



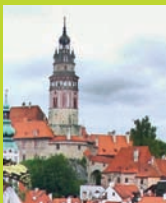
ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



13/2013

ČTRNÁCTIDENÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

Toto číslo vyšlo 1. 7. 2013



ODBORNÉ AKCE

XVIII. andrologické
a I. feminologické
symposium
zaměřeno na sexuální medicínu

STRANA 22



PŘEDSTAVUJEME

MUDr. Janu Tytlovou
ředitelku Kojeneckého
ústavu s dětským domovem
v Plzni

STRANA 30



LÉKAŘSKÉ LISTY

6/2013 – Hepatologie
Naleznete jako přílohu
v tomto čísle



Zdravotnické zlaté doly lobbisty Janouška

V souvislosti se zatýkáním politiků a představitelů státní správy je vyšetřován také lobbista Roman Janoušek. Ten byl již dříve spojován s problematickými zakázkami dodavatele zdravotnické techniky Kardioport. Policie nyní prověřuje i laboratoře Chambon, kde se jeho jméno objevuje.

Protikorupční policie začala již v roce 2011 prošetřovat tendr Kardioportu na distribuci zdravotnické techniky do Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM).

Hlubkovou kontrolu v IKEM tehdy zadalo také ministerstvo zdravotnictví. Možné spojení Kardioport – Janoušek vyšlo najevo, když si firma s utajenými vlastníky nechávala posílat poš-

tu do Gallery Myšák v centru Prahy, kde má Roman Janoušek kancelář i bydliště.

Znovu Kardioport

Při zatýkání politiků nyní policie znovu hledala důkazní materiál v Janouškově kanceláři i v sídle společnosti Kardioport v Kladně. Jak naši redakci potvrdil Martin Kutil z PR oddělení IKEM, policie se v této souvislosti na Institut

klinické a experimentální medicíny neobrátila.

K součinnosti v kauze Kardioport policie nevyzvala ani MZ. „Ministerstvo nebylo ve věci společnosti Kardioport osloveno Policíí ČR v minulých dnech ani měsících. Ve zmíněné otázce byl resort před několika lety Policíí ČR skutečně kontaktován, vzhledem k časové prodlevě se ale jeví jako **(pokračování na straně 2)**

Trestní oznámení na VZP kvůli mnichovské dohodě

Všeobecná zdravotní pojišťovna podepsala v polovině června memorandum o vzájemné spolupráci s Rinecker Proton Therapy Center v Mnichově. S pražským Proton Therapy Center (PTC) prý nebylo možné se na cenách dohodnout. PTC ale tvrdí, že žádné systémové jednání neproběhlo.

V memorandu VZP svým klientům, kterým protonovou terapii jako nezbytnou doporučí multidisciplinární tým v jednom ze třinácti komplexních onkologických center (KOC), zaručuje její úhradu v mnichovském centru. Pojišťovna si v Mnichově dohodla paušální cenu 490 tisíc korun za pacienta, a to bez ohledu na diagnózu.

„Pro mnichovské centrum se VZP rozhodla s přihlédnutím k jeho dlouholetým zkušenostem s protonovou léčbou a také proto, že si za terapii účtuje v řadě případů jen polovinu toho, co požaduje protonové centrum v Praze,“ uvedl mluvčí VZP Oldřich Tichý a sdělil, že VZP uhradila protonovou terapii v pražském centru jedné své pacientce za více než

720 000 korun. „Ve druhém případě, kdy protonové centrum začalo s léčbou bez projednání s pojišťovnou, se účtovaná částka vyšplhala na 996 000 korun,“ doplnil mluvčí Tichý.

Tyto částky naši redakci PTC potvrdilo. „Ano, částky odpovídají realitě. V obou případech se ale jednalo o velmi komplikované **(pokračování na straně 2)**

**Svatopluk Němeček:
Vyhrát volby nebude
snadné, na roli ministra
jsem však připraven.**

(více na str. 8)

Zdravotnické zlaté doly lobbisty Janouška

(pokračování ze str. 1)

velmi nepravděpodobné, že by to přímo souviselo se současným vyšetřováním," uvedla pro naše noviny mluvčí MZ Viktorie Plívová. V komisi, která na ministerstvu zdravotnictví v roce 2009 vybrala pro IKEM jako dodavatele právě Kardioport, tehdy jako zaměstnanec MZ zasedal současný ředitel Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) Zdeněk Kabátek. To naši redakci potvrdil mluvčí VZP Oldřich Tichý. „Šlo ale o kolektivní rozhodnutí dvanácti nebo třinácti osob. Policie si skutečně před dvěma lety vyžádala od ministerstva zdravotnictví informace k tomuto případu, od té doby však VZP

nekontaktovala, ani v souvislosti se zatýkáním politických činitelů v minulých dnech," řekl naší redakci mluvčí pojišťovny. Jedním z politiků, na které byla počátkem června uvalena vazba, je také Roman Boček, ředitel a předseda představenstva Oblastní nemocnice Příbram z let 2003–2008. Také on seděl spolu se Zdeňkem Kabátkem v komisi pro výběr Kardioportu.

Nově Chambon

Bezprostředně po zatčení bývalých poslanců Petra Tluchoře a Marka Šnajdra, kteří zároveň zasedají ve správní radě VZP, policie znovu pátrala také na adrese sídla společnosti Kardioport v Kladně. No-

vá fakta ale přinesla reportáž televize Nova (TN) v pořadu „Na vlastní oči“, jejíž reportéři zjistili, že na této adrese sídlí také společnost Chambon a i ta je podle novinářů finančně propojena s Romanem Janouškem. Společnost Chambon má od roku 2009 uzavřené smlouvy se 6 zdravotními pojišťovnami, pro které provádí laboratorní molekulární diagnostiku, za niž jí pojišťovny mezi roky 2009 a 2012 vyplatily více než 511 milionů korun. Jak zjistili reportéři TN, společnost vyplácela po tři roky Romanu Janouškovi postupně přes 60 milionů a přes 40 milionů Luboši Paškovi, který je Janouškovým známým a zároveň členem představenstva Cham-

bonu, ale i dřívějším členem představenstva společnosti Kardioport. Přes 30 milionů pak bylo vyplaceno Petru Ulrychovi. Více než 300 milionů korun podle reportérů přišlo na Janouškův soukromý účet po odprodeji akcií Chambonu, ty odkoupila společnost Synlab.

Sporných 45 milionů

VZP i další zdravotní pojišťovny nyní podle slov mluvčího Tichého oprávněnost úhrad Chambonu prověřují standardní cestou. „Vedeme s laboratoří jednání. Rozpovaná částka je ve výši 45 milionů korun. Diskuse se vede o tom, jaká suma je oprávněná," uvedl ředitel odboru komunikace VZP Vlastimil Sršeň.

Kontrolu, započatou již v roce 2011, iniciovalo náhlé výrazné zvýšení úhrad za některá vyšetření, což kromě VZP zaznamenaly i zaměstnanecké pojišťovny. „Proto také probíhá šetření na ověření oprávněnosti vykázané péče i v této laboratoři. Výsledky šetření zveřejníme," uvedla mluvčí Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra ČR (ZPMV) Hana Kadečková. Podle Vlastimila Sršně se policie obrátila na právní oddělení VZP zhruba před třemi týdny. Vyžádala si faktury a další dokumenty. Kdo laboratoř vlastní, prý pojišťovna nevěděla. „My nezkoumáme majetkovou strukturu zdravotnických zařízení. To pojišťovně nepřísluší," podotkl. Každopádně smlouvu má Chambon s VZP uzavřenou do roku 2015.

Petra Klusáková

Trestní oznámení na VZP kvůli mnichovské dohodě

(pokračování ze str. 1)

diagnózy," sdělil naší redakci mluvčí PTC Vladimír Šulc.

Drahé raritní diagnózy

Kalkulaci si od pražského centra vyžádala také pojišťovna Ministerstva vnitra ČR (ZPMV). „V současné době má pojišťovna další dva klienty, kteří byli speciality indikováni k protonové léčbě. Jde o devítiletého chlapce s nádorem mediastina, jeho kompletní terapie si vyžaduje 39 frakcí. Pojišťovnou vyžádaná kalkulace pražského protonového centra je 26 000 korun za jednu frakci, tedy celkem 1 014 000 korun. Kalkulace protonového centra v Mnichově je 13 800 za jednu frakci, tedy celkem 538 200 korun. Pojišťovna schválila léčbu v Mnichově,“ uvedla mluvčí ZPMV ČR Hana Kadečková. Druhým aktuálním případem je 39letá pacientka s nádorem mozku, jejíž terapie vyžaduje 27 frakcí. I zde ZPMV zohlednila finanční hledisko (510 tisíc o raritní diagnózy, jež není možné úspěšně léčit konvenčním postupem. Právě takovými diagnózami protonové centrum zahajovalo činnost a celý tým je

právem hrdý na dosažené výsledky. Nyní je již spektrum léčených diagnóz širší a od toho se také odvíjejí ceny za léčbu jednotlivých pacientů. Kupříkladu cena léčby nádoru mezihrudí 14leté pacientky, která nemohla kvůli dosaženým maximálním hodnotám fotonového ozařování pokračovat v konvenční léčbě, činila zhruba 360 tisíc korun. ZPMV několik týdnů poté, co pacientka úspěšně prošla terapií v protonovém centru na Bulovce, rozhodla, že ji pošle do Mnichova. Kdyby pacientka a její rodiče čekali na zprávu pojišťovny, pravděpodobně by už neměl kdo do Mnichova jet," doplnil Vladimír Šulc.

PTC nabízí nižší paušál

„Dojednání nižších částek za úhradu totožné péče umožní poskytnout moderní léčbu většině počtu pacientů. VZP se pokoušela s protonovým centrem v Praze vyjednávat o cenách, které by snesly srovnání s mnichovskou konkurencí. Peníze na léčbu totiž pocházejí z veřejného zdravotního pojištění, a musejí proto být spravovány s péčí řádného hospodáře. Veškerá snaha o dohodnutí konkurenceschopných cen s pražským centrem však zatím byla marná. VZP nicméně i nadále zůstává otevřena případným jednáním," řekl mluvčí Tichý. Informaci, že by VZP jednala o cenách, však PTC popírá. „K žádně-

mu systémovému jednání mezi protonovým centrem a VZP o cenách za léčbu nedošlo, ani přes opakované výzvy ze strany PTC. Již loni Všeobecná zdravotní pojišťovna odmítla nabídku na využívání diagnostiky protonového centra (2x CT, 2x MRI a 1x PET-CT) s odůvodněním, že stávající kapacity jsou dostačující. Přitom je známo, že čekací doby překračují i měsíc, což je u onkologických pacientů fatální. VZP nereagovala ani na nabídku protonového centra na léčbu karcinomu prostaty za cenu 260 000 korun," nesouhlasil s vyjádřením VZP mluvčí Šulc.

„Kdyby VZP s pražským protonovým centrem jednala, zjistila by, že průměrná cena za léčbu vychází v Česku ještě výrazně níž, než je zmiňovaný paušál 490 000 korun v Mnichově. Známe mnichovské kalkulace a také víme, že denní cena za ubytování pacienta, bez obvyklého doprovodu rodiny, je 250 eur za den," dodal Vladimír Šulc.

Protony dostupné všem?

VZP deklaruje, že protonovou léčbu uhradí všem, kteří budou týmem KOC k protonové léčbě indikováni. Do Mnichova ale pojišťovna zatím poslala za paušálně dohodnutou cenu jednoho pacienta k léčbě ozařením a druhého k diagnostice. Přitom se i konzervativní odborníci shodují, že protonová léčba je mimo-

řádně přínosná pro zhruba 10–15 % onkologických pacientů indikovaných k ozařování, v Česku se tedy jedná o 3–4,5 tisíce nemocných ročně. Přesto zatím pojišťovny odsouhlasily léčbu protony pouze jednotlivcům.

PTC navíc kritizuje neúměrně zdouhavý systém indikací k léčbě. „Hlavní odpovědnost za odeslání k léčbě nesou odborníci z komplexních onkologických center. Výsledkem je buď dlouhé čekání na zahájení léčby, nebo přímo odepření indikace protonů," domnívá se Vladimír Šulc. Na dotaz naší redakce, zda by PTC bylo ochotno dorovnat částku na paušál dohodnutý v Mnichově, mluvčí centra uvedl, že „paušální platba pro všechny diagnózy je neprofesionální, neboť nezohledňuje individuální charakter jednotlivých diagnóz i způsob léčby. Pro samotné zdravotní pojišťovny je ve finále jednoznačně nevýhodný, protože kupříkladu u karcinomu prostaty bude VZP v Mnichově platit dvojnásobek ceny, než za jakou tuto léčbu nabízí pražské centrum." Podle kalkulací PTC by průměr za mix diagnóz podle procentuálního zastoupení mezi onkologickými diagnózami činil kolem 460 tisíc korun, navíc bez dodatečných nákladů na tlumočnicka a pobyt v cizím prostředí.

Trestní oznámení kvůli dohodě bez tendru

Zástupci pražského protonového centra se obávají, že memorandum VZP s mnichovským protonovým centrem vzbuzuje pochybnosti, zda nebyl porušen zákon o veřejném zdravotním pojiště-

ní nebo i zákon o veřejných zakázkách. Stejně obavy o dodržení zákona má také iniciátor petice „Hlas pro život“ František Matějka, který v těchto dnech podal u Vrchního státního zastupitelství v Olomouci trestní oznámení o skutečnostech nasvědčujících tomu, že představitelé VZP spáchali trestné činy sjednání výhod při zadání veřejné zakázky, při veřejné soutěži a veřejné dražbě a porušení předpisů o pravidlech hospodářské soutěže. Osobní podíl na výše uvedených trestných činech nese podle Františka Matějky ředitel VZP Zdeněk Kabátek a všichni členové správní i dozorčí rady.

„Žádné jiné zdravotnické zařízení nebylo před uzavřením dohody mezi VZP ČR a Rinecker Proton Therapy Center v Mnichově poptáváno v žádném veřejném výběrovém řízení a nemělo sebelepší příležitost poskytnout nabídku zdravotní péče na základě pro všechny soutěžící stejných, zadavatelem veřejně stanovených a transparentních, zadávacích podmínek," uvádí se v trestním oznámení, které má redakce k dispozici.

„Oficiálně o tom nic nevím, jen jsem něco zaslechl. Podle těch kusých informací mi to ale přijde asi tak stejně relevantní, jako kdybych já teď podal trestní oznámení třeba na majitele protonového centra, že mi ukradli kolo. I když je to zjevně nesmysl, také by se tím policie musela zabývat," reagovala na trestní oznámení VZP slovy svého mluvčího Oldřicha Tichého.

Petra Klusáková

Hegerovo nechtěné **umění odejít**

Bilanční dokument Leoše Hegera ukazuje, že ministr odchází v pravou chvíli.

Ani rekordman v disciplíně setrvání v politickém křesle ministra zdravotnictví Leoš Heger nedosáhne na čtyřletou metu, jež by mohla být náznakem, že české zdravotnictví je jakž takž stabilní a říditelný resort. Do úřadovny na Palackého náměstí brzy usedne už sedmnáctá figura od vzniku samostatné republiky. Leoš Heger je v tom na rozdíl od mnoha svých vyhozených předchůdců nevině. Poroučí se i se zbytkem vlády, kterou vyhodil ze sedla skandál, jenž bezprostředně nesouvisí ani s ním, ani se zdravotnictvím, nepočítáme-li obvinění Marka Šnajdra (ovšem za trafikou v Čepru) a vyšetřovací nitky k laboratornímu byznysu Romana Janouška.



Martin Čaban

Nafouknuté úspěchy, zamlčené průšvihy

Právě den před tím, než se jasně ukázalo, že prezident Miloš Zeman nenechá odcházející koalici postavit vládu, alespoň ne hned na první pokus, Leoš Heger vyvěsil na stránky ministerstva svou tříletou bilanci a nástin toho, co by ještě rád stihl, kdyby se náhodou v úřadu udržel. Dokument docela hezky ukazuje, že nejděle sloužící český ministr zdravotnictví vlastně odchází včas. Bilance let minulých ušetřila dost práce analytikům a komentátorům, i když je třeba ji brát s rezervami. Úspěchy, například prosazení patientských práv či zvýšení lékařských platů, jsou patřičně

nafouknuty, zatímco průšvihy, třeba flagrantní porušení slibů z memoranda nebo „druhé přerodění“ rezerv zdravotních pojišťoven, jsou patřičně zamlčeny.

Surfování na módních vlnách

Co je však důležitější, je výhled na rok působení Leoše Hegera, který nás nečeká. Nevadí. Byl by to rok do voleb a podle toho vypadal – patřičně načasované a prodané zrušení poplatků za pobyt dětí v nemocnici, velkolepé surfování na módních vlnách protikuřáckého tažení, které se ovšem nakonec vždy roztříští o útesy politického vlivu tabákové lobby, boj proti tvrdým drogám. Přičtěme ještě pokusy o alespoň drobnou reformu zdravotních pojišťoven a fakultních nemocnic, které by bezpochyby narazi-

ly na odpor koaličních partnerů, a je to všechno. Sečteno a podtrženo, rok snahy o prosazení nepříliš důležitých, ale politicky atraktivních témat a pak pár systémových věcí, které by s největší pravděpodobností neprošly. Žádná velká škoda.

Příznaky politické nadprůměrnosti

Přesto opouští české zdravotnictví ministr, který jako jeden z mála měl dost jasnou představu, jak má systém vypadat, ba dokonce k tomu podnikl nějaké kroky. Svým specifickým způsobem diplomacie lečného dosáhl a leckoho popudil, což jsou dva příznaky politické nadprůměrnosti. Dá se pochopit, že nemalá část odborné i laické veřejnosti má Leoše Hegera dost a jeho odchod budou mnozí slavit. Je ovšem dobré

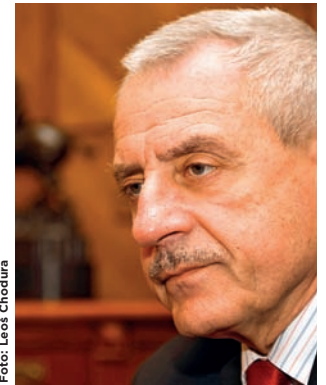


Foto: Leoš Chodura

si uvědomit, že někdo musí přijít po něm.

Nevíme, koho a na jak dlouho přivede na ministerstvo Jiří Rusnok, natož aby bylo jasné, kdo tam usedne po příštích volbách. Nicméně platí, že tak ucelená koncepce fungování zdravotnického systému jako ta řekněme Hegerova-Julínkova, by se někomu může zdát zcela pomýlená, v současné politické nabídce není. Všichni ostatní zatím nabízejí jen více či méně otevřenou údržbu statu quo.

Inzerce A131009504

KNIHA K FILMU ALICE NELLIS
REVIVAL
POLÍVKA GEIŠBERG HEŘMÁNEK KROBOT
NIKDY TO NEKONČÍ

PRÁVĚ VYCHÁZÍ KNIHA

K NOVÉ KOMEDII ALICE NELLIS

Film v kinech
od 11. července

Obsahuje
CD skupiny
SMOKE

kniha.cz

mf
MLADÁ FRONTA

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

Platby za státní pojištěnce budou nadále stagnovat

Vláda v demisi dle očekávání neschválila návrh ministra zdravotnictví Leoše Hegera (TOP 09), kterým mělo dojít k navýšení platby za státní pojištěnce. Klíčový byl negativní postoj ministra financí Miroslava Kalouska.

Ministerstvo zdravotnictví pracovalo návrh na změnu stanovování vyměřovacího základu u osob, za které platí zdravotní pojištění stát, hned ve dvou variantách. V obou případech mělo dojít k reálnému navýšení platby za státní pojištěnce. V prvním případě mělo jít o nárůst o 50 Kč, ve druhém o 77 Kč. Podle ministerstva zdravotnictví by toto navýšení do velké míry redukovalo negativní dopady fiskální politiky státu do oblasti veřejného zdravotnictví. Šéfové většiny ministerstev se však nakonec postavili proti tomuto návrhu.

„Negativní stanovisko vlády nás samozřejmě nijak netěší, na druhou stranu je třeba se zaměřit i na další možnosti. Nevsadili jsme vše na jednu kartu, v současné době hledáme další cesty, které by mohly přispět ke stabilizaci všeobecného zdravotního pojištění,“ konstatoval náměstek ministra zdravotnictví Marek Že-

nišek (TOP 09). Řešení, které se dle Marka Ženiška ministerstvu jevílo jako velmi reálné, spočívalo v možnosti státního odkupu pohledávek zdravotních pojištěnců. O této možnosti jednaly resorty zdravotnictví a financí. Záměr se však ve světle aktuálních politických událostí pravděpodobně nepodaří realizovat.

Kalousek zamknul kasu

Zásadní byl odmítavý postoj stranického kolegy Leoše Hegera a současně ministra financí Miroslava Kalouska (TOP 09), který již dříve podotkl, že vyhovění návrhu ministerstva zdravotnictví není v rámci snah o udržení veřejných rozpočtů a snižování deficitu na pořadu dne.

„Není reálné za ekonomicky nepříznivé situace zajistit finanční rovnováhu systému a zároveň dotovat státní rozpočet. Ministerstvo zdravotnictví požaduje navýšení platby za státní pojištěnce

jako alespoň částečnou kompenzaci negativních dopadů fiskální politiky do oblastí veřejného zdravotnictví,“ argumentovalo ministerstvo zdravotnictví s tím, že v posledních letech došlo navzdory jeho protestům k vyvedení velkého objemu finančních prostředků z veřejného zdravotnictví do státního rozpočtu skrze navýšení DPH. Jen za minulý rok to prý bylo 2,8 miliardy a v tomto roce ministerstvo očekává dopad ve výši přibližně 6,6 miliardy korun.

„Z hlediska mých kompetencí a v zorném úhlu aktuálních úkolů k plnění závazků České republiky k udržitelosti veřejných rozpočtů a snižování deficitu státního rozpočtu ve střednědobém výhledu nepovažuji za reálné vyhovět vašemu požadavku na zvýšení účasti státního rozpočtu na financování zdravotnictví formou zvýšení vyměřovacího základu u osob, za které je plátcem pojistného na všeobecné zdravotní pojištění stát, a to ani v jedné z předložených variant,“ napsal ministerstvu zdravotnictví v odůvodnění Miroslav Kalousek.

Nepředpokládaný výdaj

Návrh Leoše Hegera by v případě schválení první varianty stál přes 3,7 miliardy, v případě druhém dokonce 5,7 miliardy. Přestože by ani jedna z částek zcela nepokryla předpokládané ztráty zdravotnictví z vyšší DPH, podle Leoše Hegera by resortu významně pomohly překlenout nelehké období. Podle Miroslava Kalouska se ale v rámci rozpočtu s podobným vydáním nepočítalo.

„Dopady navrhovaných navýšení nejsou zapracovány ve výdajovém rámci na rok 2014 schváleném usnesením vlády ze dne 21. listopadu 2012 k novému návrhu zákona o státním rozpočtu České republiky na rok 2013 a k novým návrhům střednědobého výhledu státního rozpočtu České republiky na léta 2014 a 2015 a střednědobých výdajových rámců na lé-

ta 2014 a 2015. Jsem přesvědčen, že souběh úsilí o dosažení výše naznačených náročných fiskálních cílů a reformy zdravotnictví, jakož i veřejného zdravotního pojištění, koresponduje s jedinou variantou výdajů státu na platbu státu, kterou budu prosazovat, a to ponechat vyměřovací základ platby státu za osobu a měsíc i v roce 2014 na úrovni platné v roce 2013,“ komentoval návrh ministr financí.

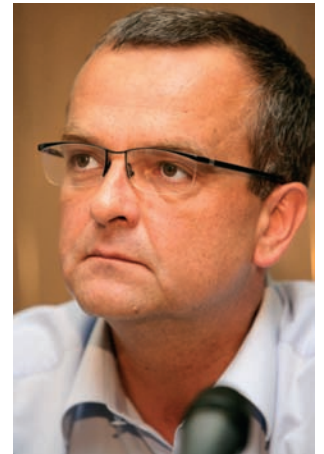
ČSSD: Může za to i MZ

Nejsilnější opoziční strana ČSSD navýšení klíčové platby dlouhodobě podporovala. Není tedy divu, že po včerejším hlasování vlády také jako první zareagovala. Stínový ministr zdravotnictví za ČSSD Svatopluk Němeček však míní, že i přes nynější snahy je za situaci zodpovědný právě Leoš Heger.

„Nečasova vláda a ministr Heger z TOP 09 dnešním nezvýšením plateb za státní pojištěnce promarnili další příležitost k alespoň částečné stabilizaci zdravotnictví. Vláda by k němu měla zásadně změnit svůj přístup, zdravotnictví nesmí být pouhým zbožím, ale garantovanou veřejnou službou. Ministr Heger proto musí urychleně řešit rostoucí problém podfinancování této oblasti, který sám způsobil. Řešením je rychlá změna úhradové vyhlášky, jedině tak může odvrátit zásadní ekonomické problémy nemocnic a ohrožení dostupnosti zdravotní péče pro české občany, jejíž zachování je pro ČSSD prioritní,“ konstatoval bezprostředně po zasedání kabinetu Svatopluk Němeček.

Podle něho byla stagnace plateb za státní pojištěnce problém již v předchozích letech. Neoblomný postoj vlády je prý v této chvíli ještě závažnější, neboť zdravotnictví je podle ČSSD chronicky podfinancované a zvyšováním daní se dostává do stále složitější situace.

„V systému veřejného zdravotní-



Miroslav Kalousek. | Foto: Martin Pinkas/Euro

ho pojištění by na konci letošního roku i přes navýšení plateb chyběla 1 miliarda korun. Bez jejich zvýšení bude deficit činit 6,6 miliardy korun. Vláda v těchto platbách už 5 let odmítá zohlednit inflaci a zvyšování DPH, kterým vysává ze systému peníze na léčbu nemocných. Sociální demokracie přitom prosazovala jejich navýšení už v minulosti. V posledních několika letech vzniká v systému zdravotnictví reálný deficit kolem 8–10 miliard korun. Podle posledních údajů dáváme na zdravotní péči takřka nejmenší podíl hrubého domácího produktu v celé Evropě,“ řekl Svatopluk Němeček, podle kterého problémy ve financování zdravotnictví nezpůsobuje ani tak jeho nízká efektivita jako spíš současná „chaotická zdravotnická politika pravicových vlád“.

Kubek: Heger jen předstíral

Vinu za vzniknuvší situaci připisuje Leoši Hegerovi i vedení České lékařské komory (ČLK). Prezident ČLK Milan Kubek připomíná, že komora požadovala navýšení plateb za státní pojištěnce opakovaně, Miroslav Kalousek byl ale neústupný. „O zvýšení platby za státní pojištěnce jsem požádal ministra financí ještě dříve, než pan ministr Heger přišel se svým návrhem. Již začátkem června mi pan ministr Kalousek celkem férově odepsal, že se žádné zvyšování plateb konat nebude. Aktivita pana ministra Hegera byla tedy jen jakýmsi předstíráním. Férový chlap na jeho místě by už dávno odstoupil z funkce. Docent Heger se ale bude v křesle ministra zuby nehty držet co nejdéle – smutný příběh,“ uzavřel Milan Kubek.

Filip Kút Citores

Postoje připomínajících institucí před hlasováním

Pro zvýšení platby za státní pojištěnce

- Ministerstvo práce a sociálních věcí
- Ministerstvo spravedlnosti
- Ministerstvo pro místní rozvoj
- Vládní výbor pro zdravotně postižené občany
- Hlavní město Praha
- Středočeský kraj
- Pardubický kraj
- Kraj Vysočina
- Zlínský kraj
- Český statistický úřad
- Český úřad zeměměřičský a katastrální
- Českomoravská konfederace odborových svazů (pro zvýšení nad rámec obou variant navrhovaných MZ ČR)
- Asociace samostatných odborů

Proti zvýšení platby za státní pojištěnce

- Ministerstvo financí
- Ministerstvo průmyslu a obchodu
- Ministerstvo dopravy
- Ministerstvo vnitra (legislativní připomínky, nesouhlas s formou návrhu)

(Zdroj: EKLEP)

Nemocnice modernizují. Elektronicky komunikují čím dál více

eHealth pro české nemocnice pomalu přestává být tabu. Rozvíjet se začíná třeba elektronická komunikace, jež přináší řadu výhod lékařům i pacientům a oproti jiným kanálům je výrazně rychlejší i efektivnější.

Navzdory pozitivnímu trendu však jejich masovému rozšíření stále brání řada překážek. Nové, zabezpečené komunikační kanály se je přitom snaží překonat. Elektronické nástroje nemocnice využívají alespoň někdy zejména při komunikaci s institucemi, mezi sebou navzájem nebo s externími ambulancemi, jak vyplynulo z odpovědí zástupců 57 nemocnic, kterých se v průzkumu ptala společnost CompuGroup Medical. Ta se zaměřuje na IT

systemy pro zdravotnictví. „Internet, e-mail a další formy elektronické komunikace nemocnice využívají nejčastěji při styku se zdravotními pojišťovnami a dalšími institucemi,“ uvádí generální ředitel společnosti CompuGroup Medical (CGM) Vladimír Přikryl.

Efektivní sdílení informací

Nemocnice mezi sebou nejčastěji sdílejí informace telefonicky.

Významný podíl stále tvoří standardní pošta, případně fax. Komunikace s pacientem nejčastěji probíhá osobně nebo po telefonu. Standardní pošta pomalu ustupuje. „Internet se však při styku s pacientem doposud příliš neprosadil, což souvisí i se současným IT vybavením českých nemocnic. Třetina z nich například postrádá elektronický objednávkový a zvací systém pro pacienty,“ komentuje výsledky průzkumu Vladimír Přikryl.

Komunikace prostřednictvím pošty nebo osobních schůzek je však časově náročná a finančně nákladná. „Efektivním řešením je sdílení informací pomocí specializovaného zdravotnického softwaru, který lékaři a další zdravotničtí pracovníci používají k řešení každodenní agendy,“ doporučuje ředitel CGM.

Bezpečnost na prvním místě

Zde je však třeba zohlednit obavy a požadavky lékařů a dalších uživatelů. Zcela klíčová je ochrana osobních údajů a vysoká úroveň zabezpečení. K citlivým datům nemůže mít přístup nikdo nepovolaný a každá zpráva musí být vždy prokazatelně a nezpochybnitelně doručena adresátovi. Tyto požadavky splňuje například systém Medical Net, který lze snadno integrovat do všech ambulancí a nemocničních informačních systémů. Plně respektuje právo zdravotnických pracovníků kontrolovat a spravovat vlastní data. Veškerá komunikace je zcela v souladu s platnou legislativou. Bezpečnostní opatření probíhají automaticky, aby uživatele systému zbytečně nezatěžovala.

Medical Net každou lékařskou zprávu automaticky opatřuje elektronickým podpisem, který zaručuje pravost odesílatele. Odeslání zprávy je rovněž automatizo-

vané, což zdravotníkům výrazně usnadňuje práci. Následně jsou dokumenty asymetricky šifrovány a tím pečlivě zabezpečeny. Navíc lze zprávu přesně adresovat na konkrétního pracovníka či systém. Její úspěšné doručení systémem potvrdí, aby zůstala zachována nezpochybnitelnost přenosu.

Svíta na lepší časy? Odhodlání nechybí

Zástupci českých nemocnic se elektronizace nebojí. Jejím dalšímu rozvoji však stojí v cestě celá řada překážek. Tou největší jsou finance, které jako důvod uvedla až třetina dotázaných. „Pro zástupce nemocnic jsou nové technologie synonymem zvyšování efektivity i kvality poskytované péče. Tlak na snižování nákladů, který je nyní ve zdravotnictví velmi výrazný, ale často vede i k omezení investic do IT,“ konstatuje Vladimír Přikryl. „Mezi zaměstnanci nemocnic je však patrná nechuť ke změnám a jistá nostalgie vůči papírovým dokumentům, se kterými jsou zvyklí pracovat,“ dodává.

Vyspělé komunikační systémy, které šetří čas i peníze a zdravotníkům zbytečně nepřidělávají práci, by mohly pomoci tyto překážky překonat.

Medical Net v kostce

- Ochrana dat při přenosu asymetrickým šifrováním.
- Elektronický podpis pro zaručení autenticity.
- Maximální zjednodušení odesílání zpráv.
- Snadné propojení s jakýmkoli informačním systémem.
- Automatické potvrzení doručení zprávy.
- Přesné adresování na konkrétní pracoviště či pracovníka.

Inzerce A121011995



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

Synchronizing Healthcare



CompuGroup
Medical

Správní rada VZP posvětila převzetí portálu IZIP

Správní rada Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) schválila návrh ředitele Zdeňka Kabátka na převzetí portálu, který společnost IZIP pro pojišťovnu provozuje za 72 milionů ročně. Firma chce po VZP za práva k portálu 63 milionů korun.

Zdeněk Kabátek se přibližně před měsícem zavázal, že správní rada VZP předloží definitivní řešení kauzy IZIP, jehož výsledkem by měla být eliminace vazeb na tuto společnost. VZP stále disponuje většinovým podílem akcií společnosti IZIP ve výši 51 % a ještě nedávno usilovala i o získání zbylého podílu. S tím však nesouhlasil minoritní akcionář – švýcarská společnost eHI eHealth International.

Zdeněk Kabátek proto naznačil, že by se VZP mohla akcií naopak zbavit tím, že by své akcie přenechala dalším zájemcům. „Je pravděpodobné, že nebudeme dále usilovat o majetkovou účást v IZIP, ale naopak o přenechání podílu jiným akcionářům,“ řekl tehdy a slíbil vypracování návrhu výhodného řešení pro VZP, který měl před týdnem (24. 6.) předložit správní radě.

Známa je však pouze část řešení celého problému, neboť správní rada se zatím odprodejem podílu ve společnosti IZIP nezabývala. Na jejím posledním zasedání se řešila pouze druhá rovina problému.

Převzetí portálu

Další závazek VZP vůči společnosti představují smlouvy na správu portálu, který pojišťovna využívá ke komunikaci s plátcí pojištění i poskytovateli zdravotní péče. Pojišťovna v současnosti platí společnosti IZIP za tuto službu přibližně 72 milionů korun ročně. Vedení VZP ale věří, že kdyby si portál spravovali sami, mohla by pojišťovna značně ušetřit. Zdeněk Kabátek proto radním navrhl převzetí správy portálu.

Podle informací serveru Aktuálně.cz, které naši redakci potvrdil člen správní rady VZP Michal Sojka (ČSSD), nabídla společnost IZIP pojišťovně veškerá práva k portálu za 63 milionů korun bez DPH. Podle šéfa odboru komunikace VZP Vlastimila Sršně se však nemusí jednat o konečnou sumu.

Správní rada pojišťovny podle něj uložila šéfovi VZP, aby s IZIP dále jednal.

Rozuzlení v srpnu

Ředitel Kabátek řekl, že za nejvýhodnější považuje převzít portál pod křídla VZP. „To znamená, že VZP by přestala platit službu, která jí ročně stojí 72 milionů korun, portál by získala do svého vlastnictví a provozovala ho vlastními zaměstnanci a vlastními silami v rámci organizační struktury VZP,“ upřesnil Zdeněk Kabátek pro ČTK. Ani on, ani předseda správní rady Petr Nosek zatím žádné finální částky za převzetí portálu nesdělili.

„Ohledně portálu je na stole varianta určitého ocenění a jeho výše ještě bude předmětem dalšího jednání,“ dodal Petr Nosek. Správní rada nyní pověřila šéfa VZP tím, aby do srpnového jednání rady nechal zpracovat právní analýzy, které by jednak definovaly samotný postup převzetí portálu a současně nastínily pro pojišťovnu bezpečný postup pro konečné vypořádání se s IZIP – tedy včetně plánovaného odprodeje akcií.

Radní už jsou opatrní

Ředitelem Kabátkem navrhovaný postup má zatím podporu radních napříč politickým spektrem. „Se skřípěním zubů musím konstatovat, že to zřejmě v dané situaci bude ta nejlevnější varianta. Preferoval bych však variantu, aby se současně s portálem jednalo i o odprodeji akcií. Kromě 46 procent akcií, jež dle smlouvy musí zůstat v nominální ceně, je zde ještě 5 procent akcií, které VZP vlastnila už dříve. Tyto akcie může VZP prodat za řádnou tržní cenu, jež by se odhadem mohla vyšplhat až na 50 milionů korun, což je částka do jisté míry kompenzující cenu, kterou by VZP zaplatila za odkup portálu,“ nastínil řešení Michal Sojka.

Zástupci opozice v radě VZP jsou

však spíše opatrní. Podle radního Sojky je především nutné, aby byl celý proces právně zcela čistý. „Nechceme se dostat do situace, kdy budeme dotlačeni k nějakému rozhodnutí, za které posléze budeme popotahováni policií,“ obává se. Podle jeho názoru si dnes nikdo nemůže být jist tím, co bude zítra, což ostatně ukazuje i zatčení dvou členů správní

rady VZP Marka Šnajdra a Petra Tluchoře.

Činnost správní rady prý zatčením dvou jejích členů ohrožena není. „Zadržení a vazební stíhání Marka Šnajdra a Petra Tluchoře nemá na rozhodování rady VZP žádný formální vliv, neboť je usnášenišopná i bez těchto dvou bývalých poslanců. O faktickém vlivu na rozhodování někte-



Zdeněk Kabátek. | Foto: Anna Vacková/E15

řích radních se lze jen dohadovat,“ uvedl Michal Sojka v souvislosti se spekulacemi ohledně velkého vlivu Marka Šnajdra (ODS), který je někdy odbornou veřejností označován za kardinála Riche lieu českého zdravotnictví. „Každopádně oba i nadále zůstávají členy správní rady. Jedinou autoritou, která je může odvolat, totiž není správní rada, ale pouze a jen parlament,“ uzavřel radní.

Filip Kút Citores

Na pozitivním listu VZP je nově také originální přípravek, bude nejlevnější na světě

Od prvního července letošního roku se k šesti lékům na pozitivní list zařadí simvastatin určený na léčbu hypercholesterolemie. VZP se na nižší ceně dohodla s výrobcem Merck Sharp & Dohme (MSD) a zajistila tak českým pacientům nejnižší cenu tohoto léku na světě.

Pojišťovna si s farmaceutickou firmou dohodla snížení ceny za měsíční balení na 62 korun za 20 mg v tableti. Jak navíc upozornil náměstek ředitele VZP pro zdravotní péči Petr Honěk, nové smluvní ujednání mezi výrobcem léku a VZP se netýká pouze pojištěnců největší zdravotní pojišťovny, ale všech pacientů v ČR. Dohoda je navíc základem pro správní jednání o revizi úhrady u Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL). „Pokud ministerstvo zdravotnictví rozhodnutí SÚKL schválí a budou dodrženy zákonné lhůty, mohlo by v roce 2014 dojít ke snížení nákladů u celé skupiny statinů téměř na polovinu. Úspora by VZP mohla přinést 720 milionů korun, celý systém veřejného zdravotního pojištění by ušetřil více než miliardu,“ uvedl Petr Honěk.

Prostor pro léčbu dalších pacientů

Léčbu statiny v Česku, kde jsou vyšší hladiny cholesterolu zaznamenány u přibližně 30% populace, vyžaduje asi milion pacientů. Konkrétně simvastatin (Zocor) u nás užívá kolem 120 tisíc lidí. „Léčba kardiovaskulárních onemocnění pomocí statinů našim pacientům prodlužuje život. Před dvaceti lety se k nám na interní kliniku přicházeli léčit s kar-

diovaskulárním onemocněním pacientů, kterým bylo 60–65 let, dnes se právě díky statinové léčbě jejich věk prodloužil a běžně máme pacienty, jimž je 95 let,“ vysvětlil přednosta Interní kliniky 2. LF UK a FN Motol v Praze Milan Kvapil.

Zařazení originálního Zocoru na pozitivní list VZP dle svých slov vítá. „Z pohledu lékaře a pacienta dojde pouze k přechodu od generického preparátu k originálnímu. Samozřejmě situace, kdy existuje řada stejných léků pod různými názvy, není ideální. Zažil jsem i u svých pacientů, že berou tutéž účinnou látku vícekrát pod různými názvy. Jde o léky, které náš systém stojí miliardu. Pokud se alespoň v desítkách procent uspoří, umožní to vytvořit prostor pro terapii dalších nemocných, kteří doposud záležitosti nejsou,“ myslí si profesor Kvapil.

ÚOHS: Pozitivními listy VZP soutěž neporušuje

Podle předsedy Sdružení ambulantních specialistů (SAS) a soukromého kardiologa Zorjana Jojka lékaři zavedení léku na seznam uvítají. „Cítím ale jako potíž, že nejsou jasné, průhledná a zveřejněná kritéria, proč se kdy který lék na pozitivní seznam dostal a jak dlouho tam bude. Zocor byl ještě před při-

bližně dvěma týdny v takzvaném úhradovém semaforu označen jako červený (tedy nevhodný), a nyní má být najednou „pozitivní“. To samo o sobě budí pozornost,“ řekl naši redakci předseda SAS.

Zocor bude podle VZP na seznamu minimálně půl roku, a to ve všech dostupných silách. Jak uvedl náměstek Honěk, další léky budou na pozitivní seznam přibývat pomalu, do konce roku v řádu jednotek. VZP nyní dle jeho slov očekává, s jakými nabídkami přijdou další výrobci.

Pojišťovna zatím nemá přesná čísla, kolik lékařů léky z pozitivního listu od března předepisuje. „Je předčasné na to odpovídat, protože jde o krátkou dobu. Pojišťovna má přesná data s dvouměsíčním zpožděním,“ řekl Petr Honěk s tím, že Úřad pro ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS) informoval VZP o prozkoumání podnětů České lékárnické komory (ČLnK) a České asociace farmaceutických firem (ČAFF), zda pojišťovna při postupu uzavírání smluv s výrobci neporušuje hospodářskou soutěž. „Úřad uvedl, že VZP hospodářskou soutěž neporušila, jednoduše proto, že není soutěžitelem,“ doplnil náměstek.

Petra Klusáková

Rezistence? Diagnostické tápání a léčba pro jistotu

Členové výboru pro zdravotnictví poslanecké sněmovny spolu s odborníky ve zdravotnictví v minulých dnech znovu upozornili na rizika antibiotické rezistence. Lékaři přiznávají, že kvůli rezistenci již nejsou schopni některé běžné infekce vůbec léčit.



ilustrační foto: keepourfoodsafef.org

Evropská komise uvádí, že v členských státech každoročně umírá na infekce a onemocnění odolná vůči antibiotikům 25 tisíc osob. V jejich důsledku se zároveň zvyšují náklady na zdravotní péči přibližně o 1,5 miliardy euro. „V boji s rezistencí pomůže uvážlivé užívání léků a důsledné dodržování preventivních hygienických zásad ze strany lékařů i pacientů, vývoj nových účinných léčiv a zdravotnických technologií i koordinovaná mezinárodní spolupráce,“ uvedl na parlamentním semináři poslanec Jiří Skalický.

„V dnešní době bohužel existují nejen takzvané multirezistentní bakterie, tedy takové, které jsou rezistentní vůči antibiotikům ze tří různých skupin, ale i bakterie panrezistentní. Ty nereagují na léčbu žádným v současné době dostupným antibiotikem. Dostáváme se tak postupně do situace, kdy některé infekce nejsme schopni léčit vůbec,“ doplnila primářka Klinické mikrobiologie – ATB centra 1. LF UK a VFN v Praze Václava Adámková. Globálně narůstající antibiotickou rezistencí podle ní nelze vy-

řešit bez zavedení odborně fundovaných národních programů. „Principy a metody těchto programů musí být organizovány nezávisle na farmaceutickém průmyslu. Jde o programy *surveillance*, kdy musí být stanovena epidemiologická analýza rezistence a spotřebičů ATB a také intervenční programy, kdy je ovlivňována kvalita používání antibiotik prostřednictvím cílených vzdělávacích aktivit, konzultací ATB terapie či preskripčních auditů.

V Evropě a u nás

„V Evropské unii se podíl rezistentních bakterií značně liší, což úzce souvisí mimo jiné se spotřebou antibiotik. Například Řecko a Kypr mají přibližně třikrát vyšší spotřebu antibiotik na obyvatele a rok než Nizozemsko, které jich používá nejméně,“ vysvětluje výkonný ředitel AIFP Jakub Dvořáček. Vzhledem k souvislosti mezi množstvím užívaných antibiotik a výskytem rezistence bakterií tedy nepřekvapí, že právě Řecko a Kypr vykazují vysokou úroveň rezistence.

V Česku je spotřeba antibiotik ví-

ceměně stabilní. Každý rok je využito cca 15 milionů balení, což představuje přibližně 70 tun antibiotik. V oblasti komunitních původců nemoci, tedy těch, kteří se běžně vyskytují v populaci jako například pneumokokové infekce, je rezistence v porovnání se světem spíše na nižší úrovni. Naopak v oblasti nemocničních infekcí, které se objevují třeba po operačních zákrocích, například multirezistentní enterobakterie, je úroveň rezistence vyšší. „Vyšší míra rezistence je způsobena především (nikoli však výhradně) nevhodným užitím antibiotických přípravků. Podávání antibiotik pouze „pro jistotu“ či z diagnostických rozpaků je jedním z dů-

vodů nárůstu rezistence bakterií k antibiotikům,“ vysvětluje Václava Adámková.

Jak bojovat proti rezistenci?

Zachování účinnosti antibiotik a omezení rizik, která přispívají ke vzestupu antimikrobiální rezistence, je společnou zodpovědností předepisujících lékařů, pacientů, ale také politiků zodpovědných za organizaci a řízení zdravotního systému. Evropská komise proto již v roce 2011 připravila akční plán pro boj s antimikrobiální rezistencí, který v České republice koordinuje a realizuje Národní antibiotický program na základě usnesení vlády. Důle-

žitou roli hraje také Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL), který na základě zákona o léčivech zajišťuje, aby byla používána pouze takové léčiva, která jsou v souladu s dostupnými a aktuálními vědeckými poznatky, kvalitní, účinná a bezpečná.

Symbodem evropské spolupráce v boji proti antimikrobiální rezistenci je evropská iniciativa Innovative Medicines Initiative (IMI), která sdružuje inovativní farmaceutické společnosti, malé a střední podniky a vědecké týmy. „V rámci pravidelných výzev nabízí IMI výzkumným konsorciím finance na vývoj a výzkum nových, účinnějších léčiv a zajištění účinnosti stávajících přípravků. Do června letošního roku byly vypsané dvě výzvy, které výzkumníkům nabídly v přepočtu téměř 12 miliard korun,“ vysvětlil Jakub Dvořáček.

V červenci 2013 bude vypsaná nová výzva, opět zaměřená na problematiku antimikrobiální rezistence. Alokované finance se předpokládají ve výši 3,6 miliardy korun.

Petra Klusáková

Vzniknou centra specializované onkogynekologické péče

Ministerstvo zdravotnictví usiluje o větší centralizaci léčby onkologicky nemocných pacientek. Resort v těchto dnech uveřejnil výzvu k podání žádosti o udělení statutu centra vysoce specializované zdravotní péče v onkogynekologii, která budou tvořit jakousi nadstavbu komplexních onkologických center.

Od centralizace pacientek se zhoubnými novotvory si MZ slibuje vytvoření přijatelné erudice všech členů multidisciplinárního týmu, kterou lze udržet pouze při dostatečném počtu provedených výkonů. „Řada prací v minulosti doložila lepší prognózu pacientek a lepší výsledky léčby, pokud je prováděna specialistou onkogynekologem v centru s dostatečným počtem pacientů. Rychle se rozvíjí oblast diagnostická, vyžadující nákladné přístrojové vybavení (CT, MRI, *high end* UZ, PET-CT, scintigrafie), specializovaná vyšetření (molekulárně biologická specifikace nádorů), ale i vysokou erudici vyšetřujícího,“ zdůvodňuje ministerstvo.

Vznikem onkogynekologických center také MZ předpokládá snížení prostředků vynakládaných na diagnostiku, léčbu a další sledování jednoho pacienta při zachování, nebo dokonce zvýšení kvality poskytované péče. Centralizova-

ná péče by měla být racionálně indikována u pacientek, které mohou z této léčby profitovat nejvíce při synergii kvalitní chirurgické a drahé farmakologické léčby.

Požadavky na onkogynekologické centrum

Kritéria k zařazení do sítě center připravil tým zástupců ministerstva zdravotnictví, zdravotních pojišťoven, odborných společností a zástupců poskytovatelů zdravotní péče pracujících v komisi pro vysoce specializovanou péči v oboru onkogynekologie. „Pro zajištění kvality a dostupnosti onkogynekologické péče se za optimální pro ČR považuje jedno centrum na přibližně 300 až 500 tisíc žen,“ uvedla mluvčí ministerstva zdravotnictví Viktorie Plířová.

V centru musejí být zaměstnáni dva lékaři se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie

a porodnictví s certifikovaným kurzem onkogynekologie, nejméně jeden další lékař se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví v rozsahu 1,0 úvazku a nejméně jeden lékař daného poskytovatele zdravotních služeb se specializovanou způsobilostí v oborech klinická onkologie, chirurgie nebo onkochirurgie, radiční onkologie, radiologie a zobrazovací metody a patologie.

Úvazky může centrum zajistit konziliárně v rámci multidisciplinárního týmu KOC. Ročně musí ošetřit minimálně 100 nových záchytů gynekologických zhoubných nádorů a provést minimálně 60 radikálních operací (radikální operace je definována jako chirurgický výkon, který splňuje kritéria stagingového výkonu u karcinomu děložního hrdla, ovaria, endometria nebo vulvy, včetně stagingu lymfatických uzlin).

(klu)

Vývoj v ČR

V České republice došlo během posledních 6 let k výraznému vzestupu rezistence na antibiotika volby (kotrimoxazol či ampicilin) u nejčastějšího původce infekcí močových cest (*Escherichia coli*) v komunitě. Jestliže v roce 2005 byl podíl kotrimoxazol-rezistentních močových izolátů *E. coli* 17,4% a ampicilin-rezistentních kmenů 36,3%, v roce 2011 již bylo kotrimoxazol-rezistentních kmenů 24,1% a ampicilin-rezistentních 43,4%.

(Zdroj: AIFP)

I veřejnou nemocnici je třeba řídit jako podnik

Politická krize, ve kterou vyústila nedávná policejní razie na Úřadu vlády ČR, předznamenává změnu politické reprezentace. Jedním z možných nástupců současného ministra zdravotnictví Leoše Hegera je i stínový ministr zdravotnictví ČSSD a ředitel Fakultní nemocnice Ostrava MUDr. Svatopluk Němeček, MBA.

Jako stínový ministr zdravotnictví ČSSD se - alespoň soudě dle volebních preferencí vaší strany - možná už brzy budete muset postavit do čela resortu. Jak jste na tuto funkci připraven?

Nepředbíháme události. Přeměnit volební preference ve volební vítězství, to je práce, která nás všechny v ČSSD teprve čeká. Každopádně platí, že o každém nejlépe vypovídá práce, jež za ním stojí. Myslím, že mám za sebou mnohé zkušenosti, které by mi mohly pomoci tuto výzvu zvládnout. Kromě své lékařské profese jsem několik let působil ve státní správě a velmi cennou školou pro mě bylo takřka 17 let v komunální politice, kdy jsem byl členem zastupitelstva i rady města Bohumína.

Několik let jsem si zažil, co obnáší - v dobrém i zlém - „ředitelování“ menší městské nemocnice. A teď už to bude devátý rok, co mám tu čest stát v čele Fakultní nemocnice Ostrava. Se všemi spolupracovníky se nám povedlo odvést kus práce, za který se rozhodně nemusíme stydět. Ať už je to vynikající ekonomika zařízení, skvělá péče, spokojení pacienti a velmi slušné platové podmínky našich zaměstnanců nebo týmová spolupráce.

Samozřejmě, že záběr ministerstva je obrovský a s částí této agendy zkušenosti opravdu nemám. Ale věřím, že i s tím se úspěšně „poperu“. Ve funkci stínového ministra zdravotnictví jsem zhruba dva měsíce a za tu dobu se mi podařilo sestavit politický i odborný tým spolupracovníků. S nimi zpracováváme analýzu stavu jednotlivých oblastí českého zdravotnictví a připravujeme zdravotnický program ČSSD pro blížící se volby.

Jak by vypadaly vaše první kroky v roli ministra zdravotnictví, co byste začal prosazovat jako své priority?



Foto: Leoš Chodura

Vidím zhruba tři základní kroky. První a určitě nejdůležitější je vytvořit tým nejbližších spolupracovníků. Lidí profesně zdatných, nadšených a také se nepochybnitelným morálním kreditem. Druhým krokem musí být komunikace a spolupráce s takovými institucemi, jako jsou Česká lékařská komora, odbory, odborné společnosti, ale i zdravotní pojišťovny. A třetím klíčovým krokem je rychlá příprava legislativních kroků a jejich následná realizace.

Záleží také na tom, kdy budou volby a jaká bude v té době ekonomická situace českého zdravotnictví, jež se neustále zhoršuje. Je proto možné, že mezi první kroky bude patřit jednání s premiérem a ministrem financí o tom, jak zdravotnictví rychle ekonomicky stabilizovat.

V některých zdravotněpolitických otázkách jste v minulosti zastával smířlivé (ortodoxní) zastání levice by možná řekli až heretické) názory. Projevili jste souhlas s některými poplatky ve zdravotnictví, akci „Děkujeme, odcházíme“ jste vnímal jako nelegální stávkou a tak dále. To ovšem proběhlo, když jste ještě nebyl nominován do stínové vlády. Jak to vidíte dnes?

Možná bych napřed zdůraznil, že sociální demokracie rozhod-

ně není žádná sekta, která nepřipouští odlišné názory. Naopak je to velmi otevřená strana, kde mnozí členové mají na mnohé věci různé názory. Je také pravda, že i já jsem měl a mám na některé otázky odlišný názor, než je ten většinový. To k demokratickým stranám patří. A jsem určitě ovlivněn tím, že jsem člověk z praxe, že jsem manažerem a že se snažím nalézat praktická řešení. Svoje názory bych proto neoznačil za smířlivé, ale spíše za realistické, praktické...

Asi proto jsem před několika lety nechtěl hned šmahem odmítnat všechny poplatky a preferoval jsem spíše hledání nějakého kompromisu. Nicméně situace se od té doby hodně změnila. Jednak došlo bez jakéhokoli zdůvodnění ke zvýšení poplatku za hospitalizaci a jednak byla zásluhou politiky pravicových vlád zbitá čena - a za tím slovem si stojím (!) - značná část obyvatelstva. Poplatky jsou tak dnes pro mnohé opravdu tíživou zátěží. A já se dnes vnitřně plně ztotožňuji s naším záměrem tyto platby - s výjimkou poplatku za stravu při hospitalizaci - zrušit.

Leoš Heger se rozhodně nemůže psnit dobrými vztahy s Českou lékařskou komorou. Jeden protest stíhá druhý a současný ministr je neustále terčem kritiky ze strany velké části

odborné společnosti, o opozici nemluvě. Co byste na místě ministra udělal pro vylepšení vztahů s touto rozličnou částí odborné veřejnosti?

Dobrou spolupráci s ČLK považuji za jednu ze svých priorit. Komora zastupuje lékaře a bez spolupráce s lékaři se zdravotnictví řídit nedá. Vnímám proto Českou lékařskou komoru jako svého přirozeného partnera, jehož názorům bych určitě pozorně naslouchal.

Které zákony a vyhlášky z dílny současného ministra zdravotnictví by po vašem případném jmenování do funkce ministra zdravotnictví přežily v nezměněné formě a které naopak určitě budete chtít zrušit či změnit?

Zde musím konstatovat, že ministerstvo v tomto volebním období příliš nových zákonů nevyprodukovalo, což ovšem nemusí být na škodu. Za největší legislativní hrozbu považuji chystaný zákon o univerzitních nemocnicích, který pod heslem odstátnění představuje obrovské riziko nejen ekonomické destabilizace sítě těch největších a nejdůležitějších nemocnic v zemi. Naštěstí to vypadá, že tento zákon už parlamentem neprojde. Ale nesohlasím například s již schválenou povinnou elektronickou preskripcí. V zájmu zachrany českých lánů bych pak zrušoval příslušný indikační seznam. Drobnějších úprav bude ale určitě mnohem více. Rádi bychom také zjednodušili systém dalšího vzdělávání lékařů. A samozřejmě bych úplně jinak koncipoval úhradovou vyhlášku!

Vezměme si tedy jeden konkrétní příklad - restrukturalizace a optimalizace péče a redukce akutních lůžek. Přestože ČSSD proti tomuto kroku Leoše Hegera společně s odbory a AČMN aktivně vystupovala, ve svém dlouhodobém progra-

mu obecně definuje obdobný postup...

Víte, každému je jasné, že nemocniční síť se bude trvale měnit a vyvíjet, tak jako se rychle vyvíjí i medicína. Akutní lůžka budou i dále postupně ubývat, bude pokračovat koncentrace a centralizace nejnákladnější péče. Ale mělo by jít spíše o promyšlenou evoluci než o nějakou revoluci. Vystřelit od boku, že během jednoho roku zrušíme 10 tisíc lůžek, a nemít to nijak podložené ani připravené vůbec k ničemu nevede. Naopak! Všichni se vylekají a zaujmou obranné pozice, zaktivizují veřejnost. A nakonec se nezredukuje vůbec nic, ani to, co by za jiných okolností nemocnice udělaly samy.

Já jsem spíše zastáncem pozitivní motivace i pobídek. Pokud poskytovatelé budou mít záruky, že když zruší přebytečné kapacity a ušetřené finance budou moci použít na jiný, moderní typ léčby, tak to udělají. A udělají to lépe než ministerstvo od „zeleného stolu“. Neznám lepší pobídky než ty ekonomické. A chtěl bych se ve spolupráci se zdravotními pojišťovnami o nastavení takového systému pokusit.

Když už jsme mluvili o „herezi“ vůči vžitě sociálnědemokratické rétorice, před třemi lety jste v rozhovoru pro deník E15 uvedl, že nemocnici vnímáte stejně jako kterýkoli jiný podnik. Jak se stavíte k možnosti privatizace některých nemocnic?

Když přijmu vaši „církvevní“ terminologii, tak se domnívám, že v tomto jsem v rámci ČSSD naprosto pravověrný. Víte, program ČSSD rozhodně není postaven na tom, že by veřejné služby měly být poskytovány neefektivně, mělo by se zde plynout a podobně. Tuto psí hlavu se nám snaží nasazovat naši protivníci. My chceme, aby klíčové veřejné služby - a mezi ty zdravotnictví rozhodně patří - byly řízeny efektivně a byly tak dlouhodobě udržitelné.

Proto i veřejnou nemocnici musíme řídit jako podnik. Ano, má své nenahraditelné a specifické poslání. Ale to neznamená, že by neměla být alespoň v mírném zisku a ekonomicky stabilní, mít dobře zaplacené zaměstnance, investovat do svého rozvoje a mít spokojené klienty. A je také samozřejmé, že příjmy musejí odpovídat kvalitě a množství poskytovaných služeb. Není tedy možné vydat úhradovou vy-

hlášku, která většinou nemocnic v této zemi někdy až dramaticky krátí příjmy, a očekávat, že se to nedotkne poskytované péče. To by nemocnice nebyla podnik, ale *perpetuum mobile!* A s tím souvisí i odpověď na otázku k možnosti další privatizace nemocnic. Rozhodně ji nepodporujeme. Základem nemocniční péče musí zůstat veřejná síť. A koneckonců pokud se veřejné nemocnice budou chovat jako efektivní podniky, není k tomu žádný důvod.

Zatímco ČSSD přičítá aktuální problémy zdravotnictví zejména jeho podfinanovanosti, Leoš Heger vždy kládí důraz zejména na zvyšování efektivity. Do jaké míry lze ještě zvyšovat efektivitu

tu ve zdravotnictví a kde vy vidíte největší rezervy?

Myslím, že až na některé výjimky (kupříkladu fungování SÚKL v nastavování úhrad léčiv) jsou rezervy systému zcela vyčerpány. Naopak, začínáme žít na vnitřní dluh. Systém v posledních letech pracuje každý rok s deficitem 8–10 miliard korun. Stát už pátým rokem nenavýšil úhradu za takzvané státní pojištění a nezohlednil tak inflaci.

Ale nejen to. Děje se pravý opak. Stát „vysává“ české zdravotnictví růstem DPH bez jakékoli kompenzace. Ve srovnání s předloňským rokem platí české zdravotnictví na této dani o 6–7 miliard více. Myslím, že tady měl pan ministr Heger na vládě bojovat

za náš resort mnohem tvrději. A jsem rád, že v tomto cítím podporu ČSSD, pro niž zdravotnictví představuje prioritu a která chce jeho podfinancování řešit.

Na závěr se nelze vyhnout aktuálnímu dění. Jak byste komentoval současnou politickou situaci? Co říkáte na zadržení a vazební stíhání dvou členů správní rady VZP a spekulace o souvislostech této kauzy s podezřelými toky peněz z největší zdravotní pojišťovny?

Mám tak jako všichni informace pouze z médií. Nemohu je proto příliš komentovat. Ale věřím v právní stát i v to, že bude měřeno každému stejně, dle zásady „padni komu padni“.

Zdravotnictví ročně spolyká přibližně čtvrt bilionu korun. Pokusům některých jedinců či skupin o vyvádění peněz z tohoto obrovského pytle se asi nevyhne žádný ministr. Jak lze účinně bojovat proti rozkrádání těchto prostředků?

Každá úspěšná prevence musí být postavena na dvou věcech. V první řadě na precizně nastaveném systému vzájemně vyvážených kontrol. Jde například o to, aby se v rámci jedné instituce nesoustředilo příliš mnoho rozhodovacích pravomocí v jedné ruce, ale aby se takové rozhodování naopak rozdělovalo. A samozřejmě všechno vždy stojí a padá se schopnými a slušnými lidmi. Bohužel ochota řady

osobností angažovat se ve veřejné správě začíná exponenciálně klesat. Mnohým připadá taková mise příliš sebevražedná.

Máte pravdu, peněz se ve zdravotnictví točí opravdu hodně. A když těm mocným skupinám a korporacím šlápnete na kuří oko, vždycky si najdou způsob jak takového „škůdce“ mediálně či jinak „odstřílet“. Asi není náhoda, že funkční období ministrů zdravotnictví u nás patří k těm nejkratším... V nastávajícím období nepůjde jen o dílčí změny v jednotlivých resortech, ale o celkovou změnu atmosféry ve společnosti. Vrátit lidem naději, že má smysl poctivě se o něco snažit.

Filip Kút Citores

WONCA: Posilte roli českých praktických lékařů

Praha ve dnech 25.–29. června poprvé v historii hostila Světovou konferenci praktických a rodinných lékařů (WONCA). Kongresové centrum v Praze navštívilo na 3600 praktiků ze všech kontinentů. Debatovali o významu a roli praktického lékařství v různých zdravotnických systémech.

Světovou konferenci WONCA 2013 navštívila i generální ředitelka Světové zdravotnické organizace (WHO) Margaret Chanová, která ve svém úvodním projevu zdůraznila význam praktických/rodinných lékařů v celém systému poskytování zdravotní péče. Podle Margaret Chanové jsou praktičtí lékaři neprávem podceňovanými hrdiny zdravotních systémů, neboť jsou to právě oni, kdo jako první přicházejí do styku s pacienty.

Lékaři v první linii

Její slova potvrdil i odstupující ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09), který dlouhodobě klade důraz na podporu a posílení role primární péče v systému. „Účast WHO ukazuje, že v oblas-

ti organizace zdravotnictví stále platí, že poskytování zdravotních služeb musí být hierarchizováno. Linie prvního kontaktu s pacientem je prakticky ve všech zemích zastávána praktickými lékaři s různými kompetencemi a v tomto směru máme stále ještě co dohánět,“ uvedl ministr na úvodní tiskové konferenci v narážce na nadměrné využívání specialistů, které je podle něho často nejen zbytečné, ale také nesrovnatelně nákladnější.

Zástupce organizačního výboru konference a vědecký sekretář Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP Bohumil Seifert vyjádřil přání, aby konference byla vnímána jako signál veřejnosti, že praktické lékařství je jedinečný obor medicíny, který má velký potenciál, jenž dosud nebyl plně využit.

Prezident WONCA Richard Roberts z USA pak připomněl zkušenosti, které ukazují, že nejlepší zdravotnictví je v zemích se silnou primární péčí – jako příklad uvedl země severní Evropy. „V mé zemi vydáváme na zdravotnictví 18 procent HDP, což představuje přibližně 8 tisíc dolarů na každého Američana, přesto se co do výsledků medicíny nacházíme až na 31. místě na světě. Máme všechny specializace, na které si dokážete vzpo-

menout, řadu skvělých nemocnic a nejvyspělejší technologie, přesto je zde stále 30 zemí, které naši práci dělají lépe než my. Důvod, proč jsou na tom tyto státy lépe než USA, vězí právě v úrovni praktických lékařů a primární péče jako takové,“ konstatoval profesor Roberts.

Efektivita a udržitelnost

Světová konference WONCA 2013 ukázala, že problematika financování a otázka efektivity ve zdravotnictví není specifická pouze pro Českou republiku, ale že se jedná o globální problém, který může částečně řešit právě podpora primární péči. „Praktické lékařství je schopno přispět k efektivnímu řešení mnohých problémů současného i budoucího zdravotnictví, zejména s ohledem na stárnutí populace a přibývání chronicky nemocných osob. Silná primární péče znamená kvalitní a zaplatitelné zdravotnictví,“ míní docent Seifert.

S tím souhlasí i Richard Roberts, podle kterého však kvalitu primární péče neurčuje pouze množství peněz, jež do tohoto segmentu vlády investují, ale také rozsah kompetencí praktických a rodinných lékařů. „Specialisté zabývající se fungováním zdravotních systémů vám vždy řeknou, že čím více peněz inves-

tujete do primární péče, tím lepší výsledek získáte. Nejde však pouze o peníze. Měli bychom praktickým lékařům uvolnit ruce. Možná některé lékaře v České republice znervózním, protože s posílením jejich role souvisí také více práce. Důležité však je, abychom si uvědomili, že čím více tento segment budeme podporovat, tím lepší budou výsledky ce-

lého systému zdravotní péče, a to za nesrovnatelně nižší náklady,“ míní prezident WONCA.

Podle jeho slov patří čeští praktici mezi světovou špičku. „Měl jsem možnost navštívit zdejší praktické lékaře a mluvil jsem jak s jejich sestrami, tak i s některými pacienty. Z toho, co vím a co jsem se dozvěděl, soudím, že v České republice je tento obor na velmi vysoké úrovni. Kvalita ale nepřijela sama od sebe – je to výsledek soustavného úsilí a studia několika generací lékařů,“ uzavřel profesor Roberts.

Filip Kút Citores

O vývoji oboru

Praktické lékařství v Čechách, na Moravě i na Slovensku prošlo náročným vývojem. Systém rodinných lékařů, zavedený po vzniku Československa v roce 1918, patřil mezi nejlepší v Evropě.

Socialistické zdravotnictví bohužel přivedlo z východu poliklinický systém a rozdělilo péči o dospělé a děti. Přes určité výhody, jež poliklinika skýtá (centralizace služeb), se v tomto systému rozvoj praktického lékařství zastavil.



doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

lého století. Možnost vzniku soukromých ordinací a přiznání klíčové role v systému péče o zdraví umožnily rozvoj oboru a zvýšily jeho atraktivitu. Stát v posledních letech zohlednil zvláštnosti specializační přípravy praktických lékařů

Zrod specialisty

Praktickým lékařům byla přisouzena role „obvodních lékařů“, subalterních vůči specialistům, a systém omezil jejich klinickou činnost. Zvrat přišel až v 90. letech minu-

a podpořil její financování. V oboru přibývá mladých lékařů, kteří chtějí prokazovat své dovednosti a poskytovat péči vysoké kvality. Právě pro tyto lékaře jsme konferenci získali.



Richard Roberts. | Foto: Leoš Chodura

Novojičínská nemocnice otevřela nový pavilon s PET-CT pracovištěm

Nemocnice Nový Jičín na konci června slavnostně otevřela nový pavilon. Zčásti nevyužívaná budova bývalé interny byla přestavěna na moderní PET-CT pracoviště s velmi potřebným diagnostickým přístrojem, jediným v Moravskoslezském kraji.

Své zázemí našly v pavilonu nové také urologické ambulance a dialyzační centrum, včetně nefrologických ambulančí s navýšenou kapacitou. Jedna z nejrozsáhlejších a finančně nejnákladnějších investic v historii společnosti Agel, do jejíž skupiny novojičínská nemocnice patří, přišla na 120 milionů korun.

Ještě nedávno se budova bývalé interny nacházela prakticky v havarijním stavu. S novým provozovatelem však přišly změny a po 7 měsících tvrdé práce se část chátrající budovy proměnila v nové špičkové PET-CT pracoviště.

Špička v diagnostice a zkrácení čekacích dob

„Přístroj PET-CT představuje špičku v diagnostice onkologických onemocnění. Vyšetření má zásadní význam pro volbu optimální léčby onkologicky nemocných pacientů. Provedením diagnostické procedury je možné určit, která z léčebných možností je pro pacienta nejvhodnější,“ vysvětluje ředitel Nemocnice Nový Jičín MUDr. Karel Dostalík. Přístroj nemocnice zakoupila od společnosti Siemens.

PET-CT vyšetření je zobrazovací metoda, při jejímž využití je pacientovi aplikována radioaktivní látka s velmi krátkým poločasem

rozpadu, tzv. radiofarmakum. Následně je pomocí speciálního diagnostického přístroje zjišťován možný primární nádor a případné metastázy v těle pacienta.

„Pracoviště je zatím jediné v Moravskoslezském kraji. Počítáme se spádovou oblastí asi 1,5 milionu obyvatel, neboť podobný přístroj se zatím nenachází ani ve Zlínském kraji. Nejbližší dostupné PET-CT bylo doposud v Olomouci, kde čekací lhůta dosahovala asi 8 týdnů, což může být pro některé pacienty vzhledem k charakteru nemoci velmi dlouhá doba. Nový PET-CT přístroj čekací doby významně zkrátí,“ slibuje ředitel.

Další rekonstrukce na obzoru

Kromě PET CT pracoviště se v přízemí budovy nacházejí také nové urologické ambulance. Více místa a moderní prostředí čeká i na dialyzaované pacienty. Nemocnice pro ně v prvním patře vybudovala nové prostory a navýšila kapacitu z 10 na 15 dialyzačních monitorů. „Nové prostory pacientům nabídnou větší pohodlí, soukromí a především významně omezí nutnost provádět dialýzu v nočních hodinách,“ dodává Karel Dostalík s tím, že v prvním patře se budou nacházet také dvě nové ambulance nefrologie.

Nemocnice dále zrekonstruovala suterén, kde se nachází zázemí pro personál, sklady, archivy a technologické zázemí budovy. „Investiční náklady na stavební úpravy a technologie dosáhly 120 milionů korun. V rekonstrukci však chceme ještě pokračovat,“ netají své plány ředitel nemocnice.

Nemocnice Nový Jičín, a. s., je

součástí skupiny Agel od loňského roku. Moravskoslezský kraj ji společnosti pronajal i s třísetmilionovým dluhem na 20 let. Nemocnice Moravskoslezskému kraji platí roční nájem ve výši 25 milionů korun. Kromě toho se Agel smluvně zavázal investovat téměř 220 milionů korun do rekonstrukce centrálních operač-



Foto: Nemocnice Nový Jičín

ních sálů, provozu ARO a centrální sterilizace. S rekonstrukcí začne ještě letos. (red)

Kampaň FN Olomouc hledá „novou krev“

Na nové dárcy krve se zaměřila kampaň Fakultní nemocnice Olomouc. Pod heslem „Nekrmte komáry! Radši darujte!“ nemocnice 14. června (tedy na Světový den dárců krve) představila letní projekt, jenž se svým neformálním programem snaží oslovit mladé prvodárce.

V minulém roce totiž transfúzní oddělení nemocnice zaznamenalo rekordně nízký počet prvodárců. Zatímco v lepších letech jejich počet dosahoval i 2 tisíc, loni to bylo jen 800.

Staří dárci odcházejí

„Počet nových dárců, kteří se odhodlají a přijdou k nám darovat krev, se rok od roku snižuje. S nostalgii vzpomínáme na doby, kdy chodily i dvě tisícovky prvodárce ročně. V posledních letech jsme postupně spadli zhruba na polovinu, ale loňský rok byl, co se počtu nových dárců týče, opravdu rekordně slabý,“ uvedla primářka Transfúzního oddělení FN Olomouc Dana Galuszková.

Akutní nedostatek sice podle slov své primářky oddělení zatím nepociťuje, bojuje však se stárnoucí populací pravidelných dárců, kteří postupně odcházejí. V současné době má fakultní nemocnice registrováno 7500 dárců a ročně provede téměř 25 tisíc odběrů. Jsou zde soustředěni nejtěžší pacienti z celé střední Moravy, a proto spotřeba krve přesahuje 7 tisíc litrů ročně.

Nadějí jsou studenti

Letní kampaň je součástí projektu „470 ml“, který nemocnice prezentovala už na jaře na studentském Majálesu. Právě 470 ml krve je dárci odebráno během návštěvy transfúzního oddělení. „Chceme se za-

měřit hlavně na mladé lidi mezi 18. a 25. rokem věku. Těch chodí opravdu velmi málo. Přitom Olomouc je univerzitním městem, studuje zde až 25 tisíc mladých lidí. To je velký potenciál,“ upozornila primářka Galuszková.

Tvůrci kampaně cílí na „studentské město“ i vizuální podobou. Mezi studenty jsou distribuovány informační letáčky a motivem akce je komiksově ztvárněný komár. Tričko s tímto maskotem získá každý prvodárce. Kampaň má i vlastní webové stránky www.470.ml, na kterých lze získat potřebné informace. Další fáze projektu proběhne na podzim.

Irena Soukupová

Královéhradecký kraj schválil fúzi nemocnic i pokračování v přestavbě

Královéhradečtí zastupitelé schválili sloučení ztrátové Oblastní nemocnice Rychnov nad Kněžnou s Oblastní nemocnicí Náchod. Diskutovaná přestavba nemocnice v Náchodě bude pokračovat s jiným financováním.

Modernizace Oblastní nemocnice Náchod se rozběhne ještě v letošním roce. Královéhradecký kraj na rekonstrukci uvolní ze svého rozpočtu téměř 74 milionů korun.

Provoz se prodražuje

„Kraj bude náchodskou nemocnici modernizovat po etapách. Nultá část rekonstrukce počítá s vybudováním obslužné silnice, modernizací teplovodních a elektrických sítí. Vyjde na téměř 74 milionů korun a kraj ji zaplatí z vlastních zdrojů. Celková modernizace by pak měla

skončit v roce 2016, tedy o rok později, než bylo původně plánováno,“ uvedl hejtman Královéhradeckého kraje Lubomír Franc.

Kraj se rozhodl při této rekonstrukci využít platné stavební povolení i projektovou dokumentaci. Výběrové řízení na modernizaci náchodské nemocnice nedávno krajští radní zrušili kvůli nejasnému financování stavby a dohadům o placení korekcí. Královéhradecký kraj má navíc kvůli nesrovnalostem společně s několika dalšími regiony pozastavenou možnost čerpání evropských

dotací. V současnosti vyčlenil na modernizaci nemocnice v Náchodě cca 670 milionů korun. S evropskými dotacemi pak počítá při nákupu zdravotnického vybavení.

Podle krajské radní pro zdravotnictví Jany Třešňákové je rekonstrukce objektů nevyhnutelná, protože jejich havarijní stav prodražuje provoz nemocnice. Přesto je velká investice kritizována opozicí, jež ji označuje za megalomanskou. Dle slov Jany Třešňákové je vedení kraje odhodláno začít s modernizací ještě v tomto roce. V polovině roku

2014 by pak měla začít hlavní část rekonstrukce.

Fúze má ulehčit rozpočtu

Krajští zastupitelé také rozhodli o postupném sloučení nemocnic v Rychnově nad Kněžnou a v Náchodě. Fúze těchto dvou zdravotnických zařízení má zajistit kvalitnější zdravotní péči a pomoci zlepšit ekonomickou stabilitu subjektů. „Rychnovská nemocnice se dlouhodobě potýká s ekonomickými problémy. Díky spojení s Oblastní

nemocnicí Náchod získá lepší vyjednávací pozici vůči pojišťovně. Náchodská nemocnice zase bude potřebovat výpomoc v době plánované rekonstrukce a rychnovská jí bude moci po sloučení snadněji pomáhat. Také se sjednotí a zefektivní systém řízení obou zdravotnických zařízení,“ uvedla radní Třešňáková. Koncepte kraje počítá se zachováním obou nemocnic a dalšími investicemi. V Rychnově byl například v minulosti modernizován IT systém a lůžka následně péče za necelých 10 milionů korun, s dalšími investicemi v řádech milionů kraj počítá i v dalších letech.

(iso)

Akreditace nemocnic mají smysl

Vojenská nemocnice Brno a Nemocnice České Budějovice v nedávné době úspěšně prošly akreditačním šetřením České společnosti pro akreditaci ve zdravotnictví, s. r. o., (ČSAZ) a získaly certifikát kvality a bezpečí poskytované zdravotní péče. Představitelé nemocnic se zamýšlejí nad benefity a dopady tohoto procesu a popisují, co obnáší i co mu předchází.

Pohled z Brna

Toho by se císař nenadál

Toho by se císař Svaté říše římské Josef II. nenadál. Určitě totiž nepředpokládal, když v rámci svého osvícenského panování v roce 1784 zrušil premonstrátský klášter v Brně-Zábrdovicích a v jeho prostorách zřídil vojenský špitál, že tento bude poskytovat zdravotní péči déle než 229 let. A už nic nemohl tušit o tom, že dnešní Vojenská nemocnice Brno, která má dnes (jaká zajímavá shoda) 229 lůžek akutní péče, projde

akreditačním řízením a získá certifikát kvality a bezpečí poskytované péče.

Bez obav, nechci se zabývat celou historií naší nemocnice, chci jen naznačit naše dlouholeté tradice. A zároveň poukázat na to, že z historického hlediska, naše několikiletá cesta za akreditací, zas tak dlouhá nebyla.

Dozrát do potřeby

V současnosti má naše nemocnice k dispozici další, modernější

budovy a prostory než v době svého vzniku. Budova kláštera dnes slouží převážně ambulantním provozům a z celkových šesti lůžkových oddělení (chirurgie, interna, neurologie, oční, psychiatrie a ORL) se v ní nachází již jen jediné (posledně uvedené). Potřeba úspěšně projít akreditačním řízením a získat certifikát kvality a bezpečí poskytované péče se ani v naší nemocnici nevykytla zničehonic. Nemocnice musela – na základě vnějšího prostředí a vnitřní situace – do této potřeby doslova dozrát. Tímto procesem prošel nejdříve management nemocnice. Za hlavní „pochodně“ šířící plamen kvality lze bezesporu označit náměstka pro léčebnou a preventivní péči MUDr. Tomáše Peška a hlavní sestru PhDr. Radku Pokojovou, kterým patří můj největší dík. Ten patří také všem ostatním zaměstnancům, kteří s námi hledali cestu k naplnění požadavků jednotlivých standardů.

Překonat provozní slepotu

Nedílnou součástí naší přípravy

byla volba certifikační autority. Od začátku jsme pracovali s „národním“ variantou. Po přijetí zákona č. 372/2001 Sb., o zdravotních službách, jsme pak s napětím čekali, kdo dostane důvěru a bude ministerstvem zdravotnictví uznán a povolán k udělení certifikátu kvality a bezpečnosti poskytované péče.

Z těch, kteří nakonec uspěli, padla naše volba na Českou společnost pro akreditaci ve zdravotnictví, s. r. o., (ČSAZ). Za hlavní důvod této volby pokládám příbuznost našich přístupů k celé problematice. Tato příbuznost nevyplývala pouze z deklarovaného poslání ČSAZ, ale byla konkretizována v hodnotících standardech a ukazatelích kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb.

Bez citlivého přístupu zástupců akreditační komise, který pomohl překonat provozní slepotu a podpořil správné nasměrování našeho snažení, bychom určitě splnění požadavků jednotlivých standardů na požadované úrovni nedosáhli. Náš dík tedy patří i jim.

Komunikace jako klíč

Pokud bych měl určit, co bylo fundamentální pro získání certifikátu, jednoznačně bych použil slova komunikace. Za klíčový faktor pro získání certifikátu pokládám úroveň vnitřní i vnější komunikace. A dovoluji si tvrdit, že kvalita poskytované péče je na úrovni komunikace přímo závislá.

Naší vizí je být vyhledávaným, spolehlivým a finančně stabilním poskytovatelem kvalitní zdravotní péče. Naplnění této vize není bez certifikátu kvality a bezpečnosti poskytované péče možné. Přípravu na akreditaci jsme chápali jako příležitost udělat si pořádek ve věcech i procesech. Stejně jako u úklidu i u systému kvality se jedná o nepřetržitý proces, který bez neustálé kultivace zákonitě přestane fungovat. Jsme tedy na konci začátku našeho snažení a já bych chtěl naši nemocnici popřát, aby na své cestě za kvalitou a bezpečností poskytované zdravotní péče vytrvala.

plk. Ing. Antonín Vodák
ředitel Vojenské nemocnice Brno



Antonín Vodák a jednatelka ČSAZ Renata Podstatová. | Foto: VN Brno

Pohled z Českých Budějovic

Standardy pro rizikové úkony

Co znamená, že je zdravotnické zařízení akreditované? Akreditace nemocnice je proces, který směřuje k poskytování bezpečné a kvalitní péče. Jinak řečeno – jde o standardizaci, sledování a vyhodnocování všech procesů poskytované zdravotní péče, o zavedení a dodržování podpůrných a řídicích procesů a zvyšování odborné úrovně péče.

V naší nemocnici tedy byl vytvořen systém řízení kvality, jehož cílem je sledovat, pomocí auditů kontrolovat a pravidelně vyhodnocovat dodržování nastavených pravidel, tj. legislativy a interních směrnic, zjišťovat veškerá rizika při poskytování péče a následně přijímat nápravná či preventivní opatření, čímž se snažíme zjištěné neshody odstraňovat a zjištěným rizikům účinně před-

cházet. Standardizace se týká zejména vybraných (obvykle rizikových) procesů – podávání léků, provádění lékařských, diagnostických a ošetrovatelských výkonů, předávání důležitých informací o pacientech ze služby na službu (kontinuita zdravotní péče), vedení zdravotnické dokumentace atd.

Pro pacienty to znamená větší bezpečí a kvalitnější služby – například se minimalizuje riziko stranové záměny při operačních výkonech, medikační chyby, nozokomiální nákazy a jiné mimořádné události. Pro zaměstnance jsou pak nastaveny jasné mantinely, jak mají péči v nejrůznějších situacích poskytovat profesionálně, bezpečně a standardně.

Nikdy nekončící proces

Museli jsme, stejně jako ostatní akreditované nemocnice po-

skytující ambulantní, lůžkovou i následnou péči, naplnit národní akreditační standardy ČSAZ postihující několik oblastí (standardy řízení kvality a bezpečí, péče o pacienty, řízení lidských zdrojů, zajištění bezpečného prostředí pro pacienty a zaměstnance) a důsledně dodržovat aktuálně platnou legislativu. Za tímto účelem jsme museli vypracovat a v praxi zavést mnoho desítek nových dokumentů a korigovat některé již zavedené, upravující naše konání ve výše zmíněných oblastech.

Laické veřejnosti je možná málo známý fakt, že akreditace zasahuje všechny oblasti provozu nemocnice. Zdravotnické zařízení je hodnoceno jako celek, na požadované úrovni tedy musejí být i nezávratné úseky nemocnice – hospodářsko-technický, stravovací a další.

Jde o soustavný a dá se říci nikdy nekončící proces, kterým se snažíme zvyšovat dosaženou úroveň poskytování péče, její kvalitu a bezpečí pacientů.

Po třech letech po udělení akreditace se nemocnice musí o udělení akreditace (tj. o reakreditaci) ucházet znovu a nechat překontrolovat, zda plní a dodržuje veškeré zavedené standardy i jak zvýšila kvalitu a bezpečí poskytovaných služeb od poslední akreditace.

Mezitím – jednou ročně – se auditoři akreditační společnosti přesvědčí o fungování nastavených procesů v nemocnici a doporučí oblasti, na které je potřebné se do reakreditace zaměřit.

Předakreditační konzultace

S přípravou akreditace naše nemocnice začala již ve druhé polovině roku 2008. Naplno se příprava rozběhla v roce 2009. Až do května 2013 se v naší nemocnici

postupně zaváděly všechny akreditační standardy, opakovaně se uskutečnilo předakreditační šetření konzultantů národních akreditačních společností, které nás upozornilo na zjištěné nedostatky a směřovalo v přípravě.

Tato šetření byla velice prospěšná a jednoznačně nám napomohla k získání akreditace. Příprava k akreditaci zasáhla do všech procesů nemocnice, od ošetrovatelské a lékařské péče přes zdravotnickou dokumentaci, technické vybavení, hygienu prostředí, funkčnost bezpečnostních systémů v nemocnici až po personální stav.

Poděkování patří vedení nemocnice za pomoc a podporu a všem zaměstnancům za pozitivní přístup při zavádění popsaných procesů do praxe.

doc. MUDr. Jozef Filka, Ph.D.
náměstek pro řízení kvality
a bezpečí poskytované péče
Nemocnice České Budějovice, a. s.

NÁZORY

Dopis představitelům
České lékařské komory

Vážený pane prezidente, vážená vědecká rado, jako představitel lékařů praktikujících homeopatii, sdružených v Homeopatické lékařské asociaci, bychom rádi vyjádřili svůj kategorický nesouhlas s vaší obhajobou jmenování prof. MUDr. Jiřího Heřta, DrSc., Rytířem lékařského stavu.

Nechceme nijak zpochybňovat vědecké kvality profesora Heřta na poli osteologie a anatomie, kde si za svoji celoživotní práci ocenění jistě zaslouží. Nicméně jako lékaři praktikující homeopatii kategoricky nesouhlasíme s tím, že titul Rytíř lékařského stavu byl panu profesorovi udělen i za jeho „boj proti šarlatánství a alternativní medicíně“.

Pod pojem alternativní medicína spadá řada léčebných metod, které neodpovídají současnému pojetí medicíny a jejichž účinnost může být předmětem diskusí. Nicméně homeopatie a akupunktura rozhodně nejsou metody šarlatánské, zejména pokud je používají lékaři, kteří ke svému řádnému medicínskému vzdělání získali vzdělání i v těchto oborech a tyto metody léčby praktikují ve vši vážnosti a s nejlepšími vědomím i svědomím v rámci své praxe.

Nesouhlasíme ani s vaším vystupováním proti homeopatii jako údajně nevědecké medicíně. Vedou nás k tomu tyto důvody:

1. Homeopatie je jako léčebná metoda používána již více než 200 let, což je jistě doba, kterou by podvodná metoda nepřekročila.
2. Argumentace, že homeopatie je nevědecká, je klamáním veřejnosti odborně i laické, protože se prokazatelně nezakládá na pravdě. Je k dispozici řada metaanalýz randomizovaných studií potvrzujících účinnost homeopatického léku, a to na úrovni i dle kritérií EBM, konkrétně pro alergické potíže, prevenci a léčbu chřipky, léčbu dětských průjmů, léčbu pooperačního ileu, vertiga a infekcí respiračního traktu. Na úrovni Ib je k dispozici několik RCT s prokázaným efektem homeopatického léku pro více než 40 různých patologických stavů, nemluvě o mnoha dalších důkazech o pozitivním účinku homeopatické léčby.
3. Kromě klinických studií byla odlišnost chování homeopaticky ředěných substancí oproti prosté vodě či placebo prokázána několika fyzikálně-chemickými metodami. Jmenujme třeba práce prof. Louise Reye či prof. Luca Montagniera, nositele Nobelovy ceny, a řady dalších. Stejně tak byl jasný efekt homeopaticky ředěných substancí prokázán i na buněčné úrovni, viz třeba známý pokus prof. Bellona s degranulací bazofilů, který byl potvrzen i nezávislými laboratořemi. To jasně odpovídá základnímu pravidlu vědeckého pokusu, což je jeho reprodukovatelnost.
4. Homeopatie a akupunktura jsou metodami podporovanými WHO, jak je například deklarováno v závěrech Kongresu WHO o tradiční medicíně z Pekingu z roku 2008. Tam se mimo jiné píše, že metody tradiční medicíny, k nimž homeopatie a akupunktura jednoznačně patří, by měly být podporovány a rozvíjeny ve spolupráci s vědeckým výzkumem. Navíc je homeopatie v řadě zemí řádně vyučována i na lékařských fakultách (např. ve Francii na osmi lékařských fakultách, v Německu na pěti, v Rakousku a Itálii na třech) a v mnoha zemích je homeopatické vzdělávání uznáváno lékařskými komorami.

Podpora odpůrců tzv. alternativní medicíny a vystupování prezidenta ČLK (např. v pořadu „Rub a líc“ na ČT 2, dne 20. 5. 2013) jsou dle našeho názoru nekolegiální a dalo by se říci i neetické, protože zejména stran homeopatie a akupunktury se nezakládají na pravdě. Navíc je rovněž nevhodné a nekolegiální oficiálně a veřejně hovořit o podvodu homeopatů, z nichž velké procento tvoří renomovaní lékaři z různých oborů medicíny a mnoha zemí světa.

MUDr. Hana Váňová
jménem Rady Homeopatické
lékařské asociace, o. s.

Hazard ničí obec, její obyvatele i samotné hráče

Debata o hazardu se v Česku do značné míry přesunula na lokální úroveň. Místní samosprávy by měly odpovědně zvažovat rozhodnutí v této oblasti. Mohou tak podstatným způsobem ovlivnit zdravotní stav obyvatel i tamní atmosféru.

Finanční stránka věci

Hazard a s ním často sousedící zastavárny mění charakter celých městských částí. Podstatně klesá faktická cena nemovitostí v těsném sousedství hazardu. Málokdo chce bydlet vedle hazardní provozovny, být rušen opilými a zoufalými hráči a ráno najít vykradené auto. Rizika hazardu pro obec jsou tedy enormní. Kromě kriminality (krádeže, zpronevěry, podvody, loupeže, vydírání) sem patří i bezdomovectví, další sociální problémy a horší kvalita života obyvatel. Kriminalita související s hazardem negativně působí na cestovní ruch a obchod. Podle australské práce vydaje za hazardní hru v určité oblasti pozitivně koreluje s tamní kriminalitou (Wheeler et al., 2008). Navíc klesá kupní síla obyvatelstva, čímž trpí podnikatelé a obchodníci.

Skryté škody

• Jsou zde velká rizika pro děti a dospívající. Ti, jak známo, často hrají hazardně v rozporu se zákonem. O tom svědčí např. údaje ze studie ESPAD (viz tabulka). Mezi roky 2007 a 2011 v této oblasti nedošlo k významnému zlepšení. Existuje jasná souvislost mezi hazardem a zneužíváním alkoholu a drog (Potenza et al., 2011). Učeň nebo student kvůli hazardu předčasně opustí školu a začne si prostředky na hazard opatřovat ilegálně. Z člověka, který mohl celý život odvádět státu daně, se stal někdo, kdo prostředky odčerpává v důsledku kriminality a vyšší potřeby zdravotní péče.

• Policista, který hazardně hraje, je úplnější, manažer, který hazardně hraje, se spíše dopustí zpronevěry, hazardní hra u podnikatele často vede ke krachu firmy a zániku pracovních míst.

• O negativním vlivu hazardu na duševní zdraví existuje řada dokladů. Například obyvatelé Las Vegas i návštěvníci tohoto města měli v porovnání s běžnou populací dvojnásobnou sebevražednost. U těch, kdo se z Las Vegas odstěhovali, se riziko sebevraždy snížilo (Wray et al., 2008).

• Park et al. (2010) v rozsáhlé studii zjistili, že patologické hráčství je spojeno se signifikantně vyšším rizikem zneužíváním psychoaktivních látek, depresí, úzkostných stavů a sebevražd. Römer Thomsen et al. (2009) konstatují, že intenzita, s jakou se zkoumané osoby věnovaly hazardním automatům, korelovala s mírou depresivní symptomatologie. Další informace týkající se rizik hazardu viz Nešpor a kol. (2011).

• Vzhledem k chronickému stresu se obvykle zhoršuje i zdravotní stav nejbližších příbuzných. To je také velmi drahá záležitost.

Legální hazard zvyšuje riziko hazardu ilegálního

Existují tvrdá data o tom, že osoby mladší 18 let provozují nelegální hazard na automatech v legálních hernách. Zákaz hazardu nezvyšuje majetkovou kriminalitu v určité oblasti, ale snižuje. O tom ostatně svědčí zkušenosti z Norska, kde po plošném zákazu herních automatů nedošlo k nárůstu ilegálního hazardu, ale míra pro-

blémů působených hazardem se naopak snížila (Lund, 2009).

Hazard a sport

Neproklázalo se, že by sport u dospívajících snižoval riziko zneužívání alkoholu a drog. Některé sportovní disciplíny, jako je fotbal, toto riziko naopak zvyšují. To souvisí s provázaností fotbalu s alkoholem a hazardem a jeho sociálním kontextem. Tento kontext převažuje nad pozitivním efektem fyzické aktivity (Nešpor a Csémy, 2013).

Hazard je spojen s vyšším rizikem zneužívání drog i alkoholu. Často zmiňované peníze z hazardu pro sport jsou z hlediska prevence škod působených návykovými riziky používány bezúčelně nebo kontraproduktivně.

Poznámka k rozšíření patologického hráčství

Usuzovat na počet patologických hráčů podle počtu léčených je absurdní. Většina patologických hráčů z různých důvodů odbornou pomoc nevyhledá. K těmto důvodům patří stud, neinformovanost, finanční překážky nebo rezignace. Navíc je třeba vzít v potaz, že vážné komplikace v životě jedince i jeho okolí vyvolává nejen patologické, ale i problémové hazardní hráčství. Z těchto důvodů nabízíme na www.drnespor.eu volně ke stažení příručku „Už jsem prohrál dost“ (Nešpor, 2006) i další svépomocné materiály.

prim. MUDr. Karel Nešpor, CSc.
PL Bohnice
PhDr. Ladislav Csémy
Psychiatrické centrum Praha

Hraní na automatech podle pohlaví (Csémy, 2013).

Mezi rokem 2007 a 2011 neexistuje statisticky významný rozdíl.

	ESPAD 2007 (n = 3901)			ESPAD 2011 (n = 3913)		
	celý vzorek	chlapci	dívky	celý vzorek	chlapci	dívky
Nikdy	88,6	83,5	93,3	90,4	85,0	95,6
Několikrát za rok	7,8	10,6	5,3	6,5	10,0	3,2
1-2x za měsíc	2,2	3,5	1,0	1,6	2,6	0,5
1x týdně a častěji	1,4	2,4	0,4	1,5	2,4	0,7



EU nakonec ustoupila ze striktní varianty protikuřácké legislativy

Ministři zdravotnictví členských zemí Evropské unie souhlasili se zmírněním původně poměrně přísných pravidel regulace tabákových výrobků a schválili kompromisní návrh, aby alespoň částečně vyhověli některým odpůrcům legislativy, k nimž patří i Česko.

Ministři zcela vypustili zákaz tzv. *slim* cigaret, který navrhovala Evropská komise, vyměnili si však, že se tyto cigarety budou prodávat v normálních, nikoli úzkých krabičkách, tedy v méně atraktivním balení. Cigarety s mentolovou či jinou příchutí pak byly na přechodné 3leté období postaveny mimo zákon, poté jejich prodej budou moci povolit ty země, v nichž tvoří alespoň 3 % výroby všech cigaret.

Maltský komisař Tonio Borg uvedl, že i když bylo kvůli některým členským státům nutné ustoupit, schválená podoba legislativy se nese ve stejném duchu jako její původní, přísnější předloha. „Hlavní podstatou je, aby tabákové výrobky vypadaly jako tabákové výrobky, ne jako parfém nebo bonbony, a aby jako tabákové výrobky i chutnaly,“ uvedl Tonio Borg po jednání ministrů.

Západ vs. východ

Prodej cigaret v rámci 27 členských států Evropské unie v posledních letech výrazně poklesl, téměř o 33 %, přesto má EU podle údajů Světové zdravotnické organizace (WHO) stále vysoký podíl kuřáků v populaci. Každý rok zde na následky kouření zemře přibližně 700 tisíc lidí.

Evropská komise představila svůj záměr zpřísnit protikuřáckou legislativu již v prosinci minulého roku, zaměřit se přitom chtěla především na snahu tabákového průmyslu přilákat novou generaci mladých kuřáků například prostřednictvím zvyšování atraktivity svých produktů. Zatímco země západní Evropy návrh komise vesměs přivítaly, východní členové EU s ním nesouhlasili. Opozice vedená Polskem, jež patří k největším producentům cigaret v unii, argumentovala ekonomickými dopady přísné legislativy, především snížením počtu pracovních míst.

Pokrokové Irsko

Původní návrh zákona počítal s grafickým a textovým varováním na krabičkách cigaret, jež by zabíralo 75 % celého balení, pouhých 25 % by tedy zbylo na značku a logo výrobce. Současná kompromisní podoba počítá s varováním zabírajícím 65 % krabičky. I přesto se proti kompromisní, zmírněné regulaci vyslovilo kromě Polska rovněž Česko společně se Slovenskem, Maďarskem, Bulharskem a Rumunskem, nepřehlasovaly však potřebnou většinu a návrh byl přijat. Irský ministr zdravotnictví James

Reilly, jehož země nyní předsedá Evropské unii, odmítl hlavní argument zmíněných zemí, tedy ekonomické dopady. „Není možné, abychom porovnávali pracovní místa a lidské životy,“ prohlásil na tiskové konferenci po skončení jednání. Irsko se v květnu letošního roku stalo první evropskou zemí, jež schválila protikuřáckou legislativu inspirovanou Austrálií – všechny cigaretové krabičky musejí mít jednotnou podobu a nesmí na nich být logo výrobce. Ačkoli EU takto přísnou regulaci nepožaduje, ministři souhlasili, že pokud bude členský stát chtít popsané opatření přijmout, záleží pouze na něm.

Vláda rozhodla jinak

Evropskou legislativu nyní ještě musí schválit Evropský parlament. Pokud se tak stane, předpokládá se, že by mohla začít platit od roku 2016. Ministři se na svém zasedání rovněž zabývali elektronickými cigaretami, jejichž obliba v současnosti strmě narůstá. Shodli se, že i u těchto výrobků je nutná přísnější regulace. ČR zastupovalo na jednání ministerstvo zemědělství (s výjimkou Německa a Česka všechny

ostatní členské státy reprezentovali ministři zdravotnictví). Podle Hospodářských novin zaslal Leoš Heger svému irskému protějšku Jamesi Reillymu vy-

světlučící dopis, v němž mimo jiné píše: „Osobně si uvědomuji, jak může být další regulace tabákových výrobků pro evropské občany přínosná. Vláda České republiky však rozhodla jinak. Mrzí mě to, ale jednání, na něž mě zvete, se v souvislosti s tím nezúčastním.“

(Zdroje: Reuters, ČTK)

(kha)



ilustrační foto: Shutterstock

Slovensko: Soud se poprvé zastal odpůrců povinného očkování

Krajský soud v Nitře upozornil, že právní úprava, jež slovenským rodičům přikazuje nechat povinně očkovat své děti, je v rozporu s ústavou. Navrhl proto Ústavnímu soudu, aby tuto část legislativy zrušil.

V posledních letech na Slovensku stoupá počet odpůrců očkování, kteří odmítají argumenty úřadů hájících povinné očkování dětí snahami o prevenci řady vážných chorob. K nejkritičtějším patří zejména hexavakcína. Sloveňští lékaři musejí rodiče, kteří očkování svého dítěte odmítnou, nahlásit příslušným úřadům. Ty pak mohou udělit pokutu do výše 331 eur (přibližně 8500 Kč).

Zásah do základních práv

Podnětem pro počátek sporu, o němž v současnosti rozhoduje krajský soud v Nitře, se stala pokuta ve výši 100 eur (asi 2500 Kč) udělená matce, jež odmítla svého potomka nechat očkovat. Žena se proti finanční sankci odvolala,

úřady však toto odvolání zamítly a matka se obrátila na soud. Ten sice ještě nevydal konečné rozhodnutí, upozornil však na možnost protiústavnosti platných předpisů. „Povinnost podrobit se povinnému očkování zasahuje do základních práv a svobod občanů. Ústavně garantovaná práva, jako je právo na život a právo na ochranu zdraví, jsou ohrožena a stát nedostatečnou legislativní úpravou povinného očkování umožňuje orgánům výkonné moci zasahovat do těchto práv,“ stojí ve vyjádření krajského soudu, který se vzápětí obrátil na ústavní soudce se žádostí o zrušení právních předpisů nařizujících povinné očkování. Ústavní soud již uvedl, že se podnětem bude zabývat.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

Republikáni se opět pokusili zpřísnit potratovou legislativu

Americká Sněmovna reprezentantů ovládaná republikány schválila zákon významně omezující interrupce.

Pro návrh povolující umělé přerušování těhotenství pouze do 20. týdne gravidity (výjimku tvoří oběti znásilnění a incestu, pokud ovšem tento zločin nahlásily úřadům) se vyslovilo 228 hlasujících, 196 bylo proti. Přesto neexistuje naděje, že by zákon vešel v platnost – horní komora parlamentu, v níž mají většinu demokraté, i Bílý dům již avizovaly jeho vetování.

Snaha přilákat voliče

Republikánská legislativa je podle médií reakcí na případ filadelfského lékaře Kermita Gosnela provádějícího

cího potraty, jenž byl nedávno odsouzen na doživotí za zabití tří novorozenců, a snahou této politické strany přilákat další voliče. Podle washingtonské korespondentky BBC Jane Littleové toto úsilí sice nadejde odezvu u konzervativních obyvatel, ovšem některé kontroverzní výroky doprovázející projednávání legislativy naopak mohou odradit mladé lidi, ženy a nerozhodnuté voliče, jež se republikáni snaží poslední dobou oslovit.

Jane Littleová připomíná především prohlášení jednoho z předkladatelů návrhu, kongresmana

Trenta Frankse, který prohlásil, že „není příliš časté, aby znásilnění vyústilo v těhotenství“. V podobném duchu se vyjadřovali někteří republikánští kandidáti během volební kampaně v listopadu 2012, kdy jeden například uvedl, že ženské tělo umí těhotenství ze „skutečného znásilnění“ předcházet, jiný pak že pokud po znásilnění žena otěhotní, jedná se o „Boží záměr“. Potratovou legislativu nicméně v posledních letech zpřísnilo již 10 amerických států, některé z nich kvůli tomu nyní čelí žalobám.

(Zdroj: BBC)

(kha)

Vídeňáci jsou s pojišťovnou spokojeni

Vídeňská zemská všeobecná pojišťovna oslavila 145. výročí svého vzniku. Oslav se zúčastnili i zástupci spolkové vlády.

Konstatovali, že po celé období existence pojišťovny v ní sehrály pozitivní roli zejména solidarita a samosprávnost jejího řízení, kdy o všech otázkách rozhodují zástupci pojištěnců a zaměstnavatelů. Dalším klíčovým prvkem je zavedení povinnosti pojistit se pro všechny občany, protože jinak by veřejným pojišťovnám zůstali převážně chudší pojištěnci, zatímco ti bohatší by v době zdraví volili minimální pojistky u komerčních pojišťoven a v době zhoršování zdravotního stavu (pokud by si nemohli dovolit dražší soukromé pojištění) by zatížili veřejné finance. Gene-

rální ředitel vídeňské pojišťovny Erich Sulzbacher pozitivně hodnotí také vývoj obsahu veřejného pojištění – od původního finančního zajištění občanů v době nemoci a invalidity k současnému modelu, v němž hraje silnou roli prevence onemocnění.

Ojedinelé připojištění

Pojišťovna informovala o nezávisle provedeném průzkumu spokojenosti svých klientů. Kolem 90 % dotázaných například oceňuje dobrou odbornou připravenost jak zaměstnanců pojišťovny, tak personálu zdravotnických zařízení provozovaných

nebo smluvně zajištěných touto institucí. Zhruba 70 % pacientů se dostane k lékaři přesně v termínu, který jim vyhovuje. Pokud jde o délku čekacích dob, 17 % Vídeňáků je „velmi spokojeno“, 40 % „spokojeno“, a jen necelá 3 % vyjádřila nespokojenost.

Nejen ve vztahu k oslavám vídeňské všeobecné pojišťovny spolko-

vá vláda v podstatě každoročně poukazuje na přetrvávající spokojenost obyvatelstva se zdravotní péčí v rámci veřejného pojištění. Rakušané se jen ojediněle připojišťují soukromě, protože to v podstatě nepotřebují. I samotné soukromé pojišťovny na svých webech konstatují, že zdravotní péče v rámci veřejného pojištění

je vyhovující, takže klienty „lákájí“ spíše jen na možnost luxurnějšího ubytování či stravování v nemocnici, na zubní náhrady nebo zajištění péče v zahraničí. Soukromé připojištění rovněž může „vyrušit“ poplatek pacienta v nemocnici (28 dnů v roce).

Vladimíra Boškova

Kantony mohou regulovat

Švýcarský parlament 21. června posvětil záměr vlády poskytnout kantonům možnost regulovat počet lékařů-specialistů působících „na účet“ veřejného pojištění, ať pracují v ordinaci nebo v nemocnici, samostatně či v nesamostatném postavení.

Ze stenozáznamu, který lékařská komora dosud nestihla okomentovat, vyplývá, že zákonodárci do jisté míry zvolili kompromis, zčásti podle přání lékařů. Od letošního 1. července se při zřízení nového lékařského místa (pracovní pozice), které by zatížilo veřejné pojištění, musí prokázat „potřeba obyvatelstva“, pokud jde o rozšiřování sítě smluvních poskytovatelů. Potřebnost lékařského místa nebude nutné dokazovat ve vztahu k účastníkům dalšího vzdělávání, jestliže už absolvovali nejméně 3 roky školení na státem uznaných pracovištích. Striktnější regulace se také netýká těch, kteří si před 21. červ-

nem už stihli opatřit pracovní místo (úřední povolení), smlouvu s pojišťovnou a pojištění odpovědnosti za způsobenou škodu.

Další omezení pro kantony

Aby si kantony „potřebnost obyvatelstva ohledně zajištění péče“ nevykládaly příliš různě, má spolková vláda v zákoně zmocnění stanovovat pro příští tři roky závazná měřítka svým nařízením. Tato měřítka budou závazná i pro pojišťovny. Kantonální úředníci nesmějí měřítka podkročit, tzn. poškodit občany nedostatečnou sítí služeb. Povolení k činnosti vydávaná lékařům mohou vázat

i na další podmínky vyhovující pacientům (lékař například musí začlenit do své kartotéky i určité procento narkomanů).

Lékař, který získá povolení k činnosti v rámci veřejného pojištění, nesmí o své vůli „přebíhat“ mezi zdravotnickými zařízeními různých typů a zvláště nemůže bez dalšího souhlasu úřadů či pojišťoven svou činnost rozšiřovat. Vláda hodlá rovněž stanovit lhůtu, v níž musí poskytovatel po udělení licence realizovat její obsah. Odklad výkonu profese je možný jen z důvodu nemoci, mateřství nebo dalšího vzdělávání.

(via)



Ilustrační foto: Shutterstock

Zamezit chybám ve farmakoterapii

V Berlíně proběhl 13. a 14. června kongres za bezpečnost pacientů při farmakoterapii, na němž ministr zdravotnictví Daniel Bahr představil aktualizovaný akční plán pro tuto oblast.

Zástupci lékařů z nejrůznějších zdravotnických zařízení a klinik uvedli, že vládou spuštěný akční plán už od roku 2007 přinesl dobré výsledky, ale bezpečnost pacientů a kvalitu péče je nezbytné dále zvyšovat. Aktualizovaná podoba plánu by měla obsahovat opatření, jež snižují rizika chybné diagnózy a tím i chybné indikace léku či jeho dávky.

Členové spolkové lékařské komory i nezávislí experti ve svých vystoupeních zmínili také potřebu zlepšovat nejen komunikaci s pa-

cienty, ale i elektronickou komunikaci mezi jednotlivými sektory ve zdravotnictví, například mezi ambulantními lékaři a nemocnicemi či ošetřovatelskými zařízeními. Stěžejními prvky jsou podle nich také dobrá organizace léčby a jasná odpovědnost konkrétních osob za ni. Ministr chce mimo jiné podpořit další výzkumné studie v této oblasti. Komora se chystá téma bezpečnosti pacientů při farmakoterapii ještě více začlenit do celoživotního vzdělávání.

(via)

SRN: Komora pomáhá zaplaveným lékařům

Německá lékařská komora vyjádřila podporu všem občanům, kteří byli postiženi letošním povodní. Zvláště se pak snaží finančně pomoci svým členům, jejichž praxe byly v řadě oblastí zaplaveny.

Například zemská pobočka komory v Sasku-Anhaltsku upozorňuje lékaře, jimž se přírodní katastrofa vyhnula, že mohou na zřízení bankovní účet poskytnout příspěvek pro kolegy, kteří to štěstí neměli. V oblastech nejhůře zasažených povodněmi někdy bylo nutné evakuovat pacienty z nemocnic do jiných zařízení, což se týká mimo jiné právě ústavů v Sasku-Anhaltsku. Například personál v nemocnici v Boizenburgu poté, co zajistil převoz nemocných jinam, stěhoval přístroje a lůžka do vyšších patér. Záplavy ohrozily také zdravotní centrum a ošetřovatelský ústav v Bitterfeldu. Naproti tomu dráž-

ďanská městská nemocnice na svém webu uvedla, že se poučila ze záplav v roce 2002 a provoz svých 12 klinik se 700 lůžky stavebně i technicky zajistila tak, aby v přírodní katastrofě lépe obstála.

V polovině června se negativní dopady povodně teprve monitorovaly, takže celkové škody způsobené vodou zdravotnickým zařízeními ještě nebyly celkově zmapovány.

Proti redukci univerzitní medicíny

Spolková lékařská komora ovšem i uprostřed záplav probírala výsledky 116. dne německých lékařů, který proběhl na konci května v Han-

noveru, jež prezident komory Frank Ulrich Montgomery se svými nejbližšími spolupracovníky považuje za významné.

250 delegátů této akce se vyslovilo zejména proti nadměrné snaze vlády spojit veřejné finanční prostředky na úkor zdravotnictví. Lékaři například vyjádřili obavy ze záměru uzavírat či redukovat pracoviště týkající se univerzitní medicíny (konkrétně podpořili zachování takovýchto pracovišť v Halle a Magdeburku). Politici by se podle komory měli na prvním místě zabývat zdravím obyvatelstva, nikoli přehnanou ekonomizací zdravotnického systému.

(via)

Lékaři vyzývají k zajištění nezávislé péče na Guantanamu

Časopis Lancet uveřejnil otevřený dopis více než 150 zdravotníků, kteří v něm žádají amerického prezidenta Baracka Obamu, aby vězňům z Guantanama držícím protestní hladovku zajistil nezávislou lékařskou péči.

V současnosti drží ve věznici na Guantanamu hladovku přibližně stovka vězňů, kteří tak protestují proti svému pobytu v zařízení. 13 z nich přednedávne rovněž v otevřeném dopisu deklarovalo, že nemají důvěru v armádní lékaře, kteří je násilně vyživují pomocí sondy. Podle signatářů výzvy uveřejněné v Lancetu mají vězni „velmi dobrý důvod“ těmto lékařům nevěřit, neboť musejí poslouchat armádní rozkazy.

„Bez důvěry není možné zajistit pacientovi bezpečnou a adekvátní péči,“ upozorňují zdravotníci v dopisu. „Vzhledem k tomu, že vězni nevěří svým armádním lékařům, není pravděpodobné, že by se chovali podle jejich doporučení. Proto je velmi důležité zajistit jim přístup k nezávislému lékařskému vyšetření a léčbě, tak jak to požadují nejen oni, ale

i Organizace spojených národů či Světová lékařská asociace,“ stojí ve výzvě, jejíž autoři ujišťují, že jsou připraveni v případě potřeby vězně ošetřit.

Etika vs. rozkazy

43letý Alžířan Ahmed Belbacha, který je na Guantanamu držen již 11 let a rovněž se zapojil do protestu, prostřednictvím svého právního zástupce popsal pro britskou BBC, že vězni jsou během nucené výživy připoutáni do speciálního křesla. Celý proces je podle něho ještě zhoršen „nezkoušeností a nejistotou“ zdravotnického personálu věznice a řada vězňů podanou výživu vyzvrací již v průběhu zákroku či těsně po něm.

„Snažím se, aby mě při tom neviděli, protože pak by mě znovu přivázali a znovu se mě snažili nakrmit. Sami zdravotníci se vel-

mi bojí, neboť nevědí, jak mají složité spoutaným vězňům měřit životní funkce, ale netroufají si stěžovat. Říkám jim, že nucená výživa je porušením lékařské etiky, ale oni odpovídají, že dostávají rozkazy od strážných a nemají na to žádný vliv,“ líčí Ahmed Belbacha.

Současná protestní hladovka guantanamských vězňů začala v únoru letošního roku a je zatím nejdelší v historii armádního vězeňství. Podle právních zástupců jejich účastníků byla spuštěna zostřenými prohlídkami cel. Americká armáda ale tvrdí, že tyto prohlídky byly nezbytné a odhalily řadu nebezpečných a zakázaných předmětů, včetně vězňů vyrobených zbraní určených k útoku na strážné.

(Zdroj: BBC)

(kha)



Foto: maac.org

Krátce ze světa

• Za epidemii označila Světová zdravotnická organizace (WHO) četnost násilí na ženách ve světě

– podle vůbec první systematické studie na toto téma se s ním setkalo 35% žen. Sexuálního a jiného fyzického násilí se častěji dopouštějí jejich partneři než cizí muži. „Násilí na ženách je celosvětový zdravotnický problém,“ prohlásila generální ředitelka WHO Margaret Chanová. „Zároveň vidíme, že zdravotnictví může a musí dělat více pro ženy, které se s násilím setkají,“ zdůraznila. „V důsledku násilí jsou ženy náchylnější vůči řadě krátkodobých i dlouhodobých zdravotních problémů,“ upozornila Claudia Garciaová-Morenová z WHO. „Je proto nezbytné, aby zdravotnické systémy braly násilí na ženách vážněji než dosud,“ dodala. Mezi důsledky násilí WHO uvádí deprese nebo problémy s alkoholem. U násilněných žen se o 50% častěji vyskytují pohlavní choroby. Jak ze studie vyplývá, v bohatých regionech dochází k násilí na ženách méně než v rozvojových zemích. Například v Severní Americe, západní Evropě, Austrálii či Japonsku je mu vystaveno 23,2% žen, v Africe (kromě severní) pak 36,6%, a v jihovýchodní Asii dokonce 37,7%.

• Světová zdravotnická organizace (WHO) vyzvala k přísnějším regulačním reklamám na potraviny zaměřené na děti. Omezení těchto reklam je ve většině zemí zavedeno například u dětských televizních pořadů, podle WHO se však nyní výrobci v rámci propagace svých výrobků zaměřili na počítačové hry, mobilní telefony, sociální sítě apod. Organizace rovněž vyzývá k maximálnímu omezení reklam vychvalující dětem nezdravé potraviny, jež přispívají k obezitě. Příslušný evropský kodex však zatím zapracovalo pouze Dánsko, Francie, Norsko, Slovinsko, Španělsko a Švédsko. „Miliony dětí napříč Evropou jsou předmětem nepřijatelných marketingových praktik,“ prohlásila regionální ředitelka WHO pro Evropu Zsuzsanna Jakabová.

• Lékaři „najatí“ státy potýkajícími se s nedostatkem vlastních zdravotníků představují pro Kubu nejvýhodnější exportní artikl. Do státního rozpočtu díky nim totiž ročně přiteče 6 miliard dolarů. V současnosti pracuje v 66 zemích Asie, Jižní Ameriky a Afriky na 40 tisíc kubánských lékařů. Nyní o „pronajmutí“ asi 6 tisíc dalších jedná Brazílie.

• S epidemií meningitidy u dětí se potýká Rostov na Donu na jihovýchodě Ruska. Kvůli nemoci je hospitalizováno 74 dětí, u dalších 47 byla meningitida potvrzena a 76 je kvůli podezření na ni sledováno ambulantně. Jeden chlapec nakaže podlehl. Ohniskem výskytu se stala jedna z tamních mateřských škol.

• Organizace Lékaři bez hranic (MSF) varovala, že v severních regionech válkou zasažené Sýrie se začíná šířit epidemie spalniček. Podle zástupců MSF již bylo nakaženo na 7 tisíc obyvatel.

Na vině je především konfliktem přerušené očkování (díky němu bylo například v roce 2010 zaznamenáno v celé zemi jen 13 případů infekce). Organizace se snaží v některých provinciích vakcinaci zajistit, kvůli válce je však situace velmi obtížná.

• Již téměř 120 dětských životů si letos v Indii vyžádala encefalitida, kterou přenášejí z prasat na člověka komáři. Odborníci upozorňují, že nyní, s časným nástupem monzunových dešťů, se země musí připravit na jednu z nejhorších epidemií v posledním desetiletí. Jak upozor-

ňuje indická organizace Hnutí za vymýcení encefalitidy, počet obětí se může vyšplhat až k tisícovce. Nejohroženější jsou chudé regiony na severu Indie.

Proti encefalitidě sice existuje účinná vakcína, indická vláda však navzdory slibům po epidemii v roce 2005, při níž zemřelo více než 1500 dětí, před 3 lety očkovací programy zastavila. Navíc se ukázalo, že většina ze 7,5 milionu očkovaných dětí dostala pouze 1 ze 2 potřebných dávek vakcíny. Loni si encefalitida v zemi vyžádala již 700 dětských životů.

• Nový koronavirus (MERS) si v Saúdské Arábii vyžádal další 4 lidské životy. Celkový počet nakažených ve světě tak stoupl na nejméně 54 (32 v Saúdské Arábii), minimálně 34 z nich nemoci podlehl. K dalším zemím, kde byl koronavirus zaznamenán, patří Katar, Jordánsko, Tunisko, Spojené arabské emiráty, Německo, Velká Británie, Itálie a Francie. Nakažení lidé trpí závažnými dýchacími obtížemi, velmi rychle se u nich objeví selhání ledvin. Odborníci zatím nemají dostatek informací ani o zdroji, ani o přenosu viru.

• Rakouští celníci odhalili na letišti ve Vídni v českého páru přibližně šest desítek papoušků a rajek pašovaných z Asie do České republiky. Podle tamního ministerstva zdravotnictví byla u 5 ptáků prokázána nákaza virem A/H5N1. Rakouské úřady ujišťují, že k ohrožení zdraví veřejnosti nedošlo, celníkům a veterinářům, kteří s pašovanými ptáky přišli do styku, pak lékaři nařídili profylaktické užívání antivirotik.

• Španělští lékaři museli amputovat dolní končetiny pacientovi, je muž jako první na světě v červenci 2011 transplantovali. K tomuto kroku byli nuceni přistoupit kvůli komplikacím souvisejícím s mužovým onemocněním, nikoli se samotnou transplantací. Kvůli své lékařské blížně neupřesněné nemoci totiž pacient musel přestat užívat imunosupresiva.

„V těchto případech pravidla stanovují, že pokud transplantovaný orgán není životně důležitý, musí být odstraněn, aby mohla být zahájena léčba onemocnění, jež se zdá být mnohem vážnější a naléhavější,“ uvedla ve vyjádření nemocnice.

(Zdroje: ČTK, Reuters, Medindia)

(kha)

ZAHRANIČNÍ ZKUŠENOST

Americký výzkum? Kvalitní vědci, dostatek prostředků a odborná diskuse

Profesor Martin Haluzík ze 3. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze prožil ve třiceti letech pracovní restart na vědeckém pracovišti Národního zdravotního ústavu (NIH) v USA. Jeho experimentální výzkum rozšířil znalosti o příčinách vzniku inzulínové rezistence a přispěl k novému pohledu na léčbu diabetu 2. typu.



Pracoval jsem v kolektivu chytrých lidí z celého světa (Martin Haluzík uprostřed vzadu).

Foto: archiv prof. Martina Haluzíka

V letech 2000–2002 jsem absolvoval zahraniční stáž v Národním zdravotním ústavu v americké Bethesda, což je nedaleko Washingtonu DC. Když jsem tam odjížděl, bylo mi třicet, což už je na stáž trochu „pokročilý věk“. Motivace k pobytu v NIH tak byla kombinací touhy podívat se do Ameriky, zjistit možnosti, naučit se, jak dělají vědu a výzkum jinde, a v neposlední řadě i vybrousit si angličtinu.

Svoji cestu vidím jako zásadní přelom ve všem, co jsem do té doby znal a uměl. V Americe je krásné vidět, jak jsme malá zemička, která opravdu málokoho zajímá. S nadsázkou řečeno, tam znají jen Havla a Jágra. Intelektuálové možná oba. Pak ještě plzeňské pivo.

U nás na klinice jsem měl slušné postavení, byl jsem brán za mladého a nadějného. Když jsem nastoupil do NIH, moje dosavadní publikace je vůbec nezajímavé. Teprve na místě jsem musel ukázat, co umím. Obrovské pozitivum je, že začínáte úplně od

nuly, navíc startovací čáru jsem měl se svými zahraničními kolegy stejnou. Úžasný restart. Pak mi zase docela trvalo, než jsem se po návratu do Česka vzpamatoval. Měl jsem pocit, že bych měl předvést, co jsem se ve špičkové vědě naučil, a ono to zde také nikoho až tak moc nezajímalo... To byla rovněž zajímavá zkušenost.

Financování výzkumu – nahoru a dolů

Jedním z velkých kontrastů bylo financování tamního výzkumu – bylo opravdu neuvěřitelné, kolik měli peněz. Cokoli člověk chtěl, to dostal, pokud jeho požadavek dával smysl. Každoroční navyšování rozpočtu laboratoří (o 5–10 %) bylo součástí politického programu senátorů. Vybavuji si senátorku za Maryland, která ve volební kampani dokonce požadovala navyšování rozpočtu NIH ne o 10, ale o 15 %.

Situace se však po 11. září 2001, které jsme tam s rodinou zažili, pozvolna změnila. V době mého působení byl celý areál NIH

volně přístupný. Dnes je z bezpečnostních důvodů u vstupu detektor kovů a ochranka, protože

NIH provádí řadu výzkumů (například infekčních onemocnění), které se dají potenciálně zneužít teroristy.

Změnila se i rozpočtová politika. Dnes v NIH vydají 15 % rozpočtu za bezpečnost a ochranu. Navíc vláda přestala rozpočet navyšovat, na což byli tamní vědci zvyklí. To je v českém kontextu zvyklost poněkud legrační, protože nám tady nikdo rozpočet nenavýšil asi nikdy. Nicméně i zde máme nyní lepší možnosti financování vědy než tehdy, zejména díky mezinárodním projektům.

Unikátní metoda glykemického clampu

NIH je největším výzkumným centrem v Americe, přímo dotovaným za státních prostředků. Jde o systém řady pracovišť soustředěných na různá onemocnění, v zásadě tamní výzkum pokrývá celou medicínu. Já konkrétně působil v NIDDK, což je Národní ústav pro diabetes a onemocnění ledvin.

V porovnání s většinou českých vědeckých pracovišť je NIH gigantický komplex, každý z jeho

ústavů disponuje stovkami zaměstnanců a desítkami laboratoří. Shodou okolností jsem pracoval v největší budově NIH vůbec, bylo to obrovské bludiště.

Pracoviště je podle šéfů rozdělené na skupiny, já jsem byl ve skupině doktora Reitmana a později doktora LeRoitha. Celá skupina se věnovala experimentálnímu výzkumu diabetu, hlavně 2. typu. Pracoval jsem převážně na experimentálních modelech myši. Šlo o poměrně složitou metodu glykemického clampu, což je nejpřesnější metoda k měření citlivosti na inzulín. Tematicky jsem se věnoval hlavně výzkumu inzulínové rezistence, tedy jednomu z hlavních mechanismů vedoucích ke vzniku diabetu 2. typu.

Budoucnost léčby DM v tukové tkáni

Metoda clampu spočívá v intravenózním zavedení infuze, kterou je podáván inzulín, glukóza a radioaktivní izotopy. Umožňuje velmi přesné měření citlivosti na inzulín v jednotlivých tkáních. V NIH mi trvalo poměrně



Sídlo NIH v marylandské Bethesda. Foto: archiv prof. Martina Haluzíka

dlouho, než jsem metodu zvládl a zavedl. Složitost spočívala v tom, že myš je velmi malá, kanyla se musí pod mikroskopem zavést do karotické žíly a myš musí být při následném vyšetření při vědomí.

Rozhodně nejsem mikrochirurg, proto dělám internu, takže mi chvíli trvalo, než jsem se tím prokousal. Když ale metoda začala fungovat, měli jsme mnoho zajímavých výsledků. Došlo na řadu spoluprací nejen v rámci NIH, ale i v rámci celých Spojených států amerických, protože tato metoda tehdy byla dost unikátní. Dnes už se dělá častěji, ale tehdy na světě existovala jen tři pracoviště, kde se metoda prováděla.

Věřím, že jsme přispěli k objasnění významu tukové tkáně v regulaci inzulínové senzitivity a při vzniku diabetu. Měli jsme speciální myši model, který vůbec neměl tukovou tkáň a člověk by mohl mít pocit, že takto štíhlý model je zdravý. Šlo ovšem naopak o myši s těžkou cukrovkou kvůli hromadění tuků ve svalech a játrech. S použitím tohoto modelu jsme byli schopni přímo ukázat, jak je tuková tkáň důležitá a jakými mechanismy ovlivňuje metabolismus. Výsledky přitom platí nejen pro myši, ale z velké části i pro naše pacienty. V tomto ohledu jsme se vydali trochu novým směrem, který by v budoucnu mohl vést k léčbě nebo prevenci cukrovky. Samozřejmě v dnešní vědě je málo velkých objevů, které by ukázaly úplně nový směr. Jde většinou jen o střížek mozaiky řady objevů, které – pokud se dají dohromady – mohou znamenat pokrok.

Umění diskuse a nesouhlasu

Působil jsem jako tzv. *visiting postdoctoral fellow*, protože jsem už v té době měl kandidaturu, takže z jejich pohledu jsem byl mírně pokročilý vědecký pracovník. Měl jsem možnost využít pomoci laborantky, ale většinu práce včetně „mikrochirurgie“ jsem musel stejně dělat sám. Byl jsem svým způsobem „samostatná jednotka“, což bylo docela výhodné, protože jsem si svůj čas mohl organizovat sám. Pracoval jsem v kolektivu chytrých lidí z celého světa, což bylo úžasné. Nevybavují si žádný zásadní problém s kýmkoli. Prostředí bylo samozřejmě kompetitivní, ale v přátelském duchu. Obecně zde panují daleko slušnější způsoby jak s člověkem nesouhlasit. Nesouhlas si navzá-

jem vyjadřují velmi decentním, kulturním způsobem. U nás to bohužel mnohde – od politiky až po některá zdravotnická pracoviště – až tak kultivované není.

Na velmi častých seminářích jsme prezentovali výsledky činnosti nebo se diskutovalo o nových člancích, které vyšly, na to se člověk musel dobře připravit. Nejobávanější byly semináře, kde se sešli šéfové tří největších laboratoří, diskutovali o vaší práci a hodnotili její výsledky. Po absolvování těchto setkání jsem si říkal, že v takovém ohni těžkých otázek se již asi nikdy neocitnu, a zatím to opravdu platí. Obdobné schůzky nad výsledky se konaly také v rámci laboratoře.

Byla to úžasná škola vědeckého myšlení a komunikace a myslím, že je to jeden z hlavních důvodů, proč je tamní výzkum tak úspěšný – mají kvalitní vědce, nemají takové starosti s prostředky na výzkum a všichni jsou zapojeni do odborné diskuse, jejímž cílem je, aby výsledky všech byly co nejlepší.

Přiblížit se tamní zkušenosti

Výzkumné diskuse jsou v Česku bohužel stále ještě méně časté a méně produktivní, než by tomu mělo být. To bychom měli na univerzitách zlepšit. Myslím, že výbornou myšlenkou je v tomto ohledu projekt BIOCEV, který by mohl propojit vědecké bádání napříč obory a mohl by připomínat jakýsi NIH u nás. Rád bych se mezioborové diskuse účastnil. Některé zkušenosti z NIH jsem se snažil implementovat do své vlastní vědecké skupiny, takže se scházíme a výsledky probíráme, což ale někdy vážně na nedostatku času. Vědci si naplánují výzkumy tak, aby měli v deset hodin čas na laboratorní seminář. Na klinice však jeden slouží, druhý má příjem, třetí ambulanci, takže je to trochu komplikovanější.

Za pobytu v NIH jsem poznal několik profesorů středního věku, vedoucích evropských vědeckých pracovišť, kteří v tamních laboratořích trávili roční volno ze svého úvazku, tzv. *sabbatical*. Takový pracovní oddech také někdy zvažují. Jindy si ale říkám, že lepší řešení je pokusit se přiblížit naše pracovní prostředí tomu, co jsem zažil v NIH. Věřím, že jsme na správné cestě, byť se někdy věci daří zlepšovat pomaleji, než bychom si představovali.

zapsala Petra Klusáková

Mladá fronta a. s.
podporuje
Člověka v tísní



S-O-S
POVODNĚ 2013

Pomozte s námi lidem zasaženým povodněmi!

ZAŠLETE DAR NA: 72027202/0300

NEBO ZAŠLETE DMS VE TVARU:

„DMS SOSPOVODNE“ NA ČÍSLO 87 777

Cena DMS je 30 Kč, příjemce vaší pomoci obdrží 27 Kč.

www.clovekvitisi.cz

„Český“ cyklosporin A

Letošní laureáti ceny České transplantční nadace doc. MUDr. Ivo Matla, CSc., a doc. Ing. Vladimír Mařha, DrSc., významně přispěli k vývoji původního českého přípravku na potlačení reakce organismu proti transplantovanému orgánu.

Od počátku orgánových transplantací je hlavní překážkou úspěchu imunitní reakce lidského organismu na cizí štěp vedoucí k jeho rejekci. Nezbytnou podmínkou funkce transplantovaného orgánu je potlačení imunologické odpovědi organismu příjemce podáváním imunosupresiv, a to po celou dobu fungování transplantátu. První „chemická“ imunosupresiva, azathioprin a prednison, umožnila transplantace již v 60. letech minulého století.

Až objev cyklosporinu A a jeho zavedení do klinické praxe v první polovině 80. let však znamenaly radikální zvrat v úspěšnosti transplantční medicíny. Například jednoleté přežívání štěpu po transplantaci ledviny při původní imunosupresi dosahovalo 40 %, po zavedení cyklosporinu A to bylo 80 a více procent. Úspěšnější začaly být také transplantace srdce (které se před cyklosporinem prováděly zřídka a s nepříliš dobrou statistikou přežití), ale i jater a plic.

Náhrada embargovaného léku

V tehdejší Československu byl „záračný“ cyklosporin A poprvé podán v roce 1983 týmem pod vedením zkušeného imunologa Iva Matla v IKEM. Zásadním problémem se však stala dostupnost tohoto preparátu vyvinutého ve Švýcarsku.

Historie českého cyklosporinu byla historií šťastných náhod. Na samém začátku stál profesor Jaroslav Weiser, inšpektolog z Entomologického ústavu ČSAV v Českých Budějovicích, který zkoumal, jak by se daly produkty vláknitých hub využít jakožto insekticidy. V roce 1985 předal svému postgraduálnímu studentovi Vladimíru Mařhovi zbytky houby *Tolypocladium inflatum* a ten zjistil, že její produkt vyvolává stejné změny hmyzího organismu, jaké byly popsány po podání cyklosporinu nemocným po orgánových transplantacích. Chemik Alexandr Jegorov pak potvrdil, že chemická struktura českobudějovického extraktu je stejná jako švýcarský cyklosporin. Později Vladimír Mařha přešel do farmaceutické firmy Galena v Komárově a tam se podílel na zahájení průmyslové výroby českého cyklosporinu.



Docenti Ivo Matla a Vladimír Mařha. | Foto: Leoš Chodura

Mezitím tým pod vedením imunologa Ivo Matla zahájil v IKEM klinické zkoušení českého cyklosporinu u pacientů po transplantaci ledviny či srdce. Prokázal, že výsledky léčby obou preparátů jsou stejné. Český cyklosporin byl dále zdokonalován a později zaregistrován v evropských zemích i v USA a dostal se na jejich trhy.

Lék volby nejen při transplantacích

Cyklosporin A je cyklický polypeptid inhibující antigenem navozenou aktivaci T lymfocytů. Je lékem volby pro imunosupresi při transplantacích orgánů a kostní dřevě. Používá se i v terapii autoimunitních chorob (psoriáza nereagující na standardní léčbu, systémový lupus erythematosus

s viscerálním postižením, systémová sklerodermie, revmatoidní artritida). K jeho nežádoucím účinkům patří nefrotoxicita, reverzibilní porucha funkce jater, hypertenze, hyperglykemie, hyperlipidemie, hypertrichóza. Přesto patří k nejlépe snášeným imunosupresivům s největším klinickým efektem.

Unikátní je u nás situace, kdy je lék nejen objeven, ale i otestován tak, aby mohl být podán pacientům. Zatímco to první vyžaduje zejména značné intelektuální schopnosti, to druhé zpravidla pohltí velké množství finančních prostředků. S pomocí vkladu obou oceněných se takřka závažně podařilo lék uvést do praxe a nabídnout potřebným pacientům rychle i poměrně levně.

Jana Jílková

Nemocnice Sokolov zaznamenala světový primát

Sokolovští chirurgové si připsali světový primát, když úspěšně provedli laparoskopickou cholecystektomii u pacienta s peritoneální dialýzou, aniž by u něho byl nutný přechod na jiný způsob čištění krve.

Pacient trpící chronickým zánětem žlučníku pokračoval krátce po operaci v léčbě peritoneální dialýzou, nemusel tak absolvovat další nepříjemné zákroky (kanylací centrálních žil a převedení na hemodialýzu). „Po zákroku hrozilo riziko, že by se dialyzační roztok mohl dostávat například přes břišní stěnu ven. Nebo tím, že se tam roztok nalije,

mohl utlačovat různé další orgány, které mohly být – být málo – porušené,“ popsal pro Český rozhlas chirurg MUDr. Ivo Stowasser, který operaci provedl. „To se u nás nestalo. Zárok proběhl bez komplikací, takže jsme si byli víceméně jisti a začali jsme s dialýzou asi po 8 hodinách od operace.“

(Zdroj: Nemocnice Sokolov, ČRo)

(red)

Lékaři FN Plzeň provedli radioembolizaci jaterních nádorů

Jako první ve střední Evropě provedl tým Kliniky zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň pod vedením prof. MUDr. Jiřího Ferdy, Ph.D., dvě radioembolizace jaterních nádorů.

Zárok spočívá v podání skleněných mikrokuliček, které obsahují radioaktivní prvek yttrium 90, do jaterních tepen speciálním mikrokatétrem. Výkon se provádí na angiografickém sále za mimořádných bezpečnostních opatření a předchází mu logisticky velmi komplikovaná příprava.

Radioaktivní částice jsou zaneseny krví přímo do nádorové tkáně, která je následně zničena zářením s doletem jen 2 až 3 milimetry. Radioaktivní látka působí pouze v dobře prokrvené nádorové tkáni

a na ostatní tkáň těla nemá účinek. Tímto způsobem je možné cíleně ozářit nádorovou tkáň buď primárních nádorů jater, nebo jaterních metastáz a omezit tak ozáření ostatních tkání.

Radioembolizace jaterních nádorů jsou velmi nákladné. V současnosti je financování těchto výkonů možné pouze na základě dohody mezi pacientem a pojišťovnou. Úhrada ze strany zdravotních pojišťoven ještě není zcela dořešena a očekávají se další jednání.

(Zdroj: FN Plzeň)

(red)

Záchranka Plzeňského kraje vzdělává dětské lékaře

Od poloviny května mohou praktičtí lékaři pro děti a dorost a také stejně specializované sestry v Plzeňském kraji navštěvovat semináře, na kterých prohlubují své znalosti urgentní medicíny.

Vzdělávací workshopy pořádá Zdravotnická záchraná služba Plzeňského kraje (ZZS PK) ve spolupráci se společností Pfizer.

Specifika dětského pacienta

Zatím tyto workshopy proběhly pro okresy Plzeň-město, Plzeň-sever, Plzeň-jih a Klatovy, pokračovat budou i v dalších regionech, například v okrese Louny a v Karlovarském kraji.

„Téma seminářů upozorňuje na naléhavost a důležitost řešení akutních stavů, na něž by si lékaři a sestry v ordinacích měli dávat pozor.

Pro pediatrii a dětské sestry je možno vyzkoušet si urgentní medicínu velmi přínosná. Může pomoci v případě nutnosti lépe zvládnout vysoce stresovou situaci vyplývající ze zranění dítěte,“ uvedla zástupkyně farmaceutické společnosti Lenka Svobodová.

Každý seminář má teoretickou i praktickou část. V teoretické se účastníci podrobněji seznámí například s neuroinfekcemi v dětském věku, febrilními křečemi, laryngitidami u dětí či popáleninami a dalšími typy dětských úrazů. Všechny prezentace lékařů záchrané služby jsou doplněny také kazuistikami.

Praktické opakování

V praktické části semináře měli zdravotníci možnost osvěžit si základy manuální srdeční masáže, zajišťování dýchacích cest a nitro-kostního vstupu. Ten se používá v přímém ohrožení života, při prakticky nemožném zajištění žilního vstupu, pro včasnou zahájení léčby v cvěrném řečišti.

Podle záchranáře Václava Ondry je akutní péče o malé pacienty velmi náročná a vyžaduje trénink a přípravu. Zdravotníci záchrané služby tak předávají své zkušenosti dětských lékařům.

(iso)

Spotřeba tabáku i alkoholu alarmující hlavně mezi mladými

Státní zdravotní ústav a Ministerstvo zdravotnictví ČR uveřejnily výsledky rozsáhlého průzkumu zabývajícího se konzumací tabákových výrobků a alkoholu v České republice.

Jak z průzkumu vyplynulo, v posledních letech se počet kuřáků v dospělé populaci příliš nemění, kolísá mezi 28 a 32%. Rovněž konzumace alkoholových nápojů zůstává v Česku velmi rozšířená – průměrná roční spotřeba na 1 obyvatele dosahovala v roce 2012 7,43 litru čistého lihu.

Nejvíce kouří ti nejmladší

Poměrně výrazný rozdíl autoři výzkumu zaznamenali mezi kuřáky a kuřačkami. Zatímco mezi muži je 36,5% kuřáků, mezi ženami jich je 26,3%. Denně kouří 23,1% obyvatel ČR, příležitostně pak 8,2%. Po celý život nekouří 62% žen, ale pouze 48,9% mužů. Nejvíce kuřáků (44,7%) připadá na obyvatele ve věkové skupině 15–24 let, navíc dvě třetiny příslušníků této věkové kategorie vykouří denně více než 10 cigaret a mladí lidé jsou podle průzkumu nejvíce náchylní vůči reklamě na tabákové výrobky. S vyšším věkem klesá i podíl kuřáků – ve skupině 25–44 let je jich 33,3%, ve věku 45–64 kouří 28,7% Čechů a po 65. roce jen 20,5%.

Záleží i na úrovni vzdělání obyvatele, mezi středoškoly a vyučenými kouří 30%, mezi vysokoškolsky vzdělanými činí podíl kuřáků 24,8%. S úrovní vzdělání pak klesá rovněž denní spotřeba cigaret. Češi kouří především cigarety, spotřeba ostatních tabá-

kových výrobků je zanedbatelná. Více než čtvrtina respondentů (26%) uvedla, že je tabákovému kouři vystavena na pracovišti, přičemž nejvíce je jím v práci zasažena věková kategorie 15–24 let (31%).

Zajímavé jsou i zjištěné údaje týkající se snahy závislost překonat – celkem 31,2% kuřáků se v loňském roce pokusilo přestat kouřit. Nejvíce si negativní účinky tabáku uvědomují mladí lidé. S věkem pak snaha přestat kouřit klesá.

Spotřeba klesá s věkem

Poměrně znepokojivé zůstávají i údaje o spotřebě alkoholu. Pravidelné a časté pití (denně, případně obden) přiznává 15% dospělé populace (23% mužů, 8% žen), alespoň jednou týdně si alkohol dopřeje 53% mužů a 26% žen. U celoživotní abstinence je podíl mužů i žen prakticky stejný, v průzkumu ji udalo 2,5% mužů a 2,6% žen. Obecně je trvalá abstinence v Česku nižší než v jiných evropských zemích. V posledním roce se alkoholu vyhnulo 11% respondentů, 8,3% mužů a 13,4% žen.

Průměrná spotřeba čistého alkoholu na jednoho obyvatele se rovněž výrazně liší mezi muži a ženami – muži ročně vypijí 11 litrů, ženy 4 litry. Nejvyšší spotřeba je zaznamenána ve věkové skupině do 24 let (8,8 l), naopak nejnižší

u obyvatel starších 65 let (5,1 l). Zatímco rozdíl mezi venkovem a městem není výrazný (7,0 vs. 7,6 l), úroveň vzdělání se ve spotřebě odráží významně (klesá s vyšší úrovní vzdělání).

Riziková konzumace

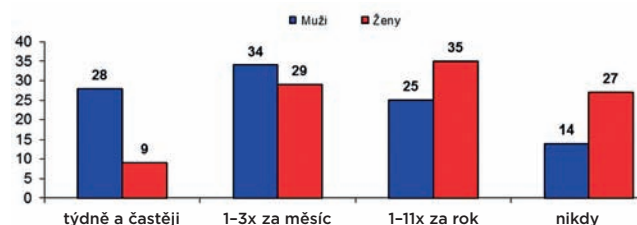
Zatímco nejvíce dotázaných splňuje kritéria pro zdravotně příпустnou konzumaci alkoholu (73%), rizikového pití (40–60 g/den u mužů a 20–40 g/den u žen) se dopouští 7% dotázaných, dalších 7% pak splňuje kritéria pro škodlivou konzumaci alkoholu (více než 60 g/den pro muže, více než 40 g/den pro ženy). Zatímco u umírněné a rizikové konzumace nejsou rozdíly mezi pohlavími výrazné, u škodlivého pití muži převyšují ženy více než dvojnásobně. Časté pití nadměrných dávek alkoholu pak uvedlo 18% respondentů (28% mužů, 8,7% žen), jeho výskyt klesá s věkem a dosaženým vzděláním a častěji se vyskytuje na venkově než ve městech.

O vyhledání odborné pomoci v souvislosti s pitím alkoholu uvažovalo pouhých 1,2% dotázaných, 0,4% se pak na odborníka skutečně obrátilo. Podle autorů průzkumu je to důkaz velmi malého povědomí o rizicích spojených s nadužíváním alkoholu.

Výzkum realizoval Státní zdravotní ústav (SZÚ) v České republice v listopadu

Demografická charakteristika	Počet cigaret průměrně vykouřených za den v %				
	< 5	5–9	10–14	15–24	≥ 25
Celkem	8,9	19,7	28,9	32,2	10,3
Muži	6,4	15,8	28,2	35,9	13,7
Ženy	12,1	24,7	29,7	27,5	6,0
Věk					
15–24	8,8	25,0	32,5	28,8	5,0
25–44	8,1	24,2	27,3	31,7	8,7
45–64	9,0	12,3	29,5	34,4	14,8
65+	11,3	15,1	26,4	33,9	13,2
Úroveň vzdělání					
Základní	3,7	18,9	23,8	37,2	16,5
Střední	12,1	18,2	33,3	28,8	7,6
Vš	20,0	17,5	27,5	30,0	5,0

Počty vykouřených cigaret u denních kuřáků podle vybraných demografických charakteristik



Pití nadměrných dávek alkoholu při jedné konzumní epizodě

du 2012 v rámci BCA (Dohoda o spolupráci mezi WHO a MZ ČR s finančním přispěním WHO). Sběr dat probíhal metodou řízeného rozhovoru s využitím dotazníku „Globální studie užívání tabáku v dospělé populaci“, vypracovaného Světovou zdravotnickou organizací (WHO)

a Centrem pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC). Celkem se výzkumu zúčastnilo 1802 respondentů z celé České republiky. Průzkum byl plně reprezentativní pro populaci ČR starší 15 let z hlediska věku, pohlaví a regionu.

(Zdroj: MZ ČR, SZÚ) (kha)

Čeští vědci objevili novou bakterii

Dosud neznámý druh bakterie, jenž se vyskytuje pouze v Antarktidě, objevili a popsali vědci z Přírodovědecké fakulty Masarykovy univerzity v Brně.

Nově objevený mikroorganismus byl pojmenován *Pseudomonas prosekii* – po iniciátorovi myšlenky založení české vědecké antarktické stanice prof. RNDr. Pavlu Proškoví, CSC.

Sběr a výzkum mikroorganismů zahájili vědci na vědecké stanici J. G. Mendela, kterou Masarykova univerzita (MU) zřídila na ostrově Jamese Rosse, v roce 2008. Zjistili, že tato antarktická oblast je překvapivě bohatě osídlená mikroorganismy, z nichž některé předsta-

vují pro vědu nové druhy a dosud nebyly popsány.

Modelové organismy

„Za pomoci nejmodernějších metod jsme identifikovali nový druh bakterie z rodu *Pseudomonas*, které produkují fluorescenční pigment,“ říká doc. RNDr. Ivo Sedláček, CSC., z Ústavu experimentální biologie Přírodovědecké fakulty MU. O objevu bakterie bude informovat prestižní impaktovaný časopis *Current Microbiology*.

Pseudomonas prosekii patří mezi chladnomilné druhy a vzhledem ke své enzymatické aktivitě může mít velký biotechnologický potenciál. „Jde o mikroorganismus, které jsou schopny produkovat různé enzymy a další látky i při teplotách kolem 5 °C,“ doplňuje docent Sedláček. Půdní bakterie totiž hraje důležitou úlohu při biodegradaci skal a hornin a mohou představovat modelové mikroorganismy v tomto extrémním prostředí.

(Zdroj: Masarykova univerzita) (red)

VZP bude hradit vemurafenib

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) oznámila, že bude od července svým klientům hradit vemurafenib, jenž u pacientů v pokročilém stadiu rakoviny kůže prodlužuje celkovou dobu přežití.

Tento nový, vysoce inovativní přípravek bude vázán na péči ve specializovaných centrech a bude určen nemocným se zhoubným nádorem kůže, jenž metastazoval a není operabilní. Náklady na terapii vemurafenibem (Zelboraf) pro jednoho pacienta VZP předpokládá ve výši asi 2,5 milionu korun. Pro nemocného bude přípravek bez doplatku.

Naše největší zdravotní pojišťovna evidovala v loňském roce více než 32 tisíc pacientů s rakovinou kůže a na péči o ně vynaložila přes 170 milionů korun. Průměrný věk nemocných s melanomem dosáhl 54 let, nicméně asi 20% případů metastazujícího melanomu bylo zaznamenáno u pacientů ve věku mezi 15 a 39 lety.

(Zdroj: VZP) (red)

SÚKL INFORMUJE

Diklofenak – kardiovaskulární riziko obdobné jako u kloubů

Farmakovigilanční výbor PRAC Evropské lékové agentury (EMA) uzavřel přehodnocení diklofenaku se závěrem, že při celkovém podávání (ve formě tablet, kapslí nebo injekcí) jsou nežádoucí účinky na srdce a cévní systém obdobné, jako je tomu u skupiny selektivních COX-2 inhibitorů (koxibů).

Týká se to především užívání vysokých dávek diklofenaku (150 mg denně) a dlouhodobé léčby. Výbor PRAC došel k závěru, že přínosy léčby diklofenakem stále převyšují rizika, je však třeba pro tento přípravek zavést stejná bezpečnostní opatření jako pro koxiby.

Doporučení výboru PRAC

• Pacienti, kteří mají kardiovaskulární potíže, jako je srdeční se-

lhání, onemocnění srdce, potíže s krevním oběhem, nebo v minulosti prodělali infarkt myokardu či cévní mozkovou příhodu, nemají diklofenak užívat.

• Pacienti, kteří mají některé kardiovaskulární rizikové faktory, jako je například vysoký krevní tlak, zvýšená hladina cholesterolu v krvi, cukrovka nebo kouření, mohou užívat diklofenak pouze po pečlivém posouzení přínosů a rizik.

• Při dlouhodobější léčbě mají lékaři průběžně zvažovat, zda je léčba stále nezbytná.

Současné přehodnocení

Diklofenak je často užívaný lék, který působí zmírnění bolesti a zánětu obzvláště u bolestivých stavů, jako je zánět kloubů. Patří do skupiny nesteroidních antirevmatik (NSA).

Bezpečnost NSA je v EU průběžně sledována jak Evropskou lé-

kovou agenturou, tak národními lékovými agenturami. V letech 2005, 2006 a 2012 proběhla celoevropská přehodnocení, která potvrdila, že celá skupina NSA má mírně zvýšené riziko arteriálních trombotických příhod, jež v některých případech může způsobit infarkt myokardu nebo cévní mozkovou příhodu, obzvláště při dlouhodobém užívání vysokých dávek. Informace doprovázející všechny přípravky ze skupiny NSA obsahují upozornění na

možná rizika a doporučují užívání níže než u ostatních tradičních NSA a obdobně vysoké jako u koxibů. Údaje pro hodnocení rizika diklofenaku pocházejí především z nezávislého akademického výzkumu, jako je projekt SOS (*Safety of non-steroidal anti-inflammatory drugs*), financovaného z programu Evropské komise. Odborná skupina CNT (*Coxib and traditional NSAID Trialists*) dodala výsledky z rozsáhlé metaanalýzy více než 600 randomizovaných klinických studií.

Další podrobnosti najdete na webových stránkách www.sukl.cz.

(Zdroj: SÚKL)



Ilustrační foto: Shutterstock

Oznámení a upozornění SÚKL

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

• Neodkladným bezpečnostním opatření společnosti Baxter Czech, spol. s r. o., držitele rozhodnutí o registraci léčivého přípravku **Numeta G13% E**, inf. emul., 10x 300 ml (číslo šarží: 12B27N40, 12F25N45). Uvedené šarže léčivého přípravku se stahují z úrovně zdravotnických zařízení z důvodu zjištění rizika hypermagnezemie.

• Závadě v jakosti léčivého přípravku **Actilyse**, inj. + inf. plq. sol., 1+1x 50 ml (číslo šarže: 302887). Držitel rozhodnutí o registraci, společnost Boehringer Ingelheim International GmbH, Německo, proto na základě § 33 odst. 3 písm. c) zákona o léčivech přijal následující opatření: stažení výše uvedené šarže léčivého přípravku z úrovně zdravotnických zařízení z důvodu závady v jakosti – nesoulad údajů na primárním obalu s registrační dokumentací.

• Neodkladným opatření držitele rozhodnutí o registraci, společnosti Gedeon Richter Plc., Maďarsko, spočívajícím ve stažení několika

šarží léčivého přípravku **Mydocalm** 150 mg, por. tbl. flm., 30x150 mg (jejich seznam naleznete na webových stránkách www.sukl.cz).

Uvedené šarže léčivého přípravku se stahují z úrovně zdravotnických zařízení z důvodu schválené změny v registraci (změna v souhrnu údajů o přípravku a v příbalové informaci v důsledku prováděcího rozhodnutí Komise ze dne 21. 1. 2013 vztahující se k účinné látce – tolperisonu). Plynulost dodávek nebude narušena, protože je k dispozici nová šarže odpovídající údajům a dokumentaci po provedení uvedené změny.

(Zdroj: SÚKL)

Kodein – omezení používání u dětí k úlevě od bolesti

Farmakovigilanční výbor pro posuzování rizik (PRAC) Evropské lékové agentury (EMA) doporučil řadu opatření týkajících se bezpečnosti léků s obsahem kodeinu při použití u dětí za účelem zmírnění bolesti.

Tato opatření vyplynula z přehodnocení zpráv o dětech, u nichž se vyvinuly závažné nežádoucí účinky či které po pozitivní přípravku ke zmírnění bolesti obsahujících kodein zemřely. Většina případů se objevila po chirurgickém odstranění tonzil nebo adenoidní vegetace pro obstrukční spánkovou apnoe.

Děti, které trpěly vážnými nežádoucími účinky kodeinu, byly tzv. ultrarychlými metabolizéry kodeinu. U těchto osob je přípravek v těle přeměňován na morfin mnohem rychleji než normálně, což vede

k vysokým hladinám morfinu v krvi a může vyvolat toxické účinky, jako je útlum dechu.

Doporučení výboru PRAC

Výbor doporučil následující opatření k bezpečnějšímu používání kodeinu k úlevě od bolesti:

• Léky obsahující kodein mají být používány pouze k léčbě akutní středně silné bolesti u dětí nad 12 let věku a pouze tehdy, pokud bolest nemůže být zmírněna jinými léky proti bolesti (jako je parace-

tamol nebo ibuprofen), kvůli riziku útlumu dechu spojeného s použitím kodeinu.

• Kodein nemá být vůbec používán u dětí (do 18 let věku), jež podstupují chirurgické odstranění krčních nebo nosních mandlí v léčbě obstrukční spánkové apnoe, protože tyto pacienti jsou náchylnější ke vzniku problémů s dýcháním.

• Děti, které mají dýchací problémy, nemají užívat kodein.

Výbor dále doporučuje, aby riziko nežádoucích účinků kodeinu bylo vztaženo i na dospělé. Kodein ne-

má užívat žádný pacient (jakéhokoli věku), pokud je známo, že je ultrarychlým metabolizérem kodeinu. Kodein rovněž nemají užívat kojící matky, protože může prostupovat do mateřského mléka a ovlivnit dítě. V informaci doprovázející léčivé přípravky s obsahem kodeinu budou uvedeny informace o riziku nežádoucích účinků morfinu při užívání kodeinu a o rozpoznání příznaků těchto nežádoucích účinků.

Po zhodnocení všech dostupných údajů došel farmakovigilanční vý-

bor PRAC k názoru, že farmakokinetický profil kodeinu byl studován u dospělých, ale je dostupný jen velmi omezené množství informací u dětí. Popsané případy dechového útlumu po kodeinu naznačují, že děti do 12 let věku mohou mít zvýšené riziko nežádoucích účinků morfinu. Navíc omezené údaje o účinku kodeinu použitého k úlevě od bolesti u dětí naznačují, že jeho účinek na bolest není významně lepší než účinek neopioidních analgetik jako paracetamol či ibuprofen.

Další podrobnosti najdete na webových stránkách www.sukl.cz.

(Zdroj: SÚKL)

ASCO 2013: Cetuximab vs. bevacizumab v 1. linii léčby pokročilého kolorektálního karcinomu

V rámci letošního, již 49. setkání Americké společnosti pro klinickou onkologii (ASCO) byly prezentovány i nové pokroky v léčbě melanomu, karcinomu ovaria a kolorektálního karcinomu. Jedním z témat bylo srovnání cetuximabu a bevacizumabu v kombinaci s FOLFIRI v 1. linii léčby kolorektálního karcinomu.

Německá studie fáze III FIRE-3 zjistila, že 1. linie léčby cetuximabem (Erbix) v kombinaci s FOLFIRI (kyselina listová, fluorouracil, irinotekan) umožňuje zhruba o 4 měsíce delší přežití u pacientů s metastazujícím kolorektálním karcinomem ve srovnání s bevacizumabem (Avastin) v kombinaci s FOLFIRI.

Cílené léky cetuximab a bevacizumab jsou oba v kombinaci s chemoterapií schváleny a obecně používány jako úvodní léčba, ale v této studii nebylo jasné, jaký přístup je lepší u pacientů s nemutovanými formami onkogenu K-ras. Výsledky studie naznačují, že 1. linie léčby cetuximabem v kombinaci s FOLFIRI je lepší, zatímco bevacizumab by měl být rezervován pro 2. linii léčby.

„Tento stupeň přínosu v přežívání odpovídal přínosu v přežívání pozorovanému v klinických studiích, jež vedly ke schválení cetuximabu a bevacizumabu za těchto podmínek,“ uvedl profesor onkologie Volker Heinemann z Univerzity Ludvíka Maxmiliána v Mnichově. „Předpokládali jsme, že cetuximab poskytne lepší odpověď, ale nevěděli jsme, že by to mohlo vést k delšímu přežití.“

Výrazně delší přežití

Do studie bylo zařazeno 592 pacientů s metastazujícím kolorektálním karcinomem s nemutovaným onkogem K-ras (tedy divokým typem). Účastníci byli náhodně zařazeni do 1. linie léčby zahrnující buď FOLFIRI plus cetuximab, nebo FOLFIRI plus bevacizumab.

Celková odpověď byla lepší u kombinace FOLFIRI plus cetuximab, ale hladiny významnosti dosáhla pouze u hodnotitelných pacientů. Tito nemocní (n = 526) museli podstoupit minimálně jedno zobrazovací vyšetření oproti výchozímu stavu. Střední doba do progresu onemocnění (přežívání bez progresu) byla téměř identická v obou ramenech (10 vs. 10,3 měsíce), celkové přežití však bylo výrazně delší v rameni s cetuximabem (28,7 měsíce) ve srovnání s ramenem s bevacizumabem (25 měsíců).

Zatímco režim FOLFIRI je v Německu standardní chemoterapií pro pacienty s metastazujícím kolorektálním karcinomem, ve Spojených státech amerických dostávají pacienti častěji režim FOLFOX (kyselina listová, 5-fluorouracil, oxaliplatin). V předchozích studiích bylo zjištěno, že oba režimy chemoterapie jsou

velmi účinné v kombinaci s cetuximabem i bevacizumabem. Studie zahrnující přímé srovnání bevacizumabu plus FOLFOX vs. cetuximabu plus FOLFOX v současné době probíhají.

Nutnost dalších výzkumů

„Pacienti s pokročilým kolorektálním karcinomem a jejich lékaři bojují o prodloužení životů. Ve studii FIRE-3 pomohla úvodní léčba pomocí kombinace FOLFIRI a cetuximabu dosáhnout tohoto cíle,“ uvedl ve své přednášce na ASCO specialista na gastrointestinální malignity Richard M. Goldberg. „Studie indikovala úvodní chemoterapii a v obou skupinách nakonec nádory rostly stejnou rychlostí. Bude ještě třeba dalšího výzkumu, abychom vysvětlili rozpor v signifikantním navýšení celkového přežití oproti nedostatečnému zlepšení v pře-

žití bez progresu,“ doplnil profesor Goldberg.

Cetuximab je zacílený na receptor pro epidermální růstový faktor (EGFR), čímž blokuje růst nádoru. Tato látka je nyní schválena pouze u pacientů bez mutací onkogenu K-ras v nádorech, což odpovídá asi 60 % všech případů kolorektálního karcinomu. Předchozí studie prokázaly, že mutace onkogenu K-ras podmiňují aktivitu anti-EGFR léčby. Bevacizumab je zacílený na protein označený jako VEGF, který se účastní růstu krevních cév zásobujících nádor. Zdá se, že stav mutace onkogenu K-ras neovlivňuje odpověď na bevacizumab. Výzkumníci také pracují na identifikaci molekulárních markerů, které predikují odpověď na bevacizumab vs. cetuximab.

Tento výzkum byl sponzorován společností Merck KGaA. (akt)



Ilustrace: Foto: Shutterstock

Další klíčová zjištění z klinických studií prezentovaných na ASCO

- **Udržovací léčba pazopanibem oddaluje relapsy u žen s pokročilým karcinomem vaječnicků.**

Zjištění ze studie fáze III u žen s pokročilým karcinomem vaječnicků ukazuje, že pazopanib zaměřený na více cílů prodlužuje přežívání bez příznaků onemocnění o 5,6 měsíce ve srovnání s placebem při aplikaci po úvodní chemoterapii.

- **Nová kombinovaná imunoterapie se zdá být slibnou léčbou u metastazujícího melanomu.**

Studie fáze II zjistila, že přidání GM-CSF (sargramostin, Leukin), což je široce používaný posilovač (booster) ipilimumabu (Yervoy), prodlužuje celkové přežití ve srovnání s ipilimumabem v monoterapii. První studie u GM-CSF a ipilimumabu potvrzuje, že koncept kombinované imunoterapie může být pro pacienty přínosný.

- **Hodnocená protilátka vůči PD-1 nivolumab vykazuje silnou protinádorovou aktivitu u pacientů s pokročilým melanomem.**

Zjištění z dlouhodobého prodloužení studie fáze I u nivolumabu ukazují, že nová imunoterapie je velmi aktivní v monoterapii u pacientů, jejichž onemocnění progredovalo i přes standardní systémovou terapii. Došlo k významnému statistickému zlepšení parametru zmenšení nádoru a střední doby přežití ve srovnání s historickými údaji u imunoterapeutických léků za těchto podmínek.

- **Časný výsledek studie naznačuje, že selumetinib může být prvním aktivním lékem u pokročilého melanomu oka.**

Zpráva ze studie fáze II udává, že cílený lék selumetinib vykazuje silnou klinickou aktivitu u pa-

cientů s pokročilým melanomem oka s abnormalitami genu Gnaq/Gnal.

- **Partneři pacientů s orofaryngeálním karcinomem souvisejícím s HPV nemají zvýšené hladiny perorální HPV infekce.**

Zjištění ze studie u pacientů s HPV pozitivním orofaryngeálním karcinomem a u jejich partnerů ukazuje, že partneři nemají zvýšenou HPV infekci ve srovnání s obecnou populací a že jejich riziko vývoje orofaryngeálního karcinomu souvisejícího s HPV zůstává nízké. Páry, které byly spolu po několik let, mohou být uklidněny v tom smyslu, že není třeba měnit vzorce svého intimního chování na základě diagnózy HPV-pozitivního orofaryngeálního karcinomu u partnera.

Zaměřeno na sexuální medicínu: XVIII. andrologické a I. feminologické sympozium

Již poosmnácté se odborníci z řad urologů, sexuologů a dalších specialistů sjeli do Českého Krumlova, aby se zde podělili o poznatky z oblasti sexuální medicíny, reprodukčního zdraví, andrologie a letos poprvé také feminologie. Sympozium organizované Českou společností pro sexuální medicínu ve spolupráci s divizí Medical Services Mladé fronty, Sexuologickou společností ČLS JEP a okresním sdružením ČLK Český Krumlov proběhlo na přelomu května a června v prostorách krumlovského Městského divadla a gotického sálu Prelatura.

Program, probíhající paralelně ve dvou sekcích, tradičně nabídl paletu přednášek a sympozií, zahrnujících zajímavosti z oboru stejně jako aktuality týkající se stále žhavých témat, jakými jsou léčba erektilní dysfunkce či předčasná ejakulace. Účastníci byli seznámeni s novými poznatky jak z pohledu vztahové psychologie a sexuálního zdraví, tak z pohledu nových indikací „starých“ léků a inovativních léčebných metod.

Předčasná ejakulace trápí čtvrtinu mužů

Jednou z nejčastějších sexuálních dysfunkcí u mužů je předčasná ejakulace. I přes její vysokou prevalenci zatím neexistuje obecně přijatá definice této poruchy; pokládá se za ni neschopnost dostatečně oddálit ejakulaci tak, aby mohlo dojít k uspokojení z pohlavního styku. K poruše však musí docházet při pravidelných a častých stycích. Pro hodnocení se užívá kritérium časové, ale hlavním kritériem by měla být spokojenost partnerky. Průzkumy ukazují, že většině žen by vyhovovalo trvání koitu v rozmezí 7–10 minut.

V současné době připouští předčasnou ejakulaci 15 % českých mužů s tím, že u 80 % z nich porucha komplikuje partnerské soužití. Podle zahraničních dat je výskyt této poruchy ještě vyšší a týká se 20–30 % mužů. Jen 9 % postižených však vyhledá lékaře. Terapeuticky se porucha dosud ovlivňovala především racionální psychoterapií a funkcionálním tréninkem, dále se užívala *off-label* a ne příliš uspokojujivá léčba pomocí lokálních anestetik, tricyklických antidepressiv, SSRI, tramadolu, α 1-blokátorů, inhibitorů PDE5 či intrakavernózní aplikace vazodilatorních látek.

Dapoxetin – nový lék při *ejaculatio praecox*

Revolucí v léčbě předčasná ejakulace je dapoxetin (Priligy) – krátkodobě působící SSRI (inhibitor zpětného vychytávání serotoninu), který se na podzim objeví



Foto: Medical Services

na našem trhu coby první perorální lék schválený v této indikaci. V rámci firemního sympozia Berlin-Chemie/Menarini jej představili MUDr. Karel Kočí, CSc., ze soukromé pražské andrologické ordinace Andromeda a MUDr. Libor Zámečník, Ph.D., FEBU, FECSM, z Urologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

„Nastala historická chvíle – poprvé bude na trh uveden přípravek určený pro předčasnou ejakulaci,“ vyzdvihl prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D., ze Sexuologického ústavu 1. LF UK a VFN v Praze a připomněl, o jak častý a závažný problém se v případě předčasná ejakulace jedná a jaké psychologické důsledky má, pokud se neřeší. „Předčasná ejakulace má negativní vliv na samotného muže, jeho partnerku i na jejich vztah. Až v 70 procentech případů je pro muže zdrojem výrazného stresu. Často se také pojí s erektilní dysfunkcí, obojí pak vede k depresi a bludnému kruhu. „Je třeba mít na paměti, že muži bez předčasná ejakulace uspokojí partnerku v 90 procentech případů, avšak muži s předčasnou ejakulací jen v necelých 40 procentech,“ zdůraznil MUDr. Kočí.

„Dapoxetin v dávce 30 a 60 miligramů byl zkoumán v 5 dvoji-

tě zaslepených, placebem kontrolovaných studiích na 6 tisících subjektech, kde se ukázal jako bezpečný a účinný prostředek, který otevírá nové možnosti léčby předčasná ejakulace,“ informoval MUDr. Zámečník.

Viagra je „v pubertě“

Viagra a erektilní dysfunkce dnes tvoří neodmyslitelné spojení v povědomí laiků i odborníků. Stejně jako předčasná ejakulace je i porucha erekce problémem, který zejména s narůstajícím věkem trápí nejednoho muže. A bohužel i zde jen malé procento vyhledá odbornou pomoc.

Na sympoziu zaznělo varování, upozorňující na souvislost erektilní dysfunkce a možného kardiovaskulárního onemocnění. Právě porucha erekce může být jeho prvním signálem. „Rozhodující roli ve vazodilataci a hemodynamických dějích, zahrnujících i fyziologii erekce, hraje endotel. Penilní endotelální dysfunkce vede k erektilní dysfunkci, která je indikátorem systémové endotelální dysfunkce a následně koronární příhody,“ konstatovala MUDr. Taťana Šrámková z Urologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze.

Současně na souboru 50 českých

mužů prezentovala vztah endotelální dysfunkce, erektilní dysfunkce a rizikových faktorů KV onemocnění. Endotelální dysfunkce byla prokázána u třetiny mužů, další třetina byla v riziku. Přednášející uvedla, že vyšetření funkce cévního endotelu je vhodným ambulantním nástrojem, majícím prediktivní hodnotu. Endotelální dysfunkce je navíc na rozdíl od aterosklerózy dobře ovlivnitelná, ať již změnou životosprávy, léčbou závažných komorbidit či medikamentózní léčbou, kam patří i užití inhibitorů PDE5 (sildenafil /Viagra/, tadalafil /Cialis/, vardenafil /Levitra/). Viagra oslavila na sympoziu 15. narozeniny od svého uvedení na trh. „V narozeninovém dortu, který jsme vám přinesli, jsou vztyčeny 4 svíce jako symbol 4 stupňů kvality erekce,“ řekl Petr Weiss během sympozia Pfizer s příznačným názvem „Stále na vrcholu“.

Cialis – nyní i na LUTS

Další z léků na erektilní dysfunkci, Cialis, byl na sympoziu představen v nové indikaci – pro léčbu LUTS-BHP (symptomů dolních močových cest ve spojitosti s benigní hyperplazií prostaty). „Ze studií vyplývá, že se u mužů často vyskytuje společně erek-

tilní dysfunkce a LUTS, zejména s přibývajícím věkem,“ uvedl doc. MUDr. Jiří Heráček, Ph.D., z pražského urologického a andrologického centra Androgeos. Současná léčba α sympatolytiky, inhibitory 5 α -reduktázy, anti-muskariny či inhibitory fosfodiesterázy 5 je podle něj spojena s řadou vedlejších účinků, a tadalafil v dávce 5 mg denně proto může být vhodnou variantou pro pacienty trpící oběma typy potíží.

Terapie rázovou vlnou

O první zkušenosti s rázovou vlnou v léčbě erektilní dysfunkce se podělili urologové z pražské TH kliniky (MUDr. Ondřej Trojan), brněnské Uro-clinic (MUDr. Igor Motil) a Urologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze (MUDr. Libor Zámečník).

„Rázová vlna je novou možností neinvazivní terapie, při které se obnovuje přirozený mechanismus možnosti erekce – naplnění topořivých těles krví. V experimentu byl prokázán vliv na neoangiogenezi v topořivém tělese, oproti konvenční terapii rázová vlna nevyžaduje jakákoli jiná farmaka a nezpůsobuje žádné nežádoucí účinky ani systematickou zátěž pro jiné orgány a zdravou tkáň. Ambulantně vedená léčba navíc nevyžaduje použití sedativ ani anestetik,“ popsal MUDr. Trojan. Autoři prezentovali dosavadní výsledky léčby s použitím přístroje Medispec ED1000.

Sexualita, gender, neurovědy

Čistě medicínský pohled na uvečenou problematiku obohatily také příspěvky z jiných oborů, které se setkaly s nemalým nadšením posluchačů. Šlo především o přednášku prof. MUDr. Pavla Pafka, DrSc., na téma „Gender a chirurgie“. Vycházela z dotazníkové akce, již se účastnili lékaři a sestry z chirurgických oddělení a jejich pacienti a zaměřovala se na genderové odlišnosti v odvěze a rozhodnosti personálu, typické vlastnosti chirurgů i možné sexuální vztahy mezi lékaři a pacienty.

Sdělení MUDr. Františka Koukolíka, DrSc., z pražské Thomayerovy nemocnice přineslo srovnání psychoanalytických teorií Sigmunda Freuda se současnými neurovědními poznatky. Autor ukázal, že některé z Freudových pojmových konstruktů mohou mít neurobiologický podklad. Například Freudův popis primárních a sekundárních procesů (*id* a *ego*) se jistě míry odpovídá stavbě a činnosti homeostatického/interoceptivního systému, korových systémů sensorických a defaultního/implicitního systému. Vědomí pak může být závislé na afektivních prožitcích vznikajících na úrovni horního kmene a Freudovo *id* může být vědomým *id*.

Zahraněční blok

Součástí odborného programu byl i blok, připravený ve spolupráci s Central European Collaboration on Sexual Medicine, v němž přednesli své příspěvky zahraniční řečníci: „Erektivní dysfunkce – od guidelineů k praxi“ (Martin Hrivňák, Slovensko), „Sexuální chování slovinských párů“ (Dejan Bratus), „Hypersexualita – kritický pohled na sexuální závislost“ (Michal Lew-Starowicz, Polsko), „Sexuální medicína v Maďarsku“ (Ferenc Fekete), „Erektivní dysfunkce a hladina testosteronu u mužů s abdominální obezitou“ (Juraj Fillo, Slovensko) a další. V rámci tohoto bloku vystoupili i autoři ze Sexuologického ústavu 1. LF UK a VFN v Praze (doc. MUDr. Michal Pohanka, Ph.D., a doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.), kteří se zabývali otázkou, zda dochází k poklesu mužské fertility. Na souboru mužů, vyšetřovaných pro neplodnost manželství v letech 1954–2012, prokázali, že k žádnému dramatickému zhoršení plodnosti nedochází. Mladí zdraví muži mají i dnes velmi dobré spermioqramy, přičemž většina podprůměrných sper-

miologických parametrů u mužů z neplodných manželství je vysvětlitelná průměrným věkem, který je dnes o zhruba 10 let vyšší než před dvaceti lety.

Feminologie aneb zaměřeno na ženy

Zájemci o feminologickou problematiku si vyslechli různorodé přednášky vztahující se k ženské sexualitě. Doc. PhDr. Dr. phil. Laura Janáčková, CSc., z Institutu partnerských vztahů provedla přítomné historií masturbace, vývojem společenského přijetí tohoto aktu a poukázala na motivace a fantazie českých žen ve srovnání s masturbací.

„Dnes považujeme masturbaci za přirozenou záležitost prospěšnou pro psychosociální vývoj, která může mít i terapeutický význam u sexuálních dysfunkcí,“ uvedla docentka Janáčková a vyjmenovala, že ženská masturbace slouží jako prostředek k sebepoznání, uvolnění napětí, okamžitému uvolnění či kompenzaci nedostatečného uspokojení a zážitku intimity.

MUDr. Dita Pichlerová z OB kliniky Praha se podělila o poznatky o ženské obřízce získané na kongresu Evropské společnosti pro sexuální medicínu. Zdůraznila, že obřízka nemá pro ženy žádný zdravotní přínos, naopak je spojena s mnoha riziky (na rozdíl od mužské obřízky, kde mohou převládat pozitivní). „Infibulace u žen je zákrok s celoživotními především negativními důsledky, avšak bohužel je stále silně vázána na tradici a zvyklosti zemí, kde se po staletí provádí,“ povzdechla si MUDr. Pichlerová.

Tabu vs. moderní design

Další feminologické příspěvky se týkaly například možnosti posilování pánevního dna (Mgr. Adéla Kubičková, MUDr. Petra Vrzáčková, FECSM), sexuality onkologic-

ky nemocných žen (Vanda Lukáčová) či estetické erotiky.

Poslední jmenovanou přednášku, která svým způsobem nahlédla do „zákulisi“ sexuální medicíny, účastníci ocenili nejvíce. Produktová designérka Anna Marešová se v ní zamýšlela nad vývojem i současnou prezentací erotických pomůcek. Připomněla, že v průběhu historie se měnilo označení těchto předmětů a jejich účel (nejprve byly pova-

žovány za zdravotní, později za masážní pomůcku), na jejich výrobu se používaly rozličné materiály, přičemž tak, jak je známe dnes, například v podobě gumových napodobenin penisu, vstoupily na trh až v 90. letech minulého století. „Jakmile se začaly erotické pomůcky prodávat v sex shopech jako součást pornoprůmyslu, staly se pro řadu lidí tabu. Je také nešťastné, že se estetické pomůcky prodávají v neeste-

tických obchodech,“ řekla Anna Marešová a poukázala na fakt, že místo prodeje ovlivňuje náš vztah k produktu. Následně prezentovala nový design erotických pomůcek a informovala o prvních úspěších – esteticky a inovativně pojaté erotické pomůcky našly své místo v několika lékárnách. „Mou snahou je skloubit design, medicínu a erotiku a z tabuizované věci udělat moderní produkt,“ uzavřela designérka.

Nebagatelizujeme a nemarginalizujeme sexuální problémy pacientů

Na konci kongresu jsme požádali o krátký rozhovor organizátora akce, předsedu České společnosti pro sexuální medicínu (ČSSM) a primáře Centra andrologické péče Androcare MUDr. Vladimíra Kubička, CSc.

Jak se podle vás podařilo letošní sympatibulum České společnosti pro sexuální medicínu

Po stránce odborné excelentně, s malými problémy organizačními, které nám nashystalo počasi. Je třeba poděkovat všem přednášejícím, organizující Mladé frontě, divizi Medical Services, zúčastněným farmaceutickým společnostem i našim asistentkám a technickým vedeným panem Dřínkem.

Proč byla zařazena feminologie – bude se tento obor u nás více rozvíjet? A jak jsme na tom ve srovnání se světem?

Česká společnost pro sexuální medicínu se bude snažit rozvíjet andrologii a feminologii symetricky, aby nevznikal pocit nerovnováhy, nedostatku informací a zájmu na žádné straně. Ve srovnání se světem jsme na tom velmi dobře, medicínská feminologie je většinou rozdrobena mezi několik oborů, naše integrační snaha je jedním ze světových prvenství České společnosti pro sexuální medicínu.

Jak jste byl spokojen s náplní feminologického sympozia?

Feminologie se vyvíjí jako „andrologie pro dámy“, je vidět že vznikající obor chybí, o informace je velký zájem. Nastoupený směr je třeba udržet v rovině odborné, medicínské, ale i ve spolupráci s ostatními obory. To ukázalo letošní ocenění designérky Anny Marešové.

Jak se zpětně díváte na vývoj krumlovských andrologických sympozíí, v čem jsou dnes jiná než v počátcích? Mění se témata a přibývají zkušenosti z oboru?

Letos se konalo již 18. andrologické sympozium. Od prvního ročníku došlo k výrazné profesionalizaci odborné i organizační, po odbor-

ně stránce jsme zcela srovnatelní se státy západní Evropy, ale zachováme si svoji tvář. Naším cílem je nekonfliktní, komunikativní a mezioborová medicínská spolupráce na vysoké odborné úrovni, ve prospěch pacientů. Mezi medicínské obory počítám i psychologii, bez ní by medicína nebyla úplná.

A jak vnímáte rozvoj oboru sexuální medicíny v Česku? Jsme na evropské úrovni, nebo jsou zde rezervy?

Bylo by toho třeba hodně, na vyjmenování není dostatek prostoru. Hlavní je asi přístup medicíny k sexuálnímu životu jako hodnotě rovnocenné s ostatními tělesnými a duševními funkcemi. Z minulosti jsme zdědili dehonetující přístup k sexualitě od některých televizních „pop-sexuologů“. Je nutné kultivovat přístup medicínské i obecné veřejnosti k sexualitě a reprodukční medicíně. To je práce na dlouho, je třeba vysoké odbornosti, nekonfliktní vytrvalosti a nedat se otrávit.

Jak jsou další cíle a plány vaší odborné společnosti?

Výše zmíněná kultivace sexuality v rámci odbornosti sexuální a reprodukční medicíny a lidské kultury obecně, vytváření podmínek pro mladé odborníky, jejich podpora a pomoc při získávání zkušeností a kvalifikace v Česku i v zahraničí. ČSSM je součástí Evropské (ESSM) i Mezinárodní společnosti pro sexuální medicínu (ISSM), důležitý je import informací a jejich aplikace v praxi u nás, ve prospěch našich pacientů.

Jak probíhá spolupráce s podobnými zahraničními společnostmi?

Spolupráce ČSSM, ESSM a ISSM je velmi dobrá, máme prostor publi-



Foto: archív

kační, přístup k neaktuálnější literatuře, příležitost k setkávání se na odborných akcích v Evropě i po celém světě, možnosti podpořit své členy v získávání mezinárodní kvalifikace. V loňském roce tři členové ČSSM získali evropskou atestaci v sexuální medicíně (FECSM), dva z nich jsou z univerzitních pracovišť, jeden ze soukromé praxe. ČSSM se snaží podporovat své členy při získávání mezinárodní kvalifikace i finančně, jelikož je dosti nákladné.

Řada čtenářů našich novin jsou praktičtí a ambulantní lékaři. Co byste jim vzkázal nebo o čem byste požádal, co se týče sexuální medicíny a pacientů s příslušnými problémy?

Aby se rozhodli, zda se budou ve své praxi chtít zabývat sexuálními problémy svých pacientů a pacientek. Pokud ano, aby to dělali co nejlépe, na odborné úrovni naší doby, pokud nikoli, aby je odkázali na kvalifikované lékaře. Nejhorší je bagatelizace („to nic není, to má ve vašem věku skoro každý, stejně to nejde léčit“) a marginalizace problémů („víte, kolik pacientů má těžké nemoci, úrazy, rakovinu... a vy chcete léčit sexuální potíže či neplodnost?“).



Prof. Pavel Pafko zaujal vystoupením na téma „Gender a chirurgie“.

| Foto: Medical Services

AKTUALITY

Anorgasmie není porucha

S odlišnými mezinárodními klasifikacemi ženských sexuálních dysfunkcí seznámil MUDr. Zlatko Pastor z NZZ Gona. V České republice se užívá „Mezinárodní klasifikace nemocí“ (MKN-10) z roku 1992, která dělí poruchy do kategorií: nízká sexuální touha, sexuální averze, selhání genitální reakce, poruchy orgasmu, neorganický vaginismus, neorganická dyspareunie a nadměrná sexuální touha. Ve světě jsou však užívány i systémy DSM-IV („Diagnostický a statistický manuál duševních poruch“) či mezinárodní reklasifikace ICS, která se zdá být pro klinickou praxi nevhodnější. V roce 2013 se chystá zveřejnění DSM-V, přičemž dojde k některým změnám, jako je zavedení termínu SIAD (*sexual interest arousal disorder*), korespondujícího s naším termínem frigida, uvažuje se také o vypuštění termínu sexuální averze a zařazení tohoto problému mezi úzkostné (nesexuální) poruchy.

„Chtěl bych, abyste si z této přednášky odnesli alespoň jednu důležitou informaci, a sice že prostá anorgasmie není porucha! Naopak dysfunkční orgasmus poruchou je a jde o stav, při němž žena dosáhne vrcholu vzrušení, ale nedosáhne orgasmu,“ vysvětlil Zlatko Pastor. V další přednášce o ženské sexuální anatomii pak upozornil na to, že pohlavní orgány se již nepopisují tradiční deskriptivní metodou jako v učebnicích anatomie, ale zdůrazňují se jejich anatomicko-funkční souvislosti a souhra jako integrální celek. „O kvalitě somatického sexuálního prožitku rozhoduje klientská komplex a oblast distální vagíny,“ doplnil MUDr. Pastor a zdůraznil, že nic takového jako bod G neexistuje.

Sex během spánku

Se zajímavým tématem vystoupil MUDr. Michal Chovanec z Psychiatrické nemocnice Hronovce. V příspěvku upozornil na existenci poruchy zvané *sleepsex*, kterou charakterizuje zapojení se do



„Nastala historická chvíle – na trh bude poprvé uveden přípravek na předčasnou ejakulaci,“ konstatoval prof. Petr Weiss. | Foto: Medical Services

sexuálních aktivit během spánku. Typická je pro ni amnézie na proběhlou událost. „Tato porucha patří do kategorie parasomnií a jejím nebezpečím je možné znásilnění nebo zneužití nezletilé osoby, což je spojené s legislativními problémy. Sexsomnií lze totiž těžko odlišit od simulace,“ upozornil MUDr. Chovanec. Další příspěvky se týkaly neméně zajímavých či netradičních

témat, jako je sexualita uživatelů marihuany očima partnerek (Mgr. Alexandra Hrouzková), imunita pochvy (RNDr. Dana Nováková), psychosociální a právní souvislosti odanonymování dárčovství gamet (Hana Konečná), sexuální dysfunkce u osob s míšním poraněním (MUDr. Matuš Chocholatý) či vztahu výživy cévního postižení a erektilní dysfunkce (prof. Štěpán Svačina).

Sexualita a somaticky nemocní

V rámci konference proběhl i křest publikace MUDr. Taťany Šrámkové „Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba“, která vyšla v nakladatelství Grada. „Žijeme dnes běžně do 80 let, ale po šedesátce jsme často nemocní – trpíme hypertenzí, diabetem a dalšími chorobami. Přesto člověk i v tomto věku chce žít plnohodnotně a k tomu patří také sexualita,“ uvedla autorka této – podle slov Petra Weisse – „v evropském kontextu ojedinělé monografie“, určené specialistům mnoha medicínských oborů, ale také praktickým lékařům, psychologům či studentům medicíny. Kniha by měla pomoci nejen řešit sexuální poruchy somaticky nemocných, ale i usnadnit lékařům komunikovat na toto téma se svými pacienty. Symposium proběhlo za podpory společností Berlin-Chemie/Menarini, Lilly, Pfizer a PRO.MED. CS.

MUDr. Andrea Skálová

Močová inkontinence je léčitelná

V rámci Světového týdne kontinence, jehož cílem je otevřeně hovořit na téma inkontinence moči, měla veřejnost možnost dozvědět se prostřednictvím infostánků v obchodních centrech Nový Smíchov (Praha) a Olympia (Brno) více o této dosud tabuizované problematice.



Foto: Incoforum

Návštěvníci infostánků zde získali potřebné informace související s nekontrolovatelným únikem moči, možnostmi vyšetření a léčby. Akci pořádalo poslední červnový týden sdružení Incoforum pod záštitou Mezinárodní organizace pro kontinenci (ICS). Smyslem akce bylo poukázat na to, že inkontinence je léčitelná porucha, a pomoci pacientům, kteří jí trpí.

Potřeba detabuizace

Močová inkontinence je definována jako každý nechtěný únik moči. Jedná se o poruchu, která může mít různé příčiny. Následky inkontinence se promítají do všech oblastí života jedince. Neschopnost

udržet moč se významně podílí na snížení kvality života. Jedná se přitom o poruchu, která postihuje stále více lidí, především žen. Velké procento inkontinentních žen však nehledá pomoc a spoléhá se při zvládnutí inkontinence na vlastní metody. Důvody jsou různé, nejčastěji pacienti uvádějí vlastní zhodnocení inkontinence jako běžné součásti procesu stárnutí, nedostatek informací o možnostech léčby, stud a nedůvěru ve výsledky léčby. Lékaře je ale třeba vyhledat ve chvíli, kdy nechtěný únik moči začne obtěžovat.

„Je důležité si uvědomit, že močová inkontinence není normální součástí života ženy a že současná medicína si s tímto problémem umí poradit,“ uvádí přednostka Urologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze a zástupce Incofora prof. MUDr. Tomáš Hanuš, DrSc. Uvedené občanské sdružení aktivně usiluje o odtabuizování této často skrývané poruchy i o edukaci v oblasti diagnostiky a efektivní léčby inkontinence.

Více na: www.incoforum.cz

(asa)

Studenti lékařských fakult z USA na kurzu v Praze

Ve dnech 5.–9. června 2013 přijelo do Prahy (podobně jako v červnu loňského roku) 28 studentů lékařské fakulty Connecticutské univerzity a Univerzity Johnse Hopkinse v Baltimoru, aby se školili v metodikách neurovědního výzkumu v laboratořích Ústavu experimentální medicíny AV ČR v Praze.

Kurz zaměřený na metody používané ve výzkumu sluchové funkce byl součástí měsíčního zahraničního pobytu studentů na univerzitě ve španělské Salamance. Vědecká pracoviště Salamanské univerzity však nemají tak komplexní metodické vybavení jako pražské oddělení neurofyziologie sluchu v Ústavu experimentální medicíny AV ČR vedené prof. MUDr. Josefem Sykou, DrSc. Proto se profesor Syka a garant kurzu, profesor Douglas Oliver z Connecticutské univerzity, dohodli, že praktická část výuky proběhne na pražském pracovišti.

Praktická zkušenost

Ve dvou dnech intenzivní výuky se američtí studenti seznámili s me-



Prof. Josef Syka. | Foto: Leoš Chodura

todikou měření akustických veličin, zvláštnostmi akustické stimulace sluchu, metodami narkózy experimentálních zvířat a operačními přístupy, dále s používanými behaviorálními, elektrofyziologickými a morfologickými metodami, sledovali záznam aktivity jednotlivých

nervových buněk mikroelektrodami a pomocí tzv. terčíkového zámku, záznam aktivity buněčných komplexů implantovanými elektrodami a setkali se s nejmodernější metodou záznamu činnosti neuronových sítí pomocí dvoufotonového konfokálního mikroskopu. V neposlední řadě se účastníci seznámili s moderními vyšetřovacími metodami, které se používají v audiologii k vyšetření sluchu pacientů. Poznatky získali nejen prostřednictvím přednášek, ale především si na všechny metody mohli vlastnoručně „sáhnout“. Vedle odborného programu je čekala i prohlídka pamětihodností Prahy, doplněná o pohled na rozvodněnou Vltavu. (red)

„Urgentní medicína v klinické praxi“ pokřtěna v Kladně

Ve čtvrtek 30. května 2013 byla v sídle Zdravotnické záchranné služby Středočeského kraje pokřtěna kniha „Urgentní medicína v klinické praxi lékaře“, který vyšla v nakladatelství Grada Publishing. Tato unikátní publikace je společným dílem lékařů a dispečerů středočeské zá-

chranné služby a lékařů urgentních příjmů nemocnic. Díky těmto autorům kniha vychází z každodenní praxe odborníků, kteří se pohybují v terénu. Může tak dobře posloužit ke vzdělávání budoucích generací lékařů, kteří se chtějí věnovat oboru urgentní medicína. (ter)



Hlavní autoři publikace Jana Šeblová a Jiří Knor. | Foto: ZS SČK

Stárnutí a zlomeniny

3. června proběhlo ve Faustově domě v Praze další z klubových setkání členů České lékařské akademie (ČLA). S přednáškou tentokrát vystoupil zakladatel osteologie u nás prof. MUDr. Jan Štěpán, DrSc., z Revmatologického ústavu v Praze. Jejím tématem byla problematika osteoporotických zlomenin.

Profesor Jan Štěpán je členem ČLA od roku 2006. V roce 1990 založil v rámci Laboratoře pro endokrinologii a metabolismus 1. LF UK první osteocentrum v České republice, získal mezinárodní certifikát osteodenzitometrie ISCD. V roce 1994 byl členem expertní skupiny WHO, která vypracovala dosud užívané doporučení pro diagnostiku osteoporózy. Je členem vědecké komise Mezinárodní nadace pro osteoporózu (IOF). Vychoval řadu uznávaných odborníků. V roce 2007 přešel do Revmatologického ústavu. Ve své přednášce vyzdvíhl především dvě oblasti osteologie, na které je třeba se zaměřit. Jednak je to potřeba vytvoření doporučeného postupu pro sekundární prevenci zlomenin. Prodělaná fraktura je totiž často prvním signálem osteoporózy a významným prediktorem další zlomeniny. Druhým je to potřeba vytvoření doporučeného postupu pro sekundární prevenci zlomenin. Prodělaná fraktura je totiž často prvním signálem osteoporózy a významným prediktorem další zlomeniny. Druhým je to potřeba vytvoření doporučeného postupu pro sekundární prevenci zlomenin. Prodělaná fraktura je totiž často prvním signálem osteoporózy a významným prediktorem další zlomeniny. Druhým je to potřeba vytvoření doporučeného postupu pro sekundární prevenci zlomenin.

Role cytokinu RANKL

Ve zdravé kosti jsou mikroskopická poškození (bez zánětu) odstraňována a nahrazena stejným objemem kostní hmoty. Je to zajištěno koordinovanou činností osteoklastů a osteoblastů, kterou regulují osteocyty. Osteoporóza je metabolickou poruchou remodelace kosti, kdy už novotvorba kostní hmoty nestačuje pro udržení kvality kosti. Kost pak porotizuje a organická kostní hmota stárne, špatně se obnovuje, v kosti se hromadí mikropoškození. Negativní roli při porotizaci a stárnutí kostí sehrává především deficit estrogenu, dále hypertyreóza, hyperparatyreóza, chronická zánětlivá onemocnění, kouření nebo užívání heparinu. Významným impulsem zvýšené osteore-

sorpce je nedostatek vitamínu D (v zimních měsících se prokazuje až u poloviny naší populace), respektive jeho důsledek – sekundární hyperparatyreóza. Všechny uvedené impulzy zvyšují tvorbu cytokinu RANKL (ligand pro RANK – receptor aktivující jaderný faktor kappa B) v osteocytech a osteoblastech. Vazba RANKL na zmíněný specifický receptor na osteoklastech spouští v jádru osteoklastů proteosyntézu, která je podmínkou osteoklastické osteoresorpce (např. kyselá fosfatáza, katepsin K, karboanhydráza II). Novotvorba kostní organické hmoty v osteoblastech pak nestačí kompenzovat nadměrnou osteoresorpci. Navíc s věkem významně klesá funkční kapacita osteoblastů a k tomu přistupuje genetická variabilita kostní novotvorby. Ta však také klesá, pokud není aktivována přiměřenou fyzickou aktivitou. Novotvorbu i resorpci kosti regulují osteocyty, které registrují stupeň zatěžování kosti pohybem. Pokud kost není dostatečně zatěžována, zvyšuje se v osteocytech nejen produkce RANKL, ale také sclerostinu. Ten blokuje rekrutování nových osteoblastů z jejich prekurzorů a nová kostní hmota se pak netvoří.

Bagatelizovaný problém

Epidemiologie dává podle autora přednášky jasný signál, že riziko osteoporotických zlomenin je dnes jednoznačně chápáno jako problém stárnutí. Mezi 50. a 80. rokem věku ztrácíme přes třetinu trámčité a dvě třetiny kortikální kostní hmoty. Tak, jako se prodlužuje střední délka života, se zvyšuje i počet nízkotraumatických zlomenin. Nicméně v posledních deseti letech v Česku alespoň neroste incidence zlomenin kyčle. Prvním varovným signálem osteoporózy bývá zlomenina distálního předloktí nebo obratle. Jen třetina zlomenin obratlů je klinicky tak závažná, že přivede pacienta k lékaři. Tyto zlomeniny jsou podle profesora Štěpána zpravidla bagatelizovány. Přitom každá zlomenina obratle zaklá-

dá 5x vyšší pravděpodobnost zlomeniny dalšího obratle, 3x vyšší riziko zlomeniny proximálního femuru a dvojnásobné riziko neobratlové zlomeniny. U zlomeniny kyčle se pak opět zdvojnásobuje riziko vzniku další fraktury v této oblasti.

Na druhé straně po 50. roce věku neprodělá zlomeninu polovina žen a čtyři z pěti mužů. Tito lidé zpravidla nemají závažné klinické rizikové faktory zlomenin, jakými jsou rodinná dispozice (tj. otec nebo matka neprodělali zlomeninu v oblasti kyčle), diabetes, onemocnění štítné žlázy nebo přístřitných tělísek, chronické zánětlivé onemocnění (např. revmatoidní artritida), nikotinismus, léčba glukokortikoidy nebo dlouhodobá imobilizace.

Už méně optimistická jsou ale data o hospitalizacích pro zlomeniny – za posledních 30 let se u nás jejich počet nejméně zdvojnásobil. V současné době je to 75 tisíc nízkotraumatických zlomenin za rok (je zde zřejmá úměra s prodloužením lidského věku). V následujících 15 letech se očekává další nárůst zlomenin (odhad pro rok 2025 je kolem 98 tisíc fraktur, tj. 30% nárůst). Náklady na zlomeniny představují pro naše zdravotnictví nemalý finanční výdaj (např. v roce 2010 činily kolem 5,5 miliardy Kč). Tím ovšem dle autora není vyčíslena ztracená kvalita života pacientů (podle odhadu EU činí v ČR přes 15 miliard Kč). Pro zdravotní pojišťovny je to nepochybně výzva, která stojí za úvahy. Zatím se v České republice vydává na léky na osteoporózu jen polovina částky, která je průměrem v Evropské unii. Pro osteoporózu jsou v Česku léčena jen 2% osob starších 50 let (na Slovensku a v EU je to kolem 5%).

Primární a sekundární prevence

Léčba onemocnění a zejména sekundární prevence zlomenin by podle Jana Štěpána měla vycházet především z diferenciálnědiagnostického zhodnocení remodelace kosti a z posouzení pravděpodobnosti zlomenin



Profesor Jan Štěpán. | Foto: Leoš Chodura

u daného pacienta. Dobrou pomocí pro posouzení rizika další zlomeniny může být výpočet indexu pravděpodobnosti jejího výskytu (www.shef.ac.uk/FRAX).

K dispozici jsou nefarmakologická opatření a řada léků. Nefarmakologická cesta je poměrně jasná – omezení kouření, sledování a úprava individuální léčby (kortikoidy, heparin), adekvátní fyzická aktivita. Zavedení protektorů kyčle se příliš neosvědčilo, a jejich význam je tedy spíše okrajový.

Z farmak jsou pro prevenci osteoporózy u žen v prvních letech po menopauze doporučovány estrogenu nebo selektivní modulatory estrogenních receptorů. Jejich předností je obnovení fyziologických regulací remodelace kosti a obnovení rovnováhy resorpce a novotvorby kosti. Estrogenu a selektivní modulatory estrogenních receptorů snižují riziko zlomenin obratlů (v tomto věku nejčastějšího typu fraktury) obdobně jako antiresorpční léky.

Pro primární a sekundární prevenci zlomenin jsou používány antiresorpční nebo osteoanabolické léky. Antiresorpční léky, aminobisfosfonáty a denosumab (monoklonální protilátka vůči RANKL), zpomalují nárůst rizika zlomenin s věkem a v různém stupni zvyšují obsah kostního minerálu, ovšem tvorbu nové kostní hmoty nenavozují, ale snižují. Aminobisfosfonáty jsou dostupné jako tablety, podávány jednou za týden nebo za měsíc, ale také jako infuze podávané jednou za rok. Denosumab se podává podkožní injekcí vždy po 6 měsících.

Antiresorpční léčba snižuje riziko zlomenin obratlů až na polovinu a některé léky snižovaly v registračních studiích také riziko neobratlových zlomenin (až o 40%). Léčba je vhodná zejména při zvýšené osteoresorpci.

Kauzální řešení

Kauzálním řešením u pacientů s těžkou osteoporózou je pak podle profesora Štěpána pouze osteoanabolická léčba, která umožňuje nahradit dříve ztracenou trámčitou i kortikální kost nově vytvořenou zdravou kostní hmotou. Tato léčba proto velmi účinně snižuje riziko zlomenin obratlů (u klinických fraktur až o 90%) i neobratlových zlomenin (o více než 50%). V současné době je osteoanabolická terapie postupem první volby u žen a mužů s glukokortikoidy indukovanou osteoporózou a je schvalována také při selhání antiresorpční léčby u pacientů s těžkou osteoporózou.

Otevřenou otázkou zůstává dlouhodobé setrvání pacientů na léčbě. To je základní podmínkou snížení rizika zlomenin při chronickém onemocnění osteoporózou. Užívání antiresorpčních léků pro osteoporózu je účinné a bezpečné, ale vyžaduje individuální volbu vhodného přípravku pro každého pacienta a pravidelnou kontrolu lékařem. Osteoanabolická léčba je zatím doporučena na dobu dvou let. I když se lék aplikuje denně injekcí do podkoží, naprostá většina pacientů doporučené podávání dodržuje, protože u nich klesá bolest a zlepšuje se kvalita života.

Závěrem se přednášející vrátil k nutnosti zlepšit sekundární prevenci zlomenin. Prioritou je zajištění péče o pacienty se zlomeninou proximálního femuru, s klinickou zlomeninou obratle a s již prodělanými dvěma nebo více nízkotraumatickými frakturami. V České republice zatím program sekundární prevence chybí. Lze jej zajistit prostřednictvím už jinde ověřeného a doporučeného postupu, kterým je spolupráce specializovaných osteologických pracovišť.

SERIÁL

Jak se (z)rodila moderní telemedicína – 4. díl

Telemedicína je novým samostatným medicínským oborem. Zaměřuje se na zdravotnické aktivity, služby a systémy provozované na dálku pomocí informačních a komunikačních technologií. Je součástí elektronizovaného a informatizovaného zdravotnictví, kterému se zkráceně říká eHealth.

Obor vznikl až na přelomu tisíciletí, jeho studium je zatím zařazeno jen na některých lékařských fakultách. Asi první byla Lékařská fakulta Univerzity Komenského v Bratislavě, kde katedru telemedicíny vede prof. MUDr. Elena Kukurová, CSc. V Praze realizuje výuku eHealth a telemedicíny 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, kde vzniklo samostatné Centrum pro eHealth a telemedicínu, které založil dřívější děkan fakulty prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA. Toto centrum sídlí v Kladně v prostorách Fakulty biomedicínského inženýrství ČVUT, která mu poskytla story a technologické zázemí. Na jeho vzniku má zásluhu i děkan FMBI ČVUT prof. MUDr. Jozef Rosina, Ph.D. Předchozí díly seriálu o eHealth jsem věnoval hlavně nejstarším historickým mezníkům, které předcházely vzniku eHealth a telemedicíny. Také jsem vysvětlil některé základní pojmy. Elektronizované zdravotnictví je bohužel plné moderních termínů, které se v běžném životě málo používají. Stále se hovoří o potřebách implementace, aplikacích postupujících napříč spektrem zdravotnictví, existují akční plány eHealth atd. Takže pro pochopení fungování celého systému je dobré se prokousat vším.

MILNÍKY TELEMEDICÍNY 20. STOLETÍ

Na cestě do kosmu

Rozvoj telemedicínských postupů souvisel zejména se zahájením kosmického výzkumu v 60. letech minulého století. Americké a sovětské programy vyvíjely technologie zaměřené na monitoring fyziologických parametrů kosmonautů. Sovětské vesmírné programy Vostok a Voschod byly vybaveny dálkovým monitoringem EKG, srdečního rytmu, EEG, EMG a galvanické odezvy kůže. Z obdobného monitoringu vycházel i následný program Sojuz, k dalšímu rozvoji pak došlo až

později, s vývojem vesmírné stanice Mír. Americká NASA se zaměřila rovněž na telemetrii, tedy monitoring fyziologických parametrů kosmonautů, už od programu Mercury a Gemini. Šlo především o sledování EKG a monitoring srdeční činnosti. Rozvoj přinesl program Apollo s lety k Měsíci. Zaměřil se zejména na přenos telemedicínských informací v reálném čase do střediska v Houstonu. Šlo o kontrolu spotřeby kyslíku, monitoring CO₂, teplotních změn, sledování EKG společně s fonokardiografií, monitoring frekvence dýchání i srdeční činnosti. Klinický profil kosmonautů podpořily audio a video přenosy z kosmických lodí na Zem. USA se postupně staly lídrem nově vznikajícího oboru kosmické telemedicíny.

USA na špičce vývoje

Také mimo kosmický prostor vznikala řada projektů. V rámci grantu z amerického Národního ústavu pro duševní zdraví byl v roce 1964 zahájen obousměrný



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

ný kamerový přenos mezi Psychiatrickým institutem ve státě Nebraska a 112 km vzdálenou státní nemocnicí v Norfolkku. Spojení se používalo zejména pro vzdělávání a konzultace mezi odbornými a praktickými lékaři.

O tři roky později byl na mezinárodním letišti v Bostonu spuštěn projekt nepřetržitě (24/7) telemedicínské péče pro cestující přímo ze vzdálené Massachusettské nemocnice pomocí obousměrného mikrovlnného audio/video spojení.

V roce 1971 vybralo americké Národní centrum pro biomedicínskou komunikaci 26 lokalit na Aljašce, kde byla ověřována spolehlivost telemedicínské komunikace přes satelit.

V letech 1972 až 1975 NASA spustila telemedicínský pozemský program, který používal mikrovlnnou obousměrnou komunikaci mezi osádkami mobilních medicínských stanic v indiánské rezervaci s odborníky v nemocnicích. Rozvoj ve Spojených státech amerických byl velmi rychlý. V roce

1972 existovalo v rámci vládních aktivit sedm telemedicínských projektů v rámci pečovatelských služeb, distanční medicínské péče a vzdělávání i vědeckého výzkumu. V roce 1975 bylo takových projektů již patnáct.

Pomoc obětem katastrof

Nebyli to jen Američané. V roce 1971 vznikly první telemedicínské pokusy v Japonsku zaměřené na elektronický přenos obrazu a EKG přes analogové telefonní linky a o rok později i na přenos rtg. V roce 1977 kanadská univerzita v Newfoundlandu participovala na vesmírném programu, kdy byl satelit Hermes využíván pro distanční vzdělávání a lékařskou péči. Australská vláda zahájila v roce 1984 pilotní projekt satelitní komunikační sítě Q-network, která slouží k poskytování distanční lékařské péče pro 5 odlehlých měst na severu Austrálie. V roce 1985 vznikly první projekty zaměřené na distanční domácí telemedicínskou péči v japonském Hyogu s přenosem přes kabelovou televizi.

K využití v mezinárodní pomoci došlo v roce 1989. Po masivním zemětřesení v Arménii vznik-

la americko-sovětská pracovní skupina využívající konzultační síť mezi Jerevanem a čtyřmi lékařskými centry v USA. Tento kosmický telemost byl později aplikován i na ruskou Ufu po jedné z nejtragičtějších železničních katastrof, způsobené explozí unikajícího plynu. Konference byla zaměřena na přenos obrazové dokumentace a následnou konzultační pomoc popáleným pacientům poskytovali američtí vojenští lékaři.

Kromě vládních a mezinárodních projektů vznikaly i telemedicínské počiny soukromých firem. Mezi první komerčně využitý systémy používající klasické telefonní linky patřil telefonem ovládaný defibrilátor, který v roce 1985 vyvinula společnost MedPhone v USA. Součástí byly i syntetizované hlasové provozní pokyny pro možnost laické obsluhy. Na trh se dostal v roce 1989 a o rok později firma odprezentovala i mobilní verzi přístroje.

CO PŘINÁŠÍ SOUČASNOST?

Internet posunul telemedicínu vpřed a umožnil rozšíření spektra telemedicínských aplikací. Běžnými se staly přenosy zdravotnických i správních dat, zvyšuje se úložná a zpracovatelská kapacita. Také se však miniaturizují komponenty a je možná vysoká úroveň zabezpečení. Vyhodnocením návštěvnosti serverů v USA za rok 1999 se ukázalo, že k nejnavštěvovanějším patří portály zaměřené na zdravotnickou problematiku. Nárůst počtu přístupů na zdravotnické stránky byl překvapující, stejně jako věkové statistiky, které ukázaly, že obdobné weby navštěvuje i starší generace.

V roce 2005 WHO oficiálně uznala eHealth jako způsob dosažení efektivního a bezpečného používání informačních a telekomunikačních technologií ve zdravotnictví a příbuzných oborech. Členské státy byly vyzvány k vypracování dlouhodobých strategických plánů pro rozvoj a zavádění eHealth do služeb a infrastruktury v rámci národního zdravotnictví. Vedoucí postavení v oblasti telemedicíny si udržují Spojené státy americké a Evropa se je snaží dohánět.



Satelit Hermes. | Foto: Canadian Space Agency

Wobenzym®

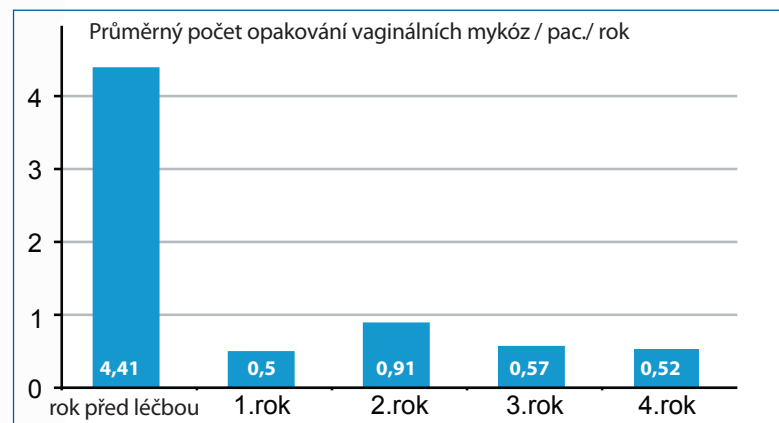
dlouhodobá pomoc proti opakovaným
vaginálním mykózám

V první fázi projektu byl sledován v 7 ambulantních centrech (2005–2007) počet recidiv vaginální mykózy (VM) u 62 žen, kterým byl ke standardní antimykotické léčbě přidán Wobenzym (2x8 drg. denně po dobu 10 týdnů).

Průměrný počet recidiv VVK:

V prvním roce po zahájení desetitýdenní léčby Wobenzymem poklesl průměrný počet opakování ze 4,4 v roce před léčbou na 0,5 mykózy na 1 pacientku za rok po léčbě. Jedná se o pokles o 88%. Ke zlepšení došlo u všech sledovaných žen. Téměř dvě třetiny z nich neměly mykózu v roce po léčbě ani jednou.

Ve druhé fázi projektu (2012) bylo zjišťováno, zda tento příznivý efekt léčby Wobenzymem přetrvál i v následujících třech letech. Bylo zjištěno, že počet opakování vaginálních mykóz u žen v tomto období zůstal v porovnání s rokem před podpůrnou léčbou Wobenzymem nadále velmi nízký (0,91; 0,57; 0,52 proti 4,4 před léčbou) i přes to, že řada sledovaných žen v tomto období otěhotněla (těhotenství výrazně podporuje vznik mykóz).



Závěr:

10 týdnů trvající podávání léku Wobenzymu ženám s recidivující vulvovaginální kandidózou statisticky významně snížilo počet opakování tohoto onemocnění nejen po dobu jednoho roku od začátku užívání, ale i v následujících 3 letech, kdy již Wobenzym neužívaly.

Unzeitig V et al. Systémová enzymoterapie v léčbě recidivující vulvovaginální kandidózy.

Čes. Gynek., 2013, 78, č. 2, s. 187-194

www.wobenzym.cz

Zkrácená informace o přípravku:

S: pancreatinum 300 Protease Ph. Eur.-j., trypsinum 360 F.I.P.-j., chymotrypsinum 300 F.I.P.-j., bromelaina 225 F.I.P.-j., papainum 90 F.I.P.-j., amylasum 50 F.I.P.-j., lipasum 34 F.I.P.-j., rutosidum trihydricum 50 mg. Celková proteolytická aktivita: 570 F.I.P.-j., celková amylolytická aktivita: 4030 F.I.P.-j., celková lipolytická aktivita: 4525 F.I.P.-j. v 1 enterosolventní tabletě. IS: Jiná léčiva pro poruchy muskuloskeletálního systému, enzymy. I: Jako alternativa k dosud užívaným postupům – poúrazové otoky, lymfédém, fibrocystická mastopatie. Jako podpůrná léčba – některé pooperační stavy v chirurgii, záněty povrchových žil, potrombotický syndrom dolních končetin, revmatoidní artritida, revmatismus měkkých tkání, artróza (pokročilá stádia), mnohočetná mozkomíšní skleróza, chronické a recidivující záněty (v oblasti ORL, horních i dolních cest dýchacích, močového a ohravního ústrojí, trávicí trubice, kůže aj.), jako podpůrná léčba při podávání antibiotik. KI: Přecitlivělost na složky přípravku, situace spojené se zvýšeným sklonem ke krvácení nebo se zvýšenou fibrinolýzou. Před operacemi vzít v úvahu fibrinolytický účinek přípravku, podávání v těhotenství zvážit. NÚ: Ojedinele změny konzistence, barvy a zápachu stolice, alergické reakce. Při užívání vyšších jednotlivých dávek se mohou objevit pocity plnosti, nadýmání, výjimečně nevolnost. D: Léčba se zahajuje dávkou 3x5 až 3x10 tbl. denně. S ústupem chorobných projevů se dávkování postupně snižuje až na udržovací dávku 3x3 tbl. denně. Při infekčních zánětech nenahrazuje léčbu antibiotiky, ale zvyšuje jejich účinek. Volně prodejný lék. Bez úhrady VZP. Datum poslední revize SPC: 16. 12. 2009. Úplné informace o léku jsou k dispozici v Souhrnu údajů o přípravku a na adrese: MUCOS Pharma CZ, s. r. o., Uhřetíněveská 448, 252 43 Průhonice, tel.: +420 267 750 003, fax: +420 267 751 148, e-mail: mucos@mucos.cz



www.mucos.cz

Rekviem za Nečasovu vládu

Motto: Národy nikdy netuší, jak jsou bohaté na lotry. Je zapotřebí převratů, aby je objevily. Pak žasnou, co vstává z prachu.

(Victor Hugo)

Telenovela, již jsme měli vzácnou příležitost sledovat, je skutečné *opus magnum*. Kus má všechno, co má mít správný kasaštyk: lásku i nenávisť, tajné služby, manželský trojúhelník, padlého premiéra, politickou krizi, velké peníze, skutečné mafiány i šejdiče druhé kategorie, slabého muže a silnou ženu, jeho *femme fatale*, která velí všem včetně elitní generality. Pracuje neúnavně. Nemá chvilku volna. Dře jako kůň. V kanceláři i jinde. Rozhodování v zemi probíhá zcela jinými kanály, než předpokládá formální demokratické uspořádání. To si ce není novinka, ale v této dramatické zkratce ji pochopí opravdu každý.

Pod dekle od kanálu

Jsou okamžiky, kdy je komentátor tak těhotný sarkasmem, že doslova cítí tlak na bránci. O ranním zvracení nemluvě. Krátce po zeměměřeni na pražském magistrátu a povodňovém intermezzu vybuchla mnohem větší bomba. Kam čert nemůže, nastrčí bábu. Nebo méně zemitě a k dámě zdvořileji, *cherchez la femme*. Proč tak najednou? Podle Marxe jde o přechod kvantity v kvalitu. Necky přetekly, říkála méně učeně moje babička. Ve velkém stohu stačí i malá sirka. Mohlo to být cokoliv. Všechny paranoidní úvahy, jimiž mě v první chvíli zklamali někteří renomovaní komentátoři, plynou z nepochopení teorie chaosu, která nejlépe popisuje historické procesy.

A těch absurdních žvástů na začátku, kdy byli ještě všichni zmatení jako lesní včely. Zarazilo mě, že mnozí politici neznají postup trestního řízení. Tak teď se seznámí důkladně. Pořád vyzývají policii, aby to či ono ihned vysvětlila či okamžitě informovala. Nevěděli, že by to bylo protiprávní. Orgány musejí postupovat jako u každého jiného pachatele. Nejprve mu sdělit obvinění. Ani pak si nepouštět pusu na špacír o důkazech, které se budou měšice zpracovávat a o jejichž použití rozhodne státní zástupce. A předloží je nejprve soudu, nebude je už aportovat politikům. Je to stejné, ať jde o pána, či kmána. Poslanec, vysoká státní úřednice, vysmátý kmoťr nebo sociálně deklasovaný živel. Je úplně jedno, že vyšetřovaný pochá-

zí z vysoké politiky, jež se ostatně začasté ukazuje být politikou velmi nízkou. Nemáme dva druhy trestního řízení – jedno pro honoraci a jiné pro ty, co kradou víka od kanálů. A propos kanály: Ty lepší charaktery od nich jen kradou dekly, ti horší se v nich denně rochní a ještě se tím chlubit v televizi.

Let po balistické křivce

Politika zakřivuje prostor silněji než ta největší černá díra. Je to drtivé prostředí i pro velmi silné osobnosti. Ale i ty, obklopeny skutečnými i imaginárními nepřáteli a úhlavními spojenci, pod břemenem odpovědnosti a přemíry úkolů daleko za hranicemi možností lidské psychiky, bytostně potřebují někoho, komu by mohly bez výhrad věřit a kdo by za ně současně konal špinavou práci. Ale fuj, nazvěme to elegantněji – třeba plnil delikátní a neformální úkoly.

Dějiny jsou proto plně vládci nejprve osvěcných, posléze však propadajících progresivní paranoi, kteří se neobešli bez svého Dalíka, Šloufa, Nagyové či hříšné *mylady* de Winter. Na jménech nezáleží. Nakonec opustili všechny normální způsoby komunikace i sebereflexe a zůstali osamělí, ovládaní svými důvěrníky až do bědného marasmu. Tuto balistickou křivku, již mnozí prodělali, by bylo možno vyjádřit sekvencí slov: inspirace – konspirace – perspirace – expirace – zástava respirace. A mnohdy to byli právě tito nejlížejší fámulové, kteří ukončili jejich trápení. V císařském Římě a Byzanci byl nejoblíbenější jed a udušení polštářem.

Jaký pohled skýtá česká politická krajina poté, co se zvířeny prach usadil? Je to jako nedělní výlet po zříceninách. Panoráma tvoří Pecka, Trosky a Žebrák. Letošní rok nás zřejmě nenechá vydechnout. Co přijde příště? Kobylky? Svrab? Neštovice? Volby? Leč při vší skepsi se zdá, že od slavného Rathova držkopádu jsme na správné cestě, byť mocně zablácené. To on zarazil do země první kolík vytyčující trasu ke spáse. A pochod to bude dlouhý. Toto není konec, ale možný začátek.



MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

Vždyť jsme dvě desetiletí křivili, na co jsme sáhli, vhodně při tom využívající svou předchozí pokřivenost jiné etiologie. Rath, to byl jen prolog k Héraklovu dílu. Myslím jeho úkol číslo pět. Konečně David Rath sám, se skromností sobě

vlastní, jasnozřivě pravil, že je jenom taková malá čudla. A pro jednu nelhal.

Potvrzuje se podezření, že mezi politiky a pseudopodnikatele je na byzantský způsob ještě vmezeřena vrstva arogantních slouhů a prostředníků, kteří mohou snadno malignizovat a vytvořit si svůj vlastní pašalík. Všelijací ti dveřníci, komorníci, palácovní eunuši a souložnice. Není zkrátka nad bezpečný sex. Ve Strakovce i v parlamentu. Politická prostitute vyžaduje mimořádnou opatrnost a jednoduchá mechanika kondomu zde nepomáhá. Jedině si ho snad navléci na hlavu.

Utilitarismus dláždící cestu do pekel

Naše politická elita se vydělala a rezonuje jedním užaslým hlasem: Dohadování o posty přece nemůže být trestný čin korupce! To je prý bizarní právní konstrukce, která by zlikvidovala politiku v Česku. Výrok tudíž zapsán do zlatého fondu tuzemského politického myšlení. Nebo lépe do jeho chorobopisu. Je to úplně normální, připojují se další. Tak se to standardně dělá. Tím zjijeme, to dýcháme. Je to vlastně otevřeně přiznání, které se mi však nejvíce jako polehčující okolnost. Spíš drzost.

Asi nejobludnější výrok, svědčící pro pokročilou osifikaci mysli, zazněl z vejmínku na Hanspaulce: Politika se musí odebrat pánům v kuklách a vrátit politikům. Ano, tak se to donedávna dělalo. S tím je konec. Šmytec. Šlus. Politika je politika, ale její metody podléhají právu. A právě tyto způsoby, nikoli politiku samu, řeší státní zástupci. A po nich soudy. Nelze přijmout křik potrefených hus o tom, že účel světi prostředky. Čirý utilitarismus nikdy nikoho nedovedl k ničemu dobrému. Takto bychom mohli posouvat latku dál a dál. Třeba rozhodujícího poslance, který by nechtěl hlaso-

vat pro vládu, by bylo pragmatické ubít dlažební kostkou hned ve Sněmovní ulici, dřív než vlezle dovnitř. Mohla by se z toho stát nová norma, bez níž by politiku přeci nešlo vůbec, ale vůbec dělat. Tu ale přichází zákon a rovněž zvedá prst: Ne, ne, přátelé, takto nelze.

Komu zvoní hrana

Co nás tedy čeká? Citlivě ohmatávat, kde je hranice mezi standardním politickým vyjednáváním, ohavným, ale ještě nekriminálním politickým *Kuhandlem* a explicitním hardcorovou pornografií, tedy korupcí. A co jsou trafiky pro vysloužilé, to je taky jiný žánr. Pokud to budeme míchat a užívat chybné analogie, nikdy se nedobereme podstaty věci.

O co se nejspíš strhne interpretační právní bitva? Trestní zákoník (jsou to paragrafy 331 až 334) hovoří o *souvislosti s obstaráním věci v obecném zájmu* (to jistě hlasování o zákonech je), dále o tom, *kdo bude svým vlivem nebo prostřednictvím jiného působit na výkon pravomocí úřední osoby* (což tzv. rebelové v době svého rozhodování o složení mandátu stále ještě byli) a hlavně o tom, co je to úplatek. Tím se rozumí *neoprávněná výhoda spočívající v přímém majetkovém obohacení nebo jiném zvýhodnění, které se dostává nebo má dostat uplácené osobě nebo jejím souhlasem jiné osobě, a na kterou není nárok*. Tady bude jádro sporu: Co znamenají výrazy *neoprávněná výhoda* a *nárok*. Ti lidé teoreticky mohli být způsobilí zastupovat stát v orgánech státních a polostátních společeností. Když mohli roky zastupovat občany v parlamentu... Asi by se muselo doložit, že byli zvýhodněni na úkor jiných, lepších kandidátů. O žádných jsem jako spolunaměstítel předmětných firem neslyšel. Vy ano? Ach, ta transparentnost...

Je to celé na hraně, o jejíž lokalizaci si odnese z očekávaných judikátů užitečná poučení. Pokud uvidíme dohadování o rozložení politických sil a zastupování mocensko-názorových proudů a *potom* dojde na personálie, půjde patrně o výkon politiky. Tam, kde však bude zdánlivě politický akt *předem podmíněn* konkrétním *osobním* plněním za konkrétní *osobní* protislužbu, už možná půjde o zločin. A ono plnění může mít i sofistikovanější podobu, než byla přímočará, ne-li primi-

tivní krabice od vína s neodpovídajícím obsahem. Takže jednodušší korupčníci budou bručet dřívě, ti chytřejší později. To je celý rozdíl. A taky se může stát, že ne každému to dokážou, neboť toto má být právní stát. Dotyčný se znemožní jenom morálně a politicky. To mi jakožto voliči úplně stačí. Demokracie se v podstatě zakládá na znalosti *who is who*.

Derniéra premiéra

Já vím, mnozí by se chtěli vrátit do let minulých, kdy orgány byly poslušné, politici nedotknutelní, a tak pouze mediální hyeny narušovaly klid na práci. Jen jde o to jakou práci a či. Ani poloreformnímu premiéru Nečasovi se to nelíbilo a opakovaně sklouzával do recidivy. Viz jeho výrok o tom, že policejní plukovníci a podplukovníci nebudou rozhodovat o vládě. V tom se hrubě mýlil. Nyní tento rytíř smutné postavy státní ve své vlastní derniéře. Může ho zachránit jedině: Pokud pochopným způsobem nabízel posty na půdě sněmovny. V této peleši lotrovské, jak nedávno potvrdil odvolací soud v kauze jiného politického génia, je v souladu s právem jakékoli svinstvo. Nicméně rozdělování odměn z kořisti přestane být tak blazeované samozřejmé. V raném středověku na tomhle principu stály celé říše ve vši své krátkodechosti. Tehdy to byl skutečný *raison d'état*. Snad jsme o něco dále. Doufám.

Historický paradox spočívá v tom, že mlýny semlely toho, kdo jim dovolil, byť velmi váhavě, aby se roztočily, čímž jsme definitivně nastoupili cestu k civilizaci. Ale politika a dějiny jsou převít. Neznají vděk. Ostatně Petr Nečas stál jednou nohou v 90. letech jako věrný Klausův pobočník, z druhé strany vnímal úplně jinou atmosféru nové doby a jejich imperativů. Takový vývojový skok se v jiných zemích odehrával během řady generací. Tady to byla jedna a tatáž politická skvadra, která stála na počátku a musela se mentálně adaptovat, sežvýkat si to v jedné hlavě. Právě proto je ODS tak lidsky vyhořelá. Odtud ta obrovská vnitřní nekonistence, ty kroky vpřed a současně vzad. Naději střídá frustrace z relapsu a tak už celé roky. Žádný div, dojdou-li voličům zbytky trpělivosti. Pozor na pětiprocentní hranici.

NEJSEM SI JIST



Historický paradox spočívá v tom, že mlýny semlely toho, kdo jim dovolil, být velmi váhavé, aby se roztočily, čímž jsme definitivně nastoupili cestu k civilizaci. Ale politika a dějiny jsou převit. Nyní tento rytíř smutné postavy statuje ve své vlastní derniěře. | Foto: Jan Rasch/Euro

Na cestě z banánové republiky

Nebyli bychom to my, kdybychom si v zahledění na vlastní pupek s poněkud hérostratovským uspokojením nemysleli, že na nás kouká celý svět a jakou že to máme zase ostudu. Ono staré Benešovo *co tomu řekne cizina*. Buďme k sobě upřímní. Jsme tak nevýznamní, že by se tu musely stát mnohem větší věci, aby nás dostaly na titulní strany. Zmínky byly okrajové a spíše úsměvné. Nejvíce cito-

vaný *Berliner Zeitung* píše komentář o *Tschechien als Bananenrepublik*. Našel jsem ho a přečetl celý. Je poměrně hloupý. Pojem *banánová republika* má úplně jiný význam. Krom toho jsme právě tímto skandálem vykročili přesně opačným směrem, pryč od toho, co chtěl autor tím výrazem vyjádřit. Navíc dost nesouvisle píše, že Česko potřebuje urychleně předčasné volby, aby o kus dál argumentoval, že mu nemohou nijak pomoci. Nejspíš výsledek ranní kocoviny.

Nagygate je krajně pozitivní a očistná událost. Může znamenat *reset* naší nedokonale demokratické i právního státu, respektive jejich kultivaci na vyšší než barbarskou úroveň, jaká se s námi táhne z 90. let, korunovaných paktem Klaus-Zeman. Nyní byla nastavena nová měřítko, definovány nové hodnoty, ustaveny precedenty a vyřčena jasná varování. Moje důvěra v instituce a systém se badatelně zvýšila. A svět? Trapnost našich aktérů, kteří se zmítali v křeči pouhých několik dnů, se nedá ani vzdáleně srovnávat třeba s ukoptěnou nekonečností aféry Billa Clintona. Určitě tu neseškrabáváme zaschlé semeno ze šatů jakési oběžné stážítky a nepřekládáme ho parlamentu. Zlaté Česko, klidné a uměřené, budiž pochváleno.

Což nic nemění na tom, že Petr Nečas prohospodařil obrovský kapitál. Věcně vládl doma relativně dobře, v zahraničí a v médiích se však znemožňoval, kde mohl. Rozporuplná postava. Snažil se vystupovat jako silný muž, ale nebyl jím. Šlo viditelně o nepřírozenou pózu, do níž se nutil. Technokrata semlely síly, pro něž ze svého ustrojení nemohl mít smysl a zřejmě je vůbec neviděl. Tolik nekrolog.

Jako prase drbání

Zdá se, že policejní zátah nevynechá ani zdravotnictví. A to je nadmíru výborná zpráva. Objevují se totiž indicie, že pražští supi Llana Estacada vnikli jako tasemnice i do útrob VZP. Zadními dvířky. Slušně řečeno. Je to místo, o němž se hovoří s despektem, ale na druhé straně je tam teploučko a tma. To jsme také tušili včetně již dosti vykřičených jmen, ale nyní je šance to prokázat. Protože okrádat nemocné, to je zločin obzvláště odporný. My tu šetříme, kroutíme se v agónii, bolestivě narážíme na etické hranice

poskytování a to všechno proto, že si třeba někdo usmyslí koupit si z našich daní nový Porsche Cayenne. Přece nebude jako socka jezdit obyčejným bavorákem, že? O jachtě na Jadranu nemluvě. Nebo se snad má jako ostatní plebs plácát na nafukovací matrače? No řekněte!

VZP zjevně potřebuje ještě mnohem důkladnější kontrolu, než jaká proběhla kvůli IZIP. Jako prase drbání. Určitě dříve, než nemocnice začnou ze svých deficitů vracet onu deklarovanou miliardu údajných přeplatků. Zdravotnická zařízení prý mají hledat rezervy v hospodaření. Možná. Ale teď bych se chvíli pro změnu porozhlédl v pojišťovnách. Ono nepůjde jen o VZP. Tak třeba VoZP chce podat trestní oznámení na MZ za to, že na ni po kontrole podalo trestní oznámení. Kruh se uzavírá. Pes jitrničku sežral. Žalují, že žaluješ. No, to je vskutku silná káva a i na zdejší poměry obudná míra arogance. Tak, přátelé, příště na silnici žádná osoba blízka a jiné trapné vytáčky. Podejte na policajta jednoduše trestní oznámení, protože zjištěním vašeho přestupku poškozujete vaše dobré jméno. Schválně co to udělá.

Mimochodem, zkusme si vzpomenout, kteří poslanci nejvíc ječeli, vypjati v hysterickém oblouku, když loni v září ministr Heger podal trestní oznámení kvůli IZIP, kde tiše zmizelo skoro půl miliardy. Nemohl to neudělat. Plnil jen svou zákonnou povinnost. A od kohopak zněla nejsilnější slova ve smyslu, co si to vůbec dovoluje? Ale to všechno je nepochybně pouhá špička ledovce. Demoverze.

Početní úloha pro chytré hlavičky

Na tomto pozadí jsme nuceni promýšlet slovní úlohy z početnice pro osmou obecnou: Stát si z prostředků na zdravotní péči vezme

letos navíc 6 mld. na DPH. Za to snad možná jednorázově odkoupí dluhy VZP ve výši 5 mld. namísto trvalého zvýšení platby za státní pojištění. To nikdy. *No pasarán!* Nemocnice prý budou muset jenom VZP vracet 1 mld., kterou nemají. Deficit středočeských nemocnic obnáší 200 milionů. Krajů máme celkem 14. Koncem roku vznikne v systému zdravotního pojištění schodek nejméně 8 mld. Míra rozkrádání zdravotnických financí byla odhadnuta na 20 % ročně. Úkol: Vypočítejte, žáci darebáci, o kolik by musela pronásledovaná minorita normálně výdělečně činných občanů zaplatit měsíčně více na odvodech, aby se udržela alespoň stávající kvalita i dostupnost zdravotní péče. Rozšířené zadání pro maturanty: S pomocí derivačního počtu vytvořte model s odhadem bodu, v němž se zdánlivě lineární průběh funkce poskytování zdravotní péče náhle zlomí. Doplňkový úkol: Vyložte teoretické základy chování složitých systémů a napište úvahu na téma reverzibility aneb ne vše je jednoduše vyndavací a zastamdací. Doporučená literatura: Ilja Prigogine: „Řád v chaosu“. Jo, a pokud se nahýbáte přes zábradlí, nikdy nezkoušejte za každou cenu ověřovat, kde přesně leží onen kritický úhel, za nímž náhle není návratu. Je to holý nerozum. Tak uvidíme, co s tím případně udělá paní Němcová. Bude-li jí ovšem panovník nakloněn. Tím jistě nemyslím jeho fyzický náklon, ale stav mysli. Je to slušná dáma. A poslušná. Podobně jako kdysi Nečas. Sloužili a nemektali. Je to dost robustní kvalifikace ke kormidlu v bouři? Nejsem si jist. Na druhé straně je zřejmé, že ODS neměla při výběru kandidáta o čem diskutovat. Ta věc byla ložená. Nikoho jiného už totiž nemají. Paní Němcová je ta, která zbyla. Poslední sfoukné svíčku.

Inzerce A131009721

**MEDICAL
SERVICES**

Napsali jste knihu?
My vám ji vydáme!

Kontaktujte nás e-mailem: knihyms@mf.cz



MLADÁ FRONTA

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR



Péče o zanedbávané a ohrožené děti je nenahraditelná

Text a foto: Běla Nedorostová

„Zařízení, která pečují o děti bez rodiny, by neměla mít obavy, že nenajdou uplatnění v systému péče o ohrožené děti,“ říká ředitelka Kojeneckého ústavu s dětským domovem v Plzni MUDr. Jana Tytlová.

Co vás přivedlo k práci v kojeneckém ústavu?

Do ústavu jsem nastoupila na praxi krátce po promoci na Lékařské fakultě UK v Plzni v roce 1982. Zájem o pediatrii a práci s dětmi mne přivedl i k novorozencům. V kojeneckém ústavu tehdy fungovala stanice pro nedonošené novorozence s lehkou patologií. Zařízení sloužilo také jako výukové pracoviště pro praktické dětské lékaře, kteří po atestaci odcházeli na obvody. Tímto směrem jsem se původně chtěla vydat i já. Asi po tříměsíční praxi jsem ale nastoupila na mateřskou dovolenou a 5 let se věnovala svým dvěma dcerám. Do kojeneckého ústavu jsem se pak

vrátila jako pediatr v roce 1987. Už zde tedy působím 25 let, na vedoucích pozicích pak 12 let.

O jaké děti zde pečujete?

O děti od novorozeneckého věku do 3 let. Odborná péče, kterou jim zajišťujeme, mnohdy nahrazuje péči lékařskou. Pečujeme jak o děti zanedbávané, ze sociálně slabých rodin, tak i o ty, které vyžadují specifickou péči. Tedy nejen o děti, jejichž vývoj a zdravotní stav je ohrožen vlivem prostředí, ve kterém vyrůstaly, ale také o malé pacienty se závažnými zdravotními postiženími vyžadující zvláštní péči, kterou rodina není schopna dítěti poskytnout. Myslím si, že

zařízení tohoto typu by neměla mít obavy z budoucnosti, tedy že by nenašla uplatnění v systému péče o ohrožené děti. Služby, které tyto instituce poskytují po celé republice, jsou zcela výlučné a v dané situaci *de facto* nenahraditelné.

V poslední době je velmi aktuální diskuse ohledně možného rušení kojeneckých ústavů a preference umístování dětí do pěstounských rodin. Jaký je váš názor na danou situaci?

Myslím si, že by nebylo správné, aby jakákoli právní úprava tato zařízení rušila. To by byl jednoznačně krok zpět. Zlepšují se sice podmínky v oblasti pěstounské

péče, která touto novelou dostává zelenou, ale výrazně se preferuje krátkodobá pěstounská péče na přechodnou dobu oproti klasické pěstounské péči. To je podle mě poměrně nespravedlivé vůči stávajícím pěstounům, kteří dítě vychovali. S řadou z nich jsme v kontaktu a jejich činnosti si nesmírně vážíme. Tito lidé postavili děti na nohy, připravili je do života a vytvářejí jim dobré rodinné zázemí. Právě oni by si zasloužili především ocenění a co největší podporu státu, nejen finanční.

V novele se už nyní objevuje – a bude i nadále – snaha nabízet pěstounům různé typy služeb. To je sice správné, ale myslím, že by

bylo nutné tato pravidla upravit. Měli jsme sice možnost se k novele zákona o sociálně-právní ochraně dětí vyjádřit, ale další věcí je, zda naše připomínky budou či nebudou přijaty. A zatím velmi často nebyly.

Co byste změnila či ponechala v systému péče o děti v těchto zařízeních?

Osobně si myslím, že naše zařízení i všechny další instituce tohoto typu, které disponují odborným personálem, mají velké zkušenosti jak v oblasti náhradní rodinné péče, tak co se týče podpory ohrožených rodin. Není tedy problém, abychom se i my snažili hledat cesty a rozšiřovat

PŘEDSTAVUJEME

podporu rodin v poradenské péči. Samozřejmě i my tudy chceme jednoznačně směřovat. Naši odborníci – lékaři, psychologové a dětské sestry – mají mnohaleté zkušenosti, tak proč je nevyužít, abychom služby ohroženým rodinám nabízeli. Myslím, že tudy budeme určitě směřovat.

Co dalšího by mohly přinést legislativní úpravy. Jednalo se také o případném rušení kojeneckých ústavů, nebo jen o změnách ve stávajícím systému a názvu?

V novém zákoně o zdravotních službách jsou naše zařízení již od dubna minulého roku uváděna pod názvem dětské domovy 0 až 3. Název kojenecký ústav už v novém zákoně není. I my jsme tedy požádali zřizovatele o změnu názvu na dětské centrum. Jsme rádi, že naše zařízení již nese tento název, protože právě dětské centrum se od kojeneckého ústavu a dětského domova liší širokou nabídkou poradenské péče a otevřeností k veřejnosti.

Samozřejmě už dlouho poskytujeme poměrně širokou poradenskou činnost ve všech zařízeních po celé České republice. Podílíme se nejen na přípravě žadatelů o osvojení, ale doprovázíme náhradní rodiny i v průběhu péče o osvojené děti, poskytujeme poradenskou činnost rodinám, jež se ocitnou v ohrožení, ať už se to týká problematiky sociální nebo týraných, zanedbávaných či zneužívaných dětí. Název dětské centrum lépe vystihuje naši činnost, a už jej proto nese více než 13 zařízení v České republice.

Existují podobné instituce i v jiných evropských státech, odkud se lze inspirovat?

V nejbližších evropských státech, jako je například Německo nebo Rakousko, existují právě dětská centra. Jsou rovněž zdravotnickým zařízením a prakticky poskytují velmi podobnou péči jako my. To znamená, že pomáhají nejen dětem, ale potažmo celé rodině, která se ocitne ve zdravotní či sociální tísní. Tato zařízení jsou otevřena veřejnosti a nabízejí širší poradenskou péči celým rodinám, ale i služby pobytové, pokud je třeba. Stejně bychom v budoucnu chtěli nadále pracovat i my.

Vrátme se ještě k vašim úplným začátkům v kojeneckém ústavu. Jak na ně vzpomínáte?

Když jsem v roce 1982 začínala v ústavu pracovat, mělo zařízení vyčleněných 20 lůžek pro nedonošené děti s takzvanou lehkou

patologií. Přijímali jsme nedonošené děti z celého regionu a poskytovali akutní péči. Součástí zařízení byla i sběrna mateřského mléka. Maminky nedonošených dětí byly přijímány na zapracování před propuštěním dítěte do domácí péče. Od roku 1993 převzalo péči o tyto děti neonatologické oddělení Fakultní nemocnice Plzeň.

Kapacita zařízení byla následně využita pro děti ve zdravotně-sociální tísní, rozšířena byla i věková hranice (do 3 let věku) a poradenská péče. Činnost zahájil také náš dětský domov v Partyzánské ulici na Doubravce. Právě zde jsem se po atestaci starala o děti ve věku od 1 do 3 let. Získala jsem zkušenost, že lékař pracující v tomto typu zařízení musí sledovat nejen zdravotní stav a vývoj dítěte, ale také úzce spolupracovat s psychologem a zvládnout i sociální problematiku. Důležité je rovněž umění komunikovat s rodiči, což mnohdy vůbec není jednoduché.

Lékař, psycholog, sestřičky-tety, ti všichni tvoří tým, který musí pracovat v souladu, aby byl schopen individuálně uspokojit potřeby dítěte. Mnohdy je dětská dušička z původního prostředí zraněná, a je tedy nutné dítěti pomoci znovu získat důvěru k nám dospělákům.

Jak nyní vidíte tuto práci z pozice ředitelky, tedy manažera?

Do funkce jsem byla jmenována po odchodu mé předchůdkyně MUDr. Jany Foryové do důchodu. Vážím si toho, co pro zařízení po dobu svého dlouholetého působení udělala. V začátcích jsem vycházela z zkušeností, které jsem načerpala právě pod jejím vedením. Dnes je situace jiná. Změnila se legislativa, potýkáme se s novými sociálněpatologickými jevy, které ovlivňují fungování rodiny, dochází k transformaci péče o ohrožené děti. Je nezbytné na tyto změny reagovat a přizpůsobit jim i činnost našich zařízení, rozšiřovat poradenskou péči a podporu rodinám.

Zajišťujete péči o opuštěné děti. O jaké skupiny indikací se jedná?

Přijímáme děti se zdravotní, sociální a zdravotně-sociální indikací. Každá z nich má určitou charakteristiku, která je přesně dána statistikou. Jednoznačně ale můžeme říci, že děti se zdravotní a zdravotně-sociální indikací převažují nad těmi, které k nám přicházejí z čistě sociálních důvodů. Zdravý novorozenec bez rizikové anamnézy se vysky-

tuje méně často než děti rizikové. To jsou děti maminek, které například během těhotenství zneužívaly návykové látky, pily alkohol, žily promiskuitním životem, s čímž jsou spojeny i pohlavně přenosné choroby typu syfilis nebo žloutenky. Maminka s drogovou závislostí mívá velmi často infekční žloutenku typu B nebo C. A to jsou rizika, která samozřejmě ohrožují život dítěte do budoucna.

Kdo by převzal péči o těžce nemocné kojence v případě, že by hrozilo zrušení kojeneckých ústavů, a jaké je procento těchto dětí?

Děti s nejtěžším typem postižení bývá zpravidla kolem 15 procent, záleží na charakteru daného zařízení, které o ně pečuje. Pokud by tato zařízení byla zrušena, nedovedu si představit, kdo by péči o tyto pacienty zajišťoval. Oproti akutnímu lůžkovému zařízení, které zajišťuje specifickou péči přechodného charakteru, my poskytujeme komplexní péči následnou a dlouhodobou.

Jsme schopni edukovat rodinu v péči o takové dítě a starat se i o děti, které vyžadují azylovou

péči. To znamená v některých případech rovněž péči paliativní. Pečujeme mezi jinými o děti, které pro svůj závažný zdravotní stav, vrozenou vývojovou vadu nebo postižení mají velice špatnou prognózu pro déletrvající život. Tyto děti u nás mají zajištěnu nejen odbornou péči, staráme se také o to, aby byly zaopatřené i po dalších stránkách, netrpěly bolestí a podobně. Bohužel mají pro svůj závažný zdravotní stav dobu přežití limitovanou.

I u těchto dětí ale umožňujeme kontakt s biologickou rodinou. Rodiče jsou s danou situací seznámeni a jsou zpravidla vděční, že jsme schopni se o takto nemocné dítě postarat a v mnohých případech je doprovodit až do samého konce. To je pro tuto skupinu dětí myslím velice významné. Mnohé rodiny totiž péči o takto postižené dítě nezvládnou. Pacienti s těžkými vrozenými vývojovými vadami jsou ležící, neschopní přijímat potravu a mnohdy vyžadují sondování a specializovanou ošetrovatelskou péči. Vývojově zůstávají i v pozdějším věku často na úrovni novorozenců.

I když medicína udělala obrovský pokrok a spousta nemocí se dnes

diagnostikuje již během těhotenství, setkáváme se s případy, kdy diagnostika není možná. Některé vady se během těhotenství zkrátka odhalit nepodaří. Při naší práci se také bohužel velmi často setkáváme s nezodpovědnými matkami, které během těhotenství žijí rizikově a současně nemají žádnou prenatální péči.

Jak vidíte současnou situaci, co se týče adopcí a pěstounské péče?

Především vnímám výrazný nedostatek pěstounů. V těchto případech je to úplně naopak než u adopce. Pro dítě, které není právně volné pro osvojení, kdy volíme formu pěstounské péče, mnohdy není snadné najít rodinu. Často hledáme pěstouny po celé republice.

Velmi důležitá je i příprava dětí k adopci a do pěstounské péče. Abychom mohli minimalizovat rizika, je nutné řádně připravit nejen dítě, ale i budoucí rodiče. Nedokážu si představit, jakým způsobem by se kvalitně připravovaly děti z hlediska lékařského a psychologického vyšetření, pokud by tento způsob přestal fungovat. To je velmi důležité.



Mnohdy je dětská dušička z původního prostředí zraněná, a je tedy nutné dítěti pomoci znovu získat důvěru k nám dospělákům.

MUDr. Jana Tytlová

* 19. června 1957 v Klatovech

Vystudovala Střední zdravotnickou školu a Lékařskou fakultu UK v Plzni, promovala v roce 1982, atestaci z pediatrie složila v roce 1989, specializaci v oboru dětského lékařství v roce 2006.

Po mateřské dovolené nastoupila v roce 1987 jako pediatr do Kojeňického ústavu s dětským domovem v Plzni, v roce 1991 se zde stala zástupkyní ředitele, na pozici ředitelky působí od roku 2001.

Je členkou předsednictva Společnosti sociální pediatrie ČLS JEP, aktivně pracuje v Unii dětských zdravotnických zařízení. Od roku 2006 je předsedkyní Komise pro sociálně-právní ochranu dětí Magistrátu města Plzně a předsedkyní poradního sboru pro náhradní rodinnou péči v Plzeňském kraji, dlouhodobě se podílí na přípravě žadatelů o náhradní rodinnou péči.

Pro kvalitně připravené a vyšetřené dítě pak můžeme vybrat co nejvhodnější rodinu z registru prověřených žadatelů. Jen v takovém případě má náhradní péče šanci na úspěch. Při takzvaném párování zohledňujeme potřeby dítěte, nároky i toleranci žadatelů. V současné době zatím nevíme, co přinesou nové podmínky vycházející z novely zákona o sociálně-právní ochraně. Stále je však pěstounských rodin méně, než bychom potřebovali.

Jakým procesem procházejí potenciální budoucí rodiče?

Žadatelé o náhradní rodinnou péči procházejí takzvaným prověřováním a přípravou. Prověřování je otázkou zjišťování jejich situace, a to nejen životní, neméně důležité je vyšetření psychologické. Je nutné znát osobnostní profil žadatelů – jací jsou to lidé a jaké mají předpoklady být dobrými rodiči.

Nejprve procházejí hrubým sítím, aby se do skupiny budoucích žadatelů nedostali lidé nevhodní. Teprve pak následuje zákonem daná příprava. Ta spočívá v seznámení se s problematikou náhradní rodinné péče formou odborných přednášek a diskusí, a to nejen z hlediska péče o dítě, ale i právního a sociálního. Rodiče například procházejí takzvanými zážitkovými setkáními. K nim patří víkendový pobyt s odborníky, během něhož jsou konfrontováni se zkušenými náhradními rodiči či pěstouny. Tím se připravují na budoucí situace, se kterými se mohou setkat. Příprava na adopci a pěstounství je nesmírně důležitá a náročná.

V jaké rovině spolupracujete s dětskými domovy?

Co se týče dětských domovů školského typu od 3 let věku, spolupracujeme spíše v rovině administrativní. Setkáváme se s kolegy, připomínáme různé zákony týkající se naší problema-

tiky a účastníme se společných seminářů. V případě konkrétních dětí je spolupráce minimální. 90 procent našich dětí totiž odchází do rodin, zbývajících 10 procent přechází kvůli zdravotnímu stavu do domovů pro osoby se zdravotním postižením. Do dětského domova jde od nás skutečně velmi málo dětí, ročně dvě až tři. Všechny ostatní, pokud do jejich zdravotní stav a vývoj dovoluje, jsou umístěny do rodin.

Znamená to, že novou rodinu najde například i dítě postižené?

Každé dítě má právo vyrůstat v rodině. Pokud se nám tedy i pro postižené podaří najít vhodnou pěstounskou rodinu, je to pro nás obrovská radost a pro něj šance. Do rodin umísťujeme děti s různými typy postižení, od nelehčích až po střední. Máme v rodině například chlapečka na vozíku, jehož psychický vývoj byl uspokojivý. Hledání takovýchto rodin a příprava budoucích rodičů v případě postižených dětí je ale náročnější.

Jaké množství rodin jste schopni ročně uspokojit a jaké procento dětí tak získá novou rodinu?

V rámci Plzeňského kraje se zdravé děti dostávají do rodin snadno, zájem je dokonce vyšší, než můžeme uspokojit. Žadatelům o osvojení jsme zpravidla schopni vyhovět do dvou let. Naše děti odcházejí nejen do rodin náhradních, tedy osvojitelských a pěstounských, ale vrací se i do rodiny biologické včetně širší rodiny, například k babičce, dědečkově nebo i k dalším příbuzným. Že tyto děti odcházejí v tak velkém procentu do rodinného prostředí, je na naší práci to nejhezčí a je to současně jejím smyslem. Nejde jen o to přijmout dítě z ohroženého prostředí nebo dítě nechtěné, případně takové, o které se rodiče nemohou či nedokážou starat. Důležité je pro něj

v co nejkratší době něco udělat. Na jedné straně je tu dítě bez rodiny a na straně druhé rodina bez dítěte, která po něm touží. Když se podaří vše spárovat, vytvořit novou rodinu a vidět pak šťastné rodiče a šťastné dítě, je to věc, která člověka neskutečným způsobem dobíjí.

Navíc máme možnost se s těmito rodinami setkávat nejen na úplném začátku, kdy dítě do rodiny přichází, probíhá adaptace a náhradní rodiče se s dítětem seznamují. Setkáváme se s nimi i následně, když navštěvují naši poradnu. Jsme s nimi schopni probírat veškerou problematiku, ať už zdravotní, vývojovou, otázky kolem sdělení faktu osvojení nebo ve starším věku problematiku výchovnou a přechod dítěte do předškolního či školního zařízení. Náhradní rodiny doprovázíme po celé období raného dětství dítěte a s rodiči se setkáváme opakovaně. Naši poradnu projde ročně kolem 80 rodin, což není málo. A ročně se spolupodílíme na 40 až 50 případech vytváření nových rodin. Například v roce 2012 jsme umístili do náhradních rodin 46 dětí.

Je zákonem daná věková hranice náhradních rodičů?

Ne, neexistuje zákonem daná hranice. Vychází se z předpokladu, že věkový rozdíl mezi osvojitелеm a osvojeným dítětem by měl odpovídat věkovým rozdílům v běžných rodinách a aby rodiče byli schopni dítě vychovat a poskytnout mu, co potřebuje. Výjimkou dnes není věk žadatelek kolem 40 let. Také biologické mateřství se posunulo do vyšších věkových skupin. Největší procento žadatelů o osvojení je ve věku kolem 30, 35 a 40 let. Je to dáno i tím, že ženy nebo manželské páry se snaží vyčerpat všechny možnosti, jež dnes reprodukční medicína nabízí. A když to ani poté nevyjde, teprve pak podávají žádost o osvojení.

S přibývajícím věkem matky je ale trochu problém. Myslíme si, že pokud se ženě nedaří spontánně otěhotnět a nepomáhají ani další možnosti, měli by manželé už během té doby zvažovat náhradní rodičovství a podat si žádost. Mohou projít přípravou a prověřováním, a přitom se dál snažit o vlastního potomka. Proces zprostředkování náhradní rodinné péče se totiž může kdykoli zastavit. Jsou situace, kdy poradní sbor vytipuje rodinu jako vhodnou pro konkrétní dítě, a v době, kdy si ověřujeme aktuální informace, zjistíme, že rodina už svého vytoženého potomka čeká.

Proces tedy zastavíme. Je to vždy lepší verze, než když rodina čeká do poslední chvíle.

Když se pak objeví manželé po čtyřicítce a chtějí miminko, je to složitější. Musejí si totiž uvědomit, že pokud se v registru objeví rodina stejně kvalitní, ale mladší, budeme preferovat ji. Je velmi důležité si uvědomit, kolik bude dítěti, až půjde například do tanečních, v jakém věku budou rodiče, když se dítě rozhodne například déle studovat, a podobně.

Jaká je hranice nezájmu o dítě ze strany biologické rodiny, aby bylo právně volné?

V našem právním řádu byl ukotven takzvaný dvouměsíční a šestměsíční nezájem. Dvouměsíční nezájem se týkal dětí, o které od narození rodič neprojevoval žádný zájem. Klasický půlroční nezájem znamenal, že rodiče o dítě neprojevovali zájem a nevytvářeli si ani podmínky pro jeho přijetí do rodiny. Podle nové legislativy se lhůta nezájmu sjednotila na 3 měsíce. V každém případě ale orgán sociálně-právní ochrany a soud budou posuzovat situaci při osobním kontaktu s rodiči a zjišťovat, zda si rodina vytváří podmínky a má skutečně zájem o své dítě pečovat. Rozhodnutí je tedy na soudu, který zpravidla prioritně zvažuje návrat dítěte do původní rodiny.

Setkáváte se s případy, kdy už manželé mají v péči dítětko od vás a pak se jim narodí vlastní?

Ano, stává se to. To sladké tajemství, že k našemu drobečkovi přibude další, s tím se v našem zařízení setkáváme několikrát do roka. Měli jsme dokonce případ, kdy si náhradní rodiče od nás odvezli začátkem roku kojenečka a o Vánocích už měli tři děti, protože se jim narodila dvojčata. Byla to docela humorná situace. Během jednoho roku tak z jednoho partnerství vzešly tři děti.

Je všeobecně známé, že tyto případy existují. Určitě je to dáno tím, že žena se zklidní, emoční zátěž tady hraje velkou roli. Jsem příjemně a mile překvapena, že ve většině případů se rodina k osvojeným dětem chová stejně jako k vlastním. A dokonce jsme se setkali i s tím, že osvojené děti byly podle rodičů hodnější a výchovně přijatelnější než jejich vlastní, které bylo například hyperaktivní. To nás pak velice těší, když si rodiče uvědomí, že biologické a náhradní rodičovství jsou stejně hodnotná.

Jak funguje vaše spolupráce s neziskovými organizacemi?

Spolupracujeme s řadou z nich. Velmi radostná je spolupráce s občanským sdružením Šafrán. Děvčata ze Šafránu (já jim říkám „mazlíci tety“) pravidelně navštěvují naše zařízení a na podkladě bazální stimulace se individuálně věnují dětem. Pomáhají i při přechodu dítěte do nového prostředí. Dále spolupracujeme s K-centrem v rámci projektu pomoci matkám s drogovou závislostí. Dobře funguje i spolupráce s Fondem ohrožených dětí, s jejich azylovým domem Máta, s Diakoníí a Salesiánským střediskem. Setkáváme se s kolegy i v komisích, například v komisi pro sociálně-právní ochranu dětí, kterou zřizuje plzeňský magistrát. Máme mezi sebou velmi dobré vztahy a většinou i shodný názor na danou problematiku. Není mezi námi rivalita, naopak se vzájemně doplňujeme. V souvislosti s připravovanými legislativními změnami vznikly v poslední době také další organizace, které pracují na poli náhradní péče. Jedná se například o sdružení Latus, jehož cílem je vyhledávat pěstouny a vést propagační kampaň pěstounské péče v rámci regionu. Lidé, kteří v těchto sdruženích pracují, jsou mi blízcí. Často se totiž jedná o bývalé studentky, které byly v našem zařízení na



PŘEDSTAVUJEME

praxi nebo s námi v minulosti spolupracovali. Důležitá v této oblasti je také spolupráce s magistrátem města Plzně a jednotlivými sociálními odbory. V oblasti náhradní rodinné péče velmi dobře spolupracujeme s Krajským úřadem Plzeňského kraje, který prověřuje a registruje žadatele o osvojení a pěstouny. S kolegy ze sociálního odboru fungujeme na velmi dobré lidské i profesionální úrovni.

Co obnáší tato práce z hlediska administrativy?

Administrativy je poměrně dost. Kromě běžných povinností přibyla i administrativní zátěž v souvislosti s legislativními změnami. Toho času se podílíme společně s několika dalšími zařízeními na zpracování podkladů. Chceme zpětně zmapovat pětileté období od roku 2007. U každého přijatého dítěte je třeba zhodnotit důvody přijetí, rizika sociální, zdravotní, vývojová, dále poskytnutou péči a další osud dítěte. Je to velmi důležité z toho důvodu, že se nám ukáží rozmanité a mnohdy velmi složité příčiny, proč k nám děti byly přijaty a jak velký objem zdravotní péče poskytujeme.

Chceme poukázat na to, že dětská centra dělají práci, která je nenahraditelná, a že by s námi ministerstvo zdravotnictví mělo počítat i nadále. Také doufáme, že se připraví dlouho slibovaná legislativa k dětským centrům, která nám dosud chybí, abychom získali pevnější právní rámec a odpovídající postavení v systému péče o ohrožené děti.

Najdete si při svém vytížení čas na koníčky?

Tím, že trávím hodně času úřadováním, je nutné, abych sezení vykompenzovala pohybem. Proto se snažím maximálně věnovat sportu. Jakmile mám trochu času, zajdu do svého oblíbeného fitness studia. Věnuji se hlavně aerobiku, ale i dalším formám fitness, jako je bodyforming, pilates, jóga. Pravidelně chodím na bossu, což je poměrně intenzivní cvičení, a občas si zašlapu na kole. Pokud je čas, vyrážím v zimě na běžky, v létě plavu a jezďím na kole. Každý týden nevynechám saunu a v létě pravidelně sjíždím s partou vodáků některou českou řeku.

Mým velkým koníčkem – a největší radostí – je moje pětiletá

vnučka. S tou se také věnuji sportu. Navštěvuje totiž školku, která dětem nabízí velké množství aktivit. Děti jezdí na zimní a letní pobyty na horách, absolvovaly i lyžařský kurz. Školička se věnuje rovněž různým benefičním akcím, a je dokonce naším dlouholetým partnerem. Pro naše zařízení pravidelně pořádá charitativní akce, kdy děti například malují obrazy, které pak dražíme.

A co například literatura nebo společenský život...

Na oddychovou četbu mi opravdu mnoho času nezbyvá. Vynahrzuji si to o dovolené, kdy se snažím v rámci možností přečíst, co se dá. Častěji však trávíme rodinnou dovolenou formou poznávání cizích zemí. Loni jsme byli v Keni na safari a nedávno jsem se vrátila z Indie. Moje šikovné děti naplánují itinerář a já si to pak jenom užívám.

V exotických zemích poznáváme nejen přírodu a památky, ale samozřejmě mě zajímá i způsob života tamních lidí a hlavně dětí. Po návratu, zvláště když jsem se vrátila třeba z Indie, si samozřejmě cením životní úrovně, jakou

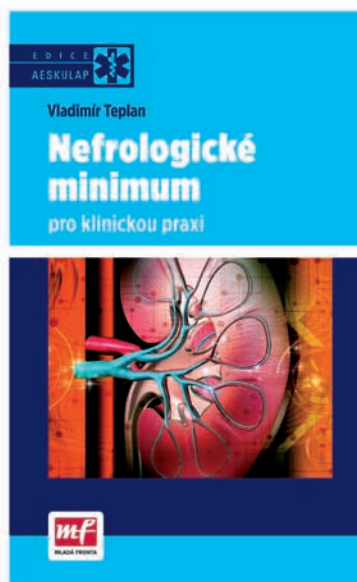


máme my Evropané. Viděla jsem věci, které nemohou nikoho nechat lhostejným – bídu, mrzáky i žebrající, včetně dětí. Musím ale konstatovat, že děti mohou být šťastné i v chudých podmínkách, když se s nimi dobře zachází a cítí lásku svých nejbližších...

Jinak si ráda zajdu na dobrý film, preferuji českou tvorbu, především komedie. Můj společenský

život je velmi často spojen s pracovními povinnostmi. Často a ráda se účastním různých benefičních akcí ve prospěch našeho zařízení, to znamená plesů, koncertů, galavečerů, ale také golfových turnajů. Je pro mě potěšením, že máme řadu příznivců a podporovatelů našeho zařízení, ať už se jedná o firmy nebo mladé umělce či sportovce.

Inzerce A131009647



Představujeme publikaci Nefrologické minimum pro klinickou praxi

Stručně a srozumitelně pojatá monografie kapesního formátu umožní rychlou orientaci a doplnění aktuálních poznatků pro každodenní klinickou praxi. Kapitoly, jež vyváženě pokrývají celou šíři oboru, zdůrazňují vše, co by měli znát specialisté z jiných oblastí. Tomu bezpochyby napomohla jak mnohaletá přednášková

Autor: Vladimír Teplan

Při objednání na
sleva 25%

a publikační činnost profesora Teplana v oboru vnitřního a praktického lékařství, tak i cenné připomínky recenzenta profesora Václava Monharta. Kniha je určena především internistům a praktickým lékařům, ale i zájemcům o nefrologii z řad pediatrií, urologů, intenzivistů, diabetologů, nutričních a dalších specialistů.

Doporučená cena 420 Kč

knihka.cz

MEDICAL
SERVICES

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR



David Livingstone

– průkopník medicíny v Africe

Kdyby se úspěšnost misijních cest do Afriky posuzovala pouze podle počtu osob obrácených na víru, skončil by skotský lékař David Livingstone se svým jediným pokřtěným domorodcem nejspíš hluboko na chvostu pomyslného žebříčku. Přesto je den, kdy se Livingstoneova noha poprvé dotkla půdy černého kontinentu, dodnes považován za jeden ze stěžejních okamžiků novodobých afrických dějin.

Jen těžko si lze představit dětství, které by bylo ve větším kontrastu s pozdějším životem misionáře uprostřed divoké a nespoutané africké přírody. David Livingstone se narodil roku 1813 ve skotském městečku Blantyre. Vyrostl v dělnické kolonii vystavěné vlastníkem nedaleké továrny na zpracování bavlny. David byl druhým z celkem sedmi Livingstoneových dětí.

Jeho otec se živil podomním prodejem čaje na okolních farmách – byl to hluboce věřící člověk a uspokojoval jej fakt, že osobního kontaktu při obchodních transakcích může využít k šíření evangelia. Již méně spokojen mohl být s mizivým příjmem, který mu z této činnosti plynul. Rodina, jež byla na tomto výdělku existenčně závislá, žila v nuzných podmínkách v jediné místnosti.

Pomocný dělník v přádelně

Syn David proto už od svých 10 let musel pracovat v přádelně. Pracovní doba, přerušovaná jen krátkými přestávkami na jídlo, začínala v 6 hodin ráno a končila v 8 večer. V prvních letech bylo jeho pracovní náplní navazovat přetržené nitě na spřádacím stroji.

Monotonnost práce si David, kterého otec naučil číst, zpříjemňoval knihami. Pokládal je na spřádací stroj a jednotlivé věty textu četl v přestávkách mezi navazováním nití. Tímto postupem nejen ovládl latinu, ale zároveň získal jedinečnou schopnost soustředit se i v prostředí s mnoha rušivými vlivy, kterou později sám velmi ocenil. Dvě hodiny denně se učil ve škole, kterou pro děti dělníků zřídil vlastník přádelny. Každý volný den pak trávil se svým bratrem v okolní přírodě, kde sbíral vzorky rostlin a nerostů.

V 19 letech již četl filozofickou literaturu. Četba a víra jej dovedly k rozhodnutí zasvětit život zmírňování lidské bídy. Přibližně ve stejné době se mu dostal do rukou spisek zástupce jedné holandské misijní společnosti, Karla Gutzlafa, který vyzýval k vyslání lékařských misionářů do Číny. David Livingstone se ihned rozhodl, že se takovým misionářem chce stát.

V přádelně začínal jako pomocník a teprve v 19 letech se mohl považovat za vyučeného dělníka. Z platu, který od té doby pobíral, již byl schopen odkládat něco stranou. Za čtyři roky tak nashromáždil nevelké úspory a s finanční výpomocí rodiny byl schopen přihlásit se ke stu-

diu medicíny, kterou považoval za nezbytnou podmínku budoucí misionářské práce.

Samouk na univerzitě

Už to, že se dokázal vymanit z původního prostředí a na podzim 1836 se zapsal na Andersonovu univerzitu v Glasgowě, lze považovat za mimořádný úspěch. Během semestru každé pondělní chodil pěšky 8 mil do Glasgowa, kde si držel malý podnámek. O prázdninách nadále pracoval v přádelně.

Od listopadu 1836 do dubna 1837 David navštěvoval anatomický kurz. Jednalo se o sérii přednášek, která byla občas ozvláštněna voskovými modely lidského těla nebo konzervovanými preparáty. Ve stejném akademickém roce prošel i kurzem praktické anatomie, poprvé spatřil pitvu člověka a pravděpodobně také sám pitval. To, že anatomické lekce v následujícím akademickém roce opakoval, nebylo známou neúspěšnou – žádné zkoušky nebyly předepsány. Ambiciózní studenti často volili opakování kurzu jako cestu k prohloubení vědomostí o lidském těle. Livingstone navštěvoval i kurz chirurgie, chemie, praktické chemie a lekce nazvané *materia medica*, pojednávající o léčích a jejich

účincích. Volný čas neměl žádný. Vedle vzdělávání v medicíně se také učil fechtině a navštěvoval teologické přednášky.

Na univerzitě poprvé poznal svobodné prostředí. Vstupoval sem jako samouk a držel se v pozadí. Právě jeho skromnost mu však získala mnoho přátel, z nichž někteří jej provázeli po celý další život. Mezi takové přátele patřil například James Young. V době, kdy David studoval, James pracoval jako asistent při chemických kurzech dr. Grahama. Livingstone tyto přednášky miloval a jako úspěšný objevitel později vzpomínal, že právě od Younga si osvojil znalost vědeckých nástrojů a vybavení a zkušenost z práce s nimi. James Young, jenž později přišel na metodu efektivního získávání parafinu z uhlí a vydělal na ní jmění, se po roce 1857 dokonce stal jedním z finančních donátorů Livingstoneových objevitelských cest.

Mezi lékařskou elitou

Po dvou letech Livingstone z Glasgowa odešel. Přihlásil se Londýnské misijní společnosti a jako mladý misionářský adept prošel několikaměsíční přípravou v Essexu. Od roku 1839 pak pokračoval v lékařských studiích v Londýně. Tyto roky patřily mezi nejšťastnější v jeho životě. Během nich se setkal se skutečnou lékařskou elitou své doby. Bydlel v internátu pro mladé misionáře nedaleko londýnské Aldersgate a docházel do věhlasných lékařských a vědeckých institucí. Navštěvoval například slavné přednášky komparativní anatomie, které v Hunterově muzeu (Hunterian museum) pronášel přírodovědec Richard Owen. V nemocnici Charing Cross byl žákem Jamese Risdona Bennetta, který se později stal prezidentem Královské koleje anglických lékařů a za své medicínské zásluhy byl povýšen na rytíře. Owenovi i Bennetovi v příštích letech v korespondenci psal své poznatky z africké reality.



Afrika namísto Číny

Livingstoneovým vytoženým cílem v té době byla Čína, v níž však opiová válka momentálně znemožňovala misijní činnost. Během roku 1840 se pak setkal s Robertem Moffatem, který už čtvrt století pracoval jako misionář v Africe. Pod dojmem tohoto setkání se rozhodl, že nebude čekat na vyřešení konfliktu na čínském území a odcestuje do Afriky.

Ihned se začal připravovat k závěrečným zkouškám, po jejichž úspěšném složení v listopadu 1840 získal licenci Lékařské a chirurgické fakulty v Glasgowě k medicínské práci. O pár dní později byl v Londýně vysvěcen na kazatele a 8. prosince poprvé vyplul k africkým břehům.

Už první Livingstoneova cesta na černý kontinent se neobešla bez komplikací. Lodi George, na níž se přepravoval, praskl během plavby stěžen a místo v Africe přistála u brazilských břehů. Mladý misionář využil šesti týdnů nucené přestávky, během níž se loď opravovala, k seznámení s přírodou Rio de Janeiro a okolí. Od kapitána lodi se také naučil základy mořeplavectví a orientace, které mu v dalším životě prokázaly nejednu službu. K mysu Dobré naděje dorazila opravená loď s Livingstonem na palubě teprve 15. března 1841.

Lékařem mezi domorodci

David Livingstone nikdy během svého života nebyl placeným lékařem. Oficiálně působil nejprve jako misionář a později, když Londýnská misijní společnost odmítla financovat jeho cesty pro nedostatečné výsledky v šíření křesťanské víry, dostával plat za své geografické a další objevy. Po celých 33 let, co pobýval v Africe, však neustále léčil nejen své muže, ale především domorodce. Už v první misijní stanici Kuru-



David Livingstone u jezera Ngami v Bečuánsku (dnešní Botswana) se svou ženou Marií a třemi dětmi

man, kde se připojil ke zkušenému šifříteli víry Moffatovi, si mezi místními kmeny vysloužil jméno Njaka – lékař.

„Mám tu ohromnou praxi,“ napsal první rok z Kurumanu svému londýnskému učiteli dr. Bennetovi. „Mám v péči pacienty, kteří přišli 130 mil pěšky jen kvůli mé radě. Až tyto odejdou, přijdou se stejným záměrem další. Toto je země pro lékaře, který stojí o rozsáhlou praxi, ale musí zapomenout na poplatky.“

Bečuánské kmeny, mezi kterými se ocitl, byly nemocnější, než Livingstone očekával. Skoro nazí domorodci čelili střídání spalujícího horka ve dne s chladnými nocemi a živil se vším, co se naskytlo. „Převažují zažívací poruchy, revmatismus a oftalmie. Příčinou očních zánětů jsou horké větry vanoucí přes písečné pláně k severozápadu, jež s sebou nesou myriády drobných částic způsobujících chorobu, která by si pro svou virulenci zasloužila označení bečuánská hnisavá oftalmie. Když jsem byl ve vnitrozemí, narazil jsem na mnoho případů v každé vesnici a můj vůz byl někdy až přetížen těmito slepými a chromými.“

Domorodci jej také vyhledávali například jako porodníka, kvůli operativnímu odstranění tumorů či právě z oftalmologických příčin. Brzy měl tolik pacientů, že musel svou péči omezit pouze na opravdu akutní případy. „Jsou to mimochodem vynikající pacienti,“ popsal Livingstone v dopise příteli. „Každá věc, kterou předepišu, se okamžitě provede, jejich jediným selháním je únava z dlouhých cesty. Při jakékoli operaci i ženy sedí bez hnutí. Znovu a znovu jsem překvapen jejich klidem. Během vyřezávání tumoru o průměru jednoho palce sedí a hovoří, jako kdyby nic necítili. Muž jako já nikdy nepláče, jen děti pláčou, říkají.“

Stopy lvích zubů

V červnu 1843 dostal Livingstone, nespokojený s pobytem v Kurumanu, povolení založit novou misijní stanici. Vybral pro ni místo zvané Mabotsu, které leželo asi 220 kilometrů na severovýchod. Nová stanice však mladému misionáři štěstí nepřinesla. Oblast sužovalo mnoho lvů, kteří i za bílého dne hubili dobytek a děsili domorodce. Livingstone zastával názor, že zabije-li jednoho lva, ostatní odejdou sami. Podnítl proto vesničany, aby uspořádali lov, kterého se sám zúčastnil. Když však nerozvázně vyprázdnil obě komory své pušky naráz, byl při opětovném nabíjení jedním

ze lvů napaden a málem přišel o život. „Lev mě chytil za rameno a oba jsme padali na zem současně. Za strašného vrčení se mnou smýkal jako teriér s krysou,“ popsal později incident.

Před smrtí ze lvích zubů jej zachránil kvalitní kabát, přesto si následky zranění vyžádaly tříměsíční rekonvalescenci. „Ztráta síly v důsledku masivního krvácení po jedenácti lvích kousnutích byla tak velká, že jsem nemohl pohnout nohama,“ napsal misionář příteli Bennetovi do Londýna. Kost v horní části jeho levé paže byla rozdrčena. Jiný lékař v místě nebyl, a tak o raněného Livingstonea pečoval jeho spolumistr z kurumanské misie Edwards. Ačkoli však vyvinul maximální úsilí, nebyl schopen zabránit špatnému srůstu kostí. Kost i po zhojení ran působila dojmem, že každým okamžikem musí propíchnout napjatou kůži, a zhmžděná paže trápila Livingstonea bolestmi až do konce života. Pro člověka, který byl v africké divočině do značné míry závislý na síle a obratnosti vlastních rukou, to byl výrazný handicap.

První domorodý křesťan

Neshody s Edwardsem přiměly Livingstonea hledat další misijní působiště. V té době již nebyl sám, roku 1844 se oženil s Moffatovou dcerou Marií, která jej nejprve sama, později s dětmi, jak jedno po druhém přicházely na svět, následovala. Roku 1845 tedy Livingstone a jeho rodina opustili čerstvě vybudovaný dům v Mabotsu a přesídlili 40 kilometrů na sever, do Chonuane. „Ve srovnání s jinými oblastmi je zde vskutku málo nemocí,“ pochvaloval si v dopise dr. Bennetovi. Krátce nato Chonuane, stejně jako Mabotsu, zabrala vláda Jihoafrické unie a Livingstone byl nucen se již potřetí za pět let stěhovat. Jeho cesta vedla opět na sever, do Kolombengu. Okolní bantuské kmeny byly vůči příchodům zpočátku nepřátelské. S rodinným systémem založeným na mnohoženství představovaly pro mladého misionáře komunitu, v níž bylo obtížné šířit evangelium. Livingstone si však dokázal získat důvěru náčelníka kmene Bakhatla Seceleho, když vyléčil jeho těžce nemocné dítě. Náčelník Secele se pak pět let nechal vyučovat náboženství, složil zkoušku a stal se jediným domorodcem, kterého Livingstone během svého misionářského působení obrátil na víru. I on však byl křesťanem problematickým, neboť se s určitým časovým odstupem vrátil k mnohoženství a musel být volán k po-



Mapa afrických oblastí procestovaných a prozkoumaných Davidem Livingstonem

řádku. Křesťanem ale zůstal do konce svého života.

Tvrdohlavý pozorovatel

Mnoho misionářů se už před Davidem Livingstonem pokoušelo proniknout do nitra neprobádaného afrického kontinentu. Jedním z důvodů, proč uspěl právě tvrdohlavý Skot, může být fakt, že jako lékař dokázal muže, kteří jej doprovázeli na cestách skrze mangrovňové bažiny a vlhké travnaté pláně, poměrně účinně bránit před zákeřnými africkými chorobami.

Riziko představovala nejčastěji africká horečka. Livingstone byl velmi dobrým pozorovatelem. Sledoval, za jakých okolností který z jeho mužů onemocněl, zapisoval a posléze v dopisech odesílal do Evropy podrobné zprávy o příznacích a vývoji choroby, o reakci na různá podaná léky a na různá dávkování. „Pan B. byl stížen krutou bolestí hlavy, deliriem a staženými zornicemi. Tyto symptomy byly náhlé a následovaly po nerovnázném vystavení se slunci. Ačkoli jsme je během pár hodin zažehnali, po novém pobytu na slunci se rychle vrátily, tentokrát vážněji. Kolísající pulz, suchý jazyk a horká kůže ukazovaly intenzitu horečky. Zvracení, které nyní začalo, se ukázalo být nejproblematičtějším příznakem a překážkou léčby, protože časovým odstupem vrátil k mnohoženství a musel být volán k po-

do svých poznámek na Zambezi v červenci 1859.

Livingstoneův životabudič

Podrobně sledoval pacienty s tropickými vředy i nemocné kurděmi i malárií. Africké zkušenosti jej přiměly hledat souvislost mezi vznikem nemocí jako pneumonie, břišní tyfus či úplavice a klimatem či okolním prostředím. Třicet let před tím, než byla prokázána souvislost mezi moskyty a malárií, Livingstone napsal: „Spousty komárů ukazovaly, jako pravděpodobně vždy ukazují, na přítomnost malárie.“ Obdobně už roku 1854 odhadoval spojitost mezi recidivující horečkou a kousnutím klíštěte. Snažil se také preventivně chránit svůj tým pravidelným podáváním malých dávek chininu, od něhož ustoupil teprve poté, co se tento postup ukázal být neúčinným a mužstvo začalo jevit známky počínajícího předávkování lékem.

V afrických podmínkách často musel vystačit s improvizovanými léčivými. Naučil se vyrábět si léky z dostupných zdrojů. Zkombinováním jalapy, rebarbory, kalomelu a chininu například vytvořil medikament, který pro své zázračné léčivé účinky získal od členů expedice vztížeň pojmenování „Livingstoneův životabudič“ a farmaceutická firma Burroughs Wellcome jej jako antimalarikum úspěšně vyráběla ještě kolem roku 1920.

Srdce zanechal v Zambii

David Livingstone patřil mezi první lékařské misionáře v Africe a pro mnoho domorodců byl pravděpodobně i prvním bílým mužem, kterého kdy spatřili. Přínos dr. Livingstonea rozvoji medicíny dnes zůstává poněkud ve stínu jeho učebnicových úspěchů: Uspořádal řadu expedic, během nichž objevil pro západní civilizaci taková místa, jako jsou Viktoriiny vodopády či jezero Ngami. Přešel poušť Kalahari, podrobně prozkoumal povodí řeky Zambezi a mnoho dalších lokalit. Popsal mnoho rostlinných i živočišných druhů, které Evropané doby neznali. Plnou vahou své osobnosti se zapojil do boje proti otrokářství. A položil Africe i velkou osobní obět, když jeho žena zemřela na následky tropické horečky. Přestože při hledání pramenů Nilu touto horečkou onemocněl i on sám a jeho zdravotní stav byl kritický, odmítl africkou půdu opustit. Zemřel 1. května 1873 ve vesnici Čitambo v dnešní Zambii.

Nabalzamovanou tělesnou schránku velkého objevitele přepravovali jeho věrní služebníci téměř rok do rodné země, aby mohl být pohřben se všemi počtami ve Westminsterském opatství. Jeho srdce však zůstalo tam, kde se David Livingstone cítil být doma – v Africe.

Purkyňovu cenu obdržela profesorka Radana Königová

Předsednictvo České lékařské společnosti ČLS JEP každoročně na libochovickém zámku uděluje cenu J. E. Purkyně některému ze svých členů za významné zásluhy v oblasti medicíny. Letos tuto poctu získala prof. MUDr. Radana Königová, CSc., za svůj příspěvek k rozvoji popáleninové medicíny.

Radana Königová (*31. července 1930) nastoupila po promoci v roce 1955 na chirurgické oddělení v okresní nemocnici v Podbořanech, později působila také na chirurgicko-traumatologickém oddělení krajské nemocnice v Karlových Varech. Na klinice plastické chirurgie dnešní 3. LF UK ve Fakultní nemocnici Královské Vinohrady začala pracovat v roce 1962. Postupně se specializovala na léčbu popálenin, v letech 1978–1990 působila jako primářka oddělení pro léčbu popálenin kliniky plastické chirurgie. Pod jejím vedením oddělení vzkvétalo a v roce 1990 se stalo nezávislou klinikou. V jejím čele stála do roku 1996. Habilitovala se v roce 1990, po dvou letech byla jmenována profesorkou v oboru plastické chirurgie a popáleninové medicíny.

Je členkou mnoha národních a mezinárodních lékařských společností, byla mj. předsedkyní Společnosti popáleninové medicíny ČLS JEP a patří k zakládajícím členům Tord Skoog Society of Plastic Surgeons. Dostalo se jí nejvyšších státních i akademických vyznamenání. V roce 1994 byla navržena na titul „The Woman of Europe“, v roce 2000 obdržela Zlatou medaili UK, v roce 2003 titul Rytířka českého lékařského stavu, v roce 2004 pak státní vyznamenání – medaili za zásluhy o stát v oblasti vědy. Patří jí též ocenění Světové zdravotnické organizace (WHO) za přínos v oblasti popáleninové medicíny při

hromadných, zejména válečných katastrofách.

Nejvyšší ocenění ČLS JEP

„Purkyňova cena je nejvyšším vyznamenáním České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a je každým rokem udělována jednomu, výjimečně dvěma lékařům z celkového počtu 34 tisíc členů působících ve 120 odborných společnostech. V tajném hlasování předsednictvo zvolí osobnost z našich řad, která se během své lékařské profese výrazně podílela na rozvoji medicínské vědy a výzkumu, úspěšně řídila zdravotnické pracoviště, spolupracovala s domácími a zahraničními organizacemi a dbala na dodržování etických zásad při vykonávání svého povolání,“ uvedl předseda ČLS JEP prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, CSc., při zahájení slavnostního ceremoniálu 55. Purkyňova dne. Ten se tradičně koná v prostorách zámku v Libochovicích – rodišti slavného biologa Jana Evangelisty Purkyně.

„Purkyňův den je oslavou naší profese a je pro mě velkou poctou, že mohu předat letošní cenu své dlouholeté kolegyni i přítelkyni, paní profesorce Radaně Königové, jejímž životním krédem je být osobností s vysokým morálním kreditem a vnímat pacienta jako celek,“ dodal profesor Blahoš a připomněl, že navzdory své velké výtěžnosti pracovní i společenské Radana Königová nezapomínala ani na to být vždy pečující matkou a posléze milující babičkou.

Blahopřání spolupracovníci i žáci

Poblahopřát profesorce Königové přijeli kolegové a spolupracovníci z řady českých pracovišť. Zdravici výboru Společnosti popáleninové medicíny ČLS JEP pronesla mimo jiné MUDr. Yvona Kaloudová, za kolegy z Kliniky popáleninové medicíny 3. LF UK a FNKV pogratalovala MUDr. Monika Tokarík, za Společnost vojenských lékařů, farmaceutů a veterinárních lékařů ČLS JEP prof. MUDr. Josef Fusek, DrSc., za kolegy z Popáleninového centra FN Ostrava MUDr. Hana Kłosová, za Klinikou popálenin a rekonstrukční chirurgie LF MU a FN Brno prim. MUDr. Ivan Suchánek a blahopřejné dopisy přišly také od kolegů ze Slovenskej spoločnosti plastickej a estetickéj chirurgie SLS a její popáleninové sekce či od švýcarských kolegů. Z úst gratulantů opakovaně zazněla slova oceňující trpělivost, obětavost, laskavost a odbornou kvalitu profesorky Königové – vnímané svými kolegy a žáky jako vynikající lékařka, pedagožka i morální vzor. Slavnostní program provázal slovem prof. MUDr. Vladimír Palička, CSc., hudebně pak klavírista Martin Levický, který přehrál několik skladeb z děl Ludwiga van Beethovena, Johannese Brahmsa a Alexandra Nikolajeviče Skrjabinu.

Popáleniny a emoce

Zlatým hřebem odborného programu byla přednáška čerstvé laureátky Purkyňovy ceny na téma „Emoce v popáleninové medicíně“. Vyzdvihla v ní význam stresu a emočních dopadů u popálenin a na několika kazuistikách prezentovala „nezbytnost trpělivého a pokorného přístupu chirurga, pacienta a jeho rodiny“. Zaměřila se při tom zejména na případy, v nichž došlo k rozsáhlým popáleninám v oblasti hlavy a ke ztrátě obličeje. Tato závažná poranění, jak uvedla, se vyskytují nejen typicky ve válečných podmínkách, ale bohužel také u malých dětí v důsledku nešťastných událostí. Ztráta obličeje přitom bývá spojena se ztrátou osobnosti (hovoří se také o tzv. *disfigured face syndrome*), což s sebou nese závaž-

né psychosociální důsledky. Jak profesorka Königová zdůraznila, v těchto případech je naprosto klíčové vnímat postiženého v celostním kontextu – tedy léčit nejen poškozené tkáně, ale přihlídnout také k jeho pocitům a prožívání a pracovat s pacientem po celou dobu nezbytných a opakovaných rekonstrukcí.

„Chtěla bych se vyjádřit k otázce, co je to štěstí – a dovolte, abych citovala slova klasika Aristotela.



Foto: Leoš Chodura

Paradox štěstí spočívá v tom, že štěstí vzniká jako vedlejší produkt něčeho jiného, co absorbuje celou naši bytost a vyžaduje naši veškerou oddanost,“ pravila na závěr Radana Königová ve svém poděkování za projev gratulace.

Andrea Skálová

Pamětní medaile Univerzity Karlovy profesorům Jiřímu Mazánkovi a Jiřímu Marešovi

30. května udělil na Vědecké radě UK rektor Univerzity Karlovy profesor Václav Hampl zlaté pamětní medaile profesorovi Jiřímu Mazánkovi při příležitosti jeho životního jubilea a profesorovi Jiřímu Marešovi za jeho zásluhy v oblasti pedagogiky, psychologie a medicíny.

Stomatolog prof. MUDr. Jiří Mazánek, DrSc., patří mezi významné osobnosti univerzity, které svým působením jak v oblasti vědecké, tak i pedagogické přispívají k jejímu rozvoji a dobrému jménu. V současnosti vede subkatedru stomatologické a maxilofaciální chirurgie IPVZ. Je členem řady českých i mezinárodních profesních sdružení, například České lékařské akademie, Francouzské společnosti maxilofaciální chirurgie či Mezinárodní společnosti maxilofaciální chirurgie. Do roku 2012 byl dlouholetým členem Vědecké rady 1. LF UK a je členem Vědecké rady Univerzity Karlovy. Pamětní medaili UK v Praze obdržel společně s ním i prof. PhDr. Jiří

Mareš, CSc., který je zástupcem vedoucího Ústavu sociálního lékařství Lékařské fakulty UK v Hradci Králové. Své odborné zájmy dělí mezi pedagogiku, psychologii a medicínu. Zabývá se komunikací a interakcí, styly učení u žáků a studentů, sociálním klimatem školní třídy, učitelovým pojetím výuky a žákovým pojetím učiva. V medicínské oblasti se věnuje komunikaci mezi lékařem a pacientem, pacientovu subjektivnímu pojetí zdraví a nemoci, strachu a bolesti u dětských pacientů, zvládání zátěžových situací u zdravotnických pracovníků a dětských pacientů či kvalitě života dětských a dospívajících pacientů.

(red)



Mezi prvními gratulanty byli profesori Vladimír Palička a Jaroslav Blahoš. | Foto: Leoš Chodura



Prof. Mazánek, vpravo od něj rektor UK prof. Hampl. | Foto: UK

Cenu ZDN za studentskou vědeckou práci získala Michaela Namyslovová

V letošním roce se konala již 14. studentská vědecká konference 1. LF UK v Praze. Studenti odprezentovali celkem 71 prací, z nichž 27 nejlepších bylo vybráno k ocenění. Ceny vítězům předali v úterý 4. června 2013 děkan fakulty profesor Aleksi Šedo a proděkan pro vědu profesor Aleš Žák.

Nejlépe hodnocené práce

V sekci pregraduálních prací se nejlépe umístily práce Bc. Terezy Nedvědové („Indukce kmenových znaků u melanomových linií in vitro“), Evy Plaňanské a kol. („Vliv jednorázového preventivního podání erythropoetinu na kognitivní funkce dospělých potkanů po experimentálně navozené cévní mozkové příhodě“), Miroslava Důry („Pilotní studie porovnání cytogenetických přístupů vs. QRT-PCR v prediktivní diagnostice Herz/neu u karcinomu žaludku“) a Jaromíra Hanušky („Postižení vergenčních pohybů očí u efedrovaného parkinsonismu“).

V sekci postgraduálních prací zvítězily práce MUDr. Pavla Trachty („Efekt laparoskopické sleeve gastrektomie na mRNA expresi prozánětlivě působících genů v podkožní tukové tkáni a periferních monocitech obézních pacientů“), MUDr. Petry Nytrové („Potenciál

ni využití C3a složky komplementu jako markeru aktivity choroby u pacientů s neuromyelitidis optica“), MUDr. Moniky Urbanové („Sérové koncentrace a mRNA exprese omentinu v podkožní tukové tkáni u pacientu s obezitou a diabetes mellitus 2. typu“), RNDr. Petera Gála („Odlíšná úloha galektinu 1 a 3 ve vytváření mikroprostředí hojící se kožní rány in vitro a in vivo“), Mgr. Tomáše Petráska („Učení a paměť u Nogo-A deficientních transgenických potkanů“) a MUDr. Pavla Jůdy („Rings&Rods, struktury tvořené enzymem inosin 5-mono-fosfát dehydrogenázou“).

Pro podrobnější informace viz: www.lfi.cuni.cz/file/41328/vysledky.pdf

Téma vztahů v komunitě

Mimořádnou cenu časopisu Mladá fronta Zdravnické noviny ZDN získala studentka 3. ročníku oboru adiktologie Michaela

Namyslovová za práci „Partnerské a sexuální vztahy v terapeutické komunitě pro drogově závislé“. Práce byla hodnocena v sekci nelékařských zdravotnických oborů.

„Toto svým způsobem kontroverzní téma jsem si vybrala, protože jsem se s ním během studia prakticky nesetkala, přestože v terapeutických komunitách se tyto otázky řeší často. V odborné veřejnosti přitom nepanuje jednotný názor na to, do jaké míry mají být partnerské a sexuální vztahy v terapeutické skupině tolerovány. Základ těchto vztahů patří mezi obvyklá pravidla, která je třeba v průběhu terapie dodržovat, neboť jejich existence narušuje skupinový proces. Klienti ve skupině však díky dlouhodobému kontaktu se členy uzavřené komunity často přikládají svým pocitům a vzniklým vztahům větší váhu, než ve skutečnosti mají. Důsledkem je,



Cenu ZDN předala Michaela Namyslovové (vpravo) redaktorka Andrea Skálová. | Foto: Leoš Chodura

že si vyberou partnera, kterého by si normálně nevybrali. Takový vztah, přestože přináší i řadu pozitiv, většinou nebývá perspektivní a je zatížen větším rizikem návratu k drogové závislosti, jak potvrdilo má šetření a rozhovory s terapeuty,“ vysvětluje Michaela Namyslovová, která plánuje stáž v terénu jako streetworker, spolu-

prací s pražskou Klinikou adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze a pokračování v magisterském studiu adiktologie.

Za svou práci si odnesla také odměnu v podobě předplatného našich novin a odborných lékařských publikací z divize Medical Services vydavatelství Mladá fronta. (asa)

Křest publikace „Psychoterapeutické systémy a jejich uplatnění v adiktologii“

„Publikaci jsem velmi rád prolistoval a moc se mi líbí. Možná bych měl jejího autora požádat o konzultaci, totiž taková hypertrofie závislosti na nezávislosti také může vykazovat prvky rizikového chování,“ řekl s úsměvem děkan 1. LF UK v Praze profesor Aleksi Šedo poslední jarní den při slavnostním křtu knižní novinky doc. MUDr. Kamila Kaliny, CSc.

„Kniha je asi do dvou třetin o psychoterapii a zbytek pak o závislostech, což zde říkám ze zjištěných důvodů, aby si ji koupili i psychiatři,“ konstatoval autor publikace. „Díky za pomoc patří šéfredaktorce psychologické redakce vydavatelství Grada Mgr. Gabriele Plíckové, recenzentům a také mým šéfům profesorovi Michalu Miovskému a PaedDr. Martině Těminové.“ Ta se spolu s předsedkyní správní rady o. s. SUR PhDr. Věrou Raškovou ujala ve Faustově domě role „sudičky“.

„Děkuji vydavatelství za tuto krásnou knihu, která se formou vyrovná obsahu,“ dodal s nadhledem docent Kalina. „Myslím, že to není jen odborná publikace, ale čtenář si může i líbit, neboť obsahuje nejruznější kazuistiky a vtipy.“ A že je odborná publikace opravdu vtipná, potvrdila i doktorka Rašková: „Ráda bych knize popřála, aby se u ní,



Docent Kamil Kalina a profesor Aleksi Šedo. | Foto: Leoš Chodura

zejména u některých částí, její čtenáři „řehtali“ stejně jako já.“

Ředitel vydavatelství Ing. Milan Brunát podotkl, že Grada již má v elektronické podobě 1700 knih

a že i tato bude postupně elektronizována. Bude tak žít nejen na papíře, ale i v éteru, a stane se „nesmrtelnou“.

(eta)

Předány výroční ceny České transplantáční nadace

Výroční cena České transplantáční nadace za rok 2012 byla slavnostně předána 13. června v Karolinu doc. MUDr. Ivo Matlovi, CSc., a doc. Ing. Vladimíru Mathovi, DrSc.

Oba laureáti Výroční ceny České transplantáční nadace Karla Pavlíka významně přispěli k rozvoji původního českého imunosupresiva cyklosporinu A, jenž výrazně zvýšil úspěšnost transplantací. Laudatia pro docenty Matla a Mathu za českou transplantologii přednesl předseda správní rady nadace a přednosta Transplantcentra IKEM MUDr. Štefan Vítko,

Ph.D., a za akademickou obec děkan 1. LF UK v Praze prof. MUDr. Aleksi Šedo, DrSc., a 3. LF UK v Praze prof. MUDr. Michal Anděl, CSc. Po předání cen a projevech laureátů byl slavnostní program zakončen koncertem komorního dechového sextetu Janáčkův Ensemble. Více viz článek „Český cyklosporin A“ na str. 18.

(red)



Zleva MUDr. Vítko, doc. Matl a doc. Matha. | Foto: Leoš Chodura

Kalendář akcí odborných lékařských společností – červenec a srpen 2013

Pořádá-li vaše společnost odbornou konferenci, seminář, přednáškový večer atd., o kterých by profesní kolegové rozhodně měli vědět, zašlete prosím základní informace na e-mail: miksova@mf.cz

EULAR epidemiology course 2013

5.-6. 7. 2013/Berlín, Německo
Místo konání: German Rheumatism Research Centre
Pořadatel: The European League Against Rheumatism (EULAR)
Kontakt: www.eular.org;
www.revmatologicka-spolecnost.cz

International congress on naturopathic medicine

7.-9. 7. 2013/Paříž, Francie
Místo konání: Marriott Rive Gauche Hotel & Conference Center
Kontakt: www.icnmcongress.com

29th annual meeting of ESHRE

7.-10. 7. 2013/Londýn, Velká Británie
Pořadatel: European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE)
Kontakt: www.eshre2013.eu

EMBO conference

Molecular and population biology of mosquitoes and other disease vectors – from basic vector biology to disease control
 15.-19. 7. 2013/Kolymbari, Řecko
Kontakt: <http://events.embo.org/13-mosquito>

2nd dermatopathology course in El Bierzo

24.-26. 7. 2013/Ponferrada, Španělsko
Místo konání: Campus of Ponferrada
Kontakt: www.dermbierzo.com

BIT's 3rd annual world congress of microbes

30. 7. – 1. 8. 2013/Wuhan, Čína
Kontakt: www.bitlifesciences.com/wcm2013

48. kongres Světové psychoanalytické asociace

31. 7. – 3. 8. 2013/Praha
Místo konání: Hotel Hilton
Pořadatelé: Česká psychoanalytická společnost, International Psychoanalytical Association (IPA)
Kontakt: www.psychoanaliza.cz;
www.ceskapsihchiatie.cz;
www.ipa.org.uk

1st IUA course for young vascular specialists

11.-18. 8. 2013/Praha – Vinoř
Místo konání: Centrum Mariapoli
Pořadatel: International Union of Angiology (IUA)
Kontakt: www.angiology.cz/IUACourse2013

10th Pan European voice conference (PEVOC) Konference Mezinárodní asociace fonochirurgů

Oslava mezioborové spolupráce. Hlavní témata: hlasová terapie, hlasová pedagogika a věda
 21.-24. 8. 2013/Praha
Místo konání: Rudolfinum
Pořadatel: Medical Healthcom – hlasové a sluchové centrum Praha ve spolupráci s UP Olomouc, Českou společností ORL a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP, DAMU, Výzkumným centrem hudební akustiky HAMU a Dětskou operou Praha
Kontakt: <http://pevoc.cz/cs>

Endoscopic sinus and skull base surgery course

23.-25. 8. 2013/Kaunas, Litva
Místo konání: Lithuanian University of Health Sciences
Kontakt: www.otolaryngologie.cz

6th international junior academy Haematopathology of LPD in the era of acquired immunosupresion
 25.-28. 8. 2013/Bonn, Německo
Pořadatel: German & British division of the Internationale Akademie für Pathology (IAP)

Kontakt: www.bdiap.org/Junior_Academy_2013/FlyerAnnouncement.pdf

24th international WAAVP conference 2013 Biosecurity, cell biology and life cycles, functional genomics, zoonoses, polyparasitism...

25.-29. 8. 2013/Perth, Austrálie
Místo konání: Perth Convention Exhibition Centre Western Australia
Pořadatel: World Association for the Advancement of Veterinary Parasitology (WAAVP)
Kontakt: www.waavp2013perth.com

43rd annual scientific meeting of the ICS

26.-30. 8. 2013/Barcelona, Španělsko
Místo konání: Barcelona International Convention Centre
Pořadatel: International Continence Society (ICS)
Kontakt: www2.kenes.com/ics

13th international nutrition and diagnostics conference

26.-29. 8. 2013/Olomouc
Místo konání: Právnická fakulta UP Olomouc, 17. listopadu č. 12
Pořadatelé:



Ilustrační foto: Shutterstock

Společnost pro výživu, Česká společnost klinické biochemie ČLS JEP, Společnost pro probiotika a prebiotika, Institute of Nutrition and Diagnostics Pardubice, Radanal, s. r. o.
Kontakt: www.indc.cz

11th EACPT congress

28.-31. 8. 2013/Ženeva, Švýcarsko
Pořadatel: European Association for Clinical Pharmacology and Therapeutics (EACPT)
Kontakt: <http://eacpt2013.org>

11th congress of the WFSICCM

28. 8. – 1. 9. 2013/Durban, Jihoafrická republika
Místo konání: International Convention Centre
Pořadatel: World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine (WFSICCM)
Kontakt: www.criticalcare2013.com

ESC congress 2013

31. 8. – 4. 9. 2013/Amsterdam, Nizozemsko
Pořadatel: European Society of Cardiology (ESC)
Kontakt: www.escardio.org/congresses/esc-2013 (sta)

Inzerce A131005441






MĚSTSKÉ SLATINNÉ LÁZNĚ Třeboň

130 let lázeňské tradice

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

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

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



LÁZNĚ AURORA
 LÁZEŇSKÁ SPOLEČNOST ROKU 2011



MĚSTO TŘEBOŇ
 LÁZEŇSKÉ MÍSTO ČR 2011

Klára Látalová Agresivita v psychiatrii



Rozsah:
240 stran
Cena: 369 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4454-4
Vydavatel:
Grada

Obdobná publikace je určena psychiatriům, sestřám, studentům lékařských a zdravotnických oborů a všem pracovníkům, kteří se ve své praxi setkávají s klienty se sklonem k agresivnímu chování (lékaři rychlé záchranné služby, praktičtí lékaři, pracovníci pomáhajících profesí). Kniha seznamuje s hlavními projevy zjevné i skryté agrese, vysvětluje její příčiny a zákonitosti. Zabývá se nejen násilím namířeným vůči okolí, ale i agresivitou pacientů vůči sobě samým – sebe-poškozováním či sebevražedným jednáním. Autorka přehledně uvádí diagnózy a poskytuje doporučení pro prevenci a případnou léčbu. Upozorňuje na typ agresivního chování vzniklého na základě úzkosti, strachu, nejistoty, obav či nízkého sebehodnocení.

Zsolt Cséfalvay, Viktor Lechta a kol. Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých



Rozsah:
232 stran
Cena: 499 Kč
ISBN: 978-80-
-262-0364-3
Vydavatel:
Portál

Publikace se věnuje diagnostice nejčastějších druhů narušené komunikační schopnosti, se kterými se profesionálové, především z řad logopedů, setkávají u dospělých. V úvodních kapitolách je vymezen fenomén narušené komunikační schopnosti a specifika jejího diagnostikování. Každý druh narušené komunikační schopnosti je nejprve prezentován v jeho základní charakteristice (vymezení, incidence, prevalence, etiologie, klasifikace); navazují specifika diagnostikování, popis konkrétních diagnostických metod a technik používaných u nás a v zahraničí a nakonec doporučení pro praxi

s přehledem nejdůležitější související odborné literatury.

Alena Plháková Spánek a snění Vědecké poznatky a jejich psychoterapeutické využití



Rozsah:
232 stran
Cena: 415 Kč
ISBN: 978-80-
-262-0365-0
Vydavatel:
Portál

Autorka, původně klinická a poradenská psychologička, nyní profesorka na katedře psychologie Filozofické fakulty UP Olomouc, podává výklad psychologických a fyziologických aspektů spánku, zaměřený na jeho funkce, stadia i nejběžnější poruchy, včetně přehledu metod jejich diagnostiky a psychoterapie. Prezentuje nejnovější teorie spánku a snění, výsledky výzkumů spánkové deprivace či vybavování snů. Zabývá se různými druhy snových zážitků, možnostmi jejich interpretace a terapeutického využití. Zvláštní pozornost věnuje lucidnímu a dennímu snění.

V. S. Ramachandran Mozek a jeho tajemství

Pátrání neurologů po tom,
co nás činí lidmi



Rozsah:
416 stran
Cena: 487 Kč
ISBN: 978-80-
-7438-080-8
Vydavatel:
Dybbuk

Jak se vyvinul jazyk? Proč shledáváme určité věci krásnými? Proč jsou někteří z nás tvořivější než jiní? Jak mozek vytváří pocit vlastního já? Proč někdy člověk na bolest reaguje smíchem? Co je příčinou autismu a jak je možné jej rozpoznat a léčit? Proč lidé se záchvatovitými onemocněními spánkových laloků věří, že prožívají bezprostřední setkání s Bohem, a objevuje se u nich hypergrafie – nekontrolovatelná potřeba psát? Proč se pacienti s poškozeným pravým temenním lalokem, jinak inteligentní a zcela při smyslech, odmítají hlásit ke své levé paži? Proč se na kost vyhublá anorektička s naprosto zdravým zrakem při pohledu do zrcadla prohlásí za obézní?

NOVÉ KNIHY

Neurovědce V. S. Ramachandran bere čtenáře na průzkum různých aspektů lidského vnímání. Přibližuje nejvzrušivější a nekontroverznější témata v současné neurovědě a ukazuje zvláštní spojení mezi neurologií a lidským chováním. Autor, nazývaný též Galileem neurovědy či novodobým Markem Polem, cestujícím k exotickým a neobvyklým místům myslí, odhaluje různorodá tajemství a schopnosti mozku. Prozkoumává a vysvětluje bizarní chování i neurální mechanismy, které jsou základem duševních poruch, jako je porucha tělesné identity či Capgrasův syndrom. Svá zjištění a porozumění mozkovým záhadám ilustruje případovými studii pacientů a ukazuje nám, jak nečekaně spolu tyto fascinující případy souvisejí. Jeho objevy poskytují nová vodítka k pochopení toho, jak se náš mozek začal neurologicky odlišovat od zvířecího a začal být fundamentálně lidský.

Jaro Křivohlavý Psychologie pocitů štěstí Současný stav poznání



Rozsah:
136 stran
Cena: 219 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4436-0
Vydavatel:
Grada

V soudobé světové psychologii se objevuje stále více prací, které se zabývají kladnými emocemi. Původní publikace profesora Křivohlavého podává přehled výsledků empirických, experimentálních prací zaměřených na tuto problematiku. Druhá část knihy je věnována aplikaci zjištěných poznatků do běžného života, tj. přináší souhrn podnětů vztahujících se k otázce: „Co dělat, aby nám bylo dobře?“

Tali Sharot Iluze optimismu aneb Iracionalita pozitivního myšlení



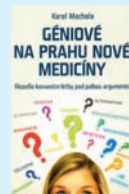
Rozsah:
280 stran
Cena: 379 Kč
ISBN: 978-80-
-7438-082-2
Vydavatel:
Dybbuk

Ačkoli o sobě rádi přemýšlíme jako o racionálních bytostech, které

zvažují pro i proti, současný neurovědecký výzkum a společenské vědy naznačují, že spíše než realisté jsme vrozeně předurčeni k tomu být optimisté. Obvykle očekáváme, že věci dopadnou lépe, než jaký se nakonec ukáže být skutečný výsledek.

Silně podceňujeme možnost, že bychom se mohli rozvést, ztratit práci nebo mít diagnostikovanou vážnou nemoc. Považujeme své děti za výjimečně nadané a velmi přeceňujeme pravděpodobnou délku svého života. Víra v lepší budoucnost je „optimistickou iluzí“ a objevuje se u každé rasy, náboženské skupiny a v každém socioekonomickém prostředí. Náš optimismus neztratí nic ze svého lesku, i když se v životě setkáme s násilnými konflikty, vysokou nezaměstnaností, živelními pohromami a dalšími hrozbami. Jakým způsobem v mozku vzniká naděje? Co nás dokáže přimět, abychom šli za svým snem? Co se stane, když se naše očekávání nenaplní? Liší se mozek optimisty a pesimisty? Sklon přeceňovat možné budoucí pozitivní události a podceňovat události negativní podobně jako mnoho dalších iluzí není přístupný vědomí. I když je často lepší budoucnost jen iluze, naděje nám uklidňuje mysl, snižuje stres a zlepšuje fyzické zdraví. Iluze optimismu nás chrání před přesným vnímáním bolesti a obtíží, které s sebou nezbytně nese budoucnost, a snad nám i brání vidět budoucí možnosti jako omezené. Pokud bychom si měli sundat růžové brýle, nezačali bychom vše vidět realisticky, spíše bychom se stali depresivními – klinicky depresivními.

Karel Machala Géniové na prahu nové medicíny Filozofie konvenční léčby pod palbou argumentů



Rozsah:
160 stran
Cena: 249 Kč
ISBN: 978-80-
-7263-801-7
Vydavatel:
ANAG

Sedm osobností z řad lékařů a vědců nabízí jednoduchá, levná a praktická alternativní řešení pro budování zdraví i lepšího systému léčby. Dozvíte se, že nekonvenční metody léčby prosazuje mj. nositel Nobelovy ceny, slavná biochemička či světoznámý chirurg, který stál na počátku kolonoskopie. U nejděsivějších nemocí lze pozorovat

pokles výskytu od severu na jih v souvislosti se slunečním svitem a hladinou vitamínu D. Vědci odhadují, že optimalizace jeho hladiny by ročně předešla 2 milionům úmrtí na rakovinu a 1 milionu úmrtí na ostatní nemoci. Dozvíte se také, co má léčivá směs tvarohu a Iněného oleje společného se vznikem nového života, proč je rozumné nelovit (a hlavně nejíst) žraloky a že příčinou násilné povahy či nespavosti může být vysoká hladina mangantu, respektive trtvi v nervové soustavě. Unikátní výzkum jednoho zubaře přesvědčivě prokazuje souvislost mezi moderní rafinovanou stravou a nárůstem výskytu degenerativních chorob i zubních kazů. Zjistíte, která potravina nám dodá aktivní kyslík, co dokáže gramové dávky vitamínu C a jak lze synergicky spojit léčivý efekt pohybu a kvalitní relaxace.

Torey Haydenová Sebranka



Rozsah:
264 stran
Cena: 379 Kč
ISBN: 978-80-
-262-0358-5
Vydavatel:
Portál

Sedmiletý klučička, který není schopný mluvit, pokud nepočítáme nekonečné opakování předpovědi počasí a echolalické odpovědi... Roztomilá holčička, kterou její biologičtí rodiče týrali, a proto má poškozený mozek a nedokáže číst... Desetiletý „drsnáček“, který na vlastní oči viděl, jak jeho nevlastní matka zabila jeho otce, a který putuje od jedného pěstouna k druhému... A nakonec plachá dvanáctiletá dívka, která do speciální třídy přišla z katolické školy. Co je její problém? Je těhotná.

Čtyři děti, z nichž každé si už stihlo prožít svoje, se sejdou v jedné třídě, aby se společně učily nejen číst a počítat, ale také překonat své problémy nebo se s nimi „jenom“ vyrovnat. Dílčí úspěchy i neúspěchy, drobné radosti, ale také neshody a dohadování jsou v těhle třídě na denním pořádku. Co se mohou v takové třídě naučit? Třeba to, že si mohou vzájemně pomáhat a brát ohledy na druhé. Vyprávění o nesourodé čtveřici dětí a jejich učitelce je určen zájemcům o skutečné příběhy s psychologickou tematikou a lidem, kteří se věnují práci s dětmi s handicapem a poruchami chování.

PRÁVNÍ PORADNA

Žaloby na poskytovatele zdravotních služeb

Jaký je rozdíl mezi žalobou na náhradu škody a žalobou na ochranu osobnosti? Jaká je promlčecí doba u škody způsobené na zdraví? Jaká je promlčecí doba u zásahu do osobnostních práv?



na dotazy odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc

Obě žaloby představují způsob, jak se pacient může domáhat nároků vůči poskytovateli zdravotních služeb v případě, že nebyl spokojen s poskytnutou péčí.

Žaloba na náhradu škody

Žalobu na náhradu škody může pacient podat, pokud mu lékař svým zaviněním způsobil škodu na zdraví. V následném soudním sporu pak pacient musí tvrdit a prokázat, že mu v důsledku nedbalosti, či dokonce úmyslného jednání nebo opomenutí lékaře, kterým byla porušena jeho právní povinnost, vznikla škoda na zdraví. Současně pacient

musí prokázat příčinnou souvislost mezi protiprávním jednáním a vzniklou škodou. Jak již z názvu vyplývá, žalobou se pacient domáhá náhrady škody, a to v naprosté většině případů náhrady v penězích.

Žalobu na náhradu škody je nutné podat do dvou let ode dne, kdy se poškozený pacient dozvěděl o škodě a o tom, kdo za ni odpovídá. V praxi to znamená, že škoda na zdraví může být žalována třeba i deset let od chvíle, kdy se skutečně stala, jestliže až po tak dlouhé době došlo k jejímu odhalení. Po uplynutí dvouleté lhůty od zjištění škody na zdraví a toho, kdo za ni odpovídá, se nárok na náhradu škody promlčuje a lékař může vznést námitku promlčení, což znamená, že soud by v takovém případě žalobu na náhradu škody na zdraví zamítl.

Žaloba na ochranu osobnosti

Žalobou na ochranu osobnosti se pacient může u soudu domáhat ochrany před neoprávněným zásahem do svých práv. Mezi tato práva patří zejména právo na ochranu života a zdraví, občanské cti a lidské důstojnosti, jakož i soukromí, svého jména a projevů osobní povahy. Na rozdíl od žaloby na náhradu škody nemusí ani dojít ke vzniku škody na zdraví pacienta, kterou by zaviniil lékař; postačí, že došlo k zásahu do osobnostních práv. Typicky se jedná o případy, kdy lékař porušil svou povinnost mlčenlivosti a vyrazil citlivé údaje o zdravotním stavu pacienta nebo je pacient léčen bez udělení informovaného souhlasu apod. Žalobou na ochranu osobnosti se pacient může domáhat upuštění od neoprávněných zásahů do své osobnosti, odstranění jejich následků a přiměřeného zadostiučinění (typicky omluva). Pokud by se některý z popsaných nároků nejevil dostačujícím, může soud pacien-

tovi přiznat náhradu nemajetkové újmy v penězích. Zásah do osobnostních práv se nepromlčuje a zaniká až smrtí. To však neplatí v případě požadavku na náhradu nemajetkové újmy v penězích, která se promlčuje do tří let od vzniku zásahu do osobnostních práv.

Soudní projednání obou těchto typů žalob (které lze podat současně, samostatně či postupně) je zpravidla právně složité, finančně nákladné a časově zdlouhavé. Pro pacienty proto není výhodné podávat tyto žaloby bez konzultace s advokáty, kteří se zdravotnickému právu dlouhodobě věnují.

Souhlas pacienta k lékařskému konziliu

Jsem ambulantní gynekolog. Když chci konzultovat onemocnění své pacientky s kolegou psychiatrem, potřebuji k tomu pacientčin souhlas?

odpovídá
Mgr. Petra Nečasová

skytování v § 51. Odstavce 1 upravuje podobným způsobem

nění své pacientky s kolegou psychiatrem, potřebuji k tomu pacientčin souhlas?

jako Etický kodex ČLK povinnost lékaře zachovat mlčenlivost o všech skutečnostech, o kterých se dozvěděl v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Odstavce 2, 3 a 4 § 51 obsahují výčet výjimek z této povinnosti mlčenlivosti. Mezi tyto výjimky však poskytnutí informací o zdravotním stavu pacienta jinému lékaři nepatří.

Ochrana osobních údajů a zachování důvěrnosti informací o zdravotním stavu patří mezi základní práva pacientů. Všichni pacienti, bez ohledu na okolnosti a původ jejich problémů, musejí mít jistotu, že informace o jejich zdravotním stavu budou chráněny lékařským tajemstvím. V § 2 odst. 9 Etického kodexu České lékařské komory je uvedeno následující: „Lékař je v zájmu pacienta povinen důsledně zachovávat lékařské tajemství, s výjimkou případů, kdy je této povinnosti souhlasem pacienta zbaven nebo když je to stanoveno zákonem.“ Z tohoto ustanovení vyplývá, že existují jen explicitně stanovené důvody, ze kterých je možno porušit povinnou mlčenlivost lékaře. Jde o případ, kdy pacient dá souhlas se sdělením informací o svém zdravotním stavu, a dále o případy stanovené zákonem.

Tyto případy stanoví především zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách a podmínkách jejich po-

Souhlas pacienta podmínkou

Z výše popsaných důvodů je v případě nutnosti konzultace zdravotního stavu pacienta s jiným lékařem vždy nutné vyžádat si souhlas pacienta k takovému sdělení informací. Stanoví to také Etický kodex České lékařské komory v § 4 odst. 4: „Lékař je povinen požádat dalšího nebo další lékaře o konzilium vždy, když si to vyžadají okolnosti a nemocný souhlasí.“

Konzultace stavu pacienta s jiným lékařem je ze všech výše jmenovaných důvodů podmíněna souhlasem pacienta. Odpověď na Váš dotaz tedy zní: Ano, ke konzultaci onemocnění Vaší pacientky s kolegou psychiatrem potřebujete pacientčin souhlas.

Nahlížení do zdravotnické dokumentace při hospitalizaci

Jeden z dlouhodobě hospitalizovaných pacientů na našem oddělení (interna) chce mít každý den přístup ke své zdravotnické dokumentaci. Umožnili jsme mu nahlížet do ní v sesterně, ale on se tam vždycky usadí na 1-2 hodiny a podrobně se vyptává na výsledky všech vyšetření apod. Nechceme ho nějak odbývat, ale jako sestry neznáme odpovědi na řadu otázek, nehledě na to, že pacienta v sesterně nemůžeme nechat samotného, takže on nám svým chováním vlastně narušuje chod oddělení. Ale jak to řešit, když pacient má právo nahlížet do své karty? Můžeme mu dokumentaci půjčit na pokoj? Kdyby to ale chtěli všichni pacienti, patrně dokumentaci „neuhlídáme“, navíc nebude dostupná v okamžiku, kdy do ní bude potřebovat nahlédnout lékař nebo sestry...

Problematiku nahlížení do zdravotnické dokumentace, jakož i pořizování jejích kopií nově od dubna 2012 upravuje zákon o zdra-

votních službách a také vyhláška o zdravotnické dokumentaci. Zákon stanovuje princip, podle kterého do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi mohou v přítomnosti zaměstnance pověřeného poskytovatelem nahlížet, požít si její výpis nebo kopie pacient nebo zákonný zástupce pacienta, osoby určené pacientem nebo zákonným zástupcem pacienta nebo osoby blízké zemřelému pacientovi. Zákon současně výslovně a logicky stanovuje, že popsaná možnost nahlížení do zdravotnické dokumentace nesmí narušit poskytování zdravotních služeb.

Kompenzace nákladů

Pro případ, že poskytovatel zdravotních služeb není schopen zajistit nahlížení pacienta do zdravotnické dokumentace, pořídí pro pacienta její kopii do pěti dnů (pokud nebyla dohodnutá jiná lhůta) ode dne, kdy oprávněné osobě sdělil, že nahlížení do ní nelze zajistit. Za pořizování kopie zdravotnické dokumentace nemůže poskytovatel požadovat úhradu. Zákon však dává posky-

tovateli možnost požadovat po pacientovi kompenzaci ve výši, která nesmí přesáhnout náklady spojené s pořizováním výpisu nebo náklady vynaložené na pořizování kopie; ceník těchto úhrad přitom musí být umístěn na místě veřejně přístupném pacientům.

Požadavek nelze naplnit

Z dotazu je zřejmé a zcela pochopitelné, že požadavek pacienta nahlížet do dokumentace jednu až dvě hodiny denně v sesterně či na pokoji nelze naplnit. Doporučuji proto pacientovi písemně oznámit, že nahlížení do dokumentace ve vyžádaném rozsahu nelze zajistit, a současně mu sdělit (nedohodnete-li se s pacientem jinak), že pro něj nemocnice pořídí kopii zdravotnické dokumentace dle platného ceníku za pořizování kopie. Tuto kopii doporučuji předat pacientovi proti zaplacení nákladů spojených s jejím pořizováním. Snad jen pro úplnost uvádím, že každé nahlédnutí do zdravotnické dokumentace stejně jako pořizování výpisů či kopií se do této dokumentace zaznamenává.



Zajímavé www stránky – kesonová nemoc

Kesonová nemoc (nebo také dekompresní nemoc) je definována jako spektrum klinických příznaků, jejichž příčinou je náhlá změna tlaku plynu, který je rozpuštěn ve tkáních. Patofyziologie onemocnění se odvíjí od Henryho zákona. Onemocnění, jehož první případ byl popsán již v 19. století, vzniká hlavně u potápěčů, ale třeba i u letců, dělníků v dolech nebo astronautů.

Arterial gas embolism & decompression sickness

<http://physiologyonline.physiology.org/content/17/2/77.long>
Článek Toma Neumana z Kalifornské univerzity, který byl publikován v roce 2002 na internetovém portálu Americké fyziologické společnosti, detailně mapuje fyziologickou podstatu onemocnění. Podrobná textová část článku je doplněna o několik ilustrací a fotografií. V seznamu použité literatury pro tento článek autor odkazuje i na volně přístupnou verzi jednoho z prvních



článků, který o kesonové nemoci vyšel již v roce 1907, a to v *British Medical Journal*.

The Merck Manual: decompression sickness

www.merckmanuals.com/home/injuries_and_poisoning/diving_and_compressed_air_injuries/decompression_sickness.html

Text publikovaný v Merck Manualu mapuje základní problematiku kesonové nemoci.

Čtenář na jeho základě získá ucelený přehled o hlavních klinických příznacích (rozdělených na méně a více závažné), diagnostice, léčbě a zejména pak o preventivních opatřeních chránících před rozvojem kesonové nemoci.

Divers Alert Network

www.diversalertnetwork.org

Portál amerického sdružení, jehož cílem je osvěta ohledně bezpečnosti při potápění a poskytování odborných medicínských služeb potápěčům.

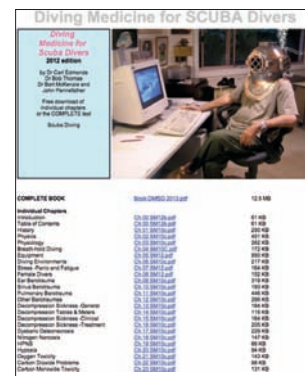
V sekci věnované odborné medicínským tématům („Medicine“) lze dohledat desítky velmi zajímavých odborných textů věnovaných právě zdravotním komplikacím při potápění. Na portálu jsou shromažďovány aktuální články včetně těch, které přibližují problematiku kesonové nemoci.

Diving Medicine for Scuba Divers

www.divingmedicine.info

Zájemci o detailní přehled medicínských problematiky potápění jistě ocení tento odkaz, který představuje kompletní a v roce 2013 aktualizovanou elektronickou verzi publikace „Diving Medicine for Scuba Divers“, jež vznikla v kolektivu australských odborníků.

Knihy obsahuje velké množství kapitol mapujících jednotlivé



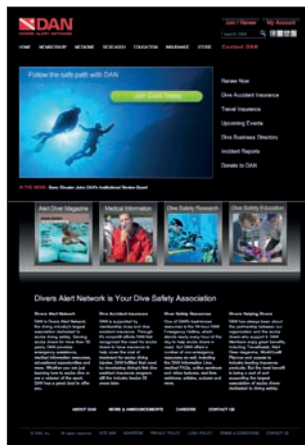
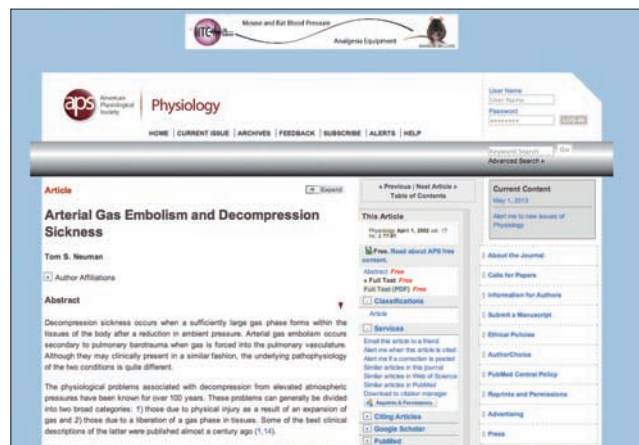
zdravotní komplikace potápění, podstatná část je věnována kesonové nemoci.

Altitude-induced decompression sickness

www.faa.gov/pilots/safety/pilotsafetybrochures/media/dcs.pdf

Na fakt, že kesonová nemoc není jen potenciální hrozbou potápěčů, se snaží upozornit tento text publikovaný na oficiálním internetovém portálu Federal Aviation Administration.

MUDr. Michal Pelíšek



ALTITUDE-INDUCED DECOMPRESSION SICKNESS

Tiny Bubbles, BIG Troubles

Decompression sickness (DCS) describes a condition characterized by a variety of symptoms resulting from exposure to low barometric pressures that cause inert gases (mainly nitrogen), normally dissolved in body fluids and tissues, to come out of physical solution and form bubbles. DCS can occur during exposure to altitude (altitude DCS) or during ascent from depth (mining or diving). The first documented cases of DCS (Caisson Disease) were reported in 1841 by a mining engineer who observed the occurrence of pain and muscle cramps among coal miners exposed to air-pressurized mine shafts designed to keep water out. The first description of a case resulting from diving activities while wearing a pressurized hard hat was reported in 1869.

ALTITUDE-INDUCED DECOMPRESSION SICKNESS

Altitude DCS became a commonly observed problem associated with high-altitude balloon and aircraft flights in the 1930s. In present-day aviation, technology allows civilian aircraft (commercial and private) to fly higher and faster than ever before. Though modern aircraft are safer and more reliable, occupants are still subject to the stresses of high altitude flight—and the unique problems that go with these lofty heights. A century and one-half after the first DCS case was described, our understanding

gas dissolved in that liquid will also decrease. One of the best practical demonstrations of this law is offered by opening a soft drink. When the cap is removed from the bottle, gas is heard escaping, and bubbles can be seen forming in the soda. This is carbon dioxide gas coming out of solution as a result of sudden exposure to lower barometric pressure. Similarly, nitrogen is an inert gas normally stored throughout the human body (tissues and fluids) in physical solution. When the body is exposed to decompressed barometric pressures (as in flying an unpressurized aircraft to altitude, or during a rapid decompression), the nitrogen dissolved in the body comes out of solution. If the nitrogen is forced to leave the solution too rapidly, bubbles form in different areas of the body, causing a variety of signs and symptoms. The most common symptom is joint pain, which is known as "the bends."

Trouble Sites

Although bubbles can form anywhere in the body, the most frequently targeted anatomic locations are the shoulders, elbows, knees, and ankles.

Table 1 lists the different DCS types and their corresponding bubble formation sites and their most common symptoms. "The bends" (joint pain) account for about 60 to 70% of all altitude DCS cases, with the shoulder being the most common site. Neurologic manifestations are present in about 10 to 15% of all DCS cases, with headache and visual disturbances being the



MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

číslo 13/2013

Šéfredaktorka

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

Redakce

Petra Klusáková, DiS. (Z domova)
tel. 225 276 388, e-mail: klusakova@mf.cz
Filip Kút Ctiores, DiS (Z domova, on-line)
tel. 225 276 176, e-mail: kut@mf.cz
Květa Havlová, DiS. (Ze zahraničí, Farmabyznys, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mf.cz
Mgr. Martin Cermák (Představuje)
tel. 225 276 436, e-mail: cermak@mf.cz
PhDr. Jana Jilková (Ze společnosti, rozhovory)
tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mf.cz
PaedDr. Jaroslava Sladká (Lékařské listy)
tel. 225 276 162, e-mail: sladka@mf.cz
MUDr. Andrea Skálavá (Lékařské listy)
tel. 225 276 418, e-mail: skalava@mf.cz

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

Editor/korektor

Mgr. Martin Cermák

Grafika a technická zpracování

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

Redakční rada Lékařských listů ZDN

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

OBCHODNÍ ODDĚLENÍ

fax 225 276 444

group sales manager

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

personální inzerce

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



generální ředitel

Ing. David Hurta

kreativní ředitel

René Decastel

ředitel divize Medical Services

MUDr. Martin Hofman

art director

Petr Honzák

DTP

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

MARKETING

ředitelka marketingu Jana Holková
brand manager Kristýna Dytrchová

DISTRIBUCE A VÝROBA

ředitelka distribuce a výroby
Soňa Starhová

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

výroba

Renáta Cermáková, Michaela Mrázová

Yvdává Mladá fronta a. s.,
sídlo: Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4
IČ: 49240315, www.mf.cz

adresa redakce:

Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN,
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222,
e-mail: zdn@mf.cz

DISTRIBUCE TITULU

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

Objednávky do zahraničí:
Mediaservis, s. r. o., zákaznické centrum,
Višňovská 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@abomkapa.sk

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

Yvdavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah inzertní ani jiných materiálů komerční povahy.

Tisk EUROPRINT a. s.
Číslo dáno do tisku 27. 6. 2013

Pretisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele. Tisťený náklad ověřuje ABC ČR, člen IF ABC.

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

PERSONÁLNÍ INZERCE

Výběrová řízení

Generální ředitel/ka

PŘEDSTAVENSTVO KRAJSKÉ NEMOCNICE LIBEREC, A. S., vyhlašuje výběrové řízení na pozici:

■ Generální ředitel/ředitelka

Zákonné předpoklady:

- dosažení 18 let věku,
- způsobilost k právním úkonům,
- bezúhonnost,
- fyzická osoba, která je státním občanem ČR nebo je cizím státním občanem s trvalým pobytem v České republice.

Požadavky na uchazeče:

- ukončené VŠ vzdělání,
- praxe minimálně 5 let ve vedoucí funkci v ČR ve zdravotnickém managementu,
- vysoká úroveň manažerských dovedností,
- orientace v právních předpisech vztahujících se k řízení akciové společnosti,
- znalost problematiky financování zdravotní péče,
- jazykové znalosti – komunikativní úroveň,
- řidičský průkaz skupiny B.

Požadované doklady:

- přihláška do výběrového řízení,
- strukturovaný životopis,
- ověřené kopie dokladů o nejvyšším dosaženém vzdělání,
- výpis z rejstříku trestů ne starší než 3 měsíce,
- lustrační osvědčení dle zákona č. 451/1991 Sb., ve znění pozdějších předpisů (platí jen pro občany ČR, nepožaduje se u osob narozněných po 1. 12. 1971; lze doložit v průběhu výběrového řízení),
- písemně zpracovaný návrh koncepce řízení a rozvoje nemocnice (v rozsahu max. 5-7 stran, formát A4), který by měl obsahovat: představu o strategickém vývoji nemocnice minimálně na 5 let, včetně komunikace se zdravotními pojišťovnami, ministerstvem zdravotnictví, vysokými školami apod.; vymezení priorit rozvoje nemocnice v oblasti ekonomické, investiční a odborné, stanovení pořadí priorit; představu o spolupráci a vztazích s ostatními poskytovateli lůžkové péče v kraji,
- v rámci ústního pohovoru: představa o sestavení manažerského týmu (ekonomický, technický, lékařský ředitel); manažerský systém motivací, způsob hodnocení jednotlivých týmů,
- písemný souhlas s nakládáním s osobními údaji v rámci výběrového řízení.

Pracovní poměr:

- na dobu neurčitou,

- termín nástupu k 1. 8. 2013 nebo dle dohody.

Způsob podání přihlášky:

- pouze písemně, s označením obálky „NEOTEVÍRAT – VÝBĚROVÉ ŘÍZENÍ – GENERÁLNÍ ŘEDITEL/ŘEDITELKA“,
- na adresu: Krajská nemocnice Liberec, a. s., personální oddělení, Husova 10, 460 63 Liberec 1,
- kontakt: PhDr. Alena Kučerová, alena.kucerova@nemlib.cz, tel.: 485 312 185.

Datum odeslání:

nejpozději do 10. 7. 2013.

Vyhlašovatel si vyhrazuje právo kdykoli výběrové řízení zrušit, a to i bez udání důvodu.

ZDN A131008967

Primář/ka gynekologie a porodnictví

STODSKÁ NEMOCNICE, A. S., vypisuje výběrové řízení na pozici:

■ primář/ka gynekologicko-porodnického oddělení

Kvalifikační předpoklady:

- specializovaná způsobilost v oboru gynekologie a porodnictví (včetně dokladů o dosaženém vzdělání, eventuálně osvědčení MZ ČR dle zákona č. 95/2004 Sb.),
- osvědčení ČLK k výkonu funkce primáře gyn.-por. oddělení,
- minimálně 10 let praxe v oboru.

Dále požadujeme:

- trestní bezúhonnost doloženou výpisem z trestního rejstříku ne starším než 3 měsíce,
- doklad o zdravotní způsobilosti,
- motivační dopis nebo představu o fungování gyn.-por. odd.,
- strukturovaný životopis,
- zaslání přihlášky do výběrového řízení včetně úředně ověřených kopií požadovaných dokladů.

Výhody:

- praxe v řídicí funkci primáře,
- znalost aktuálně platné legislativy ve zdravotnictví,
- znalost práce na PC,
- reference z předchozí pracovní činnosti,
- řidičský průkaz skupiny B.

Přihlášky do VŘ zasílejte do 19. 7. 2013 na adresu: MUDr. Jiří Suda, Hradecká 600, 333 01 Stod.

ZDN A131009702

Volná místa

Zástupce primáře LDN

OBLASTNÍ NEMOCNICE MLADÁ BOLESLAV, A. S., přijme zástupce/zástupkyni primáře na oddělení LDN.

Požadavky:

- VŠ vzdělání,
- specializovaná způsobilost v oboru geriatricke nebo vnitřní lékařství,
- zdravotní způsobilost,
- bezúhonnost,
- praxe v oboru,
- komunikační schopnosti.

Nabízíme:

- práci v nemocnici regionálního typu,
 - 5 týdnů dovolené,
 - smluvní finanční podmínky,
 - stravování, možnost ubytování.
- Termín nástupu dle dohody (možno ihned).

V případě zájmu kontaktujte Ing. Jitku Rejzlovou, tel.: 326 742 012, e-mail: jitka.rejzlova@onmb.cz

ZDN A131009431

Zástupce primáře gynekologie a porodnictví

NEMOCNICE NYMBURK, S. R. O., hledá zástupce primáře na gynekologicko-porodnické oddělení.

Požadujeme spec. způsobilost v oboru gynekologie a porodnictví.

Nabízíme:

- výhodné finanční ohodnocení,
- zájem stabilní společnosti,
- týden dovolené navíc,
- příspěvek na stravování,
- možnost ubytování.

Nástup dle dohody.

Strukturovaný životopis s přehledem odborné praxe a kopií dokladů o vzdělání zasílejte na e-mail: nepovimova.vera@nemnbk.cz

ZDN A131009615

Lékař/ka ARO

NEMOCNICE NYMBURK, S. R. O., hledá atestovaného lékaře na oddělení ARO.

Požadujeme:

- spec. způsobilost v oboru anesteziologie a resuscitace,
 - organizační a komunikační schopnosti,
 - občanskou a morální bezúhonnost.
- Nabízíme:
- odpovídající finanční ohodnocení formou smluvní mzdy,
 - zájem stabilní společnosti,
 - týden dovolené navíc,
 - příspěvek na stravování,
 - možnost ubytování.

K přihlášce nutno doložit:

- strukturovaný životopis s přehledem odborné praxe,
- kopii dokladů o vzdělání.

Přihlášky posílejte na e-mail: nepovimova.vera@nemnbk.cz

ZDN A131009615

Více pozic

NEMOCNICE MARIÁNSKÉ

LÁZNĚ, S. R. O., přijme do pracovního poměru lékaře/lékařky na interní oddělení a chirurgickou ambulanci.

Požadujeme:

- specializovanou způsobilost v oboru dle zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění,
- profesionální přístup,
- iniciativu,
- organizační schopnosti,
- morální a občanskou bezúhonnost.

Nabízíme:

- byt v Mariánských Lázních,
- nadstandardní mzdu,
- zájem silné a stabilní společnosti,
- podporu dalšího a celoživotního vzdělávání,
- týden dovolené navíc,
- plný nebo zkrácený pracovní úvazek.

Pokud vás naše nabídka zaujala, neváhejte zaslat strukturovaný životopis, případně doklady o odborné praxi na e-mail: mzdy@neml.cz nebo kontaktujte personální oddělení Nemocnice Mariánské Lázně, s. r. o., U Nemocnice 91/3, Mariánské Lázně, tel.: 354 474 254, 606 657 050, www.neml.cz

ZDN A131009410

Více pozic

MEDITERRA – SEDLČANY, S. R. O., přijme:

- **fyzioterapeuta** pro nelůžkové rehabilitační oddělení
- **lékaře/lékařku s atestací nebo specializovanou způsobilostí v oboru anesteziologie a intenzivní medicíny** na HPP (i na částečný úvazek) nebo na dohodu o pracovní činnosti pro oddělení následné intenzivní péče (NIP) a anesteziologický provoz

Nabízíme:

- zajímavou práci na kvalitně vybavených pracovištích,
- přátelský a tvůrčí kolektiv,
- finanční podporu odborného vzdělávání (stáží, seminářů, kongresů),
- odpovídající platové podmínky,
- zaměstnanecké benefity.

Nástup možný ihned nebo dle dohody.

Přihlášky včetně životopisu můžete zasílat na adresu: Mediterra – Sedlčany, s. r. o., Tyršova 161, 264 01 Sedlčany, e-mail: asistentka@mediterra-sedlcany.cz, tel.: 318 841 571, 318 841 515, případně se dostavit osobně na výše uvedené adresu.

ZDN A131009351

Více pozic

MĚSTSKÁ NEMOCNICE S POLIKLINIKOU UHERSKÝ BROD, S. R. O., přijme:

■ lékaře/ku s atestací FBLR do ambulance rehabilitace (odb. 201)

■ lékaře/ku na lůžkové oddělení následné péče

Nabízíme možnost dalšího odborného vzdělávání včetně získání potřebné atestace v oboru.

Blíží informace: tel.: 572 632 189. Písemné nabídky s životopisem a kopiemi dokladů o dosaženém vzdělání lze zaslat v písemné podobě na adresu: Městská nemocnice s poliklinikou Uherský Brod, Partyzánů 2174, 688 01 Uherský Brod, popřípadě e-mailem: reditel@nemub.cz

ZDN A131009405

Praktický lékař/lékařka

PŘELOUČSKÁ POLIKLINIKA, A. S., přijme praktického lékaře pro dospělé (možno i bez atestace, 2 roky praxe). Nástup ihned. Výhodné platové podmínky.

Blíží informace: e-mail: info@prelouckapoliklinika.cz, tel.: 777 900 901 (vedoucí lékař).

ZDN A131008246

Sestry – Velká Británie

PRIMARY CARE RECRUITMENT hledá sestry pro práci v centrech dlouhodobé a rehabilitační péče ve Velké Británii (v blízkosti Londýna).

Nabízíme:

- čistý měsíční plat od 1800 eur,
- pracovní smlouvu na dobu neurčitou,
- zprostředkování zdarma,
- dočasné ubytování.

Požadavky:

- Bc., DiS.,
 - znalost anglického jazyka.
- V případě zájmu prosím zašlete své CV v AJ na e-mail: iva@primarycarerec.com
- Více informací: www.primarycarerecruitment.ie

ZDN A131009627

Ostatní

Prodej ordinace

ZAVEDENÁ ORDINACE OFTALMOLOGIE V KRALUPECH Prodám, pronajmu nebo jiná forma spolupráce. Kontakt: tel.: 602 326 767.

ZDN A131009527

Pronájem

NABÍZÍME PRONÁJEM PROSTOR V CENTRU PLZNĚ o velikosti 209 m², vhodné pro ordinaci. Nabízíme i možnost spolufinancování. Kontakt: Trade Plzeň, tel.: 377 327 005.

ZDN A131009607

Předplatte si MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

a získejte zdarma dárkovou sadu CERRUTI



Dárková sada CERRUTI 1881
Poznámkový blok a kuličkové pero

Čistý design a luxusní vzhled černého bloku A6 je umocněn „slonovinovou“ barvou stránek. Na přední straně je blok ozdoben stříbrnou ražbou loga CERRUTI 1881 na elegantní chlopni, která je v uzavřené poloze spolehlivě držena magnetickou silou. Blok doplňuje elegantní kuličkové pero CERRUTI 1881 s kovovým tělem, povrchovou úpravou kombinující kovový lesk a černý lak, s modrou náplní.

Více informací o produktech na www.znackovedarky.cz

Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 11. 8. 2013. Předplatné na rok pouze za **590 Kč**



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku predplatne.mf@cpost.cz, uveďte své **jméno**, **doručovací adresu** a informaci, zdali jste nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZDN 0713**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách www.mf.cz



Volejte zdarma 800 248 248

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZDN 0713**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.



Pošlete SMS na číslo 900 09 06

ve tvaru **ZDN ABO jméno, příjmení, adresa, lékařská specializace** (v případě, že jste lékař) předplatitele. Cena SMS je 6 Kč včetně DPH. Službu provozuje goNET s. r. o. Technicky zajišťuje MobilBonus s. r. o. Help line 777 717 535 po-pá 9.00-17.00.

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

Mladá fronta a. s.
divize Medical Services

Váš
profesionální
partner

Každý lékař v ČR
čte minimálně jeden
z titulů Mladé fronty,
Medical Services

MEDICAL
SERVICES

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR