



ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



23/2013

ČTRNÁCTIDENÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

Toto číslo vyšlo 18. 11. 2013



ZAJÍMAVÉ PRACOVISŤE

Nahlédnout pod povrch
– tajemství výroby
nitroočních čoček

STRANA 24



PŘEDSTAVUJEME

doc. MUDr. Věru Vávrovou,
DrSc., průkopnici léčby
cystické fibrózy u nás

STRANA 28



Z HISTORIE

Sicilské mumie
ve světle moderní medicíny

STRANA 36



Lubomír Chudoba:
Nemůže pokračovat praxe,
kdy se VZP dohodne
s výrobcí za zavřenými
dveřmi.

(více na str. 5)

Foto: Martin Pinkas/Euro

Úhradová vyhláška 2014: Konec restrikce?

Nová úhradová vyhláška by měla ukončit restrikce aplikované předchozím vedením ministerstva – vyplývá to ze základních parametrů dokumentu, který minulý týden představil ministr zdravotnictví Martin Holcát. Poskytovatelé jsou však zatím stále spíše skeptičtí.

Úhradová vyhláška pro příští rok počítá s výdaji na zdravotnictví ve výši 235 miliard korun, což je v součtu přibližně o 10 miliard více než v tomto roce. Navýšení je dáno jednak růstem plateb za státní pojištěnce, které by mělo přinést zhruba 4,7 miliardy korun, jednak předpokládaným zvýšením výběru pojistného ve výši cca 6 miliard korun (říjnová predikce ministerstva financí).

Poskytovatelé péče si dle ministerstva oproti předchozímu roku polepší nejen díky většímu objemu peněz, které do systému poputují, ale také vzhledem k zohlednění nedávného nálezu Ústavního soudu, který mimo jiné káže omezit regulační mechanismy uplatňované zdravotními pojišťovna-

mi (viz str. 2 – „Změny v úhradové vyhlášce dle interpretace MZ“).

(Ne)dokonalá vyhláška

Nejvíce by si měly polepšit nemocnice, které v současnosti procházejí pravděpodobně nejhorší krizí financování. Akutní lůžková péče získá o 4,2 miliardy víc, ambulantní specialisté o 0,5 miliardy. Vyhláška není příliš vstřícná k praktickým lékařům a stomatologům, kteří si však podle ministra Holcáta mohou vyjednat lepší podmínky s pojišťovnami.

„Pro stabilizaci veřejného zdravotnictví jsme z mého pohledu udělali maximum. Došlo k navýšení plateb za státní pojištěnce poprvé po čtyřech letech. Zajistili jsme, aby toto navýšení platilo

již v posledních dvou měsících letošního roku. Vyjednáváme o bezúročném půjčce pro VZP, kde vláda zatím schválila 700 milionů korun. O dalších prostředcích ve výši 1 miliardy budeme ještě jednat. Za současné politické situace tyto kroky v průběhu několika málo měsíců skutečně považují za maximum možného,“ upozornil Martin Holcát.

Podle svých slov si je vědom toho, že nelze vyhovět všem a že možná bude kvůli vyhlášce „pranířován“. „Pro uspokojení všech bychom potřebovali dalších více než 50 miliard korun. To je pochopitelně suma zcela nereálná. I proto je úhradová vyhláška pro příští rok výsledkem kompromisu.

(pokračování na straně 2)

Inzerce M131000135

110 let zkušenosti v originálním výzkumu, vývoji a výrobě léků

Od roku 1901

Farmaceutická společnost s globální působností

Moderní léčba ve více než 100 zemích

Kvalitní terapie po generace

 RICHTER GEDEON

Úhradová vyhláška 2014: Konec restrikce?

(pokračování ze str. 1)

Mohu ovšem s čistým svědomím prohlásit, že oproti restriktivnímu roku 2013 si polepší všechny segmenty zdravotnictví,“ konstatoval ministr zdravotnictví (více viz tabulka „Odhad růstu nákladů na jednotlivé segmenty v roce 2014“).

Ohlas a kritika

Ministrův předpoklad se naplnil krátce po zveřejnění základních parametrů. Kritika oznámených parametrů vyhlášky se dostavila, přestože poskytovatelé péče zatím neměli možnost prostudovat kompletní dokument. Podle Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN) je uvedené navýšení nedostatečné a nevyřeší problémy zadlužených nemocnic. Výkonný ředitel AČMN Stanislav Fiala tvrdí, že jen navýšení DPH připravilo nemocnice o 12 miliard a o stejnou částku prý nemocnice přišly kvůli stávající úhradové vyhlášce.

Prezident České lékařské komory (ČLK) Milan Kubek kritikou také nešetří. Podle něj úhradová vyhláška pro příští rok nerespektuje usnesení Ústavního soudu, přestože k tomu soud ministerstvo vyzval. „Pokud žijeme v právním státě, pak rozhodnutí Ústav-

ního soudu platí a ten jasně říká, že vyhláška pro rok 2014 musí odpovídat jeho rozhodnutí, tedy nepřipadají v úvahu ony plošné regulace. Pokud občané mají ze zákona nárok na zdravotní péči a lékaři jim ji *lege artis* poskytují, pak jsou zdravotní pojišťovny povinny tuto zdravotní péči platit. Není možné, aby čím více lékař pracuje, je úspěšnější a má složitější pacienty, tím více byla jeho jednotková cena práce nižší,“ řekl prezident ČLK v Radiožurnálu s tím, že uvedené téma hodlá otevřít na chystaném sjezdu komory.

Pochvala se dostavila pouze od Všeobecné zdravotní pojišťovny. Úhradovou vyhlášku pro rok 2014, kterou představilo ministerstvo zdravotnictví, VZP považuje za velmi zodpovědně zpracovanou. „Ministr zdravotnictví se svým tmem udělal velký krok směrem k odstranění historické nerovnováhy v rámci celého úhradového systému, a to jak směrem k poskytovatelům, tak i k plátcům,“ uvedl v prohlášení mluvčí VZP Oldřich Tichý.

Nereálné odhady

Avšak ani zdravotní pojišťovny nepřijaly zveřejněné parametry bez výhrad. Je zde totiž patrný

rozpor v predikci ministerstva financí ohledně výše výběru pojistného a v odhadech VZP i Svazu zdravotních pojišťoven ČR (SZP). „Po rychlé analýze, kterou jsme si provedli, se s ministerstvem zdravotnictví neshodujeme pouze v očekávaném růstu výběru pojistného, ve kterém jsme již tradičně pesimističtější, a to o cca 2,5 miliardy korun. Jsme přesvědčeni, že řešením může být například snížení hodnoty dolního risk koridoru o cca 5 procentních bodů. Je třeba zdůraznit, že pokud by se potvrdil náš předpoklad nižšího růstu výběru pojistného, bude VZP v příštím roce opět hospodařit s negativním saldem, a to ve výši cca 2,8 miliardy. Po započtení propadu z předchozích období tak hrozí deficit necelých pět miliard,“ varoval mluvčí Tichý, podle kterého lze tuto situaci řešit například dalším navýšením platby za státní pojištění, odkupem pohledávek či dalším snížením výdajů celého systému.

Opakovaný kolaps?

Mnohem tvrději se vůči vyhlášce vymezil SZP, který kritizoval nejen nadhodnocené predikce, ale relativizoval interpretaci ministerstva zdravotnictví poněkud komplexněji. „Klíčovým problé-

mem úhradové vyhlášky je jak nereálná bilance zdrojů, tak i nárůst v segmentu lůžkové péče, který dokonce může významně překročit i deklarovaný záměr, a to až o 14%. Toto navýšování se navíc děje jednoznačně na úkor ambulantní sféry. Není pravdou, že na základě tohoto návrhu dojde ke sblížení základní sazby u nemocnic, pouze některým zařízením budou základní sazby stoupat nepřiměřeně vysoko a jiným nemocnicím naopak klesat. Z pohledu zaměstnavatelů zdravotních pojišťoven se jedná o významně vyšší celkový nárůst úhrad zdravotních služeb, než jsou reálné možnosti,“ upozorňuje SZP ve svém prohlášení. Podle svazu je návrh vyhlášky „opět složitější než v minulých letech“ a navíc prý pracuje s řadou neověřitelných koeficientů. „Především úhrada za akutní lůžkovou péči, jež by měla být hrazena platbou za případ, nevychází z podkladů zpracovaných Národním referenčním centrem, které je pověřeno kultivací toho-



Martin Holcát. | Foto: Leoš Chodura

to systému, a to za účasti jak zdravotních pojišťoven, tak i zástupců poskytovatelů zdravotních služeb a ministerstva zdravotnictví. Rovněž použité koeficienty nárůstu počtu pojištěnců u jednotlivých pojišťoven neodpovídají skutečnosti,“ tvrdí pojišťovny, jež se obávají opětovného deficitu a opakování dnešních problémů na konci příštího roku.

Filip Kút Citores

Odhad růstu nákladů na jednotlivé segmenty v roce 2014

Segment	2014/2012	2014/2013
Náklady na zdravotní služby celkem	103,5%	106,0%
na zdravotní péči v oboru zubní lékařství (odbornosti 014–015, 019)	101,2%	102,8%
na zdravotní péči v oboru všeobecné praktické lékařství a praktické lékařství pro děti a dorost (odbornosti 001, 002)	101,0%	99,9%
na zdravotní péči v oboru gynekologie a porodnictví (odbornosti 603, 604)	101,1%	100,6%
na léčebně rehabilitační péči (odbornost 902)	101,6%	102,1%
na diagnostickou péči (odbornosti 222, 801–805, 806, 807, 808, 809, 812–823)	101,2%	101,0%
na domácí péči (odbornost 925, 911, 914, 916 a 921)	105,0%	104,0%
na specializovanou ambulantní péči (odbornosti neuvedené v ř. 1.1–1.6 a neuvedené v řádku 2)	100,9%	101,4%
samostatní poskytovatelé lůžkové, ambulantní a jednodenní péče (nemocnice)	106,2%	108,2%
– v tom akutní lůžková péče	110,1%	113,8%
– v tom následná lůžková péče	104,9%	105,9%
samostatní poskytovatelé lůžkové následné péče OD 00021, OD 00022, OD 00023, OD 00025, OD 00026, OD 00027, OD 00028 (odborné léčebné ústavy s výjimkou PZS uvedených v řádku 2.3 a 2.4), OD 00029	106,3%	111,9%
samostatní poskytovatelé zdravotních služeb vykazující kód ošetřovacího dne 00024 (léčebny dlouhodobě nemocných)	104,5%	113,5%
samostatní poskytovatelé zdravotních služeb vykazující kód ošetřovacího dne 00005 (ošetřovatelská lůžka)	104,1%	102,6%
lůžka ve speciálních lůžkových zařízeních hospicového typu (OD 00030)	104,0%	100,8%
na lázeňskou léčebně rehabilitační péči	73,1%	125,0%
na zdravotnickou záchrannou službu (odbornost 709, zdravotnická zařízení nevyskytující žádný kód ošetřovacího dne)	107,8%	101,5%

Změny v úhradové vyhlášce dle MZ

Růst v jednotlivých segmentech

- Významná pomoc segmentům, kde jsou finanční problémy (lázně, dětská psychiatrie, nemocnice – akutní lůžková péče).
- Sjednocování základních sazeb mezi pojišťovnami – nastavení rovných pravidel pro pojišťovny.
- Respektování dohody v segmentech, kde dohoda nastala (praktičtí lékaři a gynekologové).

Zohlednění nálezu ústavního soudu

- Ústavní soud nezakázal regulaci, pouze se vymezil proti stávajícímu provedení.
- Transparentnost a předvídatelnost – zdravotní pojišťovna nebude moci uplatnit regulaci, jestliže předem nezveřejní veškeré potřebné parametry.
- Hodnota bodu vždy nad úrovní nákladů – hodnota bodu nebude skokově padat při překročení regulace, ale bude se velmi pozvolna snižovat.
- Slabší regulace preskripce léků a vyžádané péče – nově bude re-

gulace plynulá, poskytovatel nenarazí nad určitou úroveň na pevný strop, se zvyšujícím se počtem pacientů bude regulace navíc proporcionálně růst.

- V případě prokazatelného poskytnutí neodkladné péče se regulace neuplatní.
- Úhradová vyhláška již nebude řešit vztah pojišťovny s nesmluvním zařízením, jelikož úhradová vyhláška se má z definice zabývat pouze případy, kdy má zařízení smlouvu s pojišťovnou.

Nemocnice

- V oblasti akutní lůžkové péče stále udržován princip platby za produkci a užívání mechanismu DRG.
- Zjednodušení mechanismu úhrad nemocnicím – snížení segmentace a tím roztříštěnosti úhrad.
- Zjednodušení výpočtu úhrady.
- Sjednocení úhrad za ambulantní péči v nemocnicích a mimo nemocnice.
- Sjednocení základní sazby pro jednotlivé pojišťovny v každé nemocnici.

(Zdroj: MZ ČR)

Ministr se nezavděčí

Na vyhlášku pro rok 2014 se s láskou vzpomínat nebude. Deset miliard to nezachrání.

Pokud si chtěl ministr zdravotnictví v demisi vysloužit ostruhy tím, že svou první a nejspíš i poslední úhradovou vyhláškou zklidní situaci ve zdravotnictví, tak se mu to zrovna dvakrát nepovedlo. Naopak vyvolal vlnu bouřlivých reakcí, debat o ústavnosti a právním státu a zanícených diskusí, z nichž asi nejbizarnější plane mezi Svazem zdravotních pojišťoven a ministerstvem o to, zda je úhradová vyhláška na příští rok složitější, nebo naopak jednodušší než ta letošní.

Rozhodnutí v tomto sporu nechť učiní ti, kteří si libují v krásách početních vzorců. Úhradová vyhláška v sobě totiž nese řadu vážnějších zádrhelů. Samotný fakt, že v úhrnu je vůči zdravotnickému systému o 10 miliard (pět jistých a pět nejistých)

štědřejší, tyto zádrhly nepřekryje.

A kdo bude provádět rutinu?

Jako u každé dosavadní úhradové vyhlášky vyvolává vášně rozdělení peněz mezi segmenty péče. Že si nejvíce pomohou nemocnice, se v zásadě čekalo, ale způsob, jímž k tomu očekávanému kroku tým Martina Holcáta přistoupil, přece jen překvapil. Výrazná podpora náročné specializované péče je jistě bohužel, ale nelze se ubránit dojmu, že to ministerstvo poněkud přehnal.

Koeficient specializace je nástroj, který sice oceňuje náročnou péči, ale rutinní nemocniční úkony činí nerentabilními, a pla-



Martin Čaban

tí-li výpočty AČMN, pak dokonce vyloženě ztrátovými. Přitom je však jasné, že i rutinní úkony by ve fungujícím systému někdo měl provádět, neboť ne všichni pacienti potřebují rovnou transplantaci.

Co udělají nemocnice, jimž se jednoduché operace nevyplatí, ovšem na složitě nemají vybavení? Některé zkrachují, u ostatních dojde k posunům motivace a způsobu práce dosud ne zcela jasným směrem.

Za hranicí dobrého vkusu

Ministr Holcát navíc tímto svým přístupem podtrhl nešvar, který si s sebou nesly všechny úhra-

dové vyhlášky, ale nebylo to tak nápadné na první pohled. Zcela zjevně, ba bezostyšně, totiž prostřednictvím koeficientu specializace pumpuje peníze do fakultních nemocnic, jichž je zároveň zřizovatelem. A odhlédněme od toho, že je navíc sám bývalým náměstkem z Motola, kam se nepochybně ze své vládní štace zase vrátí.

Není nutné být paranoidní, aby z toho jako sláma z bot čouhal střet zájmů. Princip by velel, že kdo rozhoduje o tom, kolik se bude platit za péči, neměl by být zároveň zřizovatelem zdravotnického zařízení. Tolik okénko do ideálního světa. Když už se musíme pohybovat v jiném, dobrý vkus by velel nestavět tuto mocenskou výhodu ministerstva na odív.

Mytí rukou nad nesmluvními vztahy

Připočteme-li komplikace, které ve stavbě dokumentu nadělal Ústavní soud svým nedávným verdiktem, je jasné, že na vyhlášku pro rok 2014 se nebude vzpomínat s velkou láskou.

Velmi zajímavé situace nastanou kupříkladu kvůli právnímu vakuu, jež vzniklo kolem neodkladné péče v nesmluvních zdravotnických zařízeních. Ústavní soud rozhodl, že snížená úhrada za takovou péči je neústavní, a ministerstvo si nad problémem umylo ruce s tím, že vyhláška má beztak řešit smluvní, nikoli nesmluvní vztahy, a v nové vyhlášce už se proto o péči v nesmluvních zařízeních nepíše nic.

Nezapomeňme však, že zákonná povinnost poskytnout akutní péči nesmluvnímu klientovi nikam neodešla, zmizela jen zmínka o úhradě. Co to bude přesně znamenat, teprve uvidíme, ale hezká podívaná to zřejmě nebude.

Inzerce M131000077

Nemocnice



Ambulance



MEDICAL NET

Communication System

Radiologie



Laboratoř



Lázně



Stomatologie



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

Synchronizing Healthcare



CompuGroup
Medical

Lékařnická komora žádá změny ve financování lékárenské péče

Hlavním tématem XXIII. sjezdu České lékařnické komory (ČLnK), který proběhl ve dnech 8. a 9. listopadu v Jihlavě, byla problematika budoucího financování lékárenské péče v době rostoucího tlaku na snižování ceny léčiv a za současné potřeby zavádění nových technologií.

Lékařny jakožto neoddelitelná součást zdravotnictví procházejí stejně jako ostatní zdravotnická zařízení problémy spojenými s krizí financování celého systému. Delegáti sjezdu v této souvislosti vyjádřili znepokojení nad kritickou ekonomickou situací lé-

káren, ke které prý došlo po masivním snižování maximálních cen a úhrad léků v průběhu roku 2013. Dalším identifikovaným problémem byla snižující se dostupnost léků pro české pacienty vlivem reexportů a „chaotickým“ rozložením sítě lékáren s nepří-

měřeným zahuštěním ve větších městech.

„Na jedné straně jsou na lékařny kladeny stále vyšší finanční nároky v důsledku zdražování některých vstupů a povinností zavádět nové technologie, na straně druhé se začínají především menší lékařny, zajišťující dostatečnou hustotu sítě v periferních a venkovských oblastech, potýkat s výraznými finančními problémy,“ popsala situaci lékáren ČLnK.

Chce to změnu

Podle delegátů by se měl kompletně změnit způsob financování lékárenské péče tak, aby se omezila závislost příjmu lékařů na ceně vydávaných léčiv. Cesta ze svízelné situace prý vede jen přes změnu legislativy. Jak uvedl prezident ČLnK Lubomír Chudoba, komora se bude snažit své návrhy předložit co nejdříve.

„Podstatou těchto změn by mělo být zavedení možnosti zápisu vývozu léků, jejichž dostupnost pro české pacienty je výrazně omezena. Delegáti sjezdu vyjádřili v diskusi připravenost ČLnK



ilustrační foto: Shutterstock

k přípravě nového systému odměňování lékárenské péče a legislativních změn vedoucích k potlačení reexportů léčiv,“ upřesnil mluvčí ČLnK Aleš Krebs. Sjezd také schválil dokument formulující priority ČLnK pro následující čtyři roky a usnesením uložil představenstvu komory jejich prosazování (viz rámeček na str. 5).

Ne registračním pokladnám

Sjezd ve svém usnesení odmítl i jeden z možných bodů budoucího programového prohlášení vlády – zavedení registračních pokladen. Od tohoto nástroje si vítězná ČSSD slibuje lepší výběr daní, dle

názoru delegátů by ovšem neměl být aplikován v lékárnách.

Podle Lubomíra Chudoby je zavedení registračních pokladen v lékárnách nejen nadbytečné, ale náklady s nimi spojené by zhoršily už tak špatnou ekonomickou situaci především těch nejmenších provozoven. „My nemůžeme vydat jednotlivé balení léků bez toho, aby prošlo naším výpočetním systémem. Jsme schopni jednoznačně prokázat veškeré příjmy i výdaje lékařů. Není proto potřeba uvažovat o zbytečných vícenákladech,“ zdůvodnil usnesení komory pro ČTK Lubomír Chudoba.

(fkc)

Lékařníci mají staronového viceprezidenta

Jedním z hlavních bodů jednání byla volba viceprezidenta komory, kterým byl zvolen vedoucí lékařník IKEM Mgr. Michal Hojný.

Michal Hojný je členem představenstva ČLnK do roku 2003, výraznou měrou se podílí na odborných aktivitách lékařníků, zejména v oblasti celoživotního a specializačního vzdělávání. Stejně tak se dlouhodobě věnuje prosazování odborných činností v lékárnách a přednáškové činnosti na zdravotnických fórech a v Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví. Funkci viceprezidenta vykonával již v letech



Foto: lékařnický

2007–2011. Současný mandát platí do listopadu 2015.

(Zdroj: ČLnK)

Jsmo připraveni převzít další kompetence

Zatímco Česká republika s napětím očekává výsledek povolebních vyjednávání a programové prohlášení budoucí vlády, lékařníci mají po sjezdu ve svých prioritách jasno. A právě na ně jsme se zeptali prezidenta ČLnK PharmDr. Lubomíra Chudoby.

Pane prezidente, je po volbách do poslanecké sněmovny a začíná se pomalu rýsovat budoucí koaliční vláda. Které programové závazky stran pravděpodobně budoucí vládní koalice (ČSSD, ANO 2011, KDU-ČSL) považujete z pohledu lékařníků za nejproblematičtější?

Ucelená představa budoucí koalice zatím není dostupná. Doufám ale, že převáží úsilí řešit problémy racionálně, s využitím zahra-

ničních zkušeností. U léků jsou rostoucím problémem výpadky, často způsobené jejich reexportem v důsledku nízké ceny. A jsou-li v lékové oblasti neúčelně vynakládány peníze, pak především kvůli slabé podpoře preventivních opatření a nízké compliance části pacientů, která nevede k řádnému užívání a správným kombinacím léků. Tyto nežádoucí jevy mohou lékařníci a kliničtí farmaceuti výrazně pomoci

eliminovat, uvítali bychom však podporu nejen ministra, ale i zdravotních pojišťoven. Výhledově jsme také připraveni převzít další kompetence v odborné péči o pacienta včetně screeningu některých onemocnění.

Máte již v těchto bodech představu nějakých alternativních řešení, se kterou byste mohli seznámit budoucího ministra/ministryni zdravotnictví?

S našimi záměry, podloženými zahraničními zkušenostmi, nového ministra podrobněji seznámíme. Jsou vyjádřeny v „Prioritách České lékařnické komory pro období 2014 – 2017“ (viz rámeček na str. 5).

Jaké programové body těchto stran byste naopak podpořili?

K programovým bodům koalice se budu moci vyjádřit až poté, co budou zveřejněny.

Programové prohlášení potenciální koaliční vlády samozřejmě není k dispozici, ale narážím spíše na již známý programový průnik. Jistě máte představu o tom, co z programových bodů jednotlivých stran byste spíše odmítali a co naopak přivítali...

Hodnotit bych v tuto chvíli opravdu nechtěl, byt mi asi nejsympatičtější bylo vyjádření KDU-ČSL ohledně sjednocení předvídatelných doplatků a přehodnocení výše spoluúčasti – snad jsem před volbami jejich záměr zachytil dobře. Ve svých volebních programech se strany vyjadřovaly

zkratkovitě a nejdůležitější stejně budou priority, na kterých se musí koalice teprve shodnout.

V uplynulém období byl alespoň mediálně poměrně hodně viditelný váš spor s provozovateli lékáren, kteří ve snaze získat konkurenční výhodu kompenzovali pomocí bonusů svým klientům regulační poplatky. Jakým způsobem chcete v tomto sporu pokračovat?

Ano, budeme pokračovat v legislativním úsilí, které by mělo i v České republice nastolit stav obvyklý ve všech zemích EU, to jest zákaz ne/finančních plnění v souvislosti s výdejem léků na recept hrazených z veřejného zdravotního pojištění.

Pokud by došlo ke zrušení či omezení regulačních poplatků v lékárnách, jakou formu kompenzace tohoto výpadku byste po státu požadovali?

Kompenzaci požadujeme stejně jako lékaři, pro nás ve formě dispenzačního poplatku za výdej léku na lékařský předpis, který by měl být hrazen zdravotní pojišťovnou.

Mezi svými prioritami pro období 2014–2017 zmiňujete i podporu pozitivním listům zdravotních pojišťoven za předpokladu pozitivní motivace lékárníků. Co si pod tím máme představit?

Respektování názorů odborných společností a pozitivní motivace lékařů a lékárníků je nepodrobnitelným minimem případ-

né spolupráce se zdravotními pojišťovnami. Stejně se k tématu pozitivních listů přistupuje ve vyspělých zemích. A není také udržitelné, aby pokračovala dosavadní praxe VZP, která se s jednotlivým výrobcem za zavřenými dveřmi „dohodne“ a nikdo neví, jakou protislužbu výrobci přislíbila. Pozitivní motivaci lékáren jsme pojišťovně navrhovali od počátku. Buď ve formě přímé, to jest poplatku při výdeji léku z pozitivního listu zdravotní pojišťovny, nebo nepřímé, což je například honorování preventivních a screeningových programů v gesci lékáren.

Další jmenovanou prioritou ČLnK je i úprava současné lékárenské sítě. Jaké nedostatky má ta současná a jak by ji podle vás bylo třeba optimalizovat? Současná síť je nevyvážená – ve městech naddimenzovaná a na protějšek je ohrožena dostupnost plnohodnotné lékárenské péče na venkově. Při zavedení například rakouského modelu demografických a geografických kritérií jsme připraveni pomoci zabezpečit pohotovostní služby lékáren v regionech.

V minulosti ČLnK opakovaně vyjádřila podporu rozvoje eHealth. Je nepochybné, že se elektronizací zdravotnictví bude zabývat i příští vláda. Předpokládá však, že se z vaší strany nejedná o bezpodmínečnou podporu všech návrhů ministerstva...

Naše zásadní připomínky vždy

směřovaly k funkčnosti a financování systému eHealth. Za nezbytné považujeme sdílení informací o aktuálním lékovém profilu, samozřejmě se souhlasem pacienta. V této souvislosti jsem přesvědčen, že je nutné souběžně řešit tři témata související s eHealth – elektronickou preskripci, sdílení dat a padělky léčiv na třech úrovních (poskytovatelé, pojišťovny a pacienti). Budou-li jednotlivé části systému připravovány izolovaně, můžeme očekávat mnohem vyšší finanční zátěž včetně vzájemně těžko odhadnutelné kompatibility nejen v rámci Státního ústavu pro kontrolu léčiv, případně zdravotních pojišťoven, ale

především u samotných poskytovatelů, lékárny nevyjímaje.

V kapitole nazvané „Reklama a marketing“ požadujete zákaz marketingových aktivit u léků na lékařský předpis s výjimkou očkování. Mohl byste toto téma trochu rozvést a případně osvětlit vaše důvody?

K nutné novele zákona o regulaci reklamy jsem se vyjádřil již výše. K očkování bych snad doplnil, že zde je situace poněkud jiná – jedná se o preventivní opatření, které ve své podstatě směřuje k prevenci závažných chorob a epidemiemi s dosahem na značnou část populace. Pro-

to je zde možné uplatnit odlišný režim.

Chápu-li to tedy správně, „zákaz marketingových aktivit u léků na lékařský předpis“ by se měl týkat pouze současných aktivit lékárenských řetězců využívajících systém zmíněných bonusů?

Nejen řetězců, ale všech lékáren. V minulosti jsme se dále a opakovaně snažili například eliminovat většinou zavádějící informace na letáčích pro pacienty, kdy doplatek u vybraných léků byl srovnáván s imaginárním doplatkem „obvyklým či běžným“.

Filip Kút Cítores

Priority České lékárnické komory pro období 2014–2017

Posílení role pacienta a zajištění rovného přístupu k lékárenské péči:

- sjednocení doplatek na léky hrazené z veřejného zdravotního pojištění,
- zajištění 100% dostupnosti léčivých přípravků pro české pacienty cestou efektivních intervencí do re-exportu léčiv,
- léky, užívané převážně v nemocnicích nebo centrech, dostupné ve všech lékárnách a za stejných podmínek pro pacienty i v blízkosti jejich bydliště,
- převedení všech léků, které jsou v současné době vykazovány jako ZULP, a jsou určeny k ambulantnímu užití pacientem, do výdeje na recept,
- rozšíření sortimentu přípravků vydaných bez receptu převedením účinných a bezpečných přípravků dosud vázaných na recept.

Změna způsobu odměňování lékárníků:

- snížení závislosti odměny lékárníků na ceně léčivého přípravku,
- vícesložkový model odměny – ohodnocení lékárníka nejen za podíl na zajištění bezpečnosti a účelnosti farmakoterapie, ale i za minimalizaci nákladů pacientů a plátců,
- odměna za efektivní screening skrytých a dosud nediagnostikovaných onemocnění a řízení farmakoterapie chronicky nemocných pacientů,
- odměna za účast v programech prevence a podpory zdravého životního stylu,
- změna regulačního poplatku za recept na dispenzační poplatek za

výdej LP na lékařský předpis hrazeného zdravotní pojišťovnou v degresivní sazbě (mj. pro podporu existence venkovských lékáren),

- podpora pozitivním listům zdravotních pojišťoven za předpokladu respektování názorů odborných společností a pozitivní motivace lékárníků.

Pevná a vymahatelná demografická a geografická kritéria pro tvorbu lékárenské sítě:

- chaotická tvorba sítě zvyšuje fixní náklady, které nepřispívají k efektivitě této části poskytování zdravotní péče,
- nepřiměřené zahušťování sítě ve větších městech vede paradoxně v důsledku snahy o snižování nákladů ke zhoršené skladové dostupnosti některých léků a služeb, jako je příprava individuálně připravovaných léčivých přípravků (IPLP).

Podpora elektronického sdílení údajů (eHealth):

- ePreskripce receptů a poukazů v podobě, která bude přinášet benefit jak pacientům, tak poskytovatelům zdravotní péče,
- široká škála intervencí, integrovaná do systému úhrad a založená na osobním kontaktu nebo elektronickém sdílení údajů (eHealth), posílí vzájemný respekt a důvěryhodnost jednotlivých profesí, což dále podpoří spolupráci mezi zdravotnickými profesionály: lékárníky, ambulantními i nemocničními lékaři a dalšími zdravotníky.

Vzdělávání:

- celoživotní vzdělávání – zavádění

nových forem vzdělávání lékárníků s prioritou eLearningu a garantovaných kurzů ČLnK,

- specializační vzdělávání – novelizace zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, dle dohod zástupců jednotlivých specializačních oborů s cílem přiblížit požadavky specializačního vzdělávání bližší praxi.

Reklama a marketing:

- zákaz marketingových aktivit u léků s výdejem vázaným na lékařský předpis s výjimkou přípravků v zájmu ochrany veřejného zdraví (např. očkování) cestou změny zákona o regulaci reklamy.

Ekonomika:

- podpora snížení DPH na léky a zdravotnické prostředky hrazené z veřejného zdravotního pojištění,
- finanční stabilizace zdravotních pojišťoven zvýšením platby za státní pojištění,
- státem stanovená výše cílové spoluúčasti pacientů v ČR.

Česká lékárnická komora:

- nový zákon o České lékárnické komoře dle návrhu připraveného v roce 2011 s cílem moderní právní úpravy stavovské organizace,
- zachování principu povinného členství (eventuálně povinné registrace) pro farmaceuty poskytující lékárenskou péči ve zdravotnických zařízeních.

(Zdroj: ČLnK)



Foto: Leoš Chodura

Stomatologové chtějí část peněz určených nemocnicím

Česká stomatologická komora (ČSK) vyjádřila nespokojenost se způsobem, jakým chce ministr zdravotnictví Martin Holcát rozdělit peníze získané ze zvýšených odvodů na státní pojištění. Zubařům se nelíbí, že by všechny peníze měly směřovat do nemocnic, a hrozí protesty.

Podle ČSK ministerstvo zdravotnictví prohlubuje nerovnoměrnost rozdělování finančních prostředků z veřejného zdravotního pojištění v ČR. Zubaři se obávají, že ačkoli si v tomto a příštím roce zdravotnictví díky zvýšeným odvodům za státní pojištění získá navíc přibližně 5 miliard korun, stomatologové jakožto významní představitelé segmentu ambulantní péče z této částky nezískají nic.

„Z vyjádření ministra Holcáta, ze znění připravované úhradové vyhlášky i z jednání našich zástupců na ministerstvu zdravotnictví jednoznačně vyplývá, že prakticky celý tento nárůst má být určen pouze pro financování lůžkové, tedy ne-

mocniční péče. Čeští zubní lékaři s takto jednostranným sanováním potřeb nemocnic nesouhlasí, a vyžádali proto ministra, aby v úhradové vyhlášce nediskriminoval ambulantní sektor, který je rovněž dlouhodobě podfinancován,“ uvádí ČSK ve své zprávě.

Podhodnocená práce

Stomatologové v prohlášení upozorňují na dlouhodobé podhodnocení své práce a podobně jako ostatní ambulantní specialisté i zubaři jsou prý často nuceni pracovat „pod náklady“. „V případě zubních výplní a ošetření kořenových kanálků výše úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění nedosahuje ani 50 % pro-

kazatelných nákladů,“ tvrdí ČSK, podle níž by politici měli projevit více odvahy pro aplikaci opatření, která již komora v minulosti k řešení situace navrhovala.

„V době, kdy celý stát a zdravotnictví rovněž procházely obdobím škrtnů a úspor, jsme byli ochotni tuto situaci strpět a opakovaně jsme navrhovali alespoň částečné řešení – vyjmutí některých stomatologických výkonů z veřejného zdravotního pojištění. V předchozích letech politická reprezentace trpěla nedostatkem odvahy k tomuto řešení, stejně jako nedostatkem odvahy k navýšení plateb za tyto úkony alespoň na jejich ‚nákladovou cenu‘. Politici by si měli uvědomit, že nejde pouze o finanční situa-

ci zubních lékařů, ale především o kvalitu péče, kterou z prostředků veřejného zdravotního pojištění mohou občanům poskytnout,“ vyčetl politikům sněm ČSK.

Poslední varování

Podle ČSK již zubařům došla veškerá trpělivost. Obvykle smířlivá

stavovská organizace nyní hrozí vládě tvrdými protesty, přičemž chce postupovat společně s ostatními soukromými lékaři. „V okamžiku, kdy politická reprezentace začala přidávat do systému finanční prostředky a hodlá je rozdělovat absolutně nespravedlivě a jednostranně, už nebudeme dále mlčet. Spolu s dalšími soukromými lékaři, sdruženými v Koalici soukromých lékařů ČR, připravíme a v případě potřeby zrealizujeme takové protesty, které ministerstvu zdravotnictví i celé veřejnosti připomenou, jak významnou a nenahraditelnou součástí zdravotnického systému je ambulantní sektor,“ varovali zástupci zubařů.

(fkc)

Nevyléčitelně nemocní na okraji zájmu lékařů i politiků

Na nezáměr odborné společnosti upozornila na konferenci v Hospici Dobrého Pastýře v Čerčanech zakladatelka hospicové péče v ČR Marie Svatošová.

Statistiky potvrzují, že zatímco ročně přibude 60–70 tisíc pacientů s potřebou paliativní péče, reálně je v lůžkových hospicích péče poskytnuta pouze 4 % těchto pacientů. Domácí hospicová péče se dostane pouze 8 % umírajících. Podle Marie Svatošové tato čísla svědčí o tom, že v našem politickém prostředí neexistuje podpora péče o nevléčitelně nemocné.

Nesystémové financování

Problémem péče, poskytované v zásadních okamžicích lidského bytí, nadále zůstává její nesystémové a nedostatečné financování. Kvalitní péče vyžaduje zvýšené náklady na personál, kterého je v hospicích o polovinu více než v léčebnách dlouhodobě nemocných či v nemocnicích.

„Čerčanský hospic je ze 45 procent financován ze zdravotních pojištění, přibližně 15 procent jde z plateb od pacientů a zbývajících 40

procent financí závisí na darech a dotacích od soukromých osob, firem, městských a obecních úřadů, nadací a fondů. Vzhledem k tomu, že tento zdroj financování je nesystémový, tedy nepravidelný a nelze s ním trvale počítat, jsou provoz hospiců a poskytování kvalitní péče o nevléčitelně nemocné nejisté,“ uvedl ředitel Hospice Dobrého Pastýře Jiří Krejčí.

Zdravotně-sociální aspekty hospicové péče

Význam paliativní a hospicové péče byl patrný z kazuistik z hospicové praxe, na kterých zaměstnankyně Hospice Dobrého Pastýře (sestra, sociální pracovníce a psycholožka) dokládaly nezbytnost jednotlivých složek pomoci nevléčitelně nemocným lidem a jejich rodinám. „Nevyléčitelná nemoc postihující člena rodiny nepřináší jen nezměrnou bolest pro nemocného a jeho blízké, ale také řa-

du dalších, mnohdy existenčních problémů. Pokud se například nemocný partner není schopen fyzicky ani finančně starat o rodinu, péče o nemocného, děti a bydlení zůstává na druhém partnerovi,“ uvedla mluvčí hospice Věra Ziková.

Zatímco sestry a lékaři pomáhají nemocnému lépe snášet projev nemoci, sociální pracovníce poradí rodině jak postupovat, aby nezůstala bez pomoci a prostředků nezbytných pro zajištění péče o nemocného, ale i pro další fungování celé rodiny. Psycholog se snaží nemocnému i jednotlivým členům rodiny pomoci snášet bolest, kterou taková situace představuje. Z kazuistik podle Věry Zikové také vyplývá nutnost propojení mobilní hospicové péče s péčí poskytovanou v kamenném hospici v případě, že rodina není schopna pečovat o nemocného doma.

(red)

Stomatologů bude brzy konečně dostatek

Problém nedostatku zubních lékařů bude zřejmě v blízké době vyřešen. Díky vyššímu počtu zájemců o studium oboru stomatologie a také vyššímu počtu absolventů by podle prezidenta České stomatologické komory (ČSK) Pavla Chrze do tří až čtyř let měl být dostatek stomatologů i v okrajových regionech.

Podle Pavla Chrze je obrat způsoben nejen vyšším počtem přijatých studentů, ale došlo i k celkovému zlepšení vnímání oboru. „Velmi zajímavé je, že se na studium zubního lékařství dostávají uchazeči, kteří skončí na prvních místech v přijímacím řízení. Dříve chtěli hlavně na všeobecné lékařství, a kdo se nedostal, šel na zuby,“ uvedl prezident komory s tím, že už tři roky studenti chápou stomatologii jako obor s velkou perspektivou – vyšší než by měli jako lékaři v nemocnici.

Úroveň studentů je dobrá

Ze zvýšeného zájmu studentů o obor těží vysoké školy. Podle prezidenta ČSK to má navíc pozitivní dopad i na kvalitu absolventů. Na narůstající zájem uchazečů o studium stomatologie vysoké školy zareagovaly zvýšením látky pro přijímání. I přesto se podle prezidenta Chrze na tento obor hlásí dostatek studentů, a dokonce s velkým přebytkem. „Studenti jsou díky tomu kvalitní a ‚odpad‘ během studia není. Podle studie VŠE z roku 2007 měl být odpad na školách 30 procent, ale dnes jsou to v našem oboru jen 3 procenta. Komora si proto nechala zpracovat novou analýzu vývoje na 10 let, která bude hotová do konce listopadu,“ prozradil Pavel Chrz.

Lepší výchozí podmínky

ČSK přiznává, že zatím nedokáže říci, zda za pět let bude dostatek zubařů ve všech místech České republiky. „Pokud bude mladých lékařů přetlak, budou muset jít také do problémových oblastí, protože jinak by zůstali bez práce. Budou muset vzít za vděk i okrajovými regiony,“ uvedl prezident ČSK. Podle něj dnes v naší zemi nejsou vyloženě kritické oblasti, kde by se zubařů nedostávalo. „Nejhorší situace byla kupodivu ve Středočeském kraji,“ dodal.

Mladí dnes podle Pavla Chrze mají lepší startovací podmínky než po roce 1989, i když mohou mít částečně problémy s úvěry, protože banky jsou opatrnější. „Pro začátek si ale mohou koupit praxi od odcházejícího kolegy, neprodávají se příliš drazo,“ uvedl. V současné době je v Česku přes 8 tisíc stomatologů, v ordinacích praktických zubních lékařů je jich do 6500.

Problémem je vyšší průměrný věk a poměr žen a mužů, který je nyní téměř 70 : 30. „Průměrným zubním lékařem je 52letá žena, která už nebude pracovat od osmi do čtyř,“ uvedl. Podle prezidenta ČSK je však dnes poměr pohlaví mezi studenty příznivější, cca 50 : 50.

(ČTK, fkc)

Pacienti uvítali přijetí evropské směrnice o financování přeshraniční péče

Podle zástupců patientských organizací budou péči v EU využívat spíše jednotlivci. Do zahraničí se chystají zejména pro biologickou léčbu, která je v ČR dosud v řadě vzácných diagnóz předepisována *off-label* a její schvalování bývá často zdlouhavé, případně ji kvůli ekonomickým limitům lékaři nepředepisují.

Čerpat péči v jiné zemi budou mít pacienti možnost, aniž by jim to ve většině případů musela zdravotní pojišťovna předem schválit. „Toto právo lze využít i přesto, že stát dosud nepřijal prováděcí zákon (takzvaný přímý účinek směrnice). Jde proto o přínos pro pacienty z pohraničí, kteří to mají blíž do ‚cizí‘ nemocnice než do centra specializované péče v Praze či krajském městě. Směrnice pomůže též pacientům, kteří se kvůli úhradové vyhlášce ocitli v na čekací listině nebo nedostávají dostatečnou léčbu,“ uvedl analytik a lektor zdravotnického práva ve společnosti D&D Health Ondřej Dostál.

Přítom právě rychlé nasazení odpovídající léčby je pro řadu diagnóz rozhodující. „V případě prodlevy léčby u nemocného s roztroušenou sklerózou moz-

komíšni dochází k nevratnému poškození zdraví. Lidé s touto diagnózou budou mít více možností jak řešit svou situaci v případě dlouhých čekacích lhůt pro nasazení léčby nově diagnostikovaným či při nedostupnosti určitých léků na českém trhu,“ uvedl předseda Unie Roska Karel Hrkal, který spatřuje možný potenciál směrnice také v pokrytí péče pro pacienty, jež RS dovedlo k imobilitě. „Lůžek pro pacienty, kteří potřebují 24hodinovou péči, pravidelnou odbornou fyzioterapii a péči zaměřenou na onemocnění roztroušenou sklerózou, je v Česku katastrofální nedostatek,“ dodal Karel Hrkal.

Biologická léčba

Off-label systém některých diagnóz a indikací k jejich léčbě, potažmo úhradě spatřuje jako

problematický Ludmila Šimáčková z výkonného výboru sdružení Lymfom Help právě u léčby maligních lymfomů. „Uhrazení moderních a pro pacienta méně zatěžujících léčebných metod a postupů bývá plátcí (tedy zdravotními pojišťovnami) odmítáno. Lékaři jsou zase nuceni k omezování indikace biologické léčby nebo k administrativně velmi zdlouhavým řešením, tedy speciálním žádostem, za využití § 16 zákona č. 48/1997 Sb.,“ uvedla Ludmila Šimáčková a připomněla také další překážku, kterou je proces stanovení úhrady nových léčiv. Ten trvá mnohdy desítky měsíců, tedy ve značném rozporu platnou s evropskou legislativou. To je i případ nového léčebného prostředku (monoklonální protilátky) pro cílenou léčbu pacientů s Hodgkinovým lymfomem.

I v tomto ohledu nová evropská směrnice českým pacientům pomůže. Jak upozornil Ondřej Dostál, Státní ústav pro kontrolu léčiv dle této legislativy již nemusí vyžadovat a ověřovat informace nutné ke schválení léku, pokud je již výrobce doložil jinému evropskému lékovému úřadu. EU tak chce pomoci jednotlivým členským zemím urychlit schvalování nových léků či nových indikací, aby se pacientům léky dostaly včas.

Posílení patientských práv

„Implementace direktivy o přeshraniční péči významně posiluje práva pacientů a dává vale úvahám typu ‚kdybych žil v jiné zemi, možnosti terapie mého onemocnění by se naskýtalý‘. Zároveň klade nároky na infor-



Illustrace foto: Shutterstock

movanost pacienta o současných možnostech léčby, v případě vzácných onkologických onemocnění také na znalosti o místech, kde je soustředěna expertní péče v daném oboru, a v neposlední řadě na ochotu nemocného k mobilitě. Každý pacient, který nechce být pasivním objektem zdravotnického systému a sám hledá optimální léčebné možnosti, k tomu nyní má legislativní oporu,“ uvedla předsedkyně sdružení Diagnostika CML Jana Pelouchová.

Petra Klusáková

MZ obnovilo funkci Hlavní sestry ČR

Sestry a ostatní nelékaři získali v rámci ministerstva zdravotnictví nového spojence. Ministr Martin Holcát totiž revitalizoval funkci Hlavní sestry ČR. Od 1. 11. 2013 ji vykonává někdejší šéfka oddělení ošetřovatelství a dalších nelékařských povolání Alena Šmídová.

Hlavní sestra ČR by v rámci ministerstva měla zastupovat zájmy více než 100 tisíc nelékařů. Podle ministra zdravotnictví Martina Holcáta je tuto funkci potřeba nově definovat a jasně formalizovat tak, aby sestry v rámci struktury úřadu měly někoho, ke komu se mohou v případě potřeby obrátit.

Alena Šmídová by však neměla být pouze jakýmsi ombudsmanem sester, ale měla by se podílet i na přípravě konkrétních vyhlášek a zákonů optimalizujících postavení a pracovní podmínky nelékařů v ČR. Chce se proto podílet i na přípravě potřebné legislativy – zejména zákona o nelékařských zdravotnických povoláních včetně jeho prováděcí vyhlášky a změn vyhlášky o požadavcích

na minimální personální zabezpečení zdravotních služeb.

Odstraňování duplicit

Řada sester dlouhodobě poukazuje na neuspokojivé, ba dokonce neúnosné pracovní podmínky. Podle nedávného průzkumu České asociace sester (ČAS) se nelékaři cítí být ve své práci přetěžováni. Důvodem je nejen nadbytek administrativy, ale také chronický nedostatek ošetřovatelského personálu na některých pracovištích. Sestry si stěžují na to, že nejsou schopny vykonávat práci tak, jak by chtěly, a nemožnou svým pacientům věnovat tolik času, kolik by si přály. Nově jmenovaná Hlavní sestra ČR si je podle svých slov těchto problémů vědoma a chce se

v rámci svého úřadu pokusit o změnu. „Jak jsem zjistila i z praxe a z různých konferencí a stížností sester, nejvíce je trápí velké administrativní zatížení v rámci ošetřovatelské dokumentace,“ uvedla Alena Šmídová v rozhovoru pro ČT24.

Řešení nadměrné administrativní zátěže podle ní spočívá v odstranění zbytečných duplicit. Ty se vyskytují zejména tam, kde je činnost sester totožná s činností lékařů. Jedná se například o odběr ošetřovatelské anamnézy, kde se sestry dotazují pacientů často na stejné údaje jako lékaři. „Pacient je kolikrát opakovaně dotazován na to samé a opakovaně jsou vyplňovány stejné údaje. Je tedy potřeba dokumentaci sjednotit. Vůbec nejlepší by

bylo, kdyby byla vedena elektronicky. Informace v této formě by měl hned k dispozici i lékař. Budu tedy maximálně podporovat elektronizaci dokumentace,“ naznačila možnou cestu.

Personální vybavení a kvalita péče

Podle Aleny Šmídové však nejde pouze o administrativu. Dalším problémem jsou pracovní podmínky sester jako takové. S tím úzce souvisí i úroveň personálního vybavení pracovišť, která je nelékaři taktéž hojně kritizována, což potvrdil i zmíněný průzkum ČAS. Přestože sama Hlavní sestra ČR připouští, že na některých odděleních je personální situace špatná a sestry mají na starosti více pacientů, než by měly

pro zajištění dostatečné kvality ošetřovatelské péče mít, nejedná se podle ní plošný problém.

„Dalším velkým problémem jsou pak pracovní podmínky. Výsledky průzkumu ČAS vycházely ze subjektivních názorů sester. Je proto potřeba udělat ještě důkladnější analýzu, která by byla založena na faktech, jestli k těmto jevům skutečně dochází tak, jak to vnímají sestry. Často totiž slyšíme anonymní stesky, které ale z obav z možného postihu nejsou dokumentovány na konkrétním případě, kde by k porušení pravidel mohlo docházet. Kde není žalobce, není ani soudce, a tak by funkce Hlavní sestry ČR mohla v tomto případě sloužit jako záruka zachování anonymity takové stížnosti a možnosti nechat prověřit konkrétní případ příslušnými orgány,“ uzavřela Alena Šmídová.

Filip Kút Ctiores

Prevenci amputací napomůže nový kód, **diabetikům nový lék**

Prevalence diabetu 2. typu stále extrémně stoupá, jen v ČR je ročně diagnostikováno 20–30 tisíc nových pacientů. Diabetologové varují před nedostatečným propojením odborností nad léčbou a s ohledem na možnou slepotu či amputaci končetiny zdůrazňují nutnost včasného zahájení léčby.

U řady pacientů diabetická neuropatie progreduje až k onemocnění diabetické nohy. Lékaři v roce 2012 evidovali 43 248 pacientů s touto komplikací. V loňském roce 10 425 lidí nakonec o nohu přišlo. Lékaři přitom stále připomínají, že toto číslo mohlo být nižší, kdyby nemocní začali svůj problém řešit včas a dodržovali lékařem stanovenou léčbu.

Podle některých lékařů je na vině nedostatek podiatrů, jejichž péče se pak mnohým pacientům nedostane. V Česku funguje pouze 32 specializovaných podiatrických ambulancí. Přitom jejich rozvojem by se dalo zabránit nejen osobním tragédiím, ale ušetřila by se i velká část peněz vynakládaných na léčbu diabetika.

Systémová podpora komplikací

Jak tvrdí místopředseda České diabetologické společnosti ČLS JEP Milan Kvapil, kvalita léčby diabetu 2. typu v Česku je i tak lepší než v řadě zemí EU. Podle informací Ústavu zdravotnických informací a statistiky (ÚZIS) křivka vývoje poměru počtu chronických komplikací za poslední tři roky nestoupá (viz tabulka). Z vážných chronických komplikací jsou v ČR statisticky sledovány počty případů nefropatie, retinopatie a počty komplikací syndromu diabetické nohy. V roce 2012 bylo evidováno více než 241 043 případů uvedených komplikací diabetu (necelých 240 tisíc v roce 2011). Podíl chronických komplikací diabetu k celkovému počtu léčených

diabetiků byl přibližně stejný jako v roce předchozím, a to necelých 29 %.

„V žádné evropské zemi se nedaří, aby klesaly počty pacientů, jimž musí být z důvodu syndromu diabetické nohy končatina amputována. V České republice se ovšem nyní zvyšuje systémová podpora prevence komplikací diabetu podporou vzniku uceleného systému podiatrických ambulancí. Ministerstvo zdravotnictví v novém sazebníku výkonů připravuje nový výkon pod názvem ‚Prevence syndromu diabetické nohy‘. Přičemž právě prevence je nejúčinnějším postupem,“ uvedl profesor Kvapil.

Nový kód pro prevenci diabetické nohy

V navrhovaném kódu ‚Prevence syndromu diabetické nohy‘ je zařazeno edukační vyhodnocení pacientovy obuvi, kdy je třeba zjistit, jakých chyb se pacient dopouští, a také mu dát specializované rady. „Individuální edukace pro celou populaci diabetiků není efektivní ani možná. V žádném případě nelze hovořit o duplicitě, respektive o tom, že by toto vyhodnocení obuvi pacienta bylo obsaženo v obecném modulu edukace, který má podstoupit každý pacient. Výsledkem bude snížení počtu nemocných se syndromem diabetické nohy a následně pacientů s amputací,“ dodává Milan Kvapil. Celkové náklady na zavedení kódu specifické a cílené prevence syndromu diabetické nohy VZP vyčísli na 10 milionů ročně. Náklady

na terapii jednoho pacienta s amputací jsou přitom obvykle okolo 1 milionu ročně. Cena jednoho vyšetření je definována časem 10 minut lékaře (L3) a 10 minut zdravotní sestry.

V ČR bylo v roce 2007 registrováno 42 337 pacientů se syndromem diabetické nohy. Předpokládá se, že specifická prevence sníží v rizikové skupině pacientů výskyt ulcerací a amputací o 25 %, zavedením kódu lze na nákladech ušetřit cca 1,75 miliardy.

Gliptiny za dalších 60 milionů od VZP

Významným posunem v léčbě je také rozhodnutí Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP), která z úspor z pozitivních listů dopřeje nejmodernější farmakologickou léčbu dalším pěti tisícům pacientů. Jde o gliptiny, které jsou sice desetinašobně dražší než současný lék první volby (metformin), ale lékaři u nich oceňují zejména méně vedlejších účinků.

„Gliptiny významně oddalují nutnost užívání inzulínu, zásadně snižují rizika hypoglykemie a vzniku kardiovaskulárních chorob. V současné době je gliptiny léčeno asi 30 tisíc klientů VZP. Pojišťovna za tyto léky vydá 450 milionů korun. Tato částka se nyní zvýší o dalších 60 milionů. Právě tolik totiž pojišťovna ušetří díky tomu, že diabetologové předepisují svým pacientům na snížení cholesterolu léky, u kterých VZP vyjednala u výrobce výhodnou cenu a lékařům je jako nejlevnější doporučila na svém pozitivním lé-

kovém listu,“ uvedl mluvčí VZP Oldřich Tichý.

„Metformin stále zůstává lékem první volby, od léta však z výsledků klinických studií víme, že gliptiny jsou bezpečné i z kardiovaskulárního hlediska a v léčbě se posouvají do popředí. Díky neexistenci rizika rozvoje hypoglykemie jsou léky vhodné zejména pro profesionální řidiče, kde je kladen klíčový důraz na bezpečnost, a obecně pak pro mladší pacienty,“ doplnil Milan Kvapil.

Čtyři různé látky

V současné době skupina gliptinů v České republice zahrnuje čtyři různé účinné látky, které si jsou velmi blízké svým mechanismem působení (mimo jiné na rozdíl od ostatních antidiabetik přispívají ke snížení tělesné hmotnosti).

„Jelikož u nemocných s diabetem velmi často dochází ke zhoršení činnosti ledvin, je z pohledu rozhodování o volbě vhodného antidiabetika důležité, aby mohlo být užíváno bez ohledu na tuto komplikaci. Jednotliví zástupci skupiny gliptinů se navzájem liší právě cestou vylučování - například nejnovější zástupce na českém trhu je minimálně vylučován ledvinami, díky čemuž může být podáván bez změny v dávkování u všech skupin nemocných. Rozdíly mezi těmito látkami je možné spatřovat rovněž ve způsobu jejich užívání, respektive v odlišných dávkovacích režimech (1x vs. 2x denně), s čímž úzce souvisí i spolupráce nemocného a vlastní kompenzace základního onemocnění. Jelikož účinky metforminu a gliptinů se vzájemně potencují, nově jsou tyto podávány i jako fixní kombinace v jediné tabletě,“ vysvětlil pro naši redakci Jiří Slíva z Farmakologického ústavu 3. LF UK v Praze.

Nadějná studie léčby chronických ran

Kromě farmakologické léčby lékaři ale často sahají také po fyzikálních léčebných metodách. V podiatrické ambulanci Emila Záhumenského ve Zlíně pro léčbu chronických

ran volí také metodu mezodiencefalické modulace (MDM). Zaváděním nových metod a účinným systémem prevence se snaží pozitivně regulovat počty nejen těch, kterým selhávají ledviny, ale prevencí bojují proti diabetické retinopatii, nefropatii či syndromu diabetické nohy. „Včasnou diagnózou a účinnou léčbou je možné zabránit amputacím až v 80 procentech případů,“ dává podiatr pacientům naději.

Výzkum a uvedení nových léků a léčebných metod do lékařské praxe je ve světě i u nás na vysoké úrovni. Zlínské podiatrické pracoviště je jedním z českých center, které se systematicky zapojuje do klinických a ověřovacích zkoušek. „V tomto roce se účastníme programu na potvrzení vlivu MDM terapie na léčbu chronických ran. Vybrali jsme pacienty s otevřenými ranami na dolních končetinách, které se standardními postupy dlouhodobě nedařilo zhojit nebo již byli pro nezhojitelnost indikováni k amputaci končetiny. Výsledky jsou velmi nadějně. Závěry studie zveřejníme na začátku příštího roku,“ slibuje Emil Záhumenský.

Komplexní léčba diabetika

Podle podiatra Záhumenského vyžaduje léčba diabetických ulcerací oproti nedidiabetickým ranám širší strategii a zapojení postupů z více odborností, a to jak medicínských, tak technických. Tyto zásady se ve světě již běžně praktikují, u nás se však podle něj stále ještě poskytovatelé péče drží příliš dogmaticky svých oborů a nerespektují potřebu celkového přístupu k diabetickému pacientovi. „Často se setkáváme s příliš agresivním lokálním přístupem a špatným načasováním léčby i neposkytnutím odlehčovací pomůcky. Obvyklé jsou také závažné nedostatky v obouvaní diabetika,“ zmiňuje Emil Záhumenský.

Zlínské podiatrické pracoviště spolupracuje a vyměňuje si zkušenosti například s protetikými centry v Nizozemsku či Německu, kde běžně fungují protetiká pracoviště, která pro diabetiky poskytují k odlehčení postižených končetin a speciální zdravotní obuv zajišťují. Podle Emila Záhumenského jsou také zbytečně brzy indikovány amputace bez využití u nás méně rozšířených léčebných postupů, například ozonoterapie, s jejichž využitím se zlínskému centru často podaří těmto pacientům nohu zachránit.

Petra Klusáková

Chronické komplikace diabetu	2005	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Diabetická nefropatie – celkem	66 522	73 957	75 596	82 948	86 582	95 884	97 133
- z toho s renální insuficiencí	20 864	24 196	26 131	28 496	29 705	32 836	35 279
Diabetická retinopatie – celkem	85 294	88 315	90 586	94 402	96 964	99 779	100 662
- z toho proliferativní	19 055	20 902	21 505	22 729	23 565	25 051	25 533
- z toho slepota	2447	2335	2313	2386	2513	2280	2230
Diabetická noha – celkem	40 402	42 337	42 992	43 990	45 118	44 011	43 248
- z toho s amputací	7859	7853	8169	8439	8501	10 108 ^{b)}	10 425 ^{b)}
Podíl počtu chronických komplikací diabetu na 1000 léčených diabetiků	260	271	270	283	284	290	287

^{b)} Od roku 2011 došlo ke změně vykazování, kdy jsou nově sledovány odděleně amputace nad kotníkem a pod kotníkem, uvedené číslo je součtem obou kategorií.

Náchodská nemocnice chtěla odsouvat operace, nakonec se s pojišťovkami dohodla

Kvůli nevyhovující úhradové vyhlášce, která stanovuje nízké limity péče nasmlouvané s konkrétní pojišťovnou, chtěla Oblastní nemocnice Náchod překládat plánované operace u klientů tří zdravotních pojišťoven na příští rok. Zdravotnické zařízení se nakonec s pojišťovkami dohodlo.

Omezení se měla týkat plánovaných operací, nikoli ambulantní a následné péče.

Problém s úhradami

„Během následujících dnů a týdnů je náchodská a rychnovská nemocnice nucena omezit plánovanou péči pojištěncům zdravotních pojišťoven, u kterých je v současné době vyčerpán finanční limit péče. Důvodem jsou limity zdravotních pojišťoven vycházející z úhradové vyhlášky pro rok 2013, které striktně stanovují množství zdravotních výkonů,“ uvedla koncem října náchodská nemocnice na svých webových stránkách.

Omezení se mělo týkat klientů Zdravotní pojišťovny minister-

stva vnitra ČR (ZPMV), Oborové zdravotní pojišťovny (OZP) a České průmyslové zdravotní pojišťovny (ČPZP). „V ambulanci pacientovi péče poskytnuta bude, ale k hospitalizaci přistoupíme pouze v případě, že zdravotní stav přímo ohrožuje život pacienta,“ uvedl v té době náměstek pro léčebně preventivní péči Antonín Housa.

Dohody s pojišťovkami

Nemocnice také avizovala, že omezení plánované péče se během několika týdnů dotkne pojištěnců ostatních pojišťoven. „Je věcí každého pojištěnce, aby se obrátil na svoji zdravotní pojišťovnu, protože ta by mu měla

zodpovědět, zda je ochotná požadovanou zdravotní péči uhradit, případně zajistit v jiném zdravotnickém zařízení, které dosud nasmlouvaný limit nevyčerpalo,“

uvedl jedno z řešení ředitel nemocnice Miroslav Vávra.

V současné době má nemocnice za sebou jednání se zástupci ZPMV, OZP i ČPZP. Podle slov mluvčího

nemocnice Lukáše Holuba došlo ve všech případech k dohodě na řešení situace a nemocnice bude moci klientům těchto pojišťoven nadále poskytovat akutní i plánovanou zdravotní péči. Zároveň se všechny strany zavázaly k pravidelným konzultacím ohledně vývoje situace.

(ISO)

Karlovarská krajská nemocnice musí zaplatit pokutu, rozhodl ÚOHS

Karlovarská krajská nemocnice (KKN) postupovala v rozporu se zákonem o veřejných zakázkách při nákupu zdravotnického materiálu. Úřad pro ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS) jí proto uložil pokutu ve výši 300 tisíc korun. Rozhodnutí úřadu je pravomocné a nebyl proti němu podán rozklad.

Nemocnice se neřídila stanoveným postupem při uzavírání smluv na dodávky anesteziologických přístrojů a monitorů, zdravotnických přístrojů a zdravotnického materiálu.

Podlimitní zakázky

Inkrimované zakázky Karlovarská krajská nemocnice zadala v letech 2006 a 2007. První z nich (celkově přesahující 5 milionů korun) se společností Puro-Klima obsahovala tři kupní smlouvy na anesteziologické přístroje a monitory. „ÚOHS prokázal, že smlouvy tvořily z hlediska věcného, časového i místního jeden celek,“ uvedl antimonopolní úřad ve svém vyjádření.

Druhá zakázka, na zdravotnické přístroje se společností Siemens, byla v pěti fakturách vyúčtována na

celce tři miliony korun. „I v tomto případě zadavatel rozdělil předmět veřejné zakázky, čímž došlo ke snížení ceny pod finanční limit stanovený zákonem. Z hlediska věcného, funkčního, časového a místního zakázka tvořila jeden celek. Jednalo se tedy opět o podlimitní veřejnou zakázku na dodávky, která měla být zadána v některém ze zadávacích řízení stanovených zákonem,“ sdělil úřad.

Materiál za 90 milionů

Karlovarská krajská nemocnice dále v roce 2007 nakupovala zdravotnický materiál od několika společností. „Žádná z dodávek přitom neproběhla v souladu se zákonem o veřejných zakázkách. Celkové vynaložené finanční prostředky na

nákup zdravotnického materiálu přesáhly 90 milionů korun,“ uvedl antimonopolní úřad. Dodávky probíhaly opakovaně v průběhu celého zkoumaného období. Také v tomto případě ÚOHS dospěl k závěru, že zadavatel porušil zákaz dělení veřejné zakázky.

Podle úřadu mohl zadavatel například využít institutu rámcové smlouvy, který umožňuje uzavřít na základě zadávacího řízení písemnou smlouvu na dobu určitou s jedním či více uchazeči a upravit tak podmínky týkající se jednotlivých veřejných zakázek. Dle závěru úřadu KKN mohla podstatně ovlivnit výběr nevhodnější nabídky. Přitom nelze vyložit, že by v rámci transparentně uskutečněného zadávacího řízení neobdržela i jiné, výhodnější. (ISO)

Liberecký kraj odvolal ředitele záchranky

Rada Libereckého kraje odvolala z funkce ředitele Zdravotnické záchrané služby Libereckého kraje (ZZS LK) Stanislava Mackovíka. Ten už předtím ohlásil svou údajnou rezignaci. Dočasným ředitelem se stal lékařský náměstek Jan Lejsek.

Vedení kraje odvolalo Mackovíka na základě výsledků auditu provedeného externí společností.

Manažerská selhání

„Není pravda, že pan ředitel Mackovík rezignoval, požádal pouze o poskytnutí pracovního volna k výkonu veřejné funkce (stal se poslancem za KSČM – pozn. red.). To si z pohledu nároků na řízení záchrané služby, ale i zákoníku práce neumím dost dobře představit. Hlavním důvodem odvolání jsou ovšem manažerská selhání vyplývající z forenzního auditu,“ uvedl hejtman Libereckého kraje Martin Půta.

Závěry auditu kraj zveřejnil na svých webových stránkách. Podle hejtmana nový ředitel největší příspěvkové organizace v kraji potřebuje mít jasný mandát k tomu, aby mohl provést potřebné změny v činnosti záchrané služby. Přesto hejtman Půta práci bývalého ředitele částečně ocenil.

(ISO)

Lepší komunikace

Mezi vedením ZZS LK a krajem vládlo dlouhodobě napětí. Podle náměstkyně hejtmana pro zdravotnictví Zuzany Kocumové, o jejíž odvolání ze zastupitelstva kraje KSČM usilovala, může nové vedení záchranky navázat s krajem lepší komunikací. „Vzhledem k negativnímu výsledku auditu věřím, že až vypíšeme nové výběrové řízení na místo ředitele, bude vybrán člověk, který naplní závěry auditu a nebude případné spory či diskuze o různých názorech na věc převádět do osobní roviny,“ dodala náměstkyně.

Audit měl ukázat na problematické řízení například v případě provozu automobilů záchranky. Bývalý ředitel Mackovík již dříve v médiích tyto kontroly označil za způsob šikany. Nový ředitel záchranky Libereckého kraje by měl být znám do tří měsíců.

V Panochově nemocnici se bude propouštět, ne však zdravotnický personál

Fúze Krajské nemocnice Liberec (KNL) a Panochovy nemocnice v Turnově pokračuje. Vedení krajské nemocnice se ale nepodařilo zachovat všechna pracovní místa. 37 zaměstnanců společnosti Nempra, která zajišťuje technický provoz prádelny a jídelny v turnovské nemocnici, bude propuštěno.

Podle vyjádření Krajské nemocnice se nepodařilo se zaměstnanci Nempry vyjednat pronájem prádelny.

Nerentabilní provoz

Společnost Nempra nyní kupuje liberecká nemocnice od města Turnov. Propuštěno bude 14 zaměstnanců provozu prádelny a 7 zaměstnanců jídelny, kteří jsou v tr-

valém pracovním poměru. U dalších 16 bude ukončena dohoda o pracovní činnosti. Zaměstnanci prádelny měli snahu prostory pronajmout a v činnosti pokračovat.

„KNL tuto snahu maximálně podporovala, aby byla zachována pracovní místa pro zaměstnance prádelny. Byla ochotna odprodat zařízení za zůstatkové ceny, nabízela dlouhodobě nájemné za standardní cenu,

kteřou mají ostatní subjekty v areálu Panochovy nemocnice Turnov. Jedinou podmínkou bylo, že energie bude prodávat za cenu skutečných nákladů,“ vysvětlil technický ředitel Krajské nemocnice Liberec Jan Rais. Propočty ale ukázaly, že provoz prádelny je nerentabilní. Po spojení zařízení bude obě nemocnice pokrývat prádelna liberecké nemocnice.

(ISO)

Zavedení kódu pro zdravotní výkon v odbornosti 902

Naše společnost již 20 let působí v České republice jako zdravotnické zařízení a výukové pracoviště Vojtovy metody. Na základě zkušeností z praxe s dětskými pacienty, studenty i terapeuty si dovoluujeme poukázat na nedostatek kvality v poskytování rehabilitační péče u hybných poruch v dětském věku.

Tato situace nás vedla k návrhu samostatného kódu výkonu Vojtovy metody (VM) a Bobathovy metody (BM) pro úhradu zdravotními pojišťovnami. Tento krok by vedl k označení kvalifikovaných dětských fyzioterapeutů, čímž by došlo ke zvýšení kvality poskytované péče. V Česku existuje výukový program „Applikace vývojové kineziologie dle Vojty u dětských (dospělých) pacientů“ a výukový program pro Bobathovu metodu jak u dětí, tak i u dospělých. Všechny tyto programy jsou certifikovány MZ ČR, ale v seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami pro úhradu nejsou zohledněny. Důsledkem je nekontrolovatelná aplikace těchto metod.

Řešení této problematiky vidíme v komplexní změně systému úhrady dětské fyzioterapie dle kvalifikace fyzioterapeuta. Zavedení samostatného kódu výkonu pro VM a BM, zejména v dětské rehabilitaci, by zajistilo zvýšení kvality péče v dětské fyzioterapii, a to s minimálními náklady a v relativně krátkém čase.

Současný systém úhrady

Dětská fyzioterapie, a to zejména problematika kojenců a dětí ohrožených hybnou poruchou, je specifickou součástí fyzioterapie. Je třeba zdůraznit, že dětská problematika není v celé své potřebné šíři zahrnuta do „základního“ vzdělá-

ní fyzioterapeuta (odborná způsobilost). Vzdělávání fyzioterapeutů v dětské problematice se od schválení zákona č. 96/2004 Sb. intenzivně vyvíjí v rámci celoživotního vzdělávání.

Současný systém úhrady zdravotní péče neodráží nároky na vzdělání fyzioterapeuta v dětské problematice, což s sebou nese mnoho negativních důsledků. Má to vliv především na kvalitu poskytované péče u dětí. V rehabilitaci kojenců a dětí ohrožených hybnou poruchou hraje zásadní roli včasná diagnostika a zahájení cílené terapie.

V ČR jsou v dětské fyzioterapii, konkrétně u kojenců a dětí ohrožených hybnou poruchou, nejčastěji používány dvě metody, Vojtova a Bobathova. V systému úhrady zdravotní péče jsou oba postupy zahrnuty do výkonu 21221 (odbornosti 902), který se nazývá „léčebná tělesná výchova na neurofyziologickém podkladě“. V tomto kódu jsou však zahrnuty i další metody jako například metoda dle Roodové, Brunstroemové, Schrothova, Klappova či Brunkovova metoda, spirální dynamika a podobně. Zdravotní pojišťovny tento kód propírají na základě předložení certifikátu o absolvování jakéhokoliv certifikovaného kurzu metody na neurofyziologickém podkladě. To znamená, že nevyžadují specifické vzdělání. Tento fakt můžeme interpretovat tak, že nepřihlíží ke v-

litě poskytnuté terapie. Úhrada ZP dle seznamu zdravotních výkonů rovněž nebere v úvahu náročnost přípravy na výuku, kterou musí fyzioterapeut prodělat, chce-li fyzioterapii hybných poruch u dětí provádět. Jinými slovy – absolvování certifikovaného kurzu VM nebo BM není v současné době v Česku podmínkou pro úhradu této léčby a tím také pro jejich praktické provádění. To způsobuje, že obě metody nekontrolovatelně provádí množství fyzioterapeutů.

Důsledky aktuálního stavu

Problémy vidíme především v distribuci pacientů, organizaci práce dětského fyzioterapeuta a jeho motivaci k dalšímu vzdělávání. Současný systém nezaručuje distribuci pacientů k terapeutovi s adekvátním vzděláním. Lékař odešle spádově pacienta k fyzioterapeutovi, který dětskou terapii poskytuje. Nemá možnost si vzdělání fyzioterapeuta jednoduše ověřit. Máme sice standardizované specializační vzdělávání, ale chybí systém kontroly – zpětná vazba, zda terapii provádí ten, kdo patřičnou kvalifikaci absolvoval. Kvalifikovaný pracovník není nijak systémově zvýhodněn.

Obě tyto metody patří mezi nejčastěji využívané v rehabilitačních ambulancích v ČR, především u dětí. Pro laika, tedy i pro rodiče, není rozdíl mezi fyzioterapeutem, který

terapeutického ovlivnění zásadní. To dlouhodobě ovlivní kvalitu života dítěte a celé rodiny. Následná zátěž zdravotního systému jako důsledek celoživotní léčby pacienta je pak zřejmá.

Organizace práce a motivace ke vzdělávání

Motivace k absolvování kurzu na straně fyzioterapeuta (zaměstnanec) je většinou velká. Po jeho absolvování by měl následně přispůsobit svou organizaci práce potřebám dětské terapie, což mu současný systém neumožňuje. Tím je významně omezeno využití nových informací a efekt terapie. Absolvování certifikovaného kurzu těchto metod není v seznamu zdravotních výkonů označen, a tudíž ani zvýhodněn. Evidence certifikovaných terapeutů, dostupná zdravotním pojišťovnám, by měla umožnit preferenci specificky školených fyzioterapeutů. Na základě tohoto opatření očekáváme zvýšení kvality fyzioterapie dětí, a to zejména kojenců a dětí ohrožených hybnou poruchou.

Navrhuje: vyčlenění Vojtovy terapie a terapie dle Bobatha z výkonu 21221 (odbornost 902), zavedení samostatných výkonů terapie dle Vojty a dle Bobatha a odlišení výkonu u dětí a u dospělých.

Bc. Věra Skalčíková – Kováčiková
Mgr. Lenka Pospíšilová
RL-Corpus, s. r. o., Olomouc

Kvalitativní a ekonomické přínosy

- Plošné zvýšení kvality péče v dětské fyzioterapii, a to s minimálními náklady, jelikož tato opatření vyžadí ze systému ty poskytovatele, kteří nemají adekvátní specializované vzdělání.
- Zkrácení celkové doby fyzioterapie u jednotlivých pacientů, protože kvalitní léčba přináší rychlejší a trvalejší efekt, to znamená také celkové snížení nákladů na pacienta
- Snížení dalších nákladů na léčbu při trvalém defektu, jako jsou ortopedické pomůcky, ambulantní zdravotní a rehabilitační péče, lázeňská léčba apod.
- Eliminace aplikace Vojtovy a Bobathovy metody nequalifikovanými terapeuty s sebou nese taktéž mnoho pozitivních důsledků nejen pro systém a jeho hospodárnost, ale také má výrazný pozitivní vliv na pacienty a budoucí kvalitu života jich samotných i jejich rodiny.
- Využití kapacit dítěte díky včasnému zahájení kvalitní fyzioterapie.
- Snížení počtu celoživotně handicapovaných.
- Motivace k dalšímu vzdělávání fyzioterapeutů a podpora ze strany zaměstnavatelů.
- Jasně specifikovaná a tím i kontrolovatelná síť fyzioterapeutů, kteří aplikují Vojtovu metodu, přinese výrazné zlepšení podmínek pro další zvyšování kvality v dětské rehabilitaci a dá možnosti dalšího výzkumu či klinických studií a preventivních programů.
- Evidence vyskolených fyzioterapeutů dostupná zdravotním pojišťovnám pro ověření před úhradou.
- Zlepšení dostupnosti informací pro rodiče i lékaře o vyskolených terapeutech, jejichž seznamy by mohly figurovat na webových stránkách zdravotních pojišťoven, MZ ČR apod.

Informace k dostupnosti fyzioterapie s využitím VM a BM v ČR

K 31. 3. 2013 bylo vyskoleno 580 kvalifikovaných fyzioterapeutů (RL-Corpus), kteří jsou oprávněni používat VM v praxi, z toho asi 140 se jich pravidelně účastní pracovních setkání a dále spolupracují s výukovým centrem, což je zásadní pro udržení kvality poskytované péče. K témuž datu bylo vyskoleno 74 kvalifikovaných fyzioterapeutů, kteří jsou oprávněni používat v praxi BM. Podle materiálů VZP je

v ČR vykazována rehabilitace dětí ve věkové skupině 0–3 roky ve 385 zdravotních.

Počty absolventů se v závislosti na regionech výrazně liší. Nejvíce absolventů kurzů VM je v Praze, dále v Moravskoslezském a Olomouckém kraji, nejmenší zastoupení je v kraji Karlovarském, Libereckém a na Vysočině. Počty absolventů BM se také liší v závislosti na regionech. Téměř 50 % absolventů je z Morav-

skoslezského kraje, více je obsazený Jihomoravský a Olomoucký region, některé regiony v Čechách nejsou obsazeny vůbec.

Za současného stavu není možné nerovnoměrné rozložení vyskolených fyzioterapeutů zásadně ovlivnit, i když je prioritou přijetí do kurzu vždy neobsazený region. V případě samostatného kódu by podle našeho názoru byla tato problematika lépe ovlivnitelná.

Kdo zodpovídá za protiústavnost úhradové vyhlášky?

Ústavní soud shledal úhradovou vyhlášku protiústavní, a to z důvodu porušení hned dvou článků Listiny základních práv a svobod, která je součástí ústavního pořádku České republiky. Vydání úhradové vyhlášky v daném znění je tudíž tímto v rozporu s právem, dokonce s ústavním pořádkem.

Úhradová vyhláška je vyhláškou ministerstva zdravotnictví, čili ústředního orgánu státní správy. U takového orgánu by mělo být samozřejmostí, že nebude činit protiprávní kroky, natož protiústavní, neboť ministerstvo samo je ústavním orgánem.

Kdo tedy za takové jednání zodpovídá? Někdo přece musel dát politické zadání vyhlášky, někdo musel návrh vyhlášky zpracovat a někdo ji schválil. A ti všichni jednali v rozporu s právem, a měli by proto za takové jednání nést odpovědnost. Minimálně politickou.

Ohrožení ekonomické stability a omezení péče

Úhradová vyhláška byla předmětem ústavní stížnosti, protože ohrožuje ekonomickou stabilitu poskytovatelů zdravotní péče. Neumožňuje jim získávat úhradu za poskytnutou zdravotní péči v plném rozsahu v důsledku různých regulačních opatření. To má za následek omezování péče a u pacientů to může prodlužovat subjektivní dyskomfort spojený s bolestí. A za toto utrpení také nikdo nezodpovídá?

V důsledku omezených finančních zdrojů poskytovatelé v dů-

sledku regulačních mechanismů v úhradové vyhlášce nemohou vynakládat potřebné náklady. Úsporná opatření pak poskytovatelé musejí promítnout i do mzdové oblasti, což omezuje příjmy zaměstnanců a tím i jejich životní úroveň. A za to také nikdo nezodpovídá?

Poskytovatelé v důsledku omezování úhrad za poskytnutou péči musejí přijmout další úsporná opatření, která se nepříznivě dotýkají spokojenosti pacientů (úroveň stravy, kulturistů nemocničního prostředí apod.). A za to také nikdo nezodpovídá?

Volba mezi dvěma zly

Restriktivnost úhradové vyhlášky je zdůvodněna nutností šetřit finanční prostředky ve zdravotnictví. Avšak vidíme, že ministerstvo, stejně jako celá vláda „rozpočtové odpovědnosti“, šetřilo prostředky především na těch nejslabších. Ve zdravotnictví mimo jiné na pacientech a zaměstnancích zdravotnických zařízení. Přitom na jiných místech ve zdravotnictví se peníze utrácí velmi nehospodárně (IZIP, předražený zpravodaj VZP apod.). A vedoucí pracovníci, kteří za tuto nehospodárnost nesou odpovědnost, od-

cházejí s tučným odstupným. Za to také nikdo nezodpovídá?

Ústavní soud shledal úhradovou vyhlášku protiústavní, tedy v rozporu s ústavním pořádkem České republiky, tedy za protiprávní. Protiprávní jednání však nemůže založit žádné právní důsledky, protože je v rozporu s právem. Tedy navozuje protiprávní stav. Taková situace má být urychleně řešena, aby byl opět navozen stav v souladu s právem. V důsledku své protiústavnosti tak úhradová vyhláška měla být zrušena. Avšak Ústavní soud odložil vykonatelnost svého nálezu až do konce roku 2014. Tedy posvětil protiprávní stav, který sám shledal, byť na omezenou dobu. Ta doba však není krátká. Přitom své rozhodnutí zdůvodnil snahou nedeinstabilizovat zdravotnictví. A co pak úhradová vyhláška jej sama nedeinstabilizuje? Volí tím pádem Ústavní soud mezi dvěma zly? Pokud ano, měl by zvolit to, které je alespoň v souladu s právem. ÚS se však rozhodl opačně.

JUDr. Ing. Jaroslav Staněk, CSc.

Inzerce A131016174



Svět konferenční techniky

Dodáváme celkové řešení Vašich akcí.

Zajišťujeme pronájem, montáž a obsluhu veškeré techniky pro:

kongresy, tiskové konference, sportovní přenosy, konference, prezentace, koncerty a výstavy

ProMoPro
Jednička v České republice

ProMoPro, spol. s r.o.
Tel.: +420 283 891 660-1, Fax: +420 283 892 757
provoz@promopro.cz, www.promopro.cz

Slovensko: Zavedení jediné pojišťovny ve skluzu

Harmonogram vypracovaný slovenským ministerstvem zdravotnictví, podle něhož mělo probíhat zavedení unitárního systému zdravotního pojištění, nebude s největší pravděpodobností dodržen. Už nyní má proces podle tamních médií výrazné zpoždění.

Jak informoval deník Pravda, v současnosti měli zástupci ministerstva začít vyjednávat s akcionáři obou soukromých zdravotních pojišťoven (Union a Dôvera). Dosud však stále ještě probíhá vý-

běrové řízení na poradenskou firmu, která se má na přeměně systému podílet (mimo jiné by měla provést právní i ekonomický audit obou soukromých pojišťoven a případně je ocenit, pokud by

bylo nutné přistoupit k jejich vlastnění). Její jméno přitom mělo být známo již několik měsíců.

Rok před volbami

Ministerstvo zdravotnictví dosud nepředstavilo ani návrh transformačního zákona, i když jeho účinnost předpokládalo již od příštího května. Podle tiskové mluvčí ministerstva Zuzany Čižmárikové je legislativa připravena, zavedení unitárního systému má zpoždění kvůli finanční stránce. „Jen co bude jasné finanční krytí, pustíme zákon do připomínkového řízení,“ cituje Pravda Zuzanu Čižmárikovou, podle níž je zavedení jediné zdravotní pojišťovny stále vládní prioritou, je však třeba vyčkat, až bude země „připravena po ekonomické stránce“.

Slovenský ministr financí Peter Kažimír potvrdil, že peníze zatím nejsou. „Jsem odkázán na prodej aktiv, mám konkrétně na mysli prodej akcií Telekomu,“ uvedl ministr s tím, že finance z této transakce by měly být k dispozici v průběhu příštího roku, nejpozději do dvou let.

Analytik Tomáš Szalay však v deníku Pravda varoval, že se současným zpožděním není pravděpodobné, že bude unitarizace



Tomáš Szalay. | Foto: Miroslav Hudák/HPI

systému zdravotního pojištění provedena do konce nynějšního volebního období. „Jde o organizačně i manažersky mimořádně složitý proces. Za pochodu bude třeba řešit řadu problémů, které se budou týkat pojištěnců, poskytovatelů péče i plátců pojistného,“ upozorňuje v deníku Tomáš Szalay, jenž nepředpokládá, že by se vláda do takové – dle jeho slov problematické – akce pustila pouhý rok před volbami.

(Zdroj: Pravda)

(kha)

Slovensko udělilo první pokutu za nedostupnost léku

Pokutu ve výši 10 tisíc eur udělilo slovenské ministerstvo zdravotnictví farmaceutické společnosti +pharma kvůli více než 2 měsíce trvající nedostupnosti léku Valsartan +pharma 160 mg.

Jedná se o vůbec první pokutu tohoto typu na Slovensku. Přípravek určený k léčbě hypertenze je v zemích plně hrazen zdravotní pojišťovnou. Farmaceutické společnosti musejí slovenskému ústavu pro kontrolu léčiv výpadek v dodávkách léků či jejich zastavení hlásit předem, pod-

le nového zákona pak navíc musejí uvést i důvod. Podnět na prověření nedostupnosti valsartanu podal pacient, ministerstvo zdravotnictví podle slov mluvčí Zuzany Čižmárikové v současnosti prošetřuje i další podobné případy.

(Zdroj: ČTK, Nový čas)

(kha)

Krátce ze světa

- **Americký prezident** Barack Obama se v televizním vystoupení omluvil Američanům, kteří v důsledku jeho zdravotnické reformy přišli o zdravotní pojištění. Téměř 3,5 milionu Američanů totiž od své pojišťovny obdrželo oznámení, že jim bylo kvůli požadavkům nového zákona pojištění zrušeno, a oni nyní budou muset platit vyšší částky. Barack Obama přitom vždy tvrdil, že díky burze zdravotního pojištění lidé získají kvalitní pojistky za ceny nižší nebo stejné jako doposud, případně že si budou moci ponechat své dosavadní pojistné plány, pokud jsou s nimi spokojeni. Samotná internetová stránka, jež burzu zajišťuje, se navíc od svého spuštění potýká s rozsáhlými technickými problémy a řada uživatelů se na ni nemůže připojit. „Je mi líto všech, kteří se ocitli v této situaci kvůli slibům, jež jsem dal,“ uvedl americký prezident pro stanici NBC. Kvůli problémům s reformou zdravotnictví Barack Obama dlouhodobě čelí kritice nejen ze strany opozice, ale i části demokratických politiků. Jeho popularita dosáhla historického minima.

- **Spojené státy americké** se chystají zakázat v potravinách umělé transmastné kyseliny. Podle Úřadu pro kontrolu léků a potravin (FDA) totiž tyto látky prokazatelně zvyšují riziko infarktu. Jeho ředitelka Margaret Hamburgová uvedla, že zákazem bude možné předejít ročně asi 20 tisícům infarktů a 7 tisícům úmrtí. FDA zatím nespecifikoval, odkdy bude úplný zákaz platit, v současnosti zahajuje dvouměsíční připomínkové řízení k návrhu. S ohledem na trh a potravinářský průmysl rozhodne o platnosti nařízení, až bude za transmastné kyseliny nalezena adekvátní náhrada.

- **Francouzské úřady** schválily prodej diagnostických testů na zjištění přítomnosti viru HIV v krvi. Tzv. domácí testy se mají stát součástí snahy tamní vlády zastavit šíření HIV/AIDS v zemi. V roce 2011 podle oficiálních statistik ve Francii přibývalo 6100 nově nakažených virem HIV. Podle odhadů však v zemi žije až 40 tisíc HIV-positivních obyvatel, kteří o své nemoci nevědí.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

Vídeň reformuje zdravotnictví

Radní vídeňského magistrátu Sonja Wehselyová a zástupkyně vídeňské všeobecné pojišťovny Ingrid Reischlová informovaly o tom, že tyto dvě pro tamní zdravotnictví rozhodující instituce podepsaly smlouvu o reformních krocích.

Cílem těchto kroků je zdravotní péči dále zefektivnit se zajištěním kvality, ale i hospodárnosti. Hlavním záměrem je odtížit nemocnicím a převést část péče do ambulantních zařízení. Praktičtí lékaři i ambulantní specialisté budou například muset zajistit delší ordinace hodiny v pátek odpoledne a v večer tak, aby pacienti zbytečně

ne navštěvovali ambulance nemocnic.

Dále se počítá s užší spoluprací mezi všemi profesními pracovníky ambulantní péče, včetně pečovatelské služby. Už letos magistrát s pojišťovnou posílil denní ambulantní péči o děti s vývojovými vadami, zajištění nových kapacit umožňuje zvýšit výkony například logopedů,

psychoterapeutů, ergoterapeutů či fyzioterapeutů z 8 tisíc až na 16 tisíc ročně.

Smlouva také počítá s výstavbou denních klinik, aby se například některé chirurgické výkony u případů bez nutnosti hospitalizace mohly provádět mimo lůžkovou část nemocnic. To by mělo zredukovat roční počet hospitalizací.

(vla)

Rakousko: Komora vs. mluvčí pacientů

Když spolková země Vídeň před několika lety ustavila do funkce mluvčí pacientů Sigrid Pilzovou, tamní lékařská komora projevila zájem udržovat s její kanceláří přátelské vztahy a spolupracovat na kvalitě zdravotní péče a spokojenosti pacientů. Zdá se však, že v přátelských vztazích se objevily vážné trhliny.

Ostatně to samotná komora nyní vyjádřila i svým otevřeným dopisem adresovaným právě Sigrid Pilzové. „Nepaušalizujte, neočerňujte šmahem všechny lékaře před veřejností,“ žádá mluvčí Pilzovou prezident vídeňské komory Thomas Szekeres.

Sigrid Pilzová totiž stále častěji upozorňuje na údajné nedostatky v práci komory, která podle ní mimo jiné

řádně nezajišťuje kontrolu kvality péče. Nedávno například poukázala na prohrěšky gynekoložky, jejíž některé ambulantní zákroky skončily poškozením pacientek, nyní má zase výhrady k práci lékařů vídeňské univerzitní nemocnice, kteří by se podle ní neměli tolik věnovat soukromým činnostem nebo svým vedlejším pracovním úvazkům.

Thomas Szekeres však odporuje ar-

gumentem, že vedlejší aktivity nemohou poškodit péči, protože se týkají jen 35 % lékařů zaměstnaných ve vídeňském zařízení, z toho pouze nepatrná část má soukromou ordinaci. Vedlejší činnost zaměstnanců je podle prezidenta komory zcela transparentně upravená podle předpisů. „Nevrhejte špatné světlo na celý lékařský stav,“ požádal Sigrid Pilzovou důrazně.

(vla)

Kanadské nemocnice selhávají v hlášení chyb při péči

K nejčastějším pochybením, k nimž v kanadských zdravotnických zařízeních dochází, patří zapomenutí předmětu používaného při chirurgických zákrocích v těle pacienta. Některé studie dokonce ukazují, že chyby při operacích představují až 40 % všech závažných pochybení, jež se v nemocnicích stanou.

Většina Kanadánů při návštěvě zdravotnického zařízení zažije některý z menších omylů personálu, například zkomolené jméno na své kartě či zbytečně podstoupené vyšetření.

Jednou z prvních větších studií věnovaných četnosti a závažnosti lékařských omylů v zemi byla práce prof. Rosse Bakera z Torontské univerzity publikovaná roku 2004. Vyplynulo z ní, že v roce 2000 zažilo 7,5 % pacientů přijatých v akutním stavu do nemocnice nejméně jedno pochybení ze strany zdravotníků (od nesprávné medikace přes pády či infekce až po omyly spojené s chirurgickým zákrokem). Ačkoli většina z těchto událostí neznamenala závažné poškození pacienta, téměř 37 % z nich se podle profesora Bakera dalo předejít. Současné studie odhadují četnost omylů v kanadských zdravotnických zařízeních na 10–14 %.

Technicky a finančně nenáročná opatření

Odborníci se shodují, že k omezení lékařských pochybení je důležité nejprve přesně stanovit, ve které oblasti a jak konkrétně k omylům dochází. V několika kanadských nemocnicích například bylo v rámci analýz zjištěno, že k výraznému podílu

lu případů pochybení v medikaci dochází, když jsou sestry během dávkování léčiv něčím či někým vyrušeny. Sestry proto musejí při práci s léky nosit výrazné barevné vesty signalizující, že nemají být odváděny od práce. „Velmi často jsou řešením opatření, jež nejsou ani technicky, ani finančně náročná,“ upozorňuje Wendy Levinsonová z Torontské univerzity.

Přes některé výjimky však kanadské nemocnice příliš nesledují, jak často a k jakým pochybením personálu během péče o pacienty v zařízeních dochází. V zemi totiž neexistuje standardizovaný systém jejich monitoringu. Řada nemocnic sice přijala interní pravidla pro dobrovolné hlášení omylů zaměstnanců, takovým způsobem je však zachycen jen jejich zlomek.

Nevýhody dobrovolnosti

Některé provincie požadují po zdravotnických zařízeních, aby pravidelně hlásila statistiky tzv. indikátorů bezpečnosti pacientů (například výskyt nozokomiálních infekcí). Québec jako první provincie zavedl v roce 2002 pravidelná hlášení „incidentů a nehod“, k nimž v tamních nemocnicích dochází, pomocí *on-line* registru. Chyby v souvislos-

ti s medikací, jež zaujímají co do četnosti druhé místo za omyly při operacích, jsou pak sledovány prostřednictvím národního registru, ovšem i v tomto případě se jedná o dobrovolný systém (jediné Ontario svým zdravotnickým zařízením nařídilo využívat registr povinně).

Navzdory těmto snahám zdravotníci svá pochybení většinou nehlásí, především ze strachu z postihu a také kvůli chybějícímu vymezení, které události je třeba hlásit. Úřady v Québecu, Saskatchewanu či Manitobě sice potvrzují, že od zavedení centrálních provinciálních registrů omylů při zdravotní péči počet hlášených případů stoupl, zdáleka však nedosahuje skutečnosti. Studie amerického ministerstva zdravotnictví z roku 2012 ukázala, že pokud monitoring lékařských omylů zůstává na dobrovolné bázi, podchytí se pouze okolo 14 % všech pochybení.

Podle Wendy Levinsonové se zjišťování a registrace pochybení při poskytování péče mnohem lépe než v Kanadě daří například v Austrálii či na Novém Zélandu. „Naši filozofie je ‚budeme se více snažit‘. Teprve nyní ale zjišťujeme, že namísto toho, aby se jednotlivci ‚snažili více‘, je třeba, aby se celý systém přenastavil tak, že bude každému jednotlivci pomáhat, aby se nejen snažil, ale aby i lépe jednal,“ je přesvědčena.

Hlavní je poučit se

Wendy Levinsonová rovněž poukazuje na skutečnost, že je nutné přestat omyly zdravotníků skrývat, naopak je třeba je sdělovat jak samotnému pacientovi, tak i veřejnosti. Některá zařízení tak již činí na svých internetových stránkách. Například montrealská Židovská všeobecná nemocnice uveřejňuje všechny incidenty *on-line* od roku 2011.

„První reakce přišly od jiných zařízení, která se obávala, že jsme se vydali nesprávným směrem, zvláště když po nás žádný úřad uveřejňování pochybení při péči nepožaduje. Setkali jsme se

i s vysloveným nesouhlasem, především kvůli strachu z reakce veřejnosti a médií,“ popisuje začátky projektu jeho koordinátorka Markirit Armutluová a dodává, že v současnosti se postupem Židovské všeobecné nemocnice inspirovala i další zařízení, jež založila vlastní internetovou databázi. Většina ovšem přesně nespecifikuje, k jakým omylům v rámci poskytování péče v nemocnici došlo, pouze je rozdělu-

je do několika kategorií (chyby v medikaci, pády apod.).

Uveřejňování pochybení je podle Rosse Bakera sice dobrým znamením, že se zdravotnické zařízení snaží o transparentnost, ale neznamená to, že je bezpečnější. „Tím hlavním měřítkem by mělo být množství změn, které v rámci systému přijmeme jako výsledek našeho poučení z těchto incidentů. Pokud pouze říkáme, že kolika případům pochybení u nás dochází, je to, jako bychom uveřejňovali, kolik jsme nasbírali pokut za rychlou jízdu, ale nikoli, kolik jsme způsobili nehod,“ uzavírá Ross Baker.

(Zdroj: CBC)

(kha)

Krátce ze světa

• Skupina belgických pediatrů vyzvala tamní zákonodárce, aby rozšířili právo na eutanazii i na nezletilé nevléčitelně nemocné pacienty. „Každé rozhodnutí o ukončení života je aktem lidskosti, který připadá v úvahu pouze jako úplně poslední řešení. Proč tedy připravovat nezletilé o tuto nejzazší možnost?“ napsalo 16 dětských lékařů v otevřeném dopisu, který adresovali poslancům. Podle nejnovějšího průzkumu s jejich výzvou souhlasí dvě třetiny Belgičanů, představitelé církvi ji ale kategoričsky odmítli.

V současnosti zákon povoluje eutanazii pouze u lidí starších 18 let, novela umožňující její provedení i u mladších osob je sice připravena, zatím ovšem nemá v parlamentu potřebnou podporu. Očekává se však, že bude schválena v průběhu příštího roku. V loňském roce v Belgii za pomoci eutanazie zemřelo 1432 osob, což představuje 2 % všech úmrtí.

• Kardiocentrum v německé Kostnici implantovalo mezi lety 2008 a 2011 téměř 50 pacientům neschválené náhradní srdeční chlopně pocházející z České republiky. Případ vyšetřuje policie. Ačkoli vyšetřovatelé nepochybně zdravotní nezávadnost chlopní, jež podle stanice SWR klinika získala z chlopněvé banky v Praze, vyzvali všechny dotčené pacienty, aby se v případě pochybností obrátili na své lékaře. Kostnické kardiocentrum je v současnosti vyšetřováno

i kvůli podezření ze zpronevěry finančních prostředků či umožnění práce dvěma lékařům bez příslušných atestací.

• Velký rozruch vzbudila zpráva vypracovaná nezávislým panelem, podle níž se zdravotníci pracující pro americkou armádu podíleli na mučení osob podezřelých z terorismu. Mělo se tak dít především na základně Guantánamo, ve věznicích v Afghánistánu a dalších zařízeních provozovaných Ústřední zpravodajskou službou (CIA). Americké ministerstvo obrany i CIA dokument odmítly jako nepravdivý.

Zpráva tvrdí, že spolupráce mezi tajnými službami a zdravotníky se prohloubila po útocích ze září 2001. „Ministerstvo obrany a CIA změnily základní etické standardy pro usnadnění účasti zdravotníků na týrání zadržovaných osob,“ uvedl spoluautor studie Leonard Rubenstein. Americká vláda měla lékaře a sestry využívat především při výsleších, kdy jí pomáhali hledat u vězňů slabá místa, či pro nucenou výzvu zadržovaných.

Mluvčí CIA Dean Boyd označil závěry zprávy za chybné. „CIA neudrží žádné vězně ve vazbě a prezident Obama zastavil program vydávání, zadržování a vyslyšení osob v roce 2009,“ prohlásil mluvčí s tím, že se vězňům dokonce dostává takové zdravotní péče, jakou nikdy předtím nezažili.

(Zdroj: ČTK)

(kha)



Ilustrace: Foto: Shutterstock

ZE ZAHRANIČÍ

Britští lékaři: Postavme ženskou obřízku na roveň týrání dětí

Společná zpráva několika britských zdravotnických organizací varuje před vzestupem ženské obřízky v zemi a požaduje, aby praktika byla postavena na roveň zneužívání či týrání dětí, které je nutné hlásit policii.

Podle zprávy jsou obřízkou ve Velké Británii ohroženy tisíce dívek, především pocházejících z rodin přistěhovalců ze zemí, kde je ženská obřízka stále běžnou praxí.

Jedna z hlavních autorek zprávy Janet Fylová z Královské společnosti porodních asistentek (*Royal College of Midwives*) je přesvědčena, že je nepřijatelné, aby zdravotníci nehlásili případy ženské obřízky policii podobně jako jiné projevy týrání dětí.

„Pokud vyžadujeme dodržování zákonů, jež mají chránit děti, nemůžeme si vybírat, které zločiny nahlášíme a které ne. Nepožadujeme žádnou speciální legislativu, jen chceme, aby zmíněné zákony platily pro všechny děti, nikoli jen pro některé,“ prohlásila Janet Fylová.

Bez trestního stíhání

Ze zprávy, na níž se kromě Královské společnosti porodních asistentek podílely i odborné společnosti ošetřovatelů, gynekologů a porodníků, zdravotnické odbohy či organizace pro rovnoprávnost žen Equality Now, vyplývá, že obřízku prodělal přes 66 tisíc žen žijících ve Velké Británii a více než 24 tisícům dívek mladších 15 let obřízka hrozí. Na rozdíl například od Francie však v zemi žádný z případů nevyústil v trestní stíhání (ve Francii se soudy dosud zabývaly přibližně stovkou obvinění).

K ženské obřízce běžně dochází především v islámských zemích Afriky či Blízkého východu (ačkoli Korán tuto praktiku nevyžaduje). Například v Egyptě či Somálsku podstoupilo nějakou formu

genitální obřízky na 90 % žen. Podobnou statistiku mají i Etiopie, Eritrea, Mali a Sierra Leone.

Ve Velké Británii byla ženská obřízka postavena mimo zákon v roce 1985, mnoho přistěhovalců však v jejím provádění nadále pokračuje, případně dívky kvůli zákroku odváží načas do své původní vlasti. Britové, kteří by se dopustili provedení ženské obřízky, případně nechali svou příbuznou obřezat v zahraničí, mohou být podle platné legislativy z roku 2003 trestně stíháni.

Zločin, který nebude tolerován

Zpráva zdravotnických organizací však navíc požaduje, aby zaměstnanci zařízení Národní zdravotní služby (NHS) byli povinni hlásit policii nálezy dokazující,

že jejich pacientka byla obřezána. Podobně by zdravotníci měli přistupovat k dívce, u níž předpokládají zvýšené riziko provedení obřízky (narodila se matce s obřízkou či žije v komunitě, kde se obřízka provádí) – v takovém případě mají postupovat jako u dětských pacientů, kteří patří ke skupině ohrožené týráním či zneužíváním.

Podle názoru bývalého vrchního státního zástupce Keira Starmera nebude dlouho trvat, než se objeví první žaloba v souvislosti s ženskou obřízkou. „Díky těsnější spolupráci s policií, zdravotníky a sociálními pracovníky máme mnohem silnější pozici, abychom mohli proti lidem provádějícím ženskou obřízku úspěšně vznést obvinění. Je tedy jen otázkou času, kdy dojde k první-

mu takovému případu. Bude to zároveň jasná zpráva, že ženská obřízka je zločin, který nebude v moderní multikulturní společnosti tolerován,“ napsal v předmluvě zprávy Keir Starmer. Její autoři dále volají po spuštění informačních kampaní, jež by se zaměřily na problém ženské obřízky, podobně jako dnes fungují například kampaně zvyšující povědomí o HIV/AIDS.

Dokument byl pozitivně přijat i britskou pobočkou Sítě muslimských žen (*Muslim Women's Network UK*). Její předsedkyně Shaista Gohirová souhlasí se zdravotníky v tom, že zdraví a bezpečí jedince musí být nadřazeno respektu vůči náboženským či etnickým zvyklostem. „Je nutné uvědomovat si kulturní a náboženské odlišnosti, ale ochrana dívek před obřízkou musí být naší prioritou,“ prohlásila Shaista Gohirová.

(Zdroj: Guardian)

(kha)

Krátce ze světa

• Po 15 letech se ve **Francii** objevil případ vztekliny. Lékaři preventivně ošetřili 5 obyvatel města Argenteuil u Paříže, kteří koncem října přišli do styku s kotětem, jež na tuto nemoc zemřelo. Vzteklinka byla v roce 2001 francouzskými úřady oficiálně prohlášena v zemi za vymýcenou.

• **Španělské** ministerstvo zdravotnictví potvrdilo první případ koronaviru MERS na svém území. Nakaženou je marocká žena žijící dlouhodobě ve Španělsku, která se nedávno vrátila z cesty po Saúdské Arábii. Byla hospitalizována, její stav je stabilizovaný. MERS byl dosud potvrzen ve 4 dalších evropských státech (Velká Británie, Německo, Francie, Itálie), po celém světě se jím nakazilo 150 lidí (125 v Saúdské Arábii). Podle jedné z posledních studií se koronavirus rozšířil mezi lidmi od velbloudů jednohřbých.

• **Syrská** vláda oznámila, že chce ve spolupráci s mezinárodními organizacemi začít očkovat všechny děti proti dětské obrně. Reagovala tak na nejméně 10 případů této nemoci na svém území, jež koncem října potvrdila Světová zdra-

votnická organizace (WHO). Jedná se o první výskyt infekce v Sýrii od roku 1989. Náměstek tamního ministerstva zdravotnictví Fajsal Mikdád ubezpečil, že očkování se bude týkat všech dětí, bez ohledu na to, zda žijí na území kontrolovaném vládou či povstalců.

„Humanitární organizace budou mít přístup ke každému syrskému dítěti,“ ujistil náměstek. Nespecifikoval však, jak vláda hodlá vakcinaci zajistit právě na území pod správou povstalců. WHO potvrdila, že chce nechat očkovat na 2,4 milionu dětí. Očkovací kampaň proti dětské obrně byla u dětí do 5 let věku zahájena i v sousedním Libanonu.

• Na 800 obětí si již vyžádala epidemie malárie v severním **Kamerunu**. Tamní úřady evidují více než 12 tisíc nakažených. Ohnisko epidemie je především v okolí města Maroua, které bylo nedávno zaplaveno po silných deštích a vzniklé vodní plochy se staly líhněmi komárů. Nemocnice jsou přeplněné a mnoho nemocných musí zůstat pod širým nebem bez ochrany alespoň moskytiérou. Kamerun má navíc dlouhodobé problémy s nedostat-

kem lékařů – průměrně v zemi pracuje 1 lékař na 40 tisíc pacientů.

• Na nejméně 450 milionů dolarů **Světová zdravotnická organizace** (WHO) vyčíslila částku, již bude v příštích 3 letech potřeba k zabránění šíření rezistentní formy malárie z oblasti jihovýchodní Asie do dalších částí světa. Nově se podle WHO malárie rezistentní vůči artemisininu objevila v Myanmaru a Vietnamu, celkově se vyskytuje ve 4 jihoasijských státech. „Pokud by se rezistentní forma tohoto onemocnění rozšířila i jinam, pro světové zdraví by to znamenalo katastrofu,“ varovali zástupci organizace.

• V **Číně** se stále častěji objevují útoky pacientů či jejich příbuzných proti tamním zdravotníkům. Průměrně dojde k napadení zaměstnance nemocnice v každém zařízení jednou za dva týdny. Podle oficiálních statistik stoupl počet útoků na lékaře od roku 2002 o 23 %. Důvody jsou především nedostatek důvěry ke zdravotníkům, dlouhé čekací doby na zákroky a především korupce ve zdravotnictví. Dalším významným faktorem je nevzdělanost vět-

šiny Číňanů a skutečnost, že léčba je pro většinu z nich velmi drahá, takže pokud nepřinesou pozitivní výsledky, nemocní i jejich příbuzní mají tendenci uchýlovat se k násilí.

• **Mexický** prezident Enrique Peña Nieto oficiálně zahájil kampaň proti epidemii obezity v zemi, když vyzval tamní obyvatele, aby začali více cvičit. Navíc tak učinil v době, kdy me-

xický kongres schválil i přes protesty a mohutné lobby potravinářského průmyslu zvláštní daně na nezdravé potraviny a slazené nápoje. Podíl obyvatel s nadváhou je v Mexiku vyšší než v sousedních Spojených státech amerických, navíc v zemi žije nejvíce osob trpících diabetem ze všech 34 států OECD.

(Zdroje: ČTK, AFP, Reuters)

(kha)



20. BŘEZNA 2014
PRAHA, PALÁC ŽOFÍN

roku Sestra 13



Záštitu nad oceněním
převzala Mgr. Dagmar
Havlová za Nadaci
Dagmar a Václava
Havlových VIZE 97



Jedna z vítězek získá
diamantový šperk od



14. ročník soutěže vyhlášené redakcí odborného časopisu Sestra z vydavatelského domu Mladá fronta a. s.

Přihlaste svého kandidáta!

**Dopřejte získat
toto prestižní
ocenění těm,
kteří si jej
opravdu
zaslouží!**

Titul Sestra roku je
udělován ve třech
kategoriích:

- Lůžková
a ambulantní péče
- Komunitní
a sociální péče
- Management
a vzdělávání

Redakce časopisu
Sestra tradičně uděluje
mimořádnou cenu:

- Čestné ocenění
za celoživotní dílo
v ošetrovatelství

Uzávěrka přihlášek nejpozději do 31. 12. 2013

Stručná pravidla soutěže

Soutěž je určena sestřím, porodním asistentkám, sestřím domácí a sociální péče a dalším nelékařským zdravotnickým pracovníkům, kterým se jejich profese stala spíše posláním než pouhým zaměstnáním.

Kandidáty navrhuji jejich kolegové, nadřízení, lékaři, zástupci odborných společností i pacienti. Přístupná je i možnost přihlášení vlastní osoby do soutěže. Všechny přihlášky však musí splňovat podmínky a další náležitosti stanovené v pravidlech soutěže:
<http://sestraroku.zdn.cz/pravidla-souteze/>

PRŮBĚH SOUTĚŽE:

Navrhovatel zašle kompletně vyplněnou přihlášku spolu s písemným odůvodněním návrhu nominace jedním z následujících způsobů:
– e-mailem na adresu sestraroku@mf.cz
– vložením na www.sestraroku.cz

– v obálce označené heslem „Sestra roku 2013“ na adresu redakce časopisu Sestra, Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4.

Akceptovány budou pouze přihlášky doručené nejpozději do 31. 12. 2013. Formulář přihlášky do soutěže najdete v titulech Sestra, Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN, na internetových stránkách www.sestraroku.cz. Též si o něj můžete zažádat prostřednictvím e-mailu sestraroku@mf.cz.

Soutěž probíhá ve dvou kolech. V prvním kole, zahájeném dnem uzávkery soutěže, vybere první nezávislá odborná porota tři finalisty pro každou kategorii. Druhé kolo proběhne na slavnostním galavečeru v březnu 2014 v Praze. Navrhovatelé mají možnost zúčastnit se tohoto večera spolu s finalisty. V tomto závěrečném kole vybere vítěze druhá nezávislá odborná porota složená z významných osobností našeho lékařství, ošetrovatelství, zástupců sponzorů, politické sféry a výherců uplynulých ročníků soutěže Sestra roku.

PODMÍNKY ÚČASTI V SOUTĚŽI:

Soutěžící musí splňovat hlavní kritérium soutěže, kterým je např. nadstandardní přístup při zvládnání náročných situací, vykonání výjimečného činu v každodenní ošetrovatelské praxi nebo intenzivní činnost směřující ke zkvalitňování vzdělávacího systému apod. Postup do druhého kola, tzn. finále soutěže, je možný pouze za osobní přítomnosti finalistů na vyhlášovacím galavečeru. Po oficiálním vyhlášení výsledků soutěže budou vítězům předány věcné hodnotné dary.

Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na:

www.sestraroku.cz

V případě dotazů pište na adresu:
sestraroku@mf.cz

Generální partner



Hlavní partner



Hlavní partner



Záštitu



Garant



www.sestraroku.cz

MEDICAL
SERVICES

mf
MLADÁ FRONTA

Přihlašuji kandidáta do soutěže
Sestra roku 2013 v kategorii:

- Lůžková a ambulantní péče
 Komunitní a sociální péče
 Management a vzdělávání

(vybranou kategorií označte křížkem)

Navrhovatel

Jméno a příjmení navrhovatele

Kontaktní adresa, PSČ

E-mail Telefon

Soutěžící

Jméno a příjmení soutěžící(ho)

Kontaktní adresa, PSČ

E-mail Telefon

Obor, ve kterém soutěžící působí

Funkce

Pracoviště (název zařízení včetně oddělení)

Nejvyšší dosažené vzdělání, kvalifikace

Registrovaná sestra: ano ne Počet let ve zdravotnictví

Publikační činnost

Přednášková činnost

Jazykové schopnosti

Zahraniční stáže

Podpis soutěžícího: Podpis navrhovatele: Datum:

Základní informace o soutěži

Popis aktivit kandidáta odpovídajících hlavnímu kritériu soutěže musí být k přihlášce přiložen na zvláštním papíře ve formě – písemné odůvodnění návrhu/nominace. Rozsah tohoto sdělení by neměl přesahovat jednu normostranu (tj. 30 řádků).

Navrhovatel má povinnost informovat soutěžícího o jeho nominaci, přičemž soutěžící musí s nominací, údaji uvedenými na přihlášce i pravidly soutěže souhlasit. Bez souhlasu soutěžícího nesmí organizátor zařadit přihlášku do soutěže.

Soutěžící i navrhovatel berou na vědomí, že s nimi mohou být pořizovány fotografické snímky, videozáznamy a rozhovory v rámci

dokumentace akce, které mohou být přiměřeně využity organizátorem soutěže pro účely prezentace této akce a reklamu spojenou s ní a dalšími ročníky této akce, a s pořizováním takových záznamů souhlasí.

Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na www.sestraroku.cz

Odesláním přihlášky do soutěže uděluje navrhovatel i soutěžící souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., o některých službách informač-

ní společnosti, a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména že poskytnutí údajů je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na www.mf.cz

Kde jste se o soutěži dozvěděli?

Prostor pro agomelatin ve farmakoterapii deprese

Začátkem října proběhl v Ostravě II. kongres na téma „Léčba v psychiatrii“. Jednou z velmi aktuálních i velmi sledovaných problematik zde byly otázky kolem farmakoterapie deprese. Téma, co lze učinit pro zkvalitnění léčby deprese, zaujalo účastníky nejen během speciálního symposia a následných diskusí.

Klinická realita léčby deprese konvenčními antidepresivy v kontextu s novými poznatky a zejména zkušenostmi v léčbě depresivních poruch agomelatinem tvořila jádra příspěvků profesora Siegfrieda Kaspera a docenta Radovana Příkryla. Přednesli je na ostravském kongresu 11. října, a to na satelitním sympoziu společnosti Servier.

Čím je agomelatin jedinečný

Jedním z poměrně nových léčiv třídy antidepresiv je preparát agomelatin, unikátní svými mechanismy působení. Molekula agomelatinu byla pro svůj agonistický vliv na melatonergních receptorech (MT1 a MT2) původně zkoumána pro využití při narušení cirkadiánní spánkové rytmicity. Preklinické i klinické studie této látky však prokázaly její významný antidepresivní účinek, jenž je dáván do souvislosti s kombinovaným farmakologickým profilem agomelatinu. Konkrétně jde o současné agonistické působení na MT1 a MT2 recepto-

rech a antagonistické působení na receptory 5-HT_{2C}.

To je velmi důležitá vlastnost, protože jak je již nějakou dobu známo, stimulace těchto receptorů (5-HT_{2C}) navozuje u člověka panickou ataku a u zvířat anxiety podobné účinky, zatímco jejich blokáda vyvolává účinky anxiolytické. Možná je v této souvislosti dobré alespoň na okraj připomenout, že podle výsledků preklinických a recentních klinických studií je agomelatin účinný v potlačení symptomů anxiety u depresivních nemocných a prokázal i účinnost u GAD v pilotní práci publikované Danem Steinem, Anttim Ahokasem a Christianem de Bodinatem (*Efficacy of agomelatine in generalized anxiety disorder: a randomized, double-blind, placebo-controlled study*. *J Clin Psychopharmacol* 2008; 28: 561-566).

Antidepresiva jsou účinná, tak na co další?

Přednáška profesora Siegfrieda Kaspera z Lékařské univerzity ve Vídni na sympoziu věnovaném farmakoterapii deprese měla ná-



Předsedajícím symposia byl profesor Jiří Raboch. | Foto: Jana Jilková

zev formulovaný jako otázku: „Antidepresiva jsou účinná, (tak) kde je místo pro agomelatin?“ Potřeba nového léku vyvstala samotným terapeutům při zcela běžné aktuální volbě antidepresiva. Na miskách vah totiž museli klást nejen nesporně pozitivní účinky tradičních antidepresiv, ale i známé nežádoucí účinky spojené s aktivitou neurotransmiterů a receptorovými vazbami.

Profesor Kasper na základě své

bohaté zkušenosti s psychoterapií i farmakoterapií depresivní poruchy neopomněl zdůraznit, že v monoterapii tradičními antidepresivy může být pro pacienta nepřijemné a doslova nechtěné jejich vedlejší působení. Důsledkem může být například emoční oploštělost a „vynulování“. Jak k tomuto jevu s laskavou a mírnou ironií v kuloáru kongresu podotkl: „Ale jistě, po samotném tradičním relativně vhodně zvoleném antidepresivu pacient snad přestane mít špatnou náladu. Bohužel často nebude mít žádnou.“

Podle slov Siegfrieda Kaspera se efekt agomelatinu (oproti placebo i oproti dostupným antidepresivům) vyznačuje nejen významnou a trvalou antidepresivní účinností, ale také účinkem jak na hlavní, tak na celé spektrum symptomů depresivní poruchy včetně již zmíněné úzkosti. Pacienti nesporně profitují také z časného ústupu symptomů po nasazení léku, kdy mohou pozorovat zlepšení sami na sobě již během několika dní. Jak přednášející uzavřel, unikátní profil účinnosti a snášenlivosti léku vede ke zlepšení *compliance* pacientů. Právě to je samozřejmě zásadní podmínkou úspěšnosti léčby.

Deprese, anhedonie a emoce

Příspěvek doc. MUDr. Radovana Příkryla, Ph.D., z Psychiatrické kliniky LF MU a FN Brno nesl ná-

zev „Deprese, anhedonie a emoce: klinická realita v kontextu léčby Valdoxanem“. Zajímavým a neveselým exkurzem do světa emočních vedlejších účinků SSRI byly docentem Příkrylem na kongresu reprodukovány výsledky studie Price a jeho spolupracovníků z roku 2010. Podle této studie na redukcii veškerých emocí (vcelku očekávatelně) těsně navazuje snížená reakce na emoční podněty. Redukce pozitivních emocí ústí ve snížení intenzity či frekvence pocitů radosti, nadšení, štěstí, lásky, vášně... Další možné vedlejší účinky (emoční odloučení přinášející pocity odčizení z vlastního prostředí, sebe sama i blízkých včetně rodiny; nezájem – ať už o sebe, své chování či o názory druhých – až apatie) bohužel bezesporu také zhoršují kvalitu života pacienta. Nejspíš negativně budou on i jeho okolí vnímat eventuální změnu osobnosti, ve smyslu pocitu vlastní odlišnosti depresivního pacienta.

Potěšení na konci tunelu

Na konkrétních případech z vlastní praxe, kazuistikách pacientů s depresí a depresí spojenou s anhedonií docent Příkryl ukázal možnosti úspěšného užití agomelatinu:

Manažerka, 46 let, řadu let léčena pro depresivní poruchu, vystřídalala několik druhů antidepresiv (SSRI, SNRI, NaSSA). Subjektivně se cítila dobře, ale „něco jí chybí“, nedovede reagovat emočně, takřka nic se jí netýká... Po nasazení agomelatinu (25 mg/d) svůj stav při kontrole popisuje, „jako by se prolomila bariéra kolem ní“, a podotýká, že je dokonce schopna se i rozčílit na spolupracovníky, což dříve nebyla.

Praktický lékař, 54 let, po deprese se léčil 3 roky, sám udává jako spouštěcí moment rozvod a starosti s privatizací. Projevovala se u něj typická „4“, tedy deprese, anhedonie, anxieta a insomnie. Po trazodonu sice došlo k úpravě insomnie a zmírnění deprese, anxiety a anhedonie, ale pacienta obtěžuje únava a ospalost. Po nasazení escitalopramu u něj v určité míře přetrvávala anhedonie, k níž přistoupila sexuální dysfunkce. Rychlou úpravu anhedonie, a to bez nežádoucích účinků ve smyslu sexuální dysfunkce, pacientovi přinesla až změna terapie na agomelatin.

Jak docent Příkryl závěrem svého příspěvku zdůraznil, tento lék prokázal i v jeho klinické praxi jasný efekt na zlepšení sociálního fungování, redukuje anhedonii a zvyšuje potěšení. **Jana Jilková**



Prof. Jiří Raboch, prof. Siegfried Kasper a doc. Radovan Příkryl. | Foto: Jana Jilková

FARMABYZNYS

AIFP varuje před reexportem léčiv, podle AEDL z něj zdravotnictví naopak profituje

Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) uveřejnila výsledky analýzy reexportů léčiv v České republice, podle níž za rok 2012 distributoři vyvezli ze země více než 14 milionů balení léků v celkové hodnotě 4,7 miliardy korun.

„Ani v letošním roce se reexport léků Česku nevyhýbá. Jen za prvních 6 měsíců roku 2013 bylo vyvezeno přes 7 milionů balení léčiv v hodnotě 2,5 miliardy korun,“ upozorňuje výkonný ředitel AIFP Jakub Dvořáček. „Souběžný dovoz a vývoz léků je standardní součástí legislativy všech členských států EU včetně České republiky,“ namítá však předseda Asociace evropských distributorů léčiv (AEDL) MUDr. David Rosecký. „Jeho podstata spočívá ve volném oběhu léčiv v rámci celé EU a vychází z ustanovení Smlouvy upravující volný pohyb zboží v rámci vnitřního trhu EU,“ dodává.

Nezbytnost legislativních změn

V loňském roce se podle AIFP distributoři zaměřili především na přípravky určené k léčbě onemocnění krve a krvetvorných orgánů,

chorob nervového systému a nemocí svalů a kostí. V letošním roce se z České republiky vyvážela také hormonální léčiva, výjimkou nebyly ani biologické léky. Reexport je dle vyjádření AIFP způsoben především nízkou cenou léků v České republice, která je většinou stanovena průměrem 3 nejnižších cen v referenčních zemích. „Nízkých cen využívají již zmiňovaní překupníci, kteří levné přípravky určené výhradně pro české pacienty vyvážejí do zahraničí. Na jedné krabici mohou snadno vydělat i několik stokorun. Jejich „podnikání“ je v souladu s evropskou i českou legislativou, byť může ohrožovat dostupnost léčiv a potažmo i zdraví pacientů,“ doplňuje Mgr. Dvořáček.

AIFP na potřebu legislativního řešení paralelního exportu léčiv poukazuje dlouhodobě, v rámci pří-

pomínkového řízení k novelizaci zákona o léčivech například navrhovala, aby každý distributor předem hlásil Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv záměr vyvézt konkrétní přípravek za hranice ČR. V případě ohrožení dostupnosti přípravku pro české pacienty by Ústav mohl vývoz na určitou dobu plošně zakázat. Novela však kvůli nestabilní politické situaci nebyla schválena. Pozitivně proto AIFP hodnotí aktuální opatření ministra zdravotnictví v demisi Martina Holcáta, který přistoupil k jednorázovému zákazu vývozu léčivého přípravku NovoMix 30 FlexPen z ČR (více na str. 19).

Jen 5 % spotřeby

Podle AEDL je souběžný dovoz a vývoz léčiv zásadním konkurenčním prvkem na trhu s originálními léky, všem velkým mezinárodním výrobcům léčiv

komplikuje snahu o úplné rozhodování o cenách léků. Výrobci dle MUDr. Roseckého pracují s vysokými přírůžkami, které zpravidla zdůvodňují náklady na výzkum a vývoj. „Ve skutečnosti však výrobce tím, že stanoví v různých státech Evropské unie různou cenu, sleduje maximalizaci svého zisku. Je důležité zmínit, že pokud by výrobce určil jednotnou cenu pro celou Unii, pak by se souběžný dovoz nemohl uskutečnit – tento se děje jen na základě rozdílu cen,“ upozornil předseda AEDL.

Jak dále uvedl, Česká republika patří mezi země s nižšími cenami léků, nelze však tvrdit, že s nejnižšími. „Pokud by byla pravda, že máme v ČR nejnižší ceny léků, nemohl by se žádný souběžný dovoz uplatnit. Souběžný dovoz léků z hlediska počtu balení či účinných látek do Česka narůs-



Ilustrační foto: Shutterstock

tá což vytváří pro místní zastoupení výrobce novou konkurenci. Nejpodstatnější ovšem je, že díky souběžnému dovozu pacienti mají možnost koupit své léky levněji,“ uvedl MUDr. Rosecký.

Mluví AEDL Josef Záborský vysvětlil, že množství léků na domácím trhu závisí na rozhodnutí výrobců, kolik balení ze svých výrobních linek uvolní pro české pacienty. Dojde-li k výraznějšímu snížení úhrady u některého z léčiv, přestává být další prodej takového léku v ČR pro výrobce atraktivní. Omezí tedy jeho dovoz a tím vytvoří napjatou situaci na trhu. „Podle aktuálních statistik se souběžný vývoz léčiv týká nanejvýš 5 procent celkové spotřeby léčiv v České republice,“ upřesnil Josef Záborský.

(Zdroje: AIFP, AEDL)

(red)

Krátce z farmabyznysu

- Českému výrobcí farmaceutických a veterinárních přípravků, společnosti **Bioteva** v loňském roce vzrostly tržby o 8 % na 770 milionů korun. Zisk firmy se vyšplhal na 144 milionů, což znamená 13% navýšení. Bioteva navíc v roce 2012 kvůli zvýšené poptávce začala s výstavbou nové biotechnologické haly, jež je její historicky největší investicí, a zavedla vícesměnný provoz. Na tržbách společnosti se ze tří čtvrtin podílí export, firma vyvážá své produkty přibližně do 70 zemí světa, v 5 zemích střední a východní Evropy založila dceřiné společnosti. V loňském roce registrovala v Česku 14 nových výrobků, v zahraničí 80, celkem jich vyrábí 170.

- Český výrobce kloubních preparátů **Orling** předpokládá v letošním roce ve srovnání s rokem předchozím o pětinu vyšší dodávky svých výrobků na trh. Produkce společnosti tak stoupne na 120 tun, což představuje zhruba 400 tisíc různých balení výrobků. Očekávaný obrát by měl dosáhnout 68 milionů korun. O polovinu by měl vzrůst i export, který tak letos dosáhne 36 milionů korun a na celkových tržbách firmy se bude podílet 53%. Vzhledem k tomu,

že v České republice, podobně jako v západní Evropě, několik let klesá koupěschopnost obyvatel, k hlavním odbytištím společnosti patří Srbsko, Chorvatsko, Polsko, Bulharsko, Litva a Lotyšsko, ale také Rusko, Turecko, Vietnam nebo Čína.

- Brněnská farmaceutická společnost **Medicom International**, jejíž mateřskou společností je italský koncern Angelini, oznámila nárůst tržeb za rok 2012, a to o 5 % na 1,3 miliardy korun. Zisk firma navýšila 2,5x – na 81 milionů Kč. Tržby Medicomu rostly především díky exportu. Podle výroční zprávy brání větší expanzi společnosti nejrůznější formy regulace trhu ze strany státních orgánů. Zatímco na tuzemském trhu tržby rostly jen zvolna (o 3 %), za hranicí to bylo o více než 10%. Ačkoli prodej zboží mírně klesal, výrazně se zvýšil prodej služeb.

Český trh zůstává pro Medicom stále klíčovým (pochází z něho tržby ve výši 900 milionů korun) a nejvíce na něm rostl prodej antivirotik a psychofarmak. Zatímco předloni firma nejvíce vyvážela na Slovensko, loni to bylo Rumunsko, kam umístila přes polovinu exportovaného zboží. Další významnou destinací je kromě

Slovenska i Polsko. Velký potenciál firma vidí na ruském trhu.

- Francouzská farmaceutická společnost **Sanofi** oznámila pokles číselného zisku za 3. čtvrtletí tohoto roku o 21 % na 1,2 miliardy eur (přibližně 31,1 miliardy Kč). Podle výsledkové zprávy mají negativní dopad na hospodaření firmy především předchozí nákladné akvizice a restrukturalizace, ale také ztráta patentové ochrany některých významných přípravků. Sanofi v tomto čtvrtletí uzavřel firmu jako Aventis, Genzyme či Merovial a tím, jaká je hodnota tohoto majetku v současnosti. Od počátku roku tyto odpisy dosáhly již 2,23 miliardy eur.

Dalších 71 milionů eur činily podle agentury AP mimořádné náklady na restrukturalizaci. Od roku 2008 Sanofi vynaložila na restrukturalizaci více než 5 miliard eur. Tržby společnosti se ve 3. čtvrtletí snížily o 6,7 % na 8,4 miliardy eur (asi 216,2 miliardy korun). Sanofi již oznámila, že očekává zisk za celý letošní rok na dolní hranici předchozího avizovaného rozpětí. Bez zahrnutí vlivu změn

směnných kurzů se má snížit zhruba o 10 %.

- Největší světová farmaceutická společnost **Pfizer** zaznamenala ve 3. čtvrtletí 2013 pokles zisku (důvodem jsou zvýšené odpisy). I tak ovšem zisk překonal původní odhady. Zatímco ve stejném období loňského roku čistý zisk Pfizeru dosáhl 3,2 miliardy dolarů, letos poklesl na 2,6 miliardy dolarů (přibližně 48,7 miliardy Kč). Zisk bez započítání jednorázových položek by dosáhl 3,9 miliardy dolarů a v přepočtu na akcii činil 58 centů, což je 2 centy nad průměrnými odhady analytiků pro agenturu Reuters. Tržby Pfizeru meziročně klesly o 2 % na 12,6 miliardy dolarů.

- Především kvůli konkurenci generických přípravků americké společnosti **Merck** ve 3. čtvrtletí tohoto roku poklesl i zisk i tržby. Čistý zisk společnosti se proti stejnému období loňského roku snížil o 35 % na 1,12 miliardy dolarů (asi 20,9 miliardy Kč). Po odečtení jednorázových nákladů však čistý zisk na akcii dosáhl 92 centů a o 4 centy tak překonal odhady analytiků oslovených agenturou Reuters. Tržby Mercku klesly

o 4 % na 11,03 miliardy dolarů a skončily mírně pod očekávanou úroveň. Po odečtení vlivu silnějšího dolaru byly tržby nižší jen o 2%. Společnost nicméně zvýšila svůj odhad celoročního zisku.

- Generální ředitel izraelské farmaceutické společnosti **Teva Pharmaceutical Industries** Jeremy Levin oznámil, že se rozhodl odstoupit ze své funkce. S okamžitou platností jej přechodně nahradil dosavadní finanční ředitel Ejal Dešeh. Firma již ustavila zvláštní výbor, který bude hledat Levinova stálého nástupce. Jeremy Levin působil jako generální ředitel Tevy od května loňského roku. Koncem letošního října popřel zprávy v izraelských médiích, podle nichž se z vedení chystal odejít kvůli sporu s představenstvem společnosti. Dle izraelské televizní stanice Channel 2 se Jeremy Levin a předseda představenstva neshodovali v otázce zavádění nové firemní strategie.

Teva Pharmaceutical je největším světovým výrobcem generických přípravků, působí ve více než 60 zemích světa včetně České republiky.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

Poskytování léčivých přípravků za symbolickou cenu či zdarma

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) na svých internetových stránkách publikoval stanovisko k možnostem poskytování léčivých přípravků za symbolickou cenu či zcela zdarma.

SÚKL v rámci tohoto stanoviska rozlišuje, jestli jsou léčivé přípravky takto poskytovány za reklamním, či nereklamním účelem (toto považujeme za zásadní změnu). V rámci reklamního poskytování léčiv za symbolickou cenu nebo zcela zdarma platí pravidla stanovená zákonem o regu-

laci reklamy. Vůbec poprvé však SÚKL připouští, že je možné poskytovat léčivé přípravky zdarma nebo za symbolickou cenu, a to za jiným než reklamním účelem. SÚKL jako příklad uvádí, že případy nereklamního poskytování léčiv mohou být zejména následující:

- Poskytování léčiv pacientovi po skončení klinického hodnocení, kterého se tento pacient účastnil a ze kterého profitoval.
- Po registraci LP probíhá správné řízení o stanovení ceny a úhrady. Řízení dosud nebylo skončeno a pacient v tuto dobu započal léčbu s léčivým přípravkem po-

skutným mu zdarma či za symbolickou cenu; poskytování léčiv do konce léčby by tak mělo být indikátorem, že se nejedná o reklamu.

• Vysoce inovativnímu léčivému přípravku (VILP) uplynula dočasná úhrada, ještě není stanovena úhrada trvalá a pacient v mezidobí započal léčbu s daným VILP poskytnutým zdarma či za symbolickou cenu. Pokud je VILP pacientovi i nadále poskytován do konce léčby, pak takové jednání nenaplnuje znaky reklamy.

• Poskytovatel zdravotních služeb (specializované centrum) před

koncem kalendářního roku vyčerpá rozpočet pro léčbu určité skupiny pacientů, který je ze strany zdravotní pojišťovny stanoven pro daný rok. Držitel rozhodnutí o registraci takového přípravku pak může pro rozléčené pacienty poskytnout léčivý přípravek zdarma či za symbolickou cenu, a to na dobu ne kratší než do konce příslušného kalendářního roku.

SÚKL však současně zdůrazňuje (a s tímto je třeba souhlasit), že je třeba posuzovat jednotlivé případy individuálně, s ohledem na konkrétní okolnosti případu. Za zjevné protiprávní jednání by SÚKL považoval případ, kdy by léčivé přípravky byly poskytovány zdarma jen určitému lékaři nebo na základě žádosti lékařů, bez jakéhokoli odborného zřetelnění. Doporučujeme studovat celý text stanoviska SÚKL, který je uveřejněn na internetových stránkách ústavu.

Mgr. Libor Štájer, KMVS

Stanovisko SÚKL k použití očních kapek z autologního séra pacienta

Vyjádření Státního ústavu pro kontrolu léčiv na základě opakovaných dotazů na možnost použití očních kapek připravených nebo vyrobených z autologního séra pacienta pro autologní léčbu syndromu suchého oka.

Oční kapky připravené nebo vyrobené z autologního séra pacienta splňují definici léčivého přípravku podle § 2 odst. 1 písm. a) a b) zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o léčivech“). U těchto kapek je uváděn léčebný efekt u syndromu suchého oka, jehož předpokladem je přítomnost růstových faktorů. Nejedná se tedy o pouhé zvlhčení oka, ale o farmakologické, imunologické a metabolické působení těchto růstových faktorů.

Podle § 25 zákona o léčivech může být uváděn na trh – a tedy být používán pro potřeby pacientů s daným onemocněním – pouze léčivý přípravek registrovaný v souladu s § 26 zákona o léčivech. S ohledem na skutečnost, že taková registrace nebyla do současné doby provedena, je použití očních kapek vyrobených z autologního séra možné pouze v podmínkách klinického hodnocení na základě individuálně nastavených parametrů kvality (zejména s ohledem na dobu použitelnosti a sterilitu léčivého přípravku).

Bez této registrace by bylo použítí předmětného léčivého přípravku možné pouze v případě, že by se jednalo o individuálně připravovaný léčivý přípravek podle § 25 odst. 2 písm. a) bod 1, který by odpovídal požadavkům § 79 odst. 8 zákona o léčivech. Avšak vzhledem ke skutečnosti, že přípravu takového typu léčivých přípravků je oprávněna podle § 79 odst. 2 písm. a) zákona o léčivech provádět pouze lékárna, není možné ji provádět na jiném pracovišti poskytovatele zdravotních služeb.

(Zdroj: SÚKL)

Upozornění na mimořádné opatření MZ ČR

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) upozorňuje na mimořádné opatření Ministerstva zdravotnictví ČR vydané v souvislosti se stahováním některých šarží léčivého přípravku NovoMix 30 FlexPen 100 U/ml, inj. sus., 5x 3 ml, kód SÚKL 0026767.

SÚKL upozorňuje všechny držitele povolení k distribuci léčivých přípravků na mimořádné opatření ministerstva zdravotnictví vydané dne 25. 10. 2013 pod č. j.: MZDR 39256/2013, kterým se zakazuje užít léčivý přípravek NovoMix 30

FlexPen 100 U/ml, inj. sus., 5x 3 ml, kód SÚKL 0026767, k další distribuci či vývozu mimo území České republiky.

Jedná se o mimořádné opatření, které má zajistit dostupnost dostatečného množství balení uve-

deného léčivého přípravku, která nejsou dotčena závadou v jakosti (viz rámeček „Oznámení a upozornění SÚKL“) pro potřeby léčby pacientů v ČR. Další podrobnosti naleznete na www.sukl.cz.

(Zdroj: SÚKL)

Informace SÚKL – Betaloc

Státní ústav pro kontrolu léčiv informuje o povolení uvedení léčivého přípravku Betaloc do oběhu v ČR ve vyrobeném provedení, kdy vnitřní a vnější obal není v souladu s platnou registrační dokumentací.

Ministerstvo zdravotnictví České republiky v zájmu zajištění dostupnosti léčivých přípravků významných pro poskytování zdravotní péče, v souladu s § 11 písm. h) zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech, ve znění pozdějších předpisů, dne

21. 10. 2013 povolilo uvést do oběhu v České republice léčivý přípravek Betaloc 1 mg/ml, inj. 5x 5 ml, reg. č. 58/171/82-C; číslo šarže F0058-1, v množství 7697 balení, jehož vnitřní a vnější obal není v souladu s platnou registrační dokumen-

tačí (chybně uvedená doba použitelnosti 2 roky namísto správného 4 roky).

Tyto odchylky nemají negativní dopad na účinnost a bezpečnost léčivého přípravku.

(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 (dále jen „zákon o léčivech“), informuje o:

• Neodkladným bezpečnostním opatření držitele rozhodnutí o registraci léčivého přípravku **Gynipral** 0,5 mg, por. tbl. nob., 20x 0,5 mg (číslo šarží viz www.sukl.cz), společnosti Nycomed Austria GmbH, Rakousko. Uvedené šarže léčivého přípravku se stahují z úrovně zdravotnických zařízení z důvodu přehodnocení poměru přínosů a rizik výběrem PRAC.

• Neodkladným opatření držitele rozhodnutí o registraci léčivého přípravku **Vibrocil**, nas. spr. sol., 1x 10 ml (číslo šarže: L03624G), společnosti Novartis, s. r. o. Výše uvedená šarže léčivého přípravku se stahuje z úrovně zdravotnických zařízení z důvodu zkrácení doby použitelnosti (z dříve: „3 roky“ na nyní: „2 roky“) a změny podmínek uchování (z dříve: „Uchovávat při teplotě do 30 °C v původním vnitřním obalu.“ na nyní: „Uchovávat při teplotě do 25 °C.“).

• Neodkladným opatření držitele rozhodnutí o registraci léčivého přípravku **Dobica**, por. cps. dur., 50x 250 mg, společnosti Takeda GmbH, Německo, spočívajícím ve

stažení šarží, jejichž čísla najdete na www.sukl.cz. Uvedené šarže léčivého přípravku se stahují z úrovně zdravotnických zařízení z důvodu změny rozhodnutí o registraci – změna způsobu výdeje (z dříve: „Výdej léčivého přípravku vázán na lékařský předpis.“ na nyní: „Výdej léčivého přípravku možný bez lékařského předpisu.“).

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

• Závadě v jakosti léčivého přípravku NovoMix 30 FlexPen, 100 j./ml injekční suspenze v předplněném peru (číslo šarží: CP51095, CP50904, CP50650). Držitel rozhodnutí o registraci, společnost Novo Nordisk A/S, Dánsko, proto na základě § 33 odst. 3 písm. c) zákona o léčivech přijal následující opatření: stažení výše uvedených šarží léčivého přípravku z úrovně pacientů z důvodu závady v jakosti – některé balení přípravku uvedených šarží nesplňují specifikaci pro obsah inzulínu. Předpokládá se, že 0,14% předplněných per přípravku NovoMix 30 FlexPen výše uvedených šarží může mít buď vyšší, nebo nižší obsah inzulínu, což může u pacienta vést k vyšší, nebo nižší hladině cukru v krvi.

(Zdroj: SÚKL)

Černý kašel opět na vzestupu

Státní zdravotní ústav v letošním roce v České republice zaznamenal rekordní výskyt černého kašle. Od ledna lékaři evidovali více než 730 případů. Taková situace u nás panovala naposledy v 60. letech minulého století.

Podle statistik se může černým kašlem v současnosti nakazit až 90 % vnímavé populace. Ochranu poskytuje očkování a pravidelná přeočkování. Nejnebezpečnější je toto onemocnění pro novorozence a seniory, ale rovněž chronicky nemocné pacienty s astmatem či CHOPN.

V České republice se proti pertusi

povinně očkuje pouze v dětském věku (v rámci hexavakcíny získají ochranu kojenci a batolata, poté se přeočkovávají předškoláci a od roku 2009 i děti v 10–11 letech). „Očkování u školních dětí jsme zavedli, protože jsme registrovali stále více nemocných z řad adolescentů. Tyto statistiky poukázaly na fakt, že očková-

ní poskytuje časově omezenou ochranu na 4–12 let, a je tudíž nutné přeočkovávat,“ vysvětluje epidemioložka Státního zdravotního ústavu v Praze MUDr. Kateřina Fabiánová. „Vakcinace snižuje pravděpodobnost onemocnění a zabrání závažným průběhům nemoci. Dospělí navíc očkováním minimalizují přenos černého kašle na nejmenší děti,“ dodává MUDr. Fabiánová.

Nebezpeční dospělí

Podle infektoložky z I. infekční kliniky 2. LF UK a Nemocnice Na Bulovce MUDr. Zuzany Blechové problém nastává v dospělosti, kdy si očkování musí každý člověk hlídat sám. „Často se v ordinaci setkávám s mladými dospělými, kteří o nutnosti přeočkování vůbec nevědí. Přitom



Ilustrační foto: Shutterstock

právě v této věkové skupině máme nejvíce pacientů. Zároveň se jedná o budoucí rodiče, kteří nemocí mohou ohrozit své novorozené dítě,“ zdůrazňuje MUDr. Blechová a varuje, že mírnou formu pertuse proděláme v průměru 2–3x za život. V posledních letech si onemocnění v Česku vyžádalo 4 lidské životy – ve všech případech mu podlehl neočkovaný kojenci, kteří se nakazili od členů rodiny.

Černý kašel

- Před zavedením očkování patřil mezi hlavní příčiny úmrtí dětí na celém světě.
- Navzdory desítky let trvajícím očkování je nejhůře kontrolovaným onemocněním, které je preventabilní vakcinací. I dnes je 5.–8. nejčastější příčinou dětské mortality.
- Ročně na následky tohoto onemocnění ve světě umírá 200–300 tisíc dětí.
- Nemocný člověk může být pro své okolí nakažlivý až 100 dní, tedy včetně inkubační doby a mnohdy i v rekonvalescenci.
- Očkování proti černému kašli poskytuje imunitu po dobu 3–12 let. (Zdroj: SZÚ)

Výskyt černého kašle je na vzestupu i v jiných státech – Rakousko či Německo proti němu chce plošně přeočkovat všechny dospělé. Spojené státy americké pak zavedly vakcinaci pro nastávající matky.

(Zdroj: SZÚ)

(red)

Zájem o očkování proti chřipce překonal odhady

Během října využilo nabídku Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) na očkování proti chřipce zdarma více než 24,5 tisíce lidí. Zájem o vakcínu tak dvojnásobně překonal očkování VZP.

V rámci akce VZP trvající od 1. října do 31. prosince 2013 lékaři během prvního měsíce naočkovali více než 1100 lidí denně. Celkově tak za 22 pracovních říjnových dnů využilo této nabídky 24 582 klientů pojišťovny. Nejvíce zájemců bylo v Praze (3434 lidí), Jihomoravském (3095) a Ústeckém kraji (2555).

VZP zvýšený zájem přivítala, prevence totiž přináší významné úspory. Zatímco náklady spojené s očkováním se pohybují okolo 300 Kč, náklady na léčbu chřipky se

u ambulantních případů pohybují mezi 650 a 1100 korunami, u hospitalizovaných nemocných se pak vyšplhají na 8–35 tisíc Kč. Za loňský rok lékaři vykážali VZP 80 tisíc pacientů s tímto onemocněním. Kromě VZP nabízí svým klientům očkování proti chřipce zdarma rovněž Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra (do konce listopadu 2013) a během října podobnou akci pro své klienty přichystala i Oborová zdravotní pojišťovna.

(Zdroje: VZP, ČTK)

(kha)

Délka kojení a kognitivní vývoj dítěte

Účelem prospektivní studie, probíhající v letech 1999–2003 a dále sledující děti do věku 7 let, bylo zjistit, zda existuje závislost mezi délkou kojení a kognitivním vývojem dítěte a do jaké míry na tento vztah působí matčina výživa – zejména požívání ryb během laktace.

Stav a délka kojení byly zjišťovány u 1200 matek v době, kdy děti byly 6 a 12 měsíců staré. Průměrná délka kojení činila 6,4 měsíce.

Reč byla u dětí vyhodnocena ve věku 3 let pomocí Peabodyho obrázkového testu, jejich vizuálně motorická schopnost ve věku 3 a 7 let, Kaufmanův krátký IQ test společně s vyšetřením paměti a schopnosti učit se byly provedeny ve věku 7 let. Poté, co byly vzaty v potaz sociální faktory, inteligence matky a vliv domácího prostředí, bylo zjištěno, že delší kojení bylo u dětí spojeno s lepším výsledkem testování pomocí Peabodyho obrázkového

slovníku ve věku 3 let a vyšším IQ dle Kaufmanova krátkého testu v 7 letech. Na paměť a schopnost učit se délka kojení nepůsobila. Její prospěšný vliv byl ještě větší u dětí matek, které měly alespoň dvě porce rybiho jídla týdně.

Autoři došli k závěru, že mezi délkou kojení a vývojem řeči, verbální i nonverbální inteligencí dítěte, která se projevuje později v životě, existuje příčinná souvislost, a radí proto, aby kojení pokračovalo pokud možno po dobu 6 měsíců nebo ještě déle, což je také v souladu s mezinárodním doporučením.

(Zdroj: JAMA Pediatr)

(mls)

Zřízena „Linka proti bolesti“

Ve spolupráci Unie pacientů ČR a Centra pro léčení a výzkum bolestivých stavů FN Motol vznikla „Linka proti bolesti“, která pacientům s náhlými atakami průlomové bolesti umožní konzultovat svůj stav s odborníkem.

V současnosti trpí průlomovou bolestí 40–80 % onkologických pacientů. Jejich ataky se nejčastěji vyskytují u nemocných s nádory plic, prostaty, konečníku či prsu, nezřídka rovněž při metastatickém postižení kostí nebo páteře a prorůstání nádorů do nervových pletení.

Průlomová bolest je definována jako přechodné vzplanutí intenzivní bolesti s náhlým začátkem a délkou trvání od několika minut po několik hodin. Je jedním ze symptomů nádorové bolesti a postihuje i pacienty s dobře nastavenou analgetickou léčbou bolesti základní.

Kvůli vysoké intenzitě významně snižuje kvalitu života nemocného. K řešení těchto náhlých ataků bolesti je žádoucí doplnit terapii nemocných o tzv. záchrannou (rescue) medikaci.

Bezplatné konzultace

Z každodenní lékařské praxe je zřejmé, že průlomová bolest představuje závažný klinický problém s negativním dopadem na celkovou úspěšnost analgetické léčby, který u nemocných vyvolává stav vyčerpání, deprese, nespokojenosti s léčbou a zvyšuje počet návštěv

u lékaře. Významným přínosem pro pacienty s náhlými atakami průlomové bolesti se tak mohou stát rychle přístupné informace a možnost konzultace aktuálního stavu pacienta s lékařem. Právě z těchto důvodů byla při Centru pro léčení a výzkum bolestivých stavů FN Motol pod vedením primáře MUDr. Jiřího Kozáka, Ph.D., zřízena „Linka proti bolesti“. Pacienti mohou na telefonním čísle 800 77 44 77 od pondělí do čtvrtka (od 14 do 18 hod) bezplatně konzultovat svůj stav s odborníky.

(red)

Papilární karcinom štítné žlázy u příbuzných

Podle výsledků studie otištěné letos v říjnu v *JAMA Otolaryngology – Head & Neck Surgery* mají i vzdálení příbuzní pacientů s papilárním karcinomem štítné žlázy, což je nejčastější typ maligního tumoru tohoto orgánu, zvýšené riziko zmíněného onemocnění.

Data studie pocházejí z multigenetické databáze ve státě Utah a tamějšího státního úřadu pro registraci maligních nádorů z let 1966–2011. Zahrnují informace o 4460 pacientech a jejich manželech/manželkách, jejichž riziko bylo srovnáno s kontrolní populací 22 ti-

síc obyvatel státu Utah. U blízkých příbuzných (příbuzní 1. stupně – rodiče, děti a sourozenci) je toto riziko přibližně pětinasobné, u příbuzných 2. a 3. stupně (prarodiče, vnoučata, strýčkové a tety, synovci a neteře či bratrance a sestřence) pak zhruba dvojnásobné.

Autoři zdůrazňují nutnost dalších výzkumů k objasnění genetické predispozice familiárního papilárního karcinomu štítné žlázy a doporučují, aby byl u této skupiny lidí zajištěn optimální screening.

(Zdroj: JAMA Otolaryngology – Head & Neck Surgery)

(mls)

Česká dermatologie je na světové úrovni

Česká akademie dermatovenerologie uspořádala v Brně svůj 19. Národní dermatovenerologický kongres s cílem představit obor jako významnou součást medicíny, jeho potenciál mezioborové spolupráce a vlastní výzkum.

K tématům kongresu patřily například genetický základ kožních nemocí, vliv vnějšího prostředí na kůži, závažné a život ohrožující stavy nebo sexuální přenosné infekce. Součástí diskutované problematiky byly i otázky kvality života postižených lidí včetně psychologického dopadu a společenské reflexe. Velkým tématem pro dermatology v současnosti zůstává také psoriáza, která má každoročně na konci října svůj světový den.

Podle předsedy České akademie dermatovenerologie a přednosta

I. dermatovenerologické kliniky LF MU a FN u sv. Anny a Dermatovenerologické kliniky LF MU a FN Brno prof. MUDr. Vladimíra Vašků, CSc., by se dermatovenerologie měla dívat na člověka s kožním onemocněním skutečně komplexně. „Proto na odborném fóru diskutujeme nejen o otázkách spolupráce na evropské úrovni, lepší diagnostiky a účinnější léčby, ale velký prostor věnujeme i dopadu těchto chorob na pacientovu psychiku. Zejména je-li choroba na první pohled viditelná a výrazně handicapuje postižené-

ho v osobním, rodinném i pracovním životě. Jako příklad je možné uvést lupénku, která zde pravděpodobně vždy bude, atopický ekzém, ztrátu pigmentace kůže nebo nádorová onemocnění,“ uvedl na kongresu profesor Vašků.

Na světové úrovni

Aktuální otázkou léčby psoriázy se účastníci kongresu zabývali i v souvislosti s její biologickou léčbou. V případě lupénky jde o celkové systémové onemocnění se závažnými důsledky jak na vlastní zdravotní stav nemocné-

ho, jako jsou rizika kardiovaskulárních onemocnění, tak na jeho kvalitu života. Problémem jsou přitom vysoké náklady na biologickou léčbu. „Neléčená psoriáza dopadá na kvalitu života pacienta, ale rovněž na příbuzné, a v této souvislosti se i drahá biologická léčba vyplácí. Jeden těžký psoriatik je schopen velmi významně zatížit několik členů rodiny a zvýšit i jejich nemocnost. Z ekonomických ale i čistě lidských a medicínských důvodů je biologická léčba psoriázy velmi mocná věc, která dokáže zásadně měnit kvalitu života pacientů,“ dodal prof. Vašků.

Brněnský kongres rovněž potvrdil postavení české dermatovenerologie v mezinárodním kontextu. Zúčastnil se jej i dr. Marius Anton Ionescu zabývající se bariérovou ochranou kůže, který působí na dermatovenerologické klinice Hôpital Saint-Louis v Pa-



Prof. Vladimír Vašků. | Foto: David Daniel

říži a ve francouzském Institut national de la santé et de la recherche médicale. Podle Vladimíra Vašků je dokladem úrovně české dermatologie i fakt, že se prof. MUDr. Jana Hercogová, CSc., z Dermatovenerologické kliniky 2. LF UK a Nemocnice Na Bulovce stala prezidentkou *European Academy of Dermatology and Venerology* a že je v této prestižní instituci Česká republika zastoupena 150 odborníky. „Díky naší akademii se českým dermatovenerologům otevírá cesta ke vzdělání ve světě,“ uzavřel profesor Vašků.

David Daniel

V Brně implantovali první kochleár dítěti

Po roce, kdy ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně působí kochleární centrum pro dospělé, lékaři přistoupili k aplikaci kochleárního implantátu u dítěte. Operace malé Denisy z Valašského Meziříčí se uskutečnila na Klinice dětské ORL LF MU a FN Brno.

Důvodem k rozšíření péče centra kochleárních implantací na dětské pacienty bylo zpřístupnění této léčby dětem z moravského regionu, které zatím byly odkázány na pražské centrum. Pro malé pacienty a jejich rodiče však dojíždění na nezbytné pravidelné kontroly bylo obtížné.

Mezi dětskými a dospělými pacienty je podstatný rozdíl – pokud jde o prelingválně neslyšící dítě, je v určitém věku velká naděje na rozvoj řeči. Kolem čtvrtého roku

života dítěte totiž nastává časové okno, kdy je člověk schopen se velmi dobře učit strukturu řeči. Po tomto období mozek takovou schopnost ztrácí, a pokud se promešká, už se mluvit nenaučí.

Co znamená zvuk

První operované dítě v Dětské nemocnici FN Brno bylo vybráno jako vhodný adept pro aplikaci kochleárního implantátu ještě v době, kdy bylo v péči kojeneckého ústavu. „To, že Denisa ne-

slyší, se zjistilo, když jí byly tři měsíce. Rozhodli jsme se, že si ji vezmeme, už v kojeneckém ústavu totiž věděli, že bude vhodným kandidátem pro kochleární implantaci. Nejprve jsme začali dojíždět do Prahy, pak se naskytla možnost využít pracoviště v Brně,“ říká paní Marcela, v jejíž péči Denisa je.

Podle přednosta Kliniky dětské ORL LF MU a FN Brno prof. MUDr. Ivo Šlapáka, CSc., který první brněnskou implantaci provedl, bylo nejděležitější částí operace zavedení miniaturních elektrod, jež bylo třeba zasunout do nitra kochley. „U dětí, které nikdy neslyšely, je situace jednodušší, pacient se po nastavení elektronického zařízení bude učit, co zvuky znamenají, a bude se u něj rozvíjet řeč,“ uvedl profesor Šlapák. Problém přitom nebude znamenat ani růst dětského organismu, protože se elektroda do hlemýžďe ve vnitřním uchu zanoří jen částečně a její zbylá smyčka se během růstu bude napínat. Trénink bude trvat zhruba rok, dítě v té době bude v péči foniatřů, logopedů a techniků. V listopadu by v Brně měly dostat kochleární implantát další dvě děti. David Daniel



Prof. Ivo Šlapák. | Foto: Martin Ježek

Kochleáry u nás voperovány již více než 500 dětí

Za 20 let své existence pomohl program kochleárních implantací zřízený na Klinice ušní, nosní a krční 2. LF UK a FN Motol navrátit sluch více než 500 dětí.

Kochleární implantáty u nás byly poprvé zkoušeny na počátku 90. let u ohluchlých dospělých pacientů. Impulzem pro využití léčby u dětí se stala implantace přístroje českému chlapci ohluchlému po zánětu mozkových blan, kterého v roce 1992 v Hannoveru operoval jeden z průkopníků kochleárních implantací prof. Ernst Lehnhardt. O rok později již ve FN Motol byly implantovány další dvě děti a v roce 1994 vznikl program kochleárních implantací u dětí při FN Motol.

Zpět do běžného života

Podle údajů Světové zdravotnické organizace (WHO) je ztráta sluchu druhým nejtěžším postižením člověka (hned za postižením mentálním). Jejich výskyt se v populaci odhaduje na 3 z 1000 živě narozených dětí, u třetiny z nich se jedná o poruchu těžkou. Sluch je jediným smyslem, který lze u velkého počtu neslyšících obnovit pomocí elektrického dráždění nervových zakončení vnitřního ucha. Právě na tomto principu je založena léčba pomocí kochleární implantace

„Kochleární implantát neslyšícímu jedinci zprostředkovává sluchové vjemy přímou elektrickou stimulací sluchového nervu uvnitř hlemýžďe vnitřního ucha. Přístroj funguje na bázi přenosu energie a signálu pomocí elektromagnetické indukce,“ vysvětluje vedoucí Centra kochleárních implantací u dětí FN Motol doc. MUDr. Zdeněk Kabelka, Ph.D. Implantace dává dětem šanci naučit se mluvit, přibližně 60% jich je schopno studovat na běžných školách. „Nositelé kochleárních implantátů se zapojují prakticky do všech běžných činností a v každodenním životě již nepotřebují asistenci tlumočnicka. Znám pacienty, kteří se naučili cizí řeč, dokáží poslouchat hudbu a telefonovat. Omezení nepocítují ani v oblasti sportu,“ popisuje docent Kabelka. Přístroj je nejvhodnější implantovat mezi 1. a 3. rokem věku dítěte. Za určitou hranici lze považovat 6 let věku, kdy již mozek sluchové centrum přepojil pro jiné účely a implantát nedokáže adekvátně využit. (red)

LÉKAŘSKÁ STATISTIKA

Jaká data statistika potěší?

Statistické studie jsou v oblasti medicíny nutností, a proto jsou také stále častěji vyžadovány. Jen velmi malá část lékařů zpracovává svoje data bez pomoci odborníka – statistika. Vyhledáním statistika ovšem lékaři práce nekončí. Zdravotník a statistik mluví každý naprosto odlišným jazykem, proto je pro správnost závěrů analýzy nezbytné, aby se domluvili a vzájemně pochopili. Tento příspěvek si klade za cíl ulehčení spolupráce obou stran.

Jak začít?

Jestliže máte šanci před samotným sběrem dat vyhledat statistika, udělejte to. Poradí vám, jak velký je **minimální nutný rozsah souboru** pro ověření vašich hypotéz, jaký **formát pro data** zvolit, řekne vám, které **metody** jsou pro řešení konkrétního problému vhodné, zvládně poradit i několik **triků**, jak si ušetřit práci, a zodpoví vaše dotazy.



Mgr. Lenka Blažková
analytička a konzultantka,
StatSoft CR, s. r. o.

kona o ochraně osobních údajů byste rodná čísla nikdy neměli předat statistikovi, totéž platí pro jména pacientů a další osobní údaje jako adresa nebo telefon; přesvědčte se, že v souboru ke statistickému zpracování tyto citlivé informace nejsou! a po-

užijte jednoduše pořadová čísla. V minulosti existují případy, kdy se rodná čísla dvou lidí shodovala. Problémů z toho plynoucích je lepší se vyvarovat. **Každá tabulka by měla obsahovat sloupec s ID.** Pokud jsou data uložena ve více tabulkách, dají se za předpokladu, že každý pacient má svoje unikátní číslo, na základě ID spárovat údaje z různých tabulek, které patří téže osobě. Použití ID zaručuje dostatečnou anonymitu pacientů, pokud je ovšem pro lékaře nutné později zjistit jméno konkrétního pacienta reprezentovaného pouze jeho ID číslem, původní záznamy lékařů (obsahující jak údaje o pacientech, tak přiřazené ID) to umožní.

• Pokud některý údaj **chybí**, nechte v příslušné buňce tabulky **prázdné místo**. Vepisování nul či jiných znaků vede k nepřehlednější souboru. Navíc nelze rozlišit, zda byla 0 naměřená, či zda je v buňce proto, že údaj nebyl zjištěn.

Zkuste data učesat, než je předáte

Nejčastěji bývají data uložena v tabulce nebo několika tabulkách aplikace Excel. Jak má taková tabulka v ideálním případě vypadat? Předpokládejme, že data tvoří záznamy o léčených pacientech.

• **První řádek tabulky obsahuje záhlaví:** Jde o stručné označení jednotlivých sledovaných veličin a parametrů, ideální je užití krátkých výstižných názvů bez diakritiky (čeština může některým statistickým programům dělat potíže). Některé statistické programy také zakazují mezery, tečky nebo další určité znaky v názvu, mohou omezovat jeho délku a například zakazovat číslici jako první znak.

Nr	gender	age (years)	body stature (m)	BMI (kg/m ²)	body weight pre (kg)	post 1.stage (kg)
1	M	33	1,73	23,9	71,5	70,1
2	M	41	1,8	22,5	73,0	71,2
3	M	52	1,86	23,1	80,0	76,2
4	M	40	1,78	25,3	80,1	77,1
5	M	40	1,83	27,2	91,1	89,9
6	M	35	1,75	23	70,3	69,9
7	M	42	1,77	23,6	73,9	71,7

• **Ve zbylých řádcích** jsou záznamy hodnot sledovaných veličin a parametrů pro jednotlivé pacienty. Co řádek, to jeden pacient.

• **Identifikační číslo (ID):** Každý pacient by měl mít své (unikátní) identifikační číslo. Raději se vyhnete rodným číslům (podle zá-

• Tabulka ke zpracování by neměla obsahovat **žádné souhrnné řádky (součty, průměry atp.)**, neboť statistické programy načtou jako proměnnou vždy všechny hodnoty sloupce. Jestliže souhrny potřebujete, mohou být na několika posledních řádcích tabulky, ale neměly by se volně

	A	B	C
1	Název	Celý název	Význam
2	HIE	Hypoxicko ischemická encefalopatie	stav, kdy mozek není dostatečně okysličován, podle závažnosti rozdělujeme na skupiny I., II. a III. (nejhorší stav)
3	S-urea	Krevní sérum - močovina (mmol/l)	normální hodnoty: 0 - 6 týdnů 1.7-5.0 , 6 týdnů - 1 rok 1.4-5.4
4	SDate	Start date	datum, kdy začala léčba
5	Age	Gestační věk	stáří novorozence včetně prenatálního vývoje (jendotka: týdny)

střídat s původními daty. Jakmile je jejich výskyt v souboru náhodný, musí statistik taková data odmazávat manuálně a stojí to hodně času i energie. Navíc je u všech ručních úprav větší pravděpodobnost výskytu chyb.

• Zachovávejte **konzistenci v záznamech:** Například „M“ a „m“ a „muž“ ve sloupci udávajícím pohlaví může statistický program vyhodnotit pokaždé jako různou hodnotu. Použité výrazy by měly být vždy identické, zejména je zapotřebí ohlídat, že jste omylem nevložili mezeru před samotné slovo. Zkontrolujte i malá a velká písmena, některé programy je nerozlišují, ale jiné ano.

• **Pro oddělení desetinných míst používejte vždy stejný znak** (buď tečku, nebo čárku).

• **Opakovaná měření:** Pokud opakovaně zaznamenáváte nějakou charakteristiku o pacientovi v průběhu léčby, v názvu proměnné by měl být obsažen (vždy stejný) název parametru a příslušný časový kód (1D, 3M, 1Y) oddělený nejlépe podtržítkem (příklad: **krea_1D**).

• **Datum:** V praxi nezáleží, jaký formát pro datum použijete, ověřte si ale, že je stejný v celém souboru, popřípadě ve všech tabulkách.

S takto upravenými daty již statistika nevydělá. Analytici jsou sice po očištění a úpravě dat schopni vyhodnotit leccos, ale uvědomte si, že vhodným zpracováním do přehledných tabulek v první řadě děláte něco užitečného, co po vás už nikdo nebude muset opakovat, a také snižujete finanční náklady na komerční zpracování statistikem-externistou.

Slovníček

Na paměti ovšem mějte, že statistik je jenom obyčejný člověk. Nejsou mu vlastní zkratky, jež lékaři užívají denně. Uvítá proto, když v souboru s daty bude i list, v němž budou k jednotlivým proměnným (nejlépe seřazeným dle abecedy anebo podle pořadí výskytu v tabulce) následující údaje:

1. **Použitý název (zkratka)** v záhlaví tabulky a celý název, stručný popis, co proměnná znamená.
2. **U číselných údajů** vždy teoreticky možné **minimum, maximum, rozsah** pro normální a abnormální hodnoty (statistik neví, co je vysoký cholesterol, je potřeba mu explicitně říci, že si má všimnout hodnot HDL pod 1,4 a LDL nad 3,4). Pro správný přístup k měřenému parametru též potřebuje vědět, zda jsou hodnoty **spojité** (proměnná může nabývat jakékoli hodnoty z nějakého intervalu), nebo **diskrétní** (možné jsou jen některé hodnoty, např. 1, 2, 3, 4, 5, a žádná další – tj. nelze naměřit 2,5). Dobré je uvést i případné jednotky, v nichž je veličina měřena.
3. **U kategoričkových veličin** uvést vždy všechny teoreticky možné hodnoty. Pokud existuje nějaké přirozené pořadí kategorií (jež chcete zachovat v grafech atp.), uveďte je.
4. **Kódované údaje** – pokud jsou jednotlivé kategorie kódovány (např. hodnoty 0, 1), uveďte, co který kód reprezentuje (tedy 0 = muž, 1 = žena apod.).

Zadání

Zadání analýzy by mělo obsahovat stručný úvod do problemati-

ky, které se věnujete. **Nejdůležitější je ovšem seznam otázek, na něž hledáte odpověď, nebo hypotéz, které potřebujete ověřit.** Nic nezapomeňte a buďte dostatečně detailní. Jestliže se vám nedaří jasně zformulovat, co potřebujete znát, obraťte se na statistika.

Někdy je spíše na škodu, když se snažíte vyjmenovat statistické metody, jež jsou z vašeho pohledu vhodné nebo obvyklé. Vše totiž závisí na datech a je možné, že ve vašem případě bude vhodný jiný postup než ten, který jste měli možnost zahlédnout v článku na podobné téma. Někdy je taková specifikace také zbytečně široká, například pojem multivariátní analýza zahrnuje všechny metody, kde se vyskytuje více proměnných, od regresních úloh až po exploratorní vícerozměrné techniky. Statistikovi tak lépe poslouží jiná studie na podobné téma, kde se pracuje s pro medicínu obvyklými statistickými metodami.

Je důležité, abyste uvedli, které proměnné jsou pro vás závislé (vysvětlované pomocí ostatních) a které nezávislé (slouží tedy jako vysvětlující parametry). Někdy je vztah symetrický, není podstatné rozdělení na závislé a nezávislé proměnné, tuto skutečnost případně uveďte.

Telefonicky nebo při osobním setkání si vzájemně vše vyjasníte. Ověřujte, že si vzájemně rozumíte, například parafrázováním požadavků druhé strany.

Účel

• Nezapomeňte uvést, pro jaké účely výstup potřebujete – je pro vás vhodnější **dokument Word**, nebo **prezentace v PowerPointu**? Pokud již máte k dispozici šablonu pro požadovanou prezentaci, zašlete ji statistikovi – budete tak mít méně práce s upravováním formátu.

• Budete grafy **tisknout pouze černobíle**, a je pro vás tedy dobré, aby již byly **generovány ve stupních šedi**?

• **Potřebujete editovat tabulky a grafy**, nebo mohou být ve formě obrázků?

• Některý **software** poskytuje anglický i český výstup. Informujte se, v jakém programu budou vaše data zpracovávána a zda je dostupná **jazyková verze**, která vám nejlépe vyhovuje.

Všechny tyto podrobnosti jsou důležité; pokud si je uvědomíte až v době, kdy už je statistik v polovině práce, může to znamenat nutnost zpracovávat vše od začátku. Proto i zde platí heslo: dva-krát měř a jednou řež.

eHealth a telemedicína:

Regionální koncepce v eHealth – 14. díl

V minulém dílu jsme se zabývali nemocničními informačními systémy. Jedná se o soustavy, které mají za cíl propojit nemocnice, ale i ostatní zdravotnická zařízení tak, aby mezi nimi fungovala elektronická komunikace. V dnešním pokračování se na tyto systémy zaměříme v rámci jednotlivých regionů.

Jedním z politických přístupů uplatňovaných i ve zdravotnictví je budování regionálních zdravotních uskupení. Regionální spolupráce se uplatňuje na všech kontinentech. V Africe se jedná například o projekt EAIDSNet (East African Integrated Disease Surveillance Network, tj. Východoafrická integrovaná síť dohledu nad nemocemi) zaměřený na dohled a prevenci infekčních onemocnění. Vznikl v Tanzanii a postupně se rozšířil do celé východní Afriky. Cílem projektu je přispět k regionální integraci členských zemí. Jde i o sdílení zdravotních informací mezi nimi.

V Austrálii se zase uplatňuje například program *The National Primary Health Care Strategy* neboli Národní strategie primární zdravotní péče. Za jeden ze základních kamenů považuje nejen regionální integraci v eHealth, ale zdravotnictví všeobecně. Na americkém kontinentu zaštiťuje regionální spolupráci v oblasti eHealth organizace PAHO (Pan American Health Organization, tedy Panamerická zdravotní organizace).

Evropská unie prosazuje strategii ve vytváření regionálních systémů pro zdravotnická zařízení. Zdůrazňuje důležitost podpory státu v oblasti koordinace rozvoje eHealth. V Rusku je významnou

firmou AKSIMED, tvořící regionální systém. Propojuje soukromý i veřejný zdravotnický sektor, lékařské fakulty, pojišťovny a zdravotnické orgány.

Stmelování zdravotnických zařízení do jednoho celku v rámci kraje je rozvíjeno i u nás v České republice. Jedním z mála regionů, kde systém funguje v praxi, je Olomoucký kraj. Řada zdravotnických zařízení tam používá integrovaný klinický informační systém (IKIS), který vyvinula česká společnost Medical Systems. K rozvoji systému dochází také v Královéhradeckém kraji, kde jsou zejména centralizovány laboratoře, sjednocují se nákupy a tzv. *facility management*, tedy řízení podpůrných činností daného zdravotnického zařízení.

Předcházení chybám i úspora prostředků

Aby bylo možné elektronicky propojit několik zdravotnických zařízení, je nezbytné sjednotit jejich informační systémy. Jedná se například o technologické sjednocení systémů (jednotné výstupy a statistiky poskytované zdravotnickými zařízeními na centrální úrovni) či sjednocování pro-



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

cesů a způsobů vedení zdravotnické dokumentace. Propojení informačních systémů přináší úspory zejména v oblasti centrální správy.

Velkou výhodou regionálních zdravotnických informačních systémů je, že mají společné datové centrum. Zdravotnická zařízení sdílejí společnou databázi s jednotným centrálním registrem pacientů. Tím se předchází chybám v datech o pacientech a je umožněna efektivnější péče o ně. Vyšetřující lékař má okamžitý přístup k pacientově zdravotní dokumentaci a může pracovat s výsledky vyšetření, která byla pacientovi provedena v jiném zdravotnickém zařízení. Tím pádem dochází k úspoře času i finančních prostředků za případná opakovaná vyšetření.

Regionální systém musí zajistit sdílení dat dostupné v reálném čase. To znamená, že data musejí být aktuálně platná ihned v okamžiku, kdy lékař provádí vyšetření pacienta. Samozřejmostí je rovněž zajištění bezpečnosti poskytnutých dat proti jejich zneužití. To zahrnuje systém přístupových práv, ale také evidenci aktivní a pasivní činnosti uživatele v systému. Aktivní činností jsou myšleny všechny úkony spojené se zápisem či změnou dat. Pasivní činnost zahrnuje aktivity spojené s nahlížením do dokumentace pacientů.

V rámci regionálních zdravotnických systémů jsou propojena zdravotnická zařízení různých typů – například polikliniky, nemocnice, ordinace praktických lékařů či zdravotnické záchrané služby.

Implementace regionálních systémů

Využití regionálních informačních zdravotnických systémů nemusí být dlouhodobá a náročná práce. Praktické zkušenosti přinesl například právě IKIS, apli-



ilustrační foto: Shutterstock

kovaný v rámci společnosti, která provozuje 15 nemocnic v České a Slovenské republice a k nim několik dalších zdravotnických zařízení. Jejich zkušenosti, prezentované na konferenci o eHealth pořádané letos Fakultou biomedicínského inženýrství ČVUT, hovoří jasně: Aby změny nebyly vnímány negativně, je vhodné je zavádět postupně. Je lepší systém nejprve zavést a začít používat a teprve poté se soustředit na další dílčí procesy. Těmi mohou být sjednocování způsobu vedení zdravotní dokumentace, sdílení IT služeb atd.

Aby byl celý projekt úspěšný, je nezbytné splnění několika základních požadavků. Musí být jasně definované jeho cíle. Nejčastější příčinou neúspěchu jsou nejasné cíle či jejich změny v průběhu projektu. Je také důležité znát definici míry úspěšnosti projektu. To znamená, že musí být jasné, podle jakých měřitelných kritérií bude hodnocen. Nezbytností je vytvoření řídicího výboru projektu a dalších pracovních týmů podílejících se na realizaci projektu. Řídicí výbor je zastoupen oběma stranami, tj. dodavatelem i odběratelem. Musí být jasně definován způsob komunikace a rozsah kompetencí jak celého řídicího výboru, tak i jednotlivých členů. Struktura řízení je hierarchická.

Konfigurace na míru

Před zahájením projektu je nutné stanovit etapy projektu a jeho milníky (jak v rámci etap, tak i události, které etapy zahajují a ukončují). Stejně jako u celého

projektu je i u jednotlivých etap nutné definovat cíle konkrétní etapy a míry tolerance (z hlediska času, rozsahu, financí a tak dále).

Během trvání projektu může docházet ke změnám nebo mohou vyvstat požadavky na změny. Je důležité se těmito okolnostmi zabývat a zjistit, zda jsou změny možné či zda se nezmění na riziko pro celý projekt.

V průběhu celého procesu musejí být evidována možná rizika projektu. Nutností je jejich pravidelné vyhodnocování. Tím je míněno, zda riziko je hrozbou či příležitostí, které mohou výsledek projektu ovlivnit. Je nutné důsledně s těmito aspekty pracovat a určovat postup, jaké budou reakce na hrozby či příležitosti.

V návaznosti na definici cílů projektu je potřeba určit další kroky či procesy, které budou následovat po spuštění regionálního informačního systému. Může se jednat například o procesy vedoucí ke sjednocování vedení zdravotnické dokumentace či požadavky na nastavení kontrol a reportů z hlediska vykazování zdravotním pojišťovnám nebo manažerské reporty.

Před implementací regionálního informačního systému do zdravotnických zařízení tedy vůbec není nutné budovat složité projektové týmy ani věnovat přílišné úsilí přípravným pracím. Požadované procesy jsou nastavovány přímo při vlastní instalaci v daném zařízení, a to podle požadavků jednotlivých nemocnic. Systém je nakonfigurován konkrétní nemocnici na míru.



ilustrační foto: Shutterstock

REPORTÁŽ

Nahlédnout pod povrch

– tajemství výroby nitroočních čoček

Nahlédnout pod povrch tajemství vzniku nitroočních čoček máme možnost díky exkluzivní exkurzi do výrobního závodu společnosti Alcon v irském Corku. Překvapivým poznatkem je například vysoký podíl rukodělné práce v tomto špičkovém odvětví, navzdory tomu, že podnik produkuje řádově miliony čoček ročně.

Pacient s kataraktou si na moderním oftalmologickém operačním sále může připadat jako v řídicím středisku NASA. Obklopen přístroji – femtosekundovým laserem, fakoemulzifikátorem, operačním mikroskopem atd., díky nimž bude mít během pár minut v oku implantovanou zcela novou, šestimilimetrovou akrylátovou čočku, kterou oční chirurg právě vyjímá ze sterilního obalu... Pojďme se však podívat, co předchází tomu, než se takto zabalená čočka na sál vůbec dostane.

Soustruh a mikroskop

Cesta po výrobním „kolečku“ v továrně na nitrooční čočky začíná poněkud nečekaně v místnosti, kde pracují soustružníci a frézaři na ultrapřesných přístrojích. Na rozdíl od představy, která je s tímto povoláním běžně asociována, se jedná o vysoce kvalifikované a vyškolené specialisty na jemnou mechaniku – jejich pracovním nástrojem je počí-

tač a mikroskop. Pomocí strojů, které umožňují opracování kovu s přesností na mikrometry, se zde vyrábějí raznice na umělohmotné formičky, do kterých později budou „odlity“ samotné čočky. Na obrazovce počítače je pak vidět kovový povrch matrice a všechny nerovnosti v mnohonásobném zvětšení. Finalizace a úprava kovové součástky musí být zcela precizní, proto je tato práce svěřena pouze zkušeným (často i diplomovaným) operátorům po několikaletém školení.

Formy se liší nejen dle typu nitrooční čočky, ale v rámci jednoho druhu i dle konkrétní zrakové vady, kterou má čočka ve výsledku korigovat. Zjednodušeně řečeno – každá individuální korekce zraku (ať už odstupňované dioptrické hodnoty pro krátkozrakost a dalekozrakost nebo korekce astigmatismu) má svoji čočku „na klíč“, tím pádem i svoji formičku pro čočku. U každého modelu nitrooční čočky je tak podle slov me-

chaniků potřeba připravit cca 150 různých druhů kovových matic pro plastové formičky (pro čočky monofokální, multifokální, torické a samozřejmě pro jednotlivé korekce, čili počet dioptrií). Tyto matrice jsou po svém vyrobení prakticky nezníčitelné a mohou sloužit dlouhou dobu.

Ve formičce do trouby

Nyní již oblékáme ochranný oděv a pomůcky a vydáváme se do čisté výroby. Následuje hala s automatickým litem na plast, který produkuje umělohmotné formy pro jednotlivé čočky. Díky vyměnitelným nástavcům, na které se coby „kopyto“ nasazují kovové raznice, lze kdykoli přenastavit výrobu na požadovaný model a typ. Na jedné straně je do stroje naspáván polotovar – granulát, na druhé straně každých 40 vteřin vyjždí 8 nových formiček.

Klíčový krok přichází v následující místnosti, jež je de facto laboratoř a místem, kde vzniká samotný základ budoucích čoček. Nejprve musí první operátor ručně a zcela přesně spojit dvě poloviny plastové formy do jedné, jejíž vnitřek se pak stane „lůžkem“ pro čočku. Ihned poté si spojené formy odebírají laborantky, které do nich ručně vstříknou žlutý tekutý monomer z pŕilítrových injekčních nádob. Injekování potřebného množství dávky pracovník ovládá nožním pedálem, za minutu může takto odbavit kolem deseti budoucích čoček.

V předsálí laboratoře jsou již připraveny elektrické pece, ve kterých se z monomerního polotovaru stává polymerizací výsledný produkt. Činitelem této reakce je teplo, průměrná teplota, která postačuje na iniciaci a dokončení procesu polymerizace, se pohybuje okolo 70–100 °C.

Několik stupňů kontroly

Hotové nitrooční čočky následně procházejí dalšími výrobními kroky: finalizace, několik stupňů kontroly a balení. Poté, co je ukončen proces polymerizace, jsou ve formičkách ve speciálním stroji promývány, aby byly zbaveny případných nečistot vznik-

lých v rámci výrobního procesu. Laser také musí „vypálit“ mikro-tečky – jakési navigační body na čočkách pro korekci astigmatismu, které usnadní přesné centrování při implantaci. Následuje optická kontrola správného tvaru a velikosti čočky pod zvětšovacími přístroji.

Čočky před expedicí procházejí také několikastupňovou kontrolou kvality a nezávadnosti, výroba disponuje vlastními laboratořemi, kde se testuje každá



Foto: archiv společnosti Alcon

dá šarže (respektive vzorek z každé 500ml dávky materiálu), zda splňuje přísná kritéria – jde o testy mikrobiologické, toxikologické, optických vlastností a další. Z každé šarže je vyženo několik nevyhovujících kusů, jedná se však řádově o promile výrobků.

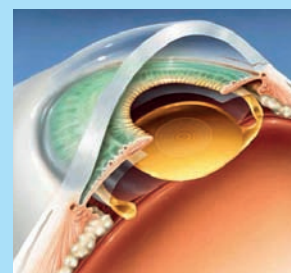
Unikátní fyzikální vlastnosti

Nitrooční čočky (IOL) AcrySof® se v irském Corku vyrábějí z hydrofobního akrylátu, což je měkký poddajný materiál vyvinutý speciálně pro nitrooční čočky. Je vysoce biokompatibilní, organismem dobře snášený a má výborné optické vlastnosti.

Stavba všech IOL, nezávisle na typu vady, kterou korigují, má stejný základ – typicky se skládají z okrouhlé optické části a dvou ramen (zvaných haptiky), jež je drží ve správné poloze a vycentrované. Čočka obsahuje žlutý filtr, který omezuje průnik škodlivé části modrého spektra světla a tím snižuje riziko poškození sítnice a následného zhoršování zraku v důsledku vzniku makulární de-

generace. Snižuje se tím pravděpodobnost vzniku nejčastější příčiny těžko řešitelných zrakových obtíží pacientů nad 60 let.

Do současnosti bylo celosvětově implantováno více než 70 milionů čoček tohoto typu.



Správnou polohu čočky v oku zajišťují 2 haptiky.

Terapie katarakty

Na světě žije s vážnými zrakovými vadami a nemocemi na 800 milionů lidí. Z toho v 80% případech jde o poruchy preventabilní či léčit-

né. 90% těchto pacientů žije v rozvojových zemích. Glaukomem trpí 60 milionů lidí po celém světě, makulární degenerací 25 milionů. 18 milionů případů slepoty je důsledkem onemocnění kataraktou, jedná se tedy o hlavní preventabilní důvod slepoty.



Inzerce měkké čočky do oka, kde se rozvine do svého tvaru.

Díky moderním materiálům nitroočních čoček a špičkovým přístrojům se operace šedého zákalu stává velmi bezpečnou, přesnou a rychlou (dříve trvala 2 hodiny, dnes několik minut). Ve světě se každý rok provádějí více než 3 miliony těchto operací, v České republice je to kolem 80 tisíc.



Optická kontrola správného tvaru a velikosti čočky pod zvětšovacími přístroji. | Foto: archiv společnosti Alcon



Foto: archiv společnosti Alcon

Aseptické balení a individuální kód

Po této několikastupňové kontrole následuje proces sterilizace (ethylenoxidem) a primárního balení v superčistých hermeticky uzavřených prostorách, které vykazují větší aseptičnost než například operační sály. V krátkých intervalech je zde například měněn vzduch. Sterilně zabalené čočky je přidělen čárový kód a čeká ji poslední krok – kompletace do krabiček opět s čárovým kódem. Na jeho základě je možné zpětně u konkrétního výrobku zcela přesně vystopovat celý výrobní proces (den, kdy byl proveden určitý výrobní krok, pracovníka, který za něj zodpovídal, atd.). Samozřejmostí je dlouho-

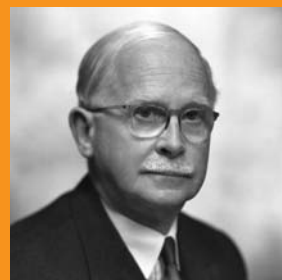
dobý výcvik a certifikace všech pracovníků, kteří s čočkami přicházejí do kontaktu v rámci jednotlivých výrobních a kontrolních fází. Celková doba výroby čočky tedy zabere cca 25 dnů. Patentované čočky AcrySof® se vyrábějí pouze na dvou místech na světě – v Západní Virginii v USA a v Irském Corku. Pro zajímavost – v roce 2006 zde byla vyrobena první „irská“ nitrooční čočka, v roce 2007 získala schválení ze strany amerického Úřadu pro kontrolu léčiv a potravin (FDA), v roce 2011 byla expedována první čočka z Irska do USA. Dnes výroba v Corku produkuje 15 tisíc nitroočních čoček denně, celkem 3,4 milionu ročně, a předpokládá se další navýšení kapacity. **Martin Čermák**

Z historie IOL – inspirace díky válečným letcům

Již roku 1795 byla vyrobena a implantována první nitrooční čočka ze skla, pojmenovaná po svém vynálezci Casaaamata. Tento pokus se ovšem nesešel, neboť čočka se po implantaci kvůli své váze neudržela v oční ose a klesla do sklivce. Na skutečný začátek využitelných umělých nitroočních čoček bylo nutno počkat až do období po druhé světové válce, tedy přes 150 let.

Historie klinického využití moderních umělých nitroočních čoček (IOL) se začíná psát 8. února 1950, kdy britský oftalmolog sir Harold Ridley implantoval první permanentní umělou čočku v londýnské Nemocnici sv. Tomáše 45leté ženě s kataraktou. Operace proběhla ve dvou fázích. Nejprve byla odstraněna katarakta a teprve po třech měsících byla implantována čočka náležející do první z dosavadních sedmi generací IOL. Implantát byl vyroben z tvrdého materiálu – polymethylmethakrylátu (PMMA), který byl od roku 1934 registrovaný pod obchodní značkou Perspex.

Zajímavostí je, že původně byl materiál navržen pro výrobu kokpitů vá-



Sir Harold Ridley. | Foto: npg.org.uk

lečných letounů. Pokud byl letoun ostřelován a došlo k rozbití kokpitu, malé úlomky PMMA vnikly do očí pilota. Když ovšem Harold Ridley zraněné piloty RAF (Royal Air Force) vyšetřoval, povšiml si, že oční tkáně jsou vůči tomuto inertnímu materiálu velmi tolerantní a úlomky dále oko nepoškozují. Tato skutečnost jej inspirovala k použití PMMA v počátcích implantace umělých nitroočních čoček.

Ridleyho čočky měly bikonvexní full size optic bez haptik a byly implantovány do zadního pouzdra naturální čočky. Některé se ovšem dislokovaly do sklivce z důvodu špatné podpory

zonulárních vláken a částečně kvůli své hmotnosti, která byla přibližně 8x větší než u současných IOL. Vzhledem k těmto obtížím se proto posléze hledalo jiné řešení umístění IOL. V Československu se zásadním způsobem zasloužil o rozvoj implantací IOL Jan Vanýsek. První pokusy s dutými skleněnými čočkami prováděl již v období druhé světové války v Brně. Po Ridleyho úspěchu profesor Vanýsek vyrobil podobnou čočku a roku 1954 implantoval třem pacientům po extracelulární extrakci. O dva roky později implantoval předněkomorové čočky z PMMA. Bohužel nebylo dosaženo očekávaných výsledků, a tak navzdory rozmachu v zahraničí bylo od implantací v naší zemi upuštěno. O návrat implantací IOL do Československa se roku 1979 zasloužil profesor Milan Izák, který implantoval Fjodorovu Iris-Clip čočku třetí generace. Rozmachu v oblasti techniky operací a implantací umělých nitroočních čoček však u nás bylo zaznamenáno až po roce 1989.

(Zdroj: Apple DJ, Sims J: Harold Ridley and the invention of the intraocular lens. *Surv Ophthalmol* 1996; 40(4): 279–292)

Inzerce M131000756

Pozvánka



Mladá fronta a. s., divize Medical Services, a společnost CSL Behring s. r. o. ve spolupráci s Českou lékařskou komorou si Vás dovoluují pozvat na odborný seminář

Život ohrožující krvácení na porodním sále

Novinky v doporučených postupech

Akce je pořádána pod záštitou České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP a Sekce porodnické analgezie a anestezie při ČGPS ČLS JEP

TERMÍN A MÍSTO KONÁNÍ:

11. 12. 2013 Barceló Hotel Praha, Na Strži 32, Praha 4

ODBOBNÝ PROGRAM

Peripartální život ohrožující krvácení (PŽOK)

– doc. MUDr. Antonín Pařízek, CSc.
(Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN v Praze)

Úloha fibrinogenu v PŽOK

– as. MUDr. Jan Bláha, Ph.D.
(Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny 1. LF UK a VFN v Praze)

Guidelines European Society of Anaesthesiology

– prof. MUDr. Vladimír Černý, Ph.D., FCCM
(Klinika anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny LF UK a FN Hradec Králové)

Tromboelastometrie – zlatý standard pro akutní testování hemostázy

– Mgr. Radomír Nemček, Ph.D. (Medista s. r. o.)

Diskuze

Závěr semináře, občerstvení



REGISTRACE ÚČASTNÍKŮ:

16.30–17.00 HODIN

ODBOBNÝ PROGRAM:

17.00–19.00 HODIN

Informace a přihlášky on-line na internetových stránkách www.medical-services.cz

adresa:
Mladá fronta a. s.
divize Medical Services
Mezi Vodami 1952/9
143 00 Praha 4-Modřany

telefon:
+420 225 276 443

e-mail:
konferenceMS@mf.cz

ÚČAST NA SEMINÁŘI
JE BEZ POPLATKU

Vzdělávací akce je pořádána v rámci celoživotního vzdělávání lékařů dle Stavovského předpisu ČLR č. 16 a je ohodnocena 2 kredity pro lékaře.

MEDICAL SERVICES

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR



Celkový kolaps

Motto: Lidé by měli chvíli přemýšlet, než pronesou nějakou významnou myšlenku.

(Pavel Kosorin)

Sémantické kóma

Zeman padl! Ne, nejásejte. Jenom na zem. *Perný den* Miloše Zemana. Vyrojily se spekulace, že jde o celkový kolaps. Co to je? Viděli jste někdo částečný kolaps, pokud si pojem přeložíme jako „mdlobu“? Dokonce jsem četl *celkový kolaps organismu*. Čeho asi jiného? Šéf konzilia: Určitě nešlo o kolaps s následným bezvědomím. Tomu rozumím ještě méně. U kolapsu není bezvědomí následné, ale je vlastní podstatou děje. Následně se omdlelý naopak budí. Je to vrchol bezobsažnosti. Chuchvalec souhlásek a samohlásek vysrážený v kádince verbálních alchymistů, již po staletí hledajících kámen blbců.

Média citují ministra zdravotnictví v demisi: Prezident má omezený pohyb hybnosti. A chudák! Pak měl prodělat interní neurologické vyšetření. Sakra, že to neznám. Ještě že mu neudělali externí neurologické vyšetření. To už by bylo poněkud na pováženou. No nic. Hlavně že má velká hlava státu *cévy mladého chlapce*. Gratuluji. Těž dostává léky na ředění krve. Léhy? Já myslím, že to se dělá rehydratací. Asi se chtělo říci „proti nadměrné krevní srážlivosti“. Což je ovšem úplně jiná pojmová kategorie. Myslíme „kačena“ a říkáme „rybník“. Páni! Tak v tomhle jazyce se snažíme dorozumět. Samozřejmě marně. Dravý proud blábolů, vodopád nesmyslů. A to jsou prosím odborné technikálie. Jak se potom domluvit o méně exaktních tématech, jakým je třeba směřování a správa společnosti i státu, tedy o politice?

Nebo jiné příklady z besídky zvláštní školy: Velmistř nehoráznosti Václav Klaus pronesl z politického záhrobní několik kliniky pozoruhodných výroků: Karla Schwarzenberga mimo veškerý normální smysl tituluje jako *souduhu*. ODS prohrála, protože do ní pronikl *havlismus*. Strany Babiše i Okamury jsou *výsledkem politiky Václava Havla* (sic!). Kam ty perly ze stanice Hanspaulka zapsat? Nejlépe do dekurzu. A barevně orámovat. Možná mu to nakukala Červená Karkulka, která vysílá neznámými paprsky z neviditelné kosmické lodi přímo do hlavy. Nebo ne? Každopádně se zdá, že souvztažnost myšlenek postiženého a jejich vazba k realitě vůči sledně slabne.

Medvědí lejno proti parnímu válci

Brilantním úsudkem se bohužel nevyznamenal ani docent Svoboda, když vyjmenoval viníky porážky ODS. Jsou to tito zemští škůdci: Miloš Zeman, Babišova mediální blokáda, policie a zrádci. Dodejme, že i protivítr, podplacený sudí, trenky zařízlé do zadku a bláto na hříšti. Ach ouvej. Všem je to evidentní, jen oni to nikdy nenahlédnou. Utrpěli v tom místě obřímí skotem, proti němuž je každý intelekt bezmocný jako medvědí lejno proti parnímu válci. Tahle anozognozie byla právě oním letálním mechanismem. A nadále bude. Toto ještě není konec utrpení, ale začátek utrpení bez konce. Součástí porážky je tu nepochopení jejích příčin. V tom spočívá hlavní porážka. A bídná prognóza. Před ODS v reálu stojí úplně jiné úkoly, vycházející ovšem z odlišného myšlenkového okruhu (ano, okruhu, ne kruhu): dezinfekce, dezinfekce a hlavně deratizace. Velké prádlo a bílení stěn chlívku. Skromnost, solidnost, pokora, vstřícnost. Totální výměna lidí. Otevření se občanské veřejnosti. Očkování a *firewall* proti hajzlům. Všechno spálit a začít znovu. Chraň je ruka Páně před hesly o kořenech, tradici a kontinuitě. To by byl osudný omyl. Těmto věcem je právě nutné za každou cenu zabránit. *Zapomenout na Palermo*. A k tomu všemu navíc notná dávka štěstí. Pak se jim renomé za nějakých deset let vrátí. A také voliči. Možná.

Lhali jsme ve dne, lhali jsme v noci

V ČSSD nastala po nedomrlém vítězství domácí zabijačka. V záchvatu snížené přítomnosti došlo po tajném obcování s prezidentem ke směšnotrapnému pokusu o puč. Jakousi groteskní říjnovou revoluci. *Rychle a zběsile*. Hůř to zpackat nešlo. Řečeno s věvodou de Talleyrandem, bylo to horší než zločin, byla to chyba. Pučisté, nacytání v nevěstinci bez kalhot, podávají demise, ale hovoří u toho zpupně. Chtějí se davu prodat za mučedníky. Prý jsou ve straně potlačovány různé



MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

názory. Ne, slušní se jen pokoušejí zbavit se stupidních lhářů. To je jádro věci. S názory to nesouvisí. V hrdlo lhali v přímém přenosu, oklepali se a už plácají přepjaté ptákoviny o 50. letech, politických šibenicích, honech na čarodějnice

a jiné obludnosti. Chyběli ve škole a nevědí, co žvaní. Je to jazyk spamu, verbální poluce, pavlačové překřikování. Připomínám slavnou nahrávku šéfa maďarských socialistů (Gyurcsány Ferenc): „Všechno jsme podělali. Lhali jsme ve dne, lhali jsme v noci.“ Nejvíce mě ale rozesmál pan Škromach fka, že poslední kapkou při jeho rozhodování o rezignaci byla porada s manželkou. Mám tomu rozumět tak, že dostal doma kapky?

Tak na tomhle povedeném spolku visí osud státu. Náš osud. Na nich je iniciovat koalici, postavit vládu, spravovat zemi. Jenže sotva dostali hlasy, vyprdlí se na voliče a pustili se do syrové řeže o osobní pozice. Že by už s lobisty v zádech? Na tuhle absenci státnosti si vzpomeňme při příštích volbách. Možná už v květnu. A taky si to pamatujme na prezidenta. Ten rozval je jeho dílo. Tah Haškem mu zatím nevyšel. Co dál? Taktický ústup do předem připravených pozic: ostatní drát, miny, zákopy, dělostřelba. A diverze. Hradní pán je nebezpečný muž, jenž trhá fialky dynamitem. Jeho paní se dovolává úcty k hlavě státu. Nikdo však pro její ztrátu nedělá víc než právě Miloš Zeman. Dře na tom jako kůň. A tak pro ni každým dnem ubývá důvodů. Jak zasel, tak sklízí. V tom je hluboká a spontánní spravedlnost, ideálně nezávislá na formalistním klíčování mezi dikcí psaných zákonů. Úcta nepřichází z Boží milosti ani nevzniká volbou. Ta se získává. Pracně. Leč prohospodaří se snadno. Potom už jen zbývá, že čo bolo, bolo, terazky som prezidentom.

Po použití spláchnout

V celé haškiádě jde v první řadě o vedoucí úlohu Miloše Zemana. Lži a panuj. Vrána k vráně, ona se v prezidentské kampani taky vždycky nemluví pravda. To je



Podle pana Škromacha byla poslední kapkou při jeho rozhodování o rezignaci porada s manželkou. Mám tomu rozumět tak, že doma dostal kapky? | Foto: Eduard Erben/EIS

sílící trend naší obecné mravnosti, projev restrukturalizace českých hodnot.

Boj je o to úpornější, že zcepeněli oba Zemanovi trojští koně: SPOZ i *Gang čtyř*. Všichni prezidentovi muži. Tu si bedlivě povšimněme, že Miloš Zeman nezná loajalitu. Jako kdyby měl k lidem ryze účelový vztah. Je to spotřební materiál. Šlouf? Neznám. SPOZ? Neznám. Hašek? Neznám. Po použití spláchnout. Jako toaletní papír. Jakmile někdo doslouží, Zeman ho odkopne. Je to takový sympatický rys.

Jeho nenormální vztah k ČSSD připomíná *stalking* exmanželky. *Vendetta* jako fixní idea. Působí na mě i jako člověk, který není schopen dodržet žádné pravidlo či zásadu. Ani vůči sobě samému. Je naprosto svévolný. Kdysi budoval. Na stará kolena se stal střelmistrem destrukce. Včetně své tělesné schránky. Film o tom natočený dal by se nazvat „Vzlety a pády Miloše Zemana“.

Gazeta Wyborcza zajisté přehání, když píše, že Zeman je *zahleděný do de Gaulla a zřejmě má plán český parlamentně vládní systém změnit na efektivní prezidentský a vstoupit tak do dějin*. K de Gaullovi má asi tak daleko jako já k Alfa Centauri. Aby se nám tak, milí polští přátelé, *cholera jasná*, nezhlédl spíš v maršálu Pišudském. Nestačí? Dobře. Tak ještě jeden ilustrativní titul z médií: *Evropská komise chystá revoluci ve splachování*. Už aby to bylo.

Zářící kometa s ocasem

A jakpak se nám tuží velká naděje mnohých, naše zářící kometa s ocasem? Jakpak se daří ANO? Maká, maká? Zatím nic moc. Andrej Babiš se totiž k vládě necítí kvalifikován, ale je si jist, že

Kalousek dělal všechno špatně: *Nebyla žádná krize, tady krizi způsobil Kalousek, vůbec tomu nerozumí*. Hm. Popírat léta trvající krizi do očí gramotných čtenářů novin vyžaduje skutečně silnou osobnost. Vůdce má zřetelně pravdu, když říká, že není kvalifikován. V tom je sympaticky sebekritický. Asi proto prohlašuje, že jeho parta(j) nevstoupí do vlády. Nejprve se prý musí otrkat. Anebo chtějí vstoupit, tvrdíce, že nechtějí? Bůh ví. Sám Babiš odmítá být i předsedou sněmovny. Necítí se na to. Prý nemluvit. Což je svatá pravda. I malé dítě však napadne logická otázka: Proč teda sakra kandidovali? Proč zblbli tolik lidí? Ladit měli před ouverturou. Nyní je pozdě. Už se hraje. Jako kdyby pracně ukecal ženskou a odpovídající ztopoření najednou nikde.

ANO se údajně musí politice nejprve učít. Učit se za pochodu, *learning by doing*. To je trochu obrácený postup než v normálních zemích. Což mi znovu připomnělo mého favorita, nebožtíka manžela tety Kateřiny, který dramatickým pokusem zjistil, že lít vodu do kyseliny je blbost, kterýžto poznatek mohl získat ze školní učebnice, aniž by si propálil zánovně vestu.

Zaručené zprávy z kuloárů se mění každým okamžikem a pokusné balónky vyletují ostošest. Anonisté (šmarjá, abych tak přehodil písmena!) jsou stabilní jako kanystr s nitroglycerinem. Hlavně, že toho tolik nakecali o transparentnosti. Média zrovna referují, že v ANO se zvažuje myšlenka úřednické vlády, v níž by zasedli „odborníci“. Panebože, už zas! Je to bída. Volně experimentujícím fušerům nikterak nepřekáží fakt, že v našem ústavním po-

NEJSEM SI JIST

řádku nic jako úřednická vláda jednoduše neexistuje. Oni fakta neznají a blábol žije vlastním životem. Vláda odborníků je ve svém důsledku krajně antidemokratická myšlenka. My máme zaveden civilizovaný princip zastupitelské demokracie, nikoli vědecký komunismus. Je třeba to už vzít na vědomí. Zapomenout na VUML. Výuka trvá skoro čtvrt století. Čili takhle blbí snad být nemůžeme. Něco nám dopříc muselo v těch tvrdých selských palcích uvíznout. Jinak by to už nebylo samo sebou. Že by soutěž o bobříka slabomyslnosti?

Legislativní bumerang

ČLK se chlubit, že položila úhradovou vyhlášku, i když jí ÚS dal zapravdu jen částečně. Za jásotu davu s mávátky odmontovali brzdy z rozhrkaného žebřířáku v nejprudším svahu, neschopni dohlédnout důsledků svých činů. *Fiat iustitia, pereat mundus.* „Poslušně hlásím, zvítězili jsme!“ zasípal vojín Feidipidés, když s jazykem na vestě doklopýtal od Marathonu do Atén a padl mrtev k zemi.

Pád úhradové vyhlášky, jakkoli méně sympatické a jistě nikoli bezvadné, může nakonec vést k takovému rozvolnění financování, že systém zdravotního pojištění zanikne jako nadbytečný. To mají některé strany explicitně či implicitně ve svém programu. Je toto první krok k jejich úspěchu? Kdysi jsme s písní na rtech bourali Rakousko. Jenže pak jsme nevěděli co se sebou a blbě to dopadlo. Následky Mnichova i budování kolchozů se táhnou do

dnes jako vyplivnutá žvýkačka na podpatku.

Půjde při takovém zdrcujícím vítězství od nynějška každá další úhradová vyhláška automaticky do Brna? Nikdo totiž nikdy nebude spokojen. Vždycky je možné chtít víc. A každý rád opakuje to, co fungovalo. Jako slintající psi I. P. Pavlova. V kriminalistice se tomu zas říká *modus operandi*.

Úhradová vyhláška je protiústavní, ale platí. Tomu aby prase rozumělo. Připomíná to dialektický materialismus neblahé paměti. Neantagonistický rozpor. Něco jako právní kontinuita s protiprávním režimem. Jsou to kabaretní iluzionisté, ti právníci. Takže se zdravotnická zařízení po vyúčtování roku 2013 v pololetí 2014 mohou začít soudit. Dostanou totiž peníze podle sice platného, ale současně protiústavního právního předpisu. Jak to vyřeší obecné soudy? Přistane to nakonec zpátky na stole autora judikátu, tedy Ústavního soudu? To jsem zvědav, jak problém pojedná. Australští domorodci kdysi vynalezli takovou zvláštní vrhací zbraň. Jmenuje se bumerang. Ale musíte s tím umět zacházet, aby vás to neflákl rovnou mezi oči. To ovšem bylo v pravěku. Dnes jsme mnohem dál.

Hra s nulovým součtem

Po aplikaci judikátu se zřejmě rozlehne velký pláč a skřípění zubů. Vyhláška byla sice kontroverzní, ale aspoň nějakým vodítkem. Podle čeho se peníze rozdělí teď? Libovolně? A na čí úkor půjde zhroucení pravidel? Kdo

rozhodnutí zaplatí a kdo na něj doplácí?

Ambulantní lékaři a zubaři začali pro jistotu vyhrožovat hned. Protože toto je hra s nulovým součtem. Aby jeden získal, musí jinýtratit. Ti se silným hlasem, kteří měli hodně, dostanou více, ostatní méně. Čert – a tak dále – vždycky na větší hromadu. V podstatě by šlo o brutální zdravotnický darwinismus. To by snad bylo lepší losování. Což ovšem není systémově dobrý výsledek domáhání se práva v nejvyšším stánku spravedlnosti. Proč se vůbec vyvinulo právo? Jeho smyslem není sofistikované kroucení paragrafů. Je tu proto, aby srozumitelným způsobem zajistilo ochranu slabším. Třeba nedokonalou, ale nějakou. Protože silní právo nikdy nepotřebovali. Zjednali si ho sami.

Ústavní soud samozřejmě neřeší takovou přízemní realitu, jako zda na to máme a podobné bagatelní technické detaily. Nyní se horečně odhaduje, na kolik to bratru přijde. Cena bude *omračující, ba přímo zdrcující*. Poslední číslo, které jsem četl, je dost velké. Máme na liberalizaci úhrad za dalších 5–10 mld. při dosavadní sekýře 8 mld.? Zatím se pro zbytek roku počítá se záchrannými injekcemi ve výši 1,5 mld. Drobné. Injekce tam, kde by bylo třeba infuzí. Jiní se vznášejí na obláčku a sní svůj psychedelický sen o světě zdravotnictví bez jakékoli spoluúčasti pacienta. Ať si ve vyspělých zemích trhnou nohou. Nás to nezajímá, protože volič o tom neví. On nesrovnává synchronně, ale diachronně. Tedy

nikoli v aktuálním prostoru, ale v čase. V čase minulém. Přesněji v plusquamperfektu, čase předminulém, v češtině již dávno nepoužívaném.

Jako občan jakž takž v literách vzdělaný a rozumově aspoň průměrný takové rozhodování nechápu. Stejně jako nerozumím kauze „Lid versus Tluchoř a spol.“. Nejvyšší soud nám konečně odpovídal na klíčovou otázku, zda je korupce trestná. Zásadně a jednoznačně platí následující pevné vodítko: u někoho někdy ano, u jiného jindy nikoli. Děkujeme pěkně, slavný soude, za takový právní neřád. *A podle litery paragraf-šavle teď dumej o právu, Havličku, Havle.*

Klid na práci ve veřejno(právním) domě

Kromě boje o Lidový dům nastal i boj o veřejnoprávní média. Aby neutínala nežádoucím osobám řeč a žádoucím nenadbíhala. Kdo a co je žádoucí, patrně sdělují nějaké zákulisní emisaři vlivových struktur. Za čas si sítě přečteme zase nějaké pikantní odposlechy i s jejich psychopatickým cynismem a bizarním kriminálním argotem. Bohužel nemáme média veřejné služby, ale státní média politické služby. Děvčata veřejného domu. Cestičky nátlaku existují a normalizační nestatečnost ani zdaleka nevymřela v roce 1989. Měla děti jako smetí. Především z ČT vyhřezly nevábné vnitřnosti. Trpíme dědičnou devótností. Horliví pohotově reflektují požadavky doby. Co by se nelíbilo a tak. Zkrátka opatrně. Ostatní se pro

klid v rodině přizpůsobí. Aby se nestali potížisty. Znáte to: Nebibni, vždyť přece víš, jak to je, tak co tím chceš, prosím tě, dokázat? Stačí náznak a každý hned ví, jak si má počínat.

Nyní nastává fáze trestání signatářů. Následuje odměna kontratsignatářům a pověstný klid na práci pro nezúčastněné. Chcete se vyznat v tom, jak to všechno přesně bylo, proklestit se houštinou tvrzení a popírání? Zbytečná námaha. Kdo si pozorně přečte rétoriku vedení ČT a má alespoň trochu cit pro jazyk, je hned doma. Touhle díkci se hovořící vždycky prozradí. Agresivní nepřesvědčivost jako známka špatného svědomí, oficiózní jalovost, obvinění druhých z vlastních hříčků, tj. poškozování pověsti instituce. Tvrzení, že věc veřejná ve veřejné instituci, která má bezprostřední význam pro kvalitu demokracie, se má prodávát za zavřenými dveřmi. To všechno přeci bje do očí. Po cit posluchače a čtenáře je stejný jako kdysi z Bobovize. Jen poplatek je dnes vyšší.

Podle meteorologů listopad zešílel, píše Aktuálně.cz. Nejen listopad, přátelé. Avšak necht raději promluví básník. Namátkou pár veršů. Karel Kryl – „Znamení doby“: Před okny sloup, znamení moru, předpověď provazů, a divných mravů. Klesáme hloub, se strachem tvorů před ranou do vazů, před zlobou davu. Některý zvrací, dáváje bestii ze svého oběda povinnou daň. K výkazu ztrát připište sebe, že jste jen couvali, mlčky a kvapně, že jste jim kývali, bože, tak trapně.... a tak dále. Nepřilíš povzbudivé. Psáno v den výročí bitvy na Bílé hoře.

Inzerce M131000757



Představujeme publikaci

Očkovanie v špeciálnych situáciách

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

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

Autor: Miloš Jeseňák, Ingrid Urbančíková a kolektiv

Doporučená cena 350 Kč

MEDICAL
SERVICES

Při objednání na
sleva 25% *knihy.cz*

Největší vydavatelství
zdravotnických titulů v ČR





Dobrá víla **slaných dětí**

Text: Jana Jílková
Foto: Leoš Chodura

„Dlouho jsem na všechno byla skutečně sama. Všichni k tomu onemocnění měli ambivalentní vztah, léčit ho nepřinášelo moc uspokojení. Ono je daleko radostnější léčit někoho, kdo se uzdraví,“ vysvětluje **doc. MUDr. Věra Vávrová, DrSc.**, proč téma cystická fibróza nebývalo pro pediatriy atraktivní. I díky celoživotní práci zakladatelky péče o „slané děti“ se však dnes tito malí i velcí pacienti mohou těšit mnohem větší délcí a lepší kvalitě života.

Pocházíte z lékařské rodiny, tatínek byl internista a profesor na lékařské fakultě v Hradci Králové, internistkou byla i vaše maminka. Očekávalo se od vás doma, že i vy půjdete na medicínu?

Nejspíš to naši předpokládali, inklinovala jsem k tomuto povolání už na gymnáziu. Na něj jsem chodila nejprve v Pardubicích, od septimy jsem přešla na francouzské gymnázium v Praze a tam

maturovala. To byla dobrá škola. Francouzštinu jsem pak hodně užila a snad i zlepšila na půlroční stáži v belgickém Lutychu (Liège) v polovině 60. let. I němčina ujde, zato celý život zápásím s angličtinou, chtěla bych ji umět lépe.

Medicínu jste začala studovat v Praze?

Přála jsem si to, ale v době, kdy jsem chtěla jít na fakultu, plati-

lo nařízení, podle něhož studenti z východních Čech museli studovat v Hradci Králové. Začala jsem tedy tam, ale hned v prvním semestru jsem přestoupila do Prahy a absolvovala lékařskou fakultu zde.

Jak na ta léta vzpomínáte?

Bylo to nádherné. Zapisovala jsem v roce 1947 a byla to úžasná doba, měli jsme slavné a skvělé kantory. Poslouchala jsem před-

nášky profesorů Borovanského, Sekly, Charvátka, Jíraska, Diviše, Vondráčka, občas jsme chodili na Vančuru... Byly to velké a významné osobnosti. Promovala jsem v roce 1952 a temné události po Únoru mě na fakultě nedostihly, ačkoli jsem nikdy nebyla svazačka. Takových nás ale v tom obrovském ročníku bylo jen asi deset. Samozřejmě jsem nikdy nebyla ani v KSČ. Přesto jsem studiem prošla relativně slušně.

Buržoazního původu, bez legitimace ČSM... Jak rozmístovací komise rozlouskla oříšek, kde takový „element“ zapojit do pracovního procesu?

Bylo to ještě o to složitější, že už jsem byla vdaná a můj muž v době mé promoce pracoval v Praze, a tak i já bych tu byla ráda zůstala. To komise zamítla, stejně jako žádost věnovat se interně. Nakonec mě tedy poslali na dětské oddělení nemocnice v Kladně.

PŘEDSTAVUJEME

Nastoupila jsem tam a byla to dobrá škola, i díky panu primáři Jiroutkovi, který byl původně praktický lékař pro děti a léčil tam už několik generací pacientů, takže to všechno bylo takové rodinné. Byl skvělý praktik a měl ohromný „čich“ na situace a vůbec byl báječný i velmi obětavý. „Já jedu na chatu, ale když budete potřebovat, zatelefonujte, já přijedu,“ říkával, když jsem měla nedělní službu. V práci na Kladně jsem byla ještě den před tím, než se mi narodil syn.

O dva roky později, v roce 1956, se mi pak narodila dcera. Již před druhým těhotenstvím mě ale posedla touha po medicíně, měla jsem pocit, že všechno zapomínám. Poprosila jsem proto přednostku dětské kliniky na Královských Vinohradech paní profesorku Jiřinu Čížkovou-Písařovicovou, zda bych tam nemohla chodit zadarmo pracovat. Byla ochotná a akceptovala to. S dětmi jsem pak zůstala rok doma, načež jsem se chtěla vrátit na Vinohrady, opět bez nároku na mzdu. Dvě děti už nebylo reálné dávat do kolektivního zařízení, tak mi tatínek chtěl platit paní na hlídání. To ale rozčililo ředitele Vinohradské nemocnice, zdálo se mu to nespravedlivé vůči lékařkám, které paní k dětem nemá, a tak moje práce na Vinohradech nemohla pokračovat.

Kam jste tedy šla pracovat?

Opět zadarmo jsem docházela na II. dětskou kliniku v České dětské nemocnici v Sokolské ulici. Tam jsem dělala práci sekundáře, jen jsem nesloužila noční služby, jinak jsem dodržovala normální pracovní dobu. Až v únoru 1959 mě zaměstnali. Už jsem tedy nebyla volentér. Problémy jsem měla i s atestací, protože neplacenou praxi mi odmítali uznat.

Co vás přivedlo ke specializaci na cystickou fibrózu?

K té jsem se dostala díky nabídce profesora Josefa Houšťka, který byl přednostou II. dětské kliniky a zároveň ředitelem Ústavu pro výzkum a vývoj dítěte Fakulty dětského lékařství UK (ÚVVD). Chtěl, abych nastoupila do respirační laboratoře ústavu a zabývala se cystickou fibrózou (CF). Na klinice jsem měla jen smlouvy na dobu určitou a každé tři měsíce jsem znovu čekala na prodloužení; tohle by konečně znamenalo stálé místo. Přesto jsem se tomu bránila, namítala jsem, že nejsem vědecký typ a nerada bych opouštěla klinickou práci. Profesor Houštek v tom ale problém neviděl, slíbil mi, že budu mo-

ci zároveň i pečovat o děti, které CF trpí.

Nastoupila jsem tedy do ústavu a zároveň normálně chodila na klinické kolektivy, velké vizity, vedla ambulanci pro CF a vedle toho jsem vědecky pracovala na úkolech respiračního oddělení ÚVVD i na problematice cystické fibrózy. Naučila jsem se tehdy, co je potřeba k publikování a k vědecké práci. Věnovala jsem se jí svědomitě, ale přiznám se, že víc mě vždy těšila klinika.

Jaké úkoly v teoretické oblasti jste tehdy dostala?

Měla jsem zjistit incidenci cystické fibrózy u nás. Mým dalším velkým úkolem pak bylo zavést spolehlivou diagnostiku, tedy potní test.

Zjištění výskytu cystické fibrózy byla rozsáhlá akce. Moc mi pomohla profesorka Dagmar Benešová, která pitvala všechny děti, jež zemřely ve Středočeském kraji. Prošli jsme všechny klinické protokoly a pitevní zprávy. Jak jsme zjistily, v této oblasti dosahovala incidence CF u živě narozených dětí 1 : 2730. Tehdy se stávalo, že dítě mělo při cystické fibróze kardiomyopatii a u té bylo popisováno náhlé úmrtí. Dítě po náhlém úmrtí bylo posláno k pitvě se zprávou, že šlo například o zánět srdečního svalu, ale paní profesorka Benešová podrobným vyšetřením zjistila, že podkladem u některých z nich je cystická fibróza.

Všechny rodiče dětí zemřelých na cystickou fibrózu jsem oslovila. Těm dvaceti sedmi rodinám jsem dopisem vysvětlila dědičný aspekt CF a nabídla jim vyšetření jejich dalších dětí.

Ti lidé už prožili smrt svého dítěte. Jak reagovali?

Některí rodiče se cítili takovým oslovením dotčení (sotva se vyrovnali s úmrtím dítěte a teď se jim to připomíná), ale několik se jich ohlásilo. V rámci této akce se objevil chlapec mladšího školního věku, léčený na intersticiální plicní fibrózu, ačkoli nález z biopsie jí nenasvědčoval, byly tam zánětlivé změny. Udělali jsme mu potní test a ten prokázal cystickou fibrózu. Byl to báječný kluk. Po řadě let za mnou přišel s tím, že se bude ženit. Tenkrát jsme ještě chlapce neupozorňovali na možnou neplodnost, a tak jsem teď raději nadhodila, zda o tom ví. Nevěděl a plný zoufalství tvrdil, že spáchá sebevraždu, pokud nebude moci mít dítě. Plná obav jsem ho poslala na sexuologii a tři noci nespala, než přišel výsledek spermogramu.

Měla jsem ale štěstí, měl vhodnou genetickou mutaci a byl fertilitní. Narodila se mu holčička, se svou rodinou ještě prožil dva krásné roky. Pak, asi v pětadvaceti letech, zemřel.

Zásadní podíl jste měla na zavádění diagnostiky CF. Jak to probíhalo?

Zavedení diagnostiky bylo dost obtížné. V dílně ÚVVD nám sestrojili přenosný přístroj k provádění iontoforézy. Počáteční problémy způsobené tím, že roztok dusičnanu pilokarpinu dostatečně nestimuloval pocení, nám pomohl vyřešit profesor Josef Ipser, který se zabýval fyzikální terapií a poradil nám, abychom zkusili chlorid pilokarpinu. Diagnostika se rozběhla a této metody se prakticky beze změn využívá půl století. Dnes tak již máme zkušenost s desítkami tisíc vyšetření pomocí potního testu.

Současnou diagnostiku nám hodně usnadňuje molekulární genetika. V roce 1989 byl objeven gen cystické fibrózy. Profesor Milan Macek mladší, náš světově uznávaný odborník na genetiku cystické fibrózy, se zasloužil o vysokou úroveň naší molekulární genetické diagnostiky. Nemocní léčení na pediatrické klinice v Motole mají většinou identifikovány

obě mutace genu CFTR (*cystic fibrosis transmembrane conductance regulator*), sporadický počet má pouze jednu ze známých mutací.

Jak se v 60. a 70. letech tato nemoc u nás léčila?

V prvních letech to bylo hodně nesnadné. Řada léků u nás nebyla dostupná, například jsme neměli účinnou pankreatickou substituci. Dlouho byl k dispozici jen Pancreolan Forte, ten ale pankreatickou insuficienci při CF neovlivňoval. Až později jsme získávali Cotazym, ovšem jen jako mimořádný dovoz. Pánové z ÚV KSČ si ho nechávali dovézt pro sebe na zažívací obtíže po recepcích a z dodávky pro ně mi vždy jeden hodný pan lékárník dal stranou něco i pro ty naše děti. Postupně se to však zlepšilo a mohli jsme lék oficiálně dovézt také pro ně.

Účinnost Cotazymu ale nestačila, nemocní museli přijímat stravu s nízkým obsahem tuku, což negativně ovlivňovalo stav jejich výživy. O řadu let později se podařilo získat dnes jedinou možnou substituční léčbu, což jsou léky ve formě minimikropelet, obdukované pH-senzitivní membránou, která se rozpouští až ve střevě. Jejich účinnost tudíž nenarušuje žaludeční šťáva. Díky

stravě bohaté na tuky jsou teď děti s cystickou fibrózou v dobrém nutričním stavu, což je důležité i pro průběh respiračního onemocnění. Tehdy ještě ale nebyl ani dostatek účinných antibiotik, doplňků výživy nebo pomůcek k provádění fyzioterapie. První inhalátory nám vyfoukali sázavští skláři, poháněl je obrovitý kompresor.

Postupně jsme zaváděli moderní léčbu a stav našich pacientů se zlepšil. Ještě pořád nám však umíraly děti, což je dnes již naprosto výjimečné. Situace se výrazně zlepšila po roce 1989 a v současnosti se naše léčba neliší od léčby v nejlépejších zemích světa.

Problém byl nejen s dovozem léků, ale i s výměnou zkušeností se zahraničím. Dostala jste se „ven“?

Těch čtyřicet let socialismu byl i v této oblasti samozřejmě handicap. Měla jsem však štěstí a v 60. letech jsem vyjela na konferenci do Cambridge, tam se tehdy ustanovovala pracovní skupina pro cystickou fibrózu. Její zakladatel, profesor Ettore Rossi, účastníky vyzval, aby se z každé země přihlásil nějaký *young boy* jako její reprezentant. Přihlásila jsem se a omluvila se, že sice nejsem *young boy*, ale z Československa



Když jsem v nemocnici řekla, že končím, děti mi posílaly vzkazy... Jeden kluk mi napsal: „Děkuji Vám, že jsem.“

PŘEDSTAVUJEME

že jsem tam jediná... Pak se mi dařilo jezdit na většinu mezinárodních konferencí o cystické fibróze, nechťeli po mně účastnické poplatky. Od poloviny 80. let jsem zastávala post vědeckého sekretáře této pracovní skupiny.

Máte mimořádně úzký vztah ke svým dětským pacientům. Jak se vám dařilo emočně zvládat dříve tak často nepříznivý průběh jejich nemoci?

Samozřejmě špatně. Úzký vztah k dětem i jejich rodinám vznikl také tím, že když jsme později, v 80. letech, dělali pro děti tábory, jezdily tam s nimi pomáhat, třeba vařit, některé maminky. Velice jsem se s nimi skamarádila, dobré vztahy jsme však měly i předtím. O to hůř jsem prožívala ztrátu svých pacientů. Vzpomínám si například, jak jsem byla na pohřbu tomu chlapci, o němž jsem vám před chvílí vyprávěla.

Spousta lidí, včetně lékařů, zážitky k neunesení utápí třeba v alkoholu. To nikdy nebyl váš případ. Za pomoci čeho se vzpamatovává člověk, o kterého se opíralo a opírá tolik lidí jako o vás?

Já vím, máte k těm lidem odpovědnost a prostě musíte jít dál. Obrovsky mi v tom pomáhal můj muž. Vždy, když jsem přišla domů, všechno jsem mu to vyklápěla. On sám je astmatik, chodil k nám inhalovat a kamarádil se s dětskými pacienty u nás na klinice, i na tábory za námi o víkendech jezdil. Řadu dětí znal osobně a o všech věděl.

Vy jste jako klinika pečovala o pacienty s cystickou fibrózou v naší největší dětské nemocnici vlastně sama, desítky let. Proč tomu tak bylo?

Ano, velmi dlouho jsem na všechno byla skutečně sama. Výzkumu cystické fibrózy u dětí udával směr profesor Houštěk, radil v klinice, to ano. Mnoho let jsem se snažila k tomuto oboru přilákat ještě někoho dalšího. Někdě z lékařů i začal, ale odcházeli. Všichni k tomu onemocnění měli ambivalentní vztah, léčit ho nepřinášelo moc uspokojení. Ono je daleko radostnější léčit někoho, kdo se uzdraví. Ale za posledních dvacet let se to obrovsky zlepšilo a děti mají mnohem lepší vyhlídky – dnes se o ně v Motole stará skvělý tým lékařů, rehabilitačních pracovníků, sester, genetiků, psychologů, mik-



robiologů, nutričních terapeutů, sociálních pracovníků a dalších. Přesto však cítím, že se mi plno věcí nepodařilo.

Co máte konkrétně na mysli?

Snažila jsem se o osvětu, aby se o této nemoci něco dozvěděla i široká populace, léta se mi však nedařilo dostat do obecného povědomí, o co jde. To se teď obrovsky daří Klubu nemocných cystickou fibrózou, ten udělal ohromnou práci.

Dosud jste hovořila o léčbě symptomů. Je šance na kauzální léčbu?

V posledních letech se objevují nové preparáty, které působí přímo na podstatu nemoci.

První lék, ivacaftor (Kalydeco), zprůchodňuje poškozený chloridový kanál na povrchu buněk u nemocných, kteří mají mutaci G551D („keltská“ mutace). Je to opravdu úžasné, nemocným, kteří jej užívají, se zlepší funkce plic, klesne výskyt exacerbací respirační infekce, zlepší se stav výživy, a dokonce se normalizuje koncentrace chloridů v potu. To dokazuje, že CFTR opravdu funguje normálně. V řadě zemí je již zaveden do klinické praxe, je však velmi drahý a u nás o jeho dostupnost zatím bojujeme.

V současné době se zahajují klinické studie s dalším preparátem, lumacaftorem, který funguje jako korektor CFTR obnouvující chloridový kanál na povrchu buňky u nositelů mutace F508del, tedy té nejčastější.

Od roku 2009 probíhá novo-

rozenský screening CF. Jak často se objevují nové případy dosud nezachycených dětí?

My jsme vždy měli velmi slušnou diagnostiku, většinu nemocných dětí jsme zachytili v prvním roce života. V posledních letech se to zhoršilo, pediatři asi mají jiné starosti. Tento pokles zachytu jsme prokázali i u starších sourozenců novorozenců zachycených screeningem. Při grantovém výzkumu jsme právě mezi těmito sourozenci našli děti léčené pro jaterní poškození nebo třeba astma, které ovšem ve skutečnosti měly CF, ale nikdo nepomyslel na to provést u nich potní test.

Které děti narozené před říjnem 2009 je třeba na potní test poslat?

Především ty, jež mají časté záněty dýchacích cest nebo vedlejších dutin nosních. Dále astmatiky, kteří špatně zabírají na protiastmatickou léčbu, a děti s paličkovitými prsty. Také neprospívající děti léčené jako celiaci, pokud se zjistí, že jim bezlepková strava nepomáhá. Na CF je třeba pomýšlet rovněž v souvislosti s poruchami jater. Varovně jsou samozřejmě mastné stolice.

Oslavila jste pětadesátiny. Docházíte ještě na kliniku?

Ne. V motolské nemocnici jsem měla jako konzultant úvazek čtyři hodiny měsíčně, který byl k 30. červnu 2012 zrušen. V září 2012 jsem požádala o zrušení deseti-nového úvazku na fakultě, takže jsem důchodkyně na plný úvazek. Jsem však s CF týmem stále ve styku a tak úplně nezahálím,

právě teď jsem dopsala kapitolu do knihy „Vzácná onemocnění“, jejíž editorkou je paní doktorka Kubáčková.

Na oslavě vašich narozenin v Motole byl přítomen nejen profesor Josef Koutecký, zástupci odborných společností (včetně mezinárodních) a vedení nemocnice, ale i vaše již dospělé „děti“. Jedno z nich vám tam přineslo obrázek koně, který letí krajinou a dýchá z plných plic. Kdo je jeho autorkou?

Gábina! Jako dítě nádherně malovala a pak chvíli přestala, teď zase začala. Ona měla koně, a tak jsme si při kontrolách vždy povídalý i o koníčcích. Je to krásná holka a našťastí se jí daří dobře.

Vy se zajímáte i o koně?

Ne přímo, „přes koně“ je odjakživa náš syn. Mým zájmem, tedy aktivním zájmem, bylo vždy lyžování. A také hudba, padesát let jsme měli s mužem předplatně na koncerty České filharmonie.

Vybrala jste si profesi, kterou v každém případě nelze opustit ze dne na den a stále vás nějak provází...

Když jsem v nemocnici řekla, že končím, prostřednictvím Klubu mi děti posílaly vzkazy... Jeden kluk mi napsal: „Děkuji Vám, že jsem.“ Ten vzájemný hezký vztah s dětmi mi také velice pomáhal. A ještě stále se ke mně hlásí rodiče dětí, které před mnoha lety zemřely. Píší mi a scházíme se. To si pak člověk říká, že přece jen snad nežil nadarmo.

doc. MUDr. Věra Vávrová, DrSc.

* 16. února 1928 v Pardubicích

V letech 1947–1952 studovala na Lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze, v roce 1964 atestovala z pediatrie, v roce 1995 jí byla přiznána atestace z pneumologie. V roce 1965 obhájila kandidátskou práci na téma „Výskyt, diagnostika a klinický obraz mukoviscidózy v dětském věku“, v roce 1987 doktorskou disertací „Dlouhodobý vývoj cystické fibrózy“. V říjnu 1991 habilitovala na 2. LF UK.



fibrózu při Čs. pediatrické společnosti ČLS JEP. V letech 1976–1998 byla vědeckým sekretářem Evropské pracovní skupiny pro cystickou fibrózu (European Working Group for Cystic Fibrosis, EWGCF), v roce 1989 organizovala 16. konferenci EWGCF v Praze.

Obdržela cenu Evropské společnosti pro cystickou fibrózu za rok 2008.

Jejími speciálními zájmy je diagnostika, klinický obraz a terapie cystické fibrózy. Publikovala 4 monografie, 27 kapitol v monografiích, 212 vědeckých článků a 247 abstrakt. Byla mj. spoluřešitelkou grantu Z 215 IGA odměněného cenou ministra zdravotnictví za rok 1995, odpovědnou řešitelkou grantu MZ ČR „CF – vývoj nemoci a jeho ovlivnění“ a „Nové směry v léčbě CF“. Podílela se na řešení projektu EuroCare-CF a ECORN-CF (European Centres of Reference Network for Cystic Fibrosis).

Její manžel je profesí stavební inženýr, dcera je dětská lékařka, syn je novinář, publicista a moderátor. Má čtyři vnuky a čtyři pravnoučata.

Od roku 1960 pracovala v ambulanci pro cystickou fibrózu ve Fakultní nemocnici v Motole, od stejného roku byla vědeckou pracovnící Ústavu pro výzkum a vývoj dítěte Fakulty dětského lékařství UK. Od roku 1991 do června 2012 pracovala jako docentka na II. dětské (později Pediatrické) klinice 2. LF UK v Praze. Vyučovala studenty 2. LF UK, včetně zahraničních. V oborech pediatrie a pneumologie vzdělávala postgraduální posluchače Institutu pro další vzdělávání lékařů a farmaceutů.

V letech 1970–2000 byla vedoucí pracovní skupiny pro cystickou

Fotbal jde napříč všemi společenskými vrstvami

Chirurg I. ortopedické kliniky LF MU a FN u sv. Anny v Brně **MUDr. Luboš Nachtnebl** byl členem české lékařské reprezentace, která z letošního 19. mistrovství světa ve fotbale lékařů přivezla stříbrné medaile. Čeští lékaři-fotbalisté se přitom této akce účastnili poprvé.

Jaká byla vaše dosavadní fotbalová dráha?

Hrával jsem jako dorostenec krajský přebor a dorosteneckou ligu ve Znojmě. Když jsem odešel studovat medicínu, tato aktivní dráha skončila, ale začal jsem v Brně s futsalem, hrál jsem divizi za tým Rosňa Brno, dnes ve futsalu hrají krajský přebor za tým Mít-ra Brno. Velký fotbal už hrají jen za Fakultní nemocnici u sv. Anny ve Svatoanenské lize a teď i v lékařské reprezentaci.

Co je to za soutěž?

Svatoanenská liga je unikum, před šestnácti lety ji založili fotbaloví nadšenci z naší nemocnice s cílem propojit zdejší zaměstnance prostřednictvím fotbalu. Je to ryze amatérská soutěž, v jejímž rámci některé kliniky vytvořily týmy a docenti a profesori se začali prohánět na hřišti. Zpočátku šlo spíš o společenskou záležitost a ve fotbalové úrovni byly velké rozdíly. Postupně se ale soutěž vyprofilovala, protože na klinikách přibývalo sportovně založených zdravotníků - Svatoanenská liga navíc na rozdíl od mistrovství světa není vyhrazena jen lékařům, ale hrají v ní i ostatní zdravotníci. Dnes má soutěž slušnou úroveň a hraje v ní šest týmů - tři družstva z FN u sv. Anny (Orchis, Red Devils a Bjanconeri) a dále po jednom týmu z Fakultní nemocnice Brno v Bohunicích, Nemocnice Nové Město na Moravě a Masarykova onkologického ústavu.

Kudy vedla vaše cesta do fotbalové reprezentace a na mistrovství světa?

O mistrovství světa jsem se dozvěděl v časopisu Tempus Medicorum, kde se psalo, že se u nás sestavuje národní tým lékařů, protože Česká republika poprvé dostala pozvání na turnaj v Budapešti. Pořádání mistrovství světa ve fotbale lékařů má devatenáctiletou tradici a zatím se jej pravidelně účastnilo dvanáct zemí. Letos byly poprvé přizvány i čtyři státy bývalého východního bloku - Bělorusko, Ukrajina, Rusko a také Česká republika. Ihned jsem zareagoval, protože

jsem stále aktivním fotbalistou a hrát v reprezentaci považuji za velkou čest. Poslal jsem tedy svůj fotbalový i medicínský životopis. Podmínkou účasti byl totiž lékařský diplom.

Kdo český lékařský fotbal reprezentoval?

Při vzniku národního týmu se sešli lékaři z celé republiky. Vzhledem k tomu, že se výběr konal v Praze, se přihlásilo více lékařů z Čech, Morava byla zastoupena méně. Vše fungovalo na kamarské bázi. Vůdčí osobností výběru byl Martin Engel, který sice nehrál, ale vytvořil základní kostru fotbalového týmu. Pak následovala sehrávací utkání, trenérem národního týmu se stal profesor Miloš Adamec, který jako hráč okusil i fotbalovou ligu.

Jaké lékařské odbornosti se v týmu sešly?

V týmu byli dva ortopedi, ale zastoupení měli i chirurgové, anesteziologové, několik neurologů, praktický lékař, specialista ORL, psychiatr, onkolog, bylo to velice široké spektrum odborníků.

Projevila se nějak lékařská profese ve hře a na turnaji?

Na mistrovství světa ve fotbale lékařů platí, že všichni účastníci musejí být absolventi medicíny, ostatním zdravotnickým profesím je uzavřeno. Diplom se posílají při potvrzení nominace, navíc je zde i pravidlo, že tým může kontrolně vyzkoušet své protihráče z medicínských otázek, aby si ověřil, že proti němu hrají skuteční doktoři medicíny. Na toto pravidlo došlo při našem zápasu s Německem, našim soupeřům zřejmě připadali podezřelí někteří mladí členové našeho mužstva, a tak si je vyzkoušeli. Možná hrálo roli i to, že jsme Němce přehrávali a oni to nemohli unést. V poločase tak došlo na odborné otázky, naši ale uspěli a hrálo se dál. Všichni to brali velice odpovědně.

Má lékařský fotbal nějaká specifika?

Fotbal je fenoménem, který jde napříč všemi společenskými vrst-

vami, lékaři nejsou výjimkou. Podle mých dlouholetých zkušeností jde odbornost na hřišti stranou a jde jen o fotbal; nadšení a zápal pro hru jsou stejné jako jinde. Funguje tam něco podobného, jako když se lékař vrátí domů, do rodiny, a nijak se tam jeho profese neprojevuje. Když lékař hraje fotbal, nepřemýšlí o medicínských problémech.

Jak vypadala organizace mistrovství světa v Budapešti?

Velmi mě udivilo, na jak profesionální úrovni vše probíhalo, a to včetně zázemí pro týmy. Počítal jsem, že budeme bydlet v nějaké ubytovně, ale byli jsme ubytováni v komfortním hotelu s wellness a saunou, doprava na stadiony a příprava hřiště byla perfektní, cítili jsme se jako skutečná fotbalová reprezentace. Kromě toho probíhal velmi příjemný mimoherní kontakt s ostatními účastníky a navázali jsme řadu přátelských vztahů. Je pravda, že některé týmy braly mistrovství extrémně profesionálně a s ostatními se příliš nebavily, ty ale byly v menšině. Pokud jde o vlastní soutěž, hráli jsme během sedmi dnů šest zápasů, což bylo dost náročné. Proto jsme měli dvě jedenáctky a střídání probíhalo v podstatě hokejově.

Na jaké úrovni je světový lékařský fotbal?

Fotbalová úroveň byla celkově velmi vysoká, dala by se přirovnat k našim týmům v krajském přeboru. Mistrovství se zúčastnilo šestnáct týmů z celého světa kromě Afriky, to bylo možná kvůli ekonomické situaci tamních zemí. Byli jsme rádi, že jsme obstáli a zařadili se mezi nejlepší.

Vzpomínáte zvlášť na některá utkání z tohoto mistrovství?

Klíčový byl jednoznačně první zápas s Jižní Koreou, byli jsme nervózní, abychom nepropadli. Vyhráli jsme 3 : 0 a to nás pozvedlo. Jedním z našich úkolů, které jsme si stanovili, byl právě úspěch v prvním utkání, abychom pokračovali už více v klidu. Druhým důležitým zápasem bylo semifinále s Anglií, jejíž tým byl výborně připraven. V normálním čase jsme remizovali 1 : 1, ale pak jsme vyhráli na penalty a postoupili do finále. V situaci, kdy jsme věděli, že máme medaili jisté, jsme už s Německem ve finále hráli víc v pohodě. Bohužel jsme po remíze prohráli na penalty, a tak nám titul mistrů světa nakonec unikl o vlasek.

Co na vaši „fotbalovou kariéru“ a sport vůbec říká vaše rodina?



S dcerou a pohárem z MS.

Foto: archiv FNUSA

Ke sportu máme všichni kladný vztah, žena se mu aktivně věnuje, máme tři děti a všechny také sportují. Dvanáctiletý syn dokonce dělal intenzivně tři sporty a teď se rozhodl pro volejbal, jedná dcera tancuje i běhá a ta pětiletá je zatím sportovně nevyhraněná, ale dá se očekávat, že bude také sportovat. Pokud jde o můj fotbal, někdy je toho už moc, každý rok manželce slibuji, že je to poslední sezóna, ale zatím na to nedošlo a žena to toleruje.

Jak se jako sportovec a zároveň lékař díváte na vrcholový sport?

S jednostranným přetěžováním dětí nesouhlasím - když dítě hraje například od pěti let tenis a ostatní pohyb jde stranou, je to špatné. Jsem pro všestranné pohybové aktivity. Vrcholový sport je formou přetěžování i v dospělosti, nemohu to ale jednoznačně kritizovat, protože jsem jej sám provozoval. Kdyby můj syn chtěl sportovat vrcholově, nebudu ho odrazovat. Dělal jsem i lékaře různých sportovcům a vím, co a jak v těle trpí. Ve většině případů jde o větší opotřebení kloubů a obecně lze opravdu říct, že vrcholový sport není úplně zdravý.

Co se aktuálně děje v reprezentačním lékařském týmu?

Nový reprezentační tým České republiky se v říjnu zúčastnil turnaje v Jičíně, kde jsme se utkali s místním týmem. Zároveň přicházejí noví fotbalisté a už proběhla předběžná nominace na mistrovství světa 2014 v Brazílii. Zatím nemáme přesný plán pro nejbližší dobu, ale v rámci přípravy na mistrovství světa bychom měli sehrát turnaj v Rusku, termín se zatím hledá. Na jaře bychom také měli sehrát benefiční utkání s týmem umělců, v němž hraje třeba herec Ivan Trojan.

David Daniel



Ceny za nejlepší odborné publikace uděleny v senátu

V Rytířské síni Valdštejnského paláce byly 13. listopadu 2013 slavnostně předány ceny předsednictva České lékařské společnosti JEP za nejlepší odborné knižní publikace za rok 2012.

Záštitu nad slavností převzal předseda Senátu Parlamentu ČR Milan Štěch. „Ačkoli horní komora nerozhoduje o rozpočtu, věnujeme se podpoře vědy ve společenských a politických kruzích,“ uvedl a zmínil mimo jiné dlouhodobou spolupráci Senátu PČR s Akademií věd ČR a konání společných akcí. „Předání cen předsednictva ČLS JEP za nejlepší odborné publikace do těchto aktivit rovněž spadá. Rozvoj medicíny a vědy je klíčová oblast, důležitá pro budoucnost této země,“ zdůraznil Milan Štěch. Následovalo předání cen, které za rok 2012 obdržely tři monografie.

Revmatologie

Jako první byla oceněna „Revmatologie“ (vydavatelství Maxdorf), jejímiž autory jsou prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc., prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc., prof. MUDr. Pavel Horák, CSC., doc. MUDr. Ladislav Šenolt, Ph.D., MUDr. Heřman Mann, prof. MUDr. Jan Štěpán, DrSc., a kolektiv. „Revmatické nemoci jsou ubikvitní. Jejich stopy byly nalezeny na pozůstatcích živočichů žijících před 100 miliony let a samozřejmě i na kostech našich dávných předků. Během svého života se s nimi setkal prakticky každý z nás. Je to skutečná metla lidstva, problém nejen zdravotní, ale i sociální a ekonomický. Jedná se o epidemiologicky významné choroby, jejichž výskyt stále roste (kvůli stárnutí populace, změně základních determinant života a dalším faktorům),“ uvedl ke knize předseda ČLS JEP prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc. Zmínil, nakolik obor pokročil nejen od vydání 60 let starého Pelnávo a Leno-



Ocenění autoři s Martinem Holcátem, Milanem Štěchem a členy předsednictva ČLS JEP. | Foto: archiv Senátu PČR

chova díla „Pathologie a terapie nemocí vnitřních“, nýbrž i od pouhých deset let staré předchozí monografie sepsané rovněž pod vedením profesora Pavelky. „Ukazuje se, jak se změnil náhled na patogenезi a klinické projevy, zcela radikálních změn ovšem zcnala samotná terapie, zejména zavedením biologické léčby,“ zdůraznil profesor Blahoš. Ocenil také, že kniha je psána nejen na základě *evidence based medicine*, ale i *experience based medicine a ethics based medicine*.

Dětská alergologie

Další oceněnou publikací je „Dětská alergologie“ (vydavatelství Mladá fronta) autorského kolektivu pod vedením doc. MUDr. Víta Petru, CSC. Člen předsednictva ČLS JEP prof. MUDr. Petr Goetz, CSC., ve svém projevu upozornil na medicínskou a společenskou závažnost alergických onemocnění u dětí, jejichž prevalence během posledních deseti let dvojnásobně vzrostla. V této souvislosti vyzdvihl kvalitu monografie věnované tomuto tématu, jež na českém

trhu dosud chyběla. „Jde o komplexní pojetí problematiky špičkovým týmem teoretiků i kliniků, mezi nimiž je i nestor a zakladatel oboru u nás profesor Václav Špičák. Prakticky všichni autoři jsou zároveň jeho žáci. Publikace může vedle perfektně zpracovaného obsahu nabídnout rovněž nesporné kvality pedagogické, srozumí-

telnost, jasnost a přehlednost. Za velmi šťastné považují také například zařazení kapitoly o úloze sestry v péči o dětské alergické pacienty,“ dodal profesor Goetz.

Bolest – monografie algeziologie

Třetí oceněnou se stala „Bolest – monografie algeziologie“ (přepara-

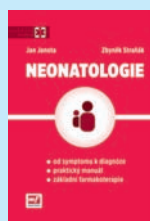
cované vydání, vydavatelství Tigris) autorského kolektivu 76 odborníků pod vedením prof. MUDr. Richarda Rokyty, DrSc., prof. MUDr. Miloslava Kršiaka, DrSc., a MUDr. Jiřího Kozáka, Ph.D. „To, že jsme zde jako lékaři, je díky tomu, že je zde bolest. Ze šamanů se pomalu vytvořila vrstva lékařů, kteří se nořili hlouběji do bolesti i jejího pochopení. Stejně tak se do ní hlouběji noří i aktuální monografie, jež navazuje na dílo téhož autorského kolektivu z roku 2006. Na rozdíl od šamanů se snažíme poznat bolest na základě medicínských faktů a důkazů, přesto si uvědomujeme, že čím víc toho víme, tím méně tomu vlastně rozumíme,“ odlehčil svůj projev místopředseda ČLS JEP prof. MUDr. Jan Škrha, DrSc. „Prakticky každý pacient se nám světuje se svojí bolestí. Proto se domnívám, že jde o dílo, kterým spíše než student bude listovat hotový lékař, ať už praktik či specialista, který zde bude hledat odpovědi na své otázky, co dělat s pacientovou bolestí a jak řešit jeho potíže. Sám si uvědomuji, jak často svým pacientům od bolesti pomoci nedokážu a jak jsme v tom stále limitováni. Oceněná kniha nám v tomto ohledu určitě napomůže,“ uzavřel profesor Škrha.

Martin Čermák

„Neonatologie“ pokřtěna bývalou pacientkou

Na XXIX. neonatologických dnech v Ústí nad Labem, které pořádá novorozenecké oddělení Krajské zdravotní, a. s. – Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem, o. z., ve spolupráci s Českou neonatologickou společností ČLS JEP a Fakultou zdravotnických studií Univerzity J. E. Purkyně v Ústí nad Labem, byla představena a pokřtěna knižní novinka vydavatelství Mladá fronta (edice Aeskulap) – monografie „Neonatologie“.

Knihu pokřtili oba hlavní autoři a editoři doc. MUDr. Jan Janota, Ph.D., a doc. MUDr. Zbyněk Straňák, CSC., MBA, kmotrou knihy však byla naprosto netradičně pětiletá dívka, jejíž život byl po narození, kdy vážila pouhých 530 gramů, v rukou týmu docenta Straňáka. Její účast byla velice osvěžující a všechny zúčastněné potěšila i dojala. Křtem sympaticky provázal primář Petr Janec.



patologie, stabilizací stavu, případně připravit novorozence na transport. Kapitoly jsou uspořádány abecedně, každá odpovídá jednomu klinickému, laboratornímu nebo diagnostickému problému.

Publikace je určena pediatrům a neonatologům všech zdravotnických zařízení, především však

lékařům menších a středních porodnic, novorozeneckých a dětských oddělení, kteří nemají široké zázemí jednotky intenzivní péče. Zároveň je cenným zdrojem odborných informací pro postgraduální studium a předatestační přípravu. Česká monografie zabývající se komplexně problematikou onemocnění v novorozeneckém věku naposledy vyšla před více než třiceti lety. (red)

Komplexní publikace po 30 letech

Monografie je praktickým manuálem, který se snaží poskytnout ucelené informace o příčinách, symptomech a léčbě nejzávažnějších a nejčastějších patologických stavů novorozenců. Měl by pomoci v rychlé diagnostice problémů novorozence po porodu a v prvních dnech života, předložit širokou diferenciální diagnostickou rozvahu a přinést jasná doporučení vedoucí k léčbě dané



Docenti Janota a Straňák se svým malým hostem. | Foto: archiv pořadatele



Gratulace Milana Štěcha docentu Vítovi Petru. | Foto: archiv Senátu PČR

Ceny Neuron 2013

Během slavnostního večera, který proběhl 5. listopadu v refektáři Profesního domu MFF UK v Praze, čtyři špičkoví vědci převzali Ceny Neuron 2013 a pět odborníků granty v celkové hodnotě 4 miliony korun.

Patrně největší hustota vědců na metr čtvereční byla 5. listopadu dopoledne v podkroví Malostranské besedy v Praze. Pod šikmými trámy zde přiblížili svoji práci laureáti Ceny Neuron 2013, špičkoví odborníci v oborech medicíny, fyziky, matematiky a ekonomie. Lékař profesor Jiří J. Vítek

mluvil o prevenci mozkové mrtvice s využitím katétru, jehož tvar zdokonalil a který je mezi odborníky znám pod zkratkou VTK.

Cena Neuron pro odborníka na iktus

Přehlídka vědeckých témat poté vyvrcholila týž den slavnost-

ním předáváním cen a grantů v Profesním domě MFF UK v Praze. Kromě zakladatele nadačního fondu Karla Janečka se představili i dva noví mecenáši české vědy Dalibor Dědek z firmy Jabltron a ředitel RSJ Libor Winkler. Čtyřem laureátům předali Ceny Neuron 2013

Areál luhačovických lázní čeká největší proměna v jeho historii

Lázeňský areál v Luhačovicích je vyhlášený řadou architektonicky cenných staveb i svou celkovou rozlohou. Nyní ho navíc čeká zásadní změna, která se týká zeleně. Úpravy si vyžádají více než 27 milionů korun.

Celé území, jehož se revitalizace týká, je v majetku akciové společnosti a je součástí městské památkové zóny. Autorem celkového řešení nových výsadb v lázeňském parku je profesor Ivar Otruba, přední znalec v oboru architektury a urbanismu. Projekt je součástí komplexního řešení revitalizace lázeňského areálu Luhačovice. „Cílem revitalizace je zlepšení kvality lázeňského prostředí při zachování stávajících hodnot areálu parku. Po nedávno zpřístupněném pítku pramene Nový Jubilejní je to další z řady filantropických počínů naší společnosti,“ uvedl generální ředitel Lázní Luhačovice, a. s., MUDr. Eduard Bláha.



Termín realizace byl stanoven na období od listopadu 2013 do prosince 2014, ale je reálný předpoklad, že většina prací bude dokončena do zahájení hlavní sezóny.

Celý projekt „Revitalizace zeleně v lázeňském areálu Luhačovice“ je spolufinancován z Operačního programu Životní prostředí.

(red)



Foto: archiv Lázní Luhačovice

ZE SPOLEČNOSTI



Prof. Jiří Vítek. | Foto: archiv MFF UK

Cenu Neuron za celoživotní dílo pro rok 2013 získal od Nadačního fondu Neuron na podporu vědy (dříve Nadační fond Karla Janečka na podporu vědy a výzkumu) mezi jinými odborníky na prevenci a léčbu mozkové mrtvice prof. MUDr. Jiří Vítek, Ph.D. Vyvinul speciální tvar katétru, který se snadno aplikuje a snižuje riziko komplikací u pacientů s iktem. Od roku 1969 profesor Vítek pracuje v zahraničí, ale pravidelně jezdí přednášet do České republi-

ky a zajišťuje stáže českých neurologů na předních zahraničních pracovištích.

Grant pro miniaturní terapeutické roboty

Pět mladých vědců pak získalo čtyři milionové granty na své projekty v matematice, medicíně, ekonomii a fyzice. V oboru medicíny získal grant prof. Ing. František Štěpánek, Ph.D. Ve svém projektu pomocí miniaturních chemických robotů dopravuje na místa zasažená bakteriemi účinnou látku získanou z česneku. Cílem je zničit bakterie, které jsou již odolné vůči běžným antibiotikům. Na látku z česneku si bakterie nedokážou vytvořit rezistenci, protože je méně stabilní než běžná antibiotika. Na závěr večera početné publikum v sále shlédlo videogratulace žáků a kolegů profesora Rudolfa Zahradníka k jeho 85. narozeninám.

(red)

Slavnostně vyměněn první český babybox

Ve středu 13. listopadu byl v GynCentru v Praze 9 instalován babybox nové generace.

Zakladatel myšlenky Ludvík Hess uvedl, že šlo o výměnu vůbec prvního babyboxu, zavedeného v roce 2005. Původní přístroj byl nahrazen novým prototypem firmy Montel z Náměští nad Oslavou, kde se babyboxy nové generace vyrábějí a původní inovují. V pražském GynCentru dosud našli 18 z celkového počtu 94 takto odložených dětí.



(ktu) Starý a nový... | Foto: Leoš Chodura

Bohoslužba za „děti do dlaně“

Bohoslužba je věnována dětem, jež se narodily předčasně a překonaly veškeré nástrahy osudu, a všem jejich blízkým, kteří se o předčasně narozená miminka starali či starají.

Tradiční Bohoslužba za „děti do dlaně“ věnovaná nedonošeným dětem se konala 17. listopadu v Kapli Panny Marie u Antonínova Dolu. Byla pořádána v rámci celoevropských oslav Dne předčasně narozených dětí. Každoročně se jí přimíná narození všech předčasně narozených dětí. Pořadatelé akce byla havlíčkobrodská nemocnice společně s o. s. Nedoklubko a Oblastní charitou Havlíčkův Brod. Mši celebroidal opat Želivského kláštera Jaroslav Šimek.

(red)

Čeští záchranáři jsou nejlepší v Evropě

Poslední říjnový víkend probíhalo v polském Krakově každoroční sympozium Evropské rady pro resuscitaci (ERC). V rámci oslav 25. výročí jejího založení byla do programu zařazena symposia i mezinárodní soutěž profesionálních tý-

mů v provádění kardiopulmonální resuscitace.

Soutěžilo 7 týmů z různých zemí Evropy – Itálie, Belgie, Polsko, Nizozemska, Kypru, Rumunska a Česka. Do finále postoupily nizozemský a český tým.

(red)

ZE SPOLEČNOSTI

Oslava 85. výročí otevření **Masarykových domovů**

Lékořice, o. s., a Thomayerova nemocnice pod záštitou pravnučky T. G. Masaryka paní Charotty Kotíkové a Magistrátu hl. m. Prahy oslavila 85. výročí otevření Masarykových domů (MD) v Praze-Krči, nyní Thomayerovy nemocnice.

Akce pro veřejnost proběhly 18. a 19. října. Záštitu oslavám poskytl Magistrát hlavního města Prahy a paní Charlotta Kotíková, pravnučka prvního československého prezidenta, která se v pátek 18. října osobně zúčastnila zahájení výstavy o krčském areálu a setkání s novináři a managementem nemocnice.

Na Masarykovy domovy si vzpomíná, přestože v době, kdy byla dítě, již jméno jejího dědečka nenesly. „Netušila jsem, že přítomnost zde na výstavě pro mne bude tak přínosná,“ zhodnotila v závěru setkání. Během dopoledne ještě navštívila onkologickou kliniku a poté i oční oddělení.

Chtělo by to nový kabát

„Není cesty zpátky k zařízení sociálního typu. Je třeba se dívat nejen na fasády nemocnice, ale především dovnitř, na její moderní vybavení a kvalitní péči,“ řekl v úvodu výstavy ředitel nemocnice MUDr. Karel Filip, CSc., MBA. Dle svých slov by uvítal, kdyby nemocnice mohla mít nový slušivý kabát a stát se tak jako před 85 lety výstavním architektonickým počinem. Bohužel reálné možnosti financování oprav budov jsou pod silným tlakem ze strany památkové ochrany, která se na celý areál vztahuje a je v tomto ohledu poněkud kontraproduktivní.

Setkání v kavárně

Kavárna v krčském areálu, kterou najdete hned za branou do nemocnice, se po dobu obou výstavních dní stala místem setkávání pamětníků, zaměstnanců a novinářů. 18. října se zde konalo setkání vedení nemocnice s pozvanými pamětníky Masarykových domovů, kteří zde prožili část svého života, ať už jako chovanci, děti zaměstnanců nebo zde kdysi po dlouhá léta pracovali. Ředitel Filip připomněl základní milníky historie nemocnice a vyzval pamětníky k vyprávění o svých životních příbězích, vzpomínkách na MD a působení ve zdejšímu areálu.

„Jsem dítě zdejší sestřičky a ruského vojáka. S tátou jsme ne nikdy nepoznali,“ vyprávěla temperamentní a přesto dojatá Petra Zoubkova, která se na výstavu přijela podívat až z Plzně. Pamětníci měli možnost vidět nejen výstavu, ale i dnešní podobu některých oddělení a klinik. (red)



Karel Filip a Charlotta Kotíková

Přišli i „lidické děti“

Kromě Jana Kamenáře (nejstaršího účastníka setkání, který obdivuhodně vyjmenoval z paměti všechny správce pavilonů, mluvil o životě dětí zaměstnanců či o tom, jak fungovalo samozásobování MD) vystoupili také zástupci „lidických dětí“, pánové Pitínský a Horešovský. Odvahu postupně dostala i ženská část osazenstva.

Křest monografie „Kolorektální karcinom 2013“

17. října byla v Galerii Egona Schieleho v Českém Krumlově slavnostně pokřtěna monografie „Kolorektální karcinom 2013“. Stalo se tak v rámci XX. jihočeských onkologických dnů.

Hlavním autorem a pořadatelem celé publikace je přednosta Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze prof. MUDr. Luboš Petruželka, CSc. Pod jeho vedením se týmu 33 spoluautorů podařilo vytvořit kvalitní edukativní dílo. Sborník je svým obsahem aktuálním příspěvkem ke zlepšení vzájemné komunikace mezi odborníky v oblasti kolorektálního karcinomu, včetně zkvalitnění konzistence, kontinuity, koordinace a efektivity onkologické péče. Základem současné onkologické péče je totiž multidisciplinární léčebný přístup a klíčová rozhodnutí o léčebné strategii včetně časové posloupnosti léčebných modalit připravuje mezioborový pracovní tým. Multidisciplinární

rozhodnutí nenahrazuje zodpovědnost každého specialisty v jednotlivých etapách léčby a nemocný neztrácí „svého“ lékaře. Multidisciplinární přístup je v souladu s kon-

ceptem personalizované onkologické péče, která vychází z filozofie jedinečnosti každého pacienta. Publikaci vydal Farmakon Press.

(red)



Profesoři Luboš Petruželka a Jindřich Finek. | Foto: archiv pořadatelů

Pozvánka na kongres vývojové kineziologie

Rehabilitační a výukové centrum RL-Corpus, s. r. o., pořádá při příležitosti 20. výročí svého založení Mezinárodní kongres vývojové kineziologie na téma „Rehabilitace dětí po roce 1989“.

Akce se uskuteční ve dnech 12.–13. září 2014 v prostorech NH Olomoucký kongres, Legionářská 21, Olomouc.

Včasná diagnostika a kvalita fyzioterapie v raném věku zásadně ovlivňuje budoucnost dítěte. Dětská rehabilitace od roku 1989 doznala výrazných změn. Cílem kongresu je odborné veřejnosti představit nové poznatky v rehabilitaci dětí a uskutečnit přátelské setkání zdravotníků, kteří se zajímají o dětskou rehabilitaci. V rámci programu bude prezentován průřez tématy z oblasti dětské rehabilitace. Pořadatelé kongresu se domnívají, že dětskou rehabilitaci v budoucnu bude možné vnímat jako samostatný obor a ne jen jako část rehabilitace dospělých. Více informací: www.rl-corpus.cz

(red)

Češi spolupořádali mezinárodní sympozium klinické farmacie

Každý rok na podzim Evropská společnost pro klinickou farmacii (ESCP) organizuje mezinárodní konferenci v jedné z evropských metropolí. Konference je určena nejen klinickým farmaceutům, ale také všem, kteří se o problematiku klinické farmacie zajímají a chtějí přispět k jejímu rozvoji. Letošní již 42. ročník se uskutečnil v Praze ve dnech 16.–18. října.

Hlavním posláním Evropské společnosti pro klinickou farmacii je nabízet kvalitní profesní vzdělávání. Asociace pravidelně pořádá sympozia, workshopy a další vzdělávací programy, v rámci kterých mají kliničtí farmaceuti, školitelé a výzkumní pracovníci příležitost sdílet své poznatky a zkušenosti z oboru klinické farmacie.

Výroční sympozium klinických farmaceutů je nejvýznamnější z aktivit ESCP. Tématem letošního ročníku byla implementace klinické farmacie ve výzkumu, výuce i běžné praxi.



Prof. Jiří Vlček. | Foto: archiv pořadatelů

Kromě odborných přednášek byly součástí programu také moderované diskuse, kulaté stoly, workshopy a výstava obchodních partnerů.

Na organizaci sympozia se podílela Česká farmaceutická společnost ČLS JEP spolu s Českou odbornou společností pro klinickou farmacii ČLS JEP. Role prezidenta sympozia se ujal prof. RNDr. Jiří Vlček, CSc., předsedkyní organizačního výboru byla PharmDr. Irena Netíková, Ph.D. Vědecký program sympozia připravila předsedkyně vědeckého výboru PharmDr. Daniela Fialová, Ph.D.

600 účastníků z celého světa

Výzkumný výbor ESCP dále připravil Masterclass of Excellence in Pharmacy Practice Research, v rámci kterého se účastníci seznámili nejen s tím, jak definovat cíle vědeckého výzkumu, ale také jak nejlépe zvolit výzkumnou metodu.

Během tří dnů konference hostila téměř šest set účastníků z různých koutů světa, spolu s řadou významných řečníků. Jedním z nich byla například Jeannell Mansurová z kanadsko-americké neziskové or-

ganizace Joint Commission International (JCI) věnující se mj. hodnocení kvality v poskytování zdravotní péče.

Součástí sympozia byl také pestrý společenský program – uvítací recepce, prohlídka historického centra Prahy s průvodcem či slavnostní večere v restauraci Vikárka na Pražském hradě. Večeri v nádherné zrekonstruované sklepni restauraci v románském a gotickém stylu doplňovala krátká prohlídka areálu Pražského hradu.

(red)

Předplatte si MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

**a dostanete na výběr
vánoční dárek zdarma!**



Dárek
č. 1

Můj divotvorný hrnec

Nová česká kuchařka Jaroslava Sapíka představuje klasicickou i moderní českou kuchyni založenou především na domácích produktech. Její členění zdůrazňuje chuťovou pestrost i moderní kuchařské trendy i hlediska racionální výživy. Kapitoly o historii doprovázejí dobové fotografie a dokumenty, staré, často rodinné recepty a osobní vzpomínky autora této výjimečné kuchařky.

kód ZDN 1113A

Dětská alergologie

Kniha, která doposud na našem trhu chyběla, souhrnně pojednává o problematice alergických onemocnění dětského věku. Její autoři - přední odborníci z českých a moravských pracovišť pediatrické alergologie a klinické imunologie - předkládají čtenáři komplexní a recentní pohled na prevalenci, etiopatogenezi, diagnostiku, léčbu, prevenci i prognózu imunopatologických stavů vzniklých na alergickém podkladě. Ve speciální části se pak podrobně věnují jednotlivým onemocněním - průduškovému astmatu, alergické rýmě, kožním projevům alergie, problematice anafylaxe a potravinové alergie, opakovaným respiračním infekcím, autoimunitním onemocněním, primárním imunodeficitům a dalším.

kód ZDN 1113B



Dárek
č. 2

VÁNOČNÍ DÁRKOVÝ CERTIFIKÁT JE KE STAŽENÍ NA WWW.MF.CZ/VANOCE

Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 1. 12. 2013.

Předplatné na rok pouze za 590 Kč

Pokud chcete dostat dárek za předplatné do Vánoc, je třeba platbu uhradit do 30. 11. 2013.



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku mladafronta@predplatne.cz, uveďte své **jméno, doručovací adresu** a informaci, zdali jste nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZDN 1113A** nebo **ZDN 1113B**. 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 1113A** nebo **ZDN 1113B**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. 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 objednávkou 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 pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na www.mf.cz

Sicilské mumie ve světle moderní medicíny

Spící kráska či Šípková Růženka. Tak nazývá celý svět malou Rosalii Lombardovou, dceru sicilského generála, která roku 1920 ve věku dvou let zemřela na infekční zápal plic. Dívenka si toto jméno skutečně zaslouží – i téměř sto let po své smrti vypadá, jako by zavřela oči teprve před chvílí. Rosali je mumie – nemladší, nejzachovalejší a nejspíš i nejznámější ze stovek mumifikovaných těl, která jsou uložena v katakombách kapucínského kláštera v Palermu a na dalších místech po celé Sicílii.

Kláster menších bratří kapucínů byl v Palermu založen roku 1534. Už od počátku řádového působení v sicilské metropoli zdejší mniši pochovávali své mrtvé ve sklepení pod klášterem. Na přelomu 16. a 17. století však sklepní prostory přestaly kapacitně dostačovat a kapucíni se rozhodli vyhloubit podzemní katakomby, které by svými rozměry na dlouhou dobu problém pohřbívání vyřešily. Když však byly kvůli stavebním pracím vyzdvíženy čtyři desítky dříve pohřbených těl, ukázalo se, že ostatky dosud nepodlehly zkáze, neboť suché, chladné a dobře ventilované prostředí v kobkách z pórovitého vápence je přirozeným způsobem mumifikovalo. Tato náhoda napomohla vzniku tradice, která se nejen udržela po staletí, ale rozšířila po celém území Sicílie.

Mumie s vnitřními orgány

První těla, jež byla uchována záměrně, patřila samozřejmě mnišům. Nejstarší mumií, kterou lze v katakombách spatřit, je páter Silvestre da Gubbio, zesnulý roku 1599. Jeho tělo bylo svlečeno a položeno do speciální větrací komory na terakotové trubky, které odváděly odcházející těles-



Foto: Martina Reheřová

né tekutiny. Tento postup konzervace těla se dnes označuje jako spontánní mumifikace.

V prvních staletích po zprovoznění katakomb nebyly sicilským nebožtíkům (na rozdíl od jiných mumií, například egyptských, jež jsou pravděpodobně nejznámější) po smrti odstraňovány vnitřní orgány či mozek. Po sedmi až osmi měsících, když tělo spontánně dosáhlo dostatečně vysušeného stavu, je mniši omyli v roztoku z vinného octa, a aby si udrželo původní tvar, vycpali dutiny slámou. Takto připravené mumie byl vrácen oděv a přesunula se do veřejně přístupné části katakomb.

Mniši, lékaři, právníci i umělci

Brzy poté, co se konzervační metody ukázaly jako účinné, projevil zájem o uchování svých tělesných ostatků i příslušníci movitých sicilských vrstev. Mezi zámožnými obyvateli Palerma se stalo jakousi módou nechat se po smrti mumifikovat. Vedle mnišů a kněží se tedy v kapucínském pohřebišti začali objevovat také vládní úředníci, lékaři, právníci či umělci. Ze

jmen, která přežila své nositele, uvedme například biskupa Agostina Franca či malíře Giuseppe Velasqueze.

Podle záznamů bylo v dobách největší slávy v palermských katakombách uloženo asi 6 až 8 tisíc těl. Jednalo se jistě i o výhodný obchod, neboť za mumifikaci a následnou údržbu tělesné schránky požíval každý rok platili značný obnos. Pokud poplatek neuhradili včas, byl jejich předek dočasně uschován a na původní místo se vrátil teprve po vyrovnání dluhu.

Údržba těl se v některých případech řídila také pravidly, která si před smrtí nadiktoval sám zesnulý – některým mumiím byly například pravidelně vyměňovány šaty či čistěny a česány vlasy. Rodiny zemřelých nepovažovaly mumie za nic neobvyklého, a dokonce je v katakombách často navštěvovaly.

Neobvykle hrůzostrašná podíváná

Počet v současnosti vystavených těl oproti dobám největšího rozmachu značně poklesl, podle posledních odhadů lze nyní spat-

řit asi 1250 až 1800 mumií. Co se stalo s ostatními, není přesně známo. Spekuluje se o tom, že po staletích definitivně podlely zkáze nebo že byly zničeny během bombardování za druhé světové války.

Palermské katakomby dnes fungují jako muzeum a patří mezi nejvyhledávanější turistické atrakce města. Zaplatíte-li tři eura, můžete volně procházet mezi mumiemi a zkoumat je z několikacentimetrové vzdálenosti. A je to vsuktu zvláštní – ač poněkud děsivá – podíváná.

Těla jsou systematicky rozmístěna do několika sekcí. Hned u vchodu, strážného nejstarším obyvatelem katakomb páterem Gubbio v černé kápi, se nacházejí mumie kapucínských mnišů. V sousední chodbě jsou umístěni ostatní kněží a preláti, v dalších, které navazují, pak muži, ženy, celé rodiny, osoby významných profesí nebo děti. Některé mumie stojí ve vzpřímené poloze v četných nikách podél chodby, drátem či provazem zezadu připevněné ke skobě ve zdi. Jiné leží v prostorných policích, které v několika řadách nad sebou

pokrývají celé stěny od podlahy až po klenutý strop. Další odpočívají v dřevěných rakvích opatřených skleněnými stěnami.

Kleriky, koruny a uniformy

Míra zachovalosti jednotlivých těl je různá. Zatímco z některých se zachovaly jen skelety, jiné mají kostry potažené tenkým pergamemem bělavé kůže a na dalších lze pozorovat také tkáň prstů vykukujících z rukávů, chomáče vlasů či další detaily.

Také podle oblečení se mumie hodně liší. Kapucínští mniši byli pohřbíváni převážně v prostých jednobarevných rubáších, ostatní klerus však i po smrti nosí šaty svědčící o někdejší zařazení v církevní hierarchii. Rovněž přední představitelé uznávaných profesí byli oblečeni do kvalitních svátečních obleků všeho druhu, jejich dlouhé černé kabátce bývají nezdídkou doplněny i vázankami a pokrývkami hlavy. Vojáci odpočívají v tmavomodrých uniformách s dvouhými napoleonskými klobouky.

A snad nejlépe byly do rakve oblékány ženy a děti. U ženských mumií, z nichž většina je vystavena vleže, lze vidět bohatě našlapané vyrudlé sukně, zdobené čepce, zašlé krajkové polštářky pod hlavou, černé kožené střevíce, a v jednom případě dokonce korunu. Dětem byly nejčastěji vybírány bílé šatečky s krajkovými čepčky stejné barvy, v nichž dodnes některé vypadají jako panenky.

Ručně psaný postup mumifikace

Stupeň zachovalosti bezpochyby souvisí i se stářím mumie. Balzamací metody se od času pátera Gubbio do počátku 20. století, kdy místní úřady balzamování definitivně zakázaly, notně změnily.

Vrcholným mumifikačním dílem palermských katakomb je právě v úvodu zmíněná Rosalia Lombardová, jež byla zároveň posledním člověkem, který směl být ve městě konzervován. Postup, který k maximálnímu uchování jejího těla zvolil tehdejší přední palermský balzamací dr. Alfredo Salafia, dlouho zůstával tajemstvím. Vědělo se, že aplikoval metodu arteriálního balzamacování, tedy injekčního vstříkávání vhodných konzervačních materiálů do tepenného systému zemřelého, jež se rozšířila během 19. století.

Mělo se však za to, že detailní popis úspěšného balzamacího postupu si lékař, který zemřel roku



Rosalía Lombardová. | Foto: Wikimedia

1933, vzal s sebou do hrobu. Teprve před několika lety sicilský antropolog Dario Piombino-Mascalì vyhledal Salafiovy žijící potomky a mezi písemnostmi z rodinné pozůstalosti objevil také ručně psané paměti, v nichž balzamovač před svou smrtí celý proces zaznamenal.

Formalin místo krve

Postup, který i dnešní odborníci přes balzamování hodnotí jako vrcholné umělecké dílo oboru, spočívá v kombinaci několika použitých látek. Salafia v pamětech popisuje, jak krev malé Rosalie po její smrti nahradil tekutinou uměle vytvořenou z formalinu, alkoholu, glycerinu, salicylové kyseliny a zinkových solí. Každá z přísad ve výsledné směsi plnila nenahraditelnou funkci: formalin zabíjel bakterie, alkohol tělo vysušoval, glycerin zabraňoval přesušení, salicylová kyselina likvidovala houby a zinkové soli dodávaly tkáním pevnost. Neuvěřitelný výsledek Salafiova postupu lze pozorovat dodnes. Kolem roku 2009 sice tělo malé Rosalie začalo vykazovat první známky rozkladu, a muselo proto být i s rakvičkou umístěno do speciálního hermeticky uzavřeného skleněného boxu naplněného dusíkem. Doposud jedinou viditelnou známkou rozkladu je však změna barvy – pokožka dívky ztmavla a vlasy, kdysi zlatavé, získaly jemně rezavý nádech. Pokožka ve tváři a ostatní tkáň stále působí dojmem, jako by byly vymodelovány z vosku. A jak ukázalo zkoumání pomocí rentgenových paprsků, stejně nedotčené jsou i Rosaliiny vnitřní orgány.

Ráj pro moderní archeologii

Ač to s ohledem na silně katolické náboženské přesvědčení obyvatel ostrova asi leckoho překvapí, Sicílie je na mumie velmi bohatá. Mimo Palermo lze méně rozsáhlé soubory mumifikovaných těl najít také v dalších sicilských městech, například v Pirainu, Savoce či Novaře. V posledním desetiletí se tento historický materiál nesmírné hodnoty stal centrem zájmu moderní archeologie. Co všechno dnes ze sto až pět set let starých tělesných ostatků umíme vyčíst? Je toho relativně mnoho. Například výzkum vedený Dariem Piombino-Mascalim, již zmíněným antropologem z palermského Úřadu pro kulturní dědictví a sicilskou identitu, od roku 2007 shromažďuje poznatky, které vypovídají o životě, životním stylu, stravovacích

návyčích, nemocech či okolnostech smrti mumifikovaných osob. Vzhledem k rozdílné době konzervace těl tak vědci mohou porovnávat charakteristiky osob, které na ostrově žily v rozmezí od 16. do 20. století.

Středověké kosti pod rentgenem

Moderní archeologie si vypomáhá metodami založenými na dnes běžných medicínských postupech, jako je například zkoumání pod rentgenovými paprsky, skenování počítačovým tomografem či analýza DNA. Výhodou většiny těchto metod je jejich neinvazivní nebo téměř neinvazivní charakter, díky němuž dochází k minimálnímu poškození historicky cenných tkání. Kvůli ochraně mumii také výzkumy probíhají často přímo v katakombách, kam jsou příslušné mobilní přístroje dopravovány. Rentgenové snímky mumii přinesly mnoho nových informací o nemocech, kterými dřívější Sicilčané trpěli. Dvě třetiny mumii uchovávaných v katakombách zemřely v seniorském věku – jejich kostry nesou stopy degenerativních chorob, jež odpovídají běžnému opotřebení těla ve stáří, zejména osteoartritidy, kterou rentgenové paprsky odhalily v páteřích, kolenou, kyčlích i jinde. U některých zemřelých vědci zjistili rovněž stopy po dně, syndromu DISH, Robinowové syndromu a dalších diagnózách. Vyléčené fraktury žeber a hrudních či bederních obratlů svědčí o schopnostech dávné sicilské medicíny tyto úrazové stavy řešit.

Vyvážená strava kapucínů

Výzkumy sicilských mumii také doplnily znalosti o jídelníčku ostromní populace během uplynulé poloviny tisíciletí. Ačkoli kapucíni v rámci svého řeholního života jistě drželi četné půsty, rentgenové snímky nezaznamenaly

nic, co by svědčilo o skeletálních změnách v důsledku nedostatečné výživy. Naopak, srovnání historických kostí s dnešními potvrdilo téměř shodný obsah kolagenu, což svědčí o kvalitní stravě mumifikovaných osob. Toto zjištění nebylo až tak překvapivé s ohledem na to, že lidé, kteří měli dost prostředků, aby své tělo nechali konzervovat, bezpochyby patřili k movité společenské vrstvě a mohli si kvalitní stravu dovolit.

Spektrometrická analýza kostí, zubů, vlasů a nehtů pomohla rozkrýt, jaký byl typický jídelníček sicilské smetánky. Jednalo se o stravu založenou na suchozemských zdrojích, tedy potravinách rostlinného původu, obilovinách, mase a mléčných výrobcích, která byla jen mírně obohacena o ryby a mořské plody.

Zajímavé závěry přinesla spektrometrická analýza vlasových vzorků odebraných mumii. Ukázalo se, že i s odstupem několika staletí lze touto metodou identifikovat přítomnost ethylglukuronidu ve vlasových vláknech a stanovit tak míru konzumace alkoholu dotyčným jedincem během života. Podle výsledků je zřejmé, že také v předindustriální době si leckteří movití Sicilčané rádi přihnuli.

Rekonstrukce dávné skončených životů

Jednotlivé mumie o sobě poskytly různě rozsáhlý soubor informací. Rekordmanem mezi zkoumanými těly se v tomto směru stal tzv. muž z Piraina č. 1, nazvaný podle místa svého odpočinku. Na jeho ostatcích byly nejprve objeveny známky mnohočetného myelomu a následně zjištěny stopy po míze a pylu rostliny *Polygala vulgaris*, která se v minulosti užívala pro své protinádorové účinky. Jelikož tato rostlina měla původ v Číně a Turecku, zatímco na Sicílii se nevyskytovala, záchyt stop její přítomnosti znamená, že si-



Foto: Martina Řehořová

cilští lékaři znali a používali i léčiva pocházející z území zcela mimo jejich region.

Tělesné ostatky muže stíženého myelomem poskytl při podrobnějším zkoumání ještě další informace. V jeho střevech byla objevena parazitární infekce tenkočlavecem, která se obvykle vyskytovala takřka výlučně v chudinských vrstvách. Důvod, proč parazit v tomto případě napadl muže náležejícího ke střední či vyšší třídě, lze hledat patrně právě v oslabení jeho imunitního systému v důsledku mnohočetného myelomu. Výzkumníci v tomto případě dokázali získat tolik údajů, že mohli rekonstruovat přibližný obraz mužova života.

Vývoj balzamovacích metod

Zkoumání mumii přineslo nové poznatky také v oblasti metod konzervace těla. Postupy, jež v počátcích volili k mumifikaci kapucíni z různých sicilských lokalit, se lišily jen v maličkostech – některé kláštery používaly místo keramických trubek dřevěné, jinde vyplňovali tělesné dutiny ne slámou, nýbrž vonnými bylinami, které měly omezit případný zápach a napomoci balzamování těla.

Zatímco v 17. století se jednalo takřka výhradně o spontánní mumifikaci těl, později, zejména od 19. století, se začaly používat nové postupy, které přirozenou konzervaci ostatků podporovaly a doplňovaly. Jednalo se mimo jiné

o vyjmutí vnitřností, arteriální injekcí, aplikaci otrušivky či magneziového mléka na pokožku, aby se docílilo vzhledu více podobného kůži živého člověka, vložení umělých očí či očních víček do očních jamek, ucpání nosních a ústních otvorů tampony či vyplnění hrudních a břišních dutin a tak dále. Metody konzervace vnitřních orgánů se různily, avšak všem zkoumaným mumii byl ponechán mozek.

Mumie ve zhoršující se kondici

Sicilské mumie měly štěstí. Díky odbornému zájmu o rozsáhlé poznatky, které už poskytly a do budoucna ještě mohou poskytnout, se rozproudila také diskuze o tom, jak konzervovaná těla, na nichž neustále pomalu hlodá zub času, zachránit pro příští generace.

V rámci výzkumů se ukázalo, že vzorky odebrané z kůže, svalů, vlasů, kostí, ale i rostlinných výplní, oděvů, povrchu stěn v katakombách či okolního vzduchu obsahují spory nebezpečných hub a bakterií podporujících rozklad. Diskutuje se proto o kontrole vlhkosti vzduchu v katakombách či o přesunutí dosud dochovaných mumii do kontrolované atmosféry. Po staletí těla ležela v podzemních prostorách bez ochrany, nyní již byl instalován alespoň kamerový systém, který nebožtíky dávnověku chrání před sběrateli morbidních suvenýrů.



Foto: Martina Řehořová

PRÁVO

Mediace náhrady škody na zdraví (2. část): Náhrada škody v novém občanském zákoníku

Tématem předchozího článku byla obecně právní úprava náhrady škody obsažená v občanském zákoníku, a to se zaměřením na náhradu škody na zdraví. Cílem druhého dílu našeho seriálu je zaměřit se na podstatné změny této úpravy obsažené v novém občanském zákoníku (NOZ) účinném od 1. ledna 2014 a srovnání této nové úpravy s úpravou původní.

Současný občanský zákoník náhradu škody řeší poměrně stručně, což mělo za následek rozsáhlé dotváření pravidel formou judikatury. Pro dobrou orientaci v problematice náhrady škody je proto v současné době nutné kromě právní úpravy samotné, obsažené v tomto předpisu, znát i značné množství soudních rozhodnutí, zejména rozhodnutí Nejvyššího soudu. NOZ tuto problematiku upravuje podstatně podrobněji, přijímá některá pravidla ustálená předchozí



Mgr. Alice Kubičková, LL.M.
Lydon Wells Legal, s. r. o.



Mgr. Robert Novotný
Lydon Wells Legal, s. r. o.

rozhodovací praxí soudů a zavádí některé podstatné změny.

Na úvod je nutné upozornit, že namísto termínu „náhrada škody“ je zaveden termín „náhrada újmy“. Tato terminologická změna reflektuje skutečnost, že v NOZ je upravena již výslovně jak náhrada škody majetkové, tak i nemajetkové.

Obecně změny v NOZ

NOZ na rozdíl od současného občanského zákoníku rozlišuje podmínky vzniku povinnosti uhradit náhradu škody s ohledem na to, zda škoda byla způsobena porušením zákona, porušením smlouvy nebo porušením dobrých mravů. Zatímco při porušení zákona NOZ stanoví subjektivní odpovědnost, tedy je nutné zavinení takové škody, při porušení smluvní povinnosti existuje povinnost škodu nahradit bez ohledu na zavinení s tím, že výjimku tvoří pouze škoda způsobená vyšší mocí.

Současný občanský zákoník zmiňuje možnost náhrady škody uvedením do původního stavu, upřednostňuje však peněžitou náhradu škody. Uvedení do původního stavu umožňuje pouze v tom případě, že o to poškozený sám požádá a soud zároveň shledá tento požadavek za účelný. Dle NOZ má poškozený možnost si zvolit, která z variant je pro něho výhodnější, čímž je výrazně zjednodušena možnost po-

žadovat vrácení do původního stavu, pokud je to možné.

Zajímavou otázkou, která je zcela nově upravena, je, jaký význam ve vztahu k odpovědnosti za škodu má varování před možným vznikem újmy. NOZ výslovně uvádí, že takové oznámení automaticky nevylučuje povinnost škůdce uhradit vzniklou újmu. Nicméně dodává, že toto oznámení je možné považovat za varování před nebezpečím. Vliv na výsledné určení povinnosti hradit škodu tedy může být

nepřímý, například s ohledem na posuzování zavinení.

Obecně je další významnou změnou skutečnost, že NOZ umožňuje smluvní vyloučení odpovědnosti za škodu. Smluvní vyloučení odpovědnosti za škody se ovšem nevztahuje na újmu na přirozených právech, tedy ani na újmu zdraví nebo na životě.

Změny ve vztahu ke škodě na zdraví

S ohledem na náhradu škody na zdraví je zcela zásadní změnou již dříve zmíněné zrušení odkazu na vyhlášku č. 440/2001 Sb., o odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění. Dle NOZ bude možné, aby soud určil výši náhrady za škody na zdraví pouze dle svého vlastního uvážení a s ohledem na všechny okolnosti případu. Bude tedy možné vzít v úvahu skutečnou újmu, která byla poškozenému způsobena, včetně přihlídnutí k jeho způsobu života, zájmům, zaměstnání apod. V současné době využívané tabulky, dle kterých byla náhrada škody určována, zcela zaniknou. Jakékoli materiály, jež v souvislosti s novou právní úpravou v této oblasti v současné době vznikají, budou mít pouze orientační charakter.

NOZ nově výslovně ustanovuje, že pokud na sebe někdo přijal nebezpečí oběti, neznamená to automaticky, že se vzdal prá-

va na náhradu škody. Například pokud můj soused potřebuje odstranit hrozící nebezpečí tím, že k tomu potřebuje užít mého pozemku (strom, který hrozí pádem na jeho i můj dům), pak tím, že jsem mu odepřel přístup na pozemek, jsem se nezbavil možnosti požadovat náhradu škody.

V případě újmy na zdraví NOZ vychází z toho, že taková škoda bude odčiněna peněžitou náhradou. Tato peněžitá náhrada musí odčinit plně vytrpěné bolesti a další nemajetkové újmy. Pokud poškozenému v souvislosti se škodou na zdraví vznikne překážka lepší budoucnosti, je škůdce povinen nahradit i toto ztížení společenského uplatnění.

Také v případě náhrady škody v případě usmrcení NOZ přináší novinku v tom, že odstraňuje paušální náhrady stanovené zákonem, a uvádí, že škůdce je povinen odčinit duševní útrapy manželovi, rodiči, dítěti nebo jiné osobě blízké. Z díkce zákona je patrné, že tím má na mysli zejména nemajetkovou újmu, kterou je škůdce povinen odčinit v penězích, a to v takovém rozsahu, aby plně vyvážili takové utrpení.

V případech újmy na zdraví a též újmy při usmrcení pak zákon dále vtěluje řešení pro případ, že by nebylo možné určit výši náhrady, kdy zavádí tzv. měřítko zásady slušnosti. Rovněž v tomto případě zákon neobsahuje žádnou bližší specifikaci ani definici zásady slušnosti a spoléhá tak na soudní praxi.

Nároky v podobě pravidelných rent novým občanským zákoníkem v podstatě zachovává, když také velmi přesně uvádí, jakým způsobem má být proveden výpočet tohoto opakujícího se plnění. Nadále tak platí, že ztráta na výdělků se nahrazuje ve výši rozdílu mezi průměrným výdělkem a tím, co poškozený dostane dle jiných právních předpisů (např. jako nemocenskou). Při určení výše náhrady za ztrátu na výdělků však byla zrušena dříve existující omezení. Naopak se při jejím stanovení nově bude přihlížet k dlouhodobě zvýšeným potřebám poškozeného, ke zvýšenému úsilí při dosahování vý-



ilustrace: Shutterstock

dělků i ke zvyšování průměrného výdělku v oboru a k předpokládanému zvyšování výdělku poškozeného v případě, že by nedošlo ke škodě na zdraví. Zcela nově vzniká nárok na náhradu škody také osobě, pro kterou poškozený bezplatně pracoval. Dle stejného principu došlo i k posílení práv pozůstalých, kterým zemřelý poskytoval výživu.

Ve vztahu k léčbě poškozeného bude nově možné požadovat zcela bez obtíží nejen samotné náklady léčby, ale veškeré náklady spojené s péčí o poškozeného a jeho domácnost.

Možnost jednorázových odškodnění škody na zdraví už není pouze věcí mimosoudního jednání, ale nově je možné na žádost poškozeného přiznat také jednorázové odškodné, na kterém se dříve poškozený a škůdce museli dohodnout.

Problematika nemajetkové újmy je pojata zcela nově a osoby, které pocítují jakoukoli nemajetkovou újmu např. v důsledku úmrtí blízké osoby, tak již nejsou odkázány na uplatnění tzv. osobnostních práv, jako tomu bylo doposud. Náhrada za nemajetkovou újmu také může být přiznána v případech zvláštních okolností i osobám odlišným od poškozeného, které ji pocítují jako vlastní, pokud ji nelze odčinit jiným způsobem.

Závěr

Z výše uvedeného textu je zřejmé, že konstrukce náhrady za újmu je zcela odlišná od úpravy náhrady škody obsažené v dosavadním občanském zákoníku. Praxe zejména v případech závažných škod na zdraví či úmrtí dlouho volala po modernizaci a jistém uvolnění striktních limitů tzv. bodového

hodnocení. V posledních letech se tak zvláště argumentem proporcionality řada poškozených snažila prolomit tabulkový systém a domáhat se přiměřené výše náhrady škody cestou násobků základní bodové výměry.

Nový občanský zákoník je zejména ve vztahu k rozsahu náhrady škody postaven na zcela odlišném základu, když neobsahuje žádné paušálně určené výše náhrad škod (§ 444) a ani neodkazuje na takové předpisy (vyhlášku č. 440/2001 Sb., o odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění). NOZ je postaven zcela na zásadě plného odčinění majetkové, ale zejména nemajetkové újmy. Takový právní rámec dává širokou možnost poškozeným požadovat po škůdci náhrady za majetkovou a nemajetkovou újmu v rozsazích, které sami budou považovat za přiměřené. Práva poškozených jsou značně posílena a lze očekávat, že v případě soudních sporů dojde k podstatnému zvyšování přiznávaných náhrad.

Na závěr je třeba zmínit, že zákoník práce v případě pracovněprávní odpovědnosti za škodu na zdraví stále obsahuje odkaz na vyhlášku č. 440/2001 Sb., o odškodnění bolesti a ztížení společenského uplatnění. Zcela zjevně se jedná o legislativní chybu, neboť takový stav jistě nebyl snahou zákonodárce. Bude zajímavé sledovat vývoj v této problematice, protože škod na zdraví v pracovněprávních vztazích vzniká rovněž nemalé množství.

Tématem příštího dílu bude možnost uplatnění nároků na náhradu škody a jejich specifiky s ohledem na náhradu škody na zdraví, s uvedením mediace jako možnosti řešení těchto sporů.

Dozorčí rada a nahlížení do zdravotnické dokumentace

Mohou členové dozorčí rady nemocnice - akciové společnosti nahlížet v rámci své dozorčí role do zdravotnické dokumentace?



na dotazy odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc

Nahlížení do zdravotnické dokumentace upravuje zákon

o zdravotních službách. Ten ve svých ustanoveních vyjmenovává, které osoby a za jakých podmínek mohou nahlížet do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi.

Předně je třeba konstatovat, že nahlížení do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi může kterákoliv osoba, kterou určí pacient, nepochybně tedy také člen dozorčí rady nemocnice, je-li určen pacientem jako osoba, která je oprávněna nahlížet do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. Bez souhlasu pacienta mohou do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi nahlížet pouze v zákoně uvedené osoby, a to za podmínek stanovených zákonem. Otázkou, zda je k nahlížení do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi oprávněn člen dozorčí rady nemocnice, nelze obecně zodpovědět bez dalších informací o této osobě.

Několik podmínek

K tomu, aby člen dozorčí rady nemocnice mohl nahlížet do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi, je nezbytné, aby splňoval některou z níže specifikovaných podmínek:

- Buď by musel být osobou, která má způsobilost k výkonu zdravotnického povolání.
- Nebo by musel být jiným odborným pracovníkem v přímé souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, jenž je současně zaměstnancem poskytovatele zdravotních služeb.
- Nebo by se muselo jednat o dalšího zaměstnance poskytovatele zdravotních služeb. Nahlížení je přitom možné v rozsahu nezbytném pro výkon povolání a dále z důvodu splnění úkolů podle zákona o zdravotních službách nebo jiných právních předpisů a pro hodnocení správného postupu při poskytování zdravotních služeb.

Zákon zároveň stanoví, že k takovému nahlédnutí může dojít pouze, je-li to v zájmu pacienta nebo je-li to potřebné pro účely

vyplývající ze zákona nebo jiných právních předpisů, a to v nezbytném rozsahu. Není tedy možné, aby si člen dozorčí rady nemocnice, přestože by byl oprávněn nahlížet do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi, bez jakéhokoli důvodu opatroval informace ze zdravotnické dokumentace pacienta.

Ochrana soukromí pacienta

Zákon tak výslovně nestanovuje, že by člen dozorčí rady nemocnice mohl automaticky nahlížet do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. V případě, že člen dozorčí rady je současně některou z osob, kterým zákon umožňuje nahlížet do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi, může tak činit, ale pouze z toho titulu, že je jednou z osob vyjmenovaných v zákoně, nikoli pouze z titulu svého členství v dozorčí radě.

Ustanovení zákona o zdravotních službách vztahující se k nahlížení do zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi jsou koncipována spíše minimalisticky za účelem přesně vymezit okruh osob oprávněných k nahlížení do dokumentace, to vše s cílem maximálně chránit právo pacienta na soukromí a utajení informací o jeho zdravotním stavu.



ilustrační foto: Shutterstock

Použití omezovacích prostředků

Pokud pacient ohrožuje své spolupacienty, které omezovací prostředky je možné použít?



odpovídá
Mgr. Ivan David

Problematika tzv. omezovacích prostředků je řešena zákonem č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách. Uvedený zá-

naci uvedených omezovacích prostředků.

Záleží na situaci

Zákon konkrétně neříká, v jaké situaci může být užit jaký omezovací prostředek, ale obecně stanovuje pro všechny omezovací prostředky,

kon v § 39 vymezuje celkem šest druhů prostředků k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb:

- úchop pacienta zdravotnickými pracovníky nebo jinými osobami k tomu určenými poskytovatelem,
- omezení pacienta v pohybu ochrannými pásy nebo kurty,
- umístění pacienta v síťovém lůžku,
- umístění pacienta v místnosti určené k bezpečnému pohybu,
- použití ochranného kabátku nebo vesty zamezujících pohybu horních končetin pacienta,
- aplikace psychofarmak, popřípadě jiných léčivých přípravků podávaných parenterálně, které jsou vhodné k omezení volného pohybu pacienta při poskytování zdravotních služeb, pokud se nejedná o léčbu na žádost pacienta nebo soustavou léčbu psychiatrické poruchy.

Zákon též umožňuje použít kombi-

že je lze použít (i) pouze tehdy, je-li účelem jejich použití odvrácení bezprostředního ohrožení života, zdraví nebo bezpečnosti pacienta nebo jiných osob, a (ii) pouze po dobu, po kterou trvá uvedené důvody jejich použití; současně musejí být naplněny i některé další vyjmenované podmínky (např. že použití omezovacího prostředku musí vždy, až na zcela výjimečné situace, indikovat lékař; že pacient musí být po dobu nasazení těchto prostředků pod přímým dohledem atd.).

Vámi zmiňovaná situace, kdy pacient ohrožuje své spolupacienty, je tedy dozajista jednou ze situací, kdy lze omezovací prostředky aplikovat, jde-li o ohrožení na životě a/nebo zdraví a jde-li o ohrožení bezprostřední. Odpověď na otázku, který omezovací prostředek (či jejich kombinaci) vybrat, však zcela záleží na konkrétní situaci, přičemž je zejména třeba vzít v úvahu pacientův zdravotní stav, míru jeho agresivity a další relevantní okolnosti.

Roční poplatek za zdravotní služby

Plánuji si zařídit ambulanci praktického lékaře pro děti a dorost.

Je možné zahrnout všechny poplatky za administrativní úkony (všechna potvrzení), za objednání na konkrétní hodinu, CRP vyšetření a nadstandardní vybavení ambulance a čekárny do jednoho, celoročního poplatku? Mohu o tom uzavřít s pacientem, respektive jeho zákonným zástupcem, dohodu?

Zdravotní služby poskytované pacientům v České republice lze rozdělit na hrazené z veřejného

zdravotního pojištění a hrazené přímo pacientem.

Možnost uzavřít s pacientem dohodu o jednorázovém ročním poplatku za předem sjednanou skupinu úkonů a služeb, které příkladmo uvádíte ve svém dotazu a které lékaři nejsou propláceny prostřednictvím veřejné zdravotní pojišťovny, není žádným zákonným způsobem omezena. V tomto případě tak bude lékař s pacientem uzavírat nepojmenovanou dohodu o plnění takovýchto úkonů a služeb za dohodnutých cenových podmínek. Lékař by však při sjednávání takové dohody s pacientem měl být

velmi opatrný, aby tím neporušil povinnosti vyplývající ze smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče uzavřené se zdravotní pojišťovnou.

V případě, že by lékař sjednáním dohody s pacientem porušil své povinnosti vyplývající ze smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče uzavřené se zdravotní pojišťovnou (např. tím, že by pacientovi účtoval a nechal si jím proplácet úkony, které jsou hrazeny z veřejného zdravotního pojištění), mohl by to být pro zdravotní pojišťovnu důvod, aby s lékařem ukončila smlouvu o poskytování a úhradě zdravotní péče.

SERVIS

Oldřich Čech (ed.) History of the Czechoslovak, and the Czech and Slovak Orthopaedics



Rozsah:
363 stran
Cena: 290 Kč
ISBN: 978-80-
-7262-980-0
Vydavatel:
Galén

Netypická publikace nabízí obsáhlé studijní poznámky dvou posluchačů medicíny, připravujících se na zkoušku z vnitřního lékařství. K dispozici měli jako základní učebnici „Vnitřní lékařství“ od kolektivu autorů vedeného Pavlem Klenerem, podrobné vlastní poznámky z přednášek a navíc tyto teze, které jim sloužily k opakování látky a rychlé orientaci v uvedených problematice. Vzniklé dílo a zejména stovky hodin, které pečlivě přípravě na zkoušku (posléze úspěšně složenou) věnovali, přivedly nakladatelství k úvaze publikovat text jako užitečnou pomůcku a inspiraci pro další studenty lékařství. Poznámky obou kandidátů medicíny, nyní už lékařů, nenahrazují učební text, ale poskytují doprovod ke studiu, přinášejí potřebné shrnutí problematiky a usnadňují orientaci v předmětu.

Rozsah:
186 stran
Cena: 500 Kč
ISBN: 978-80-
-7492-055-4
Vydavatel:
Galén



Anglické vydání uceleného přehledu historie naší i slovenské ortopedie za posledních téměř stolet. Almanach, editorsky připravený prof. MUDr. Oldřichem Čechem, DrSc., je nejen účtyhodnou procházkou dějinami oboru, ale představuje i významné osobnosti, odborné společnosti i důležitá vědecká setkání. Publikace vychází jako mimořádné číslo periodika Acta Chirurgiae orthopaedicae et Traumatologiae czechoslovaca.

Roy Porter Dějiny medicíny od starověku po současnost



Rozsah:
812 stran
Cena: 1497 Kč
ISBN: 978-80-
-7260-287-2
Vydavatel:
Prostor

Kniha z pera profesora sociálních dějin medicíny na Wellcome Institute for the History of Medicine v Londýně jsou mimořádným dílem, jež shrnuje a hodnotí celý dosavadní vývoj praktické medicíny i lékařské vědy. Autor se snaží zachytit stále rychlejší a dynamičtější pokrok medicíny, uvědomuje si však i její současné limity a nově vznikající problémy – například mění se podobu vztahu mezi lékařem a pacientem, hrozbu nových chorob či dosud pouze velmi omezené úspěchy v boji s onkologickými onemocněními. Vývoj medicíny a lékařské vědy představuje na širším náboženském, vědeckém, ekonomickém, sociálním i politickém pozadí – na pozadí dějin lidské kultury vůbec. Kniha se věnuje především medicíně západní od starověku po současnost, ovšem pro srovnání nabízí stručný vzhled do tradice medicíny východní (arabské, čínské a indické); ve zkratce také připomíná hlavní proudy a představitelů novověké alternativní medicíny. Kromě vědeckých objevů autor sleduje také zdokonalování lékařské praxe – ambulanci i klinické, rozvoj veřejného zdravotnictví od prvních nemocnic a prvních snah zabraňujících šíření epidemii až po vznik důmyslných zdravotnických systémů a jejich financování na počátku 20. století. V závěrečných kapitolách Roy Porter otevírá etické otázky současné medicíny: zredukování člověka na pouhý soubor orgánů, marnou snahu zachovat si „věčné mládí“ a uniknout smrti, bolestnou skutečnost osamělého umírání v nemocnicích a problém eutanazie. Rovněž se zamýšlí nad budoucností medicíny právě při vědomí jejích současných hranic.

Rozsah:
104 stran
Cena: 199 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4082-9
Vydavatel:
Grada

NOVÉ KNIHY



Rozsah:
248 stran
Cena: 279 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4341-7
Vydavatel:
Grada

Druhé, doplněné vydání učebnice je určeno studentům a vyučujícím SZŠ – obor zdravotnický asistent – a studentům a pedagogům zdravotnických lyceí. Poskytuje základní teoretické poznatky o příčinách, projevech a léčbě nejčastějších onemocnění a stavů v uvedených oborech. Tyto vědomosti umožňují posoudit a popsat potřeby pacientů i plánovat a realizovat ošetrovatelskou péči.

Andrea Pokorná a kol. Ošetřovatelství v geriatрии Hodnotící nástroje



Rozsah:
202 stran
Cena: 299 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4316-5
Vydavatel:
Grada

Nástroje hodnocení kognice, interakce, sebezpečí, výživy, bolesti, soběstačnosti a podpora smysluplnosti jsou hlavními tématy publikace, která se věnuje problematice péče v geriatрии z hlediska posuzování stavu geriatrických pacientů a klientů v nemocnicích a v zařízeních sociální péče (např. v domovech důchodců). Přehled jednotlivých hodnotících technik, škál a nástrojů v geriatрии u nás zatím nebyl takto komplexně publikován.

Martina Venglářová a kol. Supervize v ošetrovatelské praxi



Rozsah:
184 stran
Cena: 315 Kč
ISBN: 978-80-
-262-0372-8
Vydavatel:
Portál

Publikace seznamuje čtenáře s důvody supervize v práci sester a lékařů i s jejími cíli, popisuje průběh, metody i různé modely supervize. Součástí jsou kapitoly o manažer-

ské supervizi, koučování v ošetrovatelské praxi a o etice v práci supervizora. Teoretická část je doplněna kazuistikami.

Jiří Vévoda, Kateřina Ivanová, Marie Nakládalová, Sylva Bártlová, Naděžda Špatenková, Eva Prošková Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví



Rozsah:
160 stran
Cena: 299 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4732-3
Vydavatel:
Grada

Publikace představuje současné faktory motivační a faktory pracovní spokojenosti všeobecných sester a ukazuje možnosti jak je efektivně využít v praxi. Čtenář získá přehled o práci sestry-manažerky v současném zdravotnictví, o pracovních podmínkách, ve kterých vykonává své povolání, i o aktuálním systému vzdělávání sester.

Jeffrey A. Kottler Profesní psychohygienu terapeuta

Cvičení a náměty pro
sebehodnocení, seberozvoj
a péči o sebe sama



Rozsah:
184 stran
Cena: 315 Kč
ISBN: 978-80-
-262-0372-8
Vydavatel:
Portál

Psychotherapeut Jeffrey Kottler předkládá čtenářům spíše cvičebnici než knihu, aby jejím prostřednictvím terapeuty co nejvíce zapojoval a stimuloval k aktivní spolupráci. Činí tak prostřednictvím různých dotazníků, cvičení a námětů k zamýšlení, které mají vést k sebereflexi a zároveň k tomu, že terapeut si vede zápisky, které shrnují jeho vlastní práci. Autorovým cílem je, aby si terapeut-čtenář ujasnil, co se mu na vlastní práci líbí a nelíbí, v souvislosti s tím si stanovil cíle na zlepšení a vytvořil plán změny, takže jeho vlastní práce bude efektivnější

a zároveň jej bude více uspokojovat. Bez ohledu na míru jejich zkušenosti má tato kniha terapeutům pomoci: odhalovat vlastní zdroje stresu a konfliktů; oživovat motivaci a kreativitu; pracovat s protipřenosem nebo s intenzivními vztahy; léčit osobní rány; zlepšovat klinické dovednosti; zvyšovat efektivitu a osobní vliv; přenášet terapeutické dovednosti do osobního života; integrovat osobní a profesní dimenzi života tak, že kvalita terapeutova života bude vyšší.

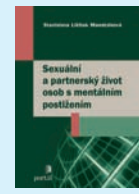
Matuš Šucha, Vlasta Rehnová, Martin Kořán, Dana Černochová Dopravní psychologie pro praxi Výběr, výcvik a rehabilitace řidičů



Rozsah:
216 stran
Cena: 299 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4113-0
Vydavatel:
Grada

Kniha seznamuje se základy psychologické diagnostiky v oblasti dopravy, s postupem dopravně-psychologického vyšetření, nezbytného k posouzení psychické způsobilosti pro řízení, i s jeho legislativním rámcem, dále se věnuje osobnostním rysům problémových řidičů a možnostem jejich rehabilitace. Obsahuje také přehledný výčet psychodiagnostických metod v dopravní psychologii včetně přístrojové diagnostiky.

Stanislava Lištiak Mandžáková Sexuální a partnerský život osob s mentálním postižením se zaměřením na středně těžké a těžké postižení



Rozsah:
184 stran
Cena: 365 Kč
ISBN: 978-80-
-262-0502-9
Vydavatel:
Portál

Publikace má přispět k edukaci klientů s těžším mentálním postižením a pomoci odborným zaměstnancům domovů sociálních

Roztroušená skleróza

Monografie „Roztroušená skleróza“ kolektivu pod vedením profesorky Evy Havrdové shrnuje a završuje další období vývoje znalostí o patogenezi, diagnostice, diagnostických možnostech i terapeutických postupech do současné doby. Výběr spoluautorů, kteří se na této monografii podíleli jednotlivými kapitolami, byl zdařilý a přispěl k úspěšnému zpracování problematiky roztroušené sklerózy v takto rozsáhlé a komplexní šíři.

Kniha je logickým pokračováním prvotní monografie hlavní autorky, vydané v roce 2001 pod názvem „Neuroimunologie“. Ta svým rozsahem, promyšlenou koncepcí a dokonalým přehledem nejnovějších poznatků z oblasti obecné imunologie aplikovaných na neurologická onemocnění byla v té době výjimečná a dávala tušit, že nebude posledním dílem z oblasti neuro-imunopatologických chorob.

Podrobné a srozumitelné informace

Podrobnou informaci přináší rozsáhlá data o historii a vývoji diagnostických možností u roztroušené sklerózy (RS) a podobných imunopatologií CNS, jmenovitě *neuromyelitis optica* (NMO). V kapitolách věnovaných epidemiologii, klinickému obrazu, diferenciální diagnostice, elektrofyziologickým metodám, MRI

vyšetření a vyšetření likvoru jsou nesmírně cenné přehledné tabulky jednotlivých symptomů, jejich dělení a systém posuzování. Jsou uvedeny i četné obrazy dokumentující nálezy na MRI, elektrofyziologické nálezy a jejich závěry.

Souhrn dosud zjištěných poznatků z oblasti genetiky, environmentálních rizikových faktorů je součástí dvou samostatných kapitol doprovázených opět přehlednými tabulkami. Podstatným tématem je rozsáhle zpracovaná patogeneze roztroušené sklerózy, která shrnuje recentní znalosti z oblasti obecné imunologie na subcelulární úrovni aplikované na imunopatologické procesy v CNS. Ani v této kapitole nechybí srozumitelné znázornění pomocí obrázků, které umožní pochopit imunologicky zprostředkované interakce. Toto názorné zobrazení je s výhodou uplatnitelné pro pochopení účinn

ků některých imunomodulačních léků využívaných k léčbě RS.

Vyčerpávající přehled léčebných možností

Pozornost, která je v monografii věnována léčbě nemocných s RS, případně NMO, zasluhuje snad největší ocenění. Již úvod týkající se filozofie léčby je psán s erudicí zkušeného neurologa a pedagoga. Ta pak provází všechny další informace v jednotlivých kapitolách: léčba akutní ataky, snížení počtu relapsů, eskalace léčby, nechybí ani někdy opomíjená léčba symptomatická.

Přehled všech dosud využívaných imunofarmak, farmak s imunomodulačním (převážně imunosupresivním) efektem a řady dnes v praxi využívaných monoklonálních protilátek (biologická léčba) je zcela vyčerpávající. Tato kapitola bude jistě oceněna a vyhledávána nejen odborníky a praktiku-

jícími lékaři z oboru neurologie, ale i těmi, kteří moderní preparáty využívají k léčbě pacientů s různými imunopatologickými chorobami. Nechybí ani stať zmiňující průběh RS v období hormonálních změn a dětském věku, prognostické aspekty i aspekty sociální.

Neocenitelná osobní zkušenost

Monografie „Roztroušená skleróza“ je jedinečným dílem z oboru neurologie a neuroimunologie, jejíž zpracování odpovídá vysokým odborným nárokům. Je cenná i pro srozumitelnost a zřetelně vyznačenou a neocenitelnou klinickou zkušenost, bez které se mnohdy vysoce odborné monografie stávají jen souhrnem informací bez praktické aplikace. Navíc obsahuje nepřehledné množství literárních odkazů, které byly publikovány do data vydání monografie.

Roztroušená skleróza



Eva Havrdová a kol.

Mladá fronta, edice Aeskulap
1. vydání, 2013
488 stran

Závěrem se po přečtení této knihy a na základě úvah z ní vyplývajících ztotožňuji s hlavní autorkou ohledně perspektiv léčby nemocných s RS: Základní vizí do budoucnosti pro pacienty s RS je neomezený přístup k individualizované hrazené léčbě, aby mohlo být dosaženo dlouhodobé remise onemocnění, více terapeutických možností a vznik center excellence.

prof. MUDr. Terezie Fučíková, DrSc.

NOVÉ KNIHY

služeb, kteří jsou s nimi v přímém kontaktu, naplňovat práva jejich klientů spojená se sexualitou, která vyplývají z mezinárodních dohod. Autorka se zabývá specifiky sexuálních projevů osob s mentálním postižením i faktory, které jejich aktivity determinují, nevyhýbá se otázkám spojeným s rizikem otěhotnění, přenosu chorob a zranění.

Sexuální projevy osob s mentálním postižením nejsou jednoduše „čitelné“, pracovníkům pomáhajících profesí chybí znalosti o této tabuizované oblasti a místo toho vycházejí z mýtů. Za daného stavu proto v mnohých zařízeních nejsou vytvořeny podmínky pro kvalitnější život dané skupiny osob, které jsou schopny přátelství i partnerství.

Autorka působí na katedře speciální pedagogiky Pedagogické fakulty Prešovské univerzity. Věnuje se problematice sexuálních a partnerských vztahů osob s mentálním postižením, integraci těchto osob a komunikaci učitele s žáky s mentálním postižením.

Ilona Pluhařová Země bledulek



Rozsah:
364 stran
Cena: 220 Kč +
80 Kč poštovné
ISBN: 978-80-
-905529-0-6
Vydavatel:

Ilona Pluhařová – Silenka

Na oddělení dětské hematologie blízce neurčené fakultní nemocnice se odehrávají příběhy malých pacientů, kteří, přestože trpí závažným onemocněním, zůstávají dětmi se vším všudy. Vedle vážných epizod souvisejících s jejich nemocí zažívají i spoustu legrace, tropí běžné rošťárny, prožívají lásky, zkrátka ani přes svůj obtížný životní úděl nepřestávají žít a někdy díky němu dokonce vyřeší problematické vztahy s vrstevníky nebo rodiči.

Vedle osudů jednotlivých pacientů z různých sociálních vrstev je v knize vykreslen vliv nemoci na cha-

rakter dětí i zdravotníků. Navzdory smutnému tématu kniha vyznívá velmi optimisticky.

Jan Trachta Tichý dech

Zápisky českého lékaře
z Afriky a z Haiti



Rozsah:
214 stran
Cena: 269 Kč
ISBN: 978-80-
-7432-324-9
Vydavatel:
Paseka

Kniha přináší svědectví mladého českého chirurga z afrického Konga a z Haiti, kam odletěl s dalšími lékaři ihned po ničivém zemětřesení. Zároveň jde o velmi osobní výpověď člověka, který vyrazil do dalekých končin plný romantického nadšení. Brzy však byl konfrontován nejen se všudypřítomným utrpením mnohdy končícím zbytečnou smrtí, ale také s neznalos-

tí a neochotou některých tamních lékařů a sester. Dramatická léčba náročných operací na africkém venkově a v haitských ruinách se střídají s popisem exotických krajín a života jejich obyvatel.

Úryvky:

Doktor Clement mi v předšálí ukazuje jedny holiny v koutě, do kterých se opatrně soukám. Určitě v nich jsou jedovatí pavouci nebo hádاتا nebo něco takového, myslím si. Jsou celé černé, i zevnitř, tam, kde mají být bílé. Zelené hadry na sál, které na sobě mám, jsou samá skvrna. Perou je tu v ruce, takže trocha té krve na nich vždycky zbude.

Mírně se ošívám, ale pak se nadechnu jako před skokem do studené vody a natáhnu ten humus na sebe. Za kusem záclony, kde jsem se převlékl, hledám v polici ještě nějakou čepici na hlavu a roušku. Pak už kompletně vstrojen v holínkách jako zahradník čekám, až přinesou na nosítkách pacientku k operaci...

(...) Pokládám nohu pomalu zpátky na zem, matce se neomlouvám, vůbec se na ni nedívám, nemám na to sílu; jdu pro morfin. V lékárně zuřivě lámu jednu ampuli morfinu po druhé, natahují je všechny do stříkaček. Deset miligramů do této, deset sem a deset do další.

Když mám těch stříkaček s nasazenými a krytými jehlami hromadu, cpu si je do všech kapes, které na kalhotách mám, do ruky beru balení plynů čtyřčlů a láhev betadinu a jdu mezi raněné. První injekci dostane ta dívka. Bodnu jí to do stehna a jdu dál. Kdokoli naříká bolestí, dostane injekci. Kašlu na poučky o vedlejších účincích morfinu.

Pokud mi bude zítra nějaký přechytralý anesteziolog vykládat, že to není podle protokolu MSF, pošlu ho do háje. Tady totiž není podle protokolu MSF vůbec nic. Do lékárny se ještě vrátím a po zbytek noci střídavě kouřím, chodím mezi lidmi a zjišťuji, jestli dýchají a jestli jim je lépe. Moje první noční služba na Haiti.

SERVIS

Zajímavé www stránky – histologie

Histologie patří mezi základní teoretické biomedicínské obory. Studenti lékařských fakult se s jeho náplní seznamují již v prvních ročnících svého studia. Nové technologie zajišťují také dynamický rozvoj tohoto vědního oboru. Dnes upozorníme na některé zahraniční webové stránky s bohatým obsahem, který může výrazně pomoci nejenom studentům v přípravě na zkoušku.

Histology world

www.histology-world.com

Webový portál, který se místy i zábavnou formou snaží přiblížit tento vědní obor. Obsahuje řadu kvízů a her, kterými si lze procvičit histologické znalosti. Důležitou součástí jsou audiokomentáře a videoprezentace k jednotlivým histologickým preparátům, které výrazně zvyšují edukační hodnotu tohoto webu.

Color images of histological sections

www.udel.edu/biology/Wags/histopage/colorpage/colorpage.htm

Tento odkaz nás zavede na stránky Delawarské univerzity, které obsahují atlas histologických preparátů řazených podle typu tkáně, z níž jsou pořízeny. Jde v pod-

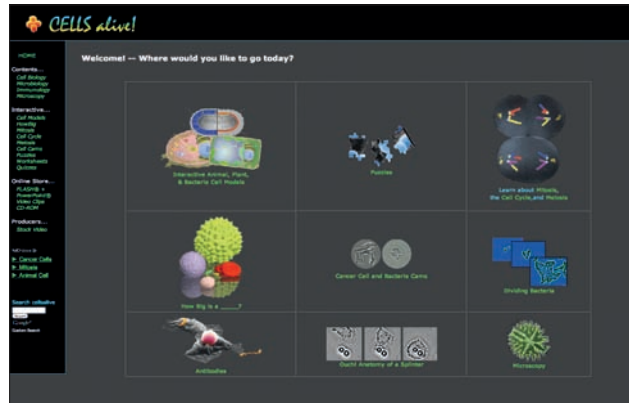


statě o obsáhlý výčet fotografií pořízených elektronovým mikroskopem. Prohlédnout si tak můžeme například fotografie histologických preparátů močového, gastrointestinálního či pojivového systému.

Cells alive!

www.cellsalive.com

Dynamická interaktivní webová prezentace, která svým návštěvníkům zajímavými animacemi a videoprezentacemi umožňuje pochopit některé základní biologické pochody. Například si můžeme prohlédnout interaktivní modely buněk rostlinných, živočišných či bakteriálních organismů, kdy kliknutím na jednotlivé orgány buňky získáme přehled o detailní struktuře i funkci. Sekce „How big“ zase srovnává velikosti některých struktur lidského těla a mikroorganismů. Nechybí



ani interaktivní prezentace děličích buněčných cyklů – mitózy a meiózy. Zajímavým projektem je i on-line videozáznam mapující růst populace nádorových buněk a bakterií. Web obsahuje i kvízové otázky.

Electron microscopic atlas of cells, tissues and organs

www.uni-mainz.de/FB/EM/EMAtlas/workshop/EM/EMAtlas.html

Jak již název tohoto internetového projektu napovídá, nalezneme na příslušném odkazu velmi precizně zpracovaný atlas fotografií buněk, tkání a orgánů pořízených elektronovým mikroskopem. Web existuje ve dvou jazykových mutacích – anglické a německé. Jeho hlavním editorem je doktor Holger Jastrow působící na několika německých univerzitách.

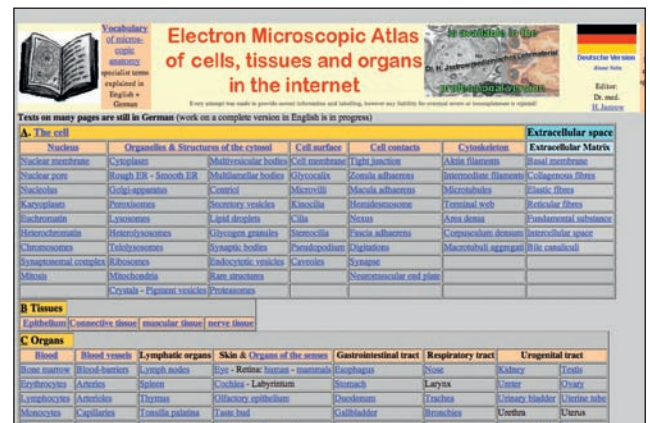
Součástí webu je i podrobný slovníček odborných pojmů používaných v mikroskopické anatomii. Hlavní struktura portálu se však opírá o přehled jednotlivých buněčných struktur, tkání, orgánů a orgánových soustav. Každá položka obsahuje řadu mikrosko-

por se také zabývá popisem užívaných histologických technik.

Kursus der Mikroskopischen Anatomie

www.kgu.de/zmorph/histopatho

Další pěkně zpracovaný histologický atlas nabízí na svých stránkách Universitätsklinikum Frankfurt. Text je pochopitelně v německém jazyce. Jednotlivé histologické preparáty tkání a orgánů jsou doplněny o odborný text. Ideální webové stránky



pických fotografií doplněných o odborný text popisující histologickou strukturu a funkci. Au-

pro každého, kdo si chce procvičit svou němčinu a histologické znalosti.

MUDr. Michal Peříšek



ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

číslo 23/2013

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: klusakova@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.
MUDr. Petr Hach, CSc.
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.
prof. MUDr. Miloslav Kršiák, DrSc.
prof. Ing. Rudolf Poleďné, CSc.
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
prof. MUDr. Ivan Šterzl, CSc.
prof. MUDr. Marek Trněný, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková

OBCHODNÍ ODDĚLENÍ

fax 225 276 444

group sales manager

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

personální inzerce

Tereza Bydžovská
tel. 225 276 255, 725 153 153
e-mail: bydžovska@mf.cz



generální ředitel
Ing. David Hurta

kreativní ředitel
René Decastello

DTP

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

ředitel divize
Medical Services
Karel Novotný

art director
Petr Hontáček

MARKETING

ředitelka marketingu Hana Holková
brand manager Kristýna Dytrchová

DISTRIBUCE A VÝROBA
ředitelka distribuce a výroby
Soňa Starhová

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

výroba Monika Šnaidrová,

Vydává MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o.,
sídlo: Mezi vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
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:
A.L.L. production, s. r. o., P. O. BOX 732,
111 21, Praha 1
tel. 800 248 248,
e-mail: mladafronta@predplatne.cz,
www.mf.cz

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

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

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

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

Tisk EUROPRINT a. s.
Číslo dáno do tisku 14. 11. 2013

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

© MF MEDICAL & DIGITAL MEDIA s. r. o., 2013
Evidenční číslo MK ČR: E 20524
ISSN 1805-2355

Volná místa

Zástupce přednosta

NEMOCNICE SUŠICE, O. P. S., hledá vhodného uchazeče na pracovní pozici:

■ **zástupce přednosta (primáře) chirurgického oddělení (erudice v problematice intenzivní chirurgické péče výhodou)**

Požadujeme:

- specializovanou způsobilost v oboru chirurgie,
- minimálně 10 let praxe v oboru,
- osobnostní a profesionální předpoklady pro řízení odborného týmu,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.

Nabízíme:

- zájem nemocnice se 160 lůžky akutní i následné péče v základních oborech, včetně multidisciplinární JIP a záchranné služby,
- kolegiální atmosféru s nadstandardními pracovními podmínkami,
- zajímavé ohodnocení odpovídající zastávané pozici,
- profesní růst s intenzivním dalším vzděláváním,
- ubytování v areálu nemocnice s možností přednostního přidělení obecního bytu,
- pro perspektivní lékaře nebo např. pro lékařský manželský pár nabízí zřizovatel nemocnice (město Sušice) podporu získání rodinného domu,

- atraktivní prostředí centrální Šumavy s nabídkou plného sportovního i kulturního vyžití.

Písemné přihlášky se strukturovaným životopisem, přehledem odborné praxe, kopiemi dokladů o vzdělání atd. zasílejte na adresu: Nemocnice Sušice, o. p. s., sekretariát, Pod Nemocnicí 116, 342 01 Sušice nebo e-mailem: sekretariat@nemocnice-susice.cz, a to do 1 měsíce od uveřejnění inzerátu. Informace podá ředitel nemocnice: MUDr. Jiří Šedivý, tel.: 376 530 216, www.nemocnice-susice.cz

ZDN M131000723

Zdravotně-sociální pracovník

MĚSTSKÁ NEMOCNICE NÁSLEDNÉ PÉČE NA PRAZE 9 přijme zdravotně-sociálního pracovníka.

Požadujeme:

- VŠ vzdělání,
- znalost zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách,
- praxi ve zdravotnickém či sociálním zařízení,
- zkušenosti se SW aplikací MPSV (Sociální služby – Poskytovatel).

Nabízíme:

- klidnou práci v malém kolektivu,
- velmi dobrou dopravní dostupnost (areál je přímo u stanice metra Českomoravská),
- motivující platové ohodnocení a benefity.

Kontakt: Vilana Vašínková, tel.: 284 000 824, e-mail: vasinkova@mnnp.cz
ZDN M131000733

Odborný pracovník v ochraně veřejného zdraví

KRAJSKÁ HYGIENICKÁ STANICE MORAVSKOSLEZSKÉHO KRAJE SE SÍDLEM V OSTRAVĚ přijme na protiepidemické pracoviště Karviná odborného pracovníka v ochraně veřejného zdraví (pouze s VŠ – lékařským vzděláním).

Bližší informace:

MUDr. Irena Martinková, tel.: 595 138 114, www.khsova.cz

ZDN M131000745

Ostatní

Spolupráce

SOUKROMÉ UROLOGICKÉ A ANDROLOGICKÉ CENTRUM V PRAZE U METRA HRADČANSKÁ nabízí spolupráci v oborech gynekologie, jednodenní chirurgie, plastická chirurgie, korektivní dermatologie, fyzioterapie a v jiných oborech, které mají co nabídnout soukromé klientele. Pouze přímé platby, bez pojišťovny.

Nabízíme:

- využití moderního přístrojového vybavení a technologií,

- nadstandardně vybavené ordinace,
- zákrokový a operační sál, lůžkové zázemí.

Požadujeme:

- bezúhonnost,
- seriózní jednání,
- vysokou erudici v oboru,

- aktivní proklientský přístup,
- příjemné vystupování,
- flexibilitu,
- zodpovědnost.

Kontakt:

e-mail: info@androgeos.cz

ZDN M131000730.

PERSONÁLNÍ INZERCE

STÁTNÍ ÚSTAV PRO KONTROLU LÉČIV

Šrobárova 48, 100 41, Praha 10

Přijme lékaře na pozici:

INSPEKTOR pro oblast zařízení transfuzní služby

Požadujeme

- VŠ – všeobecné lékařství
- Schopnost dobré orientace v hemovigilanční problematice
- Odborná praxe min. 3 roky
- Aktivní znalost AJ
- Samostatnost
- Odpovědnost
- Spolehlivost
- ŘP sk.B

Nabízíme:

- zajímavou odbornou a perspektivní práci v oblasti léčiv
- možnost profesního růstu a dalšího vzdělávání
- široké spektrum zaměstnaneckých výhod

Bližší informace na www.sukl.cz

kontaktní osoba:

Mgr. Jitka Hanusová

e-mail: jitka.hanusova@sukl.cz

tel.: 272 185 925,923



Inzerce M131000725



Panochova nemocnice Turnov s.r.o. hledá:

LÉKAŘE/KY - GYNEKOLOGY

na plný (případně i částečný) úvazek.

Jedná se o práci na ambulanci i na lůžkové části s kompletní gynekologickou operativou. Specializace v oboru a zkušenosti s operativou vítány. Nabízíme nadstandardní platové podmínky, možnost ubytování, práci v příjemném menším kolektivu. **Nástup možný ihned, nejpozději k 1. 1. 2014.**

Nabízíme

- Výborné mzdové podmínky
- Možnost ubytování na ubytovně
- Pomoc při požívání bytu nebo domu
- Bližší informace při osobním jednání

Kontakt:

- Prim. MUDr. Petr Lidák, tel.+420 777 157 264, email: petr.lidak@nemtur.cz



PERSONÁLNÍ INZERCE

Nově prosím pro příjem personální inzerce kontaktujte:

Terezu Bydžovskou, tel.: 225 276 255, 725 153 153

e-mail: bydzovska@mf.cz

Zdravotnické noviny
Mladá fronta a. s., Mezi Vodami 1952/9
143 00 Praha 4 – Modřany

Mladá fronta a. s.
divize Medical Services

největší
vydavatelství
zdravotnických
titulů v ČR

Každý lékař měsíčně:

dostane
na stůl naše
3 časopisy

přečte
14 článků na webu
zdravi.E15.cz

může navštívit
**2 odborné
konference /
semináře**
z naší divize

může koupit
3 nové knihy
z naší divize
Medical
Services

Zdroj: UZIS, Zdravotnictví 2011, 8/2012; eventové oddělení Medical Services; Netmonitor – 5/2013; divize knihy Medical Services

**MEDICAL
SERVICES**

Největší vydavatelství zdravotnických titulů v ČR