochemické testy z plodové vody ve spolupráci s pařížskými odborníky. Podle hladin enzymů jsme pak mohli spolehlivě predikovat, zda bude plod touto nemocí postižen. Mému synovi zase nabídl berlínský kolegové, kteří jezdili na naše kongresy, možnost pracovat přímo u nich na identifikaci mutací v genu CF, nakonec

### doc. MUDr. Milan Macek sr., CSc.

\* 7. července 1932 v Hošťálkové u Vsetína

Na Fakultě všeobecné lékařství UK začal studovat v roce 1951, o tři roky později přešel na nově ustavenou Fakultu dětského lékařství UK, kterou absolvoval v roce 1957. Z pediatrie atestoval v roce



1960, z lékařské genetiky v roce 1968, hodnost kandidáta věd obhájil v roce 1967, habilitován pro obor lékařské genetiky byl v roce 1978. Absolvoval studijní pobyt na oddělení virologie a epidemiologie na Baylor University College of Medicine, kde se zabýval onkocytogenetikou (1968–1970).

Začínal v roce 1957 jako sekundární lékař na dětském oddělení KÚNZ v Ústí nad Labem, v roce 1961 přešel do Ústavu výzkumu vývoje dítěte FDL UK, kde se stal vedoucím genetického oddělení, od roku 1980 zastával funkci přednosty školsko-zdravotnického genetického oddělení ÚNZ NV Praha, následně byl vedoucím lékařem Oddělení lékařské genetiky II FN Motol (1993–1997), vedoucím lékařem oddělení lékařské cytogenetiky, prenatalní diagnostiky a asistované reprodukce Ústavu biologie a lékařské genetiky 2. LF UK a FN Motol (ÚBLG) a vedoucím lékařem laboratoře asistované repro-

dukce a reprodukční genetiky ÚBLG. Nyní je vědeckým pracovníkem Centra reprodukční genetiky ÚBLG. Lékařskou genetiku vyučuje na FDL UK (později 2. LF UK) od roku 1971.

Byl mj. vědeckým sekretářem České společnosti lékařské genetiky JEP (1970–1989), koordinátorem projektu „Prenatální genetická diagnostika RVT“ (1985–1989), vypracoval prognózu lékařské genetiky do roku 2000 (1976) a koncepcí oboru lékařské genetiky (1980), byl koordinátorem grantu EU Copernicus-2 (2000–2005), zorganizoval řadu mezinárodních odborných akcí, mj. 6. mezinárodní kongres prenatalní genetické diagnostiky (1990). Doma i v zahraničí uveřejnil 267 publikací, 37 kapitol v monografických a 15 kapitol v zahraničních monografiích. Připravil dva patenty (výroba fytohemaglutininu a lidských diploidních buněk).

Položil základy využití technologií tkáňových kultur pro klinickou cytogenetiku a biochemickou genetiku u nás, prováděl cytogenetické a onkocytogenetické studie v klinické diagnostice, podílel se na rozvoji prenatalní genetické diagnostiky a reprodukční genetiky.

## PŘEDSTAVUJEME

se tam po roce 1989 velmi dobře uchýtil v laboratoři profesora Karla Sperlinga.

Když syn začátkem 90. let na stáži v Západním Berlíně zjistil vyšší zastoupení mutace C551D v naší populaci a totéž bylo zjištěno ve francouzské Bretani, začal jsem razit myšlenku, že by to mohlo být spojené s keltským původem této mutace a tím i části naší populace. Propojil jsem to se svým zájmem o historii a předpověděli jsme, že pokud naši Kelti přešli do Bavorska, měl by i tam být zvýšený výskyt dané mutace. Když jsme to přednášeli v Německu, ještě o tom nevěděli, ale později zjistili, že v bavorských regionech přílehlých k našemu území tomu tak skutečně je. Tato hypotéza, opřená o historické kořeny, byla velkou senzací, vyšla o tom dokonce zmínka i v časopisu *Newsweek*. Syn pak pracoval na populačních studiích pro stanovení výskytu nejčastější mutace, *delta F508*, kdy byla potvrzena původní teorie jejího šíření s historickými evropskými populacemi. Podle těchto studií mne pak napadla hypotéza, že by tato nejstarší mutace mohla být šířená regresně ze severu na jih. Byla hojně nalezena u Basků, kteří jsou považováni za genetické příbuzné Kromaňonců a indoevropských kmenů, jež přešly z Afriky a osídlovaly Středomoří. Jak ustupovaly ledovce a postupně se oteplovalo, tyto populace migrovaly s touto mutací na sever a její zpětný „rozvoz“ po Evropě pak proběhl při stěhování nordických kmenů zpět na jih s ústupem Římské říše. Vždyť například Vikingové tuto mutaci dokonce šířili podél toky řeky Volhy. Odpovídalo by tomu, že tato mutace je kromě Basků také velmi silně zastoupena v Dánsku, až v 80–90 procentech u pacientů s CF. Pak se objevila publikace potvrzující, že je to skutečně nejstarší mutace – vznikla asi před 60 tisíci lety, tedy již v paleolit.

Byla to taková „rodinná spolupráce“, kdy syn nejprve vyšetřil jednotlivé evropské populace z molekulárně genetického hlediska u CF a já zase skrz svůj zájem o historii na základě „jeho“ dat vytvářel hypotézy, jež se dodatečně experimentálně a epidemiologicky potvrzovaly. Takže vedle zájmu o hudbu jsem nakonec i odborně uplatnil svou celoživotní zálibu v historii. (smích)

**Dnes znalost mutací a jejich specifík pomáhá i ve vývoji cílených léčiv, například právě na cystickou fibrózu.**

Bez přehánění, fantastický význam genetiky spočívá v tom, že

sceluje medicínu od diagnózy k cílené léčbě. Snažíme se dopátrat nejen molekulární patogenese, tedy co danou chorobu způsobilo, ale zároveň dospět ke kauzální, individualizované léčbě a pochopit její možnosti či omezení. Často můžeme i v preklinické fázi predikovat rozvoj onemocnění. Víme toho již sice hodně, obor se rychle rozvíjí, ale musíme si stále připomínat, že jsme vlastně pořád na začátku! Když známe mutaci, tušíme, co může nebo nemůže nastat, ale zda se to opravdu stane, už záleží na dalších krocích – jak se mutovaná DNA přepíše, exprimuje, kam změněné proteiny v buňce doputují, jaké orgány postihnou a jak se nakonec klinicky uplatní...

Každý z nás je (nejenom) z genetického hlediska jedinečný a ne nadarmo genetika stojí u současného zrodu personalizované medicíny. A to jenom začínáme tušit, co přinese epigenetika – často se vlivy prostředí přenesou na naše děti, vnoučata... Nejsme tedy bezmocní, že bychom „něco“ zdědili a nemohli s tím nic udělat. Můžeme naopak spoustě věcí předjet nebo je naopak rozvinout, mimo jiné slušným harmonickým životem, výchovou, péčí... A tím přispíváme ke zlepšení našeho „plastického genomu“ v rámci dosud neprobádaných epigenetických mechanismů.

Zmínil jsem keltskou mutaci C551D – je pozoruhodné, že jí způsobený molekulární defekt je v současné době kauzálně ovlivnitelný cílenou terapií lékem ivacaftor ze skupiny *orphan drugs*. Ten dokonale snižuje hladiny chloridů v plicích a během necelé měsíce zlepšuje plicní funkce natolik, že její pacienti často zapomínají užívat, jak se jim výrazně uleví – je to skutečně zázrak! Problematika CF je proto příkladem moderní individualizované medicíny, klíčové role genetiky, pro všechna ostatní vzácná (nebo jak se také říká „mendelistická“) genetická onemocnění.

Stačí se dále podívat na pokrok v oblastech fertilizace *in vitro*, preimplantační diagnostiky, sledování prenatálního vývoje... K tomu, abychom měli zdravé dítě, musíme „zajistit“ rovněž zdravého tatínka i maminku, aby z genetického/epigenetického hlediska nebyli ovlivněni negativními exogenními faktory prostředí. Zkrátka musíme tyto věci plánovat a předvídat třeba už několik let před početím. To je ono koncepční myšlení. Cílem je harmonický vývoj těla a duše – moderní věda nás tedy vlastně vede k tomu, co už věděli staří Řekové.

**Jak moc v tomto smyslu vnímáte etická rizika spojená s oborem, jako bylo například zneužití eugeniky nacisty?**

Zneužití lze bohužel vše, je to ostatně především otázka individuální etiky a mravnosti. Je zajímavé, že například profesor Sekla nebyl v meziválečném období zásadně proti eugenice, vnímal ji jako potenciálně prospěšný obor z preventivního hlediska. Samozřejmě dokud nebyl zneužit nacisty, které nakonec příroda sama potrestala, protože potomci cíleného křížení árijských mužů a žen nebyli vždy *Übermenschen*... Mimochodem, podobné studie, jako byla ta naše týkající se CF, jen potvrzují, že idea „čistých ras“ je totální nesmysl. Lidé jsou si z hlediska svého genomu velice podobní a navzájem promíchaní. Samozřejmě čím pestřejší směs, tím je to z genetického hlediska výhodnější. V tom bylo i takové širší poselství naší práce – že každý z nás je sice individualita, ale především jsme všichni prakticky stejní. Ostatně naše populačně genetické výzkumy přišly zrovna v době nesmyslných (z tohoto úhlu pohledu doslova „bratrovra-

žedných“) genocid na území bývalé Jugoslávie, a tak to mělo ještě tento širší rozměr a přesah.

**Od mládí vás vedle přírodních zajímavostí i humanitní vědy. Uvažujete tedy o svém oboru i z filozofických hledisek?**

Docela rád jsem četl například Hegela. Vymyslel zákony, které jsou stále platné. Například že když se změní kvantita, změní se i kvalita. My teď třeba vyšetřujeme gen pro androgenní receptor – když je jeho kopií málo, hrozí vyšší riziko karcinomu prostaty, když je jich naopak více, než je norma, mohou z toho vyvstat poruchy reprodukce, a když jich je extrémně mnoho, pacient zemře na neurodegenerativní chorobu.

Hegel také učí, že nic není jenom černé či bílé, buď a nebo, ale že je také něco mezi tím a mezi oběma póly probíhá nějaká interakce. A že vše souvisí se vším, nic není izolované, jedno vždy ovlivňuje druhé. V mozku jsou třeba receptory na stres, které ovlivní funkci hypofýzy, mezimozku, celého neurovegetativního systému – tady se dostáváme k neuroimunoendokrinní regulaci. Nakonec

takto odhalíte třeba i riziko rakoviny nebo se naopak dá opravit nějaká chybná dispozice. Moderní genetika, potažmo medicínská věda, tak vlastně stále potvrzuje hegelovské dialektické zákonitosti.

**Jaká je vaše vize nejbližší budoucnosti oboru?**

V současné době se prudce rozvíjí lékařská genomika. Když jsme v 60. letech studovali chromosomy, které náš genom „rozkouskovaně“ obsahují, ani nás nenapadlo, že se dožijeme rozluštění 3 miliard „písmenek“ genetického kódu...

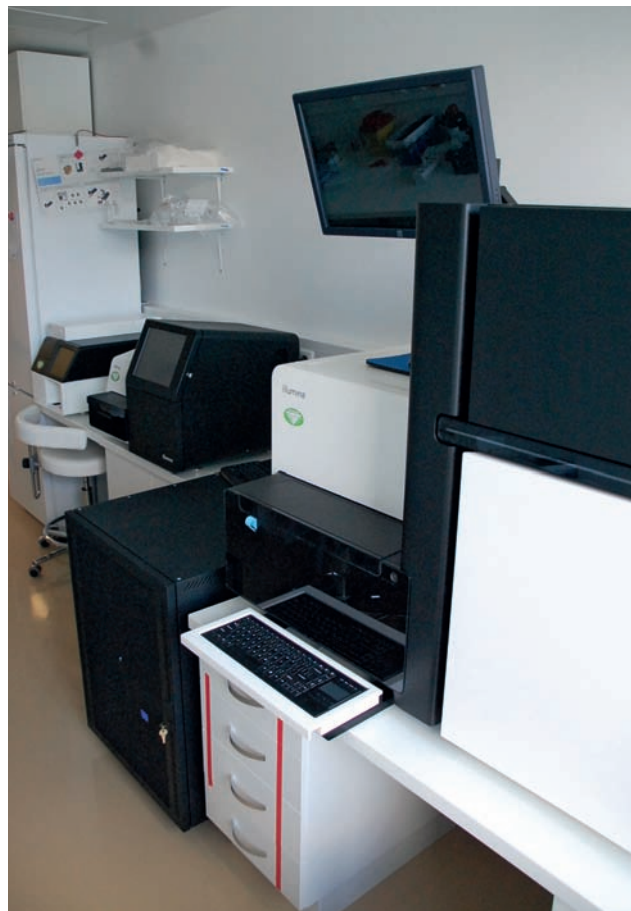
V současné době ovšem genomové sekvenátory samy o sobě nestačí. Je potřeba analyzovat jejich výstupy pomocí supervýkonných počítačů a špičkových bioinformatiků, filtrovat nalezené genové varianty, asociovat je s jednotlivými geny a často pouze předpovídat jejich funkci s určitou mírou pravděpodobnosti.

Nedávno jsem se vrátil z konference Evropské společnosti pro lidskou genetiku (ESHG) v Miláně, kde jedním z leitmotivů bylo poznání, že jsme všichni ve větší či menší míře mozaiky různé mutovaných buněčných klonů. Vlastně nás to mělo napadnout již dříve, v 90. letech, když naše slavná rodačka paní profesorka Kalousková, která po roce 1969 emigrovala do Kanady, prokázala mozaicismus v placentě spojený s růstovou retardací plodu.

V současné době se budou muset přehodnotit i mnohé prestižní genomové studie, protože stále vyšetřujeme pouze lehce dostupnou DNA z bílých krvinek v očekávání, že reprezentují zbylé tkáně a orgány našeho těla, což jednoznačně na pochopení většiny chorob nestačí... Budeme totiž muset vyšetřovat jednotlivé tkáně, či dokonce jednotlivé buňky.

Nesmíme rovněž zapomínat na to, co říkal zakladatel moderní genetiky William Bateson: „Važte si nalezených výjimek.“ Zatím hlavní pokrok je v oblasti vzácných (to jest mendelistických) onemocnění, které jsou „vstupem“ do patogenese onemocnění častých. Tyto choroby jsou totiž našimi současnými postupy „uchopitelné“. Jinak řečeno: CF je modelem pro chronickou obstrukční plicní nemoc (CHOPN), monogenní formy diabetu zase pro jejich časté formy typu 1 a 2 a tak dále.

Je neuvěřitelné, kam až se náš obor dostal za 150 let od publikace výsledků Mendelových pokusů. Můžeme být na našem rodáka právem hrdi, protože se od jeho pionýrského výzkumu celosvětově odvozuje současná biomedicína!



**Nejnovější přírůstek v ústavu – vysokokapacitní celogenomový sekvenátor – umožňuje dříve nemyslitelný rozsah a rychlost, ale i hospodárnost vyšetření. Dovede vyšetřit 96 vzorků najednou a během 8 dnů přečte celý genom člověka. Dokáže mj. zároveň analyzovat téměř 5 tisíc genů (tzv. mendeliom), o nichž je prokázáno, že způsobují těžké poruchy prenatálního i postnatálního vývoje, včetně nádorů.**

# Udělena Prémie Otto Wichterleho

V úterý 3. června převzalo z rukou předsedy Akademie věd České republiky (AV ČR) profesora Jiřího Drahoše Prémii Otto Wichterleho 26 mladých vědců, kteří úspěšně splnili mimořádně významný vědecký úkol na některém ze specializovaných pracovišť AV ČR.

Na toto prestižní ocenění bylo letos navrženo celkem 38 badatelů z 23 pracovišť AV ČR. Odměna má pozitivně stimulovat perspektivní vědce, kteří dosahují špičkových výsledků a plní pracovní úkoly důležité pro rozvoj příslušné vědní disciplíny. Ocenění je určeno vybraným vysoce kvalitním vědeckým pracovníkům AV ČR, kteří přispívají k rozvoji poznání, jsou nositeli vědeckých hodností (CSc., Dr., Ph.D., DrSc.) a v kalendářním roce podání návrhu nepřekročili věk 35 let (výjimku tvoří vědci na rodičovské dovolené, jimž se věková hranice z tohoto důvodu příslušně posunuje). Mezi 26 oceněnými

jsou i odborníci z oblasti biomedicínských věd.

## Ocenění vědci

• **Mgr. Michaela Pekarová, Ph.D.**, z Biofyzikálního ústavu AV ČR, se od roku 2004 podílí na práci oddělení patofyziologie volných radikálů. Zaměřila se na objasnění role semi-esenciální aminokyseliny L-argininu a jejího metabolismu u makrofágů, jedné z klíčových složek vrozené imunity. Výsledkem jejího výzkumu bylo popsání nového mechanismu regulace aktivity makrofágů L-argininem, čímž přispěla k pochopení jeho potenciálního terapeutického využití

při léčbě chronických zánětlivých onemocnění. V současnosti se zabývá tématem regulace endotelální homeostázy, která hraje důležitou roli v rozvoji kardiovaskulárních onemocnění.

• **RNDr. Milan Kožíšek, Ph.D.**, z Ústavu organické chemie a biochemie AV ČR se dlouhá léta zabýval výzkumem rezistence u HIV- pozitivních pacientů. Charakterizoval mechanismy vzniku rezistence k používaným inhibitorům HIV-1 proteázy 1. a 2. generace, výsledky jeho práce tak dnes slouží farmaceutickým firmám a ostatním vědeckým skupinám při vývoji nových antivirotik. Identifikoval nový typ mechanismu rezistence – inzercí aminokyselin v úseku kódujícím proteázu. Byl prvním, kdo vliv inzercí na rezistenci potvrdil a hlouběji popsal. Spolu s kolegy dále našel antivirotikum, které bylo účinné i proti inzertním variantám proteázy. V současné době se věnuje vývoji efektivních inhibitorů neuraminidázy viru chřipky. Spolu se svými kolegy identifi-

koval nový typ nekonvenčních inhibitorů HIV-1 proteázy, tzv. metalokarborany. Objevili tak zajímavý a slibný farmakofor s léčebným potenciálem.

• **RNDr. Ondřej Kuda, Ph.D.**, působí v oddělení biologie tukové tkáně Fyziologického ústavu AV ČR. Zaměřuje se mj. na signální mediátory lipidové povahy, je také plně zodpovědný za rozvoj metabolomických/lipidomických analýz ve FgÚ AV ČR pomocí hmotnostního spektrometru.

• **Mgr. Petr Pecina, Ph.D.**, z Fyziologického ústavu AV ČR, se věnuje různým aspektům fyziologie a patofyziologie mitochondriálního metabolismu. Jeho práce se zabývala především charakterizací vrozených defektů cytochrom c oxidázy (COX). Objasnění etiopatogenního mechanismu COX v důsledku mutací asemblačního faktoru SURF1 bylo hlavním náplní jím řešených projektů. Jeho expertiza v metodách měření spotřeby kyslíku a nativních proteinových elektroforéz rovněž významně přispěla k úspěšnému

řešení dalších projektů oddělení bioenergetiky, které byly zaměřeny jak na výzkum dědičných mitochondriálních poruch spojených s poruchami enzymů oxidací fosforylace, tak na úlohu mitochondrií v patogenezi polygenických onemocnění, jako je metabolický syndrom.

• **Doc. RNDr. Jan Řezáč, Ph.D.**, z Ústavu organické chemie a biochemie AV ČR se zabývá studiem nekovalentních interakcí metodami výpočetní chemie. Mimo jiné zavedl empirickou korekci vodíkových vazeb pro semiempirické kvantově mechanické metody, která poprvé umožnila přesné výpočty nekovalentních interakcí i ve velkých molekulárních systémech. Dalším velkým tématem jeho bádání jsou superpřesné výpočty nekovalentních interakcí; publikoval sérii prací, kde je interakční energie určena s dosud nedosaženou přesností. Z hlediska praktické aplikace má jeho výzkum význam mj. pro vývoj nových léků.

Podrobný přehled všech oceněných a jejich vědeckých úspěchů najdete na stránkách AV ČR: [www.cas.cz](http://www.cas.cz)

(red)

## Zemřel docent Petr Hach

24. května 2014 zemřel ve věku nedožitých 73 let histolog, embryolog, emeritní děkan 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a rytíř Svrchovného řádu maltézských rytířů **doc. MUDr. Petr Hach, CSc., Dr.med.h.c.**



Foto: archiv

Petr Hach se narodil 7. června 1941 do lékařské rodiny. Na Fakultě všeobecného lékařství UK promoval v roce 1964. Už během studií projevil živý zájem o morfologii, když pracoval postupně jako demonstrátor, pomocná vědecká síla a pomocný asistent Embryologického ústavu FVL UK. Zde také po promoci absolvoval řádnou aspiranturu a v roce 1969 byl ustanoven odborným asistentem katedry embryologie. V roce 1980 obhájil kandidátskou práci a v roce 1986 se habilitoval v oboru histologie a embryologie.

V průběhu své dlouholeté vědecké činnosti se věnoval různým tématům. Metodicky se zaměřil na kvantitativní elektronovou mikroskopii, morfometrii a stereologii. Největší význam měly jeho práce věnované procesu melanogeneze. Zároveň se věnoval etickému rozměru medicíny. Publikoval kolem 100 prací v mezinárodních i českých lékařských časopisech a přednesl více než 150 odborných sdělení u nás i v zahraničí.

Od roku 1990 působil v mnoha akademických a odborných funkcích. Byl proděkanem pro pedago-

gické záležitosti, členem a předsedou akademických senátů UK a 1. LF UK. V letech 1993–1999 byl děkanem 1. LF UK, od roku 1995 do roku 2011 přednostou Ústavu pro histologii a embryologii 1. LF UK. Byl členem a funkcionářem řady odborných a společenských organizací včetně Papežské akademie Pro Vita. Byl též dlouholetým členem redakční rady odborného magazínu Zdravotnictví a medicína a jeho přílohy Lékařské listy. Za svůj život byl mnohokrát oceněn čestnými tituly a medailemi. V roce 1983 získal cenu Československé onkologické společnosti za nejlepší práci v oboru, v roce 1997 obdržel čestný doktorát medicíny na Dublinské univerzitě (Trinity College) v Irsku. Byl výborným učitelem, který poutavou formou zpřístupňoval obor histologie a embryologie generacím studentů, u nichž se těšil velké oblibě. Ve svém volnu se věnoval sportovní kanoistice, později jachtingu. Působil v pěveckých souborech, zabýval se historií a literaturou faktu, díky svému širokému zájmu o příjemným společníkem. (mž)

## International symposium of gastroenterology opět v Praze

10<sup>th</sup> international symposium of gastroenterology (ISG) proběhlo ve dnech 12.–14. června v hotelu Intercontinental Prague.

Symposium zaměřené na řešení aktuálních otázek v gastroenterologii a hepatologii organizovala společnost PRO.MED.CS Praha a. s. ve spolupráci s Českou gastroenterologickou společností ČLS JEP (ČGS) a Českou hepatologickou společností ČLS JEP (ČHS). Garanty odborného programu byli předseda ČGS prof. MUDr. Julius Špi-

čák, CSc., a prof. MUDr. Petr Hůlek, CSc., z ČHS. Přednášky byly doplněny ukázkami endoskopických metod v přímém přenosu z operačních sálů Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) v Praze. Cílem tohoto mezinárodního symposia bylo stát se relevantním místem pro setkání gastroenterologů a hepatologů západní, střední a vý-

hodní Evropy i specialistů z Ruska a zemí střední Asie a poskytnout prostor pro osobní výměnu názorů a poznatků z jejich praxe. ISG je primárně zaměřeno na prezentaci nových způsobů léčby gastrointestinálního systému formou diskutovaných přednášek, posterů a praktických ukázek.

(eta)

## Pozvánka na konferenci o spolupráci technických a lékařských věd

Akademické konsorcium – Inženýrská akademie a Česká lékařská akademie si vás dovolují srdečně pozvat na 1. společnou pracovní konferenci, jež se bude konat 25. června 2014 od 9 do 14 hod. v Konferenčním centru ČVUT v Praze, Fakulta strojní, Technická 4, Praha 6.

Na konferenci budou prezentovány vybrané výsledky spolupráce technických a lékařských věd a možnosti jejich dalšího rozvoje. Výstupem by

měly být náměty pro další vzájemnou spolupráci, případně pro vznik společných výzkumných projektů. V neposlední řadě by tato konferen-

ce měla seznámit širokou veřejnost s významem spolupráce technických a lékařských věd. Konference je bez účastnického poplatku. (red)

# Výsledky studentské vědecké konference 1. LF UK

Slavnostní vyhlášení výsledků letos již 15. studentské vědecké konference 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze proběhlo koncem května v Akademickém klubu 1. LF UK v Praze.

Na konferenci bylo prezentováno celkem 66 prací a uděleno 28 cen, z nichž odborné komise vybraly 8 hlavních cen z 5 sekcí. 20 prací získalo mimořádné ocenění od sponzorů.

Cenu časopisu Zdravotnictví a me-

dicína převzaly studentky 4. ročníku oboru Všeobecné lékařství 1. LF UK Alžběta Bezvodová, Šarka Klimšová, Barbora Likavcová, Anna Michálková a Barbora Vše-  
tičková za společnou práci na téma „Informovanost žen o nezá-

doucím vlivu kouření při užívání hormonální antikoncepce“. Práce vznikla v sekci „Prevence v lékařství“ pod vedením školitelky doc. MUDr. Evy Králíkové, CSc., z Ústavu hygieny a epidemiologie 1. LF UK.

(eta)



Hlavní ceny vítězům konference předával děkan 1. LF UK profesor Aleksí Šedo. | Foto: archiv 1. LF UK

## Nový patron nadace pro léčbu roztroušené sklerózy

Místopředseda vlády a předseda KDU-ČSL MUDr. Pavel Bělobrádek, Ph.D., převzal na konci května záštitu nad Nadačním fondem Impuls pro léčbu roztroušené sklerózy mozkomíšní.



Ředitelka NF Impuls Ing. Aurin Nedbalová a Pavel Bělobrádek.

| Foto: NF Impuls

Pavel Bělobrádek je jednou z mála mediálně známých osobností, které se nebojí závažnou diagnózu přiznat a otevřeně o ní hovořit.

„Jsou věci, které si člověk uvědomí, až když je vysloví nahlas. Třebaže jsem si uvědomoval, že mluvit nahlas právě o roztroušené skleróze může zásadně ovlivnit můj osobní a profesní život, věřím, že je to správná cesta. Cesta jak nemocným ukázat, aby se nebáli, nepropadali beznaději a sebestítosti. Včasná diagnóza a léčba může významně zpomalit postup nemoci. To je také hlavním důvodem, proč jsem se rozhodl podpořit Impuls,“ vysvětlil politik.

(red)

## Středočeští záchranáři na Rallye Rejvíz bronzoví

21.–25. května proběhl v Koutech nad Desnou již 18. ročník prestižní Rallye Rejvíz, záchranné soutěže s celosvětovou účastí. Nejúspěšnější z našich týmů dokázal vybojovat bronzovou medaili.

Letošního ročníku rallye se zúčastnilo přes 90 lékařských či nelékařských záchranných týmů z Japonska, Austrálie, Velké Británie, Nizozemska, Německa, Švýcarska, Rakouska, Slovinska, Česka, Slovenska, Polska, Litvy, Maďarska, Rumunska, Řecka a Turecka.

Středočeští záchranáři měli letos na Rallye Rejvíz čtyři soutěžní týmy. V kategorii národní soutěže „Rychlé lékařské pomoci“ své síly a schopnosti s ostatními změřili záchranáři z Rakovníka a Benešova. Kategorie „Rychlá zdravotnická pomoc“ se zúčastnili záchranáři z Prahy-východ a posádka složená ze záchranářů z Kolína a Kladna.



Soutěžní tým záchranářů z Kolína a Kladna, který se na Rallye Rejvíz umístil na třetím místě.

| Foto: Hvězda Života

Posledně jmenovaná si svými výkony zajistila třetí místo.

### Akcent na součinnost v týmu

Organizátoři a autoři soutěžních úkolů kladou důraz na opravdovost. Plnění úkolů vypadá přesně jako výjezd záchranky a zraněné nebo nemocné věrohodně hrají namaskovaní figuranti. Téměř všechny připravené úkoly mají svůj reálný základ ve skutečných výjezdech záchranné služby.

Letos se zejména hodnotila spolupráce v týmu a rozdělení úkolů mezi jednotlivými členy posádky.

(ID)

## Karlovarská záchranka má dva nové vozy

Zdravotnická záchranná služba Karlovarského kraje posílila svůj vozový park o dvě nová „RVěčka“.



Foto: ZKS KVK

V rámci rendez-vous systému k pacientům zejména z Chebska a Tepelska od začátku června vyjíždějí lékaři ve vozech Škoda Yeti Active. Jde o nové vozy s benzinovými motory 1,8 TSi o výkonu 118 kW, s pohonem 4x4 a funkcí off road v hodnotě více než 1 milion Kč. „Jedno RV umístíme do Chebu a druhé do Teplé,

kde funguje výjezdová základna bez vozů RZP. Díky dobrému hospodaření záchranky a zachování výše příspěvku na provoz ZKS KVK od zřizovatele bylo možné financovat nákup vozů z vlastních zdrojů. Zde je potřeba poděkovat Karlovarskému kraji,“ řekl ředitel ZKS KVK MUDr. Roman Sýkora.

(red)

# Projděte se **srdcem**

I letos budou mít Češi možnost zjistit své riziko mozkové mrtvice a poradit se s odborníky. V Praze (20. 6.) a v Brně (27. 6.) se konají „Dny prevence“ programu POMOC.

Mozková mrtvice je nejčastější příčinou nemocnosti a invalidity a zároveň jednou z nejčastějších příčin úmrtí v rozvinutých zemích. V České republice postihne až 40 tisíc lidí ročně.

„Na vzniku cévní mozkové příhody se podílí především rizikové faktory jako zvýšený krevní tlak, kouření, cukrovka nebo zvýšený cholesterol. Významné riziko představuje také nejčastější porucha srdečního rytmu, fibrilace síní. Tato rizika můžeme a musíme účinně ovlivnit,“ upozorňuje prof. MUDr. Richard Češka, CSc., z Centra preventivní kardiologie 3, interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Pro zvýšení informovanosti veřejnosti a odhalení rizikových skupin ohrožených mozkovou mrtvicí jsou i letos pořádány „Dny prevence“, během kterých je pro



Foto: Rytmus srdce

veřejnost připraven edukační program POMOC (Postavme se Mrtvici a Onemocnění Cévy), v rámci kterého si lidé budou moci nechat zdarma ověřit individuální riziko ohrožení mozkovou mrtvicí.

První letošní „Dny prevence“ proběhne v pátek 20. 6. v budo-

vě pražského Hlavního nádraží. Zde bude měření probíhat po celý den od 8 do 20 hodin. Následující pátek 27. 6. navštíví „Dny prevence“ také Brno. Měření zde bude probíhat od 10 do 18 hodin v obchodním centru Avion Shopping Park. S vhodnou prevencí poradí přítomný lékař. K dispozici bude i poradna patientských sdružení. Pro všechny „Dny prevence“ bude charakteristický unikátní nafukovací model srdce (o velikosti 3,5 x 6 m), kterým bude možné volně procházet.

Akte je realizována ve spolupráci s Českou internistickou společností ČLS JEP, patientskou organizací ICTUS, která pomáhá lidem po prodělané mozkové mrtvici s návratem do plnohodnotného života, patientskou organizací Rytmus srdce a společností Bayer. (red)

## Jedeme proti meningokokovi

Handicapovaní cyklisté se vydali napříč Českou republikou. Akce konaná od 2. 6. do 5. 6. měla podpořit očkování proti meningokokovi.

Účastníci akce si uvědomují závažnost meningokokového onemocnění, a proto se rozhodli jet letošní *tour* na podporu očkování proti meningokokovi. Během čtyřdenní cesty z Prahy do Zlína na jednotlivých zastávkách informovali hlavně děti a jejich rodiče o těžko rozpoznatelných příznacích v první fázi

nemoci a možnosti ochrany proti onemocnění. Tuto jedinečnou akci se rozhodli podpořit svým startem významné sportovní osobnosti – vícenásobný mistr světa v biketrialu Josef Dressler, vícenásobný mistr ČR ve *freestyle* motocrossu Petr Kuchař, Hanka Kynychová a Stanislav Berkovec. (red)



Foto: archiv pořadatelů

## Delegace Baškortostánu v PTC

Hlavní onkolog Baškortostánu, jedné z republik Ruské federace, profesor Šamil Gancev v Praze podepsal memorandum o spolupráci s českým protonovým centrem, které onkologickým pacientům z jeho země otevírá přístup k léčbě rakoviny pomocí protonového ozařování.

Baškortostán se 4 miliony obyvatel zajišťuje osminu celkové produkce ropy Ruska. V centru pozornosti tamního zdravotnictví jsou onkologická onemocnění, jelikož rakovina je druhou nejčastější příčinou úmrtí obyvatel tohoto státu.

Šamil Gancev je nejuznávanější autoritou své země v oblasti léčby nádorových onemocnění. Člen tamní akademie věd a zároveň ředitel Státní kliniky onkologie ministerstva zdravotnictví v Ufě byl pověřen úkolem zajistit přístup obyva-

tel své země k novým technologiím v léčbě rakoviny.

V pražském protonovém centru si prohlédl jeho špičkové vybavení a seznámil se s výsledky léčby. „Zařízení českého protonového centra mi připadá neskutečné, všechno je na nejvyšší technické úrovni současných možností medicíny. Cítím se tu jako v Japonsku, ne jako v srdci Evropy. Osobně jsem přesvědčen, že budoucnost onkologie leží právě v nových metodách léčby, které jsou šetrné a přibližují

se přirozené samoregulaci organismu. Protonová léčba mezi ně nepochybně právem patří,“ uvedl profesor Gancev.

Součástí memoranda o spolupráci jsou kromě vlastní léčby také odborné vzdělávání radičních onkologů a klinických fyziků v českém protonovém centru a společné výzkumné projekty, které by měly zvýšit dostupnost moderních technologií léčby rakoviny a další formy spolupráce. (red)

## Pokřtěn „Jidelníček kojenců a malých dětí“

Autor MUDr. Martin Gregora, zástupci vydavatelství Grada, známá moderátorka i maminky s malými dětmi se zúčastnili křtu dalšího vydání knihy „Jidelníček kojenců a malých dětí“.



MUDr. Martin Gregora a Gabriela Partyšová. | Foto: agentura Umění v práci

### Orientace ve změti výživových doporučení

Křest „kuchařky“ pro nejmenší proběhl na samém konci května v příjemném prostředí pražské kavárny Choco Café U Klimenta. Martin Gregora dokázal v sedmi kapitolách této navýsost praktické knihy srozumitelně a přehledně poskytnout nejdůležitější informace, rady a doporučení pro přípravu racionální dětské stravy. Velmi ochotně a srozumitelně zodpovídal dotazy moderátorky i přítomných maminek a přiznal se, že motivací k napsání mu byla jeho praxe pediatra a touha pomoci dezorientovaným rodičům vyznat se ve změti různých výživových doporučení.

Šéfredaktorka redakce psychiatrie, psychologie a zdraví naklada-

telství Grada Gabriela Plicková se svěčila, že u obou svých synů sledovala nové trendy ve výživě, a tudíž je ráda, že se odborník, jakým MUDr. Gregora je, tomuto tématu věnuje a čtenáři mají možnost využít autorovy odborné i rodičovské zkušenosti.

### Kabelkový formát

Kmotrou knihy se stala moderátorka Gabriela Partyšová. Prozradila, že jejím synovi chutnaly příkrmy a že knihu určitě ještě využije, jelikož by si přála dalšího potomka. Také se kriticky zmínila o různých neověřených informacích k výživě dostupných na internetu. Ocenila, že se v dnešní době ještě stále vydávají knihy, a vydvihla praktický „kabelkový“ formát této publikace. (red)

## Umět žít znamená umět darovat

Získávat nové dárce krve je stále těžší. Pomoci rozšířit jejich řady by měl i nový projekt.

Do projektu „Umět žít znamená umět darovat“ jsou zapojeny transfúzní stanice v Praze, Brně,



Foto: 3M Česko

Plzni, Českých Budějovicích, Olomouci a Hradci Králové. Jeho smyslem je zvýšení počtu prvdárců krve, aby se Česko přiblížilo mezinárodním doporučením v celkovém počtu dárců krve. Kampaň běží od května do poloviny června a snahou organizátorů je získat mezi mladými lidmi 3 tisíce nových dárců krve.

„Umět žít znamená umět darovat“ je pilotním projektem Českého červeného kříže ve spolupráci s 3M Česko, s. r. o., a Mojí lékárnou. (red)

## SERVIS

**Jiří Schindler**  
**Mikrobiologie**

Pro studenty zdravotnických oborů 2., doplněně a přepracované vydání



Rozsah: 248 stran  
Cena: 299 Kč  
ISBN: 978-80-247-4771-2  
Vydavatel: Grada

Druhé vydání učebnice pro studenty bakalářského programu ošetřovatelství, vyšších odborných zdravotnických škol, přírodovědných oborů, asistenty hygienické služby a nutriční terapeutů je speciálně přizpůsobeno potřebám studujících, pro něž je klinická mikrobiologie součástí zdravotnického vzdělání a kterým vědomosti o vybraných druzích bakterií, virů, hub a parazitických prvků napomohou v orientaci v mikrobiologii denní zdravotnické praxe. Text je doplněn tabulkami, grafy a fotografiemi.

**Radek Hart a kol.**  
**Degenerativní onemocnění páteře**


Rozsah: 291 stran  
Cena: 1200 Kč  
ISBN: 978-80-7492-067-7  
Vydavatel: Galén

Bolest bederní páteře patří k onemocněním s velmi častým výskyt. Pacienti s těmito bolestmi velmi často postupně navštěvují řadu lékařů různých oborů v naději, že u nich naleznou pomoc. Předkládaná monografie proto přináší komplexní pohled na tuto problematiku. Editor záměrně požádal o odborné tematické příspěvky zástupce všech zainteresovaných lékařských specializací.

Četnost výskytu bolesti páteře potvrzuje, že jde o celosvětově významný problém nejen medicínský, ale i sociálně-ekonomický. Navíc výsledky léčby nebývají tak jednoznačné jako u onemocnění většiny ostatních anatomických oblastí pohybového aparátu a bývají též provázeny vyšším procentem komplikací.

**Michael Földi,**  
**Ethel Földiová (eds.)**  
**Lymfologie**  
 překlad 7. vydání


Rozsah: 720 stran  
Cena: 1699 Kč  
ISBN: 978-80-247-4300-4  
Vydavatel: Grada

Základní učebnice oboru z nakladatelství Urban&Fischer ze skupiny Elsevier zahrnuje informace o anatomii a fyziologii lymfatického systému, příčinách a původu jeho onemocnění, diagnostice, průběhu a léčbě veškerých lymfologických patologií z lékařského pohledu, dále informace o technice a účincích terapeutických fyzikálních a dalších metod. Autoři propojili informace pro lékařské a nelékařské obory s ohledem na co největší profit nemocného. Didaktickou hodnotu publikace zvyšuje přes 700 barevných vyobrazení.

**Věra Peterová a kol.**  
**Migréna**  
 kniha + CD


Rozsah: 140 stran  
Cena: 290 Kč  
ISBN: 978-80-7492-112-4  
Vydavatel: Galén

Bolest hlavy se již dávno stala sociální a ekonomickou zátěží jak pro jednotlivce, který jí trpí, tak pro celou společnost. I proto je nutná správná diagnostika a adekvátní a moderní léčba. Autoři nejen seznamují čtenáře s vědeckými poznatky týkajícími se bolesti hlavy, ale soustředí se i na praktické klinické dopady a možnosti využití nových poznatků v diagnostice a léčbě migrény. Součástí publikace je obrazová dokumentace na CD.

**František Koukolík**  
**Mozek a jeho duše**  
 4., přepracované a rozšířené vydání

Rozsah: 455 stran  
Cena: 350 Kč  
ISBN: 978-80-7492-069-1  
Vydavatel: Galén

## NOVÉ KNIHY



U příležitosti 20. výročí jejího prvního vydání vychází již počtvrté kniha z pera vědeckého esejisty a významného neuropatologa. Pojednává o vztahu mozku a chování, který je jedním z klíčových směrů jak základního, tak užitého výzkumu.

**František Koukolík,**  
**Jana Drtilová**  
**Vzpouora deprivantů**  
 Nestvůry, nástroje, obrana nové, přepracované vydání


Rozsah: 327 stran  
Cena: 290 Kč  
ISBN: 978-80-7492-120-9  
Vydavatel: Galén

Valí se to na nás den za dnem, rok za rokem. Epidemická vlna násilí, kriminality a korupce. Najemní vrazi. Kocourkovští ministři. Sekty páchající vraždy a hromadné sebevraždy. Tělesně a duševně tyrané děti. Noví a noví narkomani. Šarlatáni, kteří „léčtí“ nevládnutelné zhoubné nádory a ožřejmují naše minulé životy. Podvody ve vědě a antivěda. Pokles úrovně vzdělání dětí. Čtyři jaderné noční můry... V době svého prvního vydání před dvaceti lety vzbudila „Vzpouora deprivantů“ nečekaný zájem čtenářů a stala se předmětem soukromých i veřejných diskusí na téma zlo a dobro ve společnosti.

**Úryvek:**

Všichni psychopati ve vězeňské populaci jsou nositeli antisociální poruchy osobnosti. Na druhé straně jen čtvrtina vězňů má antisociální poruchu osobnosti psychopati. Kromě toho v běžné, nevězeňské populaci, tzv. veřejnosti, existuje významný podíl psychopatů, kteří dokáží svou osobnost dokonale maskovat. Jestliže je totiž antisociální porucha osobnosti psychopatů „neúplná“, jsou-li vysoce inteligentní, nechovají-li se kriminálně, často absolvují i více než jednu vysokou školu. Přitom si uchovávají klíčové psychopatické rysy osobnosti a vůbec se nemusejí dostat do konfliktu se zákonem. Jejich činy mohou zcela zastínit hrůzné dílo sériových a masových vrahů, zvláště jsou-li tito „neúplní“ psychopati příslušníky mocenských elit jakého-

koli druhu: politických, vojenských, zpravodajských, církevních, nebo jsou-li členy profesních organizací jednajících s lidmi, jako jsou například lékaři a právníci.

„Neúplným“ psychopatům se říká „subkliničtí“, popřípadě „sociálně obratní“ psychopati. Pro tuto lidskou skupinu jsme v minulých vydáních knihy užili označení (ofenzivní) deprivanti.

**Paul Glaser**  
**Tanec s nepřítelem**  
 Válečné tajemství mé rodiny


Rozsah: 280 stran  
Cena: 349 Kč  
ISBN: 978-80-7387-751-4  
Vydavatel: Triton

Nizozemský občan Paul Glaser během návštěvy bývalého koncentračního tábora Osvětim objeví mezi vystavenými exponáty kufr z Nizozemska se svým jménem. Rozhodne se pátrat po válečné minulosti své rodiny... Postupně odhaluje neuvěřitelný příběh sestry svého otce – tety Roosje. Najde její deník, mnoho fotografií, filmy, dopisy a písně. Roosje byla úspěšná učitelka tance. Když vypukla válka, začal její manžel sympatizovat s nacisty a svou židovskou ženu udal. Roosje byla zatčena a poté vězněna v několika koncentračních táborech. Prošla otrockými pracemi, službou u sonderkomandu u spalovacích pecí a v Osvětimi na ní Josef Mengele dělal pokusy, v jejichž důsledku ztratila možnost mít děti. Na sklonku války absolvovala i „pochod smrti“ z Osvětimi do Březinky, onemocněla tyfem, a když ji švédský Červený kříž na hranicích vyměnil za tři německé válečné zajatce, vážila pouhých 38 kg...

Kousek po kousku skládáme Roosjin utajený život jako stavebníci. Je to příběh silné, citlivé a nebojácné ženy, která si přes všechna protivinství zachovala životní optimismus. Nezlomily ji ani děsivé zkušenosti z koncentračních táborů. Hořce komentuje jen postoje a činy některých svých nizozemských spoluobčanů-kolaborantů a způsob, jakým se k pronásledovaným Nizozemcům židovského původu chovala tamní vláda. Také proto se Roosje po válce do své vlasti nevrátila, ale vybudovala si nový domov ve Švédsku. Kniha zároveň nastoluje některé etické otázky. Co všechno je člověk

v reálné situaci ohrožení svého života udělat, aby si zajistil výhodu pro přežití? A kdo má právo jeho činy soudit? Ve svém deníku, ze kterého tato kniha vychází, Roosje napsala: „Abych uchovala vzpomínky na ztracenou minulost, píšou o svém životě knihu. Potřebuju minulost, abych mohla žít budoucnost.“

Autor Paul Glaser se narodil v roce 1947, pracoval jako manažer a ředitel několika vzdělávacích a zdravotnických institucí. Jeho dávní předkové pocházeli z Čech, prapraděd Berent David Glaser se narodil roku 1722 v Praze.

**Úryvky:**

Když přijdeme do Březinky, vedou nás do té části, kde jsou plynové komory. Tam nás hned nasadí do práce. Naším úkolem je doprovázet a uklízet vězně, než se půjdou „vysprchovat“. Aby ta pohádka o sprchování působila věrohodně, musíme jim v převlékárně rozdat ručníky. Strach však mají dál. Čtu jim ho v očích. Lidé se tu vraždí jako na běžícím pásu. Jsou mezi nimi i děti. Stranou stojí sám asi desetiletý chlapec. Má vyděšené hnědé oči a kolem krku ošuntělou šálu. Když si mne všimne, usměje se na něj. Nejdřív váhá, pak jeho nepřítomný pohled na chvíli zmizí a on úsměv opětuje. Za půl hodiny vytahujeme ještě teplá těla ven. Také toho malého klučínu.

(...)  
Při hodinách tance je na programu i etiketa. Jak má muž správně požádat dámu o tanec? A jak je to chybné? Ruka se nepokládá na partnerčino pozadí, jak to většina mužů okamžitě udělá. Když jde muž požádat o tanec, provede před dámou lehkou úklonu s rovnými zády. Dámka se po skončení tance rozloučí pukrletem. Když se tancem zamyslí, je to bizarní. Dávám esesákům v Osvětimi lekce společenského chování.

(...)  
Pak náhle dýchánky SS skončí a s nimi i taneční hodiny. Už se nezpívá. Něco je ve vzduchu. Jednou večer ležíme s Kurtem zase na dekách za psacím stolem. Vypráví o svých starostech. „Je to svinstvo. Prohráváme válku. Každý už to ví.“ Šeptáme, protože oficiálně má přijít konečné vítězství. „Rusové jdou z východu a Američané se hrnou ze západu. Co s námi bude? Už týden jsem nedostal poštu, ani od rodičů ani od sestry.“ Utěšuju ho. Snažím se ho rozveselit a rozesmát. Nedává se mi to. Je depresivní a má strach. Z kdysi tak hrdého a elegantního příslušníka SS nezbylo téměř nic.

# Neuroanestezie a základy neurointenzivní péče

Publikace „Neuroanestezie a základy neurointenzivní péče“ je významným příspěvkem v české odborné literatuře. Představuje první tuzemskou souhrnnou monografii na toto téma.

Kniha má potenciál oslovit jak začínající anesteziology a neurochirurgy, tak lékaře s dlouhodobou praxí v uvedených oborech. Důležité informace zde ovšem mohou nalézt i nelékařští zdravotníci pracovníci a lékaři blízkých oborů, jako jsou specialisté v oblasti intenzivní medicíny, neurologie či urgentní medicíny.

Kniha je rozdělena do několika oddílů. Kapitola věnovaná farmakologii látek používaných k vedení celkové anestezie se cíleně věnuje vlivu nitrožilních a inhalačních anestetik na pokrvení mozku, nitrolební tlak a funkci centrálního nervového systému. Následují kapitoly věnované monitoraci, které popisují běžné i méně časté metody monitorování v neuroanestezii a intenzivní péči – měření

nitrolebního tlaku, ultrazvukové vyšetření mozkových cév, měření tkáňové oxygenace a mozkové perfuze, mikrodialýzu a elektrofyziologické monitorování mozku a míchy.

## Kompaktní a přehledný zdroj informací

Z praktického pohledu velmi důležitou částí monografie jsou kapitoly věnované anestezii u jednotlivých typů neurochirurgických výkonů, které pojednávají o předoperační přípravě, anesteziologických specifikách jednotlivých typů operačních výkonů i nejčastějších komplikacích, které se v jejich průběhu mohou vyskytnout.

Část knihy věnovaná neurointenzivní péči je zaměřena především na problematiku intenzivní

péče o mozková traumata a perioperační intenzivní péče o neurochirurgické pacienty. Přehledně popisuje intenzivní péči o neurochirurgické pacienty včetně specifických požadavků na podporu orgánových funkcí a prevenci komplikací.

Závěrečná část knihy je věnována časnému a pozdním komplikacím operačních výkonů v neurochirurgii z pohledu anesteziologa nebo intenzivisty.

Monografie „Neuroanestezie a základy neurointenzivní péče“ představuje kompaktní a přehledný zdroj informací, který vhodně doplňuje obecné základní učebnice anesteziologie či intenzivní péče pro lékaře v přípravě, definuje aktuální standard anesteziologické péče u vybraných typů operačních výkonů a představuje

užitečný referenční zdroj pro zkušenější lékaře.

MUDr. Pavel Dostál, Ph.D.  
vedoucí Centra intenzivní péče FN HK  
KARIM LF UK a FN Hradec Králové

Kniha je přehledná a současně velmi obsažná. Kapitoly věnované anestezii u neurochirurgických výkonů jsou členěny prakticky a pojednávají o předoperační přípravě, druhých jednotlivých zákrkích s anesteziologickými specifiky a o nejčastějších komplikacích, se kterými se u operací může anesteziolog setkat. Odstavce „čeho se na sále obávat“ jsou psané bezesporu odborníky v dané problematice a významně pomohou orientaci méně zkušeného lékaře ve chvíli, kdy během výkonu dochází k odchylkám od normálního průběhu operace.

Zařazení přehledu neuroradiologických metod je velmi přínosné, neboť v neurochirurgii, stejně jako například v kardiologii nebo cévní chirurgii, se rozvíjí trend snižovat invazivitu operačních výkonů a endovaskulární metody zatěžují pacienta výrazně méně než otevřené operace. Rozsáhlý oddíl je věnován neurointenzivní péči, zvláště péči o pacienty s kra-

## RECENZE



### Tomáš Tyll, Vlasta Dostálová, David Netuka a kol.

Mladá fronta, edice Aeskulap  
Praha, 2014, 1. vydání  
312 stran

niocerebrálními poraněními, která jsou stále významnou příčinou úmrtí u mladých lidí. Tento oddíl také pojednává o komplexní i specializované péči po výkonech neurochirurgie, včetně ventilační strategie, účelné farmakoterapie, antibiotické léčba a výživy.

doc. MUDr. Pavel Michálek, Ph.D., DESA, MSc.  
KARIM I. LF UK a VFN v Praze

## „Vzácná onemocnění v kostce“ upozorňují na opomíjené téma

První přehledovou publikaci v češtině věnovanou vzácným onemocněním připravil kolektiv autorů napříč specializacemi vedený MUDr. Kateřinou Kubáčkovou z Onkologické kliniky 2. LF UK a FN Motol a vydalo ji nakladatelství Mladá fronta. V Akademickém klubu 1. LF UK (Faustově domě) ji spolu s autory slavnostně pokřtili děkan 1. LF UK prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc., a ředitel Ústavu hematologie a krevní transfuze (ÚHK) prof. MUDr. Petr Cetkovský, Ph.D., MBA.

„Líbí se mi, že tato akce je doslova ‚ekumenická‘ a ukazuje spolupráci napříč institucemi, fakultami i odbornostmi,“ řekl na úvod profesor Šedo. „Tak jako se o demokracii říká, že většina musí hlídat zájmy menšiny, něco obdobného platí i pro vzácná onemocnění. Medicína se nemůže věnovat jen tomu, co je zrovna ‚mainstreamové‘. Navíc v souhrnu tato onemocnění až tak vzácná nejsou,“ upřesnil.

„Část pacientů unikne časné diagnostice své nemoci a zjistíme ji třeba až v 10 či 20 letech věku. Pro-

to je důležité, aby lékaři v první linii na tuto eventualitu mysleli a přispěli k časnějšímu odhalení, tedy i lepší prognóze,“ doplnil profesor Cetkovský. „Co se týče farmaceutického průmyslu, i když jde zdánlivě o léky pro hrstku pacientů, výzkumné týmy při jejich vývoji získávají nové poznatky, rozvíjejí nové technologie a celkově se posunují, což pak mohou zužítkovat i ve své další práci. Je to tedy přínos i pro ně,“ dodal.

### Klíčová včasná diagnóza

V Evropě se jako vzácná označují taková onemocnění, která se vyskytují u méně než 5 obyvatel z 10 tisíc. Celkový počet vzácných onemocnění se odhaduje na 6–8 tisíc, přesný údaj ovšem není znám a neexistuje ani přesná mezinárodní klasifikace. Odhaduje se, že v Česku se problematika VO týká 60 tisíc lidí, v Evropě pak celkově 30 milionů.

„Spolu s ostatními autory nám šlo o zvýšení obecného povědomí o problematice vzácných onemocnění a přiblížení celého tématu odborné veřejnosti. U vybraných diagnóz a diagnostických skupin jsme se také snažili nabídnout alespoň



Zleva MUDr. Kateřina Kubáčková, prof. Aleksi Šedo, prof. Petr Cetkovský, předsedkyně České asociace pro vzácná onemocnění (ČAVO) Anna Arellanesová a prof. Milan Macek jr. | Foto: 1. LF UK

základní orientaci pro stanovení správné diagnózy. To je totiž skutečně především úkolem praktiků a praktických pediatriů, kteří by měli umět rozpoznat podezřelé symptomy a odeslat pacienta na specializované pracoviště,“ souhlasí MUDr. Kateřina Kubáčková. „Ovšem úkol je to nelehký. Když si vezmete, kolik nemocí existuje a kolik lidí s jednotlivými diagnózami žije, vyjde vám, že v konkrétní ordinaci konkrétního praktického lékaře se pacient s jednou z těchto diagnóz

objeví třeba jednou za desetiletí. Není divu, že pak vznikají prodlevy, pacienti obíhají různá vyšetření a správná diagnóza je v nedohlednu. Jenže jejich čas běží rychleji než náš. Jejich nemoc se může progresivně zhoršovat a fakt, že nevíte, co se s vámi děje, je psychicky velmi náročný. Na jedné straně jsou tu potřeby pacientů, na druhé možnosti medicíny. Jde o to, abychom využili potenciál nových poznatků a dokázali co nejlépe pomáhat,“ vysvětlila vedoucí autorského kolektivu.

### Obousměrný proces

„Genetici byli vždy předvojem výzkumu této problematiky, v duchu hesla ‚nevíš-li, co s tím, pošli to na genetiku‘. Stále je však před námi hodně práce,“ uvedl přednosta Ústavu biologie a lékařské genetiky 2. LF UK a FN Motol prof. MUDr. Milan Macek jr., DrSc. „Problematika VO nás také učí, že nejen lékař, ale i pacient sám může vědět, co je pro něj dobré. Jednak ho léčíte, ale zároveň i strukturujete péči a přizpůsobujete ji na míru dle jeho potřeb. Je to tedy obousměrný proces, ve kterém se od sebe oba navzájem učí,“ dodal.

Vzácná onemocnění skutečně nejsou jen čistě medicínskou problematikou, proto se autoři zabývají také souvisejícími právními předpisy a regulacemi na národní i mezinárodní úrovni, ať už jde o regulaci léčivých přípravků nebo organizaci péče v expertních centrech. Jedna z kapitol je věnována také tématu patientských organizací, jež právě v oblasti vzácných onemocnění hrají významnou roli, především při zprostředkování informací a kontaktů mezi pacienty.



## PRÁVNÍ PORADNA

# Nemoc z povolání a náhrada ušlé mzdy

**Při výkonu povolání sestry na dětském oddělení jsem se nakazila planými neštovicemi od dítěte, které již bylo infekční, ale v té době ještě bez viditelných projevů na kůži. Rodina neuvedla, že dítě bylo v nedávné minulosti ve styku s neštovicemi, a že je tedy potenciálně infekční. Vzhledem k mé vysoké infekčnosti a protrahované léčbě jsem již 3. týden na nemocenské. Chci se zeptat, zda se v tomto případě jedná o nemoc z povolání a zda mám nárok na náhradu za ušlou mzdu.**



na dotazy odpovídá  
JUDr. Pavel Zajíc

padě nesolventnosti zaměstnavatele nebo jeho zániku.

Nová právní úprava zákoníku práce z roku 2006 proto přešla na koncepci úrazového pojištění zaměstnanců. Současně s novým zákoníkem práce byl proto v roce 2006

přijat také zákon o úrazovém pojištění zaměstnanců. Jelikož však nebyly vytvořeny věcné podmínky pro současně nabytí účinnosti obou těchto předpisů od roku 2007, byla účinnost zákona o úrazovém pojištění zaměstnanců odložena zatím na 1. 1. 2015.

## Stávající právní úprava

Na popsáné jednání tak dopadá stávající právní úprava obsažená v zákoníku práce. Podle této úpravy zaměstnavatel odpovídá zaměstnanci za škodu vzniklou nemocí z povolání, jestliže zaměstnanec naposledy před jejím zjištěním pracoval u zaměstnavatele za podmínek, za nichž vzniká nemoc z povolání, kterou byl postižen. Za nemoc z povolání se přitom považují nemoci uvedené ve zvláštním právním předpise, nařízení vlády č. 290/1995 Sb.,

kterým se stanoví seznam nemocí z povolání.

Nemoci z povolání jsou zde vymezeny jako nemoci vznikající nepříznivým působením chemických, fyzikálních, biologických nebo jiných škodlivých vlivů, pokud vznikly za podmínek uvedených v seznamu nemocí z povolání. Zpravidla bývá podkladem pro odškodnění nemocí z povolání posudek, kterým byla uznána nemoc z povolání.

## Odpovědnost zaměstnavatele

Od 1. 4. 2012 nabytí účinnosti zákon o specifických zdravotních službách, který v rámci komplexní úpravy posudkové péče upravuje též posuzování a uznávání nemocí z povolání a postup při vydávání posudků včetně postupu na základě návrhu na přezkoumání posudku.

S ohledem na princip objektivní odpovědnosti zaměstnavatele za vznik nemoci z povolání zákoník práce výslovně stanovuje, že zaměstnavatel je povinen nahradit škodu, i když dodržel povinnosti vyplývající z právních i ostatních předpisů k zajišťování bezpečnosti a ochrany zdraví při práci. Zaměstnavatel se své od-



ilustrační foto: Wikimedia

povědnosti zcela či zčásti zprostiti, prokáže-li například, že škoda vznikla tím, že zaměstnanec sám svým zaviněním porušil právní a ostatní předpisy nebo pokyny k zajištění bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, ačkoli s nimi byl řádně seznámen.

## Nárok na náhradu ušlé mzdy

Zaměstnanci, u něhož byla zjištěna nemoc z povolání, je zaměstnavatel povinen poskytnout náhradu za ztrátu na výdělků, náhradu za bolestné a ztížení společenského uplatnění, náhradu za účelně vynaložené náklady spojené s léčením a dále náhradu za způsobenou věcnou škodu. U náhrady ztráty na výdělků přichází do úvahy náhrada jak

po dobu pracovní neschopnosti (rozdíl mezi průměrným výdělkem před vznikem škody způsobené nemocí z povolání a plnou výší náhrady mzdy), tak i po dobu po skončení pracovní neschopnosti (rozdíl mezi průměrným výdělkem před vznikem škody a výdělkem dosaženým po zjištění nemoci z povolání). K tomu, abych mohl konkrétně zodpovědět Váš dotaz, zda se ve Vašem případě jedná o nemoc z povolání, nemám k dispozici veškeré potřebné podklady. Mohu však jednoznačně doporučit obrátit se s Vaším požadavkem na zaměstnavatele s tím, že pokud by bylo prokázáno, že se ve Vašem případě jedná o nemoc z povolání, máte nárok na náhradu ušlé mzdy, tak jak je uvedeno výše.

## Archivace dokumentace vzniklé před 1. 4. 2012

**Jak se nás v praxi dotýkají změny v povinnosti délký archivace již existující zdravotnické dokumentace, vyplývající z vyhlášky č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci? Jsme povinni již existující archiv a jeho skartační řád přehodnotit ve smyslu nových lhůt a připustit tak faktickou retroaktivitu právní normy, nebo se nově stanovené lhůty týkají až zdravotnické dokumentace vzniklé po datu účinnosti vyhlášky?**

S účinností od 1. 4. 2012 upravuje bližší podmínky archivace zdravotnické dokumentace vyhláška č. 98/2012 Sb., o zdravotnické dokumentaci. Tato vyhláška stanovuje nejen náležitosti této dokumentace, ale také pravidla pro její vedení a uchovávání. Poskytovatel zdravotních služeb

tak vede a uchovává zdravotnickou dokumentaci v souladu se zásadami stanovenými v příloze č. 2 k této vyhlášce. Zdravotnická dokumentace se uchovává po dobu 5 let, pokud není jiným právním předpisem nebo v přílo-

ze č. 3 k této vyhlášce stanoveno jinak. Doba uchovávání zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi jedním poskytovatelem počíná běžet 1. dnem měsíce ledna následujícího kalendářního roku po dni, v němž byl proveden

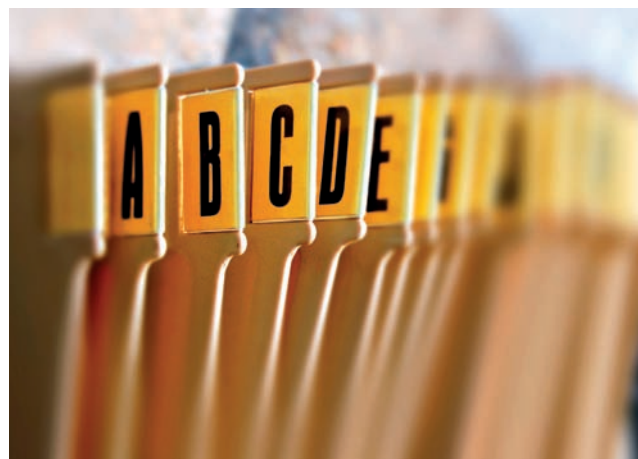
poslední záznam ve zdravotnické dokumentaci pacienta, pokud není v příloze č. 3 k této vyhlášce stanoveno jinak. V případě zdravotnické dokumentace vedené v elektronické podobě je každý záznam do dokumentace opatřen elektronickým podpisem.

## Přechodná ustanovení

Na vznesený dotaz odpovídají, byť ne zcela přehledně, přechodná ustanovení vyhlášky o zdravotnické dokumentaci, která jsou shrnuta v § 7 vyhlášky. Podle těchto přechodných ustanovení platí, že na zdravotnickou dokumentaci, která začala být vedena přede dnem 1. 4. 2012, se vztahují přílohy č. 2 a č. 3 k této vyhlášce. Pokud u této zdravotnické dokumentace uplynula doba uchování určená podle § 5 vyhlášky před 1. 4. 2012 a skartační řízení nebylo provedeno nebo zahájeno po-

dle předchozích právních předpisů, lze potřebnost zdravotnické dokumentace posoudit ode dne 1. 7. 2013. Pokud u zdravotnické dokumentace vedené přede dnem 1. 4. 2012 již bylo zahájeno skartační řízení, dokončí se podle předchozí vyhlášky o zdravotnické dokumentaci.

Z přechodných ustanovení tak vyplývá, že i na zdravotnickou dokumentaci, která začala být vedena před 1. 4. 2012, se vztahují pravidla pro uchovávání zdravotnické dokumentace uvedená v přílohách č. 2 a č. 3 vyhlášky č. 98/2012 Sb. Nezbývá tak než již existující archiv a skartační řád přehodnotit ve smyslu nových lhůt. Toto pravidlo neplatí pouze pro zdravotnickou dokumentaci vedenou přede dnem 1. 4. 2012, u které již bylo zahájeno skartační řízení, jež se dokončí podle předchozí právní úpravy.



ilustrační foto: Shutterstock



# Zajímavé www stránky

## – rehabilitační lékařství

Rehabilitačnímu lékařství jsme se na tomto místě zatím nevěnovali, ačkoli zasluhuje velkou pozornost. Základy oboru u nás sahají zhruba do poloviny 20. století, kdy byl oficiálně konstituován, nicméně větší pozornost principům rehabilitační medicíny byla věnována již v průběhu první a zejména pak druhé světové války.

### European Society of Physical and Rehabilitation Medicine [www.esprm.net](http://www.esprm.net)

Tato evropská odborná asociace byla založena v roce 2003, navázala však na činnost European Federation of the PRM Societies založené v roce 1963. Nyní sdružuje 21 národních odborných společností rehabilitační medicíny, Česká republika v ní ovšem zastoupena není.

Webové stránky nabízejí zejména pozvánky na kongresy či další vzdělávací aktivity konané v různých evropských zemích. Dále lze procházet bohatý archiv stručných informací z rehabilitačního lékařství nazvaných „Rehab in Review“.

Zdarma přístupné jsou rovněž některé vybrané články z dalších odborných časopisů. Pomocí webového portálu získáme i přehled o jednotlivých národních odborných časopisech a odkazy na jejich elektronické verze.

### American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation [www.aapmr.org](http://www.aapmr.org)

Na stránkách výše uvedené americké odborné společnosti doporučuji prohlédnout hlavně odkaz „PM&R Knowledge Now“, což je



dynamicky se rozvíjející elektronický zdroj odborných informací z rehabilitační medicíny, kde jsou jednotlivé články seřazené podle hlavních diagnostických skupin. Text představuje jednak příslušnou nozologickou jednotku, s důrazem na klinické symptomy, epidemiologii či patologicko-anatomické poznámky, a posléze se věnuje popisu základ-

ních principů fyzikální a rehabilitační léčby.

### International Society of Physical and Rehabilitation Medicine [www.isprm.org](http://www.isprm.org)

Odborníci z oboru rehabilitačního lékařství se sdružují i v této mezinárodní společnosti, jejíž webové stránky prezentují základní parametry činnosti společnosti a tým profesionálů v jejím vedení. Dále si můžeme prohlédnout nejrůznější edukační materiály.

### Společnost rehabilitační a fyzikální medicíny ČLS JEP

[www.srfm.cz](http://www.srfm.cz)

Internetové stránky české odborné společnosti nabízejí převážně přehled vzdělávacích aktivit a kurzů i podrobné informace o její činnosti, vzdělávání v oboru a legislativních aktualitách týkajících se právě oboru rehabilitační medicíny.

### Annals of Physical and Rehabilitation Medicine

[www.sciencedirect.com/science/journal/18770657](http://www.sciencedirect.com/science/journal/18770657)

Přehledný portál obsahující archiv všech článků publikovaných v *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* za posledních pět let. Řada vybraných textů je na internetu volně přístupných.

MUDr. Michal Peříšek

## ZDRAVOTNICTVÍ MEDICÍNA

ZDRAVOTNICTVÍ A MEDICÍNA

číslo 12/2014

### Šéfredaktorka

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

### Redakce

Petra Klusáková, DiS. (Z domova)  
tel. 225 276 388, e-mail: klusakova@mf.cz  
Filip Kút Ctoreš, DiS. (Z domova, on-line)  
tel. 225 276 176, e-mail: kut@mf.cz  
Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, Farmabyzns, 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 Sládková (Lékařské listy)  
tel. 225 276 162, e-mail: sladka@mf.cz  
MUDr. Andrea Skálová (Lékařské listy)  
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz

### Stáli spolupracovníci redakce

Leoš Chodura, Martin Caban,  
Irena Soukupová, MUDr. Milan Novák,  
David Daniel, Eva Pavlatová, Martina Rehořová,  
Vladimíra Bošková, Marcela Svěráková

### Editor/korektor

Mgr. Martin Cermák

### Grafika a technické zpracování

Pavla Jilková  
tel. 225 276 455,  
e-mail: jilkovap@mf.cz

### Redakční rada Lékařských listů ZAM

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)  
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA  
prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.  
MUDr. Ivan David, CSc.  
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.  
MUDr. Radkin Honzák, CSc.  
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.  
prof. MUDr. Miloslav Kršiák, DrSc.  
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA  
prof. Ing. Rudolf Poleďne, CSc.  
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.  
tel. 225 276 359, 725 575 627  
e-mail: borovska@mf.cz

### OBCHODNÍ ODDĚLENÍ

fax 225 276 444

### group sales manager

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

### personální inzerece

Jitka Borovská  
tel. 225 276 359, 725 575 627  
e-mail: borovska@mf.cz



generální ředitel  
Ing. David Hurta

kreativní ředitel  
René Decastello

### DTP

retuší Miloslav Pařík (vedoucí),  
Libor Horyna, Milan Kubička, Zdeněk Němec,  
Petr Novák, Jan Mach

ředitel divize  
Medical Services  
Karel Novotný

art director  
Petr Honzátko

### MARKETING

ředitelka marketingu Jana Holková  
brand manager Alena Kohoutová

DISTRIBUCE A VÝROBA  
ředitelka distribuce a výroby Soňa Štarhová  
vedoucí výroby Michal Sesták  
výroba Monika Snádrová  
manažerka předplatného Jana Horáková,  
tel. 225 276 317,  
e-mail: horakovaj@mf.cz

Vydává MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o.,  
sídl: Mezi vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,  
IČ: 01847082

### adresa redakce:

Zdravotnictví a medicína,  
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:  
A.L.L. production, s. r. o., P. O. BOX 732,  
111 21, Praha 1  
tel. 800 248 248,  
e-mail: mladafronta@predplatne.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 inzerátů ani jiných materiálů komerční povahy.

Tisk EUROPRINT a. s.  
Číslo dáno do tisku 12. 6. 2014

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

© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2014  
Evidenční číslo MK ČR: E 20524  
ISSN 2336-2987

# PERSONÁLNÍ INZERCE

## Volná místa

### Více pozic

**NEMOCNICE ČESKÝ KRUMLOV, A. S.**, přijme zaměstnance na následující oddělení:

ARO

■ lékáře/-ku s atestací II. stupně nebo se specializovanou způsobilostí v oboru ARO s perspektivou funkčního místa

■ lékáře/-ku s atestací I. stupně nebo lékaře v přípravě na atestaci v oboru ARO

■ lékáře/-ku absolventa

GPO

■ lékáře/-ku s atestací II. stupně nebo se specializovanou způsobilostí v oboru GPO

■ lékáře/-ku absolventa

Lékárna

■ lékárníka/lékárnici, vhodně i pro absolventa

Nabízíme:

- výborné mzdové podmínky,
- možnost ubytování na ubytovně,
- pomoc při pořizování bytu nebo domu.

Bližší informace při osobním jednání. Kontaktujte personální oddělení: tel.: 380 761 361, 777 486 121, e-mail: markova@nemck.cz

M141000941

**Zdravotnická záchranná služba Středočeského kraje**  
272 01 Kladno, Vančurova 1544  
přijme do pracovního poměru na plný úvazek

### 2 lékaře zdravotnické záchranné služby pro výjezdové základny v okrese Mělník

**Požadujeme:**

- specializovanou způsobilost v základním oboru nebo v oboru urgentní medicína

**Nabízíme:**

- nadstandardní finanční ohodnocení
- příjemné pracovní prostředí v moderně vybavených výjezdových základnách
- kompaktní pracovní kolektiv
- možnost dalšího vzdělávání
- specifické bonusové pobídky

**Nástup možný ihned nebo podle dohody.**

Kontakty: tel. 605 203 818, e-mail: zdenek.tlusty@zachranka.cz

Inzerce M141000929

### PL / internista

**MĚSTSKÁ NEMOCNICE OSTRAVA, P. O.**, přijme praktického lékaře / internistu pro oddělení všeobecného praktického lékařství a domovy důchodců. Možno i na zkrácený úvazek.

Požadujeme specializovanou způsobilost v oboru. Nabízíme motivující platové ohodnocení a firemní benefity.

Kontakt: prim. MUDr. Martin Pindur, e-mail: martin.pindur@mnof.cz, tel.: 596 193 325, www.mnof.cz (odkaz „Volné pozice“).

M141000938

### Internista / diabetolog

**POLIKLINIKA ČESKÁ TŘEBOVÁ, NÁM. JANA PERNERA 446**, přijme lékaře internistu (diabetologa) s možností výkonu funkce i náměstka LPP.

Požadujeme:  
• odbornou způsobilost,  
• pracovitost,  
• spolehlivost.

Nástup možný v září 2014.

Kontakt: Ing. Artur Lukša – provozní ředitel, e-mail: artur.luksa@doz.agel.cz, tel.: 972 748 582.

M141000827

### Fyzioterapeut

**OBLASTNÍ NEMOCNICE NÁCHOD, A. S.**, hledá fyzioterapeuta pro oddělení akutní lůžkové rehabilitace i ambulantní rehabilitace pro nemocnice v Náchodě a Rychnově nad Kněžnou.

Nabízíme:  
• nadprůměrné mzdové ohodnocení včetně výkonnostního příplatku,  
• zaměstnanecké benefity,  
• výraznou podporu vzdělávání,  
• ubytování.

Vhodné i pro absolventy. Nástup možný ihned.

Kontaktujte nás e-mailem na adrese: holub.lukas@nemocnicenachod.cz

M141000960

## PERSONÁLNÍ INZERCE ZAM

Jitka Borovská  
tel.: 225 276 359, 725 575 627  
e-mail: borovska@mf.cz

Zdravotnictví a medicína  
Mladá fronta a. s.  
Mezi Vodami 1952/9  
143 00 Praha 4 – Modřany



Představujeme publikaci

## Očkovanie v špeciálnych situáciách

Komplexní pohled na problematiku očkování specifických skupin populace (při definovaných zdravotních problémech, rizikových faktorech apod.). Autoři se zabývají očkováním ve vztahu ke vzniku určitých onemocnění, dále

ve specifických klinických či fyziologických situacích, při celkové anestezii i imunomodulační léčbě. Věnují se též přítomnosti adjuvancií ve vakcínách, lidským embryonálním buňkám a výrobě vakcín.

Autor: Miloš Jeseňák, Ingrid Urbančíková a kolektiv **Doporučená cena 350 Kč**

**MEDICAL SERVICES**

Při objednání na **knihy.cz** sleva 25%

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR



MLADÁ FRONTA

## PERSONÁLNÍ INZERCE



Ministr zdravotnictví

vyhlašuje výběrové řízení na vedoucí pracovní místo  
**ředitel/ředitelka  
NEMOCNICE NA HOMOLCE**

**Kvalifikační požadavky:**

■ vysokoškolské vzdělání magisterského studijního programu v oblasti lékařství, ekonomie nebo práva ■ zkušenosti v řízení a ekonomice zdravotnictví minimálně 5 let ■ zkušenosti s vedením a řízením zaměstnanců minimálně 5 let ■ organizační schopnosti a řídicí předpoklady ■ schopnost vést a motivovat podřízené ■ výborné komunikační a prezentační dovednosti ■ jazykové znalosti ■ občanská bezúhonnost.

**K přihlášce doložte:**

Životopis zaměřený na odbornou praxi ■ doklady o vzdělání ■ osobní dotazník ■ doklady podle zákona č. 451/1991 Sb., v platném znění (tzn. osvědčení + čestné prohlášení) ■ výpis z rejstříku trestů ne starší 3 měsíců ■ prohlášení na ochranu osobních údajů podle zákona č. 101/2000 Sb., v platném znění ■ prohlášení o jiné výdělečné činnosti a k § 304 zákoníku práce, v platném znění ■ návrh koncepce řízení předmětné organizace.

**Přihlášku s požadovanými ověřeními či originálními doklady**, telefonním spojením a e-mailem adresou **zasílejte do 4. července 2014** na adresu: Ministerstvo zdravotnictví, personální odbor, Palackého nám. 4, 128 01 Praha 2. Přihláška bude doručena v uzavřené obálce s uvedením jména uchazeče/ky a korespondenční adresy na zadní straně obálky, na přední straně bude obálka označena nápisem: „**Výběrové řízení – neotvírat**“

Inzerce M141000944



Ministr zdravotnictví

vyhlašuje výběrové řízení na vedoucí pracovní místo  
**ředitel/ředitelka  
MASARYKOVA ONKOLOGICKÉHO ÚSTAVU**

**Kvalifikační požadavky:**

■ vysokoškolské vzdělání magisterského studijního programu v oblasti lékařství, ekonomie nebo humanitních věd ■ zkušenosti v ekonomice zdravotnictví ■ zkušenosti v řízení vědecko-výzkumné činnosti ■ zkušenosti s vedením a řízením zaměstnanců minimálně 5 let ■ organizační schopnosti a řídicí předpoklady ■ schopnost vést a motivovat podřízené ■ výborné komunikační a prezentační dovednosti ■ jazykové znalosti ■ občanská bezúhonnost.

**K přihlášce doložte:**

■ životopis zaměřený na odbornou praxi ■ doklady o vzdělání ■ osobní dotazník ■ doklady podle zákona č. 451/1991 Sb., v platném znění (tzn. osvědčení + čestné prohlášení) ■ výpis z rejstříku trestů ne starší 3 měsíců ■ prohlášení na ochranu osobních údajů podle zákona č. 101/2000 Sb., v platném znění ■ prohlášení o jiné výdělečné činnosti a k § 304 zákoníku práce, v platném znění ■ návrh koncepce řízení předmětné organizace.

**Přihlášku s požadovanými ověřeními či originálními doklady**, telefonním spojením a e-mailem adresou **zasílejte do 4. července 2014** na adresu: Ministerstvo zdravotnictví, personální odbor, Palackého nám. 4, 128 01 Praha 2. Přihláška bude doručena v uzavřené obálce s uvedením jména uchazeče/ky a korespondenční adresy na zadní straně obálky, na přední straně bude obálka označena nápisem: „**Výběrové řízení – neotvírat**“

Inzerce M141000945



Ministr zdravotnictví

vyhlašuje výběrové řízení na vedoucí pracovní místo  
**ředitel/ředitelka  
KOORDINAČNÍHO STŘEDISKA TRANSPLANTACÍ**

**Kvalifikační požadavky:**

■ vysokoškolské vzdělání magisterského studijního programu v oblasti lékařství, ekonomie nebo práva ■ zkušenosti v řízení a ekonomice zdravotnictví minimálně 5 let ■ prokazatelná znalost a praxe v transplantologii ■ zkušenosti s vedením a řízením zaměstnanců minimálně 5 let ■ organizační schopnosti a řídicí předpoklady ■ schopnost vést a motivovat podřízené ■ výborné komunikační a prezentační dovednosti ■ znalost anglického jazyka (slovem i písmem) ■ občanská bezúhonnost.

**K přihlášce doložte:**

Životopis zaměřený na odbornou praxi ■ doklady o vzdělání ■ osobní dotazník ■ doklady podle zákona č. 451/1991 Sb., v platném znění (tzn. osvědčení + čestné prohlášení) ■ výpis z rejstříku trestů ne starší 3 měsíců ■ prohlášení na ochranu osobních údajů podle zákona č. 101/2000 Sb., v platném znění ■ prohlášení o jiné výdělečné činnosti a k § 304 zákoníku práce, v platném znění ■ návrh koncepce řízení předmětné organizace.

**Přihlášku s požadovanými ověřeními či originálními doklady**, telefonním spojením a e-mailem adresou **zasílejte do 4. července 2014** na adresu: Ministerstvo zdravotnictví, personální odbor, Palackého nám. 4, 128 01 Praha 2. Přihláška bude doručena v uzavřené obálce s uvedením jména uchazeče/ky a korespondenční adresy na zadní straně obálky, na přední straně bude obálka označena nápisem: „**Výběrové řízení – neotvírat**“

Inzerce M141000946



**Program CZ 11 –  
„Iniciativy v oblasti veřejného zdraví“**

Ministerstvo financí jako Zprostředkovatel programu ve spolupráci s **Ministerstvem zdravotnictví – Partnerem programu** vyhlašuje

**VÝZVU K PŘEDKLÁDÁNÍ ŽÁDOSTÍ O GRANT  
na individuální projekty financované z Norských fondů 2009–2014  
v rámci programu CZ11 „Iniciativy v oblasti veřejného zdraví“**

**AKTIVITA II – Péče o děti**

**Termín vyhlášení výzvy a ukončení příjmu žádostí:  
Alokovaná částka:**

12. 6. 2014 – 15. 8. 2014  
111 569 293 CZK (4 210 162 €)

Výzva je zaměřena na následující aktivity:

**II.a Prevence dětských úrazů**

V rámci této aktivity bude podpořen vznik „preventivních buněk“ na pracovištích specializované traumatologické péče s cílem zavést a podpořit efektivní preventivní programy na místní úrovni

**Oprávnění žadatelé:**

Poskytovatelé specializované a superspecializované dětské traumatologické péče vedené ve věstníku Ministerstva zdravotnictví (věstník MZ ČR, částka 6/2008).

**II.b Prevence následků onemocnění a zdravotních problémů v dětském věku**

V rámci této aktivity bude podpořen rozvoj multidisciplinární dispenzární péče, která je prováděna u pacientů s perinatální zátěží po propuštění ze specializovaných perinatologických center.

**Oprávnění žadatelé:**

Poskytovatelé navazující dispenzární péče v návaznosti na perinatologická centra stanovená věstníkem Ministerstva zdravotnictví (věstník MZ ČR, částka 2/2014).

**Veškeré informace o vyhlášené výzvě a dokumenty ke stažení naleznete na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví: [www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz) → Mezinárodní vztahy a EU → Evropské fondy → Norské fondy 2009–2014**

Podpořeno z programu „Iniciativy v oblasti veřejného zdraví“ financovaného z Norských fondů

Inzerce M141000951



**Program CZ 11 –  
„Iniciativy v oblasti veřejného zdraví“**

Ministerstvo financí jako Zprostředkovatel programu ve spolupráci s **Ministerstvem zdravotnictví – Partnerem programu** vyhlašuje

**VÝZVU K PŘEDKLÁDÁNÍ ŽÁDOSTÍ O GRANT  
na individuální projekty financované z Norských fondů 2009–2014  
v rámci programu CZ11 „Iniciativy v oblasti veřejného zdraví“**

**AKTIVITA I – Psychiatrická péče**

**Termín vyhlášení výzvy a ukončení příjmu žádostí:  
Alokovaná částka:**

12. 6. 2014 – 29. 8. 2014  
200 368 116 CZK (7 561 061 €)

**Cílem výzvy je vytvoření podmínek pro rozvoj a implementaci komplexního programu léčebně rehabilitační péče, který umožní sledovat a vyhodnocovat stav pacienta a tak rozhodnout o jeho umístění mimo léčebnou instituci do zařízení komunitní péče a postupně pacienta připravit na návrat do běžného života.**

Podpořeny budou projekty, které budou přispívat ke:

- zlepšení vybavení pro poskytování systému ucelené rehabilitace
- zlepšení podmínek (infrastruktura, úpravy prostor a venkovních ploch) pro poskytování systému ucelené rehabilitace
- vzdělávání odborníků pro poskytování systému ucelené rehabilitace
- zlepšení ostatních komponent systému rehabilitace psychiatricky nemocných

**Oprávnění žadatelé:**

Poskytovatelé následné a/nebo dlouhodobé lůžkové péče podle zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování, ve znění pozdějších předpisů.

**Veškeré informace o vyhlášené výzvě a dokumenty ke stažení naleznete na webových stránkách Ministerstva zdravotnictví: [www.mzcr.cz](http://www.mzcr.cz) → Mezinárodní vztahy a EU → Evropské fondy → Norské fondy 2009–2014**

Podpořeno z programu „Iniciativy v oblasti veřejného zdraví“ financovaného z Norských fondů

Inzerce M141000952

Inzerce M141000975

# MOJE ZDRAVÍ

MYSLÍME NA PREVENCI

**MOJE ZDRAVÍ**

MYSLÍME NA PREVENCI 06/2014 • 29 Kč

**72** hodin s migrénou

**Nerovný boj** s hmyzem

**Rajčata** chrání srdce

**Zdraví dítěte:**  
Příčina chronické rýmy a kašle

**Kdy léčit** krevní tlak?

**Dermatologie:**  
Respektujte vliv slunce

**Koně** v roli terapeutů

**STOMATOLOGIE**  
umí zázraky

ADRESA VAŠÍ LÉKÁRNY

9 771214 387003 06



[WWW.FACEBOOK.COM/MOJEZDRAVI](http://WWW.FACEBOOK.COM/MOJEZDRAVI)

**mf**  
MLADÁ FRONTA