



ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

mf
MLADÁ FRONTA

15/2013

ČTRNÁCTIDENÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

Toto číslo vyšlo 29. 7. 2013



NÁZORY

Protonová terapie:
Pokrok lze pozdržet,
nikoli zastavit

STRANA 18



PŘEDSTAVUJEME

Mgr. MUDr. Igora
Piňose, CSc., advokáta,
gynekologa-porodníka
a bývalého lodního lékaře

STRANA 26



ZAJÍMAVÉ PRACOVISTĚ

Střípky ze soudního
Oddělení soudního lékařství
a toxikologie Nem. Sokolov

STRANA 24

Celkový zůstatek zdravotních pojišťoven **nepokryje jejich měsíční náklady**

Ministerstvo zdravotnictví od července 2013 zveřejňuje pravidelné přehledy zůstatků na fondech zdravotních pojišťoven. Široká odborná i laická veřejnost tak má možnost nahlédnout a lépe se orientovat v hospodaření zdravotních pojišťoven. Prvotní obrázek však není příliš lichotivý – současné rezervy pojišťoven jsou nyní nižší než celkové výdaje za péči.

Bývalý ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) byl během svého působení ve funkci opakovaně vyzván, aby učinil hospodaření zdravotních pojišťoven transparentnějším. Částečně se to však podařilo až na samém konci jeho zkráceného funkčního období, respektive po předání resortu do rukou jeho nástupce Martina Holcáta, podle něhož se ministerstvo rozhodlo pro průběžné zveřejňování zůstatků na účtech fondů jednotlivých zdravotních pojišťoven právě na základě opakovaných výzev ze strany poskytovatelů zdravotních služeb, patientských organizací, odborů i České lékařské komory a dalších organizací ve zdravotnictví.

Ministerstvo chce tyto informace na svých internetových stránkách (www.mzcr.cz) aktualizovat s měsíční periodicitou. „Kloním se k názoru, že veřejnost by o výsledcích hospodaření jednotlivých pojišťoven měla být informována, proto jsme zvolili tento transparentní a velmi přehledný způsob. Jedná se o veřejné prostředky, a proto nevidím důvod proč tak neučinit,“ míní nově

jmenovaný ministr zdravotnictví Martin Holcát.

VZP jde téměř na dno

Z tabulek zveřejněných ministerstvem lze vyčíst, že celkový zůstatek zdravotních pojišťoven, který dosahuje v jednotlivých měsících přibližně 16 miliard korun, nepokrývá ani jejich průměrné měsíční výdaje, jež činí zhruba 20 miliard korun. Tradičně největší hráč na trhu se zdravotním pojištěním – Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (VZP), která zajišťuje zdravotní péči pro cca 6 milionů klientů a disponuje relativně rizikovou rezervou ve výši jen zhruba 200 milionů Kč.

Naopak nejlépe si vede Zdravotní pojišťovna Ministerstva vnitra ČR (ZPMV) s více než 5 miliardami rezerv a Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (ČPZP), která si i díky fúzi se zaniknuvší Zdravotní pojišťovnou Metal-Alliance vede poměrně dobře a zatím disponuje téměř 4 miliardami. Obě tyto pojišťovny mají přibližně stejný počet klientů – celkem zhruba 2,5 milionu. V závěsu za nimi se

drží druhá nejmenší zdravotní pojišťovna, Revírní bratrská pokladna, s téměř 2 miliardami korun v rezervách. Tato pojišťovna se přitom stará pouze o 416 tisíc pojištěnců.

Současný zůstatek VZP je vzhledem k nedávným datům ještě relativně dobrý. Na konci května měla pojišťovna v rezervním fondu pouhých 12 tisíc korun, ve fondu prevence pak přibližně 8 milionů. Příjmy VZP za loňský rok činily téměř 146,9 miliardy a výdaje přesáhly 148,3 miliardy.

Čeká nás další krize?

Otázka případné krize systému veřejného zdravotního pojištění trápí nejen poskytovatele péče, kteří dlouhodobě poukazují na neutěšený stav financování zdravotnictví, ale zejména ředitele pojišťoven. Podle ministra zdravotnictví Martina Holcáta sice zatím o krizi hovořit nelze, ale ke konci roku by mohl nastat problém. Prakticky jakýkoli nečekaný výkyv, který by zvýšil objem poskytované péče, by mohl dostat systém do deficitu.

(pokračování na straně 2)



Martin Jan Stránský:
Pro USA je v českém
systému inspirující téměř
všechno. Amerika je na
tom prakticky v každé
možné kategorii hůř.

(více na str. 10)

Foto: archiv

Celkový zůstatek zdravotních pojišťoven nepokryje jejich měsíční náklady

(pokračování ze str. 1)

Podobně mluví i prezident Svazu zdravotních pojišťoven ČR (SZP) a současně ředitel v žebříčku nejvyšší postavené ZPMV Jaromír Gajdáček - ani podle něj se zatím o krizi nejedná. „Pokud se dohodneme s novým vedením ministerstva na některých krocích pro následující měsíce, o žádnou krizi by nemuselo jít a nehrozilo by nebezpečí, že by se finanční potíže prohloubily,“ uvedl Jaromír Gajdáček v Otázkách Václava Moravce (OVM). Podle jeho názoru v tuto chvíli dostupnost zdravotní péče není ohrožena a zatím nehrozí ani žádné prodlevy v podobě odkládání plánovaných výkonů apod.

VZP potřebuje finanční injekci

Cest vedoucích k řešení finančních problémů resortu se nabízí hned několik, ať už je to avizované navýšení plateb za státní pojištění nebo úhradová vyhláška. Zásadním faktorem při odvrácení hrozby krize je však stav financí největší zdravotní pojišťovny. Té by podle Martina Holcáta mohla pomoci půjčka od státu. „Máme možnost půjčky, velké půjčky, dlouhodobé půjčky, bezúročné půjčky státu kriticky ohrožené pojišťovně. Ať už to bude kterákoliv,“ uvedl ministr v OVM. Nikdo však dnes nepochybuje

Celkem zůstatky na bankovních účtech ke konci běžného období, včetně ostatních fondů a rezerv (v tis. Kč)

2012	1/2012	2/2012	3/2012	4/2012	5/2012	6/2012	7/2012	8/2012	9/2012	10/2012	11/2012	12/2012
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (111)	3 416 880	3 307 409	876 886	1 796 391	1 536 328	1 377 362	598 574	132 901	3 909 842	93 436	157 214	206 029
Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (201)	905 066	886 870	931 781	901 547	851 197	931 254	793 098	635 795	861 815	737 953	687 980	799 796
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205)	2 855 902	2 786 266	2 720 804	2 685 125	2 501 393	2 485 937	2 455 493	2 405 579	2 421 808	4 220 399	3 779 467	3 612 909
Oborová zdravotní poj. zam. bank, poj. a stav. (207)	1 315 049	1 337 818	1 595 969	1 267 965	1 409 954	1 411 036	1 347 499	1 354 436	1 485 753	1 384 466	1 347 000	1 437 561
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209)	584 650	601 058	583 791	572 066	549 570	550 724	496 425	513 165	549 851	517 463	513 315	533 996
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (211)	5 231 112	5 305 000	5 271 118	5 383 925	5 292 126	4 960 932	5 108 368	4 806 527	4 737 536	4 337 801	4 190 179	4 462 130
Revírní bratrská pokladna, zdrav. pojišťovna (213)	2 280 070	2 216 831	2 031 828	2 180 599	2 143 115	2 200 934	2 096 658	2 004 365	1 858 694	2 016 769	1 993 206	1 933 714
Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE (217)	2 171 009	2 279 979	2 154 937	2 259 069	2 164 890	2 032 347	1 866 103	1 737 262	1 640 828	-	-	-
2013	1/2013	2/2013	3/2013	4/2013	5/2013	6/2013	7/2013	8/2013	9/2013	10/2013	11/2013	12/2013
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (111)	757 493	522 302	495 125	748 033	208 193	955 991	-	-	-	-	-	-
Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (201)	957 386	1 070 813	1 026 907	1 078 546	1 000 717	1 227 956	-	-	-	-	-	-
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205)	4 039 256	4 214 693	4 060 659	3 891 598	3 765 028	3 902 016	-	-	-	-	-	-
Oborová zdravotní poj. zam. bank, poj. a stav. (207)	1 706 666	1 833 433	1 802 970	1 676 552	1 627 890	1 680 809	-	-	-	-	-	-
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209)	587 496	608 445	576 301	564 558	563 352	561 586	-	-	-	-	-	-
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (211)	4 899 678	4 943 737	5 155 504	5 100 679	5 057 634	5 096 495	-	-	-	-	-	-
Revírní bratrská pokladna, zdrav. pojišťovna (213)	2 192 170	2 228 316	1 963 612	2 109 129	2 020 243	1 799 238	-	-	-	-	-	-
Zdravotní pojišťovna METAL-ALIANCE (217)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Pozn.: Do prvního přerozdělování pojistného na veřejné zdravotní pojištění roku 2013 byla Ministerstvem financí ČR poskytnuta návratná finanční výpomoc, tzv. předsunutá platba, ve smyslu § 12 odst. 2 zákona č. 592/1992 Sb., o všeobecném zdravotním pojištění, v platném znění, ve výši 4 mld. Kč. Uvedenou částku budou zdravotní pojišťovny vracet ve dvou splátkách připadajících na měsíce listopad a prosinec roku 2013. (Zdroj: MZ ČR)

o tom, že onou kriticky ohroženou pojišťovnou bude právě VZP. Její ředitel Zdeněk Kabátek se už nyní přimlouvá za řešení, které všechny zbylé zdravotní pojišťovny tak dobře znají a jehož realizace se tolik obávají. Tím je již jednou aplikované přerozdělení zůstatků zdravotních pojišťoven, díky němuž VZP loni získala přibližně 3 miliardy korun. Ředitelé ostatních zdravotních pojišťoven však tuto variantu považují za neférovou. „Myslím si, že to je nespravedlivé a že je to špatně, protože dobře hospodářící subjekt bude doplácet na jiný

Základní ukazatele činnosti zdravotních pojišťoven

2012	Počet pojištěnců	Příjmy (tis. Kč)	Výdaje (tis. Kč)
Všeobecná zdravotní pojišťovna ČR (111)	6 171 190	146 883 323	148 353 113
Vojenská zdravotní pojišťovna ČR (201)	625 714	12 585 222	12 575 322
Česká průmyslová zdravotní pojišťovna (205)	1 168 685	22 449 575	23 160 156
Oborová zdravotní poj. zam. bank, poj. a stav. (207)	699 674	13 688 926	13 462 730
Zaměstnanecká pojišťovna Škoda (209)	136 959	2 961 846	2 940 805
Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra ČR (211)	1 186 766	23 494 349	23 116 814
Revírní bratrská pokladna, zdrav. pojišťovna (213)	416 217	7 669 589	7 661 408

Pozn.: Zdravotní pojišťovna Metal-Alliance byla ke dni 1. 10. 2012 sloučena s Českou průmyslovou zdravotní pojišťovnou. Počet pojištěnců je vyjádřen jejich průměrným počtem ve sledovaném období. (Zdroj: MZ ČR)

subjekt, který z různých důvodů finančně nevychází,“ komentoval tuto variantu prezident SZP Jaromír Gajdáček. Jak ministr zdravotnictví Martin Holcát, tak i jeho stínový protějšek v ČSSD Svatoopluk Němeček ovšem tento krok považují až za krajní řešení.

Legislativní nejistota

Vzhledem k nejistým poměrům ve sněmovně a stejně nejisté budoucnosti vlády Jiřího Rusnoka (která stále vyjednává s parlamentními stranami o získání důvěry) je podle ministra zdravotnictví Martina Holcáta nutné uvažovat i o záložních řešeních. Ačkoli nový šéf resortu bezprostředně po svém jmenování avizoval, že se bude snažit prosadit jak navýšení platby za státní po-

jištění, tak i případný odkup nedobytných pohledávek od zdravotních pojišťoven, rychlá půjčka od státu zřejmě bude nutná. O prosté půjčce totiž může rozhodnout ministerstvo financí, ovšem odkup pohledávek by musel posvětit rozpočtový výbor poslanecké sněmovny. Ostatní řešení dokonce vyžadují legislativní zásahy, které se bez zajištění většiny v poslanecké sněmovně neobejdou.

Podle bývalého ministra zdravotnictví Leoše Hegera bude vše záležet na tom, zda Rusnokova vláda získá důvěru. „Víte, ta naše nulová tolerance se ještě bude vyvíjet. Pokud vláda Jiřího Rusnoka získá důvěru, pak nebude TOP 09 potřebovat, protože bude disponovat hlasy jiných poslanců a jistě i sociální demokracie

bude pro to, aby se do zdravotnictví peníze přilévaly, i když my jsme to čtyři roky vydrželi bez této možnosti,“ komentoval v OVM variantu odkupu pohledávek Leoš Heger, který s takovým návrhem již dříve nepochodil u svého stranického kolegy a ministra financí Miroslava Kalouska.

„Za sociální demokracii mohu prohlásit, že všechna opatření, všechny kroky, se kterými přijde pan ministr Holcát a jež budou moci finančně stabilizovat zdravotnictví, podpoříme. To se týká jak odkupu pohledávek, tak i dalších opatření,“ reagoval Svatoopluk Němeček, který ovšem preferuje zejména zvýšení platby za státní pojištění, což je podle něj jediné systémové a čisté řešení.

Střídání prvních náměstků ministra zdravotnictví

Kompetence vyplývající z funkce prvního náměstka ministra zdravotnictví, na kterou k 1. srpnu rezignuje Marek Ženíšek (TOP 09), by měl převzít vrchní ředitel úseku ekonomiky Petr Salák. Získá však pravděpodobně pouze funkci řadového náměstka.

Podle serveru Aktuálně.cz má dosavadní vrchní ředitel úseku pro ekonomiku Petr Salák vystřídat ve funkci prvního náměstka ministra zdravotnictví Marka Ženíška (TOP 09), který ohlásil svoji rezignaci k 1. srpnu. Informaci serveru údajně potvrdil i ministr Martin Holcát.

Mluvčí úřadu Viktorie Plíková to však odmítla a naší redakci sdě-

lila, že Petr Salák převezme po Marku Ženíškovi zatím jen jeho kompetence a stane se pravděpodobně „pouze“ řadovým náměstkem. „Možných variant je několik,“ upozornila s tím, že vrchní ředitel Salák je pouze jedním z uvažovaných jmen. Definitivní jméno nástupce prý bude známo až počátkem srpna.

(fkc)

29. 7. 2013

Tabulky nad zlato

Nová informační služba ministerstva předkládá neveselý obrázek českého zdravotnictví ve snadno srozumitelné formě.

I z ministerstva zdravotnictví tu a tam vyjde něco bohulibého. Naposledy to lze říci o tabulkách, které se začaly objevovat na ministerském webu a ukazují hospodaření, přesněji řečeno zůstatky na účtech zdravotních pojišťoven. Ne



Martin Čaban

že by to dříve byly bůhvíjak tajné údaje, ale ministerstvo je rozhodně učinilo dostupnějšími.

Motivace pro pojišťovny

Je to příhodný krok hned z několika důvodů. Například jde o docela zajímavou motivaci pro pojišťovny, protože každý klient si na ministerských stránkách může celkem snadno najít údaje o tom, jak se jeho pojišťovně vede, a to

včetně časových řad, byť zatím jen od loňského ledna. Z tabulky je například na první pohled vidět, že Všeobecné zdravotní pojišťovně se celkové rezervy v červnu meziročně snížily v absolutním vyjádření z 1,4 miliardy korun na 956 milionů, relativně tedy o třetinu, zatímco ostatním pojišťovnám vesměs rezervy meziročně mírně rostly. To už je údaj, který by rýpavější klienti mohli chtít od největšího hráče na trhu se zdravotním pojištěním vysvětlit.

Myšlenka na druhé přerozdělení

Zajímavý je i součet všech zůstatků, který ke konci června či-

nil 15,2 miliardy korun, což je sice jen asi o 700 milionů méně než před rokem, ale hlavně je to o 5 miliard méně, než zdravotní pojišťovny dohromady potřebují na úhrady péče za jediný měsíc. Představa středně rozsáhlé epidemie nebo jiných mimořádných okolností pak logicky vnučuje neveselé scénáře o finančním kolapsu zdravotního pojištění v řádu pár týdnů. Také nic zvlášť nového, ale je to opět jasně a přehledně předloženo.

Není bez zajímavosti, že z těch 15,2 miliard rezerv připadá na VZP 956 milionů, zbytek si mezi sebe dělí šest oborových pojišťoven v čele se ZPMV (5 miliard) a ČPZP (4 miliardy). Je i není proto divu, že po těchto penězích pošilhávají politici ponoukaní VZP a v hlavách se jim honí myšlen-

ka na „druhé přerozdělení“, což je velmi eufemistický výraz pro znárodnění části přebytků oborových pojišťoven a jejich odezdání právě VZP. I nový mistr zdravotnictví Martin Holcát tuto myšlenku připustil jako jedno z možných řešení neutěšené finanční situace zdravotnictví, i když ke cti mu slouží, že s touto variantou nepracuje na prvních místech svých plánů.

Sen o jediném ústavu

Kdyby totiž skutečně došlo ke „druhému přerozdělení“ druhý rok v řadě, bude nejvyšší čas celý systém s několika zdravotními pojišťovnami definitivně zabalit, vrhnout se po slovenském vzoru do vyvlastňovacích soudů a splnit sen ČSSD o jediném ústavu. Znárodnění rezerv totiž z oborových zdravotních pojišťoven dělá už jen správce peněz, které ve skutečnosti stejně patří



Ilustrační foto: Leoš Chodura

VZP, jež jen čeká, až je bude potřebovat. V takovém případě vůbec nemá smysl udržovat při životě představu konkurence mezi zdravotními pojišťovnami, která je ostatně už dnes dost iluzorní a přinejmenším administrativně i dost nákladná. Zásadní otázku samozřejmě je, zda lze z pěkných a přehledných tabulek vyčíst také něco pozitivního. Zatím spíše ne. Ale ministerstvo chce v měsíční aktualizaci údajů pokračovat, tak se třeba jednou dočkáme.

Inzerce M13100011



AVASTIN JE HRAZEN Z PROSTŘEDKŮ VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ PRO INDIKACE KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM, KARCINOM PRSU, NSCLC A KARCINOM LEDVINY.
O ÚHRADĚ INDIKACE KARCINOM OVARIA DOSUD NEBYLO ROZHODNUTO.
PODMÍNKY ÚHRADY VIZ WWW.SUKL.CZ.

Kontrola angiogeneze



Avastin v léčbě karcinomu vaječníků

Avastin v úvodní linii léčby významně prodlužuje přežití bez progresu pacientkám s pokročilým karcinomem vaječníků





Leading angiogenesis inhibition

Účinná látka: bevacizumabum. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Roche Registration Limited, Velká Británie, Registrační číslo: EU/1/04/300/001-002. **Indikace:** Terapie metastazujícího karcinomu tlustého střeva nebo rekta v kombinaci s chemoterapeutickým režimem obsahujícím fluoropyrimidin. Avastin v kombinaci s paklitaxelem je indikován jako léčba první linie u nemocných s metastazujícím karcinomem prsu. Avastin v kombinaci s kapectabinem je indikován k první linii léčby nemocných s metastazujícím karcinomem prsu, u kterých se léčba jinou možnou chemoterapií, včetně antracyklinů a taxanů, nepovažuje za vhodnou. Nemocní, kteří byli v posledních 12 měsících léčeni režimem obsahujícím taxan a antracyklin v adjuvantním podání nemají být léčeni kombinací Avastin + kapectabin. Avastin přidáný k chemoterapeutickému režimu s platinou je indikován k léčbě první linie nemocných s neresekabilním pokročilým, metastatickým nebo rekurentním nemalobuněčným plicním karcinomem jiného histologického typu, než predominantně z dlaždicových buněk. Avastin v kombinaci s interferonem alfa-2a je indikován jako léčba první linie u nemocných s pokročilým a/nebo metastazujícím karcinomem ledviny. Avastin v kombinaci s karboplatinou a paklitaxelem je indikován k úvodní léčbě pokročilého (stádia III B, III C a IV dle FIGO) epitelového nádoru vaječníků, vejcovodů nebo primárního nádoru pobřišnice. Bevacizumab v kombinaci s karboplatinou a gemcitabinem je indikován k léčbě dospělých pacientů s první rekurencí epitelového nádoru vaječníků, vejcovodů nebo primárního nádoru pobřišnice citlivého na platinu, kteří nebyli dosud léčeni bevacizumabem nebo jiným inhibítorem růstového faktoru cévního endotelu (VEGF) nebo receptory VEGF. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na léčivou látku nebo jakoukoli pomocnou látku přípravku, na látku produkované ovariálními buňkami čínských křeček nebo na jiné rekombinantní lidské nebo humanizované protilátky. **Těhotenství. Upozornění:** Zvýšená pozornost u pacientů s intraabdominálním zálehlivým procesem (zvýšené riziko vzniku perforace a píštěle GIT), po operaci (možné komplikace při hojení ran), s nekontrolovanou hypertenzí (riziko hypertenzní krize a proteinurie), ve věku nad 65 let (zvýšené riziko vzniku arteriálních tromboembolických příhod), u pacientů s kongenitální hemoragickou diatézou, získanou koagulopatií nebo u pacientů léčených plnou dávkou antikoagulační k léčbě tromboembolismu před zahájením

léčby Avastinem. V případě vzniku tracheoesofageální píštěle nebo jakékoli píštěle 4 stupně trvale ukončit léčbu. Ukončení léčby zvážit v případě vnitřní píštěle mimo oblast GIT. V ojedinělých případech riziko vzniku reakce na infuzi/hypersenzitivní reakce. Nežádoucí účinky (některé z nich se jeví jako závažné) byly hlášeny při úžití v neregistrovaném nitrožilním podání. **Klinicky významné interakce:** Bevacizumab neovlivňuje v klinicky závažném rozsahu farmakokinetiku 5-fluorouracilu, karboplatinu, paklitaxelu a doxorubicinu. U některých pacientů léčebných kombinací bevacizumabu a sunitinib maláta byla hlášena mikroangiopatická hemolytická anemie (MAHA). **Hlavní klinicky významné nežádoucí účinky** (u pacientů léčených jak v monoterapii, tak v kombinaci s chemoterapií): Nejzávažnější pozorované nežádoucí účinky – gastrointestinální perforace, píštěle, hemoragie, arteriální a žilní tromboembolismus, syndrom reverzibilní zadní leukoencefalopatie, proteinurie, osteonektróza čelistí. Nejčastější nežádoucí účinky – astenie, průjem, dysfonie, nauzea a jinak nespecifikované bolesti, selhání vaječníků, ve většině případů reversibilní. Dávkování a způsob podání – Obecná doporučení: První dávka Avastinu by měla být podávána během 90 minut ve formě nitrožilní infuze. Jestliže je první infuze dobře snášena, druhá infuze může být podávána během 60 minut. Jestliže je dobře snášena infuze podávaná během 60 minut, všechny následující infuze mohou být podávány během 30 minut. Nepodávejte jako bolus v nitrožilní injekci nebo bolusovou injekci. Infuze nesmí být podávány nebo míchány s roztoky glukózy. Snížení dávky při výskytu nežádoucích příhod se nedoporučuje. V případě nutnosti musí být léčba buď trvale ukončena, nebo dočasně pozastavena. Doporučené dávkování pro jednotlivé diagnózy: Viz platný Souhrn údajů o přípravku (viz www.sukl.cz). **Dostupná balení přípravku:** 1x100mg bevacizumabu ve 4ml; 1x400mg bevacizumabu v 16ml koncentrátu pro přípravu infuze. **Podmínky uchování:** Uchovávejte v chladničce (2°C–8°C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte injekční lahvičku v krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Datum poslední revize textu:** 21. 2. 2013. **Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Podmínky úhrady viz www.sukl.cz.** Další informace získáte na adrese Roche s.r.o., Dukelských hrdinů 52, 170 00 Praha 7, tel. 220 382 111.

Primární léčba pokročilého karcinomu vaječníků

Dodávky léků loni stagnovaly

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) vydal svou výroční zprávu za rok 2012. Do lékáren putuje přibližně stejné množství léků ve stejné hodnotě jako v předchozím období. Balení jsou však větší a ceny vyšší vzhledem k vyšší DPH. Pacienti ovšem ušetří na regulačních poplatcích.

Podle výroční zprávy SÚKL byly v loňském roce dodány do lékáren léky v celkové hodnotě 58,72 miliardy korun, v roce 2011 to přitom bylo 58,93 miliardy. Ceny jsou však uvedeny bez marže a zvýšené DPH, což v případě loňské dodávky znamená navýšení až o 10 miliard korun.

Trendem jsou větší balení

SÚKL ve svých údajích rozlišuje jednak počty dodaných balení do lékáren a jednak počet tzv. definovaných denních dávek léků (DDD). A právě zde je patrný posun od předchozích období. Zatímco celkový počet balení doda-

ných do lékáren klesl z přibližně 298 na 280 milionů kusů, absolutní množství DDD stoupl o zhruba 5,3 na 5,9 miliardy. Rozdíl oproti roku 2011 je tedy v tom, že do lékáren putovaly léky ve větších baleních, což zejména pro chronicky nemocné pacienty znamenalo méně návštěv lékární, a tedy i méně časté placení regulačních poplatků.

Potvrzuje to i ředitel SÚKL Pavel Březovský, podle kterého se podařilo dosáhnout změny především u léků, jež jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění. „Pro pacienty je to dobrá zpráva v tom smyslu, že se nezvyšuje jejich spoluúčast, speciálně u léků, které jsou na předpis a jsou zvláště důležité pro léčbu. Meziročně klesla finanční náročnost na jednotlivá balení, nicméně stoupl počet dávek v jednom balení, to znamená, že docházelo k určitému předzásobení pacientů na delší časové období. Nicméně se podařilo udržet finanční

limity tak, že to umožnilo i určitým způsobem likvidovat inflaci, která v tomto segmentu trhu bývá vždy ještě větší než v ostatních segmentech hospodářství,“ shrnul ředitel Březovský.

Více lékáren i nových léků

Loni SÚKL zahájil 308 řízení o snížení maximální ceny a dokončil 185 řízení u přípravků, které už nejsou na trhu. Ukončil 211 správních řízení a vydal pravomocné rozhodnutí týkající se 3132 variant léčivých přípravků. Odhadovaná roční úspora ze zdravotního pojištění byla vypočítána na 1,8 miliardy korun.

Podle výroční zprávy mezi lety 2008 a 2012 stoupl počet registrovaných lékových kódů z 50 408 na 54 067, z toho dodávaných do lékáren ze 7552 na 8112. Přibývalo léků hrazených pojišťovnami z 5766 na loňských 6196. Na konci loňského roku SÚKL evidoval 2513 lékáren, 241 výdejlen lé-

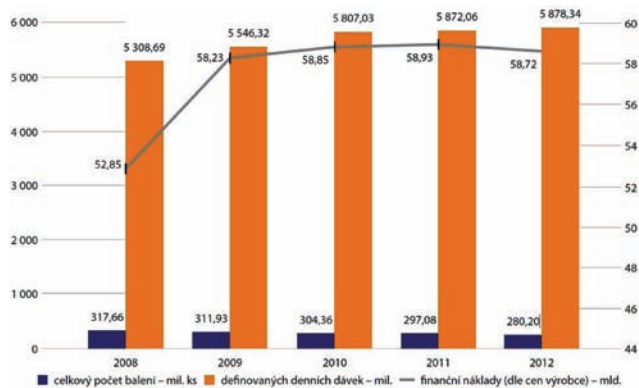
čiv a zdravotnických prostředků a 316 prodejců vyhrazených léčiv. Pokračoval trend mírného nárůstu počtu lékáren, oproti roku 2011 jich přibýlo 65.

Kontrolní činnost SÚKL

Inspektoři SÚKL provedli 804 inspekce lékáren, samostatných kontrol zacházení s návykovými látkami pak bylo 308. Kontrola dodržování zákona o cenách a pravidel cenové regulace proběhla ve 101 lékárnách. Po kontrolách bylo uloženo 95 pokut. Pět lékárnám byla pozastavena příprava léčivých přípravků a třem veškerá činnost. Mezi nejčastějšími důvody sankcí byl výdej léku se závadou jakosti, bez lékařského předpisu a výdej distributorem. Za prohřešky při zacházení s návykovými látkami byla uložena pokuta 15 lékárnám.

SÚKL loni řešil 264 podnětů ohledně porušení zákona o regulaci reklamy, oproti předchozímu roku přijal o 78 podnětů více. Ukončil 11 správních řízení, v nichž uložil 15 pokut v celkové výši 2,645 milionu korun. Celková výše uložených sankcí dosáhla 7,277 milionu korun. (ČTK, fkc)

Dodávky léčivých přípravků v letech 2008–2012



(Zdroj: SÚKL)

Města a obce budou moci zvýšit poplatky za lázeňské pobyty

Poslanci ve třetím čtení schválili vládní novelu zákona o místních poplatcích, která samosprávám mimo jiné umožňuje až zdvojnásobit poplatky za lázeňské a rekreační pobyty. Poslanci také na doporučení rozpočtového výboru sněmovny rozhodli, že návštěvníci lázní, kteří zde podstupují komplexní lázeňskou preventivní péči, nemusejí platit poplatek za lázeňský pobyt.

Města a obce mají nově možnost získat více peněz za lázeňské a rekreační pobyty. Horní hranice sazby poplatku za tyto pobyty se totiž schválením vládní novely zákona o místních poplatcích zvyšuje z původních 15 na 30 Kč za osobu a každý započatý den pobytu, vyjma dne příjezdu.

Výjimky z pravidel

Ačkoliv novela zákona městům a obcím neukládá, že poplatky musejí zvyšovat, existuje zde reálný předpoklad, že většina samospráv zákonem nově vystavě-

né mantinely v podobě zokorunového poplatku v tomto případě plně využije.

Poplatkům nebudou podléhat osoby nevidomé, osoby, jež jsou považovány za závislé na pomoci jiné fyzické osoby (dle zákona upravujícího sociální služby), a také držitelé průkazu ZTP/P – zproštění od poplatku se přitom týká i jejich průvodců. Stejně tak se poplatek netýká osob ve věku pod 18 let a nezaopatřených dětí, kterým by náležel přírůstek na dítě, a rovněž seniorů nad 70 let věku.

Novelou, respektive přijatým pozměňovacím návrhem dochází rovněž ke zohlednění účelu pobytu lázeňských hostů. Nově nemusejí platit pacienti, kteří v daném zařízení podstupují komplexní lázeňskou a rehabilitační péči, neboť ti již platí regulační poplatky za hospitalizaci. Podle Jana Bureše (ODS) nemohou být tímto poplatkem „trestáni“ pacienti, kteří si pobyt v lázních mnohdy ani nevyžádali a byli do nich přeloženi například po operaci, jakožto nemocní upoutaní na lůžko. „Pacient, jenž je v pracovní neschop-

nosti a za den hospitalizace platí regulační stokorunu, by neměl být zatěžován dvakrát, což se nyní děje, a to dalším poplatkem, který *de facto* souvisí s jeho léčebným. Jako zdravý by do lázní nejel a povinnost hradit tento poplatek by mu nevznikla, nebo by jel za účelem rekreace, a tak by neplatil regulační poplatek za den pobytu na lůžku,“ uvedl poslanec.

Navzdory odporu ministra financí Jana Fischera zůstala v zákoně možnost, aby obce mohly místo denní sazby stanovit týdenní, měsíční či roční paušál.

Exekuce dětí

Novelou dochází také ke změně dosavadní úpravy zákona, která definuje odpovědnost za placení poplatků nezletilými osobami – mnozí poslanci tuto pasáž označují mediálně vědeckých termínem „exekuce dětí“. Podle přijaté verze pozměňovacího návrhu platí pravidlo, že „je-li poplatník v době vzniku povinnosti zaplatit poplatek nezletilý, odpovídají za zaplacení poplatku zákonní zástupci nezletilého společně a nerozdílně“. V případě, že zákonný zástupce tento poplatek za dítě nezaplatí, bude peníze obci dlužit on. „Poplatek, který vznikl v době nezletilosti poplatníka, nelze tomuto poplatníkovi vyměřit ani po dosažení zletilosti,“ uvádí se v ustanovení. (fkc)

Lékárnám skončilo půlroční hájení, musejí zřetelně odlišovat léčivé preparáty a doplňky stravy

S počátkem července skončila půlroční lhůta, po kterou Státní zemědělská a potravinářská inspekce povolila doprodej doplňků stravy, na jejichž obalech byla užita dnes již nepovolená zdravotní tvrzení. Lékárny nyní musejí přehledně oddělovat léčivé přípravky od doplňků stravy a správně o nich informovat své zákazníky.

Například síť lékáren Harmonia používá srozumitelnou a viditelnou informaci o tom, zda zákazník kupuje léčivý přípravek se zaručeným účinkem, nebo pouze

doplňků stravy, který jim nemusí pomoci. Tyto lékárny zvolily jednoduché řešení – barevné rozlišení cenovek. „Na cenovky se dívá každý,

proto jsme jej zvolili jako rozlišovací. Léčiva mají šedivou cenovku, doplňky stravy bílou a legenda je viditelně umístěna. Obě kategorie jsou tímto jednoduchým opatřením zřetelně oddělené a zákazník na první pohled vidí, z jaké kategorie nakupuje – nemůže si tak splést přípravek k léčbě nebo prevenci s doplňkem stravy, který sice nesmí poškodit zdraví, ale také nemusí pomoci,“ říká odborný zástupce lékárny Harmonia v Trutnově Pavel Škvor.

Informují lékárny o léčivých a doplňcích?

Síť lékáren Harmonia tak reagovala na nařízení Evropské unie o zdravotních tvrzeních, které si klade za cíl omezit zavádějící a klamavé označování doplňků stravy. Právě zřetelné oddělení obou kategorií je výrazným krokem vpřed v informování pacientů. Podle mluvčí lékárny Har-

monia Romany Žatecké je běžnou praxí, že se doplňky stravy v některých lékárnách nabízejí společně s volně prodejnými léčivými přípravky. Zákazníci se soustředí na svůj zdravotní problém, ale nedokážou při koupi na první pohled rozlišit, co si vlastně kupují, přičemž účinky těchto přípravků mohou být diametrálně rozdílné.

Takové tvrzení ale odmítá prezident České lékárnické komory (ČLnK) Lubomír Chudoba. „Lékárny přísnější pravidla nařízení EU, jež zdravotní tvrzení upravuje, ctí a pacientům informací o tom, zda kupují doplněk stravy, či volně prodejný lék, běžně podávají,“ sdělil naší redakci.

Na dotaz, zda by lékárny měly postupovat v označování léčivých přípravků a doplňků jednotně, prezident odpověděl, že každá lékárna má pro oddělování přípravků svou politiku, kterou jim komora nediktuje.

Ochranné smlouvy o zodpovědnosti

Prezident Chudoba připomněl podpůrné kroky komory, například dohodu ČLnK s úředníky Státní zemědělské a potravinářské inspekce, jež poskytla výrobcům, distributorům a lékárnám po přijetí nařízení ještě půlroční lhůtu, ve které mohli doprodat doplňky v původních baleních nebo dokud přípravkům nedoběhla expirace.

„Česká lékárnická komora také ve spolupráci s právníky připravila lékárnám smlouvy, které podepsaly spolu s distributory, že tyto přebírají veškerou zodpovědnost za splnění kritérií daných nařízením EU o zdravotních tvrzeních,“ doplnil Lubomír Chudoba. Podobnou smlouvu podepisovali rovněž distributoři s výrobci přípravků.

Jak naši redakci prezident dále sdělil, komora se nyní připravuje na změny v občanském zákoníku, který bude nově zvyšovat odpovědnost lékárníků za informace, jež podávají pacientům při výdeji léků.

Petra Klusáková



ilustrační foto: Shutterstock

Protonová terapie je dle HTA analýzy ekonomicky výhodná

Institute of Health Economics and Technology Assessment (iHETA) v HTA analýze porovnal protonovou terapii se stávajícími metodami při léčbě onkologických pacientů v ČR. Výsledky ukazují, že protonová terapie vykazuje ve vybraných diagnózách podstatně větší bezpečnost a ochranu zdravých tkání, což se promítá do zlepšení kvality života.

Analýza potvrzuje, že cena protonové terapie je v případech, pro které je indikována, konkurenceschopná s cenou precizních technik fotonové radioterapie a z dlouhodobého hlediska plátcí zdravotní péče přináší výraznou finanční úsporu díky významně lepší kvalitě života pacientů, kteří po šetrnějším ozáření zbytečně netrpí nežádoucími dlouhodobými účinky.

Kvalita života po ozařování mozku

Podstatný medicínsko-společenský význam má rovněž parametr QALY (quality adjusted life years) označující získané roky standardně kvalit-

ního života a zohledňující jak délku, tak i kvalitu života. Dobrou ilustrací rozdílných hodnot tohoto parametru u protonů a u fotonů jsou například dětské mozkové nádory. Fotonová radioterapie kvůli svým fyzikálním vlastnostem přináší pacientům častější výskyt a nepříznivější průběh mnohdy výrazně handicapujících nežádoucích účinků, což se cestou nízké kvality života projevuje také ve snížení hodnoty QALY. Další život dítěte je poznamenán snížením intelektu, poruchou paměti, hormonální dysfunkcí nebo těžkými deformacemi kostí.

Korektní analýza nákladové efektivity vždy hodnotí i náklady na ře-

šení těchto komplikací, což se pak mnohdy zásadním způsobem odráží v konečné ceně terapie. Ze studie kupříkladu vyplývá, že náklady na vyrovnání trvalých postižení během životního cyklu (ztráta sluchu, deficit růstového hormonu atd.) jsou až 15násobně vyšší po fotonové radioterapii, zatímco následky po léčbě pomocí protonů jsou téměř nulové.

Nákladná léčba a úspory systému

U rakoviny prostaty se cena za získaný rok kvalitního života pohybuje od 250 tisíc korun/QALY podle stadia a stáří pacienta. U ní je léč-

ba protony (za 263 tisíc korun) co do přímých nákladů zdravotních pojišťoven v ČR v porovnání s fotonovou radioterapií RapidArc (324 tisíc korun) levnější, s rozdílem 61 tisíc. Výhodou protonů je navíc opět vyšší kvalita života bez rizika snížené sexuální potence a rizika inkontinence moči i stolice reprezentována ziskem 0,42 QALY navíc.

„Léčba karcinomu prostaty konvenční radioterapií neposkytuje uspokojivou kontrolu nádoru při akceptaci nežádoucích účinků. Protonová terapie nabízí lepší eskalaci dávků i lepší dávkovou distribuci do nádoru. Celkem bylo identifikováno 21 studií hodnotících účinnost

a bezpečnost protonové terapie v léčbě rakoviny prostaty,“ uvádějí autoři analýzy Klára Kruntorádová a Tomáš Doležal z iHETA.

Americká společnost radiční onkologie (ASTRO) také již oficiálně potvrdila přínos protonové léčby v případě karcinomu prostaty. „Při léčbě 600 českých pacientů s karcinomem prostaty protonová terapie přinese českým zdravotním pojišťovnám roční úsporu ve výši 54 milionů korun,“ uvádí příklad ředitel pražského protonového centra prof. Manfred Herbst. „Již dnes můžeme prezentovat výborné výsledky léčby dětských pacientů. V pražském centru se budeme nadále věnovat především léčbě nádorů mozku, prostaty, plic, slinivky břišní a nádorům v oblasti hlavy a krku,“ upřesňuje profesor Herbst. (klu)

Švýcarský soud dal znovu za pravdu ČR v kauze Diag Human

Švýcarský Federální soud odmítl odvolání společnosti Diag Human ve sporu s Českou republikou o náhradu škody za údajně zmařený obchod s krevní plazmou a potvrdil svůj verdikt z června tohoto roku, kterým byly ČR uvolněny zablokované peníze na účtech u tamních bank.

Informoval o tom na svém webu Úřad pro zastupování státu ve věcech majetkových (ÚZSMV). Diag Human to však popírá.

Bezmála 10 miliard

Jak už náš list informoval v minulém vydání, Česká republika začala získávat v dlouholetém sporu se společností Diag Human převahu. Po Rakousku a Francii je podle ÚZSMV potvrzen i úspěch ve Švýcarsku. Podle ministerstva zdravotnictví se firma neoprávněně domáhá náhrady škody za údajně zmařený obchod s krevní plazmou na základě nepravomocného rozhodčího nálezů ze srpna roku 2008. Arbitři tehdy společností Diag Human přisoudili náhradu škody včetně úroků a poplatků z prodlení ve výši 8,33 miliardy korun. Podle právního zástupce společnosti Diag Human Jana Kalvody prý tato část-

ka – kvůli úrokům z prodlení – dosahuje bezmála 10 miliard Kč.

Nevyslyšené odvolání

Celý spor se tedy točí zejména okolo toho, zda rozhodčí nález z roku 2008 je, či není pravomocný. Právě na základě tohoto dokumentu totiž společnost Diag Human v předchozích letech sbírala dílčí úspěchy před evropskými i světovými soudy, kde v několika případech docílila i obestavení účtů a majetku ČR. Nyní se ale karta obrací a soudy se začínají přiklánět k interpretaci českého Úřadu pro zastupování ve věcech majetkových (ÚZSMV).

Posledního úspěchu ČR dosáhla poté, co švýcarský Federální soud 22. 7. 2013 odmítl odvolání firmy Diag Human proti rozhodnutí soudu v Curychu. „Důvodem byla skutečnost, že společnost Diag Human nezaplátla soudní popla-



Ilustrační foto: Shutterstock

tek za odvolání proti rozhodnutí vrchního soudu kantonu Curych podané ke švýcarskému Federálnímu soudu,“ uvedl vedoucí samostatného oddělení komunikace ÚZSMV Robert Hurt. Vzhledem k tomu, že firma Diag Human nepodala včas odvolání ani proti výroku ženevského soudu z 24. 6. 2013, je podle Hurta vítězství ve Švýcarsku de-

finitivní a exekuční řízení proti ČR v této zemi končí. To však Jan Kalvoda popírá. „Společnost Diag Human zaplatila poplatek za zpětvzetí své žádosti o odvolání. Teprve po rozhodnutí trestního soudu – v souladu s doporučením soudu civilního – Diag Human znovu požádá o zajištění těchto prostředků, stejně jako o formální právní uznání svého nároku,“ sdělil v tiskovém prohlášení.

Nekonečný příběh?

Firma už dříve reagovala prostřednictvím svého právního zástupce tak, že uvolněné peníze nepatří státu, ale obžalovaným v kauze Mostecké uhelné. Peníze státu jsou podle Diag Human stále zablokovány. „Ženevský soud první instance v jednom z pobočných soudních sporů rozhodl o uvolnění účtů obžalovaných

v kauze podvodu a praní špinavých peněz spojených s privatizací Mostecké uhelné společnosti,“ uvedl pro ČTK Jan Kalvoda po červnovém rozhodnutí soudu v Ženevě. Podle právníka Diag Human prostředky nepatří ČR. Ta prý v trestní kauze před švýcarským soudem v Bellinzoně vůbec nefiguruje a peníze státu jsou údajně stále zablokovány.

Diag Human vedla od roku 2011 s Českou republikou spor hned na několika zahraničních frontách – konkrétně se jedná o Lucembursko, Francii, Rakousko, Velkou Británii, Švýcarsko i USA. Nároky Diag Human na základě zmíněného rozhodčího nálezů z roku 2008 uznal pařížský a vídeňský soud – při odvolacím řízení však byla úspěšná Česká republika. „Společnost Diag Human zároveň upozorňuje, že všechna ostatní zahraniční exekuční řízení, včetně řízení v USA, dále pokračují. Dokončuje se i příprava zahájení exekučních řízení v dalších pěti zemích,“ připomněl právník Jan Kalvoda.

Filip Kút Citores

S novou minimální mzdou se zvýší také odvody zdravotního pojištění

Změna nařízení vlády o minimální mzdě, kterou kabinetu předložil ministr práce a sociálních věcí František Koníček, zvýšila mzdu ze současných 8000 na 8500 korun. Jen VZP eviduje přibližně 150 tisíc dotčených pojištěnců bez zdanitelných příjmů, kteří budou muset sami své zdravotní pojištění navýšit.

„Minimální mzda je vyměřovacím základem pro odvody zdravotního pojištění u osob bez zdanitelných příjmů. To jsou lidé, kteří celý kalendářní měsíc nejsou zaměstnáni, nemají příjem z podnikání ani za ně neplatí pojistné stát. Tedy například studenti nad 26 let nebo nezaměstnaní, kteří nejsou evidováni na úřadu práce,“ uvedl mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) Oldřich Tichý.

Při zvýšení mzdy na 8500 korun se vypočítaná částka pojistného (13,5 %) zvýší z 1080 na 1148 Kč. Tito pojištěnci budou muset sami zvýšit zdravotní pojištění o 68 Kč.

Splatnost do září

„Jelikož zvýšení platí od srpna, musí být platba pojistného navýšena již za srpen. Ta je u osob bez zdanitelných příjmů splatná nejpozději 9. září 2013. Na změnu musejí zareagovat také všichni zaměstnavatelé, kteří jsou povinni upravit odvody na pojistné u svých zaměstnanců. U zaměstnanců je minimální mzda minimálním vyměřovacím základem pro odvod pojistného. Dojde tím ke zvýšení doplatků do minimálního vyměřovacího základu či ke zvýšení platby za každý den neplaceného volna. V tomto případě jde ale o povinnost zaměstnavatele,

zaměstnanci se nemusejí sami o nic starat. Odvod pojistného za srpen je u zaměstnavatelů splatný do 20. září 2013. Pro podnikatele se zvýšením minimální mzdy odvody na zdravotní pojištění nemění, stejně jako se nemění platba státu za státní pojištěnce,“ vysvětlil pravidla odvodů mluvčí Tichý.

Pojišťovna podle předběžných odhadů odboru pro výběr pojistného dostane ročně o 210–250 milionů více. Celému systému zdravotnictví, tedy VZP a zaměstnanec-kým pojišťovnám dohromady, ročně přibude přibližně 350 milionů korun.

Aby se vyplatilo pracovat

„Zvýšení minimální mzdy je jedním z mých prioritních úkolů, považuji jej za zásadní – lidem se musí vyplatit pracovat,“ uvedl ministr Koníček.

Výše minimální mzdy od roku 2007 stagnovala, naposledy se tehdy zvýšila ze 7955 na 8000 korun. Na zvýšení se před časem shodla Rada hospodářské a sociální dohody ČR (tripartita). U zaměstnanců z řad příjemců invalidního důchodu, kteří v důsledku zdravotního postižení dosahují prokazatelně nižšího výkonu ve srovnání s jinými zaměstnanci,

se kvůli nutnosti jejich ochrany na trhu práce výše minim ponechává na současné úrovni.

„Nyní je třeba dát firmám, které zaměstnávají převážně lidi se zdravotním postižením, dostatek času vyrovnat se s dříve zvýšenými mzdovými náklady (o 2000, respektive 4000 korun), nepropouštět a udržet zaměstnanost i pracovní místa pro zdravotně postižené. Současně by opatření nemělo zhoršit postavení na trhu práce u těch invalidních lidí, kteří dosud nejsou zaměstnaní a pracovní uplatnění teprve hledají,“ uvedlo MPSV.

Petra Klusáková

Psychologové z Brna chtějí napodobit model fakultních nemocnic

Po krátkém zkušebním provozu začala na webové adrese *poradna.fss.muni.cz* fungovat virtuální psychologická poradna, kde může kdokoli anonymně položit dotaz. Poradna vznikla jako součást Centra poradenství, personalistiky a diagnostiky v rámci projektu „Inovace výuky na katedře psychologie“.



Illustrace foto: Shutterstock

Virtuální poradna slouží na jedné straně jako místo, kde se zájemci mohou zeptat na řešení svých potíží, na straně druhé i jako další možnost, jak mohou studenti psychologie získat praxi. Právě oni tvoří část týmu poradců. Autoři projektu pracují se zkušenostmi ze zahraničí i z českých internetových aktivit v oblasti psychologického poradenství. „Navázali kontakt s několika mentory, kteří měli zkušenost s internetovým poradenstvím

a nyní jsou součástí poradny. Jde o pracovníky katedry a doktorandy, je mezi nimi například Jakub Černý, který pracoval v internetové protidrogové poradně, nebo Ester Danelová, jež pracovala na největším psychologickém portálu u nás Psychologie.cz,“ popisuje vznik virtuální poradny Kateřina Novotná z katedry psychologie FSS MU. Fungování poradny v praxi vypadá tak, že na příchozí dotaz odpovídá tým studentů pod supervizí mentora. „Tým tvoří patnáct studentů, ti se střídají ve službách po dvojicích, které vždy vytvoří odpověď, jejich práci pak komentují další dva jejich kolegové. Výsledek pak dostává mentor, který jej upraví a případně vrátí k přepracování, teprve pak se odpověď na internetu publikuje,“ říká Ka-

teřina Novotná, která předpokládá, že tematicky obecně nejvíce půjde o vztahy, ať už partnerské nebo rodinné, o otázky sebevědomí a sebedůvěry, ale častým tématem bude také jak se dobře cítit mezi lidmi.

Inspirace z Belgie a Švýcarska

Autoři nápadu pracují při vytváření koncepce poradny centra s analogií k fakultním nemocnicím, do budoucna by proto při katedře psychologie mohla vzniknout klasická psychologická poradna. „Lidé mají fakultní nemocnice v oblíbenosti, že se tam při své léčbě dostanou k nejnovějším metodám a informacím. Rádi bychom, aby jednou podobně vnímali i nás,“ říká Kateřina Novotná.

Vytvoření fyzické podoby tréninkové poradny ovšem není úplně jednoduché, v českých podmínkách to totiž není tak obvyklé jako například v USA a ani jinde v Evropě se nejezdá o zcela běžný fenomén. Inspiraci brněnští psychologové našli v několika podobných projektech, například v Belgii či ve Švýcarsku. „Zjišťujeme, jak byly projekty realizovány a jak ma-

jí ošetřeny třeba otázky etiky. Například v Belgii v tamní poradně vedou konzultace terapeuti, ale studenti je za jednosměrným zrcadlem pozorují a celý rok tráví při těchto násleších. Ke vzniku fyzické podoby poradny v Brně ještě povede dlouhá cesta,“ říká Kateřina Novotná.

Usnadnit prosazení záměru by měla i aktuálně zřízená virtuální internetová poradna. Ta je stejně jako celé Centrum poradenství, personalistiky a diagnostiky podpořena z Operačního programu Vzdělávání pro konkurenceschopnost.

David Daniel

Represe vysokou poptávku uživatelů drog neřeší

V Česku se ročně spotřebuje odhadem 18,2 tuny konopných drog, 4,7 tuny pervitinu, 1,2 tuny heroinu a zhruba 870 kg kokainu. Spotřeba konopných drog v ČR je kryta především domácí výrobou a obsah THC se u *indoor* pěstovaného konopí pohybuje mezi 12 a 20 %.

Spotřeba vybraných drog je odhadována dle užívání nelegálních látek zjištěného v celopopulačních průzkumech, z prevalenčních odhadů problémového užívání drog a z dat o průměrné spotřebě drog podle uživatelských návyků. Národní monitorovací středisko pro drogy a drogové závislosti odhaduje spotřebu pervitinu na 4,7 tuny, z toho zhruba jedna třetina slouží pro vlastní spotřebu výrobců, dvě třetiny směřují na český trh a několik desítek kilogramů pervitinu je vyvezeno za hranice České republiky.

Zájem z Německa

Pervitin se vyrábí zejména v malých domácích a snadno přemístitelných laboratořích, čímž se výrobce snaží předějit odhalení trestné činnosti. Základní látkou pro výrobu pervitinu jsou léky s obsahem pseudoefe-

drinu dovážené z Polska, ale také z Německa a Slovenska. Na významu nabývá drogový trh s pervitinem v severozápadních Čechách, kde roste poptávka ze strany německých občanů.

Jak vyplývá z nedávno zveřejněné výroční zprávy Národní protidrogové centrály za rok 2012, neustále se zvyšuje množství zachycené marihuany a pervitinu a v minulém roce bylo orgány činnými v trestním řízení zajištěno celkem 563 kilogramů marihuany a téměř 32 kilogramů pervitinu.

Špička drogového ledovce

„V porovnání s odhadovaným spotřebovaným množstvím drog v Česku představují policejní záchyty pouhou špičku ledovce. Protidrogová represe a snahy o snižování na-

bídky drog jsou sice neoddělitelnou součástí integrované protidrogové politiky, bohužel samotná represe neřeší podstatu problému, tedy velmi vysokou poptávku po drogách ze strany uživatelů. Minimálně stejnou pozornost jako vymáhání práva musí být věnována také preventivním programům a cíleně pracovat s ohroženými skupinami, především s dětmi a mladistvými. Totální válka proti drogám nemá cenu vést, protože je provázena řadou zbytečných obětí a ztrát. Účinnou kombinací preventivních a represivních opatření můžeme dosáhnout snížení negativních dopadů užívání drog na českou společnost. Nepůjde to však bez finančních prostředků, které se ovšem společnosti záhy mnohonásobně vrátí,“ komentuje situaci národní protidrogový koordinátor Jindřich Vobořil. (klu)

Recenzní web o lékařích porušuje zákon

Úřad pro ochranu osobních údajů (ÚOOÚ) zveřejnil závěry kontroly polské společnosti ZnanyLekarz, která na českém internetu provozuje webové stránky ZnámýLékař.cz. Podle inspektorů web porušuje některá ustanovení zákona o ochraně osobních údajů a musí dosavadní praxi ukončit.

Radě lékařů (zejména těch, kteří provozují soukromé praxe) se uleví. V minulosti tolik kritizovaný web ZnámýLékař.cz, na nějž již dříve upozorňovala Česká lékařská komora, musí přehodnotit svoji dosavadní praxi a vzhledem ke konceptu celého projektu nejspíš skončí. Na základě opakujících se podnětů ÚOOÚ při prověřování zjistil, že polská firma nerespektuje zde platnou právní normu o ochraně osobních údajů, tedy zákon č. 101/2000 Sb.

Chybějící souhlas

Podle inspektorky ÚOOÚ Jany Rybínové se na úřad začali obracet čeští lékaři a další zdravotníci pracovníci s tím, že společnost na internetu zveřejňuje jejich osobní údaje bez jejich souhlasu. „Zdravotníci pracovníci uváděli, že na jejich výzvy k odstranění jejich osobních údajů společnost nereaguje. Úřad proto na základě těchto stížností zahájil kontrolu,“ uvedla důvody inspektorka.

Podle ÚOOÚ ze zákona č. 101/2000 Sb. plyne, že deklarování nesouhlasu se zveřejněním svých osobních údajů, včetně žádosti o odstranění záznamů z databáze, je považová-

no za odvolání souhlasu se zpracováním osobních údajů. „Společnost ZnanyLekarz je povinna osobní údaje odstranit – nejen podle zákona, ale i podle vlastních podmínek, které sama deklaruje,“ uvedli inspektoři ve své zprávě.

Konec zažité praxe

Kvůli zjištěným pochybením byla úřadem stanovena nápravná opatření – společnost musí ihned přestat se zpracováváním osobních údajů zdravotnických pracovníků, pokud k tomu nemá jejich souhlas. Již zveřejněná data těch, kteří si stěžovali u ÚOOÚ, musí společnost neprodleně zlikvidovat.

„Pokud chce zdravotník řešit věc soudní cestou i po odstranění údajů a mít tak možnost prokázat, že zveřejněné údaje, které vložil k jeho profilu jiný uživatel, byly nezákonně povahy a jejich zveřejněním došlo k porušení osobnostních práv, je společnost povinna zajistit vedení přesných údajů registrovaných osob tak, aby údaje pro uplatnění občansko-právní žaloby zdravotnickému pracovníkovi na jeho žádost předala,“ upozornila Jana Rybínová.

(fkc)

VFN v Praze v roce 2012 hospodařila s mírným přebytkem

Lékaři jedné z největších nemocnic v ČR v roce 2012 ambulantně ošetřili 1,467 milionu pacientů a více než 55 tisíc jich hospitalizovali. Provoz nemocnice loni stál 6,8 miliardy korun, vedení nemocnice se podařilo dosáhnout vyrovnaného hospodaření s mírným přebytkem ve výši 1,68 milionu korun.



VFN – dětský areál Na Karlově. | Foto: Leoš Chodura

„Jsem velmi ráda, že se nám přes nepříznivé ekonomické podmínky podařilo udržet v roce 2012 vyrovnané hospodaření a můžeme tak pacientům poskytovat moderní a kvalitní péči a zároveň postupně modernizovat provozy,“ uvedla ředitelka Všeobecné fakultní nemocnice v Praze (VFN) Dana Jurásková.

Nemocnice, která poskytuje péči ve všech základních oborech, zajišťuje také komplexní lékárenskou péči, včetně technologicky náročných příprav cytostatik nebo sterilních léčivých přípravků. Ve vazbě na 1. lékařskou fakultu

Univerzity Karlovy je základnou vědy a výzkumu pro celé české zdravotnictví. „Naše nemocnice má nejdelší tradici akademické medicíny u nás a od svého založení do současnosti je největším výzkumným medicínským pracovištěm v České republice,“ zdůraznila ředitelka Jurásková.

Tříčtvrtinová výtěžnost

Mezi dlouhodobě klíčové programy VFN patří zejména diagnostika a léčba nádorových, kardiovaskulárních a metabolických onemocnění, chorob krve a krevetvorných orgánů, traumatologická péče, péče o pacienty s onemocněním nervové sousta-

vy a duševními chorobami a péče o matku a dítě.

V roce 2012 VFN realizovala několik investičních akcí, které dle vyjádření vedení významným způsobem přispívají ke zlepšení, případně rozšíření poskytované léčebné a diagnostické péče. „Podařilo se otevřít nové pracoviště angio-CT umístěné na 2. chirurgické klinice, zrekonstruované Centrum asistované reprodukce na gynekologicko-porodnické klinice, proběhla komplexní rekonstrukce lůžkového oddělení kliniky anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny. Ambulantní část kliniky tuberkulózy a respiračních onemocnění se přestěhovala do rekonstruovaných prostor fakultní polikliniky,“ vypočetla Dana Jurásková. VFN má pro pacienty k dispozici celkem 1539 lůžek, 231 z nich je určeno pro intenzivní péči. Jejich výtěžnost v roce 2012 dosáhla 76,5%. Průměrná ošetřovací doba činila 5 dnů. Celkem nemocnice v roce 2012 vygenerovala 383 064 ošetřovacích dnů. (klu)

Zrušení nadstandardů dostává dotčené strany do paradoxních situací

Soukromé kliniky se příliš neobávají možného zrušení nadstandardů od roku 2014, upozorňují však na masivní pokles příjmu všech lůžkových zdravotnických zařízení o 1,5 miliardy korun, jež dosud nemocnice vybíraly prostřednictvím poplatku za pobyt.

„Jsem přesvědčen, že zrušení možnosti nadstandardní péče je krokem zpět. Věřím, že jakmile se zákonodárci vypořádají s připomínkami Ústavního soudu, opět se možnost nadstandardů zavade a bude dále rozšiřována,“ uvádí ředitel Kliniky GHC Praha Viktor Furman. „Samotné zrušení nadstandardů mnoho peněz z rozpočtů nemocnic neubere. Daleko větším zásahem pro nemocniční rozpočty je snížení regulačního poplatku za pobyt v nemocnici. Pokud za noc pacienti od roku 2014 zaplatí 60 korun, nemocnice, které působí v rámci systému veřejného zdravotního pojištění, tak mohou přijít až o 1,5 miliardy korun ročně,“ počítá ředitel Furman.

„Zrušení nadstandardní péče znamená, že například poskytnutí lehčí sádky bude věcí dohody pacienta a lékaře a ochoty příslušné zdravotní pojišťovny kryt tento dražší způsob léčby. Pokud se zdravotní pojišťovna nebude chtít na nákladech podílet, musí si je pacient uhradit sám,“ vysvětluje advokát Milan Jelínek s tím, že systém ekonomické zainteresovanosti pacienta na nákladech zdravotní péče tam, kde si

pacient přeje co nejkvalitnější, nejmodernější a třeba i nejdražší způsob léčby, považuje za rozumný a praktický.

Platí i indikovaný pacient

Změna a související zvýšení cen se dotýkají například nákladnějších nitroočních čoček – právě za ně si čeští pacienti v systému nadstandardů připláceli nejčastěji. Cena kvalitních čoček se pohybuje mezi 10 a 20 tisíci korun. Jejich zavedení stojí kolem deseti tisíc korun a tento zákrok dříve hradila pojišťovna. Pacienti však nyní budou muset u kvalitnějších čoček zaplatit celý výkon.

Opatření, kdy jsou zákrok i čočka plně hrazeny pacientem, se jeví jako logické v případech, kdy výměna nitroočních čoček nemá lékařskou indikaci (např. odstranění dioptrií). Jak ale oftalmologové upozorňují, výkon bude hradit pacient i v případě, kdy lékař výměnu čočky stanoví jako léčebný postup a pacient si bude chtít vybrat například multifokální čočku. „Bude-li lékařem indikovaná operace šedého zákalu, pojišťovna zákrok, čočku i kontro-

lu uhradí. Půjde ale o klasickou jednoohnskovou čočku. Pokud by pacient se šedým zákalem chtěl čočku multifokální nebo zabarvenou, pojišťovna mu neumožní doplatit rozdíl ceny nadstandardní čočky, ale celý výkon bude hradit pacient,“ popisuje oftalmoložka z Kliniky GHC Šárka Kolovratová paradoxní situaci, kdy platba za stejný výkon podléhá volbě použitého zdravotnického prostředku.

Léčba bez omezení pro samoplátce

Konec nadstandardů se však soukromých zařízení příliš netýká. „Naše klinika je určena výhradně samoplátcům, a změny se nás tedy nedotknou. Nechtěli jsme pacienty omezit pouze danými možnostmi a rozsahem vydaného sazebníku Ministerstva zdravotnictví ČR platného pro smluvní zařízení zdravotních pojišťoven. Naopak chceme nabídnout nejlepší možnou léčbu bez ohledu na fakt, zda nám to někdo dovolí či omezí. Zájem o soukromé zdravotnictví je totiž rok od roku vyšší, bez ohledu na zavedení možnosti nadstandardů či jejich rušení,“ uzavírá Viktor Furman. (klu)

Homolka odmítá spekulace o svých finančních problémech

V minulých dnech se v některých médiích (FTV Prima, Deník Insider či Aktuálně.cz) objevily informace o údajných finančních potížích Nemocnice Na Homolce. Podle ředitele nemocnice jsou však plně nepřesností a neodpovídají realitě.

„Nemocnice má zatím účetně zcela uzavřený rok 2011, kdy na podkladě vyúčtování vrací VZP ze zálohových plateb 110 milionů korun (původní požadavek pojišťovny činil 259 milionů). Jedná se o částku, s níž nemocnice počítala již v průběhu daného účetního období, a její platba jí nečiní žádné finanční problémy,“ uvedl ve svém prohlášení ředitel Nemocnice Na Homolce Michal Šetlík.

Dle jeho vyjádření nemocnice nadále vede s VZP jednání o roce 2012 a vyšší vrácení zálohových plateb. Ani tato částka, která by se mohla podle předpokladů vedení nemocnice nakonec pohybovat kolem 150 milionů korun, však dle ředitele nijak neohrožuje hospodaření Homolky, protože je s ní dlouhodobě počítáno a nemocnice má pro ni vytvořené rezervy.

Výsledky úspor se již projevují

„Pro rok 2013 učinilo vedení Nemocnice Na Homolce všechny kroky,

aby hospodaření bylo vyrovnané. Od minulého roku jsou nastavena úsporná opatření, v nichž se lelohos pokračuje, a jejich výsledky se již projevují. Od července 2013 nemocnice navíc zavedla další úsporné kroky. Předpokládaný výsledek hospodaření za rok 2013 proto bude vyrovnaný či mírně plusový. Smlouvy s dodavateli striktně dodržujeme a platíme v řádných termínech,“ doplnil Michal Šetlík. Dále připomněl, že Nemocnici Na Homolce – na rozdíl od mnoha jiných zdravotnických zařízení – za celou dobu její existence nikdo nemusel oddlužovat. S výjimkou nákupu nového Leksellova gama nože v roce 2010 nikdy nečerpala dotace ze státního rozpočtu a vždy hospodařila vyrovnaně či se ziskem. „Tak tomu bude i letos. Spekulace některých médií o finančních problémech Nemocnice Na Homolce jsou proto nepodložené, zavádějící a zejména směrem k našim pacientům vysoce nezodpovědné,“ uzavřel ředitel Šetlík. (klu)

Liberecká nemocnice má devět zájemců o post ředitele

Do výběrového řízení na místo generálního ředitele Krajské nemocnice Liberec se přihlásilo devět zájemců. Současný ředitel Jiří Veselka o post neusiluje. Mezi favorizované kandidáty patří Luděk Nečesaný.



Krajská nemocnice Liberec. | Foto: archiv KNL

Jiří Veselka vedl nemocnici od září 2011 a nastoupil právě po Ludku Nečesaném, který v té době působil na postu ředitele čtvrtým rokem. Výsledky výběrového řízení by měly být známy už koncem července, naší redakci to potvrdil tiskový mluvčí liberecké nemocnice Lukáš Gibiec.

Povolební rošády

Podle ČTK výměnou generálního ředitele nemocnice vrcholí změny, které ve vedení kraje proběhly po krajských volbách loni na podzim. Starostové pro Liberecký kraj se tehdy spojili se Změnou pro Liberecký kraj. Zároveň

došlo k obměně představenstva nemocnice, mimo jiné se do něj vrátila bývalá ekonomická ředitelka Miloslava Tanečková a rovněž přednostové zdejšího traumacentra a neurocentra Richard Lukáš a Petr Suchomel. „Chtěli

jsme, aby v představenstvu byly osobnosti se silným mandátem. Je za tím snaha, aby nemocnice v budoucnu fungovala co nejlépe a nedocházelo ke změnám v jejím vedení vždy, když se změní politická reprezentace kraje nebo města,“ uvedl tehdy předseda představenstva nemocnice Josef Šedlbauer (Změna pro Liberecký kraj).

(iso, ČTK)

ÚOHS zrušil výběrové řízení Krajské zdravotní

Krajská zdravotní chybovala v tendru na nákup CT. Výběrové řízení na přístroje za 17 milionů pro nemocnici v Teplicích bude vypsáno znovu. Krajská zdravotní se proti rozhodnutí ÚOHS neodvolala.

Návrh na prošetření tendru podala k Úřadu pro ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS) společnost Philips, která byla mezi neúspěšnými uchazeči o zakázku.

Špatné zadání zakázky

Dle vyjádření ÚOHS o zmiňovaném tendru zadavatel nedodržel postup stanovený zákonem o veřejných zakázkách. „V zadávací dokumentaci nevymezil dílčí hodnotící kritérium (tedy dobu realizace zakázky v týdnech) v podrobnostech nezbytných pro zpracování nabídky, čímž nedodržel zásadu transparentnosti, přičemž tento

postup zadavatele mohl ovlivnit výběr nevhodnější nabídky,“ uvedl úřad ve svém rozhodnutí.

Zadavatel kvůli špatně zadaným parametrům neměl k dispozici všechny podklady, podle kterých by mohl vyhodnotit nejlepšího zájemce. Krajská zdravotní musí uhradit to tisíc korun pokuty a dalších 30 tisíc na náklady řízení. Nejde přitom o první případ, kdy ÚOHS společnost pokutoval. V červnu například sankcionovala Krajskou zdravotní kvůli nákupu přístrojů do nemocnic v Chomutově a Mostě.

(iso)

Plzeňský kraj rozmísťuje veřejně přístupné defibrilátory

Západočeští záchranáři spolu s Plzeňským krajem zahájili pilotní projekt, který zajišťuje přístup veřejnosti k automatickým externím defibrilátorům (AED). Na území kraje se jich nyní nachází dvacet.

Součástí projektu je i osvětlová kampaň. Záchranáři chtějí docílit většího povědomí společnosti o základních resuscitačních postupech, včetně použití AED.

Podpora dispečera

„Tento přístroj je schopen rozpoznat srdeční aktivitu a laického záchránce vede v případě potřeby, krok za krokem, hlasitými hlasovými pokyny k provedení defibrilace, kterou postižený s náhlou zástavou oběhu potřebuje co nejnrychleji,“ uve-

dl mluvčí Zdravotnické záchranné služby Plzeňského kraje Václav Ondra.

Laický záchránce se může spolehnout i na podporu dispečera tísňové linky 155. Ten se v případě použití AED informuje na stav postiženého a ještě během hovoru vysílá na místo nejbližší posádku záchranné služby s lékařem. Na místo události se musí dostavit i majitel AED.

Srdce s bleskem

Majiteli externích defibrilátorů to-

tiž nejsou pouze záchranáři, ale i soukromé subjekty, například ordinace. Místa, kde mohou občané AED využít, jsou pro lepší orientaci viditelně označena samolepkami. Jedná se o bílé srdce, které protíná blesk, umístěné v zeleném poli. Externí defibrilátory jsou k dispozici například na Krajském úřadě, v Městské knihovně v Lochotíně, u některých sborů dobrovolných hasičů, ve třech domovech pro seniory a jeden má k dispozici rovněž Horská služba Šumava. (iso, ČTK)

Karlovarská záchranka zcela přechází na rendez-vous

Do konce tohoto roku chce Zdravotnická záchranná služba Karlovarského kraje (ZZS KK) přejít plně na model rendez-vous. Uvedl to náměstek hejtmána Karlovarského kraje Miloslav Čermák (ČSSD).

Rendez-vous je systém, ve kterém lékař přijíždí v případě potřeby na místo nezávisle na sanitkách v samostatném voze. „Je to běžný model i v jiných krajích.“ uvedl náměstek

Čermák. Úsporný model zavádí kraj už několik let.

Podle Miloslava Čermáka tento systém částečně řeší i dlouhodobý problém s nedostatkem urgentních lé-

kařů. Záchranka už v zimě posílila vozový park a vylepšila vybavení záchranných vozů. Nyní má k dispozici jedenáct výjezdových stanovišť.

(iso, ČTK)

Mediterra rozšiřuje své působení v Praze

Po Rehabilitační klinice Malvazinky a Poliklinice Palackého převzala skupina Vamed Medittera další rehabilitační pracoviště – Centrum léčby pohybového aparátu (CLPA). Jde o osmé zdravotnické zařízení v jejich kompetenci.

Centrum léčby pohybového aparátu je kombinované zdravotnické zařízení, které se specializuje na ortopedii dospělých a sportovní traumatologii.

Žádné omezení provozu

„Odborníci z CLPA poskytují rovněž široký rozsah fyzioterapeutické péče – od klasické fyzioterapie

po vysoce specializované techniky,“ uvedla manažerka komunikace společnosti Medittera Dagmar Dvořáková.

Dodala také, že po převzetí centra novým vlastníkem zůstává jeho provoz plně zachován. Centrum je nově zrekonstruované a má k dispozici 15 pooperačních lůžek pro rekonvalescenci. (iso)

Absence standardů 23 let po revoluci **je barbarství**

V České republice žijící česko-americký neurolog **MUDr. Martin Jan Stránský**, který je přednostou vlastní pražské Polikliniky na Národní a zároveň primářem neurologického oddělení Yale New Haven Medical Center, se na našich stránkách zamýšlí nad směřováním českého systému zdravotní péče i tragédií amerického zdravotnictví.

Narodil jste se v New Yorku, máte dvojí občanství, české i americké, takže nevím, která zkušenost je pro vás ta zahraniční – česká, nebo americká? Záleží na místě, kde zrovna jsem. Medicína je úžasně celosvětová, transglobální. Tady i v Americe jsou schopní lékaři, kteří si udržují přehled a vzájemnou komunikaci. Intenzivně je spojuje práce v jiných zemích, na partnerských odděleních či nemocnicích v zahraničí nebo přinejmenším účast na mezinárodních kongresech. Skoro nezáleží na tom, ve které zemi lékař žije, ale spíše jaké má zájmy a jak moc anebo málo za něčím chce jít.

Máte americké atestace z neurologie a vnitřního lékařství. Kdy jste splnil českou specializační zkoušku v neurologii?

Když jsem po revoluci přijel do Československa, byl jsem nejen jediný lékař, který získal kompletní vzdělání ve Spojených státech amerických, ale také jsem asi ze všech nejlépe uměl anglicky. To zřejmě zapříčinilo, že jsem se stal poradcem prakticky „každého“. Jak říkám s mírnou nadšátkou, není vždy důležité být dobrý, ale spíše první.

Poměrně rychle jsem proto skončil v „zahulené“ pracovním ministru zdravotnictví Petra Loma. Seděl tam s tehdejší přednostou neurologie Fakultní nemocnice v Motole docentem Martinem Bojarem a dalším významným neurologem profesorem Pavlem Kalvachem. Nevěděli co se mnou. Uznali, že bych tu měl působit jako lékař, ale v té době neexistovaly žádné procesní postupy pro to, aby kdokoli ze Západu mohl v této zemi získat osvědčení k otevření praxe. Nakonec jsem jednoduše přinesl všechny své diplomy, ministr Lom je podepsal a prohlásil, že jsem schopen zde dělat internu a neurologii. Pak se přes rameno otočil na náměstka a dodal: „Měli bychom se asi za-

bývat tvorbou nějakých pravidel pro případ, že by tady chtěl nějaký další blázen jako Stránský žít a dělat medicínu.“

O mnoho let později jsme se při schůzce s ministrem Leošem Hegerem bavili o vládním programu, na kterém jsem částečně participoval. V rámci nových požadavků EU, které se týkaly všech soukromě praktikujících lékařů, bylo nutné obdržet takzvanou specializovanou způsobilost. Bylo mi řečeno, že to, co ministr Lom udělal, nestačilo, a tak jsem musel projít trochu trapným procesem další atestace. Sice mi odpustili rezidenturu, ale písemně i ústní zkoušky jsem splnit musel.

Pracujete zároveň jako přednosta Polikliniky Na Národní a primář neurologie na Yale New Haven Medical Center. Kolik času na kterém pracovišti víráte?

V Americe pobývám asi 25 až 30 procent času a dalších 60 pracuji zde v Praze. Zbytek trávím v jiných zemích. Polikliniku Na Národní vede manažerka, já se starám o kvalitu zdejších lékařů a o léčbu pacientů, na řízení se podílím jenom částečně. Poliklinika má totiž v České republice unikátní strukturu řízení prostřednictvím Asociace lékařů na Národní. Ta dvakrát ročně rozhoduje o zásadních věcech a potvrzuje rozhodnutí, která jsem v mezidobí činil. Co se týče mých pacientů, pokud jsem v zahraničí, zastupují mne kolegové, jako například již zmíněný docent Bojar.

Na rozdíl od nás má v Americe většina fakultních nemocnic rotující klinické primářství, kde primář ve službě vede zároveň s oddělením také celou nemocnici, respektive klinickou léčbu. Na Yale své oddělení či laboratoř nemám – jsem tam, abych posílil výuku a klinickou medicínu. Učím o tom, jak se pře-



I přes celý ten „nesystém“, který zde existuje, a malé množství peněz, jež jdou do zdravotnictví, to děláme dobře. | Foto: Leoš Chodura

mýšlí v neurologii, a přenáším zkušenosti ze světa na své rezidenty. Takže minimálně třikrát ročně mě zasadí do bloku 15denního primářského vedení a mezi tím si pracuji na svém. Mohu být tam nebo v jiných nemocnicích v Americe či tady. Tamní vedení uznává, že zkušenost, kterou lékař nabírá jinde ve světě, přispívá k výuce a péči, kterou pak dostávají samotní pacienti.

To je bohužel v Česku téměř nemyslitelná, technicky i akademicky nemožná praxe. Celý systém postgraduální výuky českého zdravotnictví je naprosto osifikovaný, neodměňuje znalosti a kvalitu péče, ale pouze její kvantitu. Tento systém pokračuje sebevražednými zlovyky celého systému univerzitní výuky, který funguje bez jakýchkoli univerzálně uznaných parametrů a místo toho upřednostňuje nepotistický pohled a stagnující minulost. Výsledkem je, že vlastně trpí všichni lékaři, kteří stojí nejen o zlep-

šení finančních podmínek, ale i o efektivizaci systému, včetně postgraduální výuky.

Právě proto každý rok prožíváme exodus dvou až tří set nejtalentovanějších českých lékařů, kterým je 35 až 45 let, jsou na úplném vrcholu, jazykově vybavení a motivovaní. Když se ocitnou v nemocnici, která bojuje o svoji existenci, nemá žádné jiné ambice než přežít a lékaři jsou v ní pouze proto, aby odvedli svou práci a nepřekročili přitom nesmýslné limity pojišťoven, je vymalováno.

Když se ještě vrátím k vašemu úvazku v Americe, kdy čas mimo primářskou službu můžete trávit vlastně ve kterémkoli zdravotnickém zařízení po světě, o tom se asi většině českých primářů ani nezdá. Bude někdy podle vás možné tuto praxi v českém systému zdravotnictví zavést alespoň částečně?

Mezinárodně uznávaní lékaři jako

například profesor Jan Pirk či profesor Pavel Calda a řada dalších do zahraničí odjíždějí. Nemalý počet se jich do světa dostává za pomoci farmaceutických firem. Problém je však v tom, že zkušenosti, které přináší zpátky, zde poté nemohou aplikovat. V Německu primář přijede domů a po dohodě s odpovědnými osobami může například navrhnout nemocnici nový lék. Nebo také úplně jiný přístup k jisté nemoci, aby byl celkový výsledek lepší a stálo to méně, čímž se výdaje na něco jiného zase mohou zvýšit.

U nás je to mnohem složitější, protože celý systém je nehomogenní a navíc v rozporu se základním předpokladem, že se mají odměňovat dobré výsledky, nikoli množství výkonů. Neuvěřitelné jsou například případy pacientů s hematologickými onemocněními, jako jsou leukemie či lymfomy, jejichž léčba stojí měsíčně 150 až 200 tisíc korun, a to na úkor toho, co je zapotřebí pro ostatní pacienty. To je špatně. Narážíme tu na hlavní problém českého zdravotnictví, a sice absenci definice standardu péče. V našem systému se nemůžete spolehnout téměř na nic. Lékaři jsou nuceni praktikovat podle toho, co mají po ruce a co jim ředitel řekne, že mohou a nesmějí dělat. Do žádného systému to ovšem nezapadá.

Odborné společnosti přece své guidelines stanovují...

To ano, ale vše ve skutečnosti dopadne podle místních možností a zájmů. Jedete se léčit do jedné okresní nemocnice, kde požadovanou péči nedostanete, protože „ji nemají“, ale v jiném zařízení tutéž péči dostanete. Nebo obě nemocnice péči poskytují, avšak stejná pojišťovna za ni hradí 13 tisíc v jednom městě a 9 tisíc ve druhém. Ředitelé nemocnic se musejí s pojišťovnami handrkovat o každou korunu. Pak ten balík hodí jako horký brambor vedoucím lékařům, kteří se dostanou do absurdní situace, protože mají rozpočet, který jim na určitě období prostě musí vystačit se vším všudy.

Takže pokud na neurologii přijmete pacientku s roztroušenou sklerózou, znamená to výdaj 35 tisíc, což je částka, za kterou lze léčit stejnou dobu deset dalších pacientů na komplikované migrény. Každý z nich má přitom nárok na naši pomoc. Ale my musíme rozhodnout, zda máme

pomoci deseti lidem od jejich bolesti nebo léčit jednu pacientku s tranzitními neurologickými deficity. Lékař aby si hodil korunu. 23 let po revoluci považují absenci standardizace principů a přístupů za barbarství. A typickým tragikomickým způsobem se debatuje o všem ostatním, vše se ozobává pouze z okraje nebo přesně z opačného konce, než je ten správný.

Vezměme si třeba debatu o hrazení takzvané nadstandardní péče. Jak se o něčem takovém můžeme vůbec bavit, když nemáme stanoven standard? Přece stát má garantovat určité služby, které jsou stejné všude, platí pro všechny a tím pádem automaticky tvoří „standard“. Ostatním se stát nemá zabývat! To je něco, co se má nazývat „mimostandard“, jehož cílné existence nenásilně povede ke vzniku mechanismů pro jeho poskytování a hrazení mimo státní instituce. Například se přirozeně otevře prostor pro komerční připojištění.

Místo toho to funguje tak, že máme tisíc a jeden ostrovů poskytované péče, z nichž jeden každý bojuje o vlastní existenci a mnohdy se vzájemně překrývají. Proč jsou například v naší zemi dva registry dárců kostní dřeně, když máme méně obyvatel než Londýn? Každý pracuje na své části pískoviště tak, aby přežil. Když vychovávám tři děti a nejsem odměňován za to, že jsem schopen se toho více naučit, budu se zabývat především základním přežitím. To se pak odrazí i v mé náladě a přístupu k pacientům. Počet pacientů, kteří cítí vnitřní stres u vlastního lékaře, vůbec není malý. A to je špatné.

Český systém má jistě řadu negativ, má ale také nějakou hodnotu, díky které je schopn americký systém předčít? Co v něm lze najít za inspiraci pro USA?

I přes to všechno, co jsem řekl, je pro Spojené státy americké v českém systému inspirující téměř všechno. Amerika je na tom prakticky v každé možné kategorii hůř. Má nejhorší systém zdravotnictví ze všech zemí OECD na světě, a to podle různých kritérií. Množství peněz, které se utratí za pacienta, délka lidského života, úspěšnost léčby chronických nemocí, očkování, prevence, spokojenost pacientů – ve všech těchto ohledech jsou Spojené státy na dně, a to navíc za trojnásobné vý-

ce peněz než tady v České republice. Amerika utrácí skoro 20 procent HDP a za občana ročně, tedy 8500 dolarů. V Česku je to ani ne 8 procent HDP, v porovnání a s opravou na rozdíl příjmů asi 3500 tisíce dolarů za občana. Pro české pacienty to v těchto porovnáních vychází dobře. Berou sice se stále větší nelibostí, že musejí déle čekat a nemají tu jakousi „pohodu“ rigidního, nicméně předvídatelného bolševického systému, ale... V konečném výsledku na jejich i naši léčbu utrácíme méně peněz než průměrná země v EU a máme s výjimkou rakoviny a několika dalších kategorií poměrně dobré výsledky. S trochu cynickou nadsázkou lze říci, že i přes ten „nesystém“, který tady existuje, a malé množství peněz, jež vláda věnuje na zdravotnictví, to děláme dobře. A to je právě ta „atestace“ k dobré práci a dobré vůli našich lékařů!

Lékaři, kteří do USA odjíždějí stážovat, se často vrací s tím, že vybavení zde začíná být srovnatelné, například i co se týče výzkumných laboratoří. Je tomu skutečně tak?

Možná někteří mají srovnatelné vybavení, ale mnohokrát jsou také jediní, kdo jím v Česku disponuje. V USA je špičkové vybavení všude, i v každé malé nemocnici. Amerika je bezesporu technicky na nejlepší úrovni. A troufnu si říci, že je i na nejlepší úrovni, co se týká znalosti nejnovějších postupů, poněvadž tam lékaři jsou nuceni neustále držet krok. Každých pět či deset let (podle specializace) si musejí obnovit druhou atestaci. Dovedete si představit, jak by to vypadalo tady? Neříkám to jako kritiku, ale jako otevřenou otázku. Když se i 55letý lékař musí 4 měsíce každých 5 let totálně uzavřít a učit se, aby si obnovil atestaci, je to zároveň garance toho, že zná nejnovější postupy a fakta.

V Americe je tedy moderní technologie a vysoká akademická úroveň téměř všude, tragédie však spočívá v tom, že na rozdíl od Evropanů chtějí američtí pacienti v rámci své zdravotní péče absolutně všechno, na co mohou dosáhnout – a to za každou cenu. Když to spojíte s americkou kulturou soběstačnosti jednotlivce, zjistíte, že v USA se nesmí zemřít. Mnohokrát se téměř amorálním způsobem prodlužuje život jen o pár měsíců, ve kterých lidé doslova vegetují na ARO,

udržují se při životě na dýchacích přístrojích, a než zemřou, vygenerují účty ve výši čtvrt milionu dolarů...

Stejný problém ale řešíme i zde v Česku...

Ano, ale Evropa se dívá na zdraví jako na službu, kterou garantuje stát, a tím pádem se přístup liší. Jak jsem již zmínil, Amerika je založena na právu jednotlivce mít vše, na co existuje nárok. Pokud jednotlivec chce zatížit nějaký systém, má na to morální i právní nárok. My děláme něco, co je v Americe nemyslitelné – prostě řekneme: „Ne, nemáme na to peníze.“ Stanovíme absolutní limity, i na úkor neproduktivního života.

V Americe se léčí sice rychle, ale velice draze, plýtvání technologií je masivní – všichni to musejí mít. Napřed se léčí, ale pak se platí. To odnášejí převážně pacienti z nižší střední třídy, kteří si ce nějaké pojištění mají, ale není dost vysoké, zároveň však nejsou ani tak chudí, aby se o ně staral stát. To jsou ti lidé, kteří musejí ve chvíli, kdy je třeba platit, prodat svůj dům. Drtivá většina osobních bankrotů v Americe je způsobena právě tím, že rodina nemá na zdravotní péči. V Evropě platí více selský rozum a systémy jsou brány jako komplexní balík, na kterém má každý člen společnosti určitý podíl.

Jak si americká společnost cení svých zdravotníků – více než česká?

Česká společnost si svých lékařů váží. Ale v Americe, která klade důraz na délku života a na zdraví jednotlivce, má lékař významnější postavení. Je to samozřejmě způsobeno i tím, že vydělává mnohonásobně více než průměrný občan – průměrná mzda lékaře je asi pětinašobně vyšší než u běžného Američana, v Česku je mzda lékaře dvaapůlkrát vyšší. Představte si, kdyby se teď všem lékařům tady zdvojnásobil plat. Pak se začnou lépe chovat k pacientovi, ustoupí nervozita a budou více bojovat za patientská práva, čímž zvýší vlastní prestiž a nemocní si jich pak budou více cenit.

Máte stále pocit, že v Česku a Spojených státech amerických je úroveň komunikace mezi zdravotníky a pacienty nesrovnatelná?

Vylepšilo se to, ale každá strana zůstává pod tlakem. Neomlou-



V Americe je moderní technologie a vysoká akademická úroveň téměř všude, tragédie však spočívá v tom, že na rozdíl od Evropanů chtějí američtí pacienti v rámci své zdravotní péče absolutně všechno, na co mohou dosáhnout – a to za každou cenu. | Foto: archiv MUDr. Stránského

vám to, nicméně je těžké po lékaři chtít, aby postupoval tak, jak by sám chtěl, když musí přimout deset pacientů do hodiny, plnit finanční limity, vše zakódovat, zapsat a vyplnit. Pacienti zase oprávněně cítí, že se jim lékař nevěnuje. Samozřejmě to jde proti celému étosu povolání, kdy lékař se má mít možnost alespoň částečně věnovat pacientům podle vlastní vůle.

Kritizujete ČLK, že je příliš politická, dokonce odborářská. Má komora hájit zájmy pacientů?

V prvé řadě kritizují systém, kterému chybí základní pravidla, mezi nimi samozřejmě i větší práva pacientů. Není to tak dávno, co jsme spolu s JUDr. Ondřejem Dostálem a dalšími patřili k iniciátorům uzákonění práva pacientů nahlédnout do zdravotní dokumentace. Takže některé zlozvyky mizí.

Co se týče komory, ta formálně reprezentuje všechny lékaře. David Rath si z ní ovšem udělal klub rathovců a komora v tomto duchu pokračuje i nadále. Stala se politicko-odborářskou organizací, která mlátí botou do stolu a vydává nechtuná politická prohlášení místo toho, aby se zabývala zlepšením postavení lékařů jinými způsoby. Funguje jako lékařský odborový klub (který ovšem jakožto odborářská organizace má legitimní nárok na boj o vyšší mzdy), nikoli jako komora.

Hlavním problémem a fatální závadou je zákon o povinném členství v komoře, která politic-

ky útočí. Žádná jiná profesionální komora si tohle nedovolí a drží vysokou laťku z hlediska profesionálního působení členů. Například advokátní komora podala kárnou žalobu na vlastního člena Vladimíra Zavadila, protože porušil profesionální etiku zadáním inzerátu v novinách, který šířil nepravdivé informace o Karlu Schwarzenbergovi v době jeho kandidatury na prezidenta. Oproti tomu ČLK neřekne ani slovo k tomu, že má členy, kteří jsou obviněni z krádeže a korupce a sedí ve vězení. Prý nemá „dostatečné mechanismy“, aby je sankciovala. Nesmysl. Právě i tímto způsobem se posiluje postavení komory a lékařů.

Od ČLK tedy drtivá většina lékařů dává ruce pryč. Stačí zrušit povinné členství a s ním nemalé členské každoroční poplatky, aby komora přesně zjistila, jak na tom v očích lékařů je. Je tedy nutné nastavit úplně jinou strategii k vybudování jejich prestiže, třeba přes větší spolupráci mezi lékařem a pacientem. Status lékaře navíc vyžaduje určitou míru noblesy. Komora si musí uvědomit, že celá společnost je v posledních letech pod ekonomickým tlakem. V takové chvíli nelze pro jeden segment žádat vyšší mzdy bez reciproční výhody pro ten druhý. A především nikomu nepomáhá, když vrchní představitel komory používá sprosté výrazy a hanlivé výroky na adresu ministra zdravotnictví, ať už je jím kdokoli.

Slovensko: Nemocnice nemají na nařízené zvýšení lékařských mezd

Ačkoli slovenští nemocniční lékaři slaví úspěch v podobě přijetí zákona, který jim od příštího roku zaručuje navýšení mezd, jejich zaměstnavatelé začínají přemýšlet, kde ušetřit. Finanční prostředky totiž musejí najít samy nemocnice, a ty se v drtivé většině již tak topí v dlužích.

Například Univerzitná nemocnica v Košiciach musí v rozpočtu od ledna 2014 najít o 600 tisíc eur navíc, aby vyšší platy lékařů pokryla. Její vedení zatím netuší, kde potřebné prostředky vezme, dluh zdravotnického zařízení se pohybuje okolo 40 milionů eur. Podobně jsou na tom i ostatní nemocnice a ústavy, kterých se zákonem dané navýšení mezd lékařům týká.

Odbory, jež úpravu legislativy vybojovaly protestní akcí z roku 2011, očekávají, že pomůže stát. Ministr zdravotnictví Zuzana Zvolenská již ovšem avizova-

la, že s ničím takovým nepočítá. Zdravotnická zařízení proto musejí spoléhat na zdravotní pojišťovny. Pokud se platby od nich nenavýší, budou prý muset sáhnout k propouštění a rušení některých oddělení. Malá zařízení se obávají, že zcela zaniknou.

Kompetence nemocnic

Zákon o zdravotním pojištění, který v polovině července podepsal slovenský prezident Ivan Gašparovič a jenž upravuje podrobnosti třetí etapy zvyšování lékařských mezd rozdělené do let 2014 a 2015, stanovuje, že lé-

kař se specializací by měl v příštím roce vydělat asi 20 tisíc eur ročně, od roku 2015 více než 22 tisíc. Lékař bez specializace by měl mít minimálně 12 tisíc eur ročně. Celkově si toto navýšení vyžádá od příštího ledna 19,3 milionu eur, od roku 2015 dokonce 36,6 milionů.

Loni ministryně Zvolenská uvolnila na mzdy lékařů 50 milionů eur ze státní rezervy, ta ovšem v současnosti již není k dispozici. „Je to plně v kompetenci nemocnic,“ cituje mluvčí MZ Zuzanu Čižmárikovou deník Pravda. Zdravotnická zařízení mají jedi-

nou možnost jak peníze získat – vyjednáváním vyšších plateb od zdravotních pojišťoven. „Pokud nám pojišťovny nezaplátí více za výkony, nemocnice nepřežijí,“ prohlásil pro Pravdu prezident Asociácie nemocnic Slovenska, jež sdružuje regionální zařízení, Marián Petko.

Hledání úspor

Ani větší nemocnice zatím na zvýšení mezd lékařům nemají. „V Univerzitnej nemocnici dojde k meziročnímu nárůstu ceny práce o přibližně 600 tisíc eur a v roce 2015 ještě o další milion, pokud bude zachován počet a struktura lékařů,“ uvedl v deníku náměstek Univerzitnej nemocnice v Košiciach Roman Švarc a doplnil, že zatím není jasné, kde zařízení finanční prostředky sežene, možnosti se prý budou teprve analyzovat.

Největší slovenská nemocnice – Univerzitná nemocnica v Bratislave – je zatím podle slov své mluvčí Petry Stano Matašovské rovněž ve fázi hledání možností úspor. K nim ostatně musela sáhnout již loni, mezd se to však nijak nedotklo. „Díky celoplošným opatřením jsme zaznamenali výrazné úspory ve všech nákladových položkách s výjimkou mzdových,“ cituje Pravda mluvčí. I přesto se dluh zařízení na konci roku 2012 vyšplhal na 52 milionů eur.

Stručné pojišťovny

Pojišťovny zatím v otázce navyšování plateb nemocnicím nejsou příliš sdílné. Mluvčí státní Všeobecné zdravotnej poisťovne Petra Balázová na dotaz deníku uvedla, že si pojišťovna uvědomuje potřebu navýšení toku peněz pro nemocnice. „Od 1. ledna 2014 plánujeme úpravu cenových podmínek tak, abychom v této souvislosti pokryli náš podíl na trhu,“ uvedla mluvčí s tím, že konkrétní informace by byly předčasné. Podobně stručná byla i její kolegyně z pojišťovny Dóvera Monika Šimunová. „O nových smluvních a cenových podmínkách budeme s nemocnicemi jednat příští rok,“ uvedla s tím, že pojišťovny platí za konkrétní výkony a mzdy zaměstnanců pak řeší zdravotnická zařízení ve vlastní režii. Zdravotní pojišťovna Union potvrdila, že při tvorbě rozpočtu na rok 2014 bude brát na změny legislativy ohled.

Lékařské odborové združení si podle slov svého předsedy Petra Visolajského uvědomuje, že vybojované navýšení mezd může tvrdě dopadnout na rozpočty nemocnic. Je však přesvědčený, že zasáhne by měl nyní stát. „Budeme pozorně sledovat, do jaké míry bude paní ministryně nápomocna jednotlivým zdravotnickým zařízením při finančním krytí zákona, případně při jednáních s pojišťovnami tak, aby tíha odpovědnosti neležela pouze na jednotlivých ředitelích nemocnic,“ uzavřel pro deník Pravda Peter Visolajský.

(Zdroj: Pravda)

(kha)

Přísná protitabáková legislativa v Británii odložena

Britská vláda prozatím opustila ambiciózní plán inspirovaný Austrálií zakázat na krabičkách cigaret loga výrobců a prodávat tyto tabákové výrobky v jednotných obalech.

Kabinet odložení legislativy odůvodnil tím, že potřebuje více času na analýzu dopadu takového opatření v Austrálii. Zatímco zástupci tabákového průmyslu rozhodnutí přivítali, zástupci zdravotníků a odpůrců kouření jej ostře kritizovali. Podle výsledků veřejného mínění, jež má vláda k dispozici, s opatřením souhlasilo 53 % Britů.

V Austrálii platí přísný protikuřácký zákon od prosince loňského roku – cigarety jsou prodávány v jednotných krabičkách bez loga výrobce, obal je tvořen z části obrazovým a z části textovým varováním před následky kouření. Jméno výrobce se nachází ve spodní části krabičky. Podle britského kabinetu však legislativa neplatí dostatečně dlouhou dobu na to, aby bylo možné kvalifikovaně posoudit, jaký dopad na spotřebu cigaret a zdraví tamních obyvatel má. Spojené království mělo být první zemí v Evropě, jež by podobné přísné opatření přijala.

Zády k důkazům

Tabákové společnosti od počátku úvah o zavedení jednotného balení cigaret argumentovaly ri-

zíkem snížení počtu pracovních míst a rozvojem černého trhu s cigaretami. Zástupci zdravotníků a organizací zaměřených na boj s kouřením neskrývali po rozhodnutí kabinetu své zklamání. „Vláda se obrátila zády ke všem důkazům a místo toho se rozhodla podlehnout mýtům, jež šíří tabákový průmysl. Průmysl, který je známý potlačováním pravdivých informací o svých smrtících produktech,“ prohlásil například tiskový mluvčí organizace Cancer Research UK.

Jedna z největších tabákových společností Imperial Tobacco odložení legislativy ve Velké Británii naopak přivítala. „Vždy jsme deklarovali, že neexistuje jasný důkaz, že by jednotné obaly cigaret něco řešily nebo nějak ovlivnily konkurenci mezi výrobci cigaret. Negativně by se však promítly na ilegálním trhu s tabákovými výrobky, který v současnosti ve Velké Británii už tak nabývá na síle,“ uvedl mluvčí Imperial Tobacco.

Zdrženlivé vlády

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) mohou jednotné obaly zvýraznit varování před

následky kouření na krabičkách, cigarety díky nim nebudou tak atraktivní pro děti ani dospělé, navíc spotřebitel nepodlehne dojmům, že některé cigarety jsou méně škodlivé než jiné. Studie WHO, jež byla uveřejněna tento měsíc, navíc ukázala, že pokud by byla podobná protitabáková opatření přijata ve všech zemích, bylo by možné zachránit desítky milionů lidských životů.

V masivním zavádění této legislativy ovšem dle právničky Taniy Voonové z Melbournské právnické školy brání kromě žalob ze strany tabákových společností například i stížnosti u Světové obchodní organizace (WTO) na australský zákon, jež podaly Ukrajina, Kuba, Honduras a Dominikánská republika. „Vlády ostatních zemí se budou minimálně do vyřešení těchto sporů zdráhat přijmout tak přísná protikuřácká opatření. A i kdyby Austrálie vyhrála, řada států si svůj postup rozmyslí, když vezmou v úvahu tu spoustu úsilí, času a finančních prostředků, jež musela Austrálie vynaložit, aby mohla současný systém udržet,“ obává se právnička.

(Zdroj: Reuters)

(kha)

Zahraníční lékař musí umět německy

Prezident německé spolkové lékařské komory Frank Ulrich Montgomery vydal prohlášení, v němž vyzval vládu, aby ve spolupráci se zemskými úřady zpracovala jednotná kritéria pro přezkum jazykových znalostí zahraničních lékařů.

„Zájemci o práci v Německu (pokud mají odbornou kvalifikaci srovnatelné úrovně jako jejich němečtí kolegové) jsou vítáni, zvláště v nemocnicích,“ uvádí Frank Ulrich Montgomery. „Bezpečnost pacientů a kvalita zdravotní péče však vyžadují, aby lékaři ze zahraničí ovládali německý jazyk skutečně dobře, a to jak na všeobecné, tak odborné úrovni. Musejí umět dostatečně ko-

munikovat s pacienty i se svými kolegy v nemocnicích,“ zdůraznil prezident spolkové lékařské komory. Nestačí, aby zahraniční lékaři dostali jen samotné úřední povolení k výkonu profese, jeho součástí se musí stát i přezkum jazykových znalostí. Zkoušky z němčiny je komora ochotna – podle celostátně sjednocených kritérií – zajistit v praxi vlastními silami.

(vla)

Řecko: Humanitárním lékařem ve vlastní zemi

Řecké veřejné zdravotnictví se kvůli výrazným rozpočtovým škrtům ocitlo v krizi. Skupina lékařů a sester proto založila dobrovolnickou organizaci, jež provozuje zdravotnická zařízení pečující o sociálně slabé pacienty.

Jedním z těchto dobrovolníků je dr. Giorgos Vichas, spoluzakladatel Metropolitní komunitní kliniky v Athénách, která se v hlavním městě stará o nemocné bez zdravotního pojištění. „Když jsem studoval medicínu, mým snem bylo vycestovat někam, kde bych mohl pomáhat jako lékař-dobrovolník,“ říká Giorgos Vichas, jemuž se přání vyplnilo, aniž by musel nasednout do letadla. „Ekonomická krize v Řecku se v oblasti zdravotnictví proměnila v krizi humanitární. Nikdy by mě nenapadlo, že budeme muset zakládat zdravotnická zařízení pracující na dobrovolnické bázi.“

Léky ze svého

Zaměstnaní Řekové mají zdravotní pojištění, na něž jim kromě nich samých přispívá zaměstnavatel a stát. Pokud o práci přijdou, určitou dobu jim pojištění ještě kryje stát, pak už však zůstanou bez něho. Když v roce 2011 Evropská komise schválila finanční pomoc Řecku ve výši 240 miliard eur, podmínkou jejího přidělení bylo zlepšení daňového systému, snížení počtu zaměst-

nanců státního sektoru a omezení veřejných výdajů. Jak ale podotýkají reportéři BBC William Kremer a Zeinab Badawiová, nikdo se již příliš nezabýval otázkou, jak taková opatření ovlivní veřejné zdravotnictví.

V současnosti v Řecku působí na 40 dobrovolnických zdravotnických zařízení; klinika, na níž pracuje dr. Vichas, se stará o 9500 nemocných. S neustále se zvyšující nezaměstnaností ovšem počet pacientů vytrvale stoupá. Podle Giorgose Vichase je jeho zařízení jediným v Athénách, jež poskytuje onkologicky nemocným zdarma chemoterapii. Kromě toho zásobují 200 rodin umělou dětskou výživou.

Ačkoli místní obecní úřad poskytl klinice prostory na bývalé americké vojenské základně a hradí režijní náklady, personál zařízení pracuje bez jakéhokoli nároku na odměnu či plat. Léčiva nakupují případní dárci, někdy je darují samy farmaceutické společnosti. Pokud některý důležitý lék dojde, vyvěsí zaměstnanci kliniky prosbu o jeho dodání na blog. Často se ovšem stává, že pacient

potřebuje chybějící přípravek okamžitě – v takovém případě není výjimkou, že pracovník zařízení nemocného doprovodí do lékárny a lék za něj zaplatí ze svého.

Lež z nutnosti

Jedněmi z klientů dobrovolnického zdravotnického zařízení jsou Katerina Dolianitiová a Alexandros Zaganas se 7letým Christosem, jemuž byl nedávno diagnostikován angioneurotický edém. V případě ataky nemoci musí být Christosovi okamžitě aplikován lék. Injekci s ním by tak měl nosit vždy při sobě. Jedna dávka léku ovšem stojí 600 eur a Christos v průměru potřebuje 2–3 měsíčně.

Rodina dříve provozovala kavárnu a bar, v důsledku ekonomické krize však podnik zkrachoval a Katerina i Alexandros, jenž trpí stejným onemocněním jako jeho syn, nyní patří k 27 % nezaměstnaných obyvatel Řecka. „Když jdeme do normální nemocnice, ani nás neprohlédnou, protože nemáme zdravotní pojištění. Pokud je situace kritická a my nutně potřebujeme injekci s lékem,



Ilustrační foto: Shutterstock

lékařům namluvím, že jsem pojištěn. Nelíbí se mi, že musím lhát, ale nemám jinou možnost,“ svěřila se BBC Katerina Dolianitiová, které tak vzniká stále vyšší nesplacený dluh za léčbu, kvůli němuž může skončit i ve vězení. „Děkuji Bohu za komunitní kliniky a lékaře, kteří v nich pracují a pomáhají těm, kdo nemají zdravotní pojištění a nemohou přijít do normální nemocnice,“ dodává. Dr. Vichas se nyní pokouší domluvit s některou z místních nemocnic, aby Christose přijala do péče a poskytovala mu potřebné léky zdarma. Takto lékař vyjednal péči již pro několik vážně nemocných pacientů.

Tři týdny bez volna

Jedná se ovšem o skutečné výjimky, zdravotnická zařízení se totiž potýkají s velmi napjatým rozpočtem. Jedna z největších řeckých nemocnic Evangelismos ležící v Athénách pracovala ještě v roce 2009 s rozpočtem 150 milionů eur. Na letošek musí vystačit s částkou téměř o 50 milionů nižší. Ačkoli ředitel zařízení Michail Theodorou tvrdí, že nemocnice přijala úspěšná opatření, aniž by se to dotklo kvality poskytované péče, kardiolog Ilias Sioras už tak optimistický není a upozorňuje například na skutečnost, že některé sestry musejí sloužit i 3 týdny v kuse bez jediného dne volna. Jak dr. Sioras přiznal pro BBC, mnoho lékařů, včetně jeho samotného, ignoruje nařízení nemocnice, podle něhož zdravotníci musejí u každého nemocného zjišťovat, zda má zdravotní pojištění. „Porušuji ho každý den. Nikdy se pacientů na pojištění ne-

ptám. Poskytneme jim vyšetření zdarma. Pokud vím, dosud za to nebyl potrestán jediný lékař,“ říká kardiolog.

Boj s Hydrou

Dr. Panos Eustathiou z řeckého ministerstva zdravotnictví sice připouští, že se resort kvůli škrtům potýká s mnoha těžkostmi, zároveň však odmítá, že by nemocnice neošetřovaly nepojištěné pacienty. „Zdravotnictví poskytuje péči všem Řekům bez rozdílu,“ tvrdí Panos Eustathiou. Existenci komunitních klinik podle svých slov nepovažuje za projev postupného kolapsu systému. „Je to známka toho, že společnost je schopná se uskromnit a pracovat za ztížených podmínek. Jsou to pozitivní projevy, nikoli znamení rozpadu společnosti,“ je přesvědčen zaměstnanec ministerstva zdravotnictví.

S jeho pohledem dr. Vichas zásadně nesouhlasí. Připouští však, že není možné vinit ze situace pouze vládu, velkým dílem podle něho přispěla i Evropská unie. Upozorňuje také, že jeho tým dobrovolníků nemůže pomáhat nepojištěným Athénanům donekonečna. Obavy navíc panují ohledně situace dětí ze sociálně slabých rodin, které nepodstoupily základní očkování, a z nárůstu podvýživy mezi novorozenci odkázanými na umělou dětskou výživu, kterou si však jejich rodiče nemohou dovolit kupovat. „Trochu to připomíná příběh Hérakla bojujícího s Hydrou – když už jí useknete jednu hlavu a myslíte si, že jste něčeho dosáhli, vyroste jí čtyři další,“ uzavírá pro BBC lékař.

(Zdroj: William Kremer a Zeinab Badawi – BBC)

Itálie zažila masivní stávkou lékařů

Několik tisíc italských lékařů minulý pondělí 4 hodiny stávkovalo na protest proti pracovním podmínkám a škrtům v rozpočtu veřejného zdravotnictví.

Zdravotníkům v této zemi nerostou mzdy již od roku 2009 a každým rokem dochází k dalším rozpočtovým škrtům. Dle protestujících se tak veřejné zdravotnictví nachází „na hranici přežití“.

Podle odborových svazů působících ve zdravotnictví bylo kvůli stávce odloženo na 30 tisíc plánovaných operací a zrušeno asi půl milionu návštěv u lékaře. „Veřejné zdravotnictví čím dál více chudne, a musíme jej proto bránit. Jinak totiž hrozí, že se za 10 let ocitneme v systému, kdy bohatí pacienti budou ošetřováni

na drahých soukromých klinikách, zatímco chudí budou odkázáni na neefektivní veřejná zařízení,“ obává se prezident hlavní lékařské odborové centrály CGIL Massimo Cozza.

Otoci smluv

Šéf CGIL rovněž poukazuje na skutečnost, že kvůli rozsáhlým škrtům klesá i nábor nových lékařů pro zdravotnická zařízení – na 10 zdravotníků odcházejících do penze připadá 1 nově nastupující lékař. „Nejen že kvůli tomu nemáme dostatek lékařů na da-

nou práci, ale navíc se tisíce mladých lékařů stávají otroky smluv na dobu určitou. Starší, zkušení lékaři pak musejí vykonávat i práci, kterou dříve zastali jejich mladí kolegové, například noční služby,“ popisuje Massimo Cozza. Odborový předák dále upozorňuje, že soukromá zdravotnická zařízení nemohou být považována za dostatečnou alternativu nemocnic veřejných. „Neposkytují totiž služby, jež nepřinášejí zisk, takže například nepečují o seniory,“ uzavírá.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

Plášť, nebo tričko?

Článek Stephanie Dancerové uveřejněný v *British Medical Journal* (BMJ) mezi odborníky ve Velké Británii znovu otevřel diskusi o podobě pracovního oblečení lékaře.

Guidelines pro oblékání

Britská konzultantka pro zdravotnictví se ve svém článku zamýšlí nad úrovní oblékání některých mladších lékařů, kteří v práci vyměnili formální košili se sakem za triko. „Slyšela jsem pacienty, jak si stěžují, že nepoznají, kdo je lékař – žádná kravata, žádný bílý plášť nebo sako. Lékaři jsou představiteli významné a kultivované profese a měli by se podle toho oblékat,“ domnívá se Stephanie Dancerová.

Typická představa o vzezření britského lékaře dostala před 6 lety povážlivé trhliny, když tehdejší vláda uveřejnila *guidelines* týkající se oblékání zdravotníků, jež lékařům v nemocnicích zakazují nosit kravaty, dlouhé rukávy (včetně bílého pláště) nebo náramkové hodinky. Důvodem byla snaha o snížení rizika přenosu nejrůznějších infekcí mezi jednotlivými odděleními nemocnic prostřednictvím oblečení lékařů. Nicméně jak v jednom z analytických článků hodnotících dopady přijetí *guidelines* připustili zástupci Národní zdravotní služby (NHS), dosud žádná studie neprokázala přímou spojitost mezi počtem infekcí spojených s léčbou v nemocnici a tím, co lékaři ve službě mají na sobě.

Oblečení, nebo opatření?

Jak ale podotýká zpravodaj BBC William Kremer, před zavedením zmíněných doporučení proběhla v médiích poměrně rozsáhlá kampaň přesvědčující veřejnost, že lékaři roznášejí v nemocnicích na oblečení nejrůznější mikroby. Pravdou je, že od roku 2007 výskyt infekcí spojených s péčí ve zdravotnických zařízeních patřících pod NHS postupně klesá. Stephanie Dancerová je však přesvědčená, že se tento úspěch nedá přičíst ani tak zakazu kravaty či pláště jako spíše řadě hygienických opatření, jež nemocnice ve snaze snížit počet případů nozokomiálních nákaz přijaly. Domnívá se proto, že přinejmenším bílé pláště by se do zdravotnických zařízení měly vrátit.

Podobný názor zastává i gynekolog z Royal Free Hospital v Londýně Adam Magos. „Pamatuji si, že z nějakého průzkumu vyplynulo, že se lidem nelíbí, když vidí zdravotníky (lékaře i sestry),

jak v pracovním oblečení opouštějí nemocnici a pak se zase vracejí do služby, s čímž v podstatě souhlasím. To však přeci není to samé jako říci, že pacienti považují určitou část oblečení lékaře, například zmíněný bílý plášť, za zdravý nebezpečný,“ zdůrazňuje Adam Magos, který sám přestal nosit plášť v roce 2009 a kravatu vyměnil za motýlka.

Důvěra v bílé pláště

Jeden z lékařů v reakci na článek v BMJ přiznal, že *guidelines* týkající se oblečení zdravotníků vyřešil tím, že ze svého pláště dlouhé rukávy jednoduše odpáral. Podobně zareagovali i někteří další britští lékaři, nicméně jak podotýká William Kremer, pláště s krátkými rukávy jsou typické především pro indické nemocnice. Ve Spojených státech amerických se úřady snažily zavést podobné směrnice jako Velká Británie, bílé pláště však nadále zůstávají hlavním poznávacím znamením tamních lékařů.

V roce 2005 *The American Journal of Medicine* (*Am J Med* 2005; 118(11): 1279–1286) otiiskl výsledky studie, jejíž autoři ukázali 400 pacientů a návštěvníků v jednom z amerických zdravotnických zařízení určených pro veterány čtyři sady fotografií zobrazujících lékaře v různém oblečení. Na první z nich byl lékař v saku a kravatě se stetoskopem, na druhé lékař v bílém plášti, košili a kravatě se stetoskopem, na další pak na sobě lékař měl sálové oblečení a stetoskop a na čtvrté tričko, džínny a stetoskop. Respondenti měli odpovědět, kterého z vyobrazených zdravotníků by chtěli mít jako svého rodinného lékaře, kterému by nejvíce důvěřovali nebo který vypadá jako nejvíce kompetentní. Z výsledků vyplynulo, že 76% dotázaných preferovalo ve zmíněných kritériích lékaře v bílém plášti, za ním se umístil lékař v sálovém oblečení a pak v saku. Pouze 4,7% hlasovalo pro zdravotníka v džínách.

Tradice vs. partnerství

William Kremer připomíná, že tradice bílých pláště má kořeny v 19. století, a proto v ní někteří vidí symbol jakési „nadřazenosti“ lékařů, jež je v přímém roz-

poru s ideou partnerství mezi lékařem a pacientem, která dnes v pojetí medicíny a péče o nemocné převládá.

„Pacienti se lékaři svěrují s velmi intimními informacemi, které by nesdělili ani svému partnerovi, a proto musejí cítit, že mluví s člověkem určité vážnosti, respektu a kompetencí. Toho těžko dosáhnete, pokud budete vypadat jako někdo, kdo vedle vás seděl cestou v autobuse,“ obhajuje klasické lékařské uniformy dr. Mark Hochberg z lékařské fakulty Newyorské univerzity.

(Zdroj: William Kremer – BBC)

(kha)



Ilustrace: foto: Shutterstock

Rakousko: Jak zlepšit kontrolu ordinací

Případ vídeňské lékařky, která měla ve své praxi údajně poškodit několik pacientek špatně provedeným umělým přerušením těhotenství, rozpoutal uprostřed července vášnivou diskusi mezi lékařskou komorou, ministrem zdravotnictví a vídeňskou zástupkyní pacientů.

Na základě komplikací u poslední pacientky, která musela být z ordinace převezena do nemocnice a prý „jen tak tak přežila“, vyšlo najevo, že podobné potíže se v posledních 4 letech v této ordinaci vyskytly vícekrát a v 16 případech je musela řešit záchranná služba. 7 pacientek se nakonec obrátilo na zástupkyni pacientů Sigridu Pilzovou.

Ta se prostřednictvím médií dala slyšet, že lékařská komora patrně dostatečně nekontrolovala kvalitu péče v ordinacích. Také ministr zdravotnictví Alois Stöger například v *Die Presse* uvedl, že na podzim zřejmě navrhne legislativní změny tak, aby odpovědnost lékařské komory za kontrolu a postihy přešla na jiný, nezávislý

orgán (zmínil ustavení komise při ministerstvu).

Roztříštěné pravomoci

Prezident vídeňské pobočky komory Thomas Szekeres se zlobí, že zástupkyně pacientů Sigrida Pilzová nejednala o problémech nejprve s ním a že se místo toho pustila do kritiky lékařů v médiích. Upozornil, že pokud komora dostane poklady k šetření podezření na léčebné pochybení, pak by se věci zabývala disciplinární komise, již v Rakousku předsedá nezávislý soudce, i když se jedná o mimosoudní vyšetřování na úrovni profesní organizace.

Z výměny názorů v médiích však vyšlo najevo, že odpovědnost komory za kontrolu ordinací je roztříštěná:

jeden její orgán sleduje například plnění hygienických podmínek, další řeší léčebná pochybení a třetí pak lékaře registruje nebo vyškrťává ze seznamu lékařů činných v profesi. Přišlo se také na to, že magistrát sice může při závažném podezření nechat ordinaci přechodně uzavřít, ale jedině tehdy, pokud státní zástupce zahájí trestní šetření. Bez návrhu na jeho zahájení se zatím neděla žádná náprava (ženy, jež se rozhodly pro potrat, zřejmě nechtěly přijít o své soukromí).

Případ zmíněné lékařky se začal šetřit teprve nyní a rozhodnutí lze očekávat někdy na konci léta. Podle médií údajně nabízel „levné, ale zastaralé postupy“.

(via)

V Izraeli se objevil virus dětské obrny

V Izraeli byl zaznamenán virus dětské obrny, jenž se vyskytuje v Pákistánu. Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) není zcela jasné, jak se do země dostal.

„Genotyp viru je stejný jako virus běžně zjišťovaný v Pákistánu. Zatím neznáme způsob, jak se dostal do Izraele, zvláště uvažujeme-li, že se jedná o typ, který se vyskytoval pouze v Pákistánu. Nicméně je pravda, že před několika měsíci jsme v Egyptě v jednom ze vzorků objevili virus, jehož genotyp jej rovněž spojoval s pákistánským typem,“ vysvětluje

zástupce WHO v Pákistánu a přední odborník na problematiku dětské obrny Nima Abid.

Nikdo nebyl nakažen

V posledních 5 letech nebyl v Egyptě zaznamenán jediný případ tohoto onemocnění, v Izraeli pak ještě o několik let déle. WHO nicméně uklidňuje, že v obou zemích byl vi-

rus objeven v kanalizaci a nikdo nebyl nakažen. „Co se dětské obrny týče, endemickými zatím zůstávají tři země světa: Nigérie, Pákistán a Afghánistán. V letošním roce jsme navíc zaznamenali nákazu na Somálském poloostrově,“ píše se na internetových stránkách WHO.

(Zdroj: IANS)

(kha)

Indie by měla pravidelně testovat dospělé na HIV

Nová studie doporučuje testovat každých 5 let 800 milionů dospělých, sexuálně aktivních Indů na virus HIV. Autoři totiž došli k závěru, že by tato praxe vyšla levněji než léčba případných nově nakažených.

Tým z lékařské fakulty při Brownově univerzitě pod vedením dr. Kartika K. Venkateshe ve své studii, jejíž výsledky uveřejnil *PLoS One*, zdůrazňuje, že zatímco jeden test na HIV stojí pouhých 3,33 dolaru, náklady na roční antiretrovirovou terapii se v Indii pohybují okolo 100 dolarů.

Světová zdravotnická organizace (WHO) přitom poměřuje efektivnost léčby podle toho, zda zachrání lidský život za méně než trojnásobek hrubého domácího produktu na osobu. V případě Indie se jedná o částku 3900 dolarů ročně za jeden zachráněný život.

Velký potenciál

U tamních rizikových skupin obyvatelstva, jako jsou uživatelé injekčních drog, homosexuální a bisexuální muži, prostitutky či někteří imigranti, by bylo z hlediska vynaložených finančních prostředků výhodné i testování každoročně, tvrdí autoři

studie. Navíc včasné odhalení infekce a okamžité započetí léčby by rovněž snížilo schopnost viru šířit se dále.

„Díky organizovanému systému zdravotnictví, levným lékům a relativně málo placeným lékařům je Indie z finančního hlediska zemí s jedním z největších potenciálů pro boj s HIV/AIDS,“ je přesvědčen dr. Venkatesh. Na rozdíl od afrických zemí, kam Indie rovněž dodává levná generická antiretrovirotika pro léčbu HIV, totiž nezávisí z hlediska

systému zdravotnictví na zahraničních lékařích a humanitární pomoci. V současnosti žije s HIV 0,3 % Indů, což je sice poměrně nízký podíl, vzhledem k velikosti populace se ovšem jedná o třetí největší epidemii onemocnění na světě (po Jihoafrické republice a Nigérii).

Doktor Venkatesh připomíná, že v roce 2005 byla v *New England Journal of Medicine* uveřejněna podobná studie zaměřená na situaci ve Spojených státech amerických, jež doporučovala jako finančně efektivní screeningové programy, v jejichž rámci by byli dospělí Američané testováni na HIV každých 3–5 let. Jak ovšem Kartik Venkatesh podotýká, do praxe se výsledky studie v USA nijak neprotýkaly.

(Zdroj: New York Times)

(kha)

Africká unie: Je nutné zvýšit objem peněz pro boj s AIDS

Zástupci 10 afrických zemí se v rámci summitu Africké unie v nigerijské metropoli Abuja shodli, že je nutné zvýšit finanční prostředky určené na boj s HIV/AIDS, malárií a tuberkulózou.

„V roce 2001 léčba HIV/AIDS v Africe prakticky neexistovala. Nyní má přístup k antiretrovirotikům 7,5 milionu obyvatel kontinentu,“ vyzdvihl na konferenci výkonný ředitel Populačního fondu OSN (UNFPA) Babatunde Osotimehin jeden z největších úspěchů boje proti zmíněné chorobě, jehož Afrika za poslední dekádu dosáhla. Jak ovšem dodal, je třeba „zvýšit objem financí z domácích i mezinárodních zdrojů určených pro tuto oblast, aby bylo možné v pozitivním trendu pokračovat i nadále“. Obdobně se ve svém projevu vyjádřil i etiopský premiér Hailemariam Desalegn, který je zároveň současným

předsedou Africké unie. Vyzval především nevládní organizace, aby se na financování léčby podílely usilovněji.

Kontroverzní účastník

Letošní summit Africké unie provázely protesty organizací zabývajících se lidskými právy. Jedním z účastníků byl totiž i soudánský prezident Umar al-Bašír hledaný Mezinárodním trestním soudem (ICC), který jej viní z válečných zločinů, zločinů proti lidskosti a genocidy, jichž se měl dopustit během konfliktu v Dárfúru.

Nigérie má sice jakožto člen ICC zákonnou povinnost Umara al-Bašíra zadržet, argumentovala však, že nemůže ovlivnit, kdo se summitu Africké unie účastní. Zástupci organizace Human Rights Watch návštěvu soudánského prezidenta označili za „urážku obětí dárfúrského konfliktu“. Reuben Abati, mluvčí nigerijské hlavy státu Goodlucka Jonathanana, však kritiku odmítl. „Událost, jež se tu koná, je summit Africké unie. Nigérie není v postavení, aby mohla rozhodovat o tom, kdo se jej zúčastní a kdo ne,“ prohlásil mluvčí.

(Zdroj: AFP)

(kha)



Ilustrační foto: Jon Rawlinson/Wikimedia

Tisíce peruánských lékařů ve stávce

Na 15 tisíc peruánských zdravotníků vstoupilo v polovině července do stávky. Protestem se snaží docílit slíbeného navýšení mezd.

V nemocnicích je zajištěna péče pouze o urgentní pacienty. Lékaři deklarovali, že nemocných v těžkém stavu nebo vyžadujících okamžitě ošetření se protestní akce nijak nedotkne. Peruánské ministerstvo zdravotnictví stávkou přesto označilo za nezákonnou a zdůraznilo, že protest přišel ve chvíli, kdy se v zemi začal šířit virus A/H1N1, který si vyžádá tři lidské životy.

V hlavním městě Limě proběhl pochod zástupců a členů lékařských odborů, kteří došli k budově kongresu a po zákonodárcích požadovali schválení navýšení svých

mezd. To jim bylo politiky příslibem v loňském roce, dosud k němu však nedošlo.

Prezident Peruánské lékařské federace Cesar Palomino viní z protestů právě vládu Ollanty Humaly, která nebyla schopna splnit svůj slib zvýšení mezd, a vyzval ministryni zdravotnictví Midori de Habich k rezignaci na svůj post. Požaduje totiž, aby resort vedl zdravotnický profesionál. Midori de Habich reagovala prohlášením, v němž stávkující lékaře a sestry žádá o „trpělivost a spolupráci“.

(Zdroj: AFP)

(kha)

WHO: MERS zatím nepředstavuje globální hrozbu

Nový koronavirus MERS zatím nepředstavuje „ohrožení veřejného zdraví globálního významu“. Shodli se na tom členové zvláštního výboru Světové zdravotnické organizace (WHO).

Patnáct světových odborníků, kteří ve výboru zasedají, prostudovalo zprávy úřadů Saúdské Arábie a dalších zemí, kde se MERS vyskytl a od dubna loňského roku nakazil 82 lidí, z nichž 45 infekcí podlehl. „Na základě těchto zpráv a všech v současnosti dostupných informací, jež o koronavirové máme, generální ředitelka WHO Margaret Chanová souhlasila se závěry zvláštního výboru, že situace okolo MERS je vážná, ale

pro veřejné zdraví zatím nepředstavuje ohrožení mezinárodního významu,“ píše se v prohlášení WHO.

Obavy z pouti

Obavy v současnosti vzbuzuje především tradiční pouť do Mekky, podle odborníků by mohlo hrozit masivní rozšíření infekce mezi poutníky. Saúdskoarabské ministerstvo zdravotnictví proto rozhodlo, že by mělo dojít k omezenému

udělování víz pro vstup do země. Omezení se týká starších osob, těhotných žen, dětí a chronicky nemocných lidí, především kardiaků, diabetiků či pacientů s respiračním onemocněním, chorobami ledvin nebo oslabeným imunitním systémem. Těm bylo doporučeno pouť letos nevykonat. Zda jim úřady opravdu odepřou udělení víza, však zatím není jasné.

(Zdroje: AFP, Reuters)

(kha)

Aafia Siddíkióvá: Noční můra místo amerického snu

„Propustte doktorku Siddíkióvou!“ vyzývají na videonahrávce, která nedávno doputovala na sociální síť, dvě české dívky, násilím unesené letos v březnu v Pákistánu. Antonie Chrástková a Hana Humpálová nejsou v případě Aafii Siddíkióvé první rukojmí. Kdo je žena, ve jménu jejíž svobody k těmto únosům dochází? Jaká je šance, že volání unesených dívek bude vyslyšeno a ony se budou moci vrátit domů? Příběh vězněné pákistánské neurovědkyně se ve Spojených státech amerických vypráví jinak než v Pákistánu a výstižně ilustruje problémy, s nimiž se dlouhodobě potýká mezinárodní boj proti terorismu.

Aafia Siddíkióvá se narodila roku 1972 v největším pákistánském městě Karáčí. Vyrostla v intelektuálně orientovaném prostředí. Její otec, Mohamed Salaj Siddíki, vystudoval medicínu ve Velké Británii a pracoval jako neurochirurg, matka Ismet představovala váženou postavu místních politických a náboženských kruhů – působila jako učitelka islámu a sociální pracovníce, zapojovala se do dobrovolné činnosti v charitativních organizacích a po určitý čas dokonce zastávala pozici poslankyně pákistánského parlamentu. Siddíkióvi byli silně věřící muslimská rodina. Měli tři děti. Aafiina starší sestra Fauzija nejprve vystudovala neurologii na Harvardu, poté pracovala jako lékařka v Sinajské nemocnici v Baltimoru a vyučovala na Univerzitě Johnse Hopkinse. Jako druhý ze sourozenců odešel do USA studovat Aafiin bratr Mohamed.

Raketový start nadějných studentky

Také v případě nejmladší Aafii se zdálo, že skuteční svůj americký sen. Do USA přijela na studentské vízum v roce 1990. Tři semestry strávila na Houstonské univerzitě, potom získala plné stipendium a nastoupila na Massachusettský technologický institut (MIT), kde roku 1995 zdárně absolvovala v oboru biologie. K dalšímu studiu si zvolila Brandeisovu univerzitu, kde v roce 2001 obhájila doktorát z kognitivní neurovědy. Ve své disertační práci se zaměřila na proces učení se prostřednictvím nápodoby.

Už během studií se provdala za mladého pákistánského anesteziologa Amjada Chana. Ženicha, pocházejícího z pákistánské muslimské komunity, jí vybrali rodiče. Svatební obřad s mužem, kterého Aafia předtím nikdy neviděla, proběhl po telefonu. Krátce poté se novomanžel přestěhoval do USA, kde začal pracovat jako

anesteziolog v Brigham and Women's Hospital v Bostonu, jedné z nejstarších výukových základen Harvardovy univerzity. První syn Mohamed Ahmed se mladému páru narodil rok po svatbě, v roce 1988 následovala dcera Mariam.

Islámská charitativní práce

Plnohodnotné vysokoškolské studium a péče o dvě děti nebyly pro Aafiu Siddíkióvou překážkou, která by jí bránila v šíření islámu a charitativní práci. Jako neziskovou organizaci založila Institut islámského výzkumu a výuky, pod jehož hlavičkou šířila korán a jinou islámskou literaturu. Podílela se také na vzniku programu, díky němuž se duchovní literatura distribuovala muslimským trestancům do věznic. Připojila se k Asociaci muslimských studentů (AMS), pro kterou šířila letáky, agitovala na schůzích a získávala finanční příspěvky.

Až potom byla Aafia Siddíkióvá bezúhonnou ženou. Do této chvíle se životopis pákistánské studentky a matky jeví jako jednoznačný a shodnou se na něm jak islámské kruhy, které ji hájí, tak americké tajné služby, jež se v rámci zostřeného boje proti terorismu po 11. září 2001 staly

jejím úhlavním nepřítelem. Na události, které následovaly, už však obě strany konfliktu mají názor rozdílný.

Dvě verze téhož příběhu

Podle první verze příběhu, kterou pro zjednodušení můžeme označovat jako proamerickou, se Aafia Siddíkióvá během své charitativní práce poprvé dostala do kontaktu se skutečnými teristy světového formátu. Finanční příspěvky, které získávala, putovaly do uprchlického centra al-Kifah, zřízeného teroristickou organizací al-Káida s cílem rekrutovat na americkém území nové bojovníky islámské svaté války – džihádu. Prostřednictvím AMS se setkala s oddanými muslimy, kteří ovlivnili její pojetí víry. Stejně jako několik jejích přátel také ona podlela kouzlu osobnosti Abduláha Azzama, který byl svého času duchovním rádcem samotného Usámy bin Ládina.

Jedním z prvních příspěvků nové džihádistky k boji za islamizaci Ameriky byla cesta do Libérie, kde měla krátce před osudným datem 11. září 2001 vyzvednout zásilku diamantů v hodnotě 19 milionů dolarů. Diamanty byly nevystopovatelným platidlem, proto je teroristická síť mohla

úspěšně používat k hrazení svých nákladů.

Zpátky do Pákistánu

Útok na Světové obchodní centrum (WTO) navždy změnil podmínky pro život muslimů v USA. Jestliže dříve bylo možné otevřeně hlásat džihád bez obav z následků, nyní se přívrženci islámu hromadně vraceli do svých rodných zemí v obavě před pogromy na muslimy.

Také Aafia Siddíkióvá přesvědčovala svého manžela, aby se společně vrátili do Karáčí. Manželství však zaznamenávalo trhliny. Amjad Chan nesdílel radikální názory své ženy a nehodlal se na džihádu podílet. V květnu 2002, když byl pár vyšetřován FBI kvůli podivnému nákupu přístrojů pro noční vidění, ochranných bojových pomůcek a příruček pro přežití za 10 tisíc dolarů, ovšem Chan vypověděl, že nákup pořídil jako přípravu na plánovanou loveckou expedici. V červnu se pak celá rodina vrátila do Pákistánu.

Jen několik týdnů po návratu do rodné země – a navzdory tomu, že Aafia byla v pokročilém stadiu třetího těhotenství – Chan oznámil jejím rodičům svůj úmysl dát se rozvést. Svou manželku po sedmiletém soužití popisoval jako násilnickou osobnost s extremistickými názory. V říjnu 2002, měsíc poté, co Aafia porodila nejmladšího syna Sulejmana, bylo jejich manželství rozvedeno. Druhým Aafijiným manželem se stal Ammar al-Balúči, člen al-Káidy a také synovec jednoho z jejích předních představitelů, Chálida Šajcha Muhammada. Ačkoli rodina Siddíkióových sňatek později popírala, obřad se uskutečnil, a to již v únoru 2003, půl roku po Aafiině rozvodu. Líbánky nového páru byly krátké – v březnu byl ženichův strýc zatčen jako jeden z hlavních organizátorů útoků z 11. září. Při výslechu jmenoval mezi členy organizace zapojenými do činnosti al-Káidy



dy i Aafiju Siddíkióvou, která se tak dostala na seznam hledaných teroristů.

Záhadné zmizení a neslavný návrat

Siddíkióvá pracovala v Karáčí na Aga-Chánově univerzitě, když se dozvěděla, že na ni byl vydán zatykač. Ve snaze vyhnout se zadržení 30. března 2003 opustila i se všemi třemi dětmi otcovský dům, nasedla do taxíku a odjela. Na letišti v Islámabádu, kam měla údajně namířeno, však nikdy nedorazila. Na příštích 5 let se po ní slehla zem a americké tajné služby se mohly jen domnívat, že se uchýlila pravděpodobně pod ochranu al-Káidy kamsi do afghánské pouště.

Znovu se objevila teprve v červenci 2008 v afghánské provincii Chazní. Přihrbená žena zahalená v burce a ověšená malými zavazadly, která cestovala v doprovodu 11letého chlapce, vzbudila podezření v jednom z místních prodavačů. Kreslila mapu, což se v zemi, kde ženy většinou zůstávají negramotné, jevílo obzvlášť nápadné. Obezřetný obchodník ji podezíral, že připravuje sebevražedný bombový útok, a zavolał policii. Policejní úředníci, kteří podezřelou ženu zadrželi, zjistili, že nemluví žádným z hlavních afghánských jazyků. Při podrobnější prohlídce jejích osobních věcí pak našli dokumentaci k výrobě výbušnin a chemických zbraní, informace o viru Ebola, analýzy radioaktivních materiálů s ohledem na smrtící následky či ručně psané poznámky týkající se hromadných ničivých útoků a jejich



Na Massachusettském technologickém institutu Aafia absolvovala v oboru biologie jako nadějná budoucí neurovědkyně.

ZE ZAHRANIČÍ PLUS

potenciálních cílů v USA, které zahrnovaly například sochu Svobody, Wall street, Brooklynský most či systém newyorského metra. V lahvích a dalších skleněných nádobách přenášela množství toxického jedu a chemické látky, které mohly sloužit k výrobě výbušnin. V neposlední řadě u sebe měla digitální záznamové zařízení s více než 500 elektronickými dokumenty, z nichž řada mohla být využita jako podklad pro teroristické útoky. O chlapci, který ji doprovázel, tvrdila, že je to adoptovaný sirotek. Teprve po zkoušce DNA připustila, že se jedná o jejího vlastního syna Ahmeda.

Střelba na afghánské základně

S ohledem na charakter zabaveného materiálu byli na afghánskou základnu, kde Aafiu Siddíkiovou zadržovali, přizváni agenti americké FBI. Ještě před zahájením výslechu však ve vyšetřovací místnosti došlo k závažnému incidentu – zajatkyňi se údajně podařilo sebrat jednomu z vojáků karabinu, začala střílet a anglicky vyhrožovala všem Američanům smrtí. Zatímco se s ní jeden ze strážců pral, druhý se dostal ke své pistoli a střelil ji do břicha. Ještě chvíli se bránila, než omdlela.

Těžce zraněná žena pak byla vrtulníkem dopravena na americkou vojenskou základnu v Bagramu. Její stav byl velmi vážný – na glasgowské stupnici hloubky bezvědomí (GSC) byl ohodnocen číslem 3. Přestože byla ihned opeřována, lze hovořit o štěstí, že zranění vůbec přežila.

Předstíraná duševní porucha

Rekonvalescence byla úspěšná. Po 17 dnech mohla být Aafia Siddíkiová transportována do Spojených států amerických, kde si 31.



Jeden z protestů na podporu doktorky Siddíkiové v islámském světě. | Foto: abcnyheter.no

července 2008 vyslechla obvinění z celkem sedmi trestných činů, zahrnujících například útok smrtící zbraní a pokus o vraždu.

Příprava procesu probíhala v jižním distriktu New Yorku. Jednání bylo opakovaně přerušováno, nejdéle na půl roku, když obhajoba žádala přezkoumání psychologického stavu své klientky. Siddíkiová tak během této doby podstoupila celkem tři různá vyšetření: Po prvním z nich lékaři konstatovali depresivní psychózu. Z druhého odcházela s diagnózou chronické deprese. Během jednání se však vyskytly pochybnosti, zda svůj skutečný psychický stav pouze nepřetvárá. Byla tedy nucena podstoupit třetí, detailnější zkoumání, jehož výsledek potvrdil, že duševní chorobou netrpí a je způsobilá podstoupit soudní líčení.

Samotný proces pak trval již jen 14 dnů. Siddíkiová po celý čas opakovala, že je nevinná, a během toho bylo nutné po její hlasité

verbální projevy vyvést ze soudní síně. Po potvrzujícím verdiktu poroty byla odsouzena na 86 let vězení.

Oběť protiteroristického tažení?

Druhá verze příběhu pákistánské neurovědkyně, kterou považují za pravdivou zejména islamistické kruhy, se odehrává ve stejných kulísách, avšak vyznívá zcela jinak.

Aafia Siddíkiová podle této verze vedla spořádaný život a nezavdala americkým státním institucím žádnou příčinu, aby do jejího soukromí jakkoli vstupovaly. Svědectví Chálída Šajcha Muhammada, na jehož základě ji CIA zapsala na seznam světových teroristů, bylo vynuceno mučením – zadrženy organizátor útoků z 11. září byl podle záznamů celkem 183x podroben proceduře zvané *waterboarding*, kdy mu byly zvednuty nohy a hlava přikryta propustnou látkou, jejímž proléváním vzniká u mučené

osoby pocit tonutí. Zastánci Siddíkiové tvrdí, že za těchto okolností lze člověka přimět během několika desítek vteřin k jakémukoli doznání.

Další námitky se vyskytují kvůli údajnému zmizení lékařky v područí afghánské al-Káidy. Příbuzní jsou přesvědčeni, že po celé pětileté období, kdy o sobě nepodala zprávu, byla zadržována pákistánskými nebo americkými tajnými službami ve věznici v Bagramu. Toto přesvědčení je živeno zprávami propuštěných vězňů o tzv. šedé ladi z Bagramu, ženě neznámé identity, která byla roky opakovaně drogována, bita, mučena a znásilňována a jejíž hlasité sténání bylo tak srdcervoucí a drásající, že zbylé trestance vybudilo k šestidenní hladovce.

Kam se poděl terorismus?

Také americký výklad události na afghánské základně v Ghazni, v jejichž důsledku byla Aafia Siddíkiová nakonec v USA odsouzena, se často stává předmětem pochybností. Zastánci Siddíkiové se táží, zda je možné, aby žena drobné postavy dokázala v přítomnosti čtyř mužů odejmut zbraň cvičenému příslušníkovi ozbrojených sil. Její obhájce poukazoval na fakt, že neexistuje žádný důkaz, že žena držela karabinu v ruce a že zbraň v místnosti střílela. Na pušce nebyly nalezeny její otisky prstů a devět svědků obžaloby údajně uvádělo rozporuplné údaje o tom, kolik lidí bylo v okamžiku střelby v místnosti a kolik vystřelů bylo vypáleno. Neméně závažná se také zdá být námitka, že pokud bylo důvodem zájmu amerických tajných služeb o Siddíkiovou její zapoje-

ní do teroristických aktivit, měla být souzena především jako teroristka. To se však nestalo. Mezi sedmi obviněnými, jimž čelila, se žádné ani okrajově netýkalo jejího potenciálního spojení s Tálibánem či al-Káidou.

Ikonická oběť

Která varianta životního příběhu Aafii Siddíkiové je blíže pravdě, lze jen těžko zjistit. Případ se zájmem sledovaly také renomované organizace zabývající se lidskými právy, včetně například Amnesty International. Na amerického prezidenta Baracka Obamu se dopisem obrátili čtyři britští poslanci, kteří proces proti pákistánské vědkyni označili za justiční omyl porušující šestý dopisek americké ústavy a žádali její propuštění.

Zanícený způsob, jakým o podrobnostech případu informují pákistánská média, přispěl k tomu, že Aafia Siddíkiová je dnes ve své vlasti považována za ikonu či prominentní oběť americké zvládnutí. Pákistánská vláda investovala z miliony dolarů do služeb právníků, kteří Siddíkiovou zastupovali během procesu. Hodlá také vyjednávat s USA o propuštění své krajanek. Na podporu vězněné neurovědkyně se v Pákistánu i jinde ve světě pořádají protestní demonstrace a petice.

Sama Siddíkiová vydala prohlášení, že si nepřeje, aby její případ vyvolával další násilnosti. Přesto se ode dne, kdy byl vynesena rozsudek, Tálibán a al-Káida již několikrát pokusily vyměnit její svobodu za svobodu jiných zadržovaných osob. V září 2010 Tálibán s tímto úmyslem unesl například skotskou humanitární pracovníci Lindu Norgroveovou. K výměně nedošlo – při pokusu o vysvobození unesenou ženu nešťastnou náhodou zasáhl granát jednoho ze zachránců a ta na následky zranění zemřela. Realizována nebyla ani výměna za Warrena Weinsteina, amerického humanitárního pracovníka uneseného v srpnu 2011 v Pákistánu. Poté měla být Siddíkiová vrácena domů výměnou za dva švýcarské občany zadržované v Balúčistánu, těm se však v květnu 2012 podařilo uprchnout. A tak dále.

České studentky Hana Humpálová a Antonie Chrástková jsou zatím posledními rukojmími v této kauze. Proti své vůli byly zataženy do složitého mezinárodního případu, který se jich nijak netýká a jehož pokračování nemohou ani ony, ani jejich rodiny nikterak ovlivnit. Věřme, že navzdory tomu bude mít jejich příběh šťastný konec.

Martina Řehořová



Na základnu v afghánském Bagramu byla Aafia Siddíkiová přepravena po osudném incidentu. | Foto: Wikimedia

NÁZORY

Protonová terapie: Pokrok lze pozdržet, nikoli zastavit

Debata o protonové terapii stále trvá a objevuje se v ní řada protichůdných názorů. Kontroverze se týkají zejména její bezpečnosti, účinnosti, počtu vhodných indikací a jejího významu v rámci onkologické péče. Řada těchto názorů pochází od autorů, kteří se věnují výhradně fotonové léčbě či farmakoterapii, a na protonovou léčbu tudíž pohlížejí v kontextu své technologie či oboru.

S postupným získáváním zkušeností bych se rád pokusil vysvětlit některé nepřesnosti, jež o protonech zazněly, a shrnout důvody proč protonovou terapii v kontextu české onkologie rozvíjet.

Argumentace fyzikálně-biologická

„Odborná“ argumentace proti protonům se v rovině fyzikálně-biologické zakládá na následujících bodech:

1. Nevíme, jakou mají protony reálnou biologickou účinnost.
2. Nevíme, jaký mají dosah ve tkáni.
3. Indukují vznik potenciálně škodlivých sekundárních neutronů.

Tyto argumenty mají jistý racionální základ, je však třeba je uvést do kvantitativního kontextu.

Ad 1: Za padesát let používání protonů a po provedení značného množství experimentů se hodnota relativní biologické účinnosti protonů ustálila na 1,1. Při použití tohoto přepočtu nebyly v klinické praxi pozorovány žádné nežádoucí účinky naznačující zásadní chyby v tomto předpokladu. Až v posledních letech se objevují práce naznačující zvýšení tohoto parametru ve velmi malé oblasti, v tzv. distální hraně Braggova peaku. Nejistoty jsou různými autory kvantifikovány mezi 0,5 a 8 % dávky. Vědomí si této nejistoty vyžaduje určitě změny v přístupu k plánování radioterapie, avšak potenciální rizika spojená s touto nejistotou jsou bohatě převážena významně lepší dosahovanou dávkovou distribucí. Kromě toho se zdánlivá nevýhoda při správném využití může stát výhodou lokalizováním této oblasti do centra nádoru.

Ad 2: Nejistoty související s dosahem ve tkáních existují a nelze je opomíjet. Způsobů jak se s nimi vyrovnat je řada – od vyšších nároků na kvalitu plánovacích CT a použití 4D CT plánování přes systémy pro respiratory gating, systémy sledující pohyby pacienta

v průběhu ozařování, pravidelné re-plánování, testování stability (robustnosti) plánů až po velmi systematické dozimetrické ověřování dosahu ve tkáních, včetně nejnovější metody využívající pozitronové emisní tomografie (PET). Celý proces je mnohem pracnější a důkladnější než u fotonové radioterapie, která u svých nejmodernějších postupů sice má podobné nejistoty, avšak takto důkladně řešeny nejsou.

Ad 3: Sekundární neutrony jsou v současném pojetí protonové radioterapie minulostí. Technologie skenování tužkovým svazkem generuje řádově méně sekundárních neutronů než fotonová radioterapie využívající energii vyšších než 10 MeV, a debata o tomto problému je tedy zbytečná.

Argumentace klinická

Další sada argumentů proti protonům se týká klinických výsledků, absence randomizovaných studií, non-superiority protonů atd. Argumenty, proč není dostatek dat z randomizovaných studií, již byly několikrát publikovány. Zakládají se na následujících bodech:

1. Randomizované studie nejsou etické v případě, že jedno rameno (v tomto případě fotony) má výrazně vyšší predikované riziko poškození pacienta než druhé (protony).
2. Benefit protonů se v používaných indikacích projevuje zejména ve snížení rizika velmi pozdních nežádoucích účinků, projevujících se za 10 a více let po ukončení terapie. Doba nutná k provedení takové studie je tedy nejméně 15, spíše 20 let. Taková studie prakticky není realizovatelná.
3. Nástup nových technologií v radioterapii dosud nikdy nebyl proveden na základě randomizovaných studií. V současnosti se rozvíjí technika rotační fotonové terapie, kte-



MUDr. Jiří Kubeš, Ph.D.
hlavní lékař PTC

rá zlepšuje dávkovou distribuci na úkor výrazně vyšší integrální dávky. Ani tato technologie, jež ve svém důsledku nese možná více nejistot než protony, nebyla ověřena na základě klinických studií. Nebylo tomu tak ani při přechodu od rtg ke kobaltu či od kobaltu k lineárním urychlovačům. V radiční onkologii jsou technologie zaváděny na základě inženýrského a fyzikálního pokroku v dosahování lepších dávkových distribucí. Žádná randomizovaná studie fyzikální zákony nezmění.

Počet vhodných indikací

Kolik nemocných je vhodných k protonové léčbě? V zásadě nemusíme indikovat nikoho, pokud se smíříme s tím, že řada nemocných bude ozařena více, než je nutné, se všemi dlouhodobými důsledky, které z této situace plynou. Představa, že jsme schopni všechny lokality a nádory ozařovat fotony natolik dobře, že není co zlepšit, je daleko od pravdy a radiční onkologové dělají každodenně kompromisy vynucené neuspokojivou dávkovou distribucí. Klíčovou myšlenkou pokroku v radiční onkologii je zlepšování dávkové distribuce. Často zmiňovaná technika rotační IMRT je vynikajícím pokrokem ve srovnání s předchozími technologiemi, ale nikdy nedosáhne dávkové distribuce protonové terapie.

Zde je první skupina nemocných potenciálně vhodných pro protony – ti, kteří nejsou uspokojivě, bez vynucených kompromisů, ozářitelní na fotonech. Mimo chodem, nejvíce uznávanou indikací protonové terapie jsou nádory baze lební, a to nikoli na základě randomizované studie, ale proto, že jinak rozumně ozářit nejdou. Druhou skupinou jsou pacienti, kteří jsou léčitelni fotony za cenu vysokého zatížení orgánů středními či nízkými dávkami a za cenu vysoké integrální dávky. Tyto parametry jsou významné přede-

vším z hlediska velmi pozdních následků terapie, tedy zejména u nemocných mladší věkové kategorie s vysokou šancí na úspěch terapie. Takových se bohužel najde poměrně vysoký počet.

České odhady kopírují jiné země

Jaká jsou tedy čísla? Byly publikovány odhady desítek nemocných pro Českou republiku. Předpokládejme 50 klientů za rok, což činí 0,08 % z nově diagnostikovaných nemocných a 0,16 % z nemocných indikovaných k ozařování.

Proti tomuto odhadu je možno uvést několik diametrálně odlišných čísel. Nizozemsko má jeden z nejlepších systémů organizace radioterapeutické péče na světě. Před zahájením projektu nizozemského protonového centra proběhla analýza potřeby protonové léčby¹⁾ s odhadem potřeby této terapie pro 17,7 % nemocných indikovaných k ozařování. Z tohoto počtu bylo pro následujících 5 let schváleno 21,5 % nemocných, což činí pro Nizozemsko 1540 pacientů za rok, s předpokladem nárůstu v dalším období na zmiňovaných 17 %. K velmi podobným číslům došli rovněž v Dánsku, jehož systém organizace radiční onkologie je rovněž na velmi vysoké úrovni²⁾.

A konečně tuzemskou autoritou je Společnost radiční onkologie, biologie a fyziky ČLS JEP (SROBF). Ta dosud vydala dva odhady potřeby: 10 % v roce 2003 a 15 % v roce 2011, což je zcela ve shodě s publikovanými daty. 10 % z nemocných indikovaných k ozařování znamená v českých poměrech 2-3 tisíce pacientů za rok, tedy výrazně více, než kolik činí kapacita pražského centra.

Kde je místo protonové terapie

Přes snahu odpůrců této metody postavit ji na okraj zájmu jako nevyzkoušenou a nepřínosnou je částicová radioterapie nosným tématem celé radiční onkologie. Z principu není v možnostech fotonové radioterapie dosáhnout srovnatelných dáv-



Foto: archiv PTC

kových distribucí. Protony jsou v současnosti na špičce technologického a medicínského vývoje. Z toho plyne, kam by mohly být v kontextu onkologické péče zařazeny. Mělo by se jednat o zařízení sloužící k poskytování péče pro celou Českou republiku, spolupracující s KOC na výběru nejvhodnějších pacientů, hodnotící výsledky terapie a aktivně publikující výsledky léčby. Zařízení by mělo spolupracovat na základním výzkumu (zejména s technickými obory) na klinickém výzkumu (s lékařskými fakultami) i na pre- a postgraduální výuce. Tím by česká onkologie pouze získala. Pražské protonové centrum je ve všech těchto oblastech připraveno ke spolupráci.

Nástup protonové terapie nelze zastavit, lze jej pouze pozdržet. Konkurence výrobců protonových ozařovačů je značná, vyvíjejí se kompaktní technologická řešení, na světě se stavějí desítky center. S rostoucím počtem center roste množství klinických dat, s rostoucím množstvím dat budou protony získávat více pacientů. Kdo získal nějakou zkušenost s protony, k fotonům se těžko vrátí. Proč by měl zatěžovat nemocné vysokými dávkami a nežádoucími účinky, není-li to nutné. Protony představují natolik velký krok vpřed, že jsme si to před osobní zkušeností ani nedokázali představit.

Zdroje:

1. www.gezontheidsraad.nl/en/publications/healthcare/proton-radiotherapy
2. www.sst.dk/-/media/Planlaegning_og_kvalitet/Kraeftebehandling/national_center_particle_therapy_FINAL.ashx

ASCO: Kombinace chemoterapie a bevacizumabu zvyšuje OS u cervikálního karcinomu

V rámci letošního výročního kongresu Americké společnosti pro klinickou onkologii (ASCO) v Chicagu byly prezentovány výsledky fáze III klinické studie Gynecology Oncology Group (GOG) 240 ukazující významné prodloužení doby přežití (OS) u žen s pokročilým či relabujícím cervikálním karcinomem, jimž byl kromě standardní chemoterapie podáván bevacizumab.



chemoterapií založenou na cisplatině. Měli jsme obavy, že pokud dojde k rekurenci onemocnění, tato léčba již nebude tak účinná kvůli rezistenci vůči cisplatině, kterou si nádor vytvoří," popsal Krishnansu Tewari. V roce 2009 v rámci klinické studie GOG 204 byla tato rezistence skutečně potvrzena.

Vědci se proto soustředili na nalezení nových terapeutických možností pro ženy s cervikálním karcinomem. V rámci klinické studie GOG 240 porovnávali účinnost topotekanu jako alternativy k cisplatině v chemoterapeutickém režimu; ve dvou ramenech výzkumu byla pacientkám rovněž podávána monoklonální protilátka bevacizumab, která cílí na plasmatický růstový faktor cévního endotelu (VEGF), jehož blokádu způsobí normalizaci nádorového krevního řečiště, regresi nádorových cév a zabrání novotvorbě cév. Důvodem, proč byl bevacizumab do studie zahrnut, se podle slov doktora Tewariho stala skutečnost, že inhibice VEGF se ukázala být účinnou u řady jiných solidních tumorů a angiogeneze navíc u cervikálního karcinomu hraje výraznou roli.

Čtyři skupiny

Do studie bylo zahrnuto 452 pacientek s primárním stadiem IVB rekurentního či perzistentního cervikálního karcinomu. Účastnice byly rozděleny do 4 skupin užívajících pouze chemoterapii nebo chemoterapii společně s bevacizumabem. Nemocné byly ve skupinách rovnoměrně rozděle-

ny podle věku, etnika, histologického typu nádoru, stadia nemoci apod. „Více než 70 procent pacientek podstoupilo společně s ozařováním předchozí léčbu chemoterapií obsahující cisplatinu. Také ty byly v jednotlivých ramenech výzkumu rovnoměrně zastoupeny," upozorňuje Krishnansu Tewari.

Studie, jež byla financována Národním onkologickým ústavem (NCI), probíhala od dubna 2009 do ledna loňského roku. Pacientky randomizované do ramene I a III užívaly pouze chemoterapii. Skupině I bylo podáváno 135 mg/m² nebo 175 mg/m² paklitaxelu plus 50 mg/m² cisplatinu i. v., ženy v rameni III užívaly 175 mg/m² paklitaxelu s 0,75 mg/m² topotekanu i. v. během prvních 3 dnů studie. Skupiny II a IV byly léčeny stejnými kombinacemi chemoterapie jako ramena I a III, ale s přidáním bevacizumabu v dávce 15 mg/kg i. v. Medián počtu cyklů léčby dosáhl u skupin s chemoterapií 6, v ramenech s bevacizumabem pak 7. V průběhu trvání studie zemřelo 174 účastnic.

Signifikantní prodloužení OS

Skutečnost, že přidání paklitaxelu k cisplatině zvyšuje přežití o přibližně 12 měsíců, byla prokázána již v předchozích studiích (GOG 204). V GOG 240 dosáhl medián přežití u pacientek užívajících pouze chemoterapii srovnatelné hodnoty – 13,3 měsíce. Mezi mediánem přežití u skupin s cisplatinou plus paklitaxelem a topotekanem plus paklitaxelem

nebyl zjištěn signifikantní rozdíl (15 vs. 12,5 měsíce; $p = 0,880$).

„I kdyby se nám podařilo prodloužit dobu přežití u pacientek o 4 měsíce, tedy přibližně na 16 měsíců, mělo by to podle mého názoru skutečně smysl," prohlásil dr. Tewari. Z výsledků studie vyplývá, že toho bylo u žen užívajících kromě chemoterapie také bevacizumab skutečně dosaženo, když medián OS v tomto rameni GOG 240 dosáhl cca 17 měsíců (HR = 0,71; 97,6% CI; 0,54-0,94; $p = 0,0035$). „Jsme opravdu potěšeni, že můžeme potvrdit signifikantní prodloužení doby přežití u pacientek, jimž byl podán bevacizumab," uvedl Krishnansu Tewari ve svém vystoupení na ASCO 2013. Míra odezvy dosáhla u žen se samotnou chemoterapií 36%, u pacientek s kombinací chemoterapie plus bevacizumab pak 48% ($p = 0,00807$).

Bez snížení kvality života

K nejčastějším závažným vedlejším účinkům léčby bevacizumabem patřila neutropenie 4. stupně (35% pacientek vs. 26% ve skupině bez bevacizumabu), hypertenze 2. a vyššího stupně (25% vs. 2%; žádná pacientka však kvůli hypertenzi nemusela terapii přerušit), tromboembolická příhoda 3. a vyššího stupně se pak u účastnic s bevacizumabem vyskytla ve 3% (oproti 1% v rameni pouze s chemoterapií), ke vzniku gastrointestinálních či urogenitálních píštělí 3. a vyššího stupně došlo u 6% pacientek s bevacizumabem, ve skupině s chemoterapií byl zaznamenán výskyt pouze u jediné ženy. Kvalita života pacientek zařazených do studie GOG 240 byla hodnocena pomocí stupnice FACT-Cx TOI (*Functional Assessment of Cancer Therapy – Cervix Trial Outcome Index Scale*). Jak potvrdil dr. Krishnansu Tewari, rozdíl v tomto kritériu nebyl mezi skupinami s bevacizumabem a bez něho signifikantní. K prodloužení doby přežití díky přidání bevacizumabu tak nedochází na úkor snížení kvality života pacientek.

(Zdroje: ASCO 2013; Anne Landryová – Oncology, Cancer Network) (kha)

Přidání bevacizumabu (Avastin) k chemoterapii vedle toho o 12% zlepšilo odpověď nádoru na léčbu v porovnání s chemoterapií samotnou. Ke zlepšení došlo rovněž v mediánu přežití bez progresivního onemocnění (PFS).

Výsledky klinické studie na ASCO 2013 přednesl jeden z jejích hlavních autorů dr. Krishnansu S. Tewari z oddělení gynekologické onkologie Chao Family Cancer Center při Kalifornské univerzitě. Do výzkumu bylo zapojeno 452 pacientek s primárním stadiem IVB rekurentního/perzistentního cervikálního karcinomu.

Nedostatek alternativ

Rakovina děložního čípku je druhým nejčastějším typem karcinomu u žen a také druhou nejčastější onkologickou příčinou úmrtí žen ve světě. Každý rok onemocní podlehne 250 tisíc pacientek. Především ve vyspělých zemích byla mortalita u tohoto onemocnění snížena díky zavedení screeningových pro-

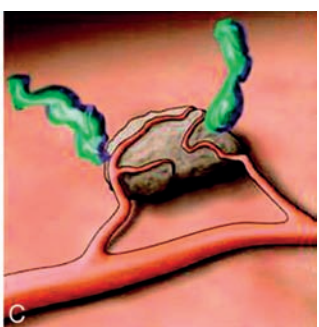
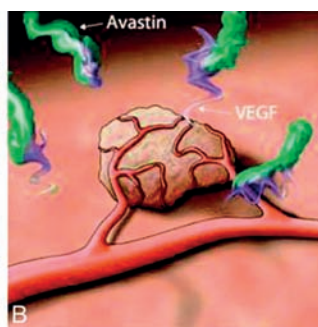
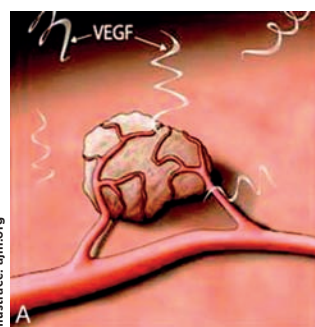
gramů a dalších preventivních opatření.

Jak ovšem podotkl dr. Tewari, zatímco v počátečních stádiích cervikálního karcinomu je často účinná chirurgická léčba či chemoterapie, „existují jen velmi omezené možnosti léčby u pacientek s pokročilou rakovinou děložního čípku a u nemocných, u kterých došlo k relapsu nemoci po počáteční terapii“.

Zdůraznil také, že velkým problémem u cervikálního karcinomu je léková rezistence. „Na rozdíl od jiných solidních nádorů tento karcinom nereaguje na různé typy chemoterapie. Standardním režimem je cisplatinu a paklitaxel, který prodlužuje dobu přežití přibližně o 12 měsíců. Pokud ovšem u pacientky nezabere, další možnosti prakticky neexistují," dodal.

Snaha o nalezení nových možností

„Většina žen s rekurentním cervikálním karcinomem je léčena



PŘÍBĚH LÉKU

Objevitel Brufenu testoval lék na vlastní kocovině

„Vyšlo to, Brufen je jednoduchý a účinný,“ prohlásil někdejší vedoucí československého klinického výzkumu legendárního léku, významný revmatolog a dlouholetý ředitel pražského Revmatologického ústavu profesor Karel Trnavský.

Historie ibuprofenu je spjata s doktorem Stewartem S. Adamsem, který byl v 50. letech 20. století vedoucím vědeckého výzkumu u společnosti Boots Pure Drug Company v anglickém Nottinghamu. Podle slov prof. Adamse bylo cílem najít takový lék pro léčbu revmatoidní artritidy, který by neobsahoval kortikosteroidy, měl novou chemickou strukturu a zároveň byl dobře snášen zejména zažívacím traktem. Ibuprofen, který je dnes po celém světě používán k léčbě horečky, zánětu a bolesti, byl patentován v roce 1961, v roce 1969 byl schválen k léčbě ve Velké Británii a v roce 1974 v USA. Duchovnímu otci léčiva byla za jeho zá-

sadní objev v roce 1987 udělena dvě významná ocenění, mj. Řád britského impéria.

Na počátečních klinických studiích ibuprofenu v léčbě revmatoidní artritidy se významným způsobem v 70. letech podílela i československá revmatologie, zejména profesor Karel Trnavský. Díky celosvětové spolupráci řady revmatologů v 70. a 80. letech se ibuprofen velmi rychle rozšířil do klinické praxe.

Doktor Adams v rozhovorech často vzpomínal na spolupráci s českými a slovenskými kolegy, kteří se účastnili úvodních fází výzkumu legendárního léku: „V tehdejší Československu se navzdory složitým poměrům uskutečnilo



Profesor Stewart Adams v roce 1970. | Foto: archiv

několik základních klinických studií, které přinesly pozitivní výsledky.“

Objevitel pokusným králíkem

Svoji vědeckou kariéru Stewart Adams zahájil v roce 1945 účastí na výzkumu penicilinu. Zásadní obrat v jeho práci nastal, když se rozhodl přejít k výzkumu ibuprofenu. Ze zkoumaných látek vyšel při laboratorních testech jako nejbezpečnější, s nejmenším množstvím vedlejších účinků. Než se ibuprofen stal jednou z nejdůležitějších složek antirevmatických léků, vyzkoušel Stewart Adams jeho účinky také sám

na sobě. „Měl jsem k dispozici výsledky z laboratoře. Byl jsem si téměř jistý, že budu v pořádku,“ podotkl prof. Adams v rozhovoru u příležitosti 40. výročí Brufenu. „Naše první mezinárodní konference se konala v Londýně. Setkal jsem se tam se spoustou přátel, a tak jsme si večer trochu vyrázili. Ráno jsem měl být první řečníkem. Musím se však přiznat, že jsem se vůbec necítil na to, abych vystoupil na podium. Brufen se tehdy užíval ve 400miligramových dávkách, tak jsem si vzal 600 miligramů a zjistil, že to opravdu účinkuje.“

Nedostatkové zboží

Dnes všeobecně známý a dostupný přípravek byl u nás za dob socialismu stejně nedostatkovým zbožím jako například jižní ovo-



Foto: Archiv společnosti Abbott

ce či elektronika. Zpočátku nebyl do zemí jako Československo oficiálně vůbec dovážen a k nám se pašoval z Německa a Rakouska, později také z Jugoslávie. Poté jej stát začal nakupovat, avšak ve velmi omezeném množství, takže ho bylo po celá 70. a 80. léta velice obtížné sehnat a brzy se stal podpultovým zbožím.

I po 44 letech patří Brufen mezi nejoblíbenější léky proti bolesti, horečce a zánětu. V letech 2007–2009 byl dokonce třetím nejprodávanějším léčivem v České republice. V lékárnách je dnes k máni ve formě tablet, dětského sirupu či šumivého granulótu. Rozpustná forma účinkuje rychleji a je šetrnější vůči trávicímu ústrojí.

Markéta Míková



Profesor Karel Trnavský. | Foto: archiv

U léků jsou důležité i barva a tvar

Barvy ve velké míře ovlivňují vnímání účinnosti léků ze strany pacienta. Podle průzkumu agentury Foxo i zkušeností lékárníků lidé mnohdy po změně barvy přípravku považují daný lék za méně účinný.

„Je to individuální, ale pravdou je, že někteří pacienti jsou fixováni na barvu nebo tvar tablety, ale třeba i na vzhled krabičky,“ potvrzuje mluvčí České lékárnické komory (ČLkK) Aleš Krebs a jako příklad uvádí přípravek Rohypnol, který přešel z původní bílé barvy na barevnou formu. Na tu si však někteří jeho uživatelé nezvykli a byli často přesvědčeni, že na ně nepůsobí. Naopak léky obsahující jako účinnou látku ibuprofen mají pacienti spojené s růžovou barvou a stává se, že někteří nepovažují přípravky bílé barvy s touto látkou za tak účinné.

Podle Aleše Krebse je možné chování pacientů z velké části vysvětlit i placeboovým efektem. „Ve statistikách se uvádí i přes 30 procent placebo-aktivních pacientů. Kdybychom u nich změnili barvu tablety nebo krabičku, ztratí k léku důvěru a nebudou jej užívat,“ vysvětluje mluvčí ČLkK.

Barvy léků jsou z pohledu pacientů důležité i kvůli správnému dávkování. „Osobně preferuji barevné i tvarově výrazné tablety, protože snižují pravděpodobnost, že pacienti omylem spolknou jinou pilulku, než mají,“ cituje ČTK brandýskou lékařku Evu Pluhařovou. (ČTK, kha)



Ilustrace: foto: Shutterstock

VZP hradí kabazitaxel

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) začala od července letošního roku hradit pacientům s pokročilým karcinomem prostaty kabazitaxel, u něhož bylo prokázáno prodloužení celkového přežití.

Kabazitaxel (Jevtana) je určen pro muže s pokročilým karcinomem prostaty, kteří byli dříve léčeni chemoterapií, ale po čase došlo k návratu onemocnění. Klinické studie s kabazitaxelem prokázaly statisticky významné, 30% snížení rizika úmrtí v důsledku rakoviny prostaty. Jedná se o první přípravek, který umožnil prodloužení celkového přežití a zároveň zachování uspokojivé kvality života ve 2. li-

nii chemoterapie zhoubného nádoru prostaty, který nereaguje na chirurgickou či hormonální léčbu. Léč je vázán na péči ve specializovaných onkologických centrech. V České republice představuje rakovina prostaty 13,5% všech zhoubných nádorů diagnostikovaných v mužské populaci. Podílí se 2,6% na celkové úmrtnosti mužů.

(Zdroj: ZVP)

(red)

Přehodnocení přípravků obsahujících **zolpidem**

Evropská léková agentura (EMA) zahájila přehodnocení léčivých přípravků, které obsahují zolpidem, tedy látku, jež se používá ke krátkodobé léčbě nespavosti.

Přehodnocení bylo zahájeno kvůli obavám, že někteří pacienti mohou následující den po užití trpět ospalostí a mít zpomalené reakce. To by mohlo zvýšit riziko úrazu při provádění aktivit, které vyžadují pozornost, jako je například řízení automobilu. Možnost ospalosti den po užití je u léků na nespavost známým rizikem, zvláště pokud pacienti po užití léku nespí dostatečně

dlouho. V České republice již texty doprovázející tyto léčivé přípravky upozornění na toto riziko obsahují. Farmakovigilanční výbor pro posuzování rizik léčiv (PRAC) v červnu 2013 přezkoumal informace o hlášených problémech s řízením nebo o dopravních nehodách u pacientů, kteří užívali zolpidem. PRAC usoudil, že není nutná okamžitá změna v textech léčivých

přípravků. Dále bylo projednáno, zda nižší dávky zolpidemu mohou snížit pravděpodobnost snížení duševní bdělosti a zhoršení schopnosti řídit následující den a zda by se mělo u určitých pacientů uvažovat o snížení dávek. Výbor dospěl k závěru, že k rozhodnutí je třeba podrobnějšího přezkoumání, které bude zahrnovat další informace o přínosecích a rizicích zolpidemu, včetně informací o účinnosti nižších dávek.

Podrobnější informace o zolpidemu a jednání farmakovigilančního výboru lze najít na webových stránkách Evropské lékové agentury (EMA) a Státního ústavu pro kontrolu léčiv (www.sukl.cz).

(Zdroj: SÚKL)

Oznámení a upozornění SÚKL

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

- Opatření držitele registrace, společnosti Baxter Czech, spol. s r. o., Praha, spočívajícím ve stažení léčivého přípravku **Plasma Volume Redibag 6%**, inf. sol., 10x 500 ml (číslo šarže: 00110, 00111, 00112). Uvedené šarže léčivého přípravku se stahují z úrovně zdravotnických zařízení z preventivních důvodů – v návaznosti na doporučení Farmakovigilančního výboru pro posuzování rizika léčiv Evropské lékové agentury (PRAC) pozastavit registraci infuzních roztoků obsahujících hydroxyethylškrob (HES) vzhledem k tomu, že přínosy těchto přípravků již nepřevažují nad jejich riziky. Doporučení výboru PRAC však dosud není právně závazné a je v současnosti výborem PRAC opět přehodnocováno.

- Možné závadě v jakosti léčivého přípravku **Depocyte 50 mg**, inj. sus., 1x 5 ml/50 mg (číslo šarže: I2000506). Držitel rozhodnutí o registraci, společnost Pacira Limited, Velká Británie, proto na základě § 33 odst. 3 písm. c) zákona o léčivech přijal následující opatření: preventivní stažení výše uvedených šarží léčivého přípravku z úrovně zdravotnických zařízení z důvodu možné závady v jakosti – možné riziko nedostatečné sterility zjištěné

při kontrole regulačními orgány. Nebyl zjištěn žádný důkaz jakékoli mikrobiální kontaminace konečného léčivého přípravku na trhu nebo rizika pro pacienty. Nově vyrobené šarže již nejsou dotčeny popsáním jevem.

- Možné závadě v jakosti léčivého přípravku **Kapidokor**, por. tbl. flm., 100x 1000 mg (číslo šarže: 1127121). Držitel rozhodnutí o registraci, společnost Vipfarm S.A., Ożarów Mazowiecki, Polsko, proto na základě § 33 odst. 3 písm. c) zákona o léčivech přijal následující opatření: stažení výše uvedených šarží léčivého přípravku z úrovně zdravotnických zařízení z důvodu možné závady v jakosti – produkt nesplňuje požadavky stabilitních zkoušek.

- Pominutí důvodů, na základě kterých provedl držitel rozhodnutí o registraci opatření, o němž Státní ústav pro kontrolu léčiv informoval dne 20. 3. 2013, týkající se stažení šarže léčivého přípravku **Gensi 40 mg**, por. tbl. flm., 28x 40 mg (číslo šarže H001) z důvodu závady v jakosti – nesoulad informací na vnějším obalu přípravku s registrační dokumentací (chyběl uvedený popis obsahu účinné látky simvastatinu v 1 potahované tabletě). Držitel rozhodnutí o registraci, společnost Genericon, s. r. o., na základě přijatých opatření uvedeno závadu v jakosti odstranil. Výše uvedená šarže léčivého přípravku se proto uvolňuje k distribuci, výdeji a léčebnému použití.

(Zdroj: SÚKL)

Češi skladují nepoužívaná léčiva

Podle průzkumu Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) skladuje doma nepoužívaná léčiva 38 % obyvatel České republiky – až u poloviny z nich se jedná o zbytky léků po změně medikace, třetina uchovává přípravky do zásoby.

Průzkum proběhl letos v březnu a zúčastnilo se jej 1500 pacientů, 1000 lékařů a 1000 lékárníků. Jak ukázaly výsledky, informace o léčivech pacienti získávají nejčastěji přímo od svého lékaře (37 %), každý desátý pak od lékárníka. Příbalový leták čte přibližně třetina pacientů, pokud však dostanou nový přípravek, čte leták 98 % lidí. Na internetu hledá podrobnosti o léku (především o jeho použití, účincích a účinné látce) čtvrtina jeho uživatelů.

Lékaře ovlivňují i zástupci farmafirem

Lékaři získávají informace o léčivých přípravcích z internetu, odborné literatury či odborných časopisů, od zástupců farmaceutických společností, z odborných seminářů, kongresů či školení. Téměř tři čtvrtiny (73 %) oslovených lékařů připustily, že jejich rozhod-

nutí o předepsání léku ovlivňuje i návštěvy farmaceutických reprezentantů, 27 % respondentů jejich doporučení nebere v úvahu. O bezpečnostních rizicích či stažení léku se lékaři obvykle dozvědí ze SÚKL (55 %), od distributora (35 %) či držitele rozhodnutí o registraci (33 %). Drtivá většina účastníků průzkumu z řad lékařů (95 %) deklarovala, že při preskripci přípravku zvažuje i případné kontraindikace s jinými léky (vázanými na předpis i volně prodejnými) a pacienta se na ně vyptává.

Oslovení lékárníci se ve většině shodli, že Češi jsou dostatečně informováni o možnosti odevzdat v lékárně nepoužitá léčiva – 89 % z nich léky od pacientů osobně přebírá, 7 % nabízí možnost vhodit je do zapečetěného kontejneru a 4 % do nezapечатěné schránky.

(ČTK, kha)

Vyhlášena 9. výzva IMI

Evropská federace farmaceutických společností a asociací (EFPIA) ve spolupráci s Evropskou komisí (EK) vyhlásila počátkem července 2013 deváté kolo iniciativy Innovative Medicines Initiative (IMI).

Výzva IMI umožňuje vědeckým týmům, které se zabývají léčbou sarkopenie ve stáří, vývojem nových léčiv v oblasti antimikrobiální rezistence, problematikou lékových kombinací a využitím technologií pro účely farmakovigilance, spolupracovat na společných projektech s inovativním farmaceutickým průmyslem. Na vývoj a výzkum v daných oblastech je pro výzkumníky vyčleněna částka ve výši až 3,6 miliard korun. Vědecké týmy mohou do výzvy vstoupit do 9. října 2013. „Zapojení českých výzkumných týmů do jedné z posledních výzev IMI jim přináší jedinečnou šanci získat finanční podporu pro konkrétní vědecký projekt, úzce spolupracovat s předními výzkumníky napříč Evropou a inovativním farmaceutickým průmyslem. V dosavadních výzvách bylo poskytnuto na 38 miliard korun desítkám výzkumných týmů. Pouze dva z nich však pocházely z České republiky,“ říká výkonný ředitel Asociace inovativního far-

maceutického průmyslu (AIFP) Jakub Dvořáček.

Právě AIFP zastřešuje program IMI v České republice. „Zapojení do výzvy IMI není snadné – účastnit se mohou jen ti nejlepší. Do-

mnívám se však, že naše země disponuje kvalitními vědeckými kapacitami, které v evropské konkurenci dokáží obstát,“ uzavírá šéf AIFP.

(Zdroj: AIFP)

(red)

Co je IMI

- Iniciativa IMI (Innovative Medicines Initiative) je příkladem *public-private partnership* v oblasti vývoje nových léčiv, diagnostických metod atd.
- Cílem IMI je od roku 2008 finanční podpora společného farmaceutického výzkumu prostřednictvím tematicky zaměřených výzev.
- Do výzev se mohou zapojit výzkumná konsorcia složená z akademických center, nemocnic, patientských organizací, malých a středních podniků a regulátorů, společně s inovativními farmaceutickými společnostmi.
- Dosavadní výzvy se zaměřily například na výzkum a vývoj léčivých

přípravků v těchto oblastech: lupénka, neurologická onemocnění, plicní onemocnění, metabolické komplikace obezity, revmatoidní artritida, nádorová onemocnění, diabetes, astma či autismus.

- IMI je financována Evropskou komisí a EFPIA. Celkový rozpočet činí 50 miliard korun, z toho 25 miliard korun poskytla Evropská komise ze 7. rámcového programu a zbylými 25 miliardami korun přispěla EFPIA.

- Kompletní informace o 9. výzvě IMI a způsobu přihlášení vědeckých týmů jsou dostupné na webu:

www.imi.europa.eu

(Zdroj: AIFP)

Z VÝZKUMU

Evropský vědecký grant ERC míří poprvé v historii do Brna

Mladý vědec Pavel Plevka ze Středoevropského technologického institutu Masarykovy univerzity (CEITEC MU) získal nejprestižnější evropský vědecký grant, udělovaný Evropskou výzkumnou radou (European Research Council, ERC).

Je tak jediným vědcem působícím v České republice, který letos obdržel finanční podporu z ERC v kategorii „Starting Grants“, kterou ERC poskytuje nejtalentovanějším evropským výzkumníkům na základě vědecké excelence jejich návrhu inovativního výzkumu.

Uspějí jen 3% uchazečů

Mgr. Pavel Plevka, Ph.D., uspěl s projektem „Strukturální studie lidských pikornavirů“ a je teprve šestým držitelem „ERC Starting Grants“ v ČR od roku 2007

a prvním působícím v Brně. „ERC Starting Grants“ jsou každoročně udělovány za účelem podpořit výzkumné pracovníky, kteří se chystají sestavit vědecké týmy a zahájit vlastní nezávislý výzkum v Evropě.

„Získat grant ERC je velmi složité, protože obvykle uspěje pouze 10 procent uchazečů z celého světa, a z České republiky dokonce pouze 3 procenta. Důležitě je připravit výzkumný projekt, který má potenciál posunout hranice lidského poznání v některé z důležitých oblastí výzkumu,“ vysvětluje vedoucí výzkum-

né skupiny Strukturální virologie z CEITEC.

Celkem bylo podáno 3329 žádostí o „ERC Starting Grants“, 287 z nich bylo podpořeno částkou v celkové výši 400 milionů eur. Grant přidělený Pavlu Plevkovi je 5letý, ve výši cca 2 milionů eur (52 milionů korun).

Zacíleno na studium pikornavirů

„Budeme studovat viry ze skupiny pikornavirů, které způsobují řadu lidských onemocnění, od běžného nachlazení po život ohrožující záněty mozku. Zajímají nás struktury, které jsou důležité pro množení viru v in-

fikovaných buňkách,“ upřesňuje Pavel Plevka.

V současné době neexistují žádná léčiva proti infekcím způsobeným pikornaviry. Cílem výzkumu bude strukturální analýza životního cyklu pikornavirů, jejíž objasnění může přispět k vývoji nových léčiv. „Na našem výzkumném projektu je zajímavá kombinace strukturálně biologických metod, které použijeme ke studiu životního cyklu pikornavirů. Pro získání grantu bylo důležité také to, že budeme studovat viry způsobující lidská onemocnění a naše výsledky tak mohou přispět ke zvýšení kvality lidského života,“ uzavírá doktor Plevka.

(Zdroj: CEITEC)

(red)

HIV v léčbě

Wiskottova-Aldrichova syndromu a metachromatické leukodystrofie

Italští vědci na Istituto San Raffaele Telethon per la Terapia Genica v Miláně použili znalosti získané z léčby AIDS při terapii dvou závažných genetických chorob a podařilo se jim zastavit jejich další progresi.

Jednou z nich je Wiskottův-Aldrichův syndrom, který způsobuje těžkou poruchu imunitního systému a krvácivost u dětí. Druhou je metachromatická leukodystrofie. Její příčinou je vrozený nedostatek arylsulfatázy A, což je enzym důležitý pro tvorbu a stav myelinu, který obaluje a chrání nervová vlákna v centrální a periferní nervové soustavě. Nejtěžší forma této choroby se projevuje během prvního roku života jako pomalý vývoj, porucha svalstva, svalová slabost s poru-

chou chůze, porucha vidění a postupná demence. Dítě se obvykle nedožije 5 let.

Naděje na normální život

Léčba, s níž přišli italští vědci, spočívá v tom, že buňky kostní dřeně dětí s Wiskottovým-Aldrichovým syndromem či metachromatickou leukodystrofií jsou „infikovány“ částí HIV viru, která nese „zdravou“ formu genu. Výzkum ukázal, že volba viru hrála klíčovou úlohu, neboť dlouholeté dřívější pokusy s genetickou

léčbou nebyly úspěšné a některé vedly k leukemii.

Po 3 letech klinických zkoušek mají italští lékaři velmi povzbudivé výsledky u prvních 6 dětí. Léčba je nejen bezpečná, ale také efektivní. Podařilo se změnit klinický průběh těchto dvou těžkých chorob a děti s Wiskottovým-Aldrichovým syndromem se již nemusí obávat krvácení a infekce, mohou si normálně hrát a chodit do školy.

(Zdroj: Science)

(mls)

Léčba hemoglobinopatií transplantací umbilikální krve nebo kostní dřeně

Na univerzitě v italské Pavii analyzovali výsledky léčby 485 pacientů s talasemií (*thalassaemia major*, TM) nebo se srpkovitou anémií (SC), jimž byla transplantována pupečnicková krev či kostní dřeň od sourozence se stejnými HLA znaky.

Průměrný věk pacientů, kteří dostali umbilikální krev, byl podstatně nižší (6 let) ve srovnání s příjemci kostní dřeně (8 let). Ve skupině pacientů s TM (44%) dostalo transplantát kostní dřeně 259 nemocných a 66 pacientů pupečnickovou krev, 130 pacientů se SC (39%) bylo léčeno transplantací kostní dřeně a 30 pacientů transplantací pupečnickové krve. Po transplantaci umbi-

likální krve se objevila akutní reakce štěpu proti hostiteli (*graft versus host disease*, GVHD) méně často než u kostní dřeně. Žádný z těchto pacientů však netrpěl chronickou formou GVHD.

Autoři považují výsledky studie v obou skupinách za velmi úspěšné. Po 70měsíčním průměrném sledování bylo u 95% pacientů po léčbě transplantací kostní dřeně a u 97%

nemocných po transplantaci pupečnickové krve zaznamenáno přežívání v délce 6 let. Bezpříznakový interval činil po 6 letech 86% u TM po léčbě kostní dřeně a 80% při použití umbilikální krve, u pacientů se SC 92 a 90%. Dávka transplantovaných buněk v umbilikální krvi neměla na výsledek léčby vliv.

(Zdroj: Blood)

(mls)

Arzen v jablečné šťávě

Americký Úřad pro kontrolu léků a potravin (FDA) uveřejnil 12. července 2013 rozhodnutí o povolení hladině arzenu v jablečné šťávě, která nesmí přesáhnout 10 ppb (*parts per billion*). Tento limit odpovídá množství stanovenému pro pitnou vodu.

Pokud by tato hranice byla překročena, má FDA právo použít donucovací akce a stáhnout takový produkt z prodeje. I když úřad sledoval množství arzenu v jablečné šťávě již 20 let a v převážné většině případů byl jeho obsah malý, nové metody analýzy mohou rozlišit mezi organickou a anorganickou – karcinogenní – formou arzenu. Testy provedené v minulém roce ukázaly, že v 95% vzorků bylo celkové množství arzenu nižší než 10 ppb a ve 100% případů bylo anorganického arzenu méně než 10 ppb.

Arzen se nachází v prostředí nejen

jako přirozeně se vyskytující látka, ale také jako následek používání pesticidů, které jej obsahovaly. Kromě karcinogenního efektu anorganický arzen způsobuje kožní léze, kardiovaskulární poruchy, malformace, diabetes mellitus a navíc je neurotoxický.

Pro stanovení povoleného množství použil FDA data ze dvou dřívějších studií z roku 2010 a vyhodnocení výboru pro užívání aditiv v potravinách, který spadá pod Organizaci spojených národů (OSN) a Světovou zdravotnickou organizaci (WHO).

(Zdroj: FDA)

(mls)

Dobrá zpráva pro milovníky kávy

Nedávná studie otištěná v *Journal of the American College of Cardiology* (JACC) došla k závěru, že tři šálky kávy denně jsou „bezpečné a pro zdravé dospělé neškodné“.

Mezi příznivé účinky kávy patří snížené riziko cévních mozkových příhod, diabetu 2. typu a snížená mortalita. Vařená káva zvyšuje celkovou hladinu cholesterolu a LDL cholesterolu, ale filtrovaná káva tento efekt nemá.

Vysoké dávky kofeinu mohou zvýšit vylučování kalcia močí, přidáním dvou polévkových lžic mléka však lze této ztrátě kalcia způsobeného vypitím jednoho šálku kávy předejít.

(Zdroj: JACC)

(mls)

Nemocnice Podlesí v Třinci má nový **hybridní operační sál**

Nemocnice Podlesí na konci června slavnostně otevřela nový hybridní operační sál. Jedna z největších investičních akcí skupiny Agel si vyžádala 100 milionů korun, díky kterým teď Moravskoslezský kraj disponuje jedním z nejmodernějších hybridních operačních sálů ve střední Evropě.

Nová třípodlažní budova v sobě spojuje sterlní prostředí plnohodnotně vybaveného operačního sálu a kompletní angiolinky pro katetrizační diagnostiku a léčbu kardiovaskulárních onemocnění, takže lékaři nyní mohou v jednu chvíli provádět výkony, které se dříve musely rozplánovat i do několika operací.

„Nový hybridní operační sál znamená velký přínos nejen pro pacienty, ale i pro lékaře. Poskytuje jim široké možnosti léčby, nesrovnatelně větší komfort a zejména vysokou podporu spolupráce odborníků napříč medicínskými obory,“ říká ředitel Nemocnice Podlesí MUDr. Karel Lukeš. Hybridní operační sál je vybaven nejvyššími zobrazovacími přístroji současnosti a chirurgickým zázemím, konkrétně unikátním systémem proudění a filtrace vzduchu, který zajišťuje nejvyšší standard sterility, dále přípravu pro mimotělní oběh a další speciální zdravotnickou techniku. „Teprve v takovém pro-

středí je možné provést zákrok, během něhož část operace provede kardiolog či cévní chirurg a další část intervenční kardiolog,“ vysvětluje ředitel Lukeš.

Několik zákroků najednou

V posledním desetiletí významně roste počet pacientů s onemocněním srdce a cév, což je dáno jak stárnutím populace, tak rozvojem diagnostických zobrazovacích metod. „Celosvětově vzrůstající trend těchto specializovaných operačních sálů odpovídá stále rostoucímu počtu pacientů s kardiovaskulárními nemocemi, pro které je operace na hybridním sále z medicínského pohledu nejlepším řešením. Jednoho komplikovaného pacienta na něm totiž mohou současně operovat kardiologové a kardiologové několika zákroky a postupy najednou,“ uvádí vedoucí lékař třineckého kardiocentra MUDr. Marian Branny s tím, že by na hybridním operačním sá-

lu mohli ročně zvládnout až 250 nejnáročnějších operačních výkonů. „I přes pokročilou léčbu jsou ovšem kardiovaskulární onemocnění hlavní příčinou úmrtnosti na celém světě – každý rok mají na svědomí zhruba 4,5 milionu Evropanů,“ doplňuje primář Branny.

Unikátní výkony

Výstavba nového hybridního sálu stála nemocnici celkem 100 milionů korun, přičemž stavební práce a zabudovaná technologie vyšla na polovinu, zbylých 50 milionů korun připadlo na zdravotnickou techniku. Vzhledem k návaznosti na stávající dispozice a organizační členění kardiocentra bylo nutné vybudovat třípodlažní budovu, jejíž součástí budou také nové prostory pro pacienty kardiologické jednodenní péče. Tento nový prostor výrazně zvyšuje pohodlí pacienta v nemocnici po provedených invazivních výkonech. V sutěrnou budovu se nachází nová

knihovna a školicí místnost pro zdravotníky.

Nemocnice Podlesí je součástí ucelené národní sítě kardiovaskulárních center od roku 2009. Za tu dobu zdejší lékaři provedli hned několik unikátních zákroků. Jako první v Česku například pomocí katétru implantovali novou umělou chlopu do plicnice bez potřeby otevřené operace

srdce. Jako první v zemi také začali odstraňovat nedomykavost dvojcípé chlopně pomocí MitraClipu. Poslední úspěch si zdejší kardiologové připsali loni na podzim, když jako první v Moravskoslezském kraji voperovali pacientovi do srdce pozoruhodnou mechanickou srdeční podporu HeartMate II; vedle pražského IKEM a brněnského KCTCH se tak Nemocnice Podlesí stala třetím pracovištěm, které dlouhodobě transportabilní srdeční podpory implantuje.

(Zdroj: Nemocnice Podlesí)

(red)



Foto: archiv Agel

Další úspěch české **robotické cévní chirurgie**

Primář oddělení cévní chirurgie Nemocnice Na Homolce doc. MUDr. Petr Štádler, Ph.D., se svým týmem (MUDr. Libor Dvořáček, MUDr. Pavel Matouš, Bc. Daniela Špačková) operoval koncem června pomocí robota cévy dvěma pacientům v Institutu cirkulační patologie akademika Mešalkina v ruském Novosibirsku.



Pavel Matouš a Libor Dvořáček při přípravě operace v Novosibirsku.

| Foto: archiv Nemocnice Na Homolce

Tento typ výkonů provedli čeští chirurgové v této nemocnici vůbec poprvé. Oba operační zákroky byly součástí mezinárodní konference zaměřené na problematiku cévních operací, na níž český tým prezentoval úspěchy české robotické cévní chirurgie a předvedl účastníkům kongresu jak operovat cévy pomocí nejmodernějšího modelu robota Da Vinci SI-HD. „Obě poměrně náročné operace byly úspěšné a proběhly bez komplikací. Zdejší lékaři mají o tento typ výkonů zájem, protože jde o miniinvazivní zákrok, který je mnohem levnější než například endovaskulární chirurgie,“ uvedl docent Štádler. Doplnil, že nejmodernější typ robota da Vinci má kromě jiného i dvě ovládací konzole, což znamená,

že se na určitých operacích mohou podílet současně dva chirurgové. Svůj význam to má i pro školení robotických chirurgů.

Bez vážnějších problémů

Tým operoval v Novosibirsku dva muže ve věku 64 a 70 let. První z nich měl uzavřené pánevní tepny. Chirurgové proto vytvořili pomocí cévní protězy bypass mezi aortou a stehenními tepnami, který uzávěr v pánevních tepnách obešel. Starší nemocný měl velkou aortální výduť (průměr 10 cm), a proto mu lékaři nahradili postiženou břišní aortu cévní protézou. Ačkoli oba muži trpěli ještě dalšími chorobami, jako je například hypertenze, závažné srdeční a plicní onemocnění, nevyskytly se při operaci žádné

větší problémy. Zákroky trvaly 3,5–4 hodiny.

Robotickou cévní operativou se Nemocnice Na Homolce zařadila mezi přední světová pracoviště tohoto druhu, vedle toho je i mezinárodním školicím střediskem. Do dnešního dne se za posledních 7 let, co se zde touto problematikou chirurgové zabývají, uskutečnilo 290 roboticky asistovaných cévních operací. Ve srovnání se světem to představuje nejvíce výkonů tohoto typu uskutečněných na jednom pracovišti, přitom některé z nich se zde kořaly ve světové premiéře. Většinou chirurgové operovali pomocí robota břišní aortu a pánevní tepny.

(Zdroj: Nemocnice Na Homolce)

(red)

ZAJÍMAVÉ PRACOVÍŠTĚ

Střípky ze soudního

Základní údaje o oddělení soudního lékařství a toxikologie a jeho činnosti si můžete přečíst na internetových stránkách Nemocnice Sokolov. Zde bych vás chtěl seznámit s naším oddělením z trochu jiného úhlu pohledu.

Díky detektivním seriálům se práce soudních lékařů, byť zkráceně, dostává do všeobecného povědomí. Přesto jsme se opakovaně setkali s názorem, že soudní lékař je „závodákem“ u soudu. Za kuriózní lze považovat i dopis Policie ČR s adresou „chirurgicko-patologické oddělení“.

Mechanismus chránící lékaře

U lékařů samozřejmě takovou to neznalost neočekávám, přinejmenším proto, že každý jako medik absolvoval zkoušku ze soudního lékařství, byť v něm jinak tento obor nezanedbal žádné hlubší stopy.

S rozlišením činnosti a posláním patologie a soudního lékařství to však ani mezi zdravotníky není tak zcela jednoznačné.

Proto jen v krátkosti: Patologové provádějí pitvy zemřelých, kteří byli hospitalizováni a byla u nich stanovena diagnóza. Pitva pak slouží především k jejímu ověření s velmi důležitou zpětnou vazbou pro ošetřující lékaře. Soudní lékaři pak provádějí soudní pitvy u násilných úmrtí, kde byla pitva nařízena orgány činnými v trestním řízení. Dále provádí zdravotní pitvy u násilných úmrtí, kde nebyla nařízena pitva soudní, a u náhlých úmrtí, kdy tyto pitvy nařizuje prohlížeč lékař (lékař provádějící prohlídku těla, respektive lékař konstatující smrt). Nařízení pitvy považujeme za významný „ochranný“ mechanismus samotných lékařů.



MUDr. Rudolf Macháček
primář oddělení
soudního lékařství
Nemocnice Sokolov

V důsledku sledování amerických seriálů a medializace vysouzených odškodnění totiž neustále stoupají počty stížností na poskytování lékařské péče. V případě, že se jedná o úmrtí, po němž nebyla provedena pitva s objektivním nálezem, je obhajoba lékařů mnohdy obtížná. Navíc z výsledků pitvy praktický lékař zjistí skutečný stav svého pacienta. Ze zákona posíláme výsledky pitvy prohlížečícímu lékaři, praktického lékaře ve většině případů neznáme. Ten má možnost si výsledek pitvy vyžádat, což se bohužel děje jen v menším počtu případů.

Ocenění ze strany pozůstalých
S ohledem na lázeňský trojúhelník provádíme poměrně často pitvy cizinců. Někdy je s tím spojeno obtížnější administrativní vyřízení, jindy jsme ze strany pozůstalých žádáni o splnění pro nás neobvyklých přání, vyšli jsme vstříc i požadavku o umožnění rituálního umytí ortodoxně věřícího zemřelého před jeho repatriací do Izraele. Pitvou jednoho cizince v krátkém časovém termínu mimo oficiální pracovní dobu jsme si dokonce vysloužili mezinárodní uznání ve formě osobního děkovného dopisu velvyslance Ázerbájdžánské republiky.

Nesetkáme se však jen s pozitivními postoji pozůstalých, někteří jsou naopak velmi agresivní a rovnou přicházejí s tím, že si budou stěžovat na postup lékařů. V takovém případě jim sdělíme příčinu smrti, probereme s nimi všechny nám známé okolnosti a snažíme se je přesvědčit, že ke smrti pacienta může dojít i přes správné poskytnutí lékařské péče na nejvyšší úrovni. Odměnou je nám, když odcházejí se slovy, že jim to před tím nikdo pořádně nevyšvětlil a podání stížnosti si ještě rozmyslí.

Rezervy vidíme v komunikaci, nikoli v péči samotné

V rámci provádění pitev a znaleckých posudků u živých osob



si často musíme vyžádat veškerou zdravotnickou dokumentaci. Na základě znalosti těchto záznamů mohu konstatovat, že úroveň poskytovaných lékařských služeb v nemocnicích Sokolov a Ostrov není o nic horší než v nemocnicích fakultních. Důvodem řady případných stížností skutečně nebývají ani tak medicínská pochybení jako spíše vážnoucí komunikace mezi lékařem a pacientem či jeho blízkými.

O kvalitě poskytované péče svědčí například práce zdravotníků z oddělení dlouhodobé intenzivní ošetrovatelské péče (DIOP) Nemocnice Ostrov. Pro toto pracoviště provádíme pitvy zemřelých, kteří většinou byli hospitalizováni po úrazu ve stavu těžké poruchy vědomí, a to po dobu několika měsíců, s téměř infaustní prognózou. Přesto jsme se při pitvách nikdy nesesetkali s nálezem zanedbaných hlubokých deku-



Foto: archiv Nemocnice Sokolov

bitů, nekrotů kůže mimo obvyklé lokality dekubitů, se zapříčím a nutno dodat, že pacienti měli mimo jiné vždy pečlivě ošetřeny nehty na rukou i nohou. Tento náš poznatek dokazuje, že může být poskytována komplexní prvotřídní péče i v případech, kde by to mnozí mohli považovat za zbytečné. Za to patří pracovníkům tohoto oddělení náš veliký dík.

Jak vypadá práce v terénu

K práci soudních lékařů patří i účast při ohledání na místě nálezů, mnohdy se jedná o nálezy kuriózní.

- Jeden ze zalců byl ve večerních hodinách povolán ke kosternímu nálezu, kdy se houbavě nejdříve domníval, že vidí velkou pýchavku. Jednalo se však o lidskou lebku. Již při ohledání na místě bylo možné konstatovat, že se jedná o lebku nejspíše z období 2. sv. války. Posléze bylo zjištěno, že byla vyhrabána při provádění výkopových prací.
- Při nálezů mrtvé osoby v bažinatém prostoru bylo obtížné se k tělu vůbec dostat. Vrtulník odmítl v takovém terénu přistát, nejbližší silnice byla ve vzdálenosti 6 km, nejbližší od místa (cca 2 km) se nacházela železniční trať. Znalci tedy spolu s policií dojeli na nejbližší možné místo diesellovou lokomotivou. V nočních hodinách a v zimním mrazivém počasí absolvovali cestu na místo nálezů, prohlídku zemřelého a cestu zpět i s jeho tělem na policii zajištěné drezině.
- Prohlížečícím lékařem byl jeden z nálezů hodnocen jako část lidské horní končetiny. Policie byla připravena k rozsáhlé pátrací akci. Soudní lékař povolán na místo vyhodnotil kosterní nález jako část kostry zvířecí. Ani ve spolupráci s veterinářem se zprvu nedařilo určit, o jaké zvíře se jedná, až sérologickým vyšetřením bylo prokázáno, že jde o kosti psí.
- Před řadou let byl jeden z lékařů povolán k ohledání zemřelého do menší obce. Po příjezdu zjistil, že se jedná o mumii vytaženou adolescenty z krypty místní kapličky. S odstupem cca 15 let na stejné místo vyjžděl jiný lékař našeho oddělení k ohledání nálezů mrtvého. Po příjezdu zjistil, že se jedná o další dvě mumie ze stejné krypty. Nelze tedy vyloučit, že některý z lékařů pojedná na stejné místo za několik let znovu.



Toxikologická laboratoř. | Foto: archiv Nemocnice Sokolov

Zajímavosti z oddělení

- Od založení našeho oddělení v roce 1994 až dosud bylo provedeno 6221 pitev.
- Za dobu existence pracoviště bylo mimo jiné provedeno 53 pitev obětí násilných trestných činů – vražd.
- Velkým úspěchem bylo odhalení vraždy elektrickým proudem, na kterou nebylo při ohledání na místě lékařem vysloveno podezření. Na základě nálezů při pitvě a ve spolupráci s policií byl dopaden a usvědčen pachatel.
- MUDr. Rudolf Macháček a MUDr. Tereza Balcarová se podíleli na rekonstrukci krypty v kostele sv. An-

- tonína Paduánského v Kapucínském klášteře v Sokolově. Prováděli očištění a opětovné pietní uložení ostatků.
- Stejný tým prováděl vyhodnocení kosterních nálezů z archeologických průzkumů v oblasti Kostelev s. Mikuláše pod Krudumem.
- Za posledních 8 let bylo v toxikologické laboratoři provedeno 17 060 vyšetření na alkohol a 10 600 toxikologických vyšetření.
- Vyjádření k tradovaným nepravdám: Soudní lékaři a všichni ti, kteří se na této práci podílejí, nejsou cynici ani alkoholici, nefasují rum a mají smysl pro humor.

Informační systémy v eHealth – 6. díl

Základním pilířem eHealth je kvalitní informační systém. Je to logické, protože jde o elektronizované a informatizované zdravotnictví, jak praví definice. Na druhou stranu je to jedna z příčin, proč se lékaři do eHealth neženou. Terminologie informatiky je na hony vzdálená výrazům medicínským. A pochopení základních principů je někdy složité.

Nezbytnou podmínkou pro rozšíření eHealth je počítačová gramotnost uživatelů systému. Cílem našeho seriálu pro lékaře a zdravotníky však není výuka informatiky, proto se těmto technickým záležitostem věnuji jen obecně a v přehledu. Na druhou stranu bez znalosti základních pojmů se neobejdeme.

Datová analýza a interpretace

Zdravotnická informatika je aplikovaným oborem IT zaměřeným na informace o zdraví. Zabývá se teoretickými i praktickými aspekty zpracování informací získaných na základě poznatků a zkušeností z oboru zdravotní péče. Analogicky lze definovat lékařskou informatiku. Jde o vyjádření určitého stupně znalostí na základě informací získaných při sběru základních dat. Analýzou dat získáváme informace, které lze na základě medicínských či zdravotních znalostí interpretovat. Přínosem elektronizovaného a informatizovaného zdravotnictví je pak mj. zpřístupnění informací v reálném čase lékařům, zdravotníkům, případně paci-

entům, ale i dalším cílovým skupinám dle kritérií eHealth (zdravotní pojišťovny, komerční subjekty apod.).

V informatice jde vždy o využití dat. Data jsou nositeli informací a z hlediska IT je lze definovat jako konkrétní sekvenci znaků. Příkladem

data může být numerické vyjádření výšky (např. 176) či hmotnosti pacienta (např. 90) nebo alfanumerické vyjádření krevní skupiny (např. B nebo o).

Data jsou zdrojem informací, které už mají konkrétní význam. Z příkladu numerického data 176 získáme informaci, že pacient měří 176 cm, obdobně 90 vyjadřuje hmotnost 90 kg, A vyjadřuje krevní skupinu A, zatímco o krevní skupinu o. Konkrétní informační význam tedy získáváme analýzou dat.

Interpretací informací na základě odborných znalostí již dostáváme konkrétní výstupy. Např. při výšce 176 cm a hmotnosti 90 kg jde o pacienta v pásmu nadváhy (BMI = 29).



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

Propojením informatiky ve zdravotnictví a telekomunikací vzniká hybridní obor zdravotnická telematika. Protože eHealth jako obor není výlučně medicínskou záležitostí, ale jde napříč celým spektrem funkcí ovlivňujících zdraví a zdravotnictví, také použité nástroje a vhodná řešení jdou nad rámec běžného využití počítačů a internetu.

Datové standardy

Klíčovým prvkem pro možnost implementace eHealth v rámci konkrétního regionu je jednotný informační systém. Protože je však stávající situace ve zdravotnictví heterogenní, důležitým úkolem při zpracování základních dat je vytvoření spolehlivého funkčního propojení.

Data jsou znaky, které je nutno vzájemně jednoznačně rozlišit a rozlišit i jejich kombinace. Tyto znaky a kombinace nesou jednoznačný význam a pro datovou úroveň je rozhodující přesné kódování a zápis.

Standardem pro počítačové technologie je binární kódování za použití elementárních znaků 1 či 0. Takové kódování vyjadřuje pouze dvě možnosti, tj. nastal pouze jeden ze dvou možných stavů. Toto nejmenší možné množství informace nazýváme 1 bit (b). Vyššími jednotkami jsou kb (kilobit), Mb (megabit), Gb (gigabit) které nejsou tisícinásobky předchozího stavu, ale platí pro ně převod: 1 kb = 1024 bitů, 1 Mb = 1024 kb a 1 Gb = 1024 Mb. Sekvence 8 bitů tvoří 1 byte (B, čte se bajt), převodní vztah lze tedy vyjádřit jako 1 B = 8 b. Vyšší jednotka kB (kilobajt) má převodní vztah 1 kB = 1024 B = 8192 b.

Nesourodost datových standardů komplikuje snahu o vytvoření jednotného systému, který se obvykle nedaří sjednotit ani v rámci krajů. Už vůbec je problematické najít datové standardy pro celou republiku či regiony ještě větší. Informatická řešení se proto neubírají směrem k vytvoření jednotného systému, který by musel být zcela nový, ale snahou je

dosáhnout funkčního propojení aplikací stávajících.

Za stávající situace lze využít dva hlavní směry, o kterých se stále diskutuje. Existuje praracovaný mezinárodní standard HL 7 (health level 7), který je sice nákladnější, zato je však využíván ve více zemích. Proti němu u nás stojí datové standardy DASTA, které jsou českého původu a jsou u nás již dlouho používány v řadě zdravotnických zařízení. Současný trend doporučuje hledat vztah a prostupnost mezi oběma standardy, což by umožnilo neměnit český systém tam, kde je již zavedený.

Komunikační protokoly

Základem komunikace v eHealth je přenos dat mezi minimálně dvěma koncovými body. Těmito body jsou nejčastěji počítače, může však jít i o mobilní telefony atd. Pro fungování přenosu dat mezi těmito zařízeními musejí existovat přesně definované vztahy. Tyto vztahy se standardizují podle konkrétních pravidel. Pravidla, podle nichž probíhá výměna dat v síti, určuje tzv. komunikační protokol. V jednom počítači může být takových protokolů nainstalováno více. Aby však spolu počítače mohly komunikovat, oba musejí znát stejný komunikační protokol. Analogií komunikačního protokolu v běžném životě je jazyk, který používáme při řeči. Pro domluvení je nezbytné, aby obě strany ovládaly stejný jazyk, ale je možné, že jedinec ovládá jazyků více.

Komunikační protokol určuje pravidla, podle kterých probíhá výměna dat v síti, tj. alespoň mezi dvěma počítači či mobily nebo počítačem a mobilem apod. To umožní propojení například různých operačních systémů či různých komunikačních médií. Tyto protokoly fungují na principu hierarchie, kdy nižší vrstva poskytuje služby vrstvě vyšší, v rámci sítě pak spolu vždy komunikují vrstvy na stejné úrovni. Každý komunikační protokol má svoji vlastní konfiguraci, která zajišťuje jeho jedinečnost v systému. Protokol může být vytvořen hardwarově (natvrdo v zařízení), softwarově (programem) nebo je-

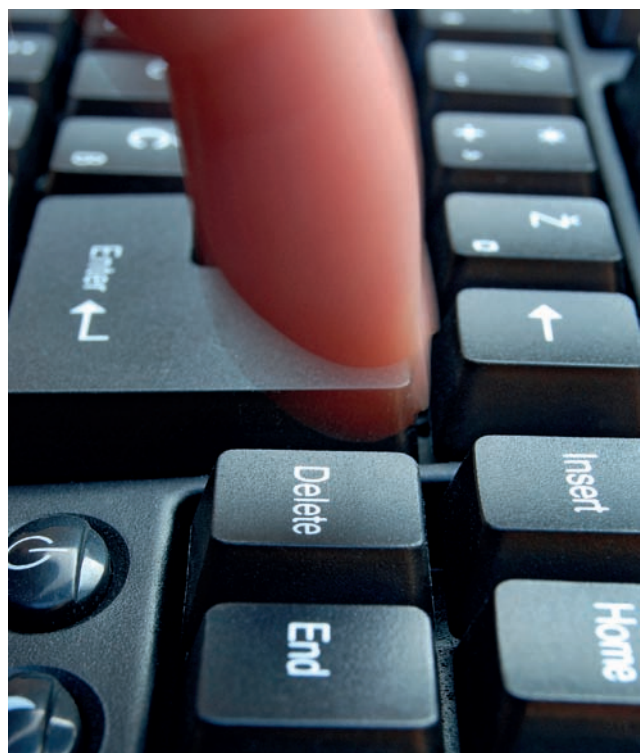
jich kombinací. Základních úkolů komunikačních protokolů je několik. Protokol specifikuje řadu vlastností, například detekuje druh spojení (kabelové, bezdrátové atd.), následně nastavuje parametry komunikačního kanálu (tzv. spojení *handshake*), zahajuje, detekuje, formátuje a ukončuje zprávy, zajišťuje obnovu spojení při jeho ztrátě a spojení též ukončuje.

TCP/IP – primární transportní protokol / protokol síťové vrstvy

Komunikačních protokolů existuje řada a lze je běžně používat v sítích Microsoft. Nejběžnější sadou protokolů je dnes TCP/IP, na kterém je postaven i internet. Tato protokolová sada sloužící k přenosu dat vznikla už v 60. letech minulého století jako armádní projekt v USA a pro pozdější použití v internetu ji předurčily vlastnosti jako možnost směřování a jeho univerzálnost. Směřování je proces, kdy k přesunu dat z jedné sítě do druhé není nutno přenášet data přes výchozí bránu, počítače v síti jsou tak přímo spojeny a mohou komunikovat napřímo. Někdy bývá tato sada protokolů označována jako rodina protokolů TCP/IP.

TCP/IP je nejrozšířenější skupina protokolů využívaných také jako standard v internetové síti. Název vznikl z názvů dvou nejvýznamnějších protokolů této skupiny. Součástí této rodiny protokolů je však více než 100 různých protokolů. Jsou schopné propojit různé operační systémy včetně Windows, Linuxu a ostatních. Jde o ucelený síťový model. Instalace protokolu je velmi jednoduchá. Protože jde o ucelenou síťovou koncepci, lze protokoly TCP/IP využít v jakékoli počítačové síti, jak místní, tak rozsáhlé.

Primární transportní protokol TCP vyjadřuje servis nad základním protokolem síťové vrstvy IP. TCP navazuje spojení mezi počítači, převádí zprávy do sekvence paketů v místě zdroje a pak je zpětně sestaví do zpráv v cíli. Toto spojení se uskutečňuje prostřednictvím adres a portů umístěných v každém počítači. Segmentuje tak data a potvrzuje jejich příjem. Základní datagramy na základě adres v nich obsažených vysílá protokol IP. Ten obhospodařuje adresování tak, aby pakety mohly být směřovány nejen přes řadu uzlů, ale například i přes řadu sítí.



Ilustrační foto: Shutterstock



Lékařská solidarita často přesahuje daleko za etický rámeček

Text: Martina Řehořová
Foto: Martina Řehořová
a archiv Igora Piňose

„Česká medicína je na neobyčejně vysoké úrovni, ač si to málokterý český občan uvědomí. Úplně základní chybou je špatná komunikace s pacienty a jejich příbuznými. Kdyby úroveň komunikace byla taková, jako je naprostým standardem kdekoli na Západě, žalob by podle mě byla polovina nebo třetina,“ říká advokát, gynekolog-porodník a bývalý lodní lékař Mgr. MUDr. Igor Piňos, CSc.

Čtvrt století jste pracoval jako lékař, pak jste profesi změnil a stal se právníkem. Paralelně jste si budoval kariéru v námořní plavbě. Souhlasíte s názorem, že věk dožití je dnes tak dlouhý, že člověku jedna kariéra za život často nestačí?

Indové říkají, že muž má žít ve dvacetiletých periodách. Dvacet let být jinochem, dvacet let vojákem, dvacet let obchodníkem a dvacet let mudrcem. Nevím, které ze svých povolání bych ke

teré z těch period přiřadil, ale prostě to tak nějak vyšlo.

Jste původním povoláním gynekolog a porodník. Jak jste se stal lékařem?

Zaprvé díky rodinné tradici. Můj dědeček byl otorinolaryngolog, 35 let pracoval jako přednosta v nemocnici na Fifejdách. Chodíval jsem za ním jako chlapec do nemocnice a obdivoval jeho operátorskou zručnost. Sám jsem od dětství chtěl být námoř-

níkem, ale maturoval jsem roku 1968 a nemohl jsem pokračovat na námořní škole v SSSR, protože v té době nikoho od nás na žádné obory v žádné ze „spřátelených“ zemí nepřijímali. Tak jsem šel na medicínu.

Jak byste sám sebe charakterizoval jako lékaře?

Ta práce mě extrémně bavila. Měl jsem rád vzrušující situace, ke kterým v medicíně dochází. Díky mimořádné laskavosti na-

šeho pana primáře Mírko Hůlka jsem si mohl odsakovat na moře jako lodní lékař. Po návratu z cesty jsem míval nárok na delší dovolenou, ale nikdy jsem si volno nevybral, vždycky jsem hned první den šel do nemocnice.

Měl jste za sebou dvaadvacet let klinické praxe, psal jste odborné publikace, dosáhl vědecké hodnosti kandidáta věd a navíc vás, jak říkáte, extrémně bavilo být lékařem. Proč

jste tedy od medicíny zběhl k právu?

Privatizace zdravotnictví se po revoluci moc nerozjžděla. Kamarádi kolem mě začali být finančně někde úplně jinde než já. Byla to určitá frustrace. Pět let po revoluci jsem se podíval na poměry ve zdravotnictví i na svou výplatní pásku a vyhodnotil jsem, že pravá revoluční chvíle uplynula a lepší už to nebude. Možná hrála roli i nějaká krize středního věku. Podal jsem si přihlášku na

PŘEDSTAVUJEME

práva v Praze i Plzni a plzeňskou fakultu, kam mě přijali, jsem pak poctivě studoval šest let.

Mají medicína a právo něco společného? Existuje vlastnost, kterou by měl mít jak dobrý lékař, tak dobrý právník?

Určitě zodpovědnost. V medicíně mají chyby nebo omyly, kterých se člověk dopustí, daleko drastičtější následky, v právu jsou to častěji následky finanční. Ale v zásadě se chyby neodpouštějí tam ani tam.

Ve své praxi se hodně zaměřujete na případy z oblasti zdravotnického práva, kde můžete využít mimořádné kombinace svého vzdělání a praxe v obou oborech. Koho častěji zastupujete – lékaře a zdravotnická zařízení, nebo pacienty a poškozené?

Daleko raději zastupuji lékaře a zdravotnická zařízení, nicméně asi dvě třetiny případů tvoří pacienti. Zásadně neberu nesmysly, přijímám jen případy, kdy podle mého názoru opravdu došlo k hrubému opominutí. Tedy kdy se nejedná o mylnou diagnózu nebo chybný výběr z několika možných rozhodnutí, ale kdy třeba lékař doslova ignoruje volání pacienta o pomoc a k případu „nevstane“ nebo vyhodí člověka, který měl zůstat v nemocnici. Vzhledem k mému původnímu oboru představují 80 procent případů porodnické spory.

Myslíte si, že na chybu má lékař právo?

Už zmiňovaný primář Hůlek vždycky říkal, že i ten největší chirurg má kolem sebe takový hřbitůvek. Ale ten hřbitůvek nesmí být moc velký. Proto jdu do sporu pouze tehdy, když jsem přesvědčen, že nejde jenom o obyčejnou chybu, ale o závažné zanedbání.

S jakými typy soudních pří se v českém zdravotnictví setkáváte nejčastěji?

Zaprvé jsou to trestní oznámení, kdy se pozůstalí domnívají (v naprosté většině případů mylně), že lékař je zločinec. Chtějí ho takzvaně dostat do tepláků, chtějí vidět téct krev. 95 procent těch podání je úplně nesmyslných. Často se podávají trestní oznámení, aby se lidé vyhnuli případným finančním důsledkům neúspěchu v občanskoprávním sporu.

Dále se setkávám s klasickými občanskoprávními žalobami o náhradu škody na zdraví, kde se domnívám, že ti lidé si odškodnění nezřídka zaslouží. Lékaři tyto

spory často berou osobně, což se mi zdá zbytečné. Každý lékař, respektive zdravotnické zařízení si ze zákona platí poměrně značnou pojistku z odpovědnosti, která by tyto náhrady měla pokrýt. Když to lékař pojme jako útok na svou osobu, bije se pak vlastně za pojišťovnu, která mu ale v ničem nepomůže a dá od něj ruce pryč.

Třetím typem sporu jsou žaloby na ochranu osobnosti. To je institut, který se tu teprve asi před pěti lety začal brát vážně. Spadá sem třeba záměna novorozenců, případy úplného zmrzačení a podobně. Někdy bývá příčinou jen to, že lékař dostatečně nepoučil pacienta o možném riziku a následcích. V těchto případech se nezřídka dosahuje vysokých částek odškodnění.

Mnoho lékařů se z hlediska odpovědnosti za způsobené škody spoléhá na uzavřené pojistky. Považujete to za dostačující a rozumné?

Určitě to rozumné není. Setkal jsem se s mnoha případy, kdy se pojišťovny zachovaly vůči svým klientům macešsky. Jako při jiných pojistných případech, i při těch zdravotnických často vyhrávají kouzla a kličky, která běžný lékař a někdy ani právník není schopen předvídat. Starší pojistné smlouvy například bývají uzavřeny na nízký pojistný limit, třeba na milion nebo 5 milionů korun, to se však třeba v případě, kdy dojde k trvalému zdravotnímu postižení, velmi rychle vyčerpá.

Tyto starší smlouvy také zdaleka nepokrývají všechna rizika. Například poškození ionizujícím zářením. Nebo přenos infekce HIV, což se i při největší pečlivosti může přihodit. Donedávna také pojišťovny nepojišťovaly zdravotní následky po interrupci na žádost, takže u placených umělých přerušování těhotenství nebyly komplikace těmito smlouvami kryty.

Jakých chyb se čeští lékaři při práci dopouštějí nejčastěji?

Česká medicína je na neobyčejně vysoké úrovni, ač si to málokterý český občan uvědomí. Úplně základní chybou je špatná komunikace s pacienty a jejich příbuznými. To naši lékaři většinou nedovedou. Kdyby úroveň komunikace byla taková, jako je naprostým standardem kdekoli na Západě, žalob by podle mě byla polovina nebo třetina.

U nás se třeba stává, že když se pozůstalí přijdou zeptat, proč došlo k tomu, k čemu došlo, jsou vyhozeni. Nebo dostanou vynadáno, co si to dovolují. Když se

objeví komplikace, které spějí ke špatnému konci, lékaři s rodinou nekomunikují. Po porodu, který nedopadl dobře, se lékař vytratí – za ubohou rodičkou, již odvezli dítě na ARO, odkud pak dostane jen úmrtní list, se ani nepodívá, natož aby jí vysvětlil, co se vlastně stalo.

Jakou radu byste dal lékařům, kteří se chtějí vyhnout soudní síni?

Zaprvé nešetřit se a nešetřit svůj spánek. Nekomunikovat se sestrami po telefonu, vždy se na pacienta raději přijít podívat. Vstát ke každému a vstát k němu hned. Dokumentaci psát pečlivě, pravdivě a věrohodně, nedopisovat do ní dodatečně naprosto hloupým způsobem nesmysly, které advokát s lékařským vzděláním na první pohled odhalí. A zejména komunikovat s pacienty, protože osobní kontakt lékaře s nemocným podle mého názoru znamená třetinu úspěchu.

Gynekologie a porodnictví je v medicíně nejčastěji žalovaným oborem. Proč?

Především se jedná o to porodnictví. Porodnictví je zrádné – v žádném jiném oboru se nestává, že

z plného zdraví, kdy všechno běží jako na drátkách, se během 5 minut vyvine strašné drama ohrožující hned dva lidské životy. Někdo poukazuje na to, že naše babičky rodily na poli nebo doma, kde u toho nikdo nebyl, a taky to šlo. Ale zapomíná se, že ještě ve 30. letech jsme měli mateřskou úmrtnost kolem 2 procent, tedy dvě ženy ze sta ten porod nepřezily. A jestliže dnes v důsledku všech komplikací včetně mimoděložního těhotenství zemře jedna žena z pěti tisíc, ten pokrok a výkon medicíny je obrovský. Samozřejmě se stále ještě může něco přihodit a sem tam se opravdu něco nepovede. Neznamená to ovšem automaticky, že doktor byl lempl.

Doporučujete lékařům, aby vedli přesně dokumentaci, ale zbytečně se nerozepisovali. Je dokumentace pro rozhodování soudu skutečně tak klíčová?

Překvapivě až příliš. Mnohé soudy a soudní znalci, s nimiž jsem se setkal, uvažují způsobem, že co je napsáno v dokumentaci, to se také stalo.

Jak častá je manipulace s dokumentací?

Zcela běžná. Jeden soudní znalec z oboru gynekologie a porodnictví dokonce v časopise *Moderní gynekologie* uveřejnil návod jak s dokumentací manipulovat. Naprosto běžně se setkávám s případy, kdy dokumentace není vedena v souladu se zákonem a dalšími předpisy – naopak je spíš vzácností, když ji takto správně někde vedou. Dnes se velká část dokumentace vede elektronicky a málokterý z programů, jež k tomu slouží, je zabezpečen tak, aby se jednou uzavřený případ nedal znovu otevřít. Naprostá většina z nich manipulaci umožňuje.

Situace oprávněně poškozených je u nás mnohdy velmi obtížná, protože lékařská solidarita časem přesahuje daleko za etický rámec. Mohl bych uvést konkrétní příklady, kdy bych jednáni lékaře prohlásil za vysloveně zločinné, a soud přítom dostane znalecký posudek z velmi autorizovaných míst, že se vůbec nic nestalo.

Před časem jste napsal, že znalecké instituce, například lékařské fakulty, jeví snahu lékaře šetřit. Vy sám jste pracoval řadu let jako soudní znalec. Bylo pro vás osobně těžké



Od útlého dětství jsem chtěl být námořním kapitánem. Když jsem nemohl studovat námořní školu, toužil jsem se stát alespoň lodním lékařem.

Mgr. MUDr. Igor Piňos, CSc.

* 11. července 1950 v Brně

V letech 1968–1974 absolvoval Fakultu všeobecného lékařství UK v Praze, obor všeobecná medicína. Atestace z oboru gynekologie a porodnictví získal v letech 1977 a 1981, v roce 1986 obhájil kandidaturu věd v oboru porodnictví. V letech 1974–1996 pracoval jako gynekolog a porodník v Nemocnici Na Bulovce v Praze. V letech 1992–1996 byl spolujednatelkou soukromé kliniky Meda a jedním z jejích vedoucích lékařů. Je autorem přibližně 35 odborných publikací.

V letech 1995–2001 vystudoval Právnickou fakultu ZČU v Plzni. Od roku 2001 pracoval jako koncipient, v roce 2007 složil advokátní zkouš-

ku a od té doby provozuje soukromou právní praxi.

Od 7 let plachtil na malých lodích, od 14 let v oddílu Slavoj Vyšehrad. V letech 1979–1992 působil jako lodní lékař Československé námořní plavby. Stal se kapitánem oceánské plavby pro rekreační jachty do délky 24 metrů. V roce 1994 založil vlastní jachtařskou agenturu zaměřenou na námořní jachting, půjčování a prodej námořních jachet a školení kapitánů. Pro Námořní úřad posuzuje zdravotní způsobilost velitelů námořních jachet a zkouší kandidáty na kapitánské licence. Hovoří anglicky, německy, francouzsky, španělsky, polsky a rusky.

zachovat si profesní nezávislost a nenadržovat kolegům z oboru?

Znalců, kteří by se snažili vypracovat objektivní znalecký posudek, je neobyčejně málo. I pro mě to bylo těžké. Taky jsem pocítoval snahu hledat v tom pro toho konkrétního lékaře vždycky to lepší. Ale měl jsem štěstí, nikdy jsem nemusel psát posudek na případ vysloveného zanedbání.

Myslíte si, že od revoluce se způsob psaní znaleckých posudků nějak změnil? Že změna systému a růst finančních postihů nějakým způsobem ovlivnily samotné znalectví?

Myslím, že ta solidarita je dokonce vyšší, než byla dřív. Tehdy tedy byly určité instituce, které (ne že bych chtěl vzpomínat na „staré dobré časy“) představovaly samočinné kontrolní mechanismy. Existovaly poradní sbory okresních a krajských odborníků (bez ohledu na to, jakým způsobem se tyto odborníci na ta místa dostávali). Každé úmrtí novorozence nebo úmrtí v souvislosti s těhotenstvím a porodem se muselo na tom poradním sboru projednat. Nebo existovala ústřední komise ministerstva zdravotnictví, která byla velmi nekompromisní. Dnes tu obdobný mechanismus chybí, proto je zjevná snaha všechny stížnosti šmahem odsouvat a nevyhovovat jim.

Které případy z oblasti medicíny považujete ve své právní praxi za nejsmutnější?

Rozdělil bych to do dvou skupin. U té první se nejedná o vysloveně lékařské záležitosti. Jsou to náhrady škody na zdraví. Dostal jsem například *ex offico* přiděleno odvolání člověka, který byl odma-

lička těžce postižený a pohyboval se o berlích. V supermarketu velkého řetězce se zranil tak, že skončil na vozíku a půl roku strávil v rehabilitačním ústavu v Kladrubech, aby se z toho vozíku naučil alespoň dostat na postel a zpátky.

Domáhal se pak na tom velkém řetězci náhrady škody, ale neměl šanci. Nastoupila nacvičená parta svědků z řad zaměstnanců, kteří odrecitovali, co měli, takže nakonec ten nešťastník nejen že nedostal nic, ale ještě má tomu řetězci zaplatit náhradu nákladů soudního řízení ve výši svého půlročního invalidního důchodu. Tak to považuji za nespravedlivé a tristní.

A pak samozřejmě považuji za nesmírně smutné, když maminka zaplatí životem porod svého dítěte a já mám pocit, že se to nemuselo stát.

Jak se vy jako právník díváte na dnes hodně diskutované domácí porody?

Dívám se na ně spíš jako porodník a jsem jejich zásadním odpůrcem. Myslím, že jde – jako vždycky – zase jen o peníze. Celý ten marketing kolem porodu – alternativní porody do vody, na balonu, vsedě, v dřepu, vkleče – je veden snahou přitáhnout k sobě zájem klientek. Vytvořili jsme u nás velmi kvalitní systém s minimální mateřskou a novorozeneckou úmrtností, a najednou přijde někdo s nějakými alternativami? Jen porodník může vědět, co všechno se při porodu může stát. A stane se to, jak už jsem říkal, často naráz, hned. Porodní asistentky sice nemají lékařské vzdělání, ale přesto by si chtěly sáhnout na soukromou praxi tak, jak to – příznejme – na



Západě leckde legálně možné je. Ovšem tam je jejich vzdělání na podstatně vyšší úrovni, než na jaké donedávna bylo u nás. Teprve nová generace středních zdravotnických pracovníků začíná mít vzdělání odpovídající možné samostatnější práci. Nastává tady snaha jinými než medicínskými aspekty zdůvodnit proč rodit doma. Vytahují se nesmyslné feministické argumenty. Některé porodní asistentky a aktivistky se snaží přesvědčit ženy, že lékař je jejich nepřítel, že porodní sál je místo, kde je budou týrat a chovat se k nim s neúctou. To se bohužel pořád ještě stává, nicméně porodní sál je také místo, kde se jim v případě komplikací dostane pomoci. Už tu také máme nesmyslný precedens, kdy bylo nemocnici uloženo postarat se o domácí porod, u něhož nastaly komplikace. Ale jestliže je lékař takto odvolán, kdo se bude starat o rodičky, které důvěřují systému a jsou v porodnici? Rodička má sama za sebe právo podstoupit riziko domácího porodu, ale podle mého názoru nemá právo rozhodnout takto o životě nebo zdraví svého dítěte. Je to stejné, jako když se svědkové Jehovovi snaží zabránit lékaři, aby podal dítěti, které jinak třeba umře, krevní transfuzi. Ani oni podle mého mínění nemají právo za dítě takto rozhodnout.

Do soudní síně se často dostávají případy, kdy se pacient v důvěře spolehl na lékaře, který však něco zanedbal, v něčem zklamal. Lze stanovit pomyslnou hranici, kde má důvěra pacienta v lékaře začínat a končit?

Ve světě se často uplatňuje *second opinion*, tedy nárok pacienta na další lékařský názor. Jestliže lékař něco doporučí, pacient s veškerou dokumentací navštíví jiného lékaře a vyžádá si druhé stanovisko. Původní lékař by se tím neměl cítit dotčen jako něčím, co snižuje jeho důstojnost. Předpokladem je samozřejmě slušný kolega, ne obchodník se zdravotnictvím, který místo aby pacienta po potvrzení diagnózy odeslal zpět k jeho lékaři, se jej bude snažit přesvědčit, že mu daný zákrok sám provede lépe. Problémem také je, že někteří lékaři říkají to, co pacienti chtějí slyšet, ačkoli je to v rozporu se skutečností. Zastupují například pacientku, které v 25 letech jeden lékař nabídl odběr tkáně z děložního čípku pro podezřelý nález. Ona běžela za populárním lékařem, kterého jí všichni doporučili, a pět let se v něm zhlížela, protože jí řekl, že žádný odběr nepotřebuje. Nyní ve třiceti skončila s těžkou inoperabilní rakovinou děložního čípku a její stav je mimořádně vážný. Kdyby během uplynulých 5 let požádala o *second opinion*, okamžitě by jí provedli příslušný zákrok a mohla být zcela v pořádku.

Které problémy v oblasti zdravotní péče by se podle vás měly řešit právní cestou, ale momentálně pro to u nás nejsou podmínky, vůle a vhodná doba?

Rozhodně tu chybí mediace. V cizině většina sporů pacient versus nemocnice končí u mediačních agentur, které zprostředkovávají mimosoudní vyrovnání. U nás pojišťovny nechtějí nic dobrovol-

ně platit. I u případů, které zjevně musejí skončit v jejich neprospěch, se raději nechají odsoudit a za 5 let zaplatí dvakrát tolik, než kdyby se ihned mimosoudně vyrovnali. Aktivitu spojenou se zavedením mediace by mohl vyvinout například ministerstvo zdravotnictví nebo Česká lékařská komora.

Před časem jste podepsal petici za to, aby členství v komoře nebylo povinné. Jak nahlížíte na fungování ČLK jako celku?

Myslím si, že komora v mnoha ohledech selhává ve svých funkcích. Týká se to třeba vykonávaní dohledu nad lékaři nebo urovnávání sporů mezi lékaři. Osobně nepovažuji povinné členství za správné. Kdyby se náhle stalo dobrovolným, kolik by v komoře zůstalo členů? Čtvrtina? Vždyť se podívejte, jaká je účast na okresních shromážděních, kde se volí okresní orgány.

Povolání lékaře je českou společností stále hodnoceno jako nejpřestížnější, zatímco právní profese obsadila až osmé místo pomyslného žebříčku. Nemáte pocit, že jste si přestupem od medicíny k právu přeci jen v něčem pohoršil?

Záleží na úhlu pohledu. Když jako lékař (neboť stále ještě jsem i lékař) přijedu do zahraničí, samozřejmě to vzbuzuje velikou úctu. U nás se popularita lékařské profese projevuje spíš ve volbách a statistikách, v běžném životě příliš ne. Dokud budu muset držet hodinovou službu v nemocnici, abych si mohl na tutéž hodinu zaplatit na víkend na chalupu ukrajinského kopáče, bude ve

PŘEDSTAVUJEME

společnosti přetrvávat určitá deformace. Důsledkem je, že ti nejlepší, kteří podle mého soudu dříve chodili na medicínu, se dnes hlásí na informační technologie, zahraniční obchod a další obory, v nichž cítí lepší perspektivu.

Na právnické fakultě jsem měl několik mladých spolužáků z lékařských rodin, kteří by za jiných okolností jistě byli na medicíně. Dneska už to prostě není natolik prestižní povolání, aby motivovalo schopné lidi uplatnit se v něm. Naopak na právníky se nahlíží jako na poťouchlíky, kteří mají v počítači musty smluv, v nichž za strašlivé peníze jen mění datum. Ale v praxi k právníkovi lidé přicházejí hledat pomoc a někoho, kdo jim pomůže vyrovnat se se situací, která u nich nastala. Prestiž je jedna věc, bohužel společnost soudí člověka hlavně podle toho, co má v kapse.

Vaším velkým koníčkem jsou lodě, řadu let jste pracoval jako loďní lékař na zaoceánských plavbách. Jak jste se k této práci dostal?

Jak už jsem zmínil, od útlého dětství jsem chtěl být námořní kapitánem. Když jsem nemohl studovat námořní školu, toužil jsem se stát alespoň loďním lékařem. Chtěl jsem na loď nastoupit hned po promoci, ale vysvětlili mi, že si nejdříve musím odbyť 5 let praxe v nemocnici. A tak jsem na palubu stoupal poprvé až za 4,5 roku. Bylo to v jugoslávském Ploče, loď se jmenovala Blaník a vezla raketometry Kaddáfimu.

Kolik mělo Československo před revolucí loďních lékařů?

Československá námořní plavba měla v dobách největší slávy 18 námořních lodí a dalších 5 mělo námořní oddělení Československé plavby dunajské, takže po Švýcarsku jsme z vnitrozemských států disponovali daleko největším loďstvem z hlediska tonáže, navíc špičkové kvality. Ne všechny lodě však byly vždycky obsazeny loďním lékařem.

Lékaři se rekrutovali ze dvou skupin. První tvořili ti, co si odkroutili jednu plavbu, zjistili, že se jim stýská nebo je jim špatně, a řekli, že už nikdy. A pak byla hrstka doktorů, kteří tomu propadli a nevynechali žádnou příležitost k dalšímu výjezdu. To jsem byl i já.

Tady bych opět s láskou vzpomněl na pana primáře Hůlka, který rozhodně nepřipustil, aby loďní lékařství zpomalilo mou kariéru v nemocnici. „My jsme nikdy nikam nesměli, já ti to strašně přejdu, jed,“ říkal. Myslím, že nás

doktorů, kteří toho najezdili víc, bylo v historii asi 5 až 8. Někteří z nich dělali už jenom na lodích. Já sám jsem za 13 let, co jsem působil jako loďní lékař, strávil na palubě velké námořní lodi čistěho času 4 roky.

Jaké povinnosti jste jako loďní lékař nejčastěji vykonával? Kolikrát jste využil svou specializaci na gynekologii a porodnictví?

Těhle otázky čelím téměř vždy, když se hovoří o tom, co mi ta práce dávala. Vychází ze zjednodušené představy gynekologie, jež se odehrává jenom v té ordinaci s vaginálními zrcadly. Gynekologie je však velice komplexní obor, který zahrnuje internu, chirurgii a spoustu dalších. Pokud nějaká žena otěhotní, s každým onemocněním ji odvezou do porodnice na rizikové těhotenství, kde tudíž občas leží pacientky s prakticky všemi chorobami kromě infekčních. Gynekolog a porodník tak má podle mého názoru podstatně větší šanci být úspěšným loďním lékařem než třeba praktický lékař, který v dnešním pojetí sám žádné zákroky neprovádí, jen odesílá pacienty do špitálu.

Protože na spolujízdu s námořníky tehdy jezdily i manželky, třikrát se stalo, že tam otěhotněly. Všechny již byly v poměrně pokročilém věku s dospívajícími dětmi a rozhodně nestály o další miminko, tak jsem byl třikrát požádán, jestli bych na lodi neudělal interrupci. Což jsem sice odmítl, ale pomohl jsem jim to vyřešit jinak.

Čím jsou zaoceánské plavby ze zdravotního hlediska rizikové? Proč jste na těch lodích musel být?

Především tam dochází k úrazům, a to poměrně těžkým. Jsou to zlomeniny, vykloubeniny, spáleniny, cizí tělesa zapíchnutá v oku a taková ta malá chirurgie. Potom samozřejmě kožní lékařství. Jednou jsem přišel na loď a sloužil tam chlapec, kterého půl roku neúspěšně léčili nějakými mastmi. Podíval jsem se na něj lupou a ukázalo se, že má svrab. Za dva dny byl zdravý a podařilo se zabránit tomu, aby se to rozšířilo dál po lodi. Ale nejčastěji jsem byl asi psychiatr a loďní kaplan.

Za celou dobu existence Československé a pak České námořní plavby, dokud tam sloužili loďní lékaři, na lodi nikdy neumřel námořník. Možná to bylo štěstí, nevím. Každopádně krátce poté, co loďní lékaře zrušili, se něko-

lik úmrtní – ať už na infarkty nebo v důsledku úrazů – odehrálo. Na velkých lodích se už za socialismu dělalo zcela kapitalisticky, 8 hodin denně, 7 dní v týdnu, 365 dní v roce. Ve strojovně je hladiha hluku jako ve válcovně, ne-li horší, a teplota vzduchu tam dosahuje v teplejších mořích až 65 stupňů. Do toho všechny ty vibrace a výpary. V takovém prostředí se pracuje. Dále se projevuje střídání klimatických podmínek: Vyjedete z Montréalu, kde je minus 20, když jedete po řece svatého Vavřínce, kolem lodí křupe led, a za týden jste v Karibském moři, kde naměříte 35 stupňů. U palubních důstojníků hraje roli také stres z pocitu odpovědnosti. Námořníci jsou ze všech těchto důvodů velmi nemocní a penzi si obvykle moc dlouho neužívají. Ve velké míře trpí kardiovaskulárními chorobami, mozkovými mrtvicemi, nádory a podobně. Je to nesmírně náročné povolání.

Zažil jste na moři nějaké z medicínského hlediska kritické situace?

Standardně se deset dní po odjezdu z východoasijského přístavu na lodi rozšíří epidemie jaké si chřipkové virózy. Totéž se děje v Evropě, jakmile přijedou náhrady posádky – vždycky z domova něco přivezou. Někdy i taková banální infekce může ohrozit akceschopnost posádky, když s horečkami ulehne více než polovina mužstva nebo nemocní těžkou úplavici všichni tři kuchaři, kteří mají vařit a distribuovat stravu pro ostatní. Já měl štěstí, že jsem na moři nemusel nikdy operovat. Ale rozhodování někdy bývá velmi těžké. Příklad třeba chlapec a předpokládá se, že by to mohl být apendix.

U nás panuje taková ta lidová představa, že apendix v nemocnici operuje vrátný, ale ve skutečnosti může být v případech, které nejsou zcela typické, diagnostika obtížná. Loď nedávno minula Azorské ostrovy, lékař rozhodne, že se má otočit, jet zpátky a vyložit ho tam v nemocnici. Odtud ale pacienta za dvě hodiny vrátí helikoptérou na loď s tím, že mu nic není. Akorát mezitím někde uletí 50 tisíc dolarů na exploatačním čase. Při takovém rozhodování pak nastupují i mimomedicínské tlaky.

A potom se nám také stalo, že se někdo na palubě opravdu zbláznil. Museli jsme použít nátlakové prostředky, zavít ho do kajuty a udržovat pod injekcemi až do chvíle, kdy bylo možné jej v lékařském doprovodu eskortovat domů.

Setkal jste se během svých námořních cest s lékaři, kteří vás necítím zaujali?

Setkal jsem se s různými lékaři. Třeba se správnými praktiky, kteří pracovali jako u nás před válkou. Od zubní vrtačky po porodní kleště tam měl takový doktor připravené úplně všechno a byl ochoten a schopen to i provozovat. Velmi zajímavé bylo setkání s čínskými lékaři, ačkoli podle mě jenom v oblasti akupunktury. Číňané jsou přesvědčení, že jejich lékařské umění strčí do kapsy celou západní medicínu – s tím bych nesouhlasil. Ale akupunkturu jsem považoval za naprosto seriózní součást medicíny už v době, kdy u nás byla ještě v plenkách. Přestože jinak nejsem obdivovatelem módních trendů, všelijaké alternativní medicíny, homeopatie a podobně. Ze stejného důvo-

du, z jakého jsem odpůrcem domácích porodů.

Také jsem se ale třeba v Bangladéši setkal s dentistou, který ještě používal šlapací vrtačku a na dřevěném stolku měl poházené nástroje s chuchvalci zaschlé krve předchozích pacientů. Tehdy jsem řekl, že tady se můj námořník ošetřit nenechá.

Co se stane, když onemocní loďní lékař?

Tak to je špatné. Šíří se samozřejmě takové ty povídačky, jak si sovětský lékař sám na ponorce odo-peroval apendix. Já si ale neumím představit, že bych někoho dirigoval při své operaci nebo že bych si to pod zrcadlem provedl sám. Naštěstí se mi to zatím nestalo. Akorát když jsme po větru obepluli mys Horn, to je taková obtížná námořnická meta, a mohli jsme si podle tradice dát na znamení toho náušníci do ucha, tak jsem to napíchal celé posádce a mně to pak dělala učitelka.

Čeho byste chtěl v životě ještě dosáhnout?

Mám pocit, že mezi mými tituly na vizitce chybí ještě JUDr. Tak tomu bych chtěl věnovat trochu píle a času. Třeba abych to měl na parte, aby to tam bylo symetričtější. Dále mám na rekreačních jachtách jako kapitán najeto 85 tisíc námořních mil, tak bych chtěl spolykat ještě další a pokouřit hranici 100 tisíc.

A potom znovu obeplout mys Horn, tentokrát tou obtížnější cestou, proti větru?

Víte, já nemám rád adrenalin. Na moře nejždím hledat vzrušení, ale klid a mír. Takže když cestuji kolem světa, raději po větru, po proudu a v teplých krajích.



KONÍČEK LÉKAŘE

Princezny sobě

„Žena, která umí uvolněně, ladně a kreativně zacházet se svým tělem, například provádět prvky břišního tance, působí charismaticky, magicky, eroticky. Proto se – bohužel – břišní tanec dostal do povědomí mnoha lidí jako jakési vybízivé až provokativní a svádivé chování jeho tanečnic. Můžeme se na něj ovšem dívat i docela prozaicky jako na určitý druh taneční terapie, která intenzivně pracuje s hrudní a pánevní partií našeho těla,“ říká pražská dermatoložka **MUDr. Petra Petrovská**.

V šeru harému voní orientální koření a chřastí činelky, krásné hurisky právě tančí pro sultána... Jak je to s břišním tancem doopravdy?

Břišní tance vznikly v zemích Orientu, ale jejich historie je mnohem starší než harémy tureckých sultánů. Ony nevznikly jako podívaná pro muže, toto umění ženy vytvořily pro sebe a předávaly si ho z generace po generaci. Břišní – nebo také orientální – tanec původně vznikl jako jakési „cvičení“ pro ženy, které se chystaly k porodu, případně už u nich porod probíhal. Byly to cviky, které ženám ulevovaly od bolestí a pomáhaly uvolňovat a otvírat porodní cesty tak, aby porod mohl probíhat klidně a plynule. Samozřejmě uvolnění vnitřních orgánů usnadňuje i samu koncepci.

Ani v Orientě ale ženy nerodily non-stop a celý život. Patřil břišní tanec jenom k těhotenství?

To ne, nešlo jen o přípravu k porodu. Šlo – a jde – o součást naprosto odlišného životního stylu, než jaký je typický pro naši civilizaci. V Orientu se s ženstvím nakládá zcela odlišně než v evropské kultuře. Ženy tam vždy žily pospolitěji a uvažovaly jinak než my. Typický rozdíl je například

v náhledu na menstruaci. Menstruuující ženy v orientálním pojetí mají být chráněny a opečovávány. To je přece úplně v rozporu s tím, jak je zacházeno se ženstvím v naší kultuře.

Teď už to naštěstí pominulo, tehle trend už se tolik neprojevuje, ale jednu dobu byly v televizi dnes a denně reklamy, v nichž žena sedí na kufru v letištní hale a vykládá, že díky tamponům i teď může dělat úplně všechno a svět nic nepozná. To je přece úplně protiženský krok! Jak má žena mít kontakt se svým ženstvím, když ho má popírat? A to byla v jednom období jedna reklama za druhou. Byl to návod k tomu, jak můžete být stejně dobrá jako muži, možná ještě lepší, když nedáte najevo, že vás třeba bolí břicho nebo že cosi na vašem vzhledu napovídá, že právě menstruuujete. Navíc ty ženy byly v těch reklamách i v kalhotových kostýmech, aby vypadaly co nejmeně žensky.

Jaké pocity ve vás tyto obrazy vzbuzovaly?

Děsily mě. Reagovala jsem na to velmi citlivě a říkala jsem si „proboha, jak ty ženy mohou samy se sebou komunikovat“. Naopak orientální kultury učí ženy něco úplně jiného, *menarche* se tam rituálně oslavuje jako přijí-

tí mezi dospělé ženy. Ženy v době menstruace nosí jiné oblečení, aby nemusely nic vyřknout a vysvětlovat, ale přitom bylo patrné, jak na tom právě jsou, a okolí se k nim podle toho chovalo.

Ženy, a nejen v období menstruace, se scházely a pečovaly o sebe i jedna o druhou. Součástí péče byl také tanec. Teprve později se z břišního tance stala jakási přehlídka krásného ženství. Je fakt, že jižní národy a národy v oblasti Asie a Afriky projevují vůči svému tělu mnohem větší přirozenost, jsou s ním více v kontaktu než západní civilizace a umějí to uvolněně vyjádřit. Ženy nebyvají tak „tuhé“, zablokované a dokáží se mnohem přirozeněji vyjadřovat pohybem.

Nikdo je nenutí, aby seděly na kufru a předstíraly, že správná, tudíž emancipovaná žena je chlapák a k tomu neprodyšný...

To rozhodně ne!

Vy sama už s břišním tancem máte docela bohaté osobní zkušenosti. K tomu, abyste se přihlásila na kurz, kde se vyučujete, vás inspirovala návštěva Orientu?

Ne, inspirace přišla tady v Praze. Přihlásila jsem se ze zvědavosti. Zajímalo mě, v čem kurz

vlastně spočívá i zda jsem já sama dost ohebná a mohu se ještě něco takového naučit.

Čekaly vás už na začátku nějaké zvláštní zážitky?

Moje zážitky z první hodiny byly úžasné, jednoznačně pozitivní. Krásné bylo už samo prostředí studia, kam jsem přišla: ateliérová okna, zrcadla, plno světla a prostoru. Zážitek, silný a velmi emoční, však bylo to, co se tam se mnou – a s námi! – dělo.

Zrcadla v taneční zkušebně si rozhodně představit dovedu, ale před nimi je tyč a u ní se donekonečna dřou baletky. V břišním tanci se ladnost dostává „zdarma“? Jak hodina probíhá?

Není to o tom, že přijдете do studia, oblečete si taneční kostým a začnete se vrtět. Nejdřív se rozhýbáváme, až potom začínají jednotlivé taneční pohyby. Až jako uvolněná může žena s tělem skutečně spolupracovat a být v kontaktu s hruďníkem, s pánví, jde to snadněji než s tělem zatuhlým. Pak můžete začít s tanečními prvky, ty tvoří základ, například jejím zhoupnutím probíhá bederní páteř plynulým pohybem pánve vpřed. Dalším prvkem je zhoupnutí kyčlí, přehoupáváte se ze strany na stranu, ramena jsou v klidovém stavu a zůstávají tak i při dalším cviku, což je kroužení pánví. Učí se také zhoupnutí a kroužení v chůzi, postupně tanečnice zvládnou udělat osmičku, to se kroužení pánví změní v pohyb ve tvaru osmičky. Mezi základní prvky patří rovněž vlnění břicha a shimmy, při něm upažíte do výše ramen a pohybujete ramena dozadu a dopředu. Důležitá je i hudba, při tancování ji velmi vnímáte a pomáhá vám.

Kdo obstarává hudební doprovod?

Do rytmu si hraje buď sama tanečnice, třeba na bubínky, činelky, doprovázet ji mohou i ostatní tanečnice nebo muzikanti. Při tanci obvykle znějí typické arabské melodie. Doprovod udává rytmus a dohromady vzni-

ká dialog mezi tanečnicí a hudebníkem. Rytmus oba během tance střídají, jsou v kontaktu a vlastně tančí spolu, on na hudební nástroj a ona svým tělem. Je to krásná souhra.

Zkoušela jste nějaké pomůcky, třeba šavli nebo alespoň kostým s cinkajícími penízky?

Možností je spousta, například jsou i speciální tance, při nichž má žena na ruku velká křídla a pohybuje s nimi. Na břišní tance chodím do studia své dcery, vystudované profesionální tanečnice. Je tam k dispozici všechno možné, já zatím zkusila tancovat se speciálním lehoučkým šátkem, ale lákalo by mě i něco dalšího.

Vraťme se k vašim počátečním zážitkům a emocím během nich. V čem to spočívalo?

Důraz byl kladen na dech, přesný postoj a provedení. Nic nedělat silou, ale koncentrovat se na své tělo a učit se jej vnímat a respektovat. A pak, jakoby krůček po krůčku, se pomalinku snažit jej uvolňovat a zkoušet znovu a znovu jednotlivé pohyby. Na všechno bylo dost času, byly jsme vedeny k přesnosti provedení, ale bez nároků na dokonalost. Nedovedla jsem si představit, že i já bych uměla „izolace“ – to je izolovaný pohyb určité části těla, třeba jenom hruďníku nebo jenom pánve. Jak jsem se postupně rozhýbávala, ozývala se různá křupnutí. To mě udivilo, celý život se velmi aktivně pohybuji, dělám různé sporty, nemám s pohyblivostí problém. Zpočátku jsem se cítila zaskočená, všechno bylo úplně jinak, než jsem byla dosud zvyklá.

Pak nastalo překvapení z toho, že jsem úplně uvolněná a zároveň moje tělo dělá něco, co já mu dovoluji. Užasle jsem pozorovala v zrcadlech, co moje tělo umí a že je to hezké. Říkala jsem si – to jsem já, no to jsem netušila, že tohle bych někdy uměla... Byla jsem z toho až dojatá. Začala jsem se narovnávat, byla jsem na sebe hrdá a těšilo mě i to, jak dobře vypadám. Měla jsem jiskru, cítila jsem se dobitá. Byla jsem dobrá, ale vůbec nešlo



Foto: Leoš Chodura

KONÍČEK LÉKAŘE / ZE SPOLEČNOSTI

o výkon, není to endorfin, jako když sjedete černou sjezdovku na lyžích. Na začátku hodiny jsem byla celá stažená, unavená a po celodenní práci a shonu trochu vystresovaná. Na konci jsem odcházela uvolněná a rozradostněná. Je to fajn být ženou a tohle si dovolit.

Vy se ve své dermatologické ambulanci zároveň zabýváte i psychosomatikou; ta je zčásti založena na pozorování chování. Co vidíte, když se v sále rozhlédnete po ostatních tanečnicích ženách?

Záleží na tom, jestli se dívám na tanečnici, která to má jako svoji vášeň, svoji cestu a svoji přirozenost. Na ní vidím radost, štěstí, spokojenost, sebedůvěru, spontaneitu, hrdost – oslavu ženství, kterou svým tancem vyjadřuje. Rozhodně tam není žádná provokace, ale radost z pohybu, ze svého těla, radost z toho, že mé tělo něco dělá a dělá to rádo.

To, že je něco předváděno, je až sekundární efekt?

Ale ono by to vůbec nebylo přitažlivé, kdyby tam to všechno nebylo! Atraktivnost pro diváka však opravdu není to primární. Mimořádně – ono se stačí podívat, jak žena jde. Když se podíváte na ženu-bohyni, už podle postoje těla poznáte osobnost. Vůbec nemusí promluvit. Když se dá do pohybu a pánev a celé tělo

se jí hýbe... Za takovou ženou se každý ohlédně.

Přece žena, která umí uvolněně, ladně a kreativně zacházet se svým tělem, například provádět prvky břišního tance, působí charismaticky, magicky, přitažlivě, eroticky. Proto se – bohužel – břišní tanec dostal do povědomí mnoha lidí jako jakési vybíživé až provokativní a svádivé chování jeho tanečnic. V Orientu se muž kochal tím, jak se žena dovede krásně, ladně pohybovat a potěšit jeho oko. Nešlo o to, aby ho sváděla a dráždila. Byla to společenská a kulturní záležitost.

Osmanská říše měla úplně jiný estetický ideál vzhledu ženy. Nebyly ty rubensové postavy konekconců také přirozenější?

Určitě ano, kypré ženské tvary byly normální a žádoucí jsou i při břišním tanci. Ale i to, jak ženy zacházejí se svým tělem, ať je jakékoli z hlediska našich estetických norem a třeba do nich vůbec nezapadá, je vede k tomu, že jsou na své tělo hrdé. Umějí ho nosit, umějí v něm být – a to jim dodává sex appeal.

Bez ohledu na to, že už jsou třeba babičkami?

Jistě. Žádný věkový limit není, břišní tanec se má pěstovat v jakémkoli věku. Už malé holčičky dokážou krásně a úplně přirozeně tančit, určitě to pro ně

je. A z toho druhého konce? Tělo nám s postupem věku přirozeně ztuhává a tanec pomáhá uvolnit ho.

Jde břišní tanec použít jako svého druhu metodu pro terapii nějakých specificky ženských fyzických a psychických obtíží?

Už jsem několika ženám poradila, aby chodily na tento tanec, ať už měly fyzické problémy nebo problémy se svým ženstvím, pokud s tím chtěly něco udělat. Skutečně si myslím, že rozkvetou. Na břišní tanec se ovšem můžeme dívat i docela prozaicky jako na určitý druh terapie, která intenzivně pracuje s hrudní a pánevní partií našeho těla. Jakmile se jedna část našeho těla začne měnit k lepšímu, má to pozitivní vliv i na ostatní partie. Bloky se uvolňují, což má současně blahodárné účinky na psychiku a celý organismus. Vede to k celkové harmonizaci.

Tancujete si i doma, jen tak, třeba z rozvernosti?

Ráda tančím, a to jakkoli. Občas i doma, když mám náladu.

Od začátku rozhovoru více než o práci svalů mluvíme o emocích, a to i při terapii tancem... Samozřejmě. Veškerá tělová terapie pomáhá uchopit i emoce. Když jsem k dceři šla na první hodinu břišního tance, byla jsem



Foto: Leoš Chodura

právě ve výcviku jednoho druhu psychomotorické terapie. Zakladatelem této metody byl Albert Pesso, Američan, původně tanečník a choreograf, jenž zjistil, že existují tanečnici, kteří při tanci nepocítují emoci ani ji neumí tělově vyjádřit.

Vzpomeňte si na film „Černá labuť“ – tam je ukázán kontrast sterilní dokonalosti Niny, hlavní postavy, která se do úmuru technicky zdokonalovala, ale nic necítila, a Lilly, která nebyla tak dokonalá, ale byla v sobě a uměla se rozbalit. Ona zmíněná metoda pracuje s tělem a uvolňuje tím emoce, otevírá je.

Otevírá pouze emoce tanečnice?

Ale jistěže i divákovy! Potěšíte se pohledem na ladnost a krásu jejího pohybu. Ta žena je v harmonii a vůbec neřeší, jestli je, či není hezká a jaké má tělo. Je v sobě a je šťastná. Jako žena a jako lékařka se dívám na břišní tanec jako na užitečný a důležitý způsob jak v sobě procítit ženské tělo a ženství vůbec. Myslím si, že by se mu měly věnovat ženy všech věkových kategorií už od dětských let. Zvláště v dnešní době tolik zaměřené na výkon, kdy se ženství příliš nepřeje.

Jana Jílková



Foto: archiv Lázní Darkov

Lázně Darkov uvítaly ramadán

Od 9. července probíhá ramadán, muslimské duchovní a očistné období. V Lázních Darkov se léčí také arabská klientela, ze značné části muslimská. Největší novinkou je speciálně upravená modlitebna v centrálních Rehabilitačních sanatoriích Lázní Darkov v Karvině.

Prostor nejen pro modlitbu

Lázně Darkov měly modlitebnu pro arabské klienty i v minulosti, ale při rostoucím počtu klientely postupně přestávala stačit a navíc nevyhovovala ortodoxním muslimům. Nová místnost vznikla z některých prostorů pro cvičení klientů, má rozlohu 80 čtverečních metrů a je vyzdobena dekoracemi, které si lázně objednaly v Kuvajtu. Jde o předměty určené k modlitbám, jako jsou koberce, náboženské texty a výzdoba, která do těchto prostor přísluší. Nechybí ani výtisky Koránu a naučné knihy o islámu, a to nejen v arabštině, ale i v češtině. „Počítáme s tím, že i mezi česky mluvícími klienty jsou lidé vyznávající islám,“ upozorňuje na zajímavý detail provozně-technický ředitel Lázní Darkov Jakub Čánek.

Nový prostor pro muslimské věřící je vybaven počítači s přístupem na internet a celkově poskytuje dostatečný komfort – v jedné části je samotná modlitebna, ve druhé, oddělené přepážkou, je zázemí s posezením a televizí s arabskými programy. Místnost je snadno přístupná i lidem na vozíku, kterých přijíždí do Lázní Darkov z arabského světa velký počet, a má bezbariérové sociální zařízení.

Část personálu již hovoří arabsky

„Léčíme u nás i nejsložitější choroby a poúrazové stavy – není to tak dlouho, co jsme tu měli velmi významnou klientku, která málem zahynula při autonehodě. Operovali ji na špičkové klinice v USA a rehabilitovat přijela k nám,“ připomíná Jakub Čánek důvody, proč byly

lázně ochotny investovat do speciálního zázemí pro muslimy.

Počet arabských pacientů neustále stoupá a tvoří významné procento z celkového ročního počtu téměř 13 tisíc klientů, kteří se tu ročně léčí a rehabilitují. Lázně Darkov jim vycházejí vstříc nejen zázemím pro modlitby a rozjímání nad Koránem, ale také speciálním jídelníčkem a provozem čajovny. Zahraničním pacientům z arabského světa jsou připraveny také brožury nebo internetové stránky, které jsou připravovány trojjazyčně. Samozřejmě tu jsou i anglicky mluvící fyzioterapeuti, po letech praxe a kontaktu s arabskou klientelou už ovšem mnozí hovoří s pacienty i jejich jazykem. Lázně také provozují společnou česko-arabskou léčebnou společnost v Dammámu v Saúdské Arábii.

Kytičky se stužkou letos vydělaly téměř 15 milionů

Liga proti rakovině Praha (LPR) oznámila, že na kontě letošní sbírky je k dnešnímu dni 14 827 909,10 Kč. Jedná se o nejvyšší vybranou částku od roku 2004.

Letošní „květinová sbírka“ v číslech

V tisícovce měst a obcí ve všech 14 krajích České republiky na 11 700 dobrovolníků ve žlutých tričkách nabízelo téměř 800 tisíc žlutých kytíček se zelenou stužkou a hotovost z pokladních vaků zpracovávalo na 500 poboček České pošty. Na pomoc obří akci se přihlásilo celkem 870 nejrůznějších organizací, mezi nimiž bylo například 56 pacientských klubů, kolektivních členů LPR, 171 střed-

ních a 170 základních škol, 65 skautských oddílů, 65 místních organizací Sdružení hasičů Čech, Moravy a Slezska a 20 oblastních spolků Českého červeného kříže. Během letních měsíců budou posouzeny všechny žádosti o příspěvky, na podzimní tiskové konferenci 9. září pak LPR Praha bude informovat o využití výtěžku sbírky a jeho rozdělení.

Každý svého zdraví strůjcem

Příhodná variace na známé rčení je názvem jedné z akcí, kterými LPR Praha pravidelně oslovuje širokou veřejnost. Putovní výstava „Každý svého zdraví strůjcem“ v podzimních měsících navštíví náměstí českých i moravských měst. Jde o expozici s informacemi o prevenci nádorových onemocnění bohatě ilustrovanou vtipy kreslířů Vladimíra Jiráčka, Miroslava Bartáka a Jiřího Slívy, s velkoformátovými fotografiemi Františka Dostála. Dětem, ale nejen jim budou určeny interaktivní hry, kde si zá-

jemci mohou vyzkoušet své pohybové nebo smyslové dovednosti. Pro dospělé návštěvníky Liga přivádí provizorní ordinaci, kde léka-

ři zjišťují základní zdravotní parametry a dermatologové prohlížejí pigmentové skvrny a znaménka. Akci doprovází kulturní program, k dispozici jsou i edukační a preventivní publikace a materiály, jež Liga proti rakovině Praha vydává. Vstup i vyšetření jsou – jako obvykle při této akci – zdarma.



Foto: archiv LPR

Další informace o sbírce i činnosti Ligy: www.lpr.cz

Zámeček, který nabízí zdravotnický nadstandard

Za přítomnosti odborné i laické veřejnosti, mezi níž nechyběly ani populární osobnosti známé z televizních obrazovek, byla na konci června slavnostně otevřena nová soukromá klinika. Jmenuje se Zámeček Malvazinky a stojí nad pražským Smíchovem.

Nová zdravotnická klinika pacientům nabídne nadstandardní služ-

by ve více než patnácti zdravotnických oborech a mohou využít

také služeb osobního *concierge*, který je v případě jejich zájmu celým procesem léčby provede. Vedle běžných lékařských specializací mohou pacienti využít také wellness procedury, služby odborníků na celostní medicínu či akupunkturu. Klinika vznikla rekonstrukcí původních prostor a spolu s doprovodnými pracemi úpravy trvaly téměř půl roku. Klinika Zámeček Malvazinky se tak stala již šestým zdravotnickým zařízením, které na českém trhu provozuje společnost Mediterra.

Více informací:

www.malvazinky-zamecek.cz

(red)



Otevření se zúčastnili i VIP klienti kliniky Zámeček Malvazinky, zleva: Tereza Brodská, Jan Žampa, Světlana Nálepková a Jadran Šetlík. | Foto: archiv Mediterra

Letošní termíny a místa konání putovní výstavy

Praha	9.–10. září
Prachovice	13.–14. září
Kolín	17.–18. září
Žďár nad Sázavou	19.–20. září
Mladá Boleslav	23.–24. září
Poděbrady	1.–2. října
Hodonín	3.–4. října
Třeboň	říjnový termín (bude upřesněn)

Kluci a holky z dětských domovů dostali nový web

Zprávy z akcí dětských domovů, příběhy dětí, jež nemají vlastní rodinu, básničky i životní osudy mladých lidí, kteří vyrostli v zařízeních ústavní výchovy – to vše nabízí nový zpravodajský portál na adrese www.zamecek.net. Většinu zpráv připravují děti nebo odchovanci dětských domovů.

„V České republice je kolem dvou stovek dětských domovů a výchovných ústavů. Náš web bude mapovat život i názory dětí v těchto zařízeních. Dnes jsme například zveřejnili příběh bývalého klienta DD Brušperk z Frýdecko-Místecka, který si úspěšně vydělává jako kuchař a číšník v rakouských a německých restauracích, a také aktuální zprávu z Karlštejna, kde proběhla přehlídka vystoupení talentovaných dětí z domovů,“ řekl šéfredaktor webu František Berger z DD Olomouc, který studuje žurnalistiku na Univerzitě Jana Amose Komenského v Praze.

Na přípravě nového webu se podílel i šéfredaktor Zámečku Gracián Svačina, který proslul svou repor-

táží o potěmkinovských případech na návštěvu Livie Klausové v DD Jemnice.

Vydavatelem je Duha, sponzorem nadace

Časopis Zámeček, který vydává havířovské občanské sdružení Duha, vznikl v roce 1997. Jeho partnery jsou kromě ministerstva školství také Nadace Terezy Maxové, The Kellner Family Foundation a Nadace Albert. Cílem nového webu je motivovat ke čtení i vlastní tvorbě novou generací dětí z DD odchovanou Facebookem a zároveň přinášet zajímavé informace pro odbornou i laickou veřejnost. Web darovala Zámečku i všem dětem společnost Cyber Fox. (red)

Dary od nadace Komerční banky

Nadace Komerční banky Jistota poskytla v minulém roce 56 darů v celkové hodnotě přes 7,5 milionů korun. V souladu s posláním nadace směřovaly především do projektů zdravotního či sociálního charakteru.

Nadace pokračovala ve výměně lůžkového fondu hospiců, kde úspěšně spolupracuje se společností Linet a Asociací poskytovatelů hospicové paliativní péče. Podílela se na zajištění provozu a údržby babyboxů, jejichž instalaci v minulých letech podpořila. Nově se nadace zapojila do pomoci organizacím handicapovaných sportovců. Dlouhodobě spolupracuje i s domovy pro seniory, školami pro handicapované děti, ústavu sociální péče či léčebnami dlouhodobě nemocných. Podporuje rovněž zaměstnance Komerční banky nebo jejich rodinné příslušníky, kteří se potýkají s tíživými životními problémy.

Jistota patří mezi desítku největších firemních nadací v ČR. Za posledních 10 let rozdělila mezi potřebné

částku přesahující 50 milionů korun. Detailní přehled poskytnutých darů i přehled dárců nadace zveřej-

nila ve výroční zprávě a na svých internetových stránkách:

www.nadacejistota.cz

(red)



Správní rada Nadace Komerční banky Jistota, zleva: Jiří Koutný, Sylva Floríková, Michal Ventruha, Dalibor Knecht, Jaroslav Říšský, Kateřina Šušáková. | Foto: archiv Nadace KB Jistota

Lidské příběhy ze života dětských hemofiliků

Fotografická výstava o životě dětských pacientů-hemofiliků je do konce července přístupná v pražském multikině Cinestar – Anděl, poté bude putovat po dalších místech v České republice.

Cílem expozice je přiblížit život malých dětí a dospívajících, kteří se od svého narození potýkají s touto nevléčitelnou dědičnou chorobou, jež do značné míry ovlivňuje jejich současný i budoucí život. Autorem originálních fotografií je Radovan Šťastný.

„Obrázky vznikly během setkání občanského sdružení Hemojunior, které se věnuje malým pacientům s onemocněním hemofilii. Jednotlivé snímky zachycují emocionální momenty a zprostředkovávají tak příběhy lidských životů. Právě při tomto setkání jsem se přesvědčil, že i děti s tak závažným onemocněním mohou proží-



Foto: Radovan Šťastný

vat normální život bez omezení, rozpozná-li se jejich nemoc včas a dostane-li se k nim moderní léčba,“ popisuje vznik fotografií Radovan Šťastný. Výstava vznikla za podpory společnosti Bayer, občanského sdružení Hemojunior a Českého svazu hemofiliků. „Jsem rád, že se tato akce uskutečnila. Všechny fotky jsou velice kvalitní, každá z nich je navíc samostatným příběhem, který podle mého názoru dokáže oslovit. Doufám, že to pomůže zlepšit povědomí veřejnosti o hemofilii,“ říká předseda Hemojunioru Michael Bereň. Další informace o výstavě:

www.hemojunior.cz (red)



Foto: archiv pořadatelů

GlaxoSmithKline podpoří projekty pro seniory a nemocné

Na konci června Nadační fond GSK zveřejnil výsledky letošního grantového řízení. I v tomto roce mohly získat potřebné finanční prostředky neziskové organizace pečující o kvalitu života nemocných lidí a seniorů. Šest projektů vybraných ze 105 přihlášených obdrželo celkem jeden milion korun.

Do grantového řízení se mohla přihlásit každá nezisková organizace, která pomáhá nemocným či seniorům. Osm z nich se dostalo do druhého, finálového kola řízení, ve kterém zástupci organizací prezentují své projekty. „Letos se do finále dostaly opravdu kvalitní projekty, takže výběr nebyl úplně jednoduchý – nakonec však komise rozhodla jednoduše,“ konstatovala předsedkyně správní rady Nadačního fondu GSK a generální ředitelka společnosti GlaxoSmithKline PharmDr. Monika Horníková.

Ve finále o vítězích rozhodla grantová komise, ve které kromě členů správní rady NF GSK a externích odborníků zasedli i lékaři a odborníci v otázkách sociální péče a investic do neziskového sektoru. Možnost stát se členy komise měli rovněž zaměstnanci společnosti GSK.

Přehled oceněných organizací a projektů

• Maltéžská pomoc, o. p. s., (humanitární organizace Suverénní

ho řádu Maltéžských rytířů) – projekt „Adopce osamocenených seniorů a nemocných“ (170 000 Kč)

• Česká asociace paraplegiků – projekt „Prevence dekubitů u spinálních pacientů“ (160 000 Kč)

• Hospicové občanské sdružení Cesta domů – projekt „Domácí hospic Cesta domů“ (147 400 Kč)

• Ledovec (občanské sdružení podporující osoby s mentálním postižením) – projekt „Cirkus Paciento 2014“ (150 000 Kč)

• Okamžik (sdružení pro podporu nejen nevidomých) – projekt „Vidět tvým očima – asistence pro nevidomé děti“ (170 000 Kč)

• Společnost E (patientská organizace pro lidi s epilepsií) – projekt „Zaměstnávání osob s epilepsií pomocí aranžování květin“ (160 000 Kč)

• Bonus na vlastní rozvoj ve výši 150 000 Kč obdrželo Hospicové občanské sdružení Cesta domů.

Bližší informace: www.nadacnifondgsk.cz

(red)

Setkání frekventantů Prague Selective s kulturní atašé USA

Setkání s představiteli Velvyslanectví Spojených států amerických patří v rámci prestižního programu Prague Selective k tradičním akcím. 18. července odpoledne se s frekventanty kurzu – 51 studenty z pěti zahraničních lékařských fakult – setkala kulturní atašé Sherry Kenesonová-Hallová.

Medicína diplomací svého druhu

Sherry Kenesonová-Hallová ve své přednášce připomněla, že jedním z jejích úkolů v České republice i dalších zemích, kde působila, je propagovat hodnoty a formy pomoci, jež USA nabízí světu. Medicínu, která je v určitém smyslu multinárodní, lze podle jejích slov považovat za diplomatickou službu. Každý lékař, který působí v jiné zemi nebo svou vlast prezentuje na mezinárodních odborných kongresech, vykonává v jistém slova smyslu diplomatickou službu, a to jak svým působením na konkrétní pacienty, tak i v rámci společnosti obecně.

USA: Kvalita vs. plýtvání

„Aby člověk mohl svou práci dělat co nejlépe, je důležité vědět, jak ji dělají jiní lidé jinde,“ podotkl k přednášce Sherry Kenesonové-Hallové organizátor Prague Selective a přednosta pražské Polikliniky Na Národní MUDr. Martin Jan Stránský.

O svých zkušenostech lékaře a vysokoškolského pedagoga, který aktivně působí v USA i Česku, letošním frekventantům kurzu přednášel ve druhé části odpoledne a poté za účasti kulturní atašé USA se studenti diskutovali o zdravotnických systémech a jejich financování



Sherry Kenesonová-Hallová a Martin Jan Stránský.

Foto: archiv pořadatelů

v USA, ale i v České republice a dalších státech Evropské unie.

„V této souvislosti je určité zajímavým poznatkem, že v délce, kvalitě života i úspěších v léčbě civilizačních nemocí je na tom Evropa lépe než Spojené státy americké. USA vedou v kvalitě péče, znalostech a technologických možnostech, ale z finančního pohledu jde o nejhroší zdravotnický systém na světě, v němž se neuvěřitelně plýtvá,“ podotkl MUDr. Martin Jan Stránský.

Přítomní posluchači lékařských fakult zhodnotili odpoledne jako unikátní a vzácnou možnost diskuse o systémech zdravotnictví s diplomaty a lékaři se zkušenostmi z USA i Evropy.

Foto: archiv pořadatelů

(D)

Pánbůh prostě někoho vybral

V sobotu 15. června byl ve Vřesníku u Želiva slavnostně odhalen památník připomínající zdejší slavnou rodačku, zakladatelku Domova Svaté Rodiny, řádovou sestru Marii Akvinelu Loskotovou, jež celý svůj život zasvětila péči o tělesně a mentálně postižené.

Slavnostního odpoledne, jež bylo zahájeno mší svatou vedenou Jáchymem Jaroslavem Šimkem ze želivského kostela, se mimo jiné zúčastnil předseda senátu Milan Štěch, tehdejší ministr životního prostředí Tomáš Chalupa či hejtman Kraje Vysočina Jiří Běhounek.

Pomník s pamětní deskou odhalila při příležitosti Akvinelinych nedožitých 90. narozenin její sestra Anežka. O svou vzpomínku na sestru Akvinelu se při této příležitosti podělili také zástupci Domova svaté Rodiny nebo řádových sester de Notre Dame. Tomáš Chalupa ve svém projevu připomněl, že jako bývalý starosta Prahy 6 se sestrou Akvinelou několikrát jednal a v roce 2003 jí udělil čestné občanství Prahy 6. Když jí předával sošku anděla, kterou držitel čestného občanství této městské části při slavnostním ceremoniálu dostávají, cítil prý, že tohoto anděla předává do skutečně dobrých a povolání rukou. Všichni přítomní se shodli, že sestra Akvinela byla laskavou a velmi silnou osobností, jež celý život rozdávala lásku a své bytí zasvětila pomoci těm nejpotřebnějším, které naše společnost často odsouvá až na samý okraj.

Nikdy žádná nezradila

Marie Akvinela se narodila jako Ludmila Loskotová 17. června 1923 jako pátá z devíti dětí v malé vesnici Vřesník na Vysočině. Navštěvovala školu v nedalekém

Humpolci, kde se o sirotky staraly Školské sestry de Notre Dame. Ty navrhly Ludmilinu otci, aby nadanou 13letou dceru poslal do školy v Horažďovicích, která byla zřízena při generalátu školských sester. Stalo se a Ludmila vystudovala horažďovickou měšťanku, poté vstoupila k sestrám do noviciátu. Po studiu učitelství nastoupila do rodinné školy. V roce 1944, tedy v 21 letech, se stala řeholnicí. „Odchod z rodiny do řehole pro mě nebyl až tak těžký, protože i doma jsme měli určitou řeholi – společně jsme se modlili, a co bylo jednoho, patřilo i druhému. Věděli jsme již jako děti, že se musíme rozdělit, že nemůžeme myslet jen na sebe,“ popsala sestra Akvinela v rozhovoru pro Katolický týdeník.

Protože jí vždy přitahovala práce s dětmi, začala v roce 1946 působit jako učitelka v mateřské škole v Poděbradech. Pak ovšem přišel rok 1950 a s ním i tvrdé represe vůči řeholnicím. Sestry byly svezeny do Broumova, rozděleny podle věku a přiděleny na práci v továrnách v blízkém okolí. „Vozili nás z místa na místo, jen abychom nikde nezakotvily. Snažili se roztrhnout naši komunitu a nařídili svléknout řeholní šat, čehož jsme neuposlechly. Podrobili nás politickému školení, ale pak to vzdali,“ vzpomínala sestra Akvinela v rozhovoru pro noviny Prahy 6. „Měly jsme minimum osobních věcí. Trpělivost v práci a ve snášení všech nesnáží byl zároveň náš jistý truc. Myslely jsme si: ‚My

vám dokážeme, že nás nezničí!‘ Byly jsme tak mladé! Přitom jsme se snažily v rámci možnosti dodržovat pravidla svého řeholního života. Někdy bylo v továrně u strojů horko na omdlení, všichni se svlékali do spodního prádla, ale my se pařily v řeholním šatu. Nikdy žádná nezradila.‘ Těžká práce a životní podmínky se brzy podepsaly na zdraví sestry – několik včetně Akvineliny onemocnělo tuberkulózou. Dostala se tak na lehčí práci do Oseku u Duchcova, kde s dalšími řeholnicemi vyšívala chrámová roucha. Na počátku 60. let se situace sestry zlepšila. „Komunisté zjistili, že s jeptiškami za továrními stroji to nevyhrají, že jsou příliš nemohoucí, nezaučenné. Pamatuji si na výrok jednoho továrního mistra: ‚Dejte mi ještě deset jeptišek a já shořím na popel!‘,“ líčila Akvinela.

Pomoc bez ohledu na dojmy

Vybraným školským sestrám-učitelkám, k nimž patřila i Akvinela, bylo doporučeno, aby si udělaly zdravotnickou školu. V roce 1960 se proto sestra ocitla v Horní Poustevně ležící 3 kilometry od německých hranic, kde vznikl ústav pro postižené děti. „Stát měl najednou zájem postarat se o postižené děti. Rodiče museli být v zaměstnání, dětem chyběla péče. Stát chtěl tento typ dětí uklidit a chtěl uklidit i nás. Většina z nás skončila v pohraničí.“ Ve třech nevyhovujících domech bylo postupně umístěno 115 dětí z Prahy, starat se o ně mělo 28 sester, které s postiženými neměly žádné zkušenosti. Rodiče mohli navštěvovat děti jednou za čtvrt roku, kdy pro ně byl objednan speciální autobus. „Neměla jsem žádnou představu, jak se o děti budeme starat. Nemluvíla bych pravdu, kdybych řekla, že jsem byla připravená. Vojenským autobusem nám přivezli první skupinu 20 těžce postižených ležících dětí ve věku od 5 do 7 let. V autobusu ležely na lehátkách. Byla na nich znát únavy. Po dlouhé cestě byly hladové i špinavé. Při ukládání do připravených postelí křičely a bránily se manipulací. Jejich reakce se



Foto: archiv Domova svaté Rodiny

mi zdála až nesnesitelná. Rychle jsem se na chvíli vzdálila a prosila: ‚Pane Bože, dej mi sílu, ať to zvládnu!‘ Když jsme viděly různá postižení dětí, nedalo se myslet na to, jaké dojmy máme. Byla nezbytná rychlá pomoc. Náš vztah k dětem se brzy změnil. Snažily jsme se jim být plně k dispozici. Člověk nesmí dlouze zvažovat své pocity a dívat se na postižení jako na krutost nebo nespravedlnost či dumat, proč se to stalo, ale přemýšlet, co pro děti udělat i jak jim dokázat, že je máme rády a že jim chceme ulehčit jejich těžký osud,“ svěřila se v roce 2006 v rozhovoru režisérce Marii Šandové, jež o ní natočila dokument „Zlatá nit sestry Akvinely“.

Odvaha k novému začátku

Sestry se navzdory nelehkým podmínkám rozhodly s dětmi dále pracovat, rozvíjet jejich schopnosti, zapojovaly je do domácích činností, učily je nejrůznějším dovednostem. Každý den s nimi tančily, cvičily, snažily se je vést i k pomoci ostatním. Sestra Akvinela hned od začátku přijala funkci vrchní sestry. V roce 1988 nastal zvrát, když děti v ústavu přebrahi civilní ošetřovatelé. Akvinela se společně s většinou ostatních sester uchýlila do kláštera v Oseku u Duchcova. V té době jí bylo již 65 let, a tak přemýšlela o zasluženém odpočinku. Přišla však revoluce v roce 1989 a uvolnění poměrů. Rodiče postižených dětí z Prahy a okolí začali hledat možnost jak umístit děti vyžadující neustálou odbornou péči co nejbližší hlavního města, aby s nimi mohli být v častějším kontaktu. Obrátili se proto na Českou katolickou charitu se žádostí o zřízení domova. Zástupci Charity pak přijeli do Oseku požádat o přidělení někoho, kdo by

jim mohl pomoci a poradit. „Už jsem se necítila na to, abych někde něco začínala,“ uvedla sestra Akvinela v jednom z rozhovorů. „Sestra představená moc nevybírala, protože jsme všechny byly upracované a v důchodu. Když ale přišla na mě, příliš jsem se nerozmýšlela. Říkala jsem si, že ještě něco udělám. Odjela jsem do Prahy sama, ostatní sestry, které se mnou byly v Poustevně, již neměly odvahu začít. Já odvahu měla a zůstala mi dost dlouho.“

S odhodláním sobě vlastním se sestra Akvinela pustila do realizace domova. V srpnu 1990 se jí podařilo získat budovu zrušených jeslí v Praze na Petřinách, sehnala tři „civilkáře“ a začalo vyklízení a úprava objektu. „Vplula jsem do práce, aniž bych měla nějakou představu. Byla porevoluční doba plná elánu a chutě do práce, takže se dílo docela dařilo.“

Než někoho najdou...

Ačkoli sestra Akvinela odjízďela do Prahy jediná (sestra, s níž měly na budování domova pro postižené děti pracovat společně, bohužel těsně před odjezdem z kláštera v Oseku zemřela na infarkt), dlouho podle svých slov osamocena nezůstala. „V katolické charitě i mezi rodiči se našlo dost aktivních pomocníků,“ vzpomínala po letech. Ačkoli i s jejich pomocí práce rychle postupovala, neobešla se přestavba bez potíží. „Jesle sloužily malým dětem, pro věkově starší byly nevyhovující. Byla nutná rozsáhlá adaptace celého objektu. Navíc se nenašel ani původní plán stavby, bez něhož se nedal zakreslit nový plán budovy a zahájit tak práce,“ líčila zakladatelka domova některé překážky. Rekonstrukce jeslí byla nakonec zdárně dokončena již o rok později, 7. října 1991 bylo zařízení



Akvinelina sestra Anežka při odhalování pomníku. | Foto: Květa Havlová

PROFIL

nesoucí název Domov svaté Rodiny i díky štědrosti dárců otevřeno a stalo se prvním charitativním domovem v Praze s celoroční péčí o děti s mentálním a kombinovaným postižením. „Protože nemohli sehnat ředitele, řekli mi, abych domov vedla, než někoho najdou. Nepřišlo mi, že bych to nezvládla. Léta jsem dělala vrchní sestru a musela jsem rozhodovat téměř o všem...“

Toto „dočasné“ vedení domova se protáhlo až do roku 2002. Kapacita zařízení byla určena pro 37 mentálně postižených dětí a dospělých, brzy však přestala stačit, neboť zájem o umístění v něm byl obrovský. Začalo hledání dalšího vhodného objektu a v roce 2000 se opět s podporou četných příspěvatelů podařilo otevřít druhý pražský Domov svaté Rodiny v Liboci, kde našlo útočiště dalších



Domov svaté Rodiny v Praze-Liboci. | Foto: archiv Domova sv. Rodiny

40 postižených. Součástí libocského zařízení jsou i terapeutické dílny (kde nalezli uplatnění lidé se sníženou pracovní schopností), kaple či moderní rehabilitační ordinace.

Nic mimořádného

Ani po odchodu z vedení domova neprestala tehdy již téměř osmdesátiletá sestra Akvinela pracovat – navzdory svému pokročilému věku i nadále sháněla podporu pro domov, především prostřednictvím nadace nesoucí její jméno. Její celoživotní úsilí bylo oceněno, když 28. října 2000 převzala z rukou prezidenta Václava Havla Medaili Za zásluhy o Českou republiku, 3. září 2003 jí pak bylo uděleno čestné občanství Prahy 6.

Pocty přijímala s pověstnou skromnos-

tí. „Toto ocenění není moje zásluha, je to vyznamenání pro celý domov. Pro všechny postižené děti a dospělé za jejich radost z činnosti a nadšení, pro ošetřovatele za obětavost a trpělivost a také

pro rodiče, kteří pomáhají vytvářet pro děti svou častou přítomností méně stresující prostředí, stejně jako pro dárcy a všechny lidi ochotné reagovat na potřeby jiných,“ uvedla v rozhovoru pro noviny Prahy 6 krátce po převzetí čestného občanství.

Sestra Marie Akvinela Loskotová zemřela 10. listopadu 2007 v 84 letech v klášteře v Praze-Krči, kde přebývala. Její odkaz nadále přebývá v Domovech svaté Rodiny, jež založila a kde v současnosti žije 74 klientů. V jednom z posled-

ních rozhovorů, který poskytla Katolickému týdeníku, na otázku, zda se ohlíží za tím, co všechno dokázala, odpověděla: „Nemyslím si, že bych udělala něco mimořádného. Pánbůh potřeboval udělat jednu určitou věc, tak někoho vybral. Měla jsem pro tuto práci asi dobrý předpoklad, navíc jsem ji dlouho dělala. Také mám životní elán, se kterým jsem dokázala překonat spoustu těžkostí. Ale to už bych se vyťahovala, protože elán ochabuje.“

Květa Havlová



Detail pomníku sestry Akvinely ve Vřesníku. | Foto: Květa Havlová

Inzerce M131000180



Představujeme publikaci

Náhlé příhody v dětské onkologii

V našem písemnictví ojedinělá publikace poskytuje ucelený přehled všech akutních situací, které se mohou vyskytnout u onkologicky nemocných dětí a mladých lidí a jejichž příčinou může být nejen růst samotného maligního onemocnění – mohou vzniknout i jako akutní komplikace aplikované protinádorové léčby.

Autoři: Viera Bajčiová a kolektiv

Jednotlivé kapitoly jsou seřazeny dle systémů a detailně popisují náhlé příhody neurologické, metabolické, hematologické, plicní, kardiální, abdominální, nefrologické, infekční, ale i postižení kůže a paravazací cytostatik. Všechny stavy jsou prezentovány od jejich patogeneze přes klinický obraz až po doporučení týkající se léčby.

Doporučená cena 520 Kč

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

**MEDICAL
SERVICES**

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR



Něco málo o univerzitách

1. První středověká univerzita byla podle dostupných pramenů založena roku 862 Bardasem, spolupovníkem nezletilého vládaře Michaela III. Zanikla však po pouhých 3 letech své existence. Kde se instituce nacházela?

- a) v Cařihradu
- b) v Káhiře
- c) v Tripolisu



2. Latinský název *universitas*, z něhož pochází dnešní „univerzita“, je zkrácením původního pojmenování *universitas magistrorum et scholarium*. Co toto spojení znamená?

- a) vzděláním žáků k mistrovství
- b) vědění, vzdělání a škola
- c) společenství učitelů a žáků



3. Nejstarší evropskou univerzitou byla univerzita v italské Bologni, založená roku 1088. Na kterou oblast studia se tato vzdělávací instituce zaměřovala?

- a) právo
- b) teologie
- c) medicína



4. Nejstarší a dodnes nejslavnější univerzity na britských ostrovech – Cambridgeskou a Oxfordskou – navzájem dělí od svého založení jen něco málo přes půl století (jedna z nich vznikla v roce 1167, druhá pak v roce 1209). Která je starší?

- a) Cambridgeská
- b) Oxfordská



5. V roce 1224 založil císař Fridrich II. Štaufský první evropskou univerzitu přímo podřízenou panovníkovi. Kde se tato univerzita nacházela?

- a) v Terstu
- b) v Benátkách
- c) v Neapoli



6. Ve střední Evropě se založení nejstarších univerzit datuje přibližně do poloviny 14. století. V jakém pořadí zde vznikly 3 nejstarší vzdělávací instituce tohoto typu?

- a) Univerzita Karlova v Praze, Jagellonská univerzita v Krakově, Vídeňská univerzita
- b) Vídeňská univerzita, Univerzita Karlova v Praze, Jagellonská univerzita v Krakově
- c) Univerzita Karlova v Praze, Vídeňská univerzita, Jagellonská univerzita v Krakově



7. Ve středověku musel student univerzity nejprve absolvovat tzv. nižší fakultu – fakultu svobodných umění.

Po úspěšně zvládnuté zkoušce mu byl udělen titul bakaláře (*baccalaureatus*). Co tento titul znamená v češtině?

- a) ověřený vavřínem
- b) nositel vědění
- c) Bakchův žák

8. V roce 1678 byl poprvé v historii udělen akademický titul ženě. Doktorou filozofie byla promována Elena Lucrezia Cornaro Piscopia. Na které univerzitě tohoto úspěchu dosáhla?

- a) v Bologni
- b) v Padově
- c) v Oxfordu



9. Prvním magistrem svobodných umění na Univerzitě Karlově se stal roku 1359 (tedy až 11 let po založení školy) Jindřich z Libšic. Kdo jej promoval?

- a) Arnošt z Pardubic
- b) Jan Očko z Vlašimi
- c) Jan IV. z Dražic



10. V roce 1882 se Karlova univerzita (tehdy Karlo-Ferdinandova) rozdělila na českou a německou, společnými zůstaly jen knihovna a botanická zahrada. Která významná osobnost se stala v prosinci zmíněného roku prvním rektorem české univerzity?

- a) František Palacký
- b) Jan Evangelista Purkyně
- c) Václav Vladivoj Tomek

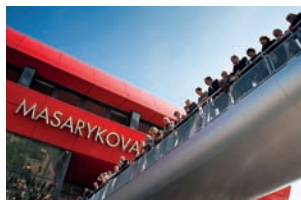
11. Kolik z dnešních 17 fakult Univerzity Karlovy nesídlí v Praze?

- a) 2
- b) 3
- c) 4



12. Nedlouho po vzniku Československa vznikla i Masarykova univerzita v Brně, jež byla zřízena zákonem č. 50/1919 Sb. a jejíž činnost byla slavnostně zahájena ještě v roce 1919. Jaká fakulta v té době nebyla (a dosud není) součástí univerzity?

- a) lékařská
- b) přírodovědecká
- c) teologická



13. Prvním čestným doktorem Masarykovy univerzity v Brně byl roku 1925 promován významný český hudební skladatel. Víte který?

- a) Leoš Janáček
- b) Bohuslav Martinů
- c) Jan Kubelík



14. V roce 1960 se Masarykova univerzita dočkala přejmenování. Čí jméno nesla?

- a) Gregora Johanna Mandela
- b) Jana Evangelisty Purkyně
- c) ničí, oficiální název zůstal Brněnská univerzita

15. Historie Univerzity Palackého v Olomouci sahá až do roku 1573, kdy původně jezuitská kolej získala od císaře Maxmiliána II. všechna práva jako jiné evropské univerzity. Jméno Františka Palackého pak nese od roku 1946. Jejím prvním poválečným rektorem se stal významný filozof a sociolog. Který?

- a) Karel Kosík
- b) Josef Ludvík Fischer
- c) Emanuel Rádl



16. Když byla v září 1991 zřízena Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, její základ tvořily dvě fakulty – pedagogická a provozně ekonomická (předtím byly součástí jiných vysokých škol) – a tři nově vytvořené (dnes jich je osm). Která k nim nepatřila?

- a) teologická
- b) zdravotně sociální
- c) filozofická



17. Ve stejném roce vznikla i univerzita v Ústí nad Labem. Původně měla tři fakulty (pedagogickou, sociální



KVÍZ

ně ekonomickou, životního prostředí) a jeden ústav (slovansko-germánských studií). Dnes disponuje sedmi fakultami. Po které slavné osobnosti je pojmenována?

- a) Janu Evangelistovi Purkyně
- b) Jaroslavu Heyrovském
- c) Janu Amosí Komenském

18. K dalším z univerzit, jež vznikly v září 1991, patří i Ostravská univerzita v Ostravě. Jejimi zahraničními partnery jsou vysoké školy prakticky ze všech koutů světa. Típnete si, ve které exotické zemi se nacházejí dokonce dvě „sprátelené“ vzdělávací instituce?

- a) Kambodža
- b) Argentina
- c) Filipíny

19. V rámci Univerzity Pardubice působí Dopravní fakulta Jana Pernera, která vznikla v dubnu 1993. Kdo byl vlastně Jan Perner?

- a) projektant a stavitel železničních tratí
- b) první český letecký konstruktér
- c) autor prvního projektu dálnice D1



20. V listopadu 2000 popsal tehdejší prezident České republiky Václav Havel zákon o zřízení Univerzity Tomáše Bati ve Zlíně. Její oficiální znak a jednotný vizuální styl univerzity navrhl v roce 1999 MgA. Lumír Kajnar. Co je hlavním symbolem univerzity?

- a) otevřená kniha
- b) stojící kniha
- c) dvě knihy tvořící písmeno T



21. Kolik veřejných vysokých škol se nachází na území České republiky?

- a) 17
- b) 22
- c) 26



21. Který významný český lékař stál v čele Univerzity Karlovy v osudném roce 1968 a po-

té spoluorganizoval pohřeb Jana Palacha v roce 1969 a na základě toho se již nemohl stát znovu rektorem?

- a) profesor Zdeněk Dienstbier
- b) profesor Oldřich Starý
- c) profesor Josef Charvát

připravila Květa Havlová

17a, 18a, 19a, 19b, 20b, 21c, 22b

8b, 9a, 10c, 11b, 12, 13a, 14b, 15b, 16c, 17a, 18a, 19a, 20b, 21c, 22b

Správné odpovědi: 1a, 2c, 3a, 4b, 5c, 6a, 7a,



Představujeme publikaci

Nejsem si jist ani rokem 2012

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

Autor: MUDr. Milan Novák

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

Doporučená cena 180 Kč

kniha.cz



MEDICAL SERVICES

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR



MLADÁ FRONTA

SERVIS

Renata Pomahačová, Božena Kalvachová Dětská endokrinologie do kapsy



Rozsah:
152 stran
Cena: 250 Kč
ISBN: 978-80-
-204-2936-0
Vydavatel:
Mladá fronta,
edice Aeskulap

Cílem publikace je podat především praktickým lékařům pro děti a dorost a pediatrům na lůžkových odděleních přehledné a srozumitelné informace o nejčastějších poruchách endokrinního systému u dětí a dospívajících a přispět tak k včasnému odhalení často závažných endokrinních chorob.

Jednotlivé kapitoly jsou věnovány poruchám růstu, puberty, štítné žlázy, nadledvin, vodního hospodářství, sestupu varlat, kalcium-fosfátového metabolismu a dětskému diabetu. Každá z kapitol začíná stručnou obecnou charakteristikou onemocnění. Následují kazuistická sdělení, prostřednictvím kterých autorky upozorňují na klinické a laboratorní nálezy vedoucí ke konečné diagnóze příslušné endokrinopatie.

V závěru všech kapitol jsou pak uvedena doporučení pro praxi z hlediska diagnostiky a léčby, která vyplývají z obecných, ale i vlastních pozorování autorek. Text je vždy doplněn o obrazovou dokumentaci a kapitola o poruchách růstu u dětí navíc o patologické růstové křivky.

Petr Pohunek, Tamara Svobodová Průduškové astma v dětském věku

Průvodce ošetřujícího lékaře
2. vydání



Rozsah:
120 stran
Cena: 195 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-290-2
Vydavatel:
Maxdorf

Aktuální souhrn současných poznatků o astmatu u dětí a mladistvých. V této věkové skupině se astma již řadu let drží na první příčce pomyslného žebříčku nejčastějších

chronických onemocnění. Astma se navíc objevuje v mnoha podobách, a ne vždy je proto jednoduše odhaleno. Opožděná diagnóza pak vede k odkladu zahájení léčby a tím i k horším výsledkům a vyššímu riziku akutních záchvatů dušnosti i dlouhodobé nemoci.

Milan Cholt Cévní sonografie Repetitorium ultrazvukové cévní diagnostiky a atlas nálezu na DVD



Rozsah:
328 stran
Cena: 645 Kč
ISBN: 978-80-
-247-3974-8
Vydavatel:
Grada

Po publikaci „Sonografie velkých krčních cév“, která získala cenu odborné společnosti, se autor ujal sepsání komplexního repertoria, které popisuje sonografické vyšetření celého cévního systému a je určeno především lékařům, kteří s UZ diagnostikou začínají. Přiblíží jsou normální i patologické nálezy a stavy po operacích či intervencích na tepenném i žilním cévním systému.

Textová část je doplněna 1222 obrázků na příloženém DVD.

John R. Hampton EKG stručně, jasně, přehledně Překlad 7. vydání



Rozsah:
192 stran
Cena: 229 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4246-5
Vydavatel:
Grada

Již 39 let (od roku 1973) je tato publikace vyžadována čtenáři jako jeden z nejlepších základních průvodců k pochopení metody EKG. Byla přeložena do němčiny, francouzštiny, španělštiny, italštiny, portugalské, polštiny, češtiny, indonézštiny, japonštiny, ruštiny, turečtiny a dvou čínských jazyků. Současná publikace je překladem již 7. anglického vydání, které vyšlo v roce 2008 v nakladatelství Churchill Livingstone – Elsevier. Kniha obsahuje 144 názorných vyobrazení a 7 tabulek.

NOVÉ KNIHY

Michaela Matoušková a kol. Praktická urologie v kazuistikách



Rozsah:
232 stran
Cena: 390 Kč
ISBN: 978-80-
-904899-4-3
Vydavatel:
Axonite

Urologie, stejně jako další medicínské obory, do svého portfolia neustále přijímá nové technologie, nová farmaka, nové postupy. Publikace předkládá současně možnosti diagnostiky i léčby vybraných urologických, andrologických a uroonkologických onemocnění. Pro názornost jsou kapitoly doplněny kazuistikami.

Kniha umožní lékařům jednodušší spolupřehledování o postupu při urologických onemocněních u konkrétních pacientů, usnadní rozhodnutí kdy referovat na urologické pracoviště a zároveň pomůže posoudit výsledky postupu specialisty. Tyto zkušenosti i znalosti ulehčí i neurologovi racionální komunikaci s nemocným, případně jeho blízkými a tím i z kvalitní vztah lékaře – pacient.

Roman Remes, Silvia Trnovská a kol. Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny



Rozsah:
240 stran
Cena: 369 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4530-5
Vydavatel:
Grada

Pochopení a zvládnutí základních dovedností ve specifickém prostředí přednemocniční neodkladné péče je nesmírně důležité. Kniha zpracovává problematiku vyšetření pacienta, neodkladné resuscitace, management dýchacích cest a dýchání, zajištění přístupu do krevního oběhu, podávání farmak a infuzních roztoků, dále pak léčbu jednotlivých akutních stavů v přednemocniční péči.

Obsahuje kapitoly týkající se organizace přednemocniční péče, vybavení sanitního vozu, komunikace s operačním střediskem, vyhodnocení situace na místě události. Zařazena je i kapitola o medicíně

sko-právní problematice v oblasti zdravotnických záchranných služeb.

Tatána Šrámková Poruchy sexuality u somaticky nemocných a jejich léčba



Rozsah:
240 stran
Cena: 349 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4453-7
Vydavatel:
Grada

Nejvýznamnější jsou sexuální funkce ovlivněny onkologickými nemocemi, onemocněními kardiovaskulárního aparátu, diabetem, neurologickými onemocněními, poraněními míchy a pánve. Poškození sexuálních funkcí (jež často může být i jedním z prvních příznaků) a tím narušení sexuálního života má negativní vliv na kvalitu celého života. Sexuální funkce mohou být narušeny v celé šíři. Autorka kromě příčin těchto dysfunkcí uvádí i způsoby jejich řešení. Kniha obsahuje 35 obrázků a barevnou přílohu.

Kateřina Štechová, Pavla Piňhová Léčba inzulinovou pumpou aneb každodenní život rodiny Novákové



Rozsah:
176 stran
Cena: 495 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-319-0
Vydavatel:
Maxdorf

Kniha, kterou mohou lékaři doporučit svým pacientům, se zaměřuje na léčbu inzulinovou pumpou s důrazem na praktické aspekty. Jednotlivé problémy, respektive jejich řešení jsou čtenářům demonstrovány na příkladu smyšlené rodiny Novákových, kde otec i dcera jsou léčeni pro diabetes 1. typu inzulinovou pumpou.

V úvodu je pro úplnost pojednáno o diabetu jako takovém, jeho formách, jak vzniká a jak se projevuje. Druhá část úvodu je věnována léčebným možnostem a indikacím zahájení léčby inzulinovou pumpou. Poté je již pozornost zcela

soustředěna na praktické aspekty, jako je aplikace infuzních setů, péče o místo vpichu, nastavení pumpy, výběr jednotlivých forem bolusových a bazálních dávek s ohledem například na různé druhy jídel či pohybovou aktivitu. Dále jsou rozebírány situace, jako je infekční či jiná nemoc, cestování s inzulinovou pumpou apod. Specifika této terapie jsou přiblížena s přihlédnutím k dětskému, dospělému i seniorskému věku. Za každou kapitolou následuje shrnutí nejdůležitějších poznatků. Součástí publikace jsou fotografie a ilustrace.

Hana Kahleová, Terezie Pelikánová, Vladimíra Havlová, Růžena Milatová Vegetariánská strava v léčbě diabetu



Rozsah:
326 stran
Cena: 395 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-344-2
Vydavatel:
Maxdorf

Optimální složení diet pro nemocné s diabetem z hlediska dlouhodobého ovlivnění hmotnosti a metabolických ukazatelů je stále předmětem diskusí. Jednou z variant, která vybočuje z běžně doporučeného schématu konvenčních diabetických diet, je vegetariánská strava. Prevalence diabetu 2. typu je dvakrát nižší u vegetariánů než u běžné populace, vegetariáni se dožívají v průměru o 3 roky vyššího věku než běžná populace a mají o 25 % nižší úmrtnost na nemoci srdce a cév i nižší výskyt maligních nádorů.

Vegetariánství však často bývá motivováno jinými než zdravotními okolnostmi a nesprávně sestavený vegetariánský jídelníček může mít značné negativní dopady na zdraví diabetika. Kniha zpracovává toto téma na solidní odborné úrovni, avšak současně prakticky – jako moderně koncipovanou kuchařku. WHO i Americká dietologická asociace (2009) vydaly oficiální prohlášení, že dobře plánovaná vegetariánská strava může být prospěšná v prevenci i léčbě diabetu 2. typu. V současné době je zvažováno, že vegetariánská strava bude zařazena do doporučení České diabetologické společnosti ČLS JEP jako dietní alternativa pro pacienty s diabetem.

PRÁVNÍ PORADNA

Registrace pro výkon povolání zdravotního laboranta

Pracuji jako vedoucí zdravotní laborantka. Mám atestaci, je mi 64 let a skončila mi registrace. Mohu dále vykonávat svou funkci, popřípadě jakou práci mohu v laboratoři konat?

odpovídá
Mgr. Petra Nečasová

povolání bez odborného dohledu, jehož vydáním dochází k zápisu do Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu, tedy k tzv. registraci, je podmínkou pro výkon povolání zdravotního laboranta bez odborného dohledu, dle § 66 a násl. zákona č. 96/2004 Sb.

V případě, že Vám již platnost registrace (osvědčení) vypršela a nepodařilo se nejpozději 60 dnů před skončením její platnosti žádost o prodloužení (dle § 69 zákona č. 96/2004 Sb.), budete muset pro výkon svého povolání podat novou žádost o vydání osvědčení při splnění podmínek stanovených v § 67 zákona č. 96/2004 Sb.

Důležité datum: 22. duben 2011

Malá novela tohoto zákona z roku 2011 přinesla výjimku z pravidel platnosti osvědčení. U osvědčení k výkonu zdravotnického po-

volání bez odborného dohledu platných ke dni 22. dubna 2011 došlo k prodloužení jejich platnosti o 4 roky, a to přímo ze zákona. O takové prodloužení není potřeba žádat, v registru je toto prodloužení elektronicky technickým opatřením zabezpečeno a děje se automaticky. Z uvedených důvodů vám doporučuji následující:

- V případě, že Vaše registrace byla platná ke dni 22. 4. 2011, prodloužila se platnost Vašeho osvědčení o 4 roky automaticky a vy můžete po dobu této prodloužené platnosti dále vykonávat svoje povolání až do ukončení této prodloužené platnosti osvědčení. (Poté doporučuji podat žádost o prodloužení platnosti osvědčení dle § 69 zákona č. 96/2004 Sb.)
- V případě, že Vaše osvědčení již ke dni 22. 4. 2011 platné nebylo, podejte si na ministerstvo zdravotnictví novou žádost o vydání osvědčení

k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu dle § 67 zákona č. 96/2004 Sb. Podrobnosti k podání žádosti o vydání osvědčení najdete

na stránkách Registru zdravotnických pracovníků způsobilých k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu (www.nconzo.cz).

Odbornou způsobilost a podmínky k výkonu povolání zdravotního laboranta upravuje zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče (tzv. zákon o nelékařských zdravotnických povoláních).

Věk nerozhoduje

V tomto právním předpisu není žádné ustanovení, které by se týkalo věkového omezení k výkonu povolání zdravotního laboranta. Dosažení věku 64 let proto nerozhoduje o možnosti dále vykonávat tuto profesi. Naopak osvědčení o výkonu zdravotnického



ilustrační foto: Shutterstock

Zařazení sestry do platové třídy

Pracuji od roku 2004 jako sestra na chirurgickém oddělení městské nemocnice, registraci samozřejmě mám. Jsem zařazena do 9. platové třídy, stejně jako mé kolegyně. Myslíme si však, že bychom měly být zařazeny do 10.



odpovídá
JUDr. Klára Trnková

vě i sestry bývá dost široké, například pouze všeobecná sestra, a už dále není uvedeno, zda všeobecná sestra bez odborného dohledu (10. platová třída) nebo všeobecná sestra pod odborným dohledem (9. platová třída), což pak zaměst-

navatelé v kombinaci s vymezenou pracovní náplní dává větší prostor pro přefazování v rámci jednotlivých tříd. Záleží tedy zejména na tom, co máte jako druh práce uvedeno v pracovní smlouvě a jak máte vymezenou pracovní náplň, protože v souladu s tím byste měla být zařazena do příslušné platové třídy.

Podle zákona o léčivech se za nežádoucí účinek léčivého přípravku považuje odezva na léčivý přípravek, která je nepříznivá a nezamýšlená. Nežádoucí účinky léčivých přípravků se dále dělí na závažné a neočekávané. Za závažné lze považovat ty účinky, které mají za následek smrt, ohroží život, vyžadují hospitalizaci nebo prodloužení probíhající hospitalizace, mají za následek trvalé či významné poškození zdraví nebo omezení schopnosti nebo se projevují jako vrozená anomálie či vrozená vada u potomků. Neočekávané nežádoucí účinky jsou ty, jejichž povaha, závažnost nebo důsledek jsou v rozpo-

Hlášení nežádoucích účinků léků

Kdo je povinen hlásit nežádoucí účinky léků? Pouze lékař, nebo i lékárník a nelékařský zdravotnický personál, pakliže se o nich dozvědí?



odpovídá
Mgr. Lucie Neubertová

ru s informacemi uvedenými v souhrnu údajů o přípravku u registrovaného léčivého přípravku nebo jsou v rozporu s dostupnými informacemi, například se souborem informací pro zkoušení účinku u hodnoceního léčivého přípravku, který není registrován.

Povinnost poskytnout součinnost

Podle § 93b odst. 1 zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech, je lékař, zubní lékař, farmaceut nebo jiný zdravotnický pracovník, který zaznamenal podezření na závažný nebo neočekávaný nežádoucí účinek nebo jiné skutečnosti související s použitím léčivého přípravku, které jsou závažné pro zdraví pacientů, povinen toto neprodleně oznámit Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv,

a to i tehdy, jestliže léčivý přípravek nebyl použit v souladu se souhrnem údajů o přípravku nebo byl zneužit.

Je doporučováno, aby bylo také hlášeno zneužití nebo nesprávné použití léčivého přípravku, předávkování nebo podezření na lékovou interakci, teratogenní efekt nebo neúčinnost přípravku. Hlášení podezření na nežádoucí účinky je nezbytné provést prostřednictvím písemných nebo elektronických formulářů, uveřejněných na internetových stránkách Státního ústavu pro kontrolu léčiv.

Lékař, zubní lékař, farmaceut nebo jiný zdravotnický pracovník je podle zákona o léčivech též povinen poskytnout součinnost při ověřování skutečností souvisejících s podezřením na nežádoucí účinek a na vyžádání zpřístupnit Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv příslušnou dokumentaci, včetně dokumentace obsahující osobní údaje.

navatelé v kombinaci s vymezenou pracovní náplní dává větší prostor pro přefazování v rámci jednotlivých tříd. Záleží tedy zejména na tom, co máte jako druh práce uvedeno v pracovní smlouvě a jak máte vymezenou pracovní náplň, protože v souladu s tím byste měla být zařazena do příslušné platové třídy.

Podle zákona o léčivech se za nežádoucí účinek léčivého přípravku považuje odezva na léčivý přípravek, která je nepříznivá a nezamýšlená. Nežádoucí účinky léčivých přípravků se dále dělí na závažné a neočekávané. Za závažné lze považovat ty účinky, které mají za následek smrt, ohroží život, vyžadují hospitalizaci nebo prodloužení probíhající hospitalizace, mají za následek trvalé či významné poškození zdraví nebo omezení schopnosti nebo se projevují jako vrozená anomálie či vrozená vada u potomků. Neočekávané nežádoucí účinky jsou ty, jejichž povaha, závažnost nebo důsledek jsou v rozpo-

Příliš široké vymezení druhu práce

Bohužel bývá dost často pravidlem, že vymezení druhu práce ve smlou-

ve i sestry bývá dost široké, například pouze všeobecná sestra, a už dále není uvedeno, zda všeobecná sestra bez odborného dohledu (10. platová třída) nebo všeobecná sestra pod odborným dohledem (9. platová třída), což pak zaměstnavatelé v kombinaci s vymezenou pracovní náplní dává větší prostor pro přefazování v rámci jednotlivých tříd. Záleží tedy zejména na tom, co máte jako druh práce uvedeno v pracovní smlouvě a jak máte vymezenou pracovní náplň, protože v souladu s tím byste měla být zařazena do příslušné platové třídy. Pokud tedy máte v pracovní smlouvě jako druh práce jednoznačně vymezeno všeobecná sestra bez odborného dohledu či tento druh práce fakticky vykonáváte, měla byste být zařazena do 10. platové třídy. V případě, že se s ohledem na výše uvedené domníváte, že byste měla být zařazena do 10. platové třídy a případná dohoda se zaměstnavatelem ohledně zařazení do příslušné platové třídy není možná, obraťte se se žádostí o posouzení na zřizovatele nemocnice, odbory či ministerstvo zdravotnictví.

Zajímavé www stránky – skolióza

V dnešním vydání zavítáme na pole ortopedie. Skolióza je onemocnění páteře charakterizované jejím chybným postavením – jde o trojrozměrnou deformitu. První zmínky o tomto postižení sahají daleko do doby před naším letopočtem. Skolióza však dodnes představuje závažný zdravotní problém, kterému je věnována velká pozornost, o čemž svědčí i množství internetových odkazů.

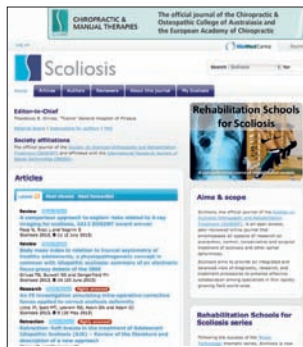
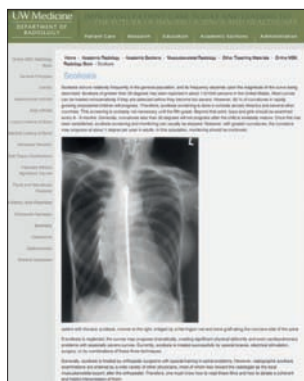
Scoliosis Research Society www.srs.org

Jeden z nejzdařilejších webových portálů, které se problematice skoliózy věnují. Může se pochlubit nejen detailním obsahem, ale také přehlednou a poutavou grafickou podobou. Informace jsou rozděleny podle spektra návštěvníků stránek – na články pro odbornou zdravotnickou veřejnost a na část webu, která se věnuje převážně otázkám pacientů a jejich rodin. Podstatnou součástí tohoto portálu je i databáze vzdělávacích projektů, konferencí

a přehled výzkumných aktivit. Web je k dispozici v několika jazykových mutacích. Sekce pro odborníky obsahuje například velmi podrobné a názornými fotografiemi doplněné texty o způsobech léčby jednotlivých typů skoliózy.

UW Medicine – Scoliosis www.rad.washington.edu/academics/academic-sections/msk/teaching-materials/online-musculoskeletal-radiology-book/scoliosis

Hned první odkaz nás zavede na stránky radiologického oddě-



lení Washingtonské univerzity, v Seattlu respektive na jejich část, kde se kolektiv lékařů z tohoto pracoviště podrobně věnuje problematice radiologického zobrazení skoliózy. Velmi detailně je pojednáno o všech aspektech rentgenových zobrazení páteře se skoliotickým postavením. Autoři se věnují skolióze i v obecné rovině.

Scoliosis Journal

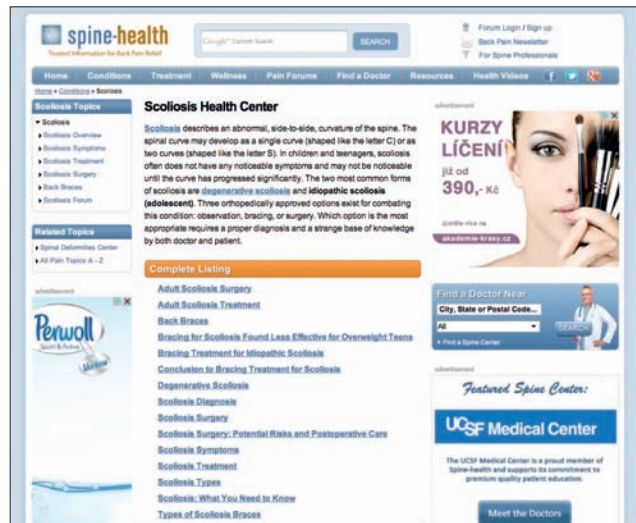
www.scoliosisjournal.com

Jak již napovídá samotný název stránek, představujeme internetový portál časopisu obsahujícího aktuální články na téma skolióza. Mnoho textů je volně přístupných a ani není nutná registrace. V seznamu článků se lze pohodlně orientovat díky preciznímu vyhledávači. Mezi nejnavštěvovanější texty patří třeba ty, které se věnují komplikacím operační léčby skoliózy, ortopedickému a rehabilitačnímu způsobu léčby idiopatické skoliózy během růstu či indikacím konzervativní léčby skoliózy.

Spine Health: Scoliosis

www.spine-health.com/conditions/scoliosis

Sekce o skolióze na internetových stránkách věnovaných problema-



tické onemocnění páteře. Vyjma základních informací o klinických příznacích skoliózy, diagnostických a léčebných postupech jsou k dispozici i názorné edukační videosekvence.

Skolio.cz

www.skolio.cz

Jeden z českých webů, které se věnují problematice skoliózy. Za vznikem stránek stojí tým lékařů

Karvinské hornické nemocnice. Obsahují informace o historických souvislostech onemocnění, dále popis anatomických poměrů normální páteře, přehled typů skoliózy a konzervativních i operačních terapeutických postupů. Součástí tohoto portálu jsou rovněž praktické rady pro rodiče dětí se skoliózou.

MUDr. Michal Peříšek



MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

číslo 15/2013

Séfredaktorka

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

Redakce

Petra Klusáková, DiS. (Z domova)
tel. 225 276 388, e-mail: kluskova@mf.cz
Filip Kút Citores, DiS (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 (Představujeme)
tel. 225 276 436, e-mail: cermak@mf.cz
PhDr. Jana Jilková (Ze společnosti, rozhovory)
tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mf.cz
PaedDr. Jaroslava Sladká (Lékařské listy)
tel. 225 276 162, e-mail: sladka@mf.cz
MUDr. Andrea Skálová (Lékařské listy)
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz

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

Editor/korektor
Mgr. Martin Cermák

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

Redakční rada Lékařských listů ZDN
prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA
prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
MUDr. Ivan David, CSc.
doc. MUDr. Petr Hach, CSc.
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.
prof. MUDr. Miloslav Kršňák, DrSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. Ing. Rudolf Poledník, CSc.
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
prof. MUDr. Ivan Šterzl, CSc.
prof. MUDr. Marek Tměný, 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 Decastelo

art director
Petr Honzák

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

ředitel divize Medical Services
MUDr. Martin Hofman

MARKETING
ředitelka marketingu Hana Holková
brand manager Kristýna Dytřichová

DISTRIBUCE A VÝROBA
ředitelka distribuce a výroby
Soňa Starhová

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

výroba Monika Šnaidrová,
Renáta Cermáková, Michaela Mrázová

Vydává MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o.,
sídlo: Zátkovo nábř. 448/7, České Budějovice 1,
370 01 České Budějovice, IČ: 01847082

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

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

Objednávky do zahraničí:
Mediaservis, s. r. o., zákaznické centrum,
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@abompkapa.sk

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

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

Tisk EUROPRIINT a. s.
Číslo dáno do tisku 25. 7. 2013

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

© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2013
Evidenční číslo MK ČR: E 20524
ISSN 1805-2355

PERSONÁLNÍ INZERCE

Výběrová řízení

Primář/ka patologie

NEMOCNICE KYJOV, P. O., vypisuje výběrové řízení na pozici:

■ Primář/ka patologie

Požadujeme:

- specializovanou způsobilost v oboru patologie (včetně dokladů o dosaženém vzdělání, eventuálně osvědčení MZ ČR dle zákona č. 95/2004 Sb.),
- členství v ČLK s platnou licenci vedoucího lékaře,
- minimálně 10 let praxe v oboru,
- trestní bezúhonnost doloženou výpisem z trestního rejstříku ne starším než 90 dnů,
- doklad o zdravotní způsobilosti,
- stručný životopis s přehledem dosavadní praxe,
- zaslání přihlášky do výběrového řízení včetně úředně ověřených kopií požadovaných dokladů.

Přihlášky do VŘ zasílejte do 30. 8. 2013 na adresu: Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace, sekretariát, Strážovská 1247, 697 33 Kyjov.

ZDN M131000155

Volná místa

Více pozic

NEMOCNICE TÁBOR, A. S., přijme do pracovního poměru lékaře pro oddělení:

■ Interní - kardiologie

(primář: rostislav.kral@nemta.cz)

■ Interní - gastroenterologie

(primář: ladislav.douda@nema.cz)

■ Neurologie

(primář: alexandr.orel@nemta.cz)

■ Radiologie

(primář: gabor.gyure@nemta.cz; specializace nebo zařazení v oboru vítáno, akceptujeme absolventy)

■ Gynekologie

(primář: jiri.holub@nemta.cz; specializovaná způsobilost nebo příprava před dokončením)

■ Patologie

(primář: josef.kult@nemta.cz; specializovaná způsobilost v oboru, pozice zástupce primáře)

Nabízíme:

- mzdové ohodnocení podle stupně vzdělání a praxe,
- zázemí stabilní společnosti,
- základních 5 týdnů dovolené,
- příspěvek na stravování,
- nástup ihned, případně dle domluvy.

Více informací o Nemocnici Tábor, a. s.: www.nemta.cz

Kontakt na personální oddělení: Iva Glatzová (vedoucí), tel.: 381 608 210, e-mail: iva.glatzova@nemta.cz

ZDN M131000125

Primář/ka

ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ NEMOCNICE KRKONOŠE, S. R. O., VE VRCHLABÍ přijme:

■ Primáře na interní oddělení

Nabízíme:

- nadstandardní mzdu,
- byt 120 m² k dispozici při nástupu,
- nástup od 1. 10. 2013.

Požadujeme:

- VŠ vzdělání, I. a II. atestací,
- praxi,
- odbornou a řídicí schopnosti.

Kontakt:

tel.: 499 502 304, e-mail: srnka@nemocnice.vrchlabi.cz

ZDN M131000159

Lékař genetik/genetička

ÚSTAV PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ PRAHA 4 - PODOLÍ přijme genetika/genetičku.

Požadujeme:

- vysokoškolské vzdělání příslušného směru,
- životopis s přehledem profesní praxe,
- praxe v prenatalní diagnostice vítána.

Nabízíme:

- práci ve špičkovém zdravotnickém zařízení,
- možnost odborného a vědeckého rozvoje,
- sociální výhody,
- byt 2+kk,
- úvazek 0,5-1,0,

Nástup možný ihned.

Písemné nabídky zasílejte na adresu: Ústav pro péči o matku a dítě, sekretariát ředitele, Podolské nábřeží 157, 147 00 Praha 4, e-mail: sekretariat@upmd.cz

ZDN A131009956

Patolog/patoložka

NEMOCNICE KYJOV, P. O., přijme lékaře/lékařku na patologii

Požadujeme:

- ukončené VŠ vzdělání v oboru,
- specializovaná způsobilost v oboru patologie vítána,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění.

Nabízíme:

- PP na dobu neurčitou,
- dobré pracovní podmínky,
- odpovídající finanční ohodnocení,
- možnost dalšího vzdělávání,
- příspěvek na penzijní připojištění,
- ubytování,
- parkování v areálu nemocnice.

Nástup možný ihned.

Bližší informace:

MUDr. Blažek, tel.: 606 310 312, e-mail: blazek@nemkyj.cz

V případě zájmu zašlete svůj profesní životopis na adresu: Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace, sekretariát, Strážovská 1247, 697 33 Kyjov, e-mail: sekretariat@nemkyj.cz

ZDN M131000155

Rehabilitační lékař/ka

NĚSTÁTNÍ NEMOCNICE NÁSLEDNÉ PÉČE V PRAZE 6 hledá pro spolupráci na 20 lůžkách RHB lékaře s osvědčením o specializované způsobilosti v oboru rehabilitační a fyzikální medicína - konziliární činnost v rozsahu 8 hodin týdně.

Nabízíme:

- smluvní platové podmínky,
- 5 týdnů dovolené,
- zavodní stravování.

Nástup možný dle dohody.

Svůj krátký životopis zašlete na e-mail: zdenek.moravek@ldn-bubenec.cz
Více informací: tel.: 777 253 940.

ZDN M131009993

Zástup

ORDINACE PLDD hledá zástup na 1-2 dny v týdnu.

Vhodné pro kolegyně na MD (event. pozdější odkup) nebo seniory (pro přilepšení k důchodu a radost z práce).

Kontakt: tel.: 602 884 240.

ZDN M131000069

Lékař/ka LDN

NEMOCNICE VALTICE, S. R. O., hledá lékaře na oddělení LDN.

Nabízíme:

- výhodné platové podmínky,
- ubytování zajištěno.

Více informací:

tel.: 519 363 120, 606 152 400

V případě zájmu zašlete svůj životopis na e-mail: nemvalt@nemvalt.cz

ZDN M131000165

Lékař/ka LDN

NEMOCNICE POČÁTKY, S. R. O., hledá lékaře na oddělení LDN.

Nabízíme:

- výhodné platové podmínky,
- ubytování zajištěno.

Více informací:

tel.: 565 301 376, 606 803 536.

V případě zájmu zašlete svůj životopis na e-mail: ldn-pocatky@ldn-pocatky.cz

ZDN M131000171

Chirurg

DEJVIČKÁ ZDRAVOTNÍ - CHIRURGIE přijme lékaře-chirurga na plný nebo částečný úvazek pro práci na chirurgické spádové ambulanci.

Nástup možný ihned.

V případě zájmu volejte na tel.: 724 156 832.

ZDN M131000168

Praktický lékař/ka

PŘELOUČSKÁ POLIKLINIKA, A. S., přijme praktického lékaře pro dospělá (možno i bez atestace, 2 roky praxe).

Nástup ihned.

Výhodné platové podmínky.

Bližší informace: e-mail: info@prelouckapoliklinika.cz, tel.: 777 900 901 (vedoucí lékař).

ZDN A131008248

Lékaři/lékařky - Německo

KLINIKA V SASKU přijme lékaře s atestací pro obory interní lékařství, gynekologie a porodnictví a lékaře před atestací v oboru obecná - viscerální chirurgie.

Nabízíme:

- výhodné platové podmínky,
- blízkost ČR.

Více informací: MUDr. Jan Farda, tel.: 737 077 247, e-mail: jan.farda@brainhunters.net

ZDN A131010041

Diabetolog, endokrinolog

POLIKLINIKA I. P. PAVLOVA, S. R. O., hledá kvalifikovaného:

- Diabetologa/internistu
- Endokrinologa

Nástup možný dle dohody.

Kontakt: tel.: 736 109 910, e-mail: smidova@poliklinikaippavlova.cz

ZDN M131000146

Nutriční terapeut/ka

OB KLINIKA, A. S., přijme do svého týmu nutričního terapeuta.

Požadujeme:

- odpovídající vzdělání,
- zájem o obor,
- znalost anglického jazyka,
- aktivní a pozitivní přístup.

Nabízíme:

- příjemné pracovní prostředí,
- odpovídající platové ohodnocení.

Kontakt:

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

ZDN M131000162

Ergoterapeut/ka

PSYCHIATRICKÁ NEMOCNICE V OPAVĚ přijme do pracovního poměru poměru ergoterapeuta s odbornou způsobilostí dle zákona č.96/2004 Sb.

Požadujeme registraci pro práci bez odborného dohledu.

Kontakt: tel.: 606 722 758.

ZDN A131010315

Ostatní

Pronájem oddělení

ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ NEMOCNICE KRKONOŠE, S. R. O., VE VRCHLABÍ pronajme k dlouhodobému provozování rtg oddělení v nemocnici ve Vrchlabí.

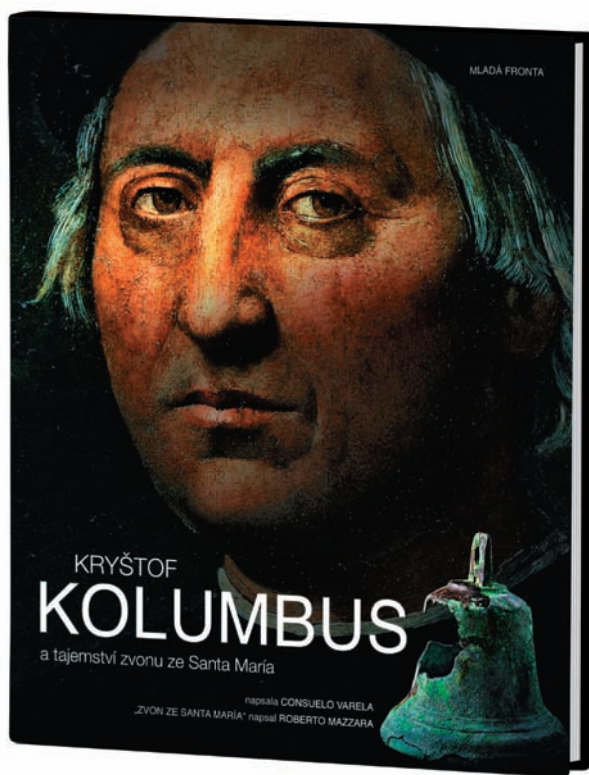
Podmínkou pronájmu je provádění CT vyšetření.

Kontakt: tel.: 499 502 352 (sekretariát - p. Fleglová).

ZDN M131000174

Předplatte si MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

a získejte krásnou knihu v hodnotě 699 Kč



Kryštof Kolumbus a tajemství zvonu ze Santa María

Unikátní publikace, obsahující stovky archivních materiálů i nově pořízených fotografií, sestavuje z mnoha dílků tajuplnou skládku života Kryštofa Kolumba. Kniha seznamuje čtenáře jak s výpravami, které Kolumbovi přinesly slávu, tak s těmi neúspěšnými - ztratil mnoho lodí, čelil uragánům a jeho vlastní námořníci mu několikrát usilovali o život. Co jedl, jak se oblékal, co četl a jak vypadala jeho domácnost? Proč se stal námořníkem? Pokoušel se o vzpouru proti vlastnímu králi a královně? Bránil pokatoličtění domorodců v Novém světě?

**Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 8. 9. 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 0813**. 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 0813**. 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 objednávkou dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech jim vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovávány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména, že poskytnutí údajů je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybnosti o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na **www.mf.cz**.

Mladá fronta a. s.
divize Medical Services

Váš
profesionální
partner

Každý lékař v ČR
čte minimálně jeden
z titulů Mladé fronty,
Medical Services

MEDICAL
SERVICES

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR