



ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

mf
MLADÁ FRONTA



CENA 28 Kč, PŘEDPLATNÉ 23 Kč

ČTRNÁCTIDENÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

2/2012 Toto číslo vyšlo 30. 1. 2012



TÉMA

Pracují s kontroverzním diagnostickým přístrojem: šarlatáni, nebo vizionáři?

STRANA 16



ZAHRA NIČNÍ ZKUŠENOST

Čeští vojenští zdravotníci v zahraničních misích

STRANA 12



AKTUALITY

Co přinesla gerontologie v roce 2011 a co ji čeká?

STRANA 18

Komora nelékařů možná již příští rok

Prezidentka České asociace sester Dana Jurásková (ODS) představila přípravný výbor, který bude pracovat na vzniku nové komory nelékařských zdravotnických pracovníků. ČR v současnosti patří mezi jediné tři evropské země, kde nelékaři vlastní profesní komoru nemají. To by se mohlo změnit již od ledna příštího roku.

V České republice působí přibližně 155 tisíc zdravotníků – nelékařů, jejichž činnost dosud reguluje zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání. Ministerstvo zdravotnictví má podle Juráskové ve svém legislativním plánu rozsáhlou novelu tohoto zákona, která by měla – na rozdíl od

verze z roku 2004 – následovat ideu decentralizace regulatorních nástrojů a přesun kompetencí ze státu na samosprávné odborné organizace. A právě na této novele se chce přípravný výbor složený ze zástupců 26 profesních organizací nelékařů podílet.

„Chceme vyrovnat asymetrii, jež panuje ve správě jednotlivých zdravotnických povolání, protože

v tuto chvíli jsou samosprávci svých povolání Česká lékařská komora, Česká stomatologická komora a Česká lékárnická komora. My jsme nyní připraveni začít s ministerstvem vyjednávat o tom, kde bude postavení nové komory, jaká bude její úloha, jaké bude mít povinnosti, ale také jaká bude mít práva.“ uvedla Jurásková.

(pokračování na straně 2)

Přísné tresty za korupci a porušování pravidel reklamy na léky

Návrh novely zákona o regulaci reklamy, který v těchto dnech dalo do připomínkového řízení MZ, vzbuzuje naděje, že resort zdravotnictví bude přísněji postihovat korupci a neetické jednání v oblasti reklamy na humánní léčivé přípravky i korupční jednání ve vztahu farmafirem a lékařů.

Finanční postihy některých deliktů v oblasti farmaceutického marketingu mohou hříšníky přijít až na 15 milionů korun. MZ chce drastickým zvýšením sankcí zabránit situacím, kdy farmaceutické firmy riskovaly a platily pokuty za protiprávní jednání,

protože výše sankcí pro ně neznamena zásadní postih. Zákon také nově vyrovnává míru odpovědnosti za protiprávní jednání u fyzických a právnických osob. „Dosud se řada subjektů v této oblasti spoléhala na fakt, že fyzická osoba nebyla oproti

osobě právnické a podnikající fyzické osobě odpovědná za nabízení a ubytování výměnou za předepisování humánních léčivých přípravků. Tento nedostatek zřejmě přispěl k využívání fyzických

(pokračování na straně 2)



Jan Žaloudík: Z řady zdravotních ústavů se staly pouze slupky pro sběr a soz vzorků.

(str. 7)

Komora nelékařů možná již příští rok

(pokračování ze strany 1)

Podaří-li se přípravnému výboru vyjednat potřebnou legislativní úpravu, vznikne největší stavovská organizace v oblasti zdravotnictví v Česku.

Pravomoci stvrdí zákon

Podle Juráskové mají současné odborné společnosti sice poměrně široké pravomoci, které jsou akceptovány jak státní správou, tak i samosprávou, ale jedná se pouze o pravomoci neformální. Aby nelékaři mohli získat reálnou možnost ovlivňovat zdravotnickou praxi, je podle prezidentky České asociace sester třeba zmíněné pravomoci doprovdít zákonnou úpravou. „Současný stav funguje na jakési dob-

rovolnosti, ohotě ke spolupráci, která – není-li tvořena legislativním rámcem – nemusí být trvalá. Uvědomujeme si, že s přicházejícími problémy a potížemi českého zdravotnictví může být i ochota spolupracovat se subjekty, jež se snaží některé pohledy a kroky ve zdravotnictví narovnat, problematická,“ zdůvodnila potřebu zákoněné úpravy Dana Jurásková.

Chránit i trestat

Komora by podle ní měla plnit funkci disciplinární, v jejímž rámci by dohlížela na dodržování odborných i etických pravidel a jejich případná porušení trestala. Za zásadní Dana Jurásková považuje možnost zastupování nelékařů při vyjednáváním se zdravotními po-

jišovými. „Je to jeden z klíčových úkolů budoucí komory. Pokud nelékaři nebudou zastoupeni akceptovaným subjektem ze strany plátců péče, jejich práva budou trvale krácena. Situace ve vývoji úhrad pro poskytování nelékařské péče je dlouhodobě neuspokojivá,“ poznamenala šéfka ČAS.

Nelékaři by se vznikem zaštiťující stavovské organizace měli získat i lepší ochranu. Kromě zastupování ve věcech, jež se týkají vyjednávání o podmínkách při poskytování zdravotní péče (kvalifikace, kvalifikační struktura, počty zdravotníků), by měli mít k dispozici rovněž právní ochranu a pomoc při případných soudních sporech a v situacích, kdy budou nuceni v souvislosti s výkonem svého povolání

hájit svá práva před samosprávami. „Chceme podobně jako ostatní komory vytvořit poměrně silnou právní podporu, protože se domníváme, že právě judikáty ve zdravotnictví vytvářejí legislativní rámec,“ vysvětlila Jurásková.

Povinné, či nepovinné členství?

Zatím není jasné, zda členství v chystané stavovské organizaci nelékařů bude povinné, tak jako u lékařů, zubařů a lékárníků. Přípravný výbor se však již shodl, že komora by měla mít možnost ovlivňovat všechny nelékaře. Podle Dany Juráskové bude záležet na tom, jaké bude mít nakonec komora pravomoci a kompetence. Prezidentka ČAS dodala, že všechny organizace budou mít v komoře paritní postavení, bez ohledu na velikost své členské základny – žádná z profesí tak nebude moci komoru ovládnout. Členové současných profesních organizací by se měli do budoucí komory hlásit individuálně a nikoli jako celé organizace.

Přípravný výbor v únoru chystá spuštění nových informačních stránek www.nelékari.cz. Profesní a odborová unie zdravotnických pracovníků spustila tematické diskusní fórum na webově adrese <http://forum.pouzp.cz> Filip Kút Čitores

ANKETA

www.ZDN.cz

MĚLO BY BÝT ČLENSTVÍ V BUDOUCÍ ČESKÉ KOMOŘE NELÉKAŘŮ POVINNÉ?

16 % ANO

82 % NE

2 % NEVÍ

DO 24. LEDNA HLASOVALO 160 ČTENÁŘŮ WWW.ZDN.CZ



Přísné tresty za korupci a porušování pravidel reklamy na léky

(pokračování ze strany 1)

osob sponzorem jako prostředník,“ poukazuje ministerstvo zdravotnictví v důvodové zprávě k novele zákona na možnosti obcházení současné právní úpravy.

Hradit jen pobyt, cestu a jídlo

Za krok správným směrem považuje návrh zákona také výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) Jakub Dvořáček. V souvislosti s reklamou na humánní přípravky zákon upravuje definici sponzorování odborných kongresů, jejichž náklady firmy lékařům hradí. Výdaje za pohoštění účastníků, cestovní náklady a ubytování (u kongresů smí být hrazen ještě registrační poplatek) musí být podle novely přiměřené účelu a době trvání akce. „V tomto ohledu je návrh zákona v souladu s etickým kodexem AIFP a tuto skutečnost stanovuje explicitně, aniž by ponechával místo pro jakékoli dohady. Vítám i povinnost zveřejňovat seznam konaných vědeckých kongresů,“ chválí zpřísnění podmínek pro poskytování

pohostinství na setkáních odborníků nebo vědeckých kongresech ředitel Dvořáček.

Vzorky zdarma na 2 roky

Nově bude zákon vynucovat také součinnost lékařů formou dotazů a dožadání při kontrolách dozorového orgánu (MZ, SÚKL). „Současná právní úprava neumožňuje získat od lékařů informace o jejich účasti v dotazníkových akcích, akcích pořádaných na podporu předepisování léku či kongresech,“ uvádí ministerstvo.

Změny se dostalo také lhůtě, po kterou mohou lékaři dostávat zdarma vzorky nových léků. „Pevně vymezenou dvouletou lhůtu považujeme za zásadní. Ve svém důsledku má lékař poskytnout dostatečný čas na vyzkoušení nového léčivého přípravku v praxi a období dvou let je pro tento účel zcela adekvátní,“ podotýká Jakub Dvořáček z AIFP. Naopak nepraktické je podle něj stanovení počátku zkušebního období. „Lhůta je v návrhu zákona stanovena datem registrace léku. Od tohoto okamžiku trvá zpravidla i několik let, než je léčivý přípravek uveden na trh, tedy do stadia, kdy je

možné jej poskytnout lékařům ke vzorkování. Uvítali bychom proto počátek dvouleté vzorkovací lhůty stanovit (když ne k datu první žádosti o preparát – což by bylo optimální řešení) alespoň ke dni jeho uvedení na trh.“

Nerozlišené odborné a marketingové aktivity

Návrh však obsahuje teze, s nimiž zástupci firem nesouhlasí. Formulaci související se zpřísněním pravidel pro vydávání a předepisování léků, kde se uvádí, že „lékař nebo lékárník nemůže předepsat

nebo vydat léčivý přípravek (LP), v souvislosti se kterým byl adresátem reklamy a dostal dar nepatrné hodnoty, pokud by se tak dělo na úkor LP, který dosud předepisoval nebo vydává“, považuje AIFP za nejasnou a vágní a jednání v ní popsane velmi obtížně prokazatelné v praxi.

To se týká i pojmu „marketingové aktivity“, jenž je také definován pouze neurčitě. „Návrh novely ani po mnoha úpravách nerozlišuje mezi odbornými a marketingovými aktivitami, čímž se i některé nereklamní, ryze výzkumné odborné činnosti dostávají do kategorie reklamy a takto budou též dozorovány. Navrhované zpřísnění pravidel reklamy humánních léčivých přípravků povede nejméně v jednom bodě k omezení vstu-

pu generik na trh a tím současně k omezení možnosti cenové soutěže spolu se zlevňováním cen léků,“ upozorňuje výkonný ředitel České asociace farmaceutických firem (ČAFF) Emil Zörner s tím, že připomínky ČAFF k této nedostatku nebyly zohledněny. Jako efektivní a správně nakročenou legislativní změnu vidí návrh zákona Česká lékařská komora či Svaz zdravotních pojišťoven ČR. „Spolupráce mezi lékaři a farmaceutickým průmyslem je nezbytná, ale musí se řídit jasnými pravidly a nesmí zůstat skrytá. Pravidla transparentnosti takové spolupráce a přiměřenosti finanční odměny k množství odvedené práce patří mezi to nejdůležitější,“ uzavírá prezident ČLK Milan Kubek.

Petra Klusáková

Poznámka ke korupci ve zdravotnictví

Nebylo by korektní vytvářet dojem, že korumpování některých lékařů ze strany některých farmaceutických firem je hlavním problémem našeho zdravotnictví. Česká lékařská komora dbá na to, aby všechny vzdělávací akce, jež pořádá nebo garantuje, byly opravdu seriózním vzděláváním a ne skrytým formou korupce. Nezasťírám, že se náš zásadový postoj občas někomu nelíbí.

Česká lékařská komora iniciovala vznik fondu na podporu vzdělávání mladých lékařů s názvem Iuventus Medica, který spravuje Nadace Charity 77. Do tohoto fondu mohou přispívat i farmaceutické firmy. Vzhledem k tomu, že neexistuje žádná přímá vazba mezi konkrétním dárcem a konkrétním příjemcem finanční podpory, mohou například i farmaceutické firmy prostřednictvím tohoto fondu podporovat vzdělávání

mladých lékařů, aniž by se vystavovaly podezření z účelovosti takového jednání, nebo dokonce z korupce. Tato forma podpory vzdělávání je výhodná i pro lékaře, kteří se nemusí cítit být někomu zavázáni. Je škoda, že farmaceutické firmy o podporu vzdělávání mladých lékařů ztratily zájem a v tomto ročníku do fondu Iuventus Medica nepřispěly ani jednou korunou.

MUDR. Milan Kubek, prezident ČLK

Komora nelékařů a hledání důvodu

Komora nelékařů je problematický nápad. Společný jmenovatel tak rozdílných profesí se zdá být příliš malý.

Úvahy o vzniku komory nelékařských pracovníků ve zdravotnictví mohou stěžejně něčemu uškodit, nicméně v současné fázi je v debatě stále mnohem víc nezodpovězených otázek než pádných podpůrných argumentů.

Největším problémem je, že chybí jasná odpověď už na tu nezákladnější otázku – proč? Exministrně zdravotnictví a šéfka České asociace sester Dana Jurásková, jejíž organizace se postavila do čela tažení za vznik nové komory, hovoří o tom, že v současné době nelze komunikovat se třiceti různými organizacemi sdružujícími nelékaře od porodních asistentek

přes sestry a fyzioterapeuty až po laboranty. Podle ní by nelékařské profese měly mít jednotnou platformu, která by mohla fungovat například jako připomínkové místo v legislativním procesu. Jenže právě v roztržitosti a různorodosti nelékařských zdravotnických profesí se zdá být hlavní slabé místo plánované komory.

Alternativní odbory

Jestliže podle Juráskové není možné komunikovat s jednotlivými zástupci profesí, proč má bývalá ministryně pocit, že vznik komory tuto komunikační bariéru odstraní? Má-li komora sdružovat pracovníky v tak odlišných profesích,

bude muset své fungování postavit na jakémsi nejmenším společném jmenovateli. A v případě nelékařů reálně hrozí, že tento jmenovatel bude skutečně velmi malý. Debatu může snadno skončit u toho, že jediným problémem, na němž se všichni nelékařští pracovníci shodnou jako na společném, bude nedostatečné finanční ohodnocení jejich práce především v zaměstnaneckých poměrech v nemocnicích. Pokud by se nová komora jala bojovat primárně proti tomuto problému, bude už od kolébky dublovat činnosti existujících odborových organizací. To se jako důvod vzniku nové zdravotnické profesní komory nezdá dostatečné.

Ostatně, pokud by si nelékaři chtěli vzít za vzor třeba relativně úspěšný boj za lepší finanční ohodnocení lékařů, pak by měli vidět, že i v tomto boji hrála prim odborová organizace. Profesní komora jí poskytovala možná až



Martin Čaban

příliš bezvýhradnou a jistě užitečnou podporu, ale hlavní břímě nákladů, protestních akcí a složitých jednání leželo na bedrech Lékařského odborového klubu. Připočteme-li k tomu fakt, že sama Jurásková, ředitelka Všeobecné fakultní nemocnice a členka ODS, by jen stěžejně chtěla stát u zrodu jakýchsi alternativních odborů, můžeme boj o finance jako primární cíl nové komory v zásadě vyloučit.

Debatu o kompetencích

Jako druhý společný problém nelékařských profesí se může jevit dlouhodobě probíhající a pro budoucnost zdravotnictví hodně důležitá debata o kompetencích zdravotnických pracovníků. I v rámci

snahy o uvolnění kapacity lékařů se zcela legitimně mluví o potřebě rozšíření kompetencí kvalifikovaných nelékařů. Jenže ani u tohoto problému se vznik nové komory nejeví jako optimální řešení. Těžko

totiž hledat nějaký společný a plošný způsob rozšiřování pracovníků nelékařů. Širší kompetence zdravotní sestry znamenají něco úplně jiného než širší kompetence ošetřovatele či ošetřovatelky, případně porodní asistentky. I kompetenční boj by tedy mohl vést spíše k jednotlivé profesní sdružení ve svých oborech. Z jejich spolupráce v nové profesní komoře žádná velká přidaná hodnota nekouká.

Debatu o komoře nelékařů je zatím v plenkách a třeba v jejím průběhu vyplují na povrch nějaké závažné důvody pro její zřízení. Nicméně v současné fázi se zdá, že české zdravotnictví by akutně potřebovalo jiné věci než novou profesní komoru.

Inzerce A111019754

Úvěr?



Půjčujeme.
Do výše 30 milionů Kč!

- * prověřeno historií již od roku 1999
- * úvěry právníkům i fyzickým osobám
- * rychlé vyřízení – schválení do 24 hodin

*** artesa**

SÚKL po revizi léků odhaduje úspory na téměř 9 miliard Kč

Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL) po čtyřech letech ukončil revizi léků, kterou mu zákon nařizuje provést každé tři roky. Jako jedna z mála evropských zemí nyní ČR disponuje 10 tisíci hloubkově zrevidovanými léčivými přípravky, které jsou hrazené ze zdravotního pojištění.

„Odhadovaná roční úhrada byla vypočítána na základě hlášených dodávek do lékáren a zdravotnických zařízení v roce 2010, kdy byly hlášené dodávky nejvyšší. Porovnává se tedy stav finančních nákladů (na úhradu dodávek hrazených léků v referenčním roce) před revizí a po provedení revizí. Tento rozdíl činí okolo 8,78 miliard korun, včetně nepravomocně rozhodnutých řízení,“ vysvětluje stanovení výše úspory mluvčí SÚKL Veronika Petláková.

Do roku 2008, kdy SÚKL s revizí začal, se podobné přehodnocení nikdy nezpracovávalo. Proto bylo nejdříve nutné nashromáždit podklady pro revizi a i během ní se SÚKL premiérové gigantické kon-

trole, posuzující 928 správních řízení s 91 tisíci dokumenty, teprve učil. „Takto rozsáhlou revizí úhrad léků Česko provedlo jako první ze zemí EU. Jinde byla revize pouze částečná. Například ve Švédsku probíhala 3 roky a bylo přehodnoceno pouze 10 lékových skupin. Rakousko pravidelně přehodnocuje pouze 400 léků ročně,“ doplňuje mluvčí Petláková.

Jak díky revizi ušetřit?

SÚKL nyní předpokládá, že bezprecedentním snížením jednotkové úhrady, které bylo dosaženo u většiny léků během revize, se pojišťovněm a lékařům nabízí možnost snížit či přinejmenším stabilizovat náklady na farmakoterapii.

Pojišťovny se na úsporné kroky v lékové politice chystají. „V posledních letech jsme SÚKLu doporučili revize a reklamovali jsme i jejich urychlení. Nyní se pojišťovny shodly na deseti léčících, u nichž bychom chtěli od ministerstva snížit cenu. Učíme se také snižovat ceny prostřednictvím elektronických aukcí,“ uvedl prezident Svazu Zdravotních pojišťoven (SZP) Jaromír Gajdáček, který ale odhad úspor SÚKL považuje za nadhodnocený.

„Vzhledem k tomu, že nebyl naplněn zákonný termín pro dokončení všech revizí, je do následné kalkulace naopak potřeba započítat i značné ztráty z prodlžení někdy i více než 3 let. Rovněž nelze plně

započítávat úspory u ještě nedokončených správních řízení, když víme, že některá trvají i řadu let,“ uvádí se ve stanovisku SZP.

Sporné jsou podle svazu rovněž úspory u léčivých přípravků, které se původně používaly pouze při hospitalizační léčbě nebo byly součástí výkonu a jejichž úhrada byla prováděna v rámci úhradových pravidel pro nemocnice. Svaz se obává, že pokud se tyto přípravky nově začnou účtovat i v ambulantní praxi, hrozí, že je pojišťovny někdy zaplatí dvakrát.

Lékárníci ukazují kam dál

O nadsazené výši úspor hovoří také prezident České lékárnické komory (ČLkK) Lubomír Chu-

doba, který nicméně revizi uvítal jako poučnou etapu jak pro SÚKL a pojišťovny, tak i pro výrobce léků. „Teď ovšem nastává otázka kam dál. Zda by u některých léků nemělo přehodnocení přicházet dříve, případně kdy. Do praxe by se mělo dostat také systémové hodnocení vlastností, účinků a důsledků zdravotnických technologií HTA, tedy důkladnější hodnocení nezávislou institucí. Více pozornosti – a zde vidím velkou roli lékárenského segmentu – bychom měli věnovat kontrole výpadků léků. V těchto případech by legislativa měla přísněji vyžadovat odpovědnost výrobců vysoké inovativních léků, aby registrovaný lék na trhu zabezpečili. Potvrdit či vyvrátit by se měla také představa úspor z elektronických soutěží. Ministerstvo by mělo pečlivě dohlížet na to, aby výherce nejnižší ceny nevypadl v čase či místě z českého trhu,“ vykresluje cestu budoucí lékové politiky prezident lékárníků s tím, že odpovědní úředníci MZ by měli k úsporám za léky pozitivně motivovat také lékárenský či nemocniční personál.

Petra Klusáková

Ke krácení příspěvkové lázeňské péče

MZ ČR údajně zvažuje zkrátit tzv. příspěvkovou lázeňskou léčbu ze tří na dva týdny. Bude mít taková léčba vůbec smysl? Zeptali jsme se vysokoškolského pedagoga a vedoucího lékaře lázeňského zařízení Bristol v Karlových Varech prim. MUDr. Ladislava Špišáka, CSc.

Ministerstvo zdravotnictví připravuje zkrácení komplexní lázeňské péče (KLP) pro dospělé ze čtyř týdnů na tři, respektive ze šesti na čtyři u pacientů dětských. U příspěvkové lázeňské péče (PLP) prý dokonce zvažuje redukcí ze stávajících tří týdnů na dva. Jak si mají pacienti, ale i předepisující lékaři tuto změnu vykládat – je snad dosažitelná lázeňská péče nadbytečně dlouhá?

Změna základní délky KLP se v ministerstvem předložené novele indikačního seznamu pro lázeňskou péči skutečně objevila a myslím, že důvodem rozhodně není nadbytečná délka léčby, ale jednoduše vysychající rezervy zdravotních pojišťoven. Zkrácení PLP se v novele zatím neobjevilo, tento záměr

ovšem ve svých vystoupeních opakovaně deklaroval pan náměstek Nosek, proto jsem přesvědčen, že se ve výsledné podobě novely ještě objeví. V případě zkrácení PLP už tak jednoznačnou finanční motivaci nevidím a vzhledem ke spektru diagnóz či jejich stadií, pro které je PLP vhodná, bych s tímto návrhem na rozdíl od plošného zkrácení KLP souhlasil.

A jaký je pak tedy rozdíl mezi téměř stejně dlouhou KLP a PLP?

Pohledem stávající legislativy je rozdíl jen ve způsobu úhrady či režimu pracovní neschopnosti u KLP. Z praktického pohledu pacienta, lékaře i zmíněného indikačního seznamu, který nárok na PLP přiznává u většiny diagnóz až po absolvování KLP, je rozdíl hlavně

ve stadiu onemocnění, v jakém pacient tuto léčbu čerpá. Vzhledem k tomu bych pak zmíněné dva týdny uvítal, pokud by tak došlo k odstranění limitace této léčby jednou za dva roky.

Promiňte, ale to zní jako protimluv: U KLP byste nejraději jako lékař viděl původní čtyři týdny a u PLP se spokojíte s dvěma? Má takto krátká léčba vůbec smysl, když u KLP doporučujete týdny čtyři?

Není to protimluv. Při hodnocení přínosu léčby musíte přihlídnout právě ke zmíněnému stadiu či fázi onemocnění a pak hlavně k ryzě pragmatickým otázkám. Uvědomte si, že pacient v případě PLP hradí stravu a ubytování, což u 3 týdnů není málo a neznám moc



upevnit návyky získané při již dříve absolvované KLP, zmírní obtíže, naučí pacienta, jak postupovat při rehabilitaci, například cvičením či dietou, v mnoha případech i ona povede ke snížení užívání medikamentů, což ostatně uleví též rozpočtům zdravotních pojišťoven. Nikdo pak samozřejmě pacientovi nebrání, aby si dokoupil další týden či jen pár dnů pobytu navíc.

Funguje tento model jinde v zahraničí, nebo se jedná o další český recept?

V sousedním Německu, k němuž máme svou lázeňskou léčbu i povahou přírodních léčivých zdrojů určitě nejbližší, je obdoba PLP, *Ambulantevorsorge*, stanovena také na 14 dnů a liší se (podobně jako u nás) od klasické komplexní kúry trvající 4 týdny. Komplexní léčbu odlišuje od té příspěvkové či částečně hrazené již samotný název a je zřejmé, že oba dva typy mají v léčebných programech u konkrétních diagnóz své místo. Jsem rád, že se ministerstvo zdravotnictví v této věci inspirovat fungujícími modely ze zahraničí. Doufejme, že si tuto inspiraci při novelizaci indikačního seznamu MZ podrží. (akt)

Práva pacientů by neměla být politicky konfliktní normou

Na možné dopady připravované normy určující dostupnost zdravotní péče, senátorskou ústavní stížnost na zákon o zdravotních službách či na připravovaný zákon o právech pacientů jsme se zeptali patientské ombudsmanky a místopředsdkyně Senátu Parlamentu ČR PaedDr. Aleny Gajdůškové (ČSSD).

Objevila se zpráva o vámi připravovaném zákonu o právech pacientů. Mohla byste představit jeho základní obrysy?

Základním rámcem navrhovaného zákona o právech pacientů je transpozice Evropské charty práv pacientů do české legislativy. Ta zakotvuje právo pacienta na včasnou, úplnou a kvalitní zdravotní péči odpovídající současným vědeckým poznatkům a jeho zdravotnímu stavu a odpovědnost státu za regulaci, kvalitu a dostupnost péče. Další velkou oblastí je právo pacienta na informace, soukromí a důstojné zacházení, ale také odmítnutí informace. Část návrhu není jen záležitostí ochrany pacientů, ale také zdravotníků a zdravotnických zařízení. To se týká práva volby zdravotnického zařízení, odmítnutí informace a odmítnutí léčby. Etickou debatu předpokládáme u kapitol řešících situaci umírajících, odmítnutí zákroku nebo život prodlužující léčby u smrtelně nemocných, práv nedobrovolně hospitalizovaných a duševně nemocných osob. Návrh je první pracovní verzí, kterou chceme prodiskutovat jak s odbornou, tak občanskou veřejností. Takže děkuji za příležitost otevřít nyní tuto diskusi i na stránkách Zdravotnických novin.

Jak tento zákon, bude-li přijat, změní dosavadní praxi zdravot-

níků a postavení pacientů ve zdravotnictví?

Jako patientská organizace bychom si přáli, abychom těmito jasně a srozumitelně danými pravidly ve vztahu pacienta a lékaře, potažmo zdravotnického zařízení a státu, podpořili postavení pacienta jako důstojného partnera v procesu léčby. Naší nemalou ambicí je vrátit mezi pacienty a zdravotníky léčivou sílu důvěry, která bohužel byla silně narušena reformními experimenty a komercializací zdravotní péče.

Rozšíření práv pacientů a upevnění jejich postavení v systému sliboval už reformní zákon o zdravotních službách z dílny ministra Leoše Hegera. Jakou přidanou hodnotu by pacientům přinesla vaše norma?

Ministerstvo zdravotnictví sice deklarovalo posílení práv pacientů v zákoně o zdravotních službách, ale fakticky tento zákon nepřinesl nic jiného, než bylo doposud zakotveno v „Etickém kodexu práv pacientů“ platícím od 90. let jako vyhláška ministerstva zdravotnictví. Návrh, který připravujeme, je mnohem širší a dotýká se zásadních záležitostí, se kterými se pacienti i zdravotníci potýkají, a to v jedné monotematické a i laikovi srozumitelné právní normě. To je důležité pro to, aby zákon skutečně sloužil lidem.

Máte již pro tento zákon podporu? Případně jak vidíte šance na jeho prosazení v současném politickém uspořádání?

Každý z nás může být pacientem minulým, současným či budoucím. Snažíme se také o to, aby jasně formulovaná pravidla vytvářela dobré podmínky a klid pro práci i pro lékaře a zdravotníky. Práva pacientů by tedy neměla být politicky konfliktní normou. Věřím, že přijata bude.

Svaz pacientů ČR se navzdory prvotním zprávám z tisku připojil k námitkám České lékařské komory, které vyjádřila v souvislosti s návrhem normy určující dostupnost zdravotní péče. V čem spatřujete hlavní problémy?

Návrh ministerstva, pokud by byl skutečně realizován, významně omezí dostupnost péče. Z rozhodnutí pojišťoven, které nejsou oprávněny rozhodovat o síti zdravotnických zařízení, by mohlo být zavřeno až 90 procent zdravotnických zařízení a lékáren. Navrhované čekací doby jsou delší než současné. To už se opět vzdalujeme civilizovanému světu.

V tomto případě se tedy pacienti s lékaři ocitli na jedné lodi. Avšak v případě sankcí pro lékaře se ze strany pacientů ozývaly i souhlasné hlasy. A právě sankce jsou jedním z bodů



Foto: Senát Parlamentu ČR

ústavní stížnosti na reformní zákon o zdravotních službách, který na podnět ČLK podala skupina senátorů. Jaký je skutečný postoj Svazu pacientů k této části předmětného zákona?

Tak jako u návrhů změn v dostupnosti zdravotní péče se Svaz pacientů ČR i v případě návrhu sankcí vůči lékařům postavil za zdravotníky. Ptáte-li se na skutečný postoj pacientů, kdyby mi nebránilo slušné vychování, řekla bych: „Nechť si to ministerstvo strčí za klobouk.“ To s právy pacientů nemá nic společného. Sankce za administrativní záležitosti, jako je označení ordinčních hodin nebo chybné označení zdravotnického zařízení, jsou skutečně jen šikanou, která musí každého slušného doktora urážet už jen tím, že někoho napadla. Pokutu za nedostatečné přístrojové vybave-

ní by měla dostat pojišťovna, která nasmlouvala poskytování péče se zařízením, jež nemá příslušné vybavení, a to nejméně o řád vyšší, než je nyní.

Směšné, kdyby nebyly k pláči, jsou stotisícové pokuty kvůli nakládání se zdravotnickou dokumentací. To je chráněno jinými zákony. Na druhé straně není vůbec řešena například otázka ošetření bez souhlasu pacienta, což je etický problém, kde musí být bráno v úvahu nejen právo pacienta, ale i ochrana lékaře.

Je jasné, že jako místopředsdkyně senátu za ČSSD se nacházíte „na druhé straně barikády“. Jak byste ale hodnotila schválené reformní zákony ministra Hegera z pozice patientské ombudsmanky a viceprezidentky Svazu pacientů ČR?

Ty zákony jsou sociálně necitlivé, systém zdravotní péče nezlepšují a nezlepšují ani podmínky pro zdravotníky. Z tohoto pohledu nelze mluvit o reformě. Reforma by měla znamenat pokrok, ne opak. Ale jinak byl pan ministr úspěšný. No řekněte, kterému obchodníkovi se podaří přesvědčit zákazníka, aby znovu, dobrovolně a s jásotem zaplatil za to, co si už dávno koupil, a ještě k tomu za ty peníze dostal mnohem méně, než dostával doposud?

Výsledkem celé reformy je privatizace zdravotní péče. To nemá na západ od nás obdoby a doplatí na to zejména střední třída. Bohužel i ve vlastní rodině jsem zažila situaci, kdy do té doby slušně vydělávající člověk v důsledku vážného úrazu zůstal v okamžiku téměř bez příjmu. Nemalé náklady na léčbu v té chvíli vytvoří neřešitelnou situaci a velmi pravděpodobný propad do chudoby. V utrpení a v nemoci jsme si jako lidé rovni. Komercializace zdravotní péče tento humanistický princip porušuje.

Filip Kút Citores

INZERCE A121001291

MEDICAL SERVICES

Napsali jste knihu?
My vám ji vydáme!

Profesionální partner pro vydávání zdravotnické literatury

Kontaktujte nás e-mailem: obchod.MS@mf.cz



DUEL

Duel: Vznik komory nelékařů provážeje spory

Potenciální vznik komory nelékařů představuje v rámci zpravodajských a diskusních serverů pro zdravotníky jedno z nejdiskutovanějších témat posledních týdnů. Vášně zdravotníků vzbudil především rozpor mezi předsedou Profesionální a odborové unie zdravotnických pracovníků (POUZP) Tomášem Válekem a prezidentkou České asociace sester (ČAS) Danou Juráskovou.

Tomáš Válek, předseda Profesionální a odborové unie zdravotnických pracovníků



Ve vašem komentáři „Komora jen pro někoho?“, kritizujete současnou prezidentku České asociace sester Danu Juráskovou, že vaši organizaci POUZP nepřizvala do přípravného výboru nové vznikající komory nelékařů. Nejste ale spíše odborovou organizací?

Neberte můj komentář jako extrémní kritiku, spíše jako konstatování a popis současných událostí. Na schůzce, kterou jsem měl s paní Juráskovou v listopadu, jsme se jednoznačně dohodli, že budeme postupovat ve vzájemné shodě a společně, proto mě její postoj značně zamrzela. Prezentace však byla taková, že toto není jen názor její vlastní, ale že vyjadřuje postoj ČAS a ta si nás v přípravném výboru nepřeje, neboť jsme organizací i odborovou. POUZP není organizací spíše odborovou, byla založena jako sdružení čistě profesní – tedy stavovské. Postupem času však vyplynula iniciativa samotných členů plnit i odborovou funkci tak, aby jednotlivé základní organizace mohly vstupovat do kolektivních vyjednávání a ovlivňovat tak sociální postavení jednotlivých členů, tedy zdravotnických pracovníků. Tento model byl převzat z Britské královské společnosti sester (RCN), jež nám postoupila své stanovky. Přítom právě RCN je jednou z největších a nejuznávanějších. Takže se budu opakovat, POUZP je odbornou profesní organizací.

Jaký vám byl sdělen oficiální důvod toho, proč se zástupce vaší organizace nemůže podílet na přípravách nové komory nelékařů?

Oficiální důvod ve své podstatě neznáme. Na prosincovém jednání, kterého jsme se zúčastnili, i přes fakt, že jsme nedostali oficiální pozvání, nám bylo sděleno, že si ČAS nepřeje naši účast. Poté proběhlo „pseudohlasování“ mezi ostatními sdruženými o našem setrvání. Hlasování mělo pro naši organizaci nepříznivý charakter.

V internetových diskusích je v této věci často zmiňována souvislost s účastí POUZP ve Zdravotnické trojce – tedy spíše odborářským uskupením s aktivitami příslušejícími právě odborům. Nečiní právě toto argumenty druhé strany relevantními?

Ano, POUZP bylo a i nadále je součástí Z3, a to z jednoho prostého důvodu. Z3 primárně vznikla z potřeby dohledu nad navýšením platů zdravotnickým pracovníkům. O celém průběhu máte jistě dobré informace. Je zcela nepopiratelným faktem, že se platy zdravotnickým pracovníkům navýšily jen v některých zdravotnických zařízeních. POUZP je vyčítáno, že se snaží o navýšení platů zdravotnických pracovníků, tedy o naplnění memoranda, které sepsala s ministrem zdravotnictví Hegerem právě Dana Jurásková. Je tedy vůbec na místě, aby jedné organizaci bylo vyčítáno, že se snaží zlepšovat sociální postavení zdravotnických pracovníků, a druhá organizace, tedy ČAS, zastoupená paní Juráskovou, dělála totéž? Vždyť ono memorandum hovoří, že nelékařským zdravotnickým pracovníkům bude plat zvýšen adekvátně navýšení lékařům. ČAS jakožto stavovská organizace pak rovněž zastává částečně úlohu odborové organizace, když vstupuje do obhajoby sociálního postavení zdravotnických pracovníků. Jsme tedy *de facto* na stejné lodi.

Zdůrazňujete, že POUZP podporuje vznik profesní komory nelékařů. Organizace byla založena již v roce 1990. Proč jste

tedy s její podporou čekali a sami během těch let nepřevzali iniciativu?

Iniciativa vedoucí k možnosti vzniku komory ani samotná myšlenka není záležitostí poslední doby. O komoře pro zdravotnické pracovníky se mezi profesními organizacemi hovořilo již mnohokrát, ovšem samotná realizace vždy ztroskotala. POUZP v minulosti opakovaně iniciovala vznik komory pro zdravotnické pracovníky, ale o tomto by vám podaly daleko bližší informace mé předchůdkyně, tedy Iva Kubátová a Jana Dezortová. Skutečně není pravdou, že se POUZP iniciativy nikdy nechopila. O důvodech, proč se komora nyní tvoří v absolutním spěchu, je možno jen spekulovat.

Většina respondentů v anketě Zdravotnických novin se vyslovuje proti povinnému členství v budoucí komoře. Jaký druh členství vy osobně považujete za vhodnější?

Tato otázka je velmi složitá. Komora může být s nepovinným členstvím, ale povinnou registrací. Podstata věci spočívá v tom, jaké pravomoci budou na komoru delegovány. Pokud má mít i roli disciplinární, o níž Dana Jurásková hovoří, tak tu nelze při nepovinném členství dost dobře realizovat, protože buď se bude vztahovat i na nečleny, což je z hlediska práva velmi problematické, nebo zde budeme mít dvě kategorie nelékařských zdravotnických pracovníků se zcela odlišnými povinnostmi. Nikdo se bohužel celé škály zdravotnických pracovníků nebude dotazovat, zda chtějí povinné, či dobrovolné členství. Internetový průzkum, který probíhá formou ankety na vašem webu, zajištěná nemá sto procentní výpovědní hodnotu, abychom mohli s určitostí říci, co si zdravotničtí pracovníci přejí.

Celý projekt teprve startuje. Jak byste ale hodnotil zveřejněné obrysy této budoucí sta-

novské organizace? Případně jaké máte výhrady?

Nemohu situaci nyní hodnotit, neboť ze zveřejněných obrysů se dá vyčíst strašně málo a čistě mezi řádky je mnohdy zavádějící. Nejsou veřejně známy ani základní rysy budoucí komory, pokud vůbec existují, neznám průběh jednání ani vývoj současné situace. Je strašně deprimující nemít informace, když o vznik komory stojíte. POUZP ze svých řad sestavila přípravný výbor složený z pracovníků několika profesí, ovšem nyní je práce těchto lidí absolutně zlikvidována a čas, který strávili přípravou, je nenávratně pryč. Touto cestou chci poděkovat všem svým kolegy, jež tomu věnovaly nemalé úsilí. Rovněž mě překvapila informace, kterou přednesla paní Dana Jurásková, že na Slovensku mají jednu velkou komoru nelékařů. Vždyť tomu tak není, situace je tam přesně opačná, než uvádí. Slováci sice mají jeden zastřešující zákon, ale komor mají mnohem více. Nejsilnější stavovskou organizací na Slovensku je Slovenská komora sestier a pôrodných asistentiek, se kterou máme podepsanou smlouvu o spolupráci a se kterou rovněž velmi úzce spolupracujeme.

Přijali byste místo v přípravném výboru, pokud by vám bylo dodatečně nabídnuto?

Určitě ano, POUZP stále stojí o účast na přípravách komory pro nelékařské zdravotnické pracovníky.

Dana Jurásková, prezidentka České asociace sester



P ř e d s e d a POUZP Tomáš Válek tvrdí, že jste při sestavování přípravného výboru opomněla oslovit

jím vedenou organizaci, přestože je zapsána jako organizace profesní a vznik komory podporuje. Proč tedy zástupce POUZP dosud nebyl přizván?

Nejedná se o opomenutí a pan předseda Válek to ví. Dne 20. 12. 2011 se konala schůzka zástupců profesních sdružení, kde proběhlo i hlasování o přizvání POUZP ke spolupráci na komoře. Hlasováním přítomných odborných společností bylo většinou hlasů rozhodnuto o nepřizvání POUZP. Rozhodnutí bylo navíc potvrzeno stanovisky odborných společností po tomto jednání a opírá se o činnost POUZP, která je převážně odborového charakteru. V žádném případě se nejedná o úmyslné opomenutí ČAS či členů přípravného výboru, jak spekuluje pan Válek.

Byli byste přesto ochotni, v zájmu rozptýlení pochybností části zdravotnické veřejnosti, dodatečně přizvat zástupce POUZP do přípravného výboru?

Přípravný výbor komory nelékařů rozhodl svým hlasováním a z tohoto důvodu o přizvání POUZP ani dodatečně neuvažujeme.

Jedním z nejdiskutovanějších aspektů nové vznikající komory je druh členství – povinné, či nepovinné. V našem nedávném rozhovoru jste uvedla, že ČAS na povinném členství netrvá. Byl však vytvořen přípravný tým, kde je asociace sester jen jedním z mnoha zastoupených subjektů. Jaký názor nyní převládá?

V tuto chvíli není zcela jasné, jaké pravomoci bude nová komora mít, od toho se také musí odvíjet forma členství.

Říkáte, že komora by měla začít fungovat ideálně již od ledna příštího roku. Jste ale teprve na začátku a před přípravným výborem leží spousta práce a řada jednání. Očekáváte nějaké problémy, které by mohly vznik komory pozdržet, či dokonce znemožnit?

Máte naprostou pravdu, čeká nás spousta práce. Co je však důležité, jsme schopni se dohodnout. Vzhledem k tomu, že komora má vznikat ze zákona, může být okolnosti, které mohou jejím vzniku zabránit, dlouhá řada.

ČAS je vnímána jako iniciátor a vy – jakožto její současná prezidentka – jako hlavní „tahoun“ celého procesu. Vzhle-

Z DOMOVA

dem k vašemu angažmá v ODS ovšem poměrně významná část nelékařů hledá v této iniciativě vaše politické ambice. Jakým způsobem se stavíte proti těmto spekulacím. Neobáváte se rozdělení nelékařů na dva proti sobě stojící tábory?

ČAS byla skutečně iniciátorem jednání odborných společností. Vznikem přípravného výboru, složeného z 27 odborných společností, a zejména zvolením vede-

ní přípravného výboru iniciální aktivity ČAS končí. Jsme jednou z organizací, která pracuje na vzniku komory. Je nutné si uvědomit, že komora vzniká jako nová organizace a žádné kolektivní členství není možné. ČAS tedy do ní nemůže nijak vstoupit. Všechny volené orgány komory budou obsazovány volbou podle volebního řádu, který si komora připraví. Navíc je třeba dodat, že vedení komory, zejména její prezident

či prezidentka, by neměli být členem žádné politické strany a neměli by být ani v žádném střetu zájmů. ČAS hned na počátku jasně deklarovala, že chce komoru, která nebude politicky zneužitelná, a na tom trváme. V tomto jsme ve shodě se všemi ostatními odbornými společnostmi.

Je zde všeobecný předpoklad, že se postavíte do čela této budoucí stavovské organizace.

Podle stávajícího zákona o komorách (č. 220/1991 Sb.) jsou komory samosprávnými nepolitickými stavovskými organizacemi. Vzdala byste se v takovém případě členství ve své straně?

Takové úvahy v tuto chvíli nejsou aktuální, a jak jsem již uvedla, budou se konat řádné volby, kde se rozhodne o vedení komory.

Filip Kút Citores

Návrh zákona slučujícího zdravotní ústavy se vrací do sněmovny

Senátoři odmítli vládní novelu zákona o ochraně veřejného zdraví, jejíž součástí je i návrh na sloučení 14 zdravotních ústavů do dvou hlavních se sídlem v Praze a Ostravě. Opozice prosazuje hlavní ústavy v Ostravě a Ústí nad Labem. Zákon i s pozměňovacím návrhem vrací senát zpět do poslanecké sněmovny.

Ministerstvo zdravotnictví od centralizace ústavů očekává jejich větší ziskovost a konec milionových dotací. Zástupci opozice se naopak obávají, že přijetí novely může znamenat postupnou ztrátu kontroly nad těmito zařízeními a rozptýlení jejich laboratorních kapacit mimo dosah státu. Jednotlivá pracoviště by podle znění předlohy měla zůstat v každém kraji. „Přijetí zákona fakticky znamená, že zanikne zbytečná administrativa, ale zdravotnická činnost zůstane nezměněna,“ uvedl pro Zdravotnické noviny poslanec Marek Šnajdr (ODS), který prosazoval transformaci zdravotních ústavů již jako náměstek

ministra Tomáše Julínka. V té době byla některá pracoviště administrativně sjednocena pod jedním vedením. V praxi tak nyní 14 ústavů vede 7 ředitelů. Mezi navrhovateli zákona a nynější opozicí vládnu již několik let rozpory v pohledu na realizaci samotné transformace. Podle senátora Jana Žaloudíka (ČSSD) sjednocování uskutečněné v minulých letech nebylo optimální. „Z řady zdravotních ústavů se tak staly pouze slupky pro sběr a svoz vzorků. Nyní je možno hovořit pouze o čtyřech silnějších ústavech v Praze, Ústí nad Labem, Brně a Ostravě,“ uvedl pro ZDN profesor Žaloudík.

Praha nebo Ústí?

Senátní výbor ČSSD po předešlých výtkách nakonec přijal koncepci dvou centrálních zdravotních ústavů. Opozice ale podpořila návrh senátorky Aleny Dernerové (Severočeši.cz) na umístění centrálních ústavů v lokalitách nejvíce postižených znečištěním, tedy v Ostravě a Ústí nad Labem. S tím nesouhlasí zástupci ZÚ v Praze. „Zdravotní ústavy

se sídlem v Praze a Ústí nad Labem jsou co do rozsahu činnosti a počtu pracovníků víceméně srovnatelné,“ uvedl pro ZDN zástupce ředitele ZÚ Praha Petr Bušek. „Pro sídlo v Praze hovoří například logistické důvody, hlavní město je situováno zhruba uprostřed obsluhované oblasti, dále jsou zde umístěna sídla většiny státních institucí, je zde vysoká hustota osídlení, a tudíž i potenciálně velký počet klientů, se kterými se bude jednat,“ dodal Petr Bušek.

Jak by transformace měla vypadat v praxi, se Zdravotnickým novinám nepodařilo zjistit. Ministerstvo ani ředitelé jednotlivých ústavů se ke konkrétním otázkám do uzávěrky tohoto čísla nevyjádřili. Výjimkou je ředitel ZÚ v Liberci Pavel Bernáth, který se slučováním souhlasí, další otázky ale považuje za předčasné. Poslanecká němovna může na dalším jednání návrh senátu přehlasovat.

Irena Soukupová

Nemocnice pardubického kraje šetří, skončí v černých číslech

Nemocnice provozované pardubickým krajem podle předběžných odhadů skončí poslední čtvrtletí roku 2011 beze ztrát. Klady výsledek hospodaření za rok 2011 však jako jediná očekává Chrudimská nemocnice.

„Zatím nemám auditované výsledky, ale pravděpodobně to tak skončí,“ uvedl ředitel Chrudimské nemocnice Tomáš Vondráček. V mírném plusu má být i Orlickoústecká nemocnice. Ekonomická náměstkyně Anna Kučerová ovšem přiznává, že nemocnice není ve ztrátě také díky vyrovnávacím platbám, které jí kraj poskytl. Za minulý rok vyrovnávací platby od kraje pro všechny nemocnice činily přes 200 milionů korun.

Zlepšení hospodářského výsledku nemocnic si zástupci Pardubického kraje slibují především od centrálního nákupu léčiv a zdravotnického materiálu, který chtějí realizovat ve zdravotnických zařízeních na východě kraje.

Dopady úhradové vyhlášky v nemocnicích, jež kraj provozuje, zatím nejsou známy. „Dohodli jsme se, že vedení nemocnice předloží do konce ledna ekonomický výhled, stejně jako jejich kolegové z ostatních čtyř zařízení,“ uvedl při své návštěvě Litomyšlské nemocnice radní pro zdravotnictví Martin Netolický.

Nové iktové centrum

Pardubický kraj chce na litomyšlské neurologii zříditi i další iktové centrum 2. stupně s rehabilitací. Zatím jediné zařízení toho druhu v kraji je v Pardubické krajské nemocnici. Komise Krajského úřadu Pardubického kraje v současné době zpracovává přehled havarijních stavů budov u všech nemocnic zřizovaných krajem. Například v Chrudimské nemocnici by se mělo jednat o 4 objekty, na jejich opravu chce kraj využít prostředků z projektu Zelená úsporám. (ISO, ČTK)

FN Olomouc: pět zájemců o post ředitele

Do výběrového řízení na ředitele olomoucké fakultní nemocnice se přihlásilo pět uchazečů.

Ministerstvo zdravotnictví vyhlásilo výběrové řízení v listopadu minulého roku poté, co byl ředitel nemocnice Radomír Maráček v souvislosti s výkonem své funkce obžalován ze tří trestných činů: porušování závazných pravidel hospodářského styku, pletichy při veřejné soutěži a veřejné dražbě a z porušování povinností při správě cizího majetku. Státní zástupce škodu vyčíslil na téměř 7 milionů korun. Krajský soud v Olomouci se

bude případem zabývat 8. února. Řediteli hrozí až 8 let vězení. Maráček bude pravděpodobně odvolán ve chvíli, kdy bude známo jméno jeho nástupce. Mezi přihlášenými je například bývalý senátor a ředitel Nemocnice Sternberk Vítězslav Vavroušek nebo Maráčkův zástupce Roman Havlík. Mluvčí ministerstva zdravotnictví Vlastimil Sršeň uvedl, že o novém řediteli by mělo být rozhodnuto do několika týdnů. (ČTK)

Rok 2011 a zdravotnické záchranné služby

Rok 2011 nebyl pro zdravotnické záchranné služby v České republice jednoduchý, neboť se tak jako každoročně nejen potýkaly s nedostatkem finančních prostředků od zdravotních pojišťoven, ale musely bojovat o každou korunu i se svými zřizovateli, tedy kraji.

Ani kraje neměly kvůli dopadům hospodářské krize peněz nazbyt, což samozřejmě vedlo k řadě vynucených úsporných opatření jak v provozu, tak v oblasti investic, neboť zdravotní pojišťovny nehradí nic jiného než samotný výkon, takže veškerý další provoz včetně připravenosti na krizové stavy a mimořádné události je nutno platit z rozpočtu ZZS. Aby situace nebyla příliš jednoduchá, v jarních měsících došlo k akci „Děkujeme, odcházíme“ a následnému přijetí memoranda o navýšení platů lékařů, které však na rozdíl od nemocnic nebylo u záchrane ani částečně saturováno finančními prostředky od zdravotních pojišťoven.

To vše v situaci, kdy se záchranné služby sotva stihly vyrovnat s navyšováním platů v rozpočtové sféře z minulých let, které též nebylo nijak zohledněno v úhradách od zdravotních pojišťoven či zřizovatelů, stejně jako zdražení energií, pohonných hmot, nájmů a dalších komodit. Ne všechny kraje reagovaly nebo mohly reagovat dostatečným navýše-



Ilustrační foto: Shutterstock

ním provozního příspěvku svým organizacím, což ještě významněji akcentovalo chronické finanční problémy řady záchranných služeb.

Přelomová norma

Přes předchozí nářky však byl rok

2011 pro zdravotnické záchranné služby i rokem velice významným, neboť došlo k přijetí zákona o zdravotnické záchranné službě, který konečně definuje ZZS jako plnohodnotný záchranný sbor, jenž má jasné postavení, úkoly a náplň činnosti nejen

v rámci zdravotnického systému, ale i v rámci Integrovaného záchranného systému České republiky. Zákon vznikl téměř 10 let a prošel řadou proměn k lepšímu či horšímu, dle aktuální politické situace a návaznosti na současně předkládanou legislativu. Do-

mnívám se, že přes řadu výhrad k této normě – od neschválení sociálního programu až po některé nedostatky profesní – byla ministerstvem zdravotnictví a přímo ministrem zdravotnictví zpracována v mezích možností kvalitně a zodpovědně, s nebyvalou mírou spolupráce s kraji a samotnými záchrankami.

Dovolují si doufat, že navazující vyhlášky a zákony, případně smysluplné novelizace vlastního zákona, které budou přijaty v nejbližší době, respektive v budoucích letech, z této právní normy vytvoří dobrý základ pro rozvoj přednemocniční neodkladné péče a záchranných služeb, z čehož budou profitovat nejen naši pacienti, ale i ti, kteří v tomto systému pracují a obětují mu celý svůj profesní a mnohdy i osobní život.

Příspěvek k nižší úmrtnosti

Ke správné rekapitulaci samozřejmě patří čísla. Dovolují si tvrdit, že i ta potvrzují, že úsilí o zkvalitnění a legislativní zakotvení přednemocniční neodkladné péče nebylo jen jakousi úlitbou skupině záchránářů. Přestože neumíme vyčíslit svoji činnost ve finančních částkách tak korektně a dobře jako ostatní složky IZS, počty ošetřených pacientů a zachráněných životů hovoří celkem jednoznačně – jen meziroční nárůst počtu výjezdů činí desítky tisíc a z výpočtu vidíme, že každou minutu v roce je realizován minimálně jeden výjezd záchranné služby k pacientovi.

Domnívám se, že zdravotnické záchranné služby se mohou bez uzardění připojit ke kolegům z nemocnic a připsat si část zásluh na podstatně nižší úmrtnosti na akutní infarkt myokardu či mozkové příhody, těžká množná poranění či poranění mozku a hlavy. Stejně tak si dovoluji uzurpovat pro záchranné služby část podílu na významném snížení úmrtnosti na silnicích při dopravních nehodách, které jsme řešili spolu s kolegy z Policie České republiky a Hasičského záchranného sboru v minulých týdnech.

MUDr. Marek Slabý
předseda Asociace zdravotnických záchranných služeb ČR

Tabulka

	Celkový počet výjezdů	Počet výjezdů neúrazové dg	Počet výjezdů úrazové dg	Počet výjezdů dopravní nehody	Počet výjezdů AIM	Počet výjezdů CMP	Počet KPR	Počet výjezdů 0-18 let	Počet výjezdů starší 18 let	Počet výjezdových míst	Počet posádek
ÚSZS Moravskoslezského kraje	91 960	78 873	18 762	2 100	3 102	4 008	1 117	8 316	83 374	26	60
ÚSZS Středočeského kraje	87 155	70 175	16 980	2 450	2 631	3 082	1 054	8 329	78 826	43	82
ÚZZS Karlovarského kraje	21 664	18 058	3 606	1 005	866	826	214	21 500	164	11	16
ZZS hlavního města Prahy	123 133	75 873	25 291	2 360	1 567	3 033	553	8 500	92 664	18	37
ZZS Jihočeského kraje	61 485	49 716	11 769	2 440	1 567	1 730	536	5 748	55 737	27	46
ZZS Jihomoravského kraje	83 757	68 534	15 223	2 979	1 010	2 348	513	3 679	80 078	23	43
ZZS kraje Vysočina	33 908	27 653	6 255	1 771	829	1 053	499	3 130	30 778	20	27
ZZS Královhradeckého kraje	41 922	30 034	9 303	1 673	726	1 160	699	3 707	38 215	13	26
ZZS Olomouckého kraje	44 756	35 922	8 834	1 290	1 167	1 912	432	3 422	41 334	15	26
ZZS Pardubického kraje	37 887	31 040	6 837	1 539	489	986	370	2 983	29 078	15	25
ZZS Plzeňského kraje	47 581	46 011	1 570	1 398	838	1 368	281	4 691	42 890	23	36
ZZS Ústeckého kraje	67 500	49 335	12 255	1 624	1 352	1 940	976	5 937	55 653	20	37
ZZS Zlínského kraje	45 957	29 913	8 747	1 082	1 295	1 543	403	2 720	35 126	13	27
ZZS Libereckého kraje	62 624	55 819	6 805	1 210	1 610	1 789	694	5 493	57 131	14	26
Celkem ČR	851 289	666 956	152 237	24 921	19 049	26 778	8 341	88 155	721 048	281	514

Neúrazová dg – všechny výjezdy mimo úrazové diagnózy, Úrazové dg – všechny výjezdy k úrazům, AIM – akutní infarkt myokardu, CMP – cévní mozková příhoda, KPR – resuscitace při zástavě oběhu

Počet výjezdů za:

rok	851 289
měsíc	70 940
den	2 332
hodina	97
minuta	1,60

Člověk, nebo odpad?

Když se ke mně před pár dny dostal článek o aktivitách pana profesora Jana Evangelisty Jiráska v jedné z našich nejznámějších porodnic, dělalo mi velký problém uvěřit tomu, co čtu. Nemohla jsem uvěřit slovům, která pronášel člověk, vědecký pracovník s několika tituly a spoustou ocenění. Dokonce i jeho vlastní syn si myslí, že již zašel moc daleko.

Pan profesor Jirásek působí jako embryolog v Ústavu pro péči o matku a dítě v Praze-Podolí. Velká část jeho činnosti je postavena na existenci tzv. potratového zákona, podle něhož se narození dítěte od početí až do hmotnosti 500 gramů (cca 24. týden těhotenství), které nepřechází prvních 24 hodin po porodu, v případě mrtvé narozeného dítěte pak až do váhy 1000 gramů (cca 28. týden těhotenství) nazývá *potrat* a takové potracené dítě *zdravotnický odpad, tkáň*.

Embryolog tyto děti krájí a zkoumá, aniž by dostal či vůbec potřeboval souhlas rodičů dítěte s touto jeho činností. Naše legislativa mu to bohužel umožňuje. A pan Jirásek toho náležitě využívá i pro své soukromé aktivity. Mikroskopicky upravuje zvětšené snímky plátek těchto dětí, barevně je dořazuje, pojmenovává a vystavuje ve výstavních sálech. A dokonce se diví, že o jeho výstavu u nás není zájem.

Jeho tvrzení, že lidská bytost je ta, která se narodí a přežije, vzbudilo na zahraniční konferenci kritiku. Embryo je prospektivní lidská bytost a srovnávat tuto skutečnost s prospektivitou toho, zda se někdo stane kancléřem, je nikoli vysvětlující, ale šokující.

Chybí nám podpora přijetí ztráty

Naše nejmladší dcera se narodila ve 24. týdnu těhotenství, tedy na hranici životaschopnosti, právě v porodnici, kde působí i pan profesor Jirásek. Vzhledem k tomu, že jsem začala rodit již ve 23. týdnu těhotenství, měla jsem „potratový zákon“ stále v patách. Již při přijetí si mne přehazovali z jednoho oddělení na druhé. Porod, nebo potrat? Člověk, nebo odpad? Ochránila jsem svoji dceru do magického 24. týdne těhotenství. Přesně o půlnoci začala mé dceři poskytovat péči směřující k záchraně jejího života. Bylo to o prsa. Dcera se narodila dva dny poté. Pak byla legislativa již plně na naší straně. Dcera vážila pouze 670 gramů, byla zaintubována a pár týdnů odkázána na úplnou plicní ventilaci. Po dlouhém traumatizujícím období si konečně užíváme života spolu s naší úžasnou dcerou. Mé zraněné já se zvedá z tratoliště krve, uzdravuje se a já naštěstí nemusím přemýšlet, zda pan Jirásek pro své „umělecké výtvořiny“ nepoužil i naši dceru.

Při narození dítěte, které naše legislativa označuje jako zdravotnický odpad, bohužel rodiče nebývají podpořeni v přijetí tohoto narozeného dítěte a v následném

rozloučení se s ním, tedy v přijetí ztráty. Zmíněná nepodpora může způsobit, že se žena s touto životní událostí nevyrovná a zatlačí ji do pozadí. Možná nevědomě ovšem bude negativně ovlivňovat její další život i plnění mateřské role. Každá životní událost má své fáze a je nutné tyto fáze respektovat, jinak se nám budou připomínat stále naléhavěji. Vynakládání úsilí k tomu, abychom toto připomínání potlačili, nám klidu nedodá, pouze nás vyčer-

pá. Klid můžeme získat, pokud si dovolíme takovou životní událost prožít, a k tomu potřebujeme podporu. To, jak se chováme k těhotné a rodící ženě, k ženě-matce, k jejímu dítěti, jak přistupujeme k počínajícímu životu, odráží atmosféru a fungování celé naší společnosti.

Čas, který má význam a smysl

Jsem přesvědčena, že život každého člověka začíná jeho počtím a že i ten, který má na tomto světě vyměřený velmi krátký čas, má svůj smysl. Alespoň pro mne mají životy mých dětí, i těch, kterým byl vyměřen opravdu velice krátký čas v mé děloze, skutečný význam. Počínající život není zdravotnický odpad ani obyčejná tkáň. O tom by mohla vyprávět každá žena, která o své miminko přišla.

Apeluji na naše zákonodárce, aby co nejdříve projednali a při-

jali změnu „potratového zákona“. Změnu zákona, která bude podporovat rodinu, lidskost, respekt, úctu k životu a právo na svobodu. Potřebujeme zákon, jenž dá rodičům do rukou odpovědnost za jejich vlastní děti od okamžiku početí. Zákon, který rodičům umožní svobodně se rozhodnout o dalším osudu jejich mrtvých dětí. Zákon, jenž bude rodiče v těchto těžkých životních okamžicích chránit před manipulací a nekalyými praktikami. Pouze rodiče by měli mít právo dát souhlas s vědeckým bádáním na svých mrtvých dětech, bez ohledu na čas, který uběhl od jejich početí.

Jsme tady pro život, proto jej prožíváme. Pokud budeme život, jeho běh a souvislosti přerušovat, nevidíme se, že pouze přežíváme.

Ing. Ivana Antalová
zakladatelka a hlavní koordinátorka
organizace podporující rodiny s předčasně
narozenými a nemocnými novorozenci



Ilustrace foto: Shutterstock

Dodatek na téma **VIP**

Na můj článek „VIP ve veřejném zdravotnictví?“ (ZDN 24/2011) reagoval profesor Pavel Pafko v textu „VIP a kulich“ (ZDN 1/2012) a mně to nedá, abych na jeho reakci neodpověděl. Už proto, že si jej velmi vážím jako vynikajícího představitele české medicíny.

Chtěl bych pana profesora ubezpečit, že můj článek nebyl nějakým laciným útokem na morální a etickou integritu předních českých lékařů, a také, že nepochybují o kompetentnosti českých kolegů (koneckonců jsem v Česku 8 let pracoval, tak by to nedávalo smysl). Chtěl jsem jen upozornit na naprostou netransparentnost, která panuje ohledně zavádění programů pro VIP pacienty v čes-

kých veřejných nemocnicích, a na absenci diskuse na toto téma.

Zcela odlišné scénáře

Pan profesor se mýlí v jedné věci – ve svém článku uvádí, že ve vyspělých zemích v podstatě neexistují samoplátcí a že se v případě privátních pacientů jedná o lidi pouze komerčně připojištěné. Nevím, jak je tomu v jiných zemích západní Evropy, ale mohu jej ubez-

pečit, že Národní zdravotní služba (NHS) ve Velké Británii (alespoň zatím) neumožňuje kombinaci péče v rámci NHS a komerčního připojištění. Pacienti, kteří jsou léčeni privátně, si péči platí celou, bez příspěví daňového poplatníka. Zpravidla si tuto péči nehradí jednorázovými platbami, ale tím, že mají komerční zdravotní pojištění u soukromé společnosti, jako je například BUPA, nebo

jim toto pojištění v rámci zaměstnaneckých benefitů hradí jejich zaměstnavatel.

To neznamená, že mezi NHS a privátním sektorem neexistuje spolupráce. NHS nakupuje péči u soukromých subjektů, pokud je v určité oblasti příliš dlouhá čekací lhůta například na operace náhrady kyčelního kloubu, a naopak privátní nemocnice může nakoupit část péče od NHS. Toto znám z vlastní zkušenosti, protože jako konzultant pracující pro NHS poskytuji péči v soukromé nemocnici, se kterou na to můj trust má smlouvu. To jsou ovšem zcela odlišné scénáře od poskytování různé péče pacientům v rámci jednoho zařízení na základě jakéhosi komerčního příplatku; k tomu se – vzhledem k etickým a také prak-

tickým problémům – v Anglii dosud nikdo neodhodlal, i když diskuse na toto téma probíhá léta.

Pravidla a transparentnost

Svým článkem jsem se nesnažil brojit proti privátnímu zdravotnictví a ani proti tomu, aby kvalitní lékaři měli i privátní pacienty; to opravdu existuje všude na světě. Podstatné však je, aby pravidla pro poskytování nadstandardní péče „kulichům“ či bohatším občanům ve veřejných nemocnicích byla naprosto transparentní a bylo zajištěno, že taková činnost žádným způsobem nenarušuje a neohrožuje péči o běžné pojištěnce. K nastavení takových pravidel v České republice podle mého názoru nedošlo. **MUDr. Pavel Fridrich**

Slovenští lékaři nespokojeni se změnou úhrad vakcín

Praktičtí lékaři na Slovensku odmítají přistoupit na změny v úhradách očkovacích látek, jež předložilo tamní ministerstvo zdravotnictví. Pacientům tak hrozí, že kvůli nedostatku vakcín nebudou naočkováni.

V současnosti očkuje většina praktických lékařů dospělé i dětské pacienty ze zásob; pokud dojdou i ty, může se stát, že člověk nedostane vakcínu, ačkoli na ni má ze zákona právo a lékaři legislativa povinnost naočkovat pacienta nařizuje. „Zatím používáme vakcíny, které jsme si objednali ještě starým systémem. Dohodli jsme se, že až nám dojdou, nové kupovat nebudeme,“ uvedla pro deník Pravda bratislavská praktická lékařka Eva Svitková.

Nepraktická změna

Příčinou problémů je nový způsob úhrady vakcín, o němž slo-

venské ministerstvo zdravotnictví rozhodlo v polovině prosince. Zatímco dosud lékaři předepisovali očkovací látky na recept a pacienti si je vyzvedávali v lékárně, v současnosti musejí vakcíny nakupovat a skladovat sami lékaři. Jak ovšem upozorňují, mnohé ordinace k něčemu takovému nemají technické vybavení, navíc nákup vakcín lékaře citelně ekonomicky zatíží.

„Tato změna je velmi nepraktická. Přinese nám hlavně finanční problémy, protože kdybych chtěl koupit očkovací látky pro všechny děti, budu potřebovat minimálně 2 tisíce eur. Nevím, zda na Slo-

vensku existuje nějaká ambulanční, která by byla zdravotními pojišťovnami tak dobře placená, že by jí po zaplacení odvedu a platy sestry zůstalo ještě nevyužitých 2 tisíce eur na nákup vakcín,“ upozorňuje dětský lékař z Piešťan Luboš Černošský.

Polovina marže pro lékaře

Ministerstvo zdravotnictví se pro změnu úhrad očkovacích látek rozhodlo kvůli riziku nevhodného skladování a manipulace s vakcínami, kterých se pacient může dopustit. „Je ovšem zajímavé, že u jiných očkovacích látek, které si lidé nadále kupují sami, například proti klíšťové encefalitidě nebo žloutence typu A, toto riziko nevádí,“ podotýká praktická lékařka z Lieskového Běla Berecová. Jak dodává Eva Svitková, zatím se nestalo, že by lékař naočkoval pacienta látkou, jež byla nesprávně uskladněna. „Vždy pacienti upozorňují, jak mají v vakcínu nakládat. Pochybují, že by někte-



ilustrační foto: netku.com

rý lékař pacientovi píchl špatně uskladněnou látku.“

Asociácie všeobecných lékařů pro děti a dorast podle své prezidentky Kvetoslavy Prcúchové dokonce zvažuje protestní akce. „Jakou formu zvolíme, zatím neumím říci, protože ještě nezasedal náš výbor. Chceme se navíc nejprve setkat s ministrem,“ uvedla pro deník Pravda Kvetoslava Prcúchová. Ministerstvo sice po prvních hromadných výtkách přišlo s ná-

vrhem, aby polovinu marže za koupenou vakcínu dostávali namísto lékáren samotní lékaři, postoj zdravotníků se tím však nezměnil. „Přinese nám to jen více administrativy,“ upozorňuje Běla Berecová s tím, že čas strávený nad papírováním půjde na úkor péče o nemocné.

Námítky i z pojišťoven

Lékaři ovšem nejsou jediní, komu se změny v úhradách vakcín nelíbí – své námítky prezentovali i lékárníci. „V případě, že ministerstvo zdravotnictví považuje za potřebné zvýšit finanční ohodnocení předepisujících lékařů, může to udělat tak, že legislativně upraví navýšení plateb od zdravotních pojišťoven v současném modelu financování ambulantní péče,“ uvedla v prohlášení Slovenská lékařnická komora.

Bez výhrad změnu nepřijaly ani samotné zdravotní pojišťovny. „Až na skutečnost, že lékaři nemají v ordinacích registrační pokladny, je to cesta, jak by mohli být finančně motivováni na prodeji léku pacientovi. Přitom nový zákon o léčivech sledoval přesný opak,“ řekla deníku Pravda mluvčí druhé největší slovenské pojišťovny Dôvera Zuzana Horníková. „Paradoxem je, že nový zákon o léčivech nařizuje i zdravotním pojišťovnám, aby přímé nákupy realizovaly výlučně přes lékárny,“ dodala mluvčí.

(Zdroj: Pravda)

(kha)

Delší hospitalizace znamená vyšší riziko

Každý den pobytu v nemocnici představuje pro pacienta riziko, a čím déle hospitalizace trvá, tím je pravděpodobnost výskytu nežádoucích příhod vyšší, uvádí švýcarská Nadace pro bezpečnost pacientů.

Tato nezisková nadace finančně podporovaná státem se už zhruba desetiletí věnuje systému předcházení pochybení v léčbě. Švýcarské nemocnice podle zákona o veřejném zdravotním pojištění zajišťují vnitřní systémy bezpečnosti pacientů a kvality péče a rovněž musejí zmíněné nadaci zasílat data o výskytu nežádoucích událostí. Nadace se věnuje analýzám těchto informací, jejich publikování a současně zajišťuje školení pro lékaře a zdravotníky (nejen z nemocnic). Ve vrcholných orgánech nadace zasedají experti z různých zdravotnických pracovišť, ale jsou mezi nimi také například zástupci švýcarských kantonů a zástupci patientských organizací.

Rizikovější urgentní péče

Odborníci působící v Nadaci pro bezpečnost pacientů porovnávají data získaná ze švýcarských nemocnic se zahraničními studii. Spolu se zahraničními experty se shodují například v tom, že zvláště u pacientů pobývajících delší dobu v ústavech se musí různými opatřeními včas brá-

nit možným komplikacím a dalším nežádoucím průvodním jevům při léčbě. Nejvíce ohroženi bývají senioři a vážněji zdravotně postižení jedinci. Avšak ani krátkodobější hospitalizace není bez rizik. Z posledních výzkumných studií publikovaných nadací například vyplývá, že při pětidenní hospitalizaci se může vyskytnout 5,5% nežádoucích příhod v oblasti farmakoterapie, 17,6% nemocničních infekcí a 3% dekubitů. „Každá další noc v nemocnici toto riziko zvyšuje,“ podotýkají odborníci. Při osmidenní hospitalizaci vzroste riziko nežádoucích příhod v oblasti léčiv na 6,1%, u nozokomiálních nákaz na 20,6%.

Vedle délky hospitalizace se jako významné faktory zvyšující riziko pochybení v léčbě projevují i další okolnosti. Zejména jde-li o pacienty přijaté v rámci urgentní péče. Oproti plánovaně přijatým nemocným je riziko nežádoucích příhod v urgentních případech o 2% vyšší v oblasti farmakoterapie a o 7% ve vztahu k infekčním onemocněním.

(Zdroj: www.admin.ch)

(vla)

Protesty proti reformě zdravotnictví zasáhly i Rumunsko

Několik dnů trvající demonstrace proti reformě tamního zdravotnictví zasáhly všechna větší rumunská města. Pokračovaly i přesto, že se vláda nakonec rozhodla tuto reformu stáhnout.

Podnětem k protestům byl zákon, který umožňoval vstup soukromých společností do státního zdravotnictví, a s nímž nesouhlasil dokonce ani náměstek ministra zdravotnictví Raed Arafat. Ačkoli se kabinet nakonec rozhodl tuto část legislativy stáhnout, demonstranti se vrátili do ulic, aby vyjádřili nespokojenost s vládními škrty a vyzvali premiéra Emila Boce i prezidenta Traiana Basescua k odstoupení.

Právě prezident byl jedním z největších příznivců kontroverzního zákona, který si vysloužil kritiku nejen ze strany občanů, ale také většiny odborníků ve zdravotnictví. Patřil k nim i již zmíněný bý-

valý náměstek MZ Raed Arafat, v Rumunsku vysoce uznávaný lékař, jenž po konfrontaci s Traianem Basescuem rezignoval na svůj post. Právě tento krok byl prvním impulsem pro masové protesty v ulicích.

Chybějící pravidla

Středová vláda Emila Boce přijala kontroverzní reformu zdravotnictví koncem prosince minulého roku. Nová legislativa počítala mimo jiné s umožněním vstupu soukromého sektoru do systému zdravotnictví, a to jak v oblasti poskytování péče, tak i zdravotního pojištění. Odborníci zákonu vytýkali především nedostatek

jasných pravidel pro fungování soukromých subjektů v rámci zdravotnictví.

Kabinet nakonec pod vlivem protestů reformu stáhl, ačkoli si od ní sliboval výrazné snížení výdajů na zdravotnictví – ty v loňském roce dosáhly 24,3 miliardy lei (cca 12 mld. Kč), v roce 2005 přitom činily přibližně 11 miliard lei. „Reforma zdravotnictví může pokračovat i jinak, není přímo vázána na tento zákon,“ prohlásil po stažení návrhu ministr zdravotnictví Ladislau Ritli. „Systém poskytování péče má řadu nedostatků, najdeme však jiné řešení,“ dodal ministr.

(Zdroj: Reuters)

(kha)

WHPA rozjela **kampaň** proti falešným lékům

Poprvé v historii se ve střední Evropě setkali zástupci národních zdravotnických profesních organizací spolu se zástupci klíčových orgánů na konferenci, jejímž tématem bylo padělání léků. Akce se konala koncem listopadu v pražském hotelu Panorama.

Pod heslem kampaně proti padělaným lékům „Be Aware, Take Action“ se Světová aliance zdravotnických profesionálů (World Health Professions Association, WHPA) pustila do razantního boje proti falšovaným lékům na celém světě. Společně s Českou lékárnickou komorou WHPA na konferenci hostila 50 účastníků z Česka, Polska, Maďarska, Rumunska, Slovinska a Chorvatska.

Účastníci konference diskutovali o čtyřech klíčových bodech jakožto o základu strategie uceleného akčního plánu proti padělání léků v regionu střední Evropy: zajištění podpory v regionu, prohloubení vzájemné spolupráce, zvýšení kapacity zdravotnických profesionálů a zlepšení spolupráce směrem ke zdravotnickým a klíčovými autoritám a dalším důležitým partnerům.

Padělek a padělání

Světová zdravotnická organizace (WHO) definuje padělek léčiva jako „přípravek, jehož identita a/nebo původ jsou podvodně a úmyslně špatně označeny. Padělkem mohou obsahovat správnou či nesprávnou účinnou látku nebo ji neobsahovat vůbec, případně jí neobsahovat deklarované množství. Padělkem je i originální přípravek, jehož obal je falešnou napodobeninou.“ Jako padělek léčivého přípravku lze rovněž charakterizovat přípravek, k němuž někde na světě existuje originál, tj. originální registrované léčivo, které je k dispozici na světovém trhu pod stejným názvem.

Podle Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) je padělání léků výnosným a organizovaným obchodem, který se logicky zaměřuje pouze na oklamání spotřebitele. Padělkem mohou být vyráběny za neuvěřitelně primitivních podmínek, obsah účinných látek bývá i několikanásobně překročen nebo v nich naopak účinná látka zcela chybí. Kvalita obsažených účinných látek je diskutabilní, padělek navíc zpravidla obsahuje nejrozličnější příměsi. Padělaná léčiva mohou poškodit zdraví pacientů.

V zahraničí byly zdokumentovány i případy, kdy po požití padělaného přípravku došlo k úmrtí.

Kontrolovat padělatele je nemožné

Nejčastějším místem výskytu padělků je internet. Uvádí se, že více než 2/3 léků prodávaných prostřednictvím nelegálních internetových stránek tvoří padělkem. Spotřebitelé nakupující léky přes internet by se měli ujistit, že nakupují ze spolehlivých zdrojů a důvěryhodná on-line lékárna by měla poskytovat informace jako název provozovatele, adresu a kontakty, jméno odpovědného farmaceuta, údaje o registraci atd.

„Legální distribuční řetězec je v zásadě bezpečný. Problém je v rizikovém chování konzumentů, kteří kupují léky mimo tento řetězec, tedy v prostředí, kde se mohou objevit padělkem. Ty jsou v lepším případě málo účinné nebo neúčinné, v horším zdravotně nebezpečné,“ konstatoval viceprezident České lékárnické komory PharmDr. Stanislav Havlíček. Samotná schopnost konzumenta zhodnotit kvalitu léku je podle něj mizivá.

Také kontrola přístupu padělků na světový trh je velice obtížná. „Často se jedná o indické nebo čínské výrobce se švýcarským vedením prezentované na amerických a kanadských webových stránkách umístěných na ruských serverech, navíc se tyto stránky mění a stále vznikají nové. Kontrolovat se to dá jediné zpětně, prostřednictvím pacienta, který si přijde stěžovat,“ upozornil doktor Havlíček.

Lék není běžné zboží

Zdravotníci pracovníci by se dle WHPA měli podílet na informování pacientů o rizicích plynoucích z nákupů léků z nelegálních zdrojů. Potřebné je, aby při tom chápali motivace pacientů, mezi něž může patřit snaha ušetřit peníze, získání léku bez lékařského předpisu, zachování anonymity, zpřístupnění neregistrovaných léků či překonání geografické vzdálenosti.



Foto: archiv pořadatele

ti. Komunikace by měla probíhat způsobem, který není zastrašující a neoslábí pacientovu adheřenci k léčbě.

„Spolupracujeme jak se zdravotnickými profesionály, tak s pacienty. Prostřednictvím této kampaně chceme zlepšit spolupráci na mezinárodní úrovni, jelikož se jedná o globální problém vyžadující globální řešení. To se citelně dotýká i České republiky, která se nachází v centru Schengenského prostoru. Klíčové sdělení naší kampaně zní: ‚Falešné léky zabíjejí!‘ Zaznamenali jsme již změ-

ny chování pacientů, kteří dříve nevěděli, že prodej z určitých zdrojů je nelegální,“ zdůraznil zástupce WHPA XuanHao Chan.

„Řada léků je v zahraničí vnímána jako normální zboží, protože se běžně prodávají mimo lékárny. Poselstvím kampaně by mělo být, že chcete-li užívat bezpečným způsobem léky, máte si je koupit v lékárně, ne na internetu nebo u benzínové pumpy!“ dodal generální tajemník Evropského svazu lékárníků (Pharmaceutical Group of the European Union, PGEU) John Chave.

Cílit na konzumenty

„V Česku se spektrum padělaných léčiv dělí prakticky do tří skupin, přičemž všechny jsou generovány z lifestyleových terapií. Jedná se o oblast kulturistiky a anabolik, dále léků na podporu erekce a léků na hubnutí. Největší nebezpečí pramení z anabolických steroidů, které se navíc distribuují nejen prostřednictvím internetu, ale také v rámci uzavřených komunit, například fitness center,“ vysvětluje Stanislav Havlíček. Padělatelé se v současnosti zaměřují také na léčiva, která jsou z hlediska trhu s léčivými prostředky běžné spotřeby, jako jsou preparáty pro léčbu psychických onemocnění či vysokého tlaku, antibiotika a cytostatika.

„Všechny nákupy léčiv vázaných na předpis jsou rizikové, jedná-li se o nákup mimo lékárenskou síť. Čeští spotřebitelé si uvědomují, že kupují-li lék na předpis přes internet, patrně to nebude legální. Méně si však uvědomují fakt, že to může být také nebezpečné. Úkolem naší výzvy je apelovat na všeobecné povědomí lidí, že zde není jen společenská nebezpečnost z hlediska právního jednání, ale i nebezpečnost týkající se poškození vlastního zdraví,“ uzavírá PharmDr. Havlíček.

Jednotlivé články legální distribuční sítě, například distributor léčiva a lékárna, podléhají všude v Evropě přísné kontrole ze strany lékových agentur jednotlivých zemí. Obavou odborníků je, aby se padělkem nedostaly do legální distribuční sítě.

Více informací: www.whpa.org/counterfeit_campaign.htm
www.nebezpecneleky.cz

Andrea Skálová

GSK rozšíří dodávky pneumokokové vakcíny do třetího světa

Společnost GlaxoSmithKline (GSK) se rozhodla rozšířit dohodu s Globální aliancí pro vakcíny a imunizaci (GAVI) týkající se dodávky očkovací látky proti pneumokokovému onemocněním. Právě ta jsou v rozvojových zemích jednou z nejčastějších příčin úmrtí dětí mladších 5 let.

V rámci nové dohody GSK poskytne dalších 180 milionů dávek vakcíny Synflorix, která umožní GAVI rozšířit očkovací programy proti pneumokokovému onemocněním do roku 2023 v 72 rozvojových zemích světa. Již v březnu loňského roku se společnost GSK zavázala dodat 300 milionů dávek této vakcíny na základě unikátního finančního mechanismu Advance market commitments (AMC), což je závazná

smlouva, která zajišťuje dostupnost vakcín a léků na trzích v nejchudších zemích světa. Do roku 2023 by tak vakcína mohla ochránit až 160 milionů dětí z rozvojových oblastí.

„Díky dlouhodobé spolupráci s GAVI jsme schopni zajistit dostatečné množství vakcíny. Naším cílem je i nadále hledat způsoby financování, které pomohou v boji proti nemocem, jako jsou spalničky, dětská

obrta či rotavirová a pneumokoková onemocnění. Vakcíny patří mezi nejužitečnější způsoby jak ochránit veřejné zdraví a zajistit hospodářský rozvoj v zemích třetího světa,“ uvedl ředitel GSK Biologicals Jean Stéphenne. Společnost GSK spolupracuje s GAVI dlouhodobě. Podílí se na více než 80% objemu všech vakcín, které aliance poskytuje rozvojovým zemím.

(akt)

Čeští vojenští zdravotníci v zahraničních misích

V polní nemocnici armády ČR na afghánské základně KAIA (Kabul International Airport) pracuje v náročných podmínkách 50 českých armádních zdravotníků. Pravidelně jsou také zváni k práci v zahraničních polních zdravotnických zařízeních v Afghánistánu.

Z historie

Po listopadu 1989 docházelo k zásadním strukturálním změnám ve všech vládních resortech, armádu nevyjímaje. K 1. lednu 1993 vznikla Armáda České republiky. Pro její vývoj mělo zásadní význam přijetí nové vojenské strategie, jejímž hlavním cílem bylo přiblížení se armádám vyspělých států a vytváření podmínek pro budoucí členství v NATO.

S vývojem vojenské techniky a po skončení studené války zánikem Varšavské smlouvy a rozpadem Sovětského Svazu skončilo období bojů masových armád proti přesně definovanému nepříteli a na předem určeném válčišti. Vzrostly požadavky na rychlé, mobilní, vysoce kvalifikované a specializované vojáky, což ovlivnilo dosavadní způsob výcviku a doplňování vojsk založených na všeobecné branné povinnosti a vykonávání základní vojenské služby.

Významným datem se stal 1. leden 2005, kdy se Armáda ČR stala plně profesionální. Tendence k profesionalizaci si vynutily změnu systému vojenského školství i způsobů přípravy příslušníků armády. V roce 1994 se ČR přihlásila k programu Partnerství pro mír, což znamenalo začátek přímých kontaktů s NATO. Tato iniciativa a aktivní zapojení do programu vyústily na madridském summitu NATO v roce 1997 k přizvání ČR ke vstupním rozhovorům o rozšíření aliance. Zásadním mezníkem se stalo přijetí do Severoatlantické aliance 12. března 1999. Z bezpečnostní a vojenské strategie státu vycházela nová Doktrína Armády České republiky, která se v rámci aliance profilovala jako specialista na jednotky radiací, chemické a biologické ochrany, na pasivní sledovací systémy a na zdravotnické zabezpečení.

Od poloviny 90. let minulého století se začala psát nová éra Zdravotnické služby Armády České republiky, která do té doby vycházela z koncepce zdravotnického zabezpečení armád Varšavské smlouvy. Byly sice vytvořeny polní nemocnice (PN), ale spíše jen ve virtuální podobě s deponovaným ma-



Zdravotníci kontingentu 11. polní nemocnice při jednom z výjezdů do okolí Kábulu v roce 2002. | Foto: archiv autora

teriálem ve skladových zásobách. Bylo potřeba přehodnotit aspekty, za kterých se provádí zdravotnické zabezpečení v podmínkách současného boje, modernizovat zdravotnické vybavení a v neposlední míře také zrevidovat celý systém pregraduální a postgraduální výuky vojenských lékařů. O střepinových a střelných poraněních bylo spíše jen teoretické povědomí, o možnosti ošetřovat reálné mnohočetné balistické poranění si vojenští chirurgové do té doby mohli nechat jen zdát. Eskalace některých evropských a blízkovýchodních konfliktů a následné požadavky ze strany NATO na zdravotnické zabezpečení v těchto konfliktech však vedly k zásadním změnám v řízení zdravotnické služby a v možnostech odborného růstu.

Základna zabezpečuje politicko-vojenské ambice ČR

S vojenským zdravotnictvím bylo vždy spjata město Hradec Králové. Ve vztahu k vlastnímu personálnímu a technickému zabezpečení zdravotnických zahraničních misí hraje důležitou roli Nemocniční základna AČR. Je

hlavním zaměstnavatelem většiny zdravotníků účastnících se zahraničních misí. Vznikla v roce 2004 sloučením 7. zdravotnického praporu v Hradci Králové, 6. polní nemocnice, tehdy sídlící ve Zbirohu, a dalších zdravotnických jednotek. Základna byla vytvořena jako nosný zdravotnický prvek pro zabezpečení politicko-vojenských ambicí ČR. Původně plánovaná velká polní chirurgická nemocnice s dvousetlůžkovou kapacitou (zdravotnický prapor) byla nahrazena dvěma menšími, samostatně nasaditelnými polními nemocnicemi a jednotkami odsunu raněných. Zprvu bylo rozmístění jednotlivých subjektů Nemocniční základny (6. polní nemocnice a sklad zdravotnické techniky) v Olomouci, resp. v Bystřici pod Hostýnem, postupem času však došlo k logickému přemístění těchto jednotek do Hradce Králové.

Nemocniční základna nyní zastřešuje 6. a 7. polní nemocnice s podpůrnými jednotkami. Odbornou praxi si příslušníci zdravotnického personálu zdokonalují ve vojenských, ale především pak civilních nemocnicích, které disponují možností provádět kom-

plexní péči o polytraumatizované pacienty. Tyto zkušenosti pak implementují do specifických podmínek práce v polních zdravotnických zařízeních.

Fakulta vojenského zdravotnictví

Dalším hradeckým pracovištěm se vztahem k vojenskému zdravotnictví je Fakulta vojenského zdravotnictví Univerzity obrany (FVZ UO). Její historie začala rozkazem prezidenta republiky v říjnu 1951, kdy byla zahájena činnost Vojenské lékařské akademie, později s čestným přídomkem Jana Evangelisty Purkyně (VLA JEP). V roce 1958 se s nástupem organizačních změn VLA JEP transformovala na Vojenský lékařský výzkumný a doškolovací ústav Jana Evangelisty Purkyně (VLVDÚ JEP). V předvečer třicetiletého výročí školy bylo v září 1988 rozhodnuto o návratu k původnímu názvu školy - Vojenská lékařská akademie JEP. Následné společensko-politické změny přinesly zásadní změny do systému výuky vojenských lékařů s důrazem na odbornou jazykovou přípravu, aplikaci zdravotnických standardů zemí NATO a poznatků ze zahraničních misí. Pokračují-

cí proces profesionalizace armády vyžadoval i reorganizaci vysokého vojenského školství. V roce 2004 byla ustavena Univerzita obrany se sídlem v Brně a hradecké pracoviště se stalo jednou z jejích fakult - Fakultou vojenského zdravotnictví Univerzity obrany (FVZ UO).

Struktura poskytování zdravotnické péče v poli

V rámci zajištění jednotnosti, a to nejen při poskytování zdravotní péče, je v armádách NATO zřízen systém standardů, tzv. STANAG norem. Tyto normy ve zdravotnické oblasti rozlišují čtyři úrovně (etapy) zdravotnického zabezpečení, které se označují jako ROLE 1-4. Odstupňování od nejnižší po nejvyšší se děje podle definovaných léčebných schopností, kapacity a také na základě odsunových možností zraněných na vyšší etapy a možnostech doplňovat zásoby. Jednotlivé etapy mohou působit v rozšířené formě, pak jsou označeny (+) nebo (E) jako enhanced. Standardy neurčují přesné personální početní obsazení jednotlivých zdravotnických úrovní, ale definují jejich schopnosti, které musí zajišťující zdravotnická služba respektovat.

Všichni vojenští zdravotníci jsou absolventy kurzu neodkladné péče v poli - BATLS (Battlefield Advanced Trauma Life Support), který je veden instruktory na FVZ UO v Hradci Králové. Jedná se o jednotný systém třídění, vyšetření a léčení zraněných v poli. Lektoři kurzu jsou absolventy instruktorských kurzů ve Velké Británii, kde byl tento jednotný systém poprvé zaveden a postupně implementován do všech zdravotnických služeb armád NATO. Hlavním principem je jednotnost v postupech, které umožňují spolupráci mezinárodních týmů.

ROLE 1-4

Základním požadavkem v systému ošetření raněných v bojových podmínkách je zajištění lékařské péče optimálně do 1 hodiny, ne však déle než za 6 hodin. Z civilního pohledu se jedná o nepřijatelnou hodnotu, musíme si však uvědomit specifika poskytování péče v bojových podmínkách a reálné odsunové možnosti v místě incidentu (v dřívivě většině závislé na letových podmínkách).

První úroveň (ROLE 1) prakticky odpovídá všeobecné ambulanci, v bojových podmínkách se jedná o poskytování první pomoci zdravotníkem - paramedikem. V případě závažných poranění je omezena na primární stavění zevního krvácení, ošetření tenzního PNO (pneumothorax), zajištění intra-

ZAHRANIČNÍ ZKUŠENOST



Letecký pohled na polní nemocnici na základně KAIA South (Afgánistán) v roce 2007. Vpředu hlavní vstup do koridoru nemocnice. K hlavnímu koridoru ze zpevněných stanových modulů jsou připojeny kontejnery JIP, operačních sálů, skladů farmacie a CT vyšetřovny. | Foto: archiv autora

venózního přístupu a aplikaci analgetik.

Dalším stupněm je ROLE 2, kde již může být poskytována neodkladná chirurgická péče: definitivní stavění zevního krvácení, sanace dutinového krvácení a poranění podle principů *damage control surgery* a dokončení traumatických amputací. V návaznosti na chirurgické zákroky je poskytována i dočasná intenzivní péče. Po dočasném ošetření život ohrožujících poranění je organizován transport na vyšší zdravotnickou úroveň (MEDEVAC).

ROLE 3 jsou již specializovaná zdravotnická zařízení s rozšířeným spektrem odborností, přijímají pacienty z nižší úrovně a zabezpečují jejich definitivní léčení, případně je připravují na odsun do vlasti (STRATEVAC).

Domácí zdravotnická zařízení přebírající pacienty z místa nasazení jsou označována jako ROLE 4 – v našich podmínkách je takovým zařízením Ústřední vojenská nemocnice Praha.

Polní nemocnice

Ačkoliv bylo v úvodu zmíněno, že v současné době zdravotnická služba disponuje dvěma polními nemocnicemi, dochází při vlastní přípravě k výjezdu na místo určení k rozvinutí pouze jedné složky. Úzká spolupráce obou složek dovoluje vzájemně doplňování odborného personálu i zdravotnické techniky. Poslední zahraniční misi s rozvinutím polní nemocnice v plném vybavení byly roky 2007 a 2008, kdy se na základně KAIA South (Kabul International Airport) v afghánském Kábulu v čtyřměsíčních intervalech střídaly týmy zdravotníků a personálu zajišťujícího logistickou podporu.

Konstrukce a výstavba

Vlastní konstrukci polní nemocnice je možno pojmut ve dvou for-

mách: zpevněnými stanovými dílci či spojením jednotlivých kontejnerů. Každá forma má své výhody i nevýhody. Výhodou stanových dílců je větší skladnost a nižší hmotnost v porovnání s kontejnery, neposkytují však samozřejmě dostatečnou balistickou ochranu.

Konstrukce PN AČR využívá kombinovaného systému: hlavní koridor nemocnice je vystavěn ze zpevněných stanových modulů, na který jsou připojeny kontejnery operačních sálů, JIP, rtg včetně CT, skladů farmaceutického materiálu a biochemicko-hematologické laboratoře (BHL). Kontejnery operačních sálů a JIP jsou konstruovány tak, aby bylo možno vysunout boční stěny a rozšířit tak vnitřní prostor. Jen pro představu – při přepravě materiálu z Česka do Afgánistánu bylo vypraveno celkem 22 letů, z toho dva lety velkokapacitním nákladním letounem AN 124 Ruslan, 18 letů nákladním letounem IL 72 a dva lety armádním dopravním speciálem, jímž byl tehdy TU 154. Bylo přepraveno celkem 74 kontejnerů a 17 kusů kolové techniky.

Úkoly polní nemocnice

Hlavní úkoly polního zdravotnického zařízení se specifikují v době přípravy a závisí zejména na místě nasazení a vedení činnosti (humanitární nebo bojová mise). Mezi hlavní úkoly PN patří péče o příslušníky vlastní jednotky, příslušníky mnohonárodnostních sil a dle možností i o místní obyvatele, kteří jsou zaměstnáni na základně či byli přímými účastníky zásahu mnohonárodnostních sil. V souvislosti se zhoršující se bezpečnostní situací v Afgánistánu a tím pádem vybudovanou několikastupňovou ochranou vstupu na základnu nebylo možné, aby byli ošetřováni místní lidé „z ulice“. Polní nemocnice v rámci zmiňované mise deklarovala schopnosti úrovně ROLE 2E, tedy provádění primárních nebo definitivních chirurgických zákroků s navazující krátkodobou intenzivní péčí, dále specializovanou péčí v oblasti interního lékařství, hygienicko-epidemiologického zabezpečení, psychologické podpory a schopnosti vyčlenit předsunutý chirurgický tým s vlastním zásobováním.

Schopnosti, materiální vybavení, zásobování, komunikace	
Schopnosti PN AČR ROLE 2E	
Doba rozvinutí	14 dnů
Počet operačních sálů	2-3
Počet chirurgických týmů	2-3
Počet ICU lůžek	4
Počet lůžek s intermediální péčí	2-4
Ostatní lůžková kapacita	25-30
Počet operačních výkonů za den	
- malé	10
- velké	5
Denní kapacita ambulantních vyšetření	
- běžná	30 osob
- maximální	60 osob
Zásoby zdravotnického materiálu	30 dnů
Zásoby krevních derivátů a plazmy	20+30 jednotek



Operační sál polní nemocnice – kontejnerový systém NORMECA. Po vysunutí bočních stěn se zvětší vnitřní plocha. | Foto: archiv autora

Personální obsazení

Polní nemocnice na úrovni ROLE 2E je profilována zejména jako chirurgické zařízení s podpůrnou intenzivní péčí a některými dalšími specializacemi, které najdou uplatnění ve specifických podmínkách místa nasazení. Zdravotnický personál čítá celkem 50 osob, z toho lékařské specializace jsou v následující struktuře: 2 chirurgové s ukončeným vzděláním (jeden se specializací na skeletální traumata), 3 rezidenti v oboru chirurgie, 3 anesteziologové, 3 praktičtí lékaři, internista se specializací v kardiologii, radiolog, stomatolog, hygienik-epidemiolog, psychiatr a farmaceut. Odborné zdravotnické orgány doplňuje střední a nižší zdravotnický personál.

V čele zdravotnického personálu stojí hlavní lékař – chirurg, který je i zástupcem velitele kontingentu. Spolupracuje s hlavní sestrou, která je nadřízená střednímu a nižšímu zdravotnickému personálu. Celkový počet personálu kontingentu činí kolem 100 osob, záleží na logistickém zabezpečení v místě nasazení, tj. podle toho, co je zajištěno již na místě na dané základně (zásobením vodou, kuchyňské služby, výstavba ubytování, sociální zabezpečení...) a co bude třeba vybudovat vlastními silami a prostředky.

Organizace práce v prostorách koridoru

Běžný provoz nemocnice probíhá ve známém ambulantním a lůžkovém režimu. Ambulance jsou umístěny v přední části nemocničního koridoru. K dispozici je zákroková část, sádrovna a lůžko pro septické převazy a ošetření znečištěných ran nevyžadujících celkovou anestezii. Pracují zde lékaři s erudicí všeobecného praktického lékařství, v případě potřeby je k dispozici konzilium specialisty. V přední části korido-

ru jsou rovněž umístěna dvě lůžka pro příjem polytraumatizovaných pacientů (ekvivalent *crash room* na urgentním příjmu). Ošetření pacienta zajišťuje v případě aktivace trauma team: chirurg + SZP, anesteziolog + SZP, na vyžádání pak radiolog, případně jiný dostupný specialista. Pokud počet a struktura raněných přesáhne možnosti personálu v danou chvíli dostupného v prostorách koridoru, je vyhlášen signál pro hromadný příjem raněných (Mass Casualty Plan, MASCAL)

Lůžková kapacita čítá 4 intenzivní lůžka, 2-4 lůžka intermediální péče a dle potřeby až 30 lůžek standardní péče. Lůžkové oddělení je rozděleno do celkem 3 stanových modulů. Rozmístění pacientů musí v případě hospitalizace místních obyvatel respektovat společenská a náboženská specifika. Pracovní doba je obvykle stanovena od 7.30 do 16 hodin, následuje pohotovostní režim (obdobu ÚPS), který zabezpečují dva lékaři (pro ambulantní a lůžkovou část). V případě potřeby je v *on call* režimu k dispozici konzultant-specialista (chirurg, traumatolog, internista, radiolog...). Spojení je zajištěno radiovou sítí, jako záloha jsou použity mobilní telefony v rámci místní sítě.

Plán hromadného příjmu raněných (MASCAL)

Jedním z klíčových dokumentů, kterými se řídí činnost polního zdravotnického zařízení, je plán hromadného příjmu zraněných. Je to doba traumatologického plánu zpracovávaného civilními zařízeními a obsahuje soubor opatření aktivovaných v případě předpokládaného příjmu takového počtu raněných, který převyšuje možnosti personálu a techniky, jež jsou v danou dobu běžně k dispozici. Standardní operační postupy (SOP) pro hromadný příjem raněných pro Polní nemocnici



Obr. 4 Pohled na operační sál NATO MTF ROLE 3 KAIA (Afgánistán). Členové 3. PCHT u operace pacienta se střelným poraněním.

Foto: archiv autora



Oddělení urgentního příjmu – NATO MTF ROLE 3 KAIA (Afgánistán).

Foto: archiv autora

AČR byly v ucelené podobě zpracovány lékaři kontingentu 11. polní nemocnice před výjezdem do Afghánistánu v roce 2002. Protože se jedná o nasazení v místě se zvýšeným bezpečnostním rizikem, bylo nutné zohlednit při zpracovávání dokumentu vojenská specifika (ohlášení raketového útoku, minové nebezpečí, infiltrace podezřelé osoby přes bezpečnostní opatření do základny...).

Polní zdravotnické zařízení působí jako součást mnohonárodnostního kontingentu se společným velením. Součástí velící skupiny je i zdravotnická sekce (Medical Commander, MEDCOM) – obdoba zdravotnického odboru. Hlavní úloha zdravotnického velení spočívá v rovnoměrném řízení transportů traumatizovaných pacientů z místa incidentu do zdravotnických zařízení v místě nasazení. Tento proces se opírá o deklarovanou jednorázovou kapacitu příjmových zařízení a aktuální obsazenost intenzivních lůžek dle denního hlášení. V případě Polní nemocnice AČR (ROLE 2E) jsou touto jednorázovou kapacitou:

2 pacienti s prioritou P1 (bezprostřední ohrožení života s nutností urgentní chirurgické péče), 5 pacientů s prioritou P2 (odložitelná chirurgická péče) a 25–30 pacientů s prioritou P3.

V případě vyhlášení signálu MAS-CAL je po nezbytných bezpečnostních procedurách zdravotnickou velící složkou na místě incidentu tzv. Medical Coordinating Officer (MCO) – obdoba vedoucího lékaře zásahu v civilní přednemocniční péči. Komunikuje s velením zdravotnické sekce (MEDCOM) a předává aktuální informace o počtu a charakteru zraněných. Zdravotnická sekce mnohonárodnostního velení kladla důraz na systematické procvičování postupů při vyhlášení signálu – vždy jednou týdně probíhalo cvičení v prostorách vojenského letiště základny KAIA ve spolupráci s hasiči, vojenskou policií, odminovávacím týmem a jednotkami leteckého přesunu.

Léčiva dle charakteru mise

Vybavení léčivy je prováděno cestou oddělení farmacie a zdravot-

nické techniky. Spektrum vyvezeného zdravotnického materiálu a léčiv zohledňuje charakter mise (humanitární x bojová). V našem případě se jednalo o bojový charakter, musel proto být navýšen počet náhradních roztoků, rozšířeno spektrum antibiotik a léčiv pro intenzivní medicínu. Dodatečné zásobování se provádí k tomu zvláště vypravenými lety z ČR v intervalu 3–4 týdnů na základě požadavků vedoucích lékařů a staničních sester jednotlivých oddělení, které jsou následně shromážděny do tzv. souhrnného logistického hlášení.

Co se týče zásobení krevními deriváty, k dispozici je 20 resuspendovaných erytrocytárních jednotek (10x KS o; 5x KS A; 5x KS B) a 30 konzerv zmrazené plazmy KS AB. V případě spotřebování zásob (nejen krevních derivátů) byla vyjednána oboustranná spolupráce s francouzským zdravotnickým kontingentem dislokovaným na jiném místě v Kábulu. V souvislosti s problémy spojenými s expirací krevních derivátů a jejich počtu ve stávajících skladovacích zařízeních se v současné době vyvíjí kontejner, který bude schopen vytvořit skladovací podmínky bez omezení expirace po dobu nasazení v misi.

Komunikace mezi příslušníky kontingentu byla zajištěna cestou přenosných vysílaček. Každý jedinec měl přiřazený číselný kód, zvláštní důraz se kladl na dodržování pravidel komunikačního provozu. Vysoce ceněnou vymožeností byl digitální přenos obrazu z rtg vyšetření do terminálů na jednotlivých odděleních v koridoru PN. V rámci konzultací byl vytvořen komunikační koridor se specialisty v Ústřední vojenské nemocnici v Praze.

Společenské vyžití

Pobyt v uzavřeném prostoru po dobu 4 měsíců s sebou přináší některá úskalí, která mohou vyústit až v tzv. ponorkovou nemoc. Je samozřejmostí, že každý člen kontingentu prochází důkladným psychologickým vyšetřením, nicméně teprve pobyt v reálném prostředí ověří psychickou odolnost každého jedince. Určitým specifickým je nárazovost práce. V podmínkách zahraniční mise neexistuje plánované přijímání pacientů a tím ani možnost rozvržení práce. Dny plného vyřízení personálu střídají s dny volnějšího režimu.

Zkušební velitelé si tento fakt dobře uvědomují a v prostorách základny jsou vždy v dostatečné míře organizovány odpočinkové aktivity – možnost návštěvy posilovny, koncerty importovaných umělců,

národní kulturní programy pořádané jednotlivými kontingenty. Spojení s domovem bylo na velmi dobré úrovni díky satelitnímu přenosu dat, k dispozici bylo 8 PC terminálů s internetem a 6 telefonních stanic s přímou volbou do Česka.

Chirurgické týmy v mnohonárodnostních zařízeních

České zdravotnické týmy poprvé působily v prostředí mnohonárodnostního polního zdravotnického zařízení v roce 2003 krátce po ukončení operačního úkolu 11. polní nemocnice v Afghánistánu. Díky vynikající reputaci Čechů vyzvalo velení ISAF (International Security Assistance Force) pro Afghánistán Zdravotnickou službu AČR k vyslání zdravotnických týmů do německé polní nemocnice na základně Warehouse v Kábulu. Byla to v té době první zkušenost našich zdravotníků týkající se spolupráce v prostředí mezinárodního zdravotnického kontingentu v bojových podmínkách. Následovala účast chirurgických týmů v britské polní nemocnici v letech 2004 a 2005 na základně Shaibah v Iráku.

Zatím posledním příspěvkem Zdravotnické služby AČR takového charakteru jsou Polní chirurgické týmy (PCHT) v NATO Medical Treatment Facility (MTF) ROLE 3 KAIA v Kábulu. Tomuto nejvyššímu polnímu zdravotnickému zařízení polnímu zdravotnickému zařízení v Iráku. Zatím posledním příspěvkem Zdravotnické služby AČR takového charakteru jsou Polní chirurgické týmy (PCHT) v NATO Medical Treatment Facility (MTF) ROLE 3 KAIA v Kábulu. Tomuto nejvyššímu polnímu zdravotnickému zařízení v Iráku. Zatím posledním příspěvkem Zdravotnické služby AČR takového charakteru jsou Polní chirurgické týmy (PCHT) v NATO Medical Treatment Facility (MTF) ROLE 3 KAIA v Kábulu. Tomuto nejvyššímu polnímu zdravotnickému zařízení v Iráku.

péče od části ambulantní a lůžkové s potřebným zázemím.

Odlisné modely péče

Český tým pracuje v mezinárodním prostředí spolu s bulharským, belgickým a americkým personálem. Hlavním úkolem je zdravotnické zabezpečení koaličních vojsk, jež čítají kolem 5 tisíc vojáků. Kromě toho se provádí ošetření místních obyvatel, kteří mají vazbu na činnost koaličních vojsk. Lékařský personál nemocnice je složen z chirurgických odborností (všeobecná chirurgie, ortopedie, neurochirurgie), k dispozici je také anesteziolog, kardiolog, oftalmolog, stomatolog, otorinolaryngolog, praktický lékař a psychiatr. Český tým má ve svých řadách dva chirurgy, anesteziologa, praktického lékaře a šest středních zdravotnických odborností (2x instrumentářka operačních sálů, 2x anesteziologická sestra a 2x sestra pro urgentní příjem).

Zapojení do pracovního režimu probíhá po předání zkušeností předchozím týmem a krátkém seznámení se s některými odlišnostmi. K těm zprvu nejdiskutovanějším patří rozdílné lékové a přístrojové názvosloví a jiný systém vedení zobrazovacích vyšetření. K dispozici je CT přístroj, který obsluhuje rentgenologický laborant – lékař-radiolog v lékařské sestavě nemocnice není. Vyšetření si odečítají indikující lékaři sami. Stejně tak UZ vyšetření provádí indikující lékař. V případě traumatizovaných pacientů se provádí vstupní FAST (Focused Assessment with Sonography in Trauma) vedoucím týmem, ve francouzském podání je to anesteziolog, v českém chirurg, který absolvoval k tomu zaměřený kurz. V oblasti anesteziologie francouzský systém pracuje s většími kompetencemi středního zdravot-



Vedoucí trauma-týmu provádí vstupní sonografické vyšetření (FAST) u pacienta se střelným poraněním. NATO MTF ROLE 3 KAIA (Afgánistán). | Foto: archiv autora



Rtg zobrazení zástřelu v oblasti pánve. NATO MTF ROLE 3 KAIA (Afghánistán). | Foto: archiv autora

nického personálu. Jeden lékař funguje jako supervize pro více sálů, anestezii vede anesteziologická sestra, pod dozorem lékaře je v úvodu umožněna i intubace. Je kladen důraz na rozpoznání změny stavu během anestezie a včasné upozornění dozorujícího lékaře. Ačkoli u nás tento model není zaveden, došlo po krátké době k jeho osvojení a používání i našimi zdravotníky.

24hodinové služby

Ostatní organizační postupy se nijak zásadně neliší od práce v domovských zdravotnických zařízeních. Střední zdravotnický personál pracuje v 12hodinových a 24 hodinových směnách, lékaři se střídají v operační pohotovosti

(operační službě) po 24 hodinách. V podmínkách limitovaného personálního obsazení nelze respektovat povinnou dobu odpočinku. Při hromadném příjmu raněných jsou na svých stanovištích všichni, nehledě na právě dokončenou službu. Specifikem je samozřejmě spektrum úrazů, převažují střelná a střepinová poranění. Zkušenosti s ošetřením těchto úrazů jsou neocenitelné a zdravotníci vracující se z takových misí jsou významným zdrojem zkušeností pro své civilní kolegy a studenty lékařských fakult, kde někteří z vojenských lékařů zajišťují pre- i postgraduální výuku. Spolupráce s francouzskými kolegy jako velící složkou nemocnice je na velmi dobré úrovni. Přispívá k tomu nepochybně



Typický obrázek hornaté krajiny z okolí Kábulu. V pozadí se tyčí masivy pohoří Hindukúš. | Foto: archiv autora

i přirozeně druhá povaha našich hostitelů a někteří z našich kolegů přátelství zde navozené nadále rozvíjejí. Navzdory zmíněným zásadám o dodržování jednotnosti v administrativních a odborných postupech má hostitelský tým vždy tendenci inklinovat k procedurám sobě vlastním. A i když mají všichni členové PCHT zkoušku

z anglického jazyka minimálně I. stupně dle předepsaných norem (STANAG), nelze nezmínit ani určitou jazykovou bariéru, která v některých vypjatých situacích může hostující tým znevýhodňovat. V každém případě se ale jednalo, jedná a bude jednat o neocenitelnou praktickou zkušenost s možností porovnat vlastní postupy a znalosti se zahraničními ko-

legy. Nutno poznamenat, že naši zdravotníci vždy obstáli se ctí, dokladem jsou četné děkované zprávy na úrovni hlavních představitelů zdravotnických služeb a stálá poptávka po vojenských zdravotnících z ČR.

plk. MUDr. Michal Plodr, Ph.D.
7. polní nemocnice Armády ČR
velitel 3. polního chirurgického týmu
NATO MTF ROLE 3 KAIA

Čeští lékaři jedou za prací do Kataru

Více než 70 českých zdravotníků odletí na přelomu února a března pracovat do luxusní nemocnice v Kataru. V Praze si je vybrali zástupci nemocnice.

Do prvního výběrového řízení soukromé katarské Al-Ahli Hospital se přihlásilo 80 uchazečů, z nichž 90 % bylo přijato. Nyní se připravují právní podklady pro jejich přijetí. „Mezi hlavní požadavky patří nejméně dvouletá lékařská praxe po atestaci, získání vlastní registrace a středně pokročilá angličtina. Největším problémem žadatelů lékařů zůstává angličtina, proto je těch, kteří mohou vycestovat ihned, velmi málo,“ vysvětluje Martin Vrba z české náborové společnosti G5 plus, která kandidáty předem vybírá a připravuje.

Zájem o zdravotníky všech specializací

„Když nemocnice začínala se 100 lůžky, bylo původním záměrem provozovat pouze oddělení pediatrie, porodnictví a gynekologii, postupně se však zařízení rozrostlo a nyní disponuje všemi odděleními běžnými ve všeobecných nemocnicích. Záměrem je poskytovat prvotřídní zdravotní péči v příjemném prostředí tak, aby se pacienti cítili jako v luxusním hotelu,“ uvedl ředitel pro záležitosti zdravotnické administrativy katarské Al-Ahli Hospital MUDr.

Mobin Abdulla, který osobně přijel do Prahy vybrat pro nemocnici zdravotníky. V Kataru mají zájem nejen o lékaře a sestry všech specializací, nabízí uplatnění i porodním asistentkám, záchranářům, fyzioterapeutům, dentálními hygienistkám, zubním sestram, laborantům, rentgenologům či ortopedickým technikům.

Dvoustetisícové platy pro lékaře

Nabídka je pro české lékaře zajímavá. Mají nárok na letenku zdarma, 30 dní placené dovolené,

plně hrazené ubytování, nemocnice nabízí ve svém areálu také školku pro děti zaměstnanců. „Podporujeme, aby zdravotníci přijeli s celou rodinou. Katar je v přístupu k tradicím muslimského světa benevolentní, ženy a děti se zde mohou samy pohybovat na veřejnosti. Základní nabídka pobytu je jeden rok, ale lékaři běžně zůstávají 4 roky. Důvodem jsou i nízké životní náklady, díky nimž je možné ušetřit až 80 % platu,“ řekl Mobin Abdulla s tím, že většinu zdravotnického personálu nemocnice tvoří cizinci. V Al-Ahli Hospital pracuje pouze 8 katarských lékařů. Zdejší platy jsou pro české zdravotníky velmi atraktivní. „Obecně lékař po druhé atestaci a s dvouletou praxí bere v nemocnicích zemí Perského zálivu 8 až 12 tisíc dolarů, tedy 160 až 240 tisíc korun měsíčně čistého. Sestra na urgentní ambulanci bere 3 až 4,5 tisíce dolarů tedy 60 až 90 tisíc korun čistého, sestra v běžné ambulanci 2 až 3,5 tisíce dolarů, tedy 40 až 70 tisíc korun čistého. Příplatky za přes-

časy činí 150 procent,“ vypočetl ředitel G5 Martin Vrba a dodal, že zástupci katarské nemocnice přijdou provést další pohovory na jaře letošního roku.

Petra Klusáková



MUDr. Mobin Abdulla přijal do katarské nemocnice přes 70 českých zdravotníků. | Foto: Leoš Chodura

Pracují s kontroverzním diagnostickým přístrojem: šarlatáni, nebo vizionáři?

Motto: Žijeme v éře vědy a rozumu. Než přijmeme nové myšlenky, musí odpovídat naší racionální mysli a být ověřitelné. Nestací, aby rezonovaly s naší intuicí, musí dávat smysl i v rámci současného světového názoru.

(Peter Russell)

Pohledem, poslechem, poklepem... přístrojem

Není to tak dávno, co Wilhelm Conrad Röntgen přišel s objevem nového druhu paprsků, který se stal milníkem v historii medicínské diagnostiky. Diagnostika, do té doby odvozovaná převážně z fyzikálního vyšetření prováděného lékařem, získala nový rozměr, možnost zobrazení chorobných změn v organismu přístrojem. Rentgenové záření se považuje za počátek éry medicínské diagnostické techniky. K dalšímu velkému skoku došlo s rozvojem výpočetní techniky v poslední třetině minulého století. Ta umožnila digitálně zpracovávat analogové signály z těla (mechanické, elektrické, tepelné, magnetické... a biosignály, jež zesílené modulují různé druhy vlnění, snímání čidla přístrojů tak, abychom je našimi smysly mohli vnímat či mohli pochopit a interpretovat jejich výsledky zpracované výpočetní technikou) a zobrazit nálezy pomocí různých diagnostických metod (EKG, EEG, EMG, skiaskopie, endoskopie, ultrasonografie, PET, SPECT, magnetická rezonanční tomografie atd.).

Dnešní pacient, přicházející do ordinace lékaře, pokládá využití některých z přístrojových diagnostických metod za tak samozřejmé, že se cítí téměř ošizen, není-li se svým steskem odeslán na rentgen, endoskopii, sono, cétčko či EKG, případně neputuje-li jeho tělní tekutina do některé z laboratoří. Jeho nárokování si technického či laboratorního posouzení nemoci je navíc v souladu s doporučenými postupy odborných společností, vycházejícími z konsenzu medicíny založené na důkazech.

Prínosy a rizika technického pokroku

Medicínská přístrojová technika zaujala v diagnostice nemoci podobné místo jako mobilní telefony a internet v komunikaci a vztažích. Přes různá rizika související



Ilustrace foto: Promedical

s technickým pokrokem a digitalizačním věkem, k nimž patří prořidnutí osobních kontaktů, sklon k úniku do virtuální reality či obavy ze zneužití elektronických dat, jsou tu nesporné přínosy vývoje, které náš život zjednodušují a obohacují. Totéž platí pro oblast zdravotnictví, kde dochází ke zdokonalování techniky ve smyslu uživatelské vstřícnosti, stále elegantnějšího designu a hlavně co nejrealističtějšího zobrazení. Nastávající maminky si dnes mohou odnést domů z ultrazvuku trojrozměrný obrázek nebo video plodu, chirurg operující na dálku řídí pohyb robota pomocí joysticku a klávesnice, kardiolog sleduje průtok krve cévami v barevném 4D zobrazení.

Rozvoj stále sofistikovanějších technologií s sebou nese i nutnost spolupráce zdravotníků s biomedicínskými inženýry, kteří dohlížejí na bezpečný chod přístrojů a řeší případné technické problémy. Nové přístroje musí být vybaveny certifikátem kvality a prohlášením o shodě, jejich uplatnění v klinické praxi je vázáno na klinické zkoušky. Uživatelé zdravotnické techniky by měli být řádně proškoleni, přístroj by měl projít auditem.

Leč s rozvojem nových technologií se v nestátních zdravotnických zařízeních a ordinacích celostních lékařů (nebo léčitelů – často to bý-

vají inženýři, kteří jsou obeznámeni více s technikou než s medicínskými obory) objevují přístroje, které se honosí atributy jako revoluční či technologie 21. století. Vyšetření těmito přístroji si hraje pacient, protože provozovatelé nemají smlouvu se zdravotní pojišťovnou, chybí klinické zkoušky přístroje, a ten tedy odbornými lékařskými společnostmi není považován za natolik věrohodný, aby se zakoupil a užíval například ve fakultní nemocnici. V neposlední řadě pak proto, že „zdravotní pojišťovny se nehrnou do proplácení nových procedur s novou instrumentací, ale spíše se nechávají přesvědčovat od lékařských osobností či významných zdravotnických zařízení“, jak vysvětluje Ing. Antonín Grošpic z České společnosti pro zdravotnickou techniku, působící v pražském Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM).

Kontroverzní přístroje dneška

Z přístrojů, které se používají k medicínské diagnostice a vyvolávají kontroverze mezi zástupci akademické obce zdůrazňujícími požadavky medicíny založené na důkazech a jejich alternativně orientovanými kolegy, uvedme jako příklad dva. Elektroimpedanční mamograf MEIK a neinvazivní analyzátor krve AMP.

O obou se v nedávné době diskutovalo a byly mediálně propagovány v souvislosti s představením pražského nestátního zdravotnického zařízení Quantum Medical Institute provozujícího tyto metody. Rovněž v Brně nabízí pacientům vyšetření těmito přístroji Centrum preventivní medicíny. Zatímco přístroj AMP je na českém trhu novinkou, mamograf MEIK už má za sebou klinické testování na několika českých zdravotnických pracovištích, prozatím však nikoli se závěrem, jaký by si provozovatelé přáli.

Příklad 1: Elektroimpedanční mamograf MEIK

Mamograf MEIK podle webových stránek provozovatelů využívá běžně známé měření impedance tkání a zobrazuje je pomocí grafických metod výpočetní technikou. Přístroj diagnostikuje metodou elektroimpedanční tomografie, přičemž patologie se zobrazí změnou vodivosti. MEIK je schopen zachytit počáteční patologické změny v tkáni a je určen zejména k vizualizaci a diagnostice patologických změn probíhajících v tkáni mléčné žlázy.

„Od začátku jsme se specializovali na karcinom prsu. Šlo nám o zkvalitnění diagnostiky a nabídnutí metod, které by mohly pomoci v prevenci. Nemám tím na mysli stanovení onkomarkerů, které svědčí pro klinickou fázi nemoci, ale o mamografický screening za pomoci MEIK. Tento přístroj detekuje patologické změny od 1 milimetru, je asi desetkrát citlivější než běžný rentgenový mamograf a umí rozlišit různé typy tkáňových změn. Nejčastěji zjišťujeme cysty. Máme i řadu případů, kdy byl běžným mamografem určen karcinom, přitom se jednalo o cysty – neprůchodné duktální vývody. Tuto neprůchodnost způsobila viskózní tekutina, pravděpodobně pozůstatek zbytkového mléka. Po speciální masáži prsní

tkáně se tyto dukty vyčistily a na mamografu nálezy zmizely,“ popisuje předseda představenstva firmy Promedical, která provozuje brněnské Centrum preventivní medicíny, Ing. Ladislav Čapek. Při centru preventivní medicíny pracuje fyzioterapeutka, která se specializuje na masáž prsní tkáně. Mnohým ženám měla zachránit prsy před ablací nebo parciálním chirurgickým zákrokem, a to i v případě, že byl nálezy potvrzen biopsií. Podle slov inženýra Čapka se zůstatková tekutina, která je v duktu patnáct dvacet let, patologovi může jevit jako maligní. Za zásadní prevenci rakoviny prsu tedy pokládá „vyčištění ductů“, ideálně tak do 5 let po ukončení kojení.

Dále Ing. Čapek vysvětluje, že vyšetření MEIK je vhodné také pro ženy, které jsou nositelkami onkogenu BRCA 1 a 2. Tvrdí, že bylo prokázáno, že rentgenové záření je jedním ze spouštěčů rozvoje karcinomu prsu. Pokud si tedy ženy nenechají udělat genetické vyšetření, jež vyloučí, že jsou nositelkami těchto genů, mohou využít MEIK, který je v tomto ohledu bezpečný. MEIK lze podle něj s úspěchem využít také pro mamografické vyšetření mléčné žlázy u mladých žen, žen s implantáty nebo s malými prsy, dětí či mužů. „Nechceme vést polemiky se zdravotnictvím, uznáváme jeho významnou roli, ale chtěli jsme ženám nabídnout alternativu. Samozřejmě, pokud zachytíme malignitu, odesíláme pacientku na nejbližší onkologické pracoviště,“ dodává inženýr Čapek.

Pro časnou diagnostiku a screening nevhodný

Zeptali jsme se přednosta Radio-diagnostické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze prof. MUDr. Jana Daneše, CSC., zda by se mamograf MEIK mohl v budoucnu objevit na klinikách či v nemocnicích, případně nahradit rentgenový mamograf. „Přístroj není předními českými radiology (a pokud vím ani onkology) uznáván. Je sice neškodný, ale rozhodně nemůže nahradit běžné vyšetřovací metody – digitální mamografii, ultrazvukové vyšetření či magnetickou rezonanci prsu. Žádná z renomovaných světových odborných společností nezařazuje metodu do doporučených postupů. Metoda elektroimpedanční mamografie byla zkoušena na několika českých pracovištích, mimo jiné i u nás, v Centru diagnostiky chorob prsu. Před několika lety zde proběhlo i klinické zkoušení přístroje jako zdravotnického prostředku. Bylo konstatováno, že se zatím jedná o doplňkové vyšet-

ření ke standardním vyšetřovacím metodám. Dosud není určena indikace, která by byla vhodná pro vyšetřování tímto přístrojem. U žen s velmi vysokým rizikem, jako jsou nosičky mutace genu BRCA 1 a 2, je metodou volby vyšetření prsu magnetickou rezonancí, které má velmi vysokou senzitivitu i pro malé nádory a není spojeno s žádným zářením.

Podle informací profesora Daneše přístroj není využíván v klinické praxi v žádném ze screeningových center v Česku ani na žádném velkém radiologickém pracovišti. Komise pro screening nádorů prsu MZ ČR se v dubnu 2011 shodla, že MEIK není vhodný pro časnou diagnostiku chorob prsu ani pro screening, metoda neodhalí řadu zhoubných novotvarů, zvláště v počátečních stadiích, a není alternativou klasických zobrazovacích metod. Neuvažuje se proto ani o tom, že by toto vyšetření bylo hrazeno ze zdravotního pojištění.

Ještě ostřejší se vůči mamografu MEIK vymezila vedoucí Mamma centra Medicon MUDr. Miroslava Skovajsová, Ph.D. Ta tvrdí, že přístroj nedosahuje ani specifičnosti srovnatelné s ultrazvukovým přístrojem. Jeho vysoká, pro diagnostiku nepoužitelná senzitivita se odvíjí od hormonálního cyklu i ročních období, přístroj má vysokou falešnou pozitivitu a negativitu. Popírá též vyjádření o zvýšeném riziku mamografie u žen s pozitivitou BRCA 1 a 2, a dokonce tvrdí, že když se nabízel k provedení validní studie v roce 2006, skupina inženýrů, která MEIK propagovala, o toto neměla zájem.

„Problém je v tom, že při zmíněném klinickém testování nebyla dodržena metodika. Když jsme zpětně porovnávali výsledky, našli jsme chyby v měření. Navíc lékaři nebyli proškoleni ani motivováni. Takový nepřipravený lékař nadělá více škody než užítka. Sem patří i doktorka Skovajsová, kterou hodláme žalovat kvůli publikovanému článku, jímž nás poškodila. Tato metoda má budoucnost, bude se využívat nejen jako vyšetření kvality mléčné žlázy, ale i v diagnostice ostatních měkkých tkání.“ namítá proti negativnímu postoji odborníků Tomáš Finger, předseda správní rady neziskové organizace Onkocet Europe, o. p. s., usilující o rozšíření mamografu MEIK v klinické praxi. Je přesvědčen, že překážkou rozšíření mamografu MEIK v klinické praxi je fakt, že „rentgenová diagnostika je zaběhlá, firmy vyrábějí drahé přístroje a je kolem toho rozběhlý byznys“.

Příklad 2: Neinvasivní analyzátor krve AMP

O přístroji AMP se na stránkách provozovatele můžeme dočíst, že byl vyvinut ruskými vědci v rámci kosmického výzkumu. Vzhledem k tomu, že v beztlížném stavu není možné užívat klasické biochemické vyšetření krve, byl sestrojen tento diagnostický přístroj, který využívá metod z termodynamiky a kvantové fyziky. Na základě měření teploty biologicky aktivních (tzv. referenčních) bodů lidského těla pomocí optických čidel stanoví 117 parametrů krve. Činnost analyzátoru AMP je založena na vzájemném vztahu mezi prací vykonávanou krevním oběhovým systémem vnitřních orgánů a teplem, které vzniká v důsledku chemických reakcí dusíku, kyslíku, vodíku a uhlíku.

„Na Promedical jsem se obrátil v souvislosti s přípravou druhého vydání učebnice o bioanalytice, resp. kapitoly o neinvasivních analytických vyšetřovacích technikách. Zjistil jsem, že AMP má širokou škálu rozsahu a kombinuje vyšetření několika oborů. Navíc jsou zde zahrnuty mnohé parametry, které normální biochemické vyšetření neposuzuje. Před týdnem jsem absolvoval kompletní vyšetření v Masarykově onkologickém ústavu. Pro srovnání jsem si nechal udělat vyšetření pomocí AMP, shoda je goprocentní,“ říká prof. Ing. Vratislav Chromý, CSc., který vyučuje bioanalytiku a management kvality v klinické biochemii na Ústavu chemie Přírodovědecké fakulty Masarykovy univerzity v Brně. Přísnou vyšetření vidí ve stanovení toho, k čemu je pacient náchylný. Je přesvědčen, že pro praktické lékaře jako preventivní screeningové vyšetření by to byla šikovná pomůcka. „Žádná laboratoř vám dnes při jednom vyšetření nevyhodnotí 117 parametrů. Cenově je to také výhodnější. Ne, že by metoda měla plně nahradit biochemické analýzy a také není určena pro akutní stavy, ale lékaře v první linii může nasměrovat k dalším potřebným vyšetřením. Software dokáže analyzovat naměřené parametry a ve výpisu jsou uvedeny nálezy a pravděpodobné diagnózy,“ upřesňuje profesor Chromý.

Ing. Čapek navrhuje rozšířit přístroj AMP v primární praxi. „Nabídl jsem ministru zdravotnictví vybavit tímto přístrojem všechny ordinace praktických lékařů v České republice. Na základě údajů z ÚZIS jsme spočetli, že by to v českém zdravotnictví vedlo k nemalým úsporám. Vycházíme z toho, že praktik každý den během ordinací doby předepíše laborator-

ní vyšetření několika pacientům. AMP poskytuje komplexní vyšetření, změní stovku parametrů v jednom moment. Tento screening je významným nástrojem pro preventivní medicínu. Nepovažujeme AMP za revoluční přístroj pro celé zdravotnictví. Chtěli jsme, aby Česká republika byla pilotním regionem, který ukáže zajímavý a moderní směr preventivní medicíny. Přístroj se už ovšem využívá i v jiných zemích a možná nás některé z nich předběhnou.“

Zajímají nás relevantní klinická data

Předseda Ústavu klinické biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK a VFN v Praze a předseda České společnosti klinické biochemie ČLS JEP prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., se k přístroji staví kriticky. „O metodě AMP jsem sice četl jen v tisku, ale zjistil jsem, že na západ od nás ani na renomovaných, referenčních pracovištích v Rusku – v Moskvě a Petrohradě – využívána není. Pokud je tato technologie tak úžasná, proč jí není zaplaven západní trh? Má vůbec velké studie a data, jež by prokázala její věrohodnost?“ Profesor Zima vidí řadu nejasností či nepřesností i v údajích uvedených na webu provozovatelů a domnívá se, že metoda je určena spíše pro komerční účely. Vyslovuje též pochybnost o tom, zda lze na jednom principu měřit vše, a projevuje rozpaky nad některými měřenými parametry. „Co je to urinový testosteron? Nebo průtok krve ostatními orgány. Kterými? Nebo průtok krve hepatální branou?“

„Chodí za mnou lidé s různými přístroji, které umí kdesi, ale mě zajímají relevantní klinická data. Chci, aby jakákoli technika, která se bude používat na pacientech, podléhala příslušným regulacím, aby byly provedeny řádné klinické studie a zhodnocení na dostatečně velkém souboru pacientů. Naše odborná společnost je otevřena tomu, aby takové studie u nás proběhly, jsme připraveni vytipovat vhodná pracoviště, nejlépe fakultní nemocnice, ovšem za předpokladu, že si to výrobce nebo provozovatel zaplatí,“ konstatuje nakonec.

Profesor Chromý však vidí problém jinde. „V oblasti biochemického vyšetření se plýtvá, jdete z jedné nemocnice do druhé a udělají vám je dvakrát. Dříve klinická biochemie živila špitál nebo internu. Dnes musí soukromá biochemická laboratoř zpracovat minimálně 150 biologických vzorků za den, aby se uživila. V Americe a v Japonsku existují diagnostická

centra, což jsou velké plně automatizované laboratoře, která umí provést zhruba 100–120 analytů, kromě analyz akutních, které se provádějí v nemocnici. Dělá se to s podstatně menšími náklady a na jednom místě, jedno takové centrum má spádovou oblast v rozsahu asi našeho kraje. U nás narážíme na parciální zájmy a rozptýlenost klinických oborů včetně těch laboratorních. Na rozdíl od amerického systému je zde klinická chemie rozdělena na biochemii, hematologii, imunologii – každý obor má svůj primariát a nedovedou se mezi sebou dohodnout. Takže myšlenka mít diagnostická centra u nás neprojde. A využívat přístroj, který za 5 minut vyhodnotí 117 parametrů? Lobby klinické biochemie je tak silná, že tuto metodu do praxe nepustí.“

Mezi podvodem a pokrokem

To byly dva příklady. Z dalších metod, které se využívají k diagnostice chorobných změn a dysfunkcí v organismu, ale zástupci odborných lékařských společností jsou obecně považovány za kontroverzní, respektive odmítány pro jejich nevědeckost, lze jmenovat například přístroje Prognos, EAV (elektroakupunktura dle Volla, využívaná hlavně celostními lékaři věnujícími se čínské medicíně – metoda EAV je uznávána Českou akupunkturistickou společností ČLS JEP) nebo Metatron, nástupce Oberonu, založený na technologii nelineární analýzy a využívající k diagnostice spektrální analýzu vířivých magnetických polí biologického objektu.

Vzhledem k bouřlivému technickému pokroku je pravděpodobné, že se na trhu budou objevovat různé přístroje a metody (nejen diagnostické, ale i terapeutické) přicházející z nejrůznějších končin, jejichž cílovou skupinou budou důvěřiví a s oficiální zdravotní péčí nespokojení pacienti. Přítomnost nových technologií bude nejspíš dál rozdělovat akademickou a alternativně orientovanou veřejnost a více než kdy v historii bude třeba věnovat pozornost a péči odělení „zrna od plev“.

Technické popisy a korektnost využití

Charakteristika přístroje, princip fungování, nejasný, neznámý nebo pochybný původ, měřené veličiny a především pak často kontroverzní druh terapie, to vše v lékařské veřejnosti vyvolává rozporuplné reakce a odmítavé postoje. Na jedné straně to lze chápat a akceptovat, vzhledem k tomu,

že mnohé diagnostické přístroje nemají požadované klinické zkoušky, čili nebyly testovány na významném zdravotnickém pracovišti podle požadovaných postupů a srovnáním s osvědčenými metodami. Navíc propagační materiály k těmto přístrojům bývají plné vágních či zavádějících charakteristik, odvolávají se na obecné fyzikální principy a míchají dohromady lékařskou terminologii s pojmy a fenomény v lékařské obci neuznávanými, jako jsou čakry či tok energie, o pravopisných chybách v textu a špatně přeložených výrazech (často z ruštiny) ani nemluvě. Krom toho distributoři a uživatelé těchto „inovativních“ přístrojů nezdědí vykazují značné nedostatky nejen v oblasti medicíny a techniky, ale i v logické argumentaci. Typické je to například pro léčitelky, které provozují diagnostiku přístrojem „na bázi kvantové fyziky“, o které jsou schopné zaníceně a nesmyslně hovořit, současně věští z ruky, hovoří s Plejády a předávají energii pomocí reiki.

„Jestliže výrobce tvrdí, že přístroj vychází z principů kvantové fyziky, je to nic neříkající sdělení. Toto lze tvrdit o jakémkoli elektronickém přístroji. Z principů kvantové fyziky vychází všechno na světě. Nebo věta, že přístrojem lze zjistit onemocnění dřívě, než se projeví ve fyziologické rovině, tedy na úrovni informační – první půlku tvrzení si umím představit, druhou ne. Některé metody jsou jasně technicky popsány a legitímni, třeba elektroimpedanční princip. Ten se využívá například k měření tělesné konstituce. Jedná se o přístroje, které najdete i v nákupních centrech, kdy vezmete do ruky dvě elektrody a změní vám obsah tuku, vody, svaloviny v těle a další parametry. Ovšem záleží, zda je využití metody korektní pro daný účel. To je nutno otestovat v klinickém výzkumu a posoudit, zda jsou výsledky srovnatelné s výsledky užívaných a ověřených metod. Bioimpedanční metoda, na které funguje přístroj EAV, je také metodou, která je technicky popsána. Je pravděpodobné, že přístroj něco měří a reaguje na změny impedance způsobené tím, že na testovaného člověka něčím působíte, ale jako technik nemohu odpovědět na to, zda je tato změna diagnosticky relevantní. Z hlediska klinického využití je zásadní klinické ověření dané metody. Na jakém principu přístroj funguje, je až druhotné,“ uzavírá Ing. Jan Havlík, Ph.D., z Katedry teorie obvodů Fakulty elektrotechnické ČVUT v Praze.

Co přinesla gerontologie v roce 2011 a co ji čeká?

Hradecký geriatrický kongres je každoročně poslední „předvánoční“ konferencí s geriatrickou problematikou. Na konci loňského roku se v Hradci Králové sešly tři stovky odborníků, převážně lékařů, kteří se zabývají problematikou geriatrie.

Pozornost geriatrickým syndromům byla věnována z pohledu kardiologie a nefrologie, výživy a metabolismu, diabetologie i kognitivních poruch. V přednáškách i diskusích se opakovaly důkazy a argumenty pro to, že moderní geriatrie je důležitá nejen pro jednotlivé pacienty, ale může být přínosem i v rámci transformace zdravotnictví. Její význam spočívá jak v akutní péči (akutní stavy starších pacientů, které nejsou oborově „typické“), tak v péči následné a dlouhodobé.

Zlatá minuta geriatrie

Prof. MUDr. Zdeněk Zadák, CSc., z Kliniky gerontologické a metabolické LF UK a FN Hradec Králové představil historii této kliniky, která vznikla z původní doléčovací jednotky v hradecké fakultní nemocnici. Na vývoji a historii kliniky i jejích výsledcích dokumentoval, že akutní geriatrie, tedy medicína individualizovaná, dostatečně intenzivní a pokud možno co nejméně invazivní, má v současné moderní medicíně významné místo. Jejím cílem není prodloužení lidského života za každou cenu, ale včasná a správ-

ná intervence tak, aby se zachovala kvalita života. Hovořil o „zlaté minutě“ v geriatrii, kdy starým lidem s akutními onemocněními musí být věnována adekvátní pozornost a včasná léčba, protože adaptační mechanismy staršího organismu jsou omezené. Pokud dojde k oddálení adekvátního léčebného zásahu u mladšího člověka, nemusí to mít vždy fatální následky, ale u starších pacientů zpravidla ano. Proto je místo akutního geriatrického oddělení v současné nemocnici zcela jasně zdůvodnitelné, a to i na základě dat vypovídajících o výsledcích a poměru *cost/effectiveness*.

Kulturisté to vědí, lékaři nikoli

Prim. MUDr. Božena Jurašková, Ph.D., z téže kliniky se zabývala úlohou mikronutrientů, ale ve své prezentaci se vrátila také k závěru úvodní přednášky profesora Zadáka, kdy na analýze výsledků jednotlivých oddělení dokumentovala efektivnost akutní geriatrické péče.

Přednosta hradecké kliniky prof. MUDr. Luboš Sobotka, CSc., se ve své přednášce věnoval problema-

tice diet a působení hospitalizace na starší pacienty. Konstatoval, že zbytečné používání restriktivních diet v kombinaci s klidem na lůžku (který je také mnohdy zbytečný) jsou zatím běžnou praxí nemocničních oddělení. Vlivem těchto dvou faktorů (podvýživy a hypomobility) dochází k úbytku svalové hmoty, a to velmi rychlému, i v průběhu několika málo dnů. Snaha o zvýšení svalové hmoty je naopak velmi náročná, člověk musí být zdravý, dobře živěn a musí cvičit. Konstatoval, že „kulturisté to zpravidla vědí, lékaři nikoli“. Citoval také výrok Claudea Picharda, že „postel je pro seniora stejně nebezpečná jako ferrari pro teenagera“.

Medicína ucelená, ale odborná

Pracovníci Gerontologického centra v Praze pak ve svém bloku prezentovali mezioborový přístup k problematice demencí (farmakoterapie, ergoterapie, možnosti domácí podpory, asistence a respitní péče).

Účastníci kongresu se shodli na tom, že současná ekonomická situace nemusí být chápána pou-

ze jako problém, ale i jako výzva a příležitost k lepšímu zorganizování služeb, pokud k tomu bude politická vůle. Současný systém péče zejména o staré pacienty není vyhovující a v mnoha případech je „marnotratný“ a roztržitý. Moderní medicína se fragmentovala do superspecializací podle jednotlivých orgánů. Geriatrie naproti tomu představuje ucelenou medicínu, která však musí být odborná. Geriatři upozorňují, že ping-pong s geriatrickými pacienty již překročil veškeré meze únosnosti. Stárnoucí společnost potřebuje odbornou diferencovanou geriatrickou a geriatricky poučenou péči také v nemocnicích. Obdobně je tomu i s péčí následnou a dlouhodobou, kde má geriatrie opět svou roli vedle dalších oborů následné a dlouhodobé péče (rehabilitace, psychiatrie, paliativní medicína, medicína dlouhodobé péče).

Hrozí rozvoj nekvalitní následné péče

Vlivem probíhající reformy dochází již nyní k „transformaci“ lůžek na lůžka následné péče – chirurgická, dermatologická atd. Jde o potěmkinské přemalování do-

savadních oddělení na oddělení krátkodobé hospitalizace a lůžka následné péče, nikoli o systémovou změnu. Musíme konstatovat, že mladší pacienti, kteří jsou v dobré kondici, zpravidla následnou péči nepotřebují. Vznik oborových „následných“ péčí je tedy jen projevem toho, že se v akutní péči cosi „nezdařilo“ nebo že nefunguje primární péče. Následnou péči potřebují zpravidla chronicky nemocní a polymorbidní pacienti, zejména vyššího věku. To znamená, že následná péče musí respektovat potřeby těchto pacientů i svou odborností. Závažné opatření ČLK (LDN, hospice) rezignuje na odbornost v následné a dlouhodobé péči. Přes veškerá varování odborných společností hrozí, že bude pokračovat rozvoj nekvalitních oddělení následné péče, na která společnost nakonec doplácí.

Překlenout zející mezeru

Dlouhodobá péče (komplex služeb pro lidi s omezenou základní soběstačností) by měla být překlenutím dosavadní zející mezery mezi zdravotní a sociální péčí. Poskytování služeb by se mělo odehrávat zejména v domácím prostředí. Instituce je třeba transformovat, aby odpovídaly jak zdravotním, tak sociálním potřebám svých obyvatel. Zákon o dlouhodobé péči by tuto problematiku měl řešit tak, aby došlo k rozšíření ambulantních a semimurálních služeb a ke zlepšení kvality péče v institucích. Jak to bude ve skutečnosti i s ohledem na pracovní trh a rozvoj těchto služeb?

doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
Gerontologické centrum Praha

Unikátní robotická operace v Nemocnici Na Homolce

Cévní chirurgové Nemocnice Na Homolce provedli unikátní robotickou operaci 43leté pacientky s Marfanovým syndromem, jíž hrozilo protržení mamární tepny v místě její výdutě.

Těžko přístupnou poškozenou část tepny v levé části hrudníku vyřadili operací z krevního oběhu. Zabránili tak protržení tepny a následnému krvácení do hrudní dutiny.

Snazší hojení

„Šlo o robotický výkon, který dosud ještě nikdo nedělal. Hlavní výhodou bylo využití vynikající pohyblivosti robotických nástrojů, které umožnily jak potřeb-

ný přístup, tak i vlastní zákrok, který by byl i při otevřené operaci těžko proveditelný,“ uvedl primář oddělení cévní chirurgie Nemocnice Na Homolce doc. MUDr. Petr Štádl, Ph.D. K poškozené tepně, na níž se vytvořila výdutě o průměru pět centimetrů, se chirurgové dostali prostřednictvím čtyř malých vpichů. Tepnu před a za výdutí uzavřeli takzvanými klipy. Tato část tepny se tak již nemůže na-

plnit krví, a tedy ani protrhnout tlakem krve. Její zasazení celkovému krevnímu oběhu nevedí, příslušná část hrudní stěny je zásobována z jiných tepen. Pokud by chirurgové operovali pacientku klasickým způsobem, museli by jí otevřít celou levou polovinu hrudníku z velkého řezu. U velkých operačních ran však může docházet k poruchám hojení, doba léčení je obecně delší a nemocný bývá v delší pracovní neschop-

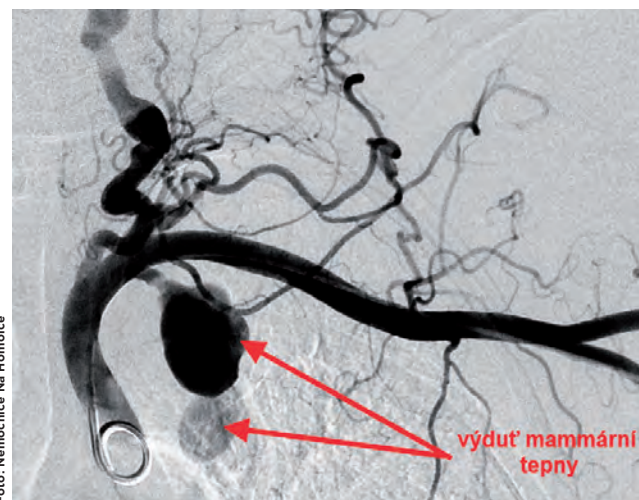


Foto: Nemocnice Na Homolce

nosti. „Malé vpichy jsou jednou z výhod robotické chirurgie, protože se mnohem lépe hojí. Pacient se po takové operaci dříve zotavuje a doba léčení se výrazně

zkracuje. Navíc zvláště pro mladší ženu je nezanedbatelný i dobrý kosmetický efekt,“ uzavírá docent Štádl.

(red)

Princip „treat to target“ je třeba realizovat v praxi

Významní revmatologové ze střední a východní Evropy přijeli v listopadu diskutovat do pražského hotelu Mövenpick o přínosu biologické léčby u pacientů s revmatoidní artritidou (RA).

Konference Treat to Target Central & Eastern Europe Expert Meeting se věnovala otázkám dostupnosti této léčby v jednotlivých zemích, možnostem překonávání bariér v jejím zavádění či aplikaci filozofie léčby *treat to target* (léčba k cíli).

Cílem léčby je remise onemocnění

Léčba RA byla dlouho jen symptomatická, teprve zavedení biologické léčby umožnilo cíleně, rychle a účinně potlačit zánět, který je příčinou tohoto chronického onemocnění. „Rheumatoidní artritidu zatím neumíme vyléčit, principem moderní léčby je dosáhnout u pacientů remise, tedy stavu,

kdy nemocný nemá bolesti a žije téměř normálním životem. Dnes máme již 12leté zkušenosti s touto léčbou, víme, že je účinná až u poloviny pacientů, a díky existenci národního registru ATTRA se rozptýlily i obavy z nežádoucích účinků, které sice jsou, ale předvídatelné a zvladatelné,“ uvedl ředitel Revmatologického ústavu v Praze a přednosta Kliniky revmatologie 1. LF UK prof. MUDr. Karel Pavelka, DrSc.

Včasně nasazení biologické léčby může pacientům s revmatoidní artritidou nejen ulevit, ale také zabránit dalšímu poškození kloubů i ostatních orgánů. Lékaři si však uvědomují, že jde o finančně náročnou záležitost, takže

je ji třeba nasazovat jen v případech, kdy má opodstatnění. Snížení aktivity onemocnění a zlepšení funkčního stavu umožňuje u části pacientů návrat do pracovního procesu a zabránění vzniku částečné či plné invalidity. Vedle účinku na funkci, snížení bolesti a zlepšení kvality života má biologická léčba i tv. strukturální efekt. Znamená to, že po její aplikaci dochází ke zpomalení až zastavení rentgenové progresy. Farmakoeconomické studie proto ukazují, že i když je tato léčba drahá, je ekonomicky efektivní.

Je třeba vůle lékařů i pacientů

Česká revmatologická společnost

ČLS JEP (ČRS) vypracovala kritéria pro nasazení biologické léčby a formou edukačních konferencí rozšiřuje znalosti těchto principů mezi své členy. Zároveň se stala i vůdčí společností pro aplikaci tohoto principu v zemích střední a východní Evropy. „Léčbu je potřeba nasadit co nejdříve a měřit její efekt. Ukazuje se, že definujeme-li efekt, kterého chceme dosáhnout, je výsledek lepší než při rutinní léčbě,“ vysvětlil předseda ČRS prof. MUDr. Jiří Venkovský, DrSc.

Koncept „léčby k cíli“ vyžaduje stanovení cílů léčby ještě před jejím zahájením a skládá se z měření počtu oteklých kloubů, palpačně citlivých kloubů, sedi-

mentace a celkového hodnocení pacienta. Principy *treat to target* již byly publikovány, ale v současné době jde o to, aby byly implementovány i v běžné klinické praxi. Hlavním cílem je tedy edukace lékařů, ale též pacientů a jejich vůle tyto principy v praxi realizovat.

„Prostřednictvím biologické léčby jsme schopni dosáhnout dobré remise a potlačení zánětu. Remise nemoci je spojena s nižším výskytem komorbidit, menším strukturálním postižením a lepší kvalitou života,“ konstatoval dr. Gyula Poor z Maďarska a dodal: „Naše setkání v Praze je výsledkem převratných objevů v oblasti poznání patogeneze revmatoidní artritidy a vývoje molekul s cíleným působením na klíčové molekuly zánětu. Revmatologie je jeden z nejrychleji se vyvíjejících oborů medicíny.“ Výzkum RA se nyní mimo jiné zabývá tím, jaké změny se odehrávají v organismu v mezidobí od prvních imunologických změn po klinické projevy a jak zabránit propuknutí onemocnění. (asa)

Podvýživa pacientů se přehlíží

Téměř 60 % pacientů je v riziku podvýživy, z toho přes 20 % ve středním až extrémním riziku. Až 40 % jich je podvyživených již při stanovení diagnózy.

Tyto závažné výsledky ukázal průzkum NutriAction, který proběhl v prvním pololetí loňského roku formou dotazníku v 52 onkologických ambulancích na více než 4 tisících pacientech.

Během onkologického onemocnění zhubne minimálně polovina pacientů. Každý pátý má snížený příjem stravy, každý druhý má nutriční rizikovou diagnózu (jde zejména o nemocné s karcinomy žaludku, slinivky, jícnu a tlustého střeva, ale také plíc či prostaty). Jen 9 % pacientů je podle průzkumu doporučena speciální nutriční péče, zatímco většina obdrží jen obecné rady.

Neplánované hubnutí je rizikové

„Podvýživa je problém, který se podceňuje. Stav výživy není součástí zdravotnické dokumentace, lékaři tuto otázku přesunují na sestry, ale ty nejsou edukované, a pacienti tak nedostanou potřebné informace. Navíc přetrvávají chybné názory typu „bude jen dobře, když obézní pacient zhub-

ne“,“ vysvětluje MUDr. Přemysl Škaloud ze společnosti Nutricia, která se na uvedeném průzkumu podílela.

„Podvýživou může být v případě nádorového onemocnění ohrožen i obézní člověk, dojde-li u něj k 5procentnímu úbytku tělesné hmotnosti během 3 měsíců. V takovém případě dochází ke ztrátě svaloviny včetně srdečního a dýchacího svalstva. Neplánované hubnutí může mít zásadní vliv na úspěšnost léčby i na úmrtnost pacientů,“ varuje předseda České onkologické společnosti ČLS JEP prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSC.

Během onkologické léčby pacienti mnohdy svádí boj o každé sousto. Léčbu provází pálení v ústech, nevolnosti, nechutenství, zvracení, bolesti při polykání, v břiše, průjmy a další potíže komplikující příjem potravy. „Tyto projevy jsou vedlejšími účinkem léčby, která je dnes velmi efektivní, ale také náročná pro pacienta. Máme-li totiž možnost nemocného vyléčit, použijeme i velmi agre-

sivní léčebné postupy,“ vysvětluje profesor Vorlíček.

Aktivní přístup pacienta je důležitý

Stav výživy ovlivňuje reakci na léčbu, délku hospitalizace, výskyt komplikací, účinnost léků a kvalitu života. Podpůrná léčba, kam patří vedle léčby bolesti i nutriční opatření, je podle Jiřího Vorlíčka stejně důležitá jako léčba základní. Nedílnou součástí nutriční péče je vedle dietních opatření podávání přípravků tekuté výživy s optimálním složením potřebných živin. „V oblasti léčby onkologické bolesti jsme již mnohé vybojovali, nyní je třeba se zaměřit na problematiku nutriční. Aby se situace zlepšila, je nutný aktivní přístup pacientů a jejich rodin, stejně jako zajištění dostatku odborníků na výživu,“ zdůrazňuje prof. Vorlíček.

„Pacienti si sami vyhledávají informace, ale ty nejsou vždy adekvátní,“ upozorňuje MUDr. Škaloud a dodává, že zdravotníci by měli být edukováni a pacienti



Ilustrační foto: Shutterstock

by měli mít k dispozici kvalitní informační zdroje a možnost konzultace.

Komplikace podvýživy zvyšují náklady

Podvýživa se netýká jen onkologických pacientů. Mezi další ohrožené skupiny patří například senioři, pacienti s onemocněním trávicího traktu či lidé podstupující „velkou“ operaci. Náklady

na léčbu zdravotních komplikací spojených s podvýživou dosahují v Evropské unii podle posledních odhadů 170 miliard eur, v Česku asi 60 miliard Kč. Dostačnou prevencí by přitom mohly být zásadně sníženy. Podle profesora Vorlíčka je však obtížné přesvědčit kolegy, aby tímto směrem upírali pozornost. Problém totiž není jednoduché kvantifikovat, neboť často „není vidět“. (asa)

MRI ukazuje na možnou obnovu axonů u pacientů RS

Vědci využívající pokročilou technologii zobrazení magnetickou rezonancí (MRI) k charakterizování a zmapování vývoje lézí RS zjistili, že pacienti s relabující-remitující roztroušenou sklerózou (RRMS) léčení glatiramer acetátem (Copaxone, 1x denně injekce 20 mg) měli výrazně vyšší poměr magnetizačního přenosu (MTR).

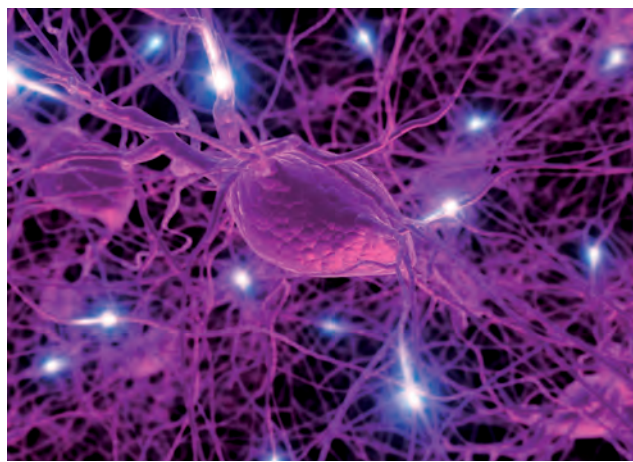
Poměr magnetizačního přenosu je nekonvenční MRI technikou používanou k prozkoumání abnormalit v mozkových strukturách, zvýšené hodnoty pak naznačují potenciální remyelinizaci a opravu axonální tkáně.

Měřitelná reparace tkáně

12měsíční studie provedená v Buffalo Neuroimaging Analysis Center (BNAC) v Jacobsově neurologickém institutu při Buffalské univerzitě ve státě New York zkoumala 40 pacientů s RRMS, kterým byl přípravek podáván poprvé. Pacienti dostávali monoterapii glatiramer acetátem (20 mg/den) každý den počínaje výchozí návštěvou po dobu 12 měsíců. Při úvodní návštěvě a po 12 měsících byli hodnoceni na základě klinic-

kých vyšetření a pomocí podrobných běžných i nekonvenčních protokolů MRI včetně zobrazení magnetizačního přenosu (MTI),

což je nově vznikající MRI technika používaná k vyhodnocení demyelinizace v mozku pacientů s RS.



Ilustrace foto: Shutterstock

„Tyto údaje ukazují, že léčba glatiramer acetátem vedla u pacientů zařazených do studie k měřitelné reparaci tkáně,“ uvedl vedoucí autor studie a ředitel BNAC profesor Robert Zivadinov. „Pozorovaná zvýšení MTR ukazují na možnost remyelinizace. Celkově tato zjištění přispívají k rozsáhlému objemu výzkumu, který podporuje dlouhodobou účinnost a bezpečnost této léčby.“

Nadějný a užitečný nástroj

Jednalo se o otevřenou jednoduše zaslepenou pozorovací studii fáze IV – první dlouhodobou studii hodnotící léze u pacientů s RRMS jako možný důkaz remyelinizace (jak ukazují údaje z MTR) v souvislosti s glatiramer acetátem. Je-

jími účastníky byly osoby ve věku 18–65 let s délkou onemocnění od 6 měsíců do 30 let. Všichni pacienti museli mít jednu nebo více kontrastně zvýrazněných lézí (CEL) a Kurtzkeho skóre EDSS (míry závažnosti choroby) menší nebo rovno 5,5. Výsledky studie s názvem „Zobrazení magnetizačního přenosu u akutních černých děr u pacientů léčených glatiramer acetátem“, které byly zveřejněny v lednovém vydání časopisu *Frontiers in Bioscience*, zdůrazňují, že technika MTR může být v budoucích studiích užitečným nástrojem pro sledování vývoje lézí a postupu onemocnění RS.

V rámci studie bylo u 40 pacientů s RRMS, kteří byli glatiramer acetátem léčení poprvé a při výchozím vyšetření měli jednu nebo více kontrastně zvýrazněných lézí (CEL), zjištěno celkem 115 lézí CEL. Pacienti při vstupním vyšetření a po 12 měsících podstoupili 1,5T MRI pro vyhodnocení přítomnosti lézí CEL. Po 12 měsících léčby glatiramer acetátem se počet těchto lézí snížil na 21. Nejvyšší nárůsty MTR byly pozorovány u hypointenzivních lézí CEL, které se staly izointenzivními (29 %), a u hypointenzivních lézí CEL, jež zůstaly hypointenzivními (10 %). (akt)

Genetická porucha opravena

Britským vědcům na Cambridgeské univerzitě se v laboratorních podmínkách podařilo opravit mutaci genu, která způsobuje nedostatečnou tvorbu alfa-1-antitrypsinu, což vede k jaterní cirhóze a plicnímu emfyzému.

Pomocí *DNA splicing* techniky zvané „piggyBac“ britští vědci vpravili do buněk správný gen a byli rovněž schopni dokázat, že se dostal na správné místo. Cílem nového přístupu k léčbě bude vypěstovat tisíce normálně pracujících buněk, jež budou pacientovi implantovány. Zatím byla jedinou

možnou léčebnou metodou transplantace jater. „Jsme teprve na začátku. Až tato technologie vstoupí do léčby, může se stát velmi prospěšnou mnoha pacientům. Vyvinuli jsme nový systém zaměřený na geny a spojili různé komponenty, abychom efektivně opravili defekty v pacientových buňkách. Kromě

opravené genetické poruchy nezůstanou po této metodě léčby žádné stopy genetické manipulace,“ komentoval výzkum jeden z jeho autorů profesor Allan Bradley. Otevírá se tak cesta k personalizované buněčné terapii vrozených jaterních chorob.

(Zdroj: Nature)

(mls)

Identifikace typu HPV snižuje incidenci karcinomu cervixu

Výsledky nizozemské studie 45 tisíc žen starších 28 let potvrdily důležitost a přínos identifikace typu HPV během prvních dvou rutinních hromadných vyšetřování děložního čípku.

Při první návštěvě měly některé ženy obvyklé cytologické vyšetření, zatímco druhá skupina byla testována také na DNA viru. Po dalších pěti letech měly všechny ženy v obou skupinách cytologické vyšetření a HPV test. Tímto způsobem bylo identifikováno podstatně více případů dysplazie než samotnou cytologií.

V dalším stadiu studie se ukázalo, že incidence karcinomu cervixu u žen, které absolvovaly HPV test již v prvním kole, je „podstatně nižší“ než u žen, které toto vyšetřování původně neměly, a že u nich došlo také ke snížení výskytu dysplazie.

Podle jednoho z vědců, profesora Chrise Meijera ze Svobodné

univerzity v nizozemském Amsterdamu, jsou tyto výsledky v souladu se závěry mezinárodních studií, a proto se doporučuje, aby se u všech žen starších 30 let stal test na zjištění DNA u HPV součástí programu hromadného testování na zjištění abnormalit cervixu.

(Zdroj: Lancet)

(mls)

Transfer genu je možno použít v léčbě hemofilie B

Hemofilie B – způsobená nedostatkem koagulačního faktoru IX – je ideálním kandidátem na genetickou léčbu.

Šest pacientů s těžkou hemofií a faktorem IX (FIX) nižším než 1 % normální koncentrace dostalo jednu dávku vektoru s transgenem lidského faktoru IX do periferní žíly a bylo rozděleno do tří skupin podle dávky AAV vektoru (*adeno-associated virus* vektor s transgenem optimalizovaného lidského faktoru IX; scAAV2/8/LP1-hFIXco). Vektor byl podán bez imunosupresivní terapie.

Pacienti byli sledováni po dobu 6–16 měsíců a během tohoto období i poté, co profylaxe skončila, zůstali 4 ze 6 bez symptomů krvácivosti. U posledních dvou byl prodloužen interval mezi profylaktickými injekcemi. Jeden ze 2 pacientů ve skupině s vysokou dávkou vektoru měl přechodně

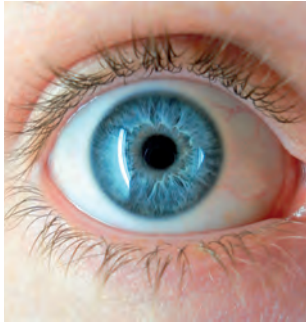
zvýšenou hladinu aminotransferázy spojenou s přítomností AAV8-capsid-specifických T lymfocytů v periferní krvi, zbyvajícím pacientem měl mírně zvýšenou hladinu jaterních enzymů, jejíž příčina zůstala nejasná. Po krátkodobé léčbě glukokortikoidy se hladina aminotransferázy u obou pacientů rychle normalizovala a hladina faktoru IX se pohybovala mezi 3 a 11 % normálu. Autoři dospěli k závěru, že infuze scAAV2 8-LP1-hFIXco vede k dostatečnému zlepšení fenotypu s relativně malými nežádoucími příznaky kontrolovatelnými krátkou léčbou glukokortikoidy bez ztráty exprese transgenů.

(Zdroj: NEJM)

(mls)

Barva čočky a nespavost seniorů

Poruchy spánku ve vyšším věku souvisí se sníženou propustností oční čočky pro modré světlo. K těmto závěrům došel tým dánských lékařů vedený oftalmoložkou Line Kesselovou.



Ilustrace foto: Wikimedia

jež řídí chod vnitřních biologických hodin. Nedávno se ukázalo, že vzruchy se dostávají i do zrakových center mozkové kůry, kde se podílejí na celkovém vnímání obrazu, například jasu pozadí. Světločivné gangliové buňky reagují na modré světlo velmi pomalu a díky tomu regulace chodu vnitřních biologických hodin nepodléhá náhodným výkyvům v intenzitě světla (například nereagují na úbytek světla při velké oblačnosti).

Naděje v podobě laseru

Lina Kesselová a její spolupracovníci měřili množství modrého světla dopadajícího na sítnici seniorů. Prokázali přímou souvislost mezi intenzitou „zežloutnutí“ čočky a úbytkem modrého světla dopadajícího na světločivné gangliové buňky. Zatímco na kvalitu zraku nemají barevné změny čočky větší vliv, na chod vnitřních biologických hodin působí tyto změny velmi razantně a významně se podílejí na vzniku poruch spánku. Barevné změ-

ny oční čočky jsou akcelerovány u kuřáků, diabetiků a pacientů s ischemickou chorobou srdeční. Zároveň s tím u těchto skupin roste i výskyt nespavosti a dalších poruch spánku. Využívá se metoda pro odstranění zažloutnutí z oční čočky pomocí laseru. Ta však zatím není připravena pro praktické využití.

(Zdroj: Sleep)

Jaroslav Petr

Menopauza nezvyšuje riziko selhání srdce

Zvýšená četnost úmrtí starších žen na selhání srdce podle amerických lékařů z Univerzity Johnse Hopkinse nesouvisí s hormonálními změnami po menopauze. Jde o důsledek procesu stárnutí organismu.

Nástupem menopauzy jsou významně ovlivněna rizika řady onemocnění, například četnost karcinomu prsu v důsledku hormonálních změn klesá. Tým epidemiologů vedený Dhananjayem Vaidyaou vyhodnotil rozsáhlé soubory údajů o mortalitě mužů a žen. Zjistili, že u mužů do 45 let věku riziko selhání srdce s každým rokem stoupá o 30%. Po dovršení 45 let však nárůst tohoto rizika postupně klesá na 5% za rok. U žen činí roční nárůst rizika selhání srdce 5% po celý život. Výsledky studie dokazují, že zvý-

šenému riziku selhání srdce nečelí ženy po menopauze, ale poněkud překvapivě mladší muži. Vaidaya přiznává, že jeho tým nemá tušení, jaký biologický proces by mohl být za tak vysoký nárůst rizika u mužů do 45 let zodpovědný. Jednou z možností je rychlejší zkracování telomer u mladých mužů. V pozdějším věku se tempo zkracování telomer u mužů a žen vyrovnává. Podle některých biologů se zkrácení telomer chromozomů pojí s vyšším rizikem selhání orgánů.

(Zdroj: British Medical Journal)

(jap)

Antimikrobiální peptidy vačnatců a vejcorodých savců

Iniciativa 10 x 20 si vytyčila za cíl vyvinout do deseti let dvacet principiálně nových antibiotik, s jejichž pomocí by se zefektivnila léčba infekcí vysoce rezistentními bakteriemi.

Tým vedený Katherine Belovou ze Sydneyjské univerzity se při pátrání po nových antibiotikách soustředil na peptidy s antimikrobiálními účinky označované souhrnně jako katelicidiny. Aktivní katelicidiny jsou složeny z 12 až 100 aminokyselin a jsou produkovány neutrofily, makrofágy a širokou škálou epitelálních buněk. Působí destruktivně na bu-

něčné membrány širokého spektra patogenů, např. gram-pozitivních i gram-negativních bakterií, protozoí či plísň. U člověka je znám jediný katelicidin – LL-37. Byly u něj prokázány účinky proti nádorovým buňkám i proti viru HIV. Katherine Belová odhalila 14 zcela nových a velmi slibných katelicidinů u klokanů, kteří je vyluču-

jí mléčnou žlázou nebo kůží mláďat. Dalších 8 dosud neznámých katelicidinů bylo objeveno v kůži mláďat ptakopysků. Jeden z klokaních katelicidinů se ukázal jako výjimečně účinný vůči multirezistentním bakteriím *Pseudomonas aeruginosa*, *Klebsiella pneumoniae* a *Acinetobacter baumannii*.

(Zdroj: PLoS ONE)

(jap)

Inzerce A121001073

Mladá fronta
divize
Medical Services
představuje





Fibrilace síní

První ucelená publikace týkající se problematiky fibrilace síní, komplexně zpracovaná nejvýznamnějšími českými odborníky v oborech kardiologie, neurologie, kardiochirurgie a medicínského práva, je určena pro celoživotní vzdělávání lékařů, sester, techniků a dalších pracovníků ve zdravotnictví.

Autoři: doc. MUDr. Miloš Táborský, CSc., a kolektiv

Doporučená cena: 500 Kč



Při objednání na *knihy.cz* sleva 15%



Mladá fronta a. s. Mezi Vodami 1952/9 143 00 Praha 4-Modřany tel. 225 276 168 www.medical-services.cz e-mail: knihy@mf.cz

Povinná mlčenlivost dle spádu

Motto: Právo pak nic giného není, nežli umenij a rozeznánij dobrého od zlého, sprawedliwého od nesprawedliwého, prawého od křiwého, mijrného od nemijrného. Kterěž jednohokaždého k tomu wede a učij, čeho se má přidržeti a čeho zase vystříjhati.

(Pavel Kristián z Koldína, 1579)

Kindervajčko s překvapením

Tak čímpak nás přivítal tak rozpačitě a s obavami očekávaný rok 2012? Od 1. ledna vstoupila v platnost dlouho a době utajovaná, dokonale nenápadná novela zákona č. 361/2000 Sb.,



MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

o provozu na pozemních komunikacích, závažně prolamující povinnou mlčenlivost. Co si se po vlastech českých sice šuškal, i v médiích problesklo (a zas vřumělo), ale nic konkrétního.

Na podzim byl dokonce mediálně tázán prezident ČLK. Bylo to pro něj překvapení s tím, že to musí teprve zjistit. V *Tempus Medicorum* se téma objevilo až 16. ledna. Čili ani právní systém ČLK to včas nezachytil, nevaroval. Kindervajčko s překvapením.

Na podzim jsem byl na celé sérii akcí v oboru zdravotnického práva a ticho po pěšinách. Pátral jsem. A nic. Každý týden elektronicky dostávám přehled nových zákonů. Nenašel jsem. Mám přístup do elektronické databáze zákonů. Hledal jsem i podle klíčových slov. Našli moji rádcové? Nenašli. Asi nějaká hloupá fáma, usoudil jsem. Mediální humbuk z nedorozumění.

Velké Ucho nepočká

Leč přišel Nový rok a bum! Je tu zákon č. 297/2011, který obsahuje různá slovíčka a větičky, jež se mají doplnit tu a onde. Většina z nich až od roku 2013, pár z nich ale už nyní. Vskutku mohutná publicita tak důležité změny. Všechna čest. Gratuluji. Když se daří, tak se daří.

Předpis je velmi striktní. Jakmile lékař zjistí, že jeho pacient trpí chorobou, pro niž není zdravotně způsobilý k řízení motorových vozidel, už nestací informovat pacienta a vstoupit do svěprávný občan ať se podle toho zařídí. Lékař ho musí udat na dopravním odboru příslušné obce. A to ihned. Velké Ucho nepočká. Je to vel-

ký antiliberální krok zpět, před rok 1989. Abych to relativizoval – řada kolegů si za více než dvacet let ani nevšimla, že pacienti nejen oznamovat nemusejí, ale dokonce ani nesmějí. Pro ty se samozřejmě nic nemění, jejich do- savadní protiprávní praxe se teď jen legalizuje.

V zákoně není ani slovo o tom, že jde pouze o ustálené dlouhodobější stavy (viz k tomu prováděcí vyhláška č. 277/2004 Sb.). V důsledku to znamená, že by chirurg, který zjistí, že mám zlomenou nohu, měl neprodleně dopsat na dopravní odbor – evidenci řídičských průkazů. Neprodleně znamená, že si lékař nemůže ani dojíždět koupit svačinu. To je zbytečné prodlení. Napřed služba, potom družba.

Lékař, nebo dráb?

Existují dva protichůdné právní názory na to, zda lékař může „jako“ nevědět, že pacient má řídičák, když povinnost zjišťovat to není v zákoně explicitně napsána. Kloním se k tomu, že tudy cesta nevede, povinnost zeptat se lze dovést. Čili žádný manévrovací prostor.

I když jeden bych snad viděl. Náš jazyk má vidy, což je pravé požehnaní. Protože dikce zákona praví „lékař, který zjistí“ (vid dokonavý). Než zjistí, musí zjišťovat (vid nedokonavý). A takové zjišťování se může protáhnout. Protože „zjistí“ znamená, že si musí být jist. A to například při nasazení tlumivých léků není. Musí počkat, zda tyto efekty vůbec nastanou, a pokud, pak zda a kdy se na ně nemocný adaptuje. To se zjišťuje, protože se to zkrátka hned nezjistí. Kdejaká choroba má dynamiku. Je to mršaka. A taky se hned neví, jak to dopadne. Lékař není povinen hlásit své předpoklady, podezření, diferenciálnědiagnostické rozvahy či plán sledování pacienta. Může a musí hlásit jen ukončenou jis-

totu. Při průsvihu tak bude hodně záležet na tom, co si zapsal do zdravotnické dokumentace.

A pak je tu zmíněná vyhláška 277, u několika chorobných stavů až matematicky přesná, u většiny však tautologicky vágní: Nezpůsobilý je pacient, jehož choroba dosahuje takového stupně, že ho činí nezpůsobilým. *Solnohrad je hlavní město Solnohrad.* Podle tohoto vzorce je postavena valná část textu. Což je další manévrovací prostor. A zejména: Lékař by si měl uvědomit, že není dozorce ani policista, ani agent státu či dopravních inspektorátů, ale je vždy a za všech okolností agentem pacienta. Povinná mlčenlivost není jen právní, ale i etický imperativ. A z tohoto zorného úhlu pak budíž interpretováno právo až k nejzazšímu limitu.

Nicméně i přes tyto úhybné možnosti mi to vadí. Ideově mě popouzí ten masivní krok zpět v rámci nové a všeobecné tendence k Velkému bratrovi, který tě sleduje. Přebujelé úřady požadují stále více informací, často irrelevantních, aby obhájily svou existenci a pracovní místa. Pak zjistí, že jim stejně uniklo to hlavní, a rozhodnou jako obvykle, totiž převážně špatně.

K doktorovi s advokátem

Čím víc se toho namluví o povinné mlčenlivosti, tím víc se nám rozplývá pod rukama. Kdo si udělal seznam jejich zákonných proložených a subjektů, které mohou nahlížet do zdravotní dokumentace, musí utrpět menší šok. Nebo spíš větší. Je to soupis *dlouhých jako tejdén*. Kromě domovnice jsou na něm snad všichni. Skoro každý, kdo má razítko. Mnohem kratší by byl seznam případů, kdy má lékař skutečně a bez legrace mlčet. Medici by si to v rámci výuky takto snáz zapamatovali. A pacient by si měl dobře rozmyslet, co na sebe u lékaře vůbec řekne. Mluvití stříbro... Aby se snad raději napřed poradil se svým právníkem. Jedno neopatrné slovíčko a papíry jsou – řekněme – v trapu. Přijde



VZP se začíná tu a tam zpoždovat s platbami. Z ruky do huby. Poslanec Šťastný to však vidí optimisticky. Hlavně cítí povinnost uklidnit občany. Toto není řeč pravcového reformního politika, ale starosty z Horní Dolní, kde se rozvodnil místní potok. | Foto: Leoš Chodura

o řídičák, než bys řekl švec. Tím mnohdy i o zaměstnání, živnost, živobytí.

A to všechno kvůli několika málo malérům, avšak výživně medializovaným. Podobně jako když bourá senior. To je vždycky v *headlinech*. Lid volá hlasem velkým po opatřeních. Mezitím sice zdraví mladí psychopati stihli vyvráždit několik set lidí, ale to není dobře prodejny příběh, protože není konkrétní. Je to jen nudná statistika, z níž krev necrčí. Divák a čtenář zívá. A zívající čtenář či divák je ten nejsmrtelejší hřích, jakého se redaktor může dopustit. Zejména v případě diváka. Ten totiž reaguje okamžitě. Začne řešit a přepínat. A tak nic nevádí, že známe manažerskou zásadu napřít úsilí vždy v hlavním směru, kde se při stejné námaze postihne maximum problémů. My budeme ve věcech dopravní bezpečnosti stejně radši hudlařit na okraji. Jak typické pro českou bramboračku. Marginálnost ve všech smyslech toho slova a na všech úrovních budíž naším národním heslem. A populismus s typickou medicinalizací a jinou expertizací společenských problémů.

Každý pacient by si tudíž měl být jasně vědom, že povinná mlčenlivost je děravá jako řešeto. Už z ní moc nezbyvá. Je ohlodána až na kost. Není to nic víc než právní fikce. Za chvíli bude pacient povinně vyšetřován na jevišti v září reflektorů a hned to půjde na YouTube. Realita je taková, že zákon z nás lékařů dělá slepičí prdelky. Půjde-li k analogii se slavnými přelomovými precedenty *Miranda vs. Arizona* a *Escobedo vs. Illinois*, měl by být každý pacient při vstupu do ordinace či nemocnice poučen asi takto: „Nejste povinen vypovídat.

Pokud tak učiníte, pak vše, co řeknete, může být použito proti vám jako důkaz. Přitom máte právo na přítomnost svého právníka.“

Duch doby soudruha Prokopce

Nyní poslyšte příběh starých časů. Bylo, nebylo, za devaterými hodinami a devaterými řekami byla jednou jedna stará dáma s osmdesátkou na krku. A co se nestalo, milé děti, ta paní venku upadla. Zprvu to nevypadalo nijak zle. Vstala, došla domů a rozhodla se považovat věc za bagatel. Nicméně ono se to rozleželo. Na čele vyvstala boule veliká jako celá Afrika, pravá ruka začala pobolívat a trochu otékat. Ona paní, celý život pracující ve zdravotnictví, dodnes s hlavou jasnou a myslí nezastřenou, dobře věděla, že i zdánlivě drobný úraz je ve vysokém věku dost velké riziko. A jelikož měla na druhý den plánovanou kontrolu úplně jiného zdravotního problému v nedaleké velké pražské nemocnici, kam jí jede tramvaj přímo od baráku, rozhodla se zabít dvě mouchy jednou ranou. Ve svém pracovním životě bývala schopnou manažerkou, takže není divu, takové praktické řešení se nabízelo samo.

Leč se zlou se potázala. V onom zkletém zámku reálného socialismu jí jakási Šípková Růženka sdělila, že co se úrazu týče, není tu spádová. Což pacientka samozřejmě nemohla vědět. V paneláku na nástěnce to vyvěšené nemají a její zdravotní pojišťovna jí to taky nesděluje (což by měla, je to přece její klientka). Leč *madame Kerberos* je neoblomná. Má své přesné příkazy. Prý přímo z Hlavního stanu. Ententyky, dva špalíky, čert vypadl z elektriky. Pacientka podle

NEJSEM SI JIST

bydliště údajně „patří“ (Co to je za výraz? To bývalo za feudalismu.) na jakousi vzdálenou sídlištní polikliniku, ale má si přichvátnout, zni dobromyslná rada zdarma, oni tam mezi svátky končí dřív, tak aby vám, paní, nezavřeli před nosem. Dáma skoro osmdesátiletá si samozřejmě nepřichvátla a byla nucena svou kauzu odložit na další den. Jednoduše tento sovětský léčebně odsunový systém z Velké vlastenecké války fyzicky nezvládla. Tou dobou se již vyvinul ukázkový brýlový hematom a ruka rovněž vypadala o poznání huř. Samozřejmě byla zlomená. Ale důležité je, že spádově. Protože nespádová fraktura se přísně trestá. Poranění hlavy, jak čas (snad) ukázal, bylo benigní. Likvor z nosu nevytéká a co se týče možného subdurálního hematomu, buďme optimisty. Protože sídlištní poliklinika CT samozřejmě nemá.

V téhle nemocnici se doslova zastavil čas. Zamrzl tam duch soudruha Prokopce. A mám podezření, že nejen tam. Rád bych proto z tohoto místa připomenul nemocničním managementům, že spádovost už dvacet let neexistuje. Není. Zemřela, do hrobu dána,

leč sirotky zřejmě po ní zůstaly. Její uplatňování je protiprávní. Máme uzákoněnou svobodnou volbu lékaře. A zákony kupodivu platí i v Praze, přímo pod svícnem. Nebo by aspoň měly. Teoreticky.

Poučení z krizového vývoje

Ale to pořád není to hlavní. Podstatné je, jak nerozumná a hazardérská mohou některá vedení nemocnic být. To fakt zírám a opírám se u toho, abych neupadl. Pacienty tam totiž (jakožto eventuálně neakutní) neodmítá lékař, ale jakási recepční. Vedení té nešťastné nemocnice tedy přenáší medicínskou rozhodovací kompetenci o tom, co je a co není neodkladná péče, na úřednici. Což je zvěrstvo první třídy. Odstraňující příklad. Manažerský zločin.

Jak by v případě malé vypadala právní odpovědnost? Lékař a sestra jsou z toho venku. Ani neměli šanci se dozvědět, že mají pacienta v baráku. Recepční je z toho nejspíš taky venku. Nebyla k takovému rozhodnutí kompetentní a ani to od ní nebylo možné spravedlivě očekávat. Zbývá tedy taková malá a bohužel jen zřídka uvědomovaná kapitolka – trestněprávní odpovědnost managementu. To jest

ředitele či náměstka pro LPP, kteří zorganizovali průchod pacienta svou nemocnicí tak blbě a protiprávně, že neúnosně zvýšili riziko chybného medicínského postupu s ohrožením zdraví a života. Nevytvořili kompetentnímu personálu podmínky, aby mohl činit rozhodnutí nejen správná, ale vůbec nějaká. Tak závažnou a základní věcí, jakou je třídění pacientů, pověřili zcela nezpůsobilou osobu, vybavenou jen barevným plánkem města a vysokým stupněm asertivity. A to je hodně málo. Uvedli ji do zcela nemožné pozice tím, že ji postavili na místo, které přísluší vždy tomu nejzkušenějšímu lékaři. Což jsme se, kdo ještě pamatuje, učili už ve válečné medicíně jako důstojníci v záloze.

Jmenovat onu nemocnici a vláčet ji tiskem není účelem tohoto textu. Jeho cílem je něco docela jiného: Jde o příklad, jenž má posloužit k demonstraci chyb, jichž se dopouštíme, rizik, jimž se nesmyslně vystavujeme, a práva, které veselé ignorujeme. Jde o poučení z krizového vývoje. Poučení z chyb těch druhých má tu výhodu, že nebolí. Stejně tak nebolí poučení z vlastních chyb zjištěných dříve, než stihly způsobit pohromu. Kdo

tohle neví, ať neřídí nemocnici. Špitál je pro něj příliš rizikové pracoviště. Raději změnu pracovního zařazení. Třeba takový pyrotechnik – to je nesrovnatelně klidnější a bezpečnější povolání. Co ale mohu, to je identifikace oné staré dámy. Je to moje vlastní tchyně, takže mám celou historku z první ruky. Žádné další investigace nebylo třeba. Hotovka. Moc jsem se s tím tedy nenadřel, to příznám vám bez mučení.

Povinnost přiměřeně zneklidnit

Tak abych si zasloužil svůj honorář, ještě dvě perličky na konec: Podle mediálního výstupu z průzkumu CVVM je třetina našich občanů se zdravotnictvím spokojená, třetina nespokojená, třetina je to jedno a mrtví tázání nebyli. Spokojeni jsou ovšem hlavně mladí a zdraví. Životem frustrovaní pesimisté naopak spokojeni nejsou. Úžasné. Kdo by to byl řekl? Kdo z občanů vidí problém, potom v takových sférách, které se ho přímo nedotýkají a moc jim nerozumí (financování systému, fungování pojištění a hospodaření s léky), čili nemají je ze své osobní patientské zkušenosti,

z kontaktu se zdravotními službami, ale zprostředkovavě z médií. Tak si nejsem jist, co nám takový průzkum říká. Asi tolik, že čím více jsme informováni, tím méně toho ve skutečnosti víme.

VZP se začíná tu a tam lehce zpoždovat s platbami, nebo aspoň žije doslova na hraně. Z ruky do huby. Letos ji čeká propad o 3 miliardy. Poslanec Šťastný to na Radiožurnálu vidí optimisticky. Hlavně cítí povinnost uklidnit občany. To stihne opakovat asi třikrát během pěti minut. Občané však nejsou děti, jak již kdysi razantně poučili soudruha Štěpána, a uklidňování nepotřebují. Toto není řeč pravicového reformního politika, ale starosta z Horní Dolní, kde se rozvodnil místní potok. Čtvrtá garnitura. Lidé potřebují slyšet pravdu a znát varianty řešení. Většina navíc vůbec není zneklidněna, ač by pohříchu být měla. Od uklidňování tu jsou chůvy, kojné a psychoterapeuti. A má-li ještě k tomu jít o řešení bolestivá, pak je svatou povinností politika občany naopak přiměřeně zneklidnit. Jinak je totiž nikdy nepřesvědčí o naléhavosti nezbytných změn. Klid je stagnace, kdežto neklid motivace.

Inzerce A121000803

Mladá fronta divize Medical Services představuje

Bariatrická a metabolická chirurgie

Nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch

První komplexní zpracování problematiky bariatrické a metabolické chirurgie v českém lékařském písemnictví popisuje princip těchto výkonů a jejich účinky, indikace a kontraindikace či výsledky léčby. Závěrem jsou shrnuty nové metody a přístupy v chirurgickém léčení obezity a metabolických onemocnění. Text doplňuje řada názorných obrázků, schémat a tabulek.



Autoři: Martin Fried a kol.
Doporučená cena 500 Kč

Těhotná v ordinaci negynekologa

Kniha pomůže odborníkům nejrůznějších specializací orientovat se v porodnicko-gynekologické problematice natolik, aby se vyvarovali chyb a zároveň zbavili často neodůvodněných obav z možného poškození plodu. Měla by jim pomoci rozlišit situace, kdy je možné řešit obtížné těhotné ženy ve vlastní režii a kdy je třeba odeslat pacientku ke specialistovi. Podstatnou část textu tvoří kapitoly týkající se základních onemocnění (v přímé i nepřímé souvislosti s těhotenstvím) včetně doporučené farmakoterapie v těhotenství a šestinedělí.



Autoři: doc. MUDr. Tomáš Binder, CSc.

MUDr. Blanka Vavřínková, CSc.

Doporučená cena 350 Kč

**MEDICAL
SERVICES**

komplexní informační servis ve zdravotnictví

Mladá fronta a. s. Mezi Vodami 1952/9, 143 00, Praha 4-Modřany, tel. 225 276 168, www.medical-services.cz, e-mail: knihy@mfml.cz

Při objednání na **knihy.cz**
sleva 15%



Tichý koníček mezi promlouvajícími obrazy

„V době překotných změn je požehnaním tichá oáza, ve které lze najít chvíli klidu. Mou oázou je malování,“ říká přednosta Ústavu sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví Lékařské fakulty Masarykovy univerzity v Brně prof. MUDr. Jan Holčík, DrSc.

Kdy se tento váš talent projevil?

Patřím ke generaci, která se učila psát perem namáčeným do inkoustu. Bylo nezbytné psát pravou rukou. Pro mne, výrazného leváka, to bylo velmi obtížné. I když jsem tedy musel psát pravou rukou, kreslit i malovat jsem mohl levou. Když jsem si vzal do levé ruky tužku a něco si čmáral na papír, byl to pro mne svátek i odpočinek. Papír, tužka a pastelky mě od dětství učily dívat se na svět kolem sebe, vnímat nejen tvary a barvy, ale i mnohé další souvislosti.

Kreslení i malování pomáhá rozlišovat, co je podstatné a co podružné, co je vzácné a co tuctové. Mám za to, že v malířství, obdobně jako v hudbě nebo tanci, je důležitá skladba, rytmus a harmonie. Mnohem později jsem se učil, alespoň do určité míry, chápat vývoj malířství a snažil se pochopit přínos jednotlivých umělců a směrů. Ale k talentu, o kterém se zmiňujete, se nijak vyjádřit neumím. Za malíře se nepovažuji. Jsem amatér v pravém slova smyslu. Spíše jen obdivuji ostatní malíře, kteří dovedou zdánlivě jednoduchou zkratkou vyjádřit myšlenku, náladu i jakési zázračné poselství, které vnímavého diváka potěší i posílí.

Nenapadlo vás někdy jít studovat uměleckou školu?

V mládí jsem neměl pocit, že by mě mohlo těšit malířství, které mě tehdy obklopovalo. Ve škole jsme malovali výkresy k osvobození Československa Rudou armádou, k Vítěznému únoru nebo k volbám. Školy byly plné agitacních nástěnek a plakátů. Je sice pravda, že někteří z malířů byli tak silnými osobnostmi, že dovedli jít svou cestou. Malířství jako povolání však předpokládá, že se malováním užijete – to znamená, že budete malovat a co se žádá, co odpovídá době a za co vám někdo zaplatí. Měl jsem v době rozhodování o svém studiu vážné pochybnosti, zda by mi malování zaměřené na výdělek bylo ke štěstí.



Portrét profesora Františka Hamzý. | Foto: Leoš Chodura

Mezi kresbou a malbou jste si zvolil malbu? Proč?

Řekl bych, že kresba a malba se od sebe nedá oddělit. Má-li obraz mít nosnou, kompaktní strukturu, předpokládá to, že je kresbě povětivě zvládnut. Samozřejmě to neznámá, že divák musí vidět pevné kontury reálných objektů. Kresba může být i nenápadná, nebo dokonce skrytá. Lze ovšem připustit, že i malba bez kresby může mít určitý půvab, ale k tomu jsem zatím zřejmě ještě nedorostl.

Jaké volíte motivy a co vás nejvíce inspiruje?

Mám na malování málo času. Za rok se dostanu k jednomu nebo ke dvěma obrázkům. Ale námě-

tů bych našel spoustu. Nakonec si sednu k tomu, co mě nejvíce zaujalo nebo co bych chtěl mít pověšeno v pracovně, popřípadě doma v pokoji. Žádný recept na výběr motivů nemám. Jen několik málo svých obrazů nemám u sebe.

Jako příklad vnější motivace bych mohl uvést obraz Ženevského jezera. Když si dcera zařizovala nové bydlení, požádala mě, abych jí poradil, co má do obývacího pokoje pověsit, jakou galerii nebo malíře bych jí doporučil. Přemohla mě tehdy marnivost a řekl jsem: „Co bys kde sháněla, já ti něco namaluji.“ Změřil jsem si velikost místa na zdi. Bylo zapotřebí zvolit formát 185 x 140 cm, což mě potěšilo i překvapilo, nikdy jsem nic tak

velkého nemaloval. Pro výšku horizontu jsem zvolil zlatý řez a jako dominující barvu modrou (ultramarin), která se shodou okolností hodila k dalšímu vybavení pokoje. S malováním jsem si užil hodně pochyb i radosti. Měl jsem trochu obavy, zda obraz splní očekávání, ale nakonec to dobře dopadlo. Kdykoli jdu k mladým na návštěvu, rád se na obraz znovu podívám a opravdu nevím, kde jsem vzal tu drzost, abych se do tak velkého formátu pustil.

Ve své pracovně máte i vlastnoručně namalovaný velký obraz svého předchůdce, profesora Adolfa Žáčka...

Když jsem občas jednal s ostatními přednosty ústavů, často měli ve své pracovně obraz významné osobnosti svého oboru. Mým skvělým učitelem byl pan profesor Žáček, kterému vděčím nejen za to, že jsem si po promoci vybral obor sociálního lékařství, ale i za to, že mi ukázal, proč a jak se oboru vážně věnovat. Věděl jsem, že bych chtěl mít ve své pracovně jeho obraz, a dlouho jsem uvažoval jak na to. Na malování není ta největší radost to namalovat, ale najít cestu jak si s tím poradit. Je to podobné jako ve výzkumu nebo v teoretické práci na fakultě.

Četl jsem tehdy jednu úžasnou knížku o Rembrandtovi, kde bylo uvedeno, že maloval s poměrně malým počtem barev. To mě zaujalo, protože když mícháte dohromady několik málo barev, získané barvy spolu potom dost dobře ladí. Při přípravě obrazu Adolfa Žáčka jsem zvolil okr, kobaltovou modř, rumělkou a samozřejmě bělobu. Tyto barvy mi vystačily na celý obraz. Jen na kravatě jsem navíc použil pařížskou modř, tu jsem ale nemíchal s jinými barvami, připadá mi poněkud agresivní. Pokud jde o kompozici, věděl jsem, že by pan profesor Žáček měl sedět v klidu na židli, na kterou byl zvyklý, a vyzářovat optimistickou rozvahu, kterou nám dodával sílu i v řadě krajně nepříznivých situací. Pozici jsem zvolil do mírného písmena „S“, které

je spojeno s určitou dynamikou, a s hlavou trochu nakloněnou, což vyjadřuje, jak se domnívám, vstřícnou pozornost.

Jak se panu profesorovi obraz líbil?

Říkal: „Poslyš, to, co tady tvoříš, není to socialistický realismus?“ A já na to: „Asi je, máte pravdu, byl jste trochu rozčuchaný a já vás na obraze učesal.“ Realismem obrazu však zřejmě nadšen nebyl a k následujícím narozeninám mi dal knihu o moderním umění, kterou si přivezl ze svého ročního působení v sídle Světové zdravotnické organizace v Ženevě.

A co obrazu říkalo okolí?

V době, kdy jsem to maloval, chodila manželka kolem mě a namítala: „Prosím tě, co jsi to za člověka. Takové krásné počasí, volný víkend a ty maluješ panu profesorovi koleno.“ Když už obraz visel v pracovně, začal mít, k mému překvapení, i vliv na některé kolegy. Jeden za mnou přišel, když jsem zrovna nebyl v kanceláři. Čekal na mě asi čtvrt hodiny a poté na můj dotaz, co potřebuje, řekl: „Už nic. Donesl jsem ti jeden text k posouzení. Jak jsem tady ale seděl a pan profesor Žáček se na mne díval, pochopil jsem, že ten materiál není dobrý, a rozhodl jsem se, že to přepracuji.“

Mám v ústavu také obraz jeho zakladatele, profesora Františka Hamzý. Toho jsem si namaloval podle malého černobílého obrázku, který jsem našel v jedné starší učebnici. Oba obrazy mám i v powerpointové prezentaci, kterou používám při zahajovací přednášce pro studenty 3. ročníku. Pro dějiny oboru sociálního lékařství, a nejen pro ně, znamenají obě osobnosti velmi mnoho.

Jsou to krásná díla, přece jenom si myslím, že byste se malováním mohli klidně i živit...

Nemohl, bylo by mi líto ty obrazy prodávat. Nemluvě o tom, že kdybych je měl nějak vyčísřit v penězích, vůbec bych to nedokázal. Než něco dokončím, trvá to dlouho, nedosahuji náležitě produktivity ani efektivity. Asi bych si nevydělal ani na slanou vodu. A hlavně – maluji jen to, co mě těší, a to je k nezaplacení. Abych to blíže vysvětlil. Máme chalupu na Vysočině a jeden pán, který se přistěhoval do sousedství, po celý život toužil mít koně a jezdit s ním po krajině. Svůj sen si splnil až v důchodu, v létě na něm jezdil a na zimu jej dával k jednomu sedlákovi, který koně živil a využíval na práci. Při jedné vyjížďce zastavila toho pána

KONÍČEK LÉKAŘE

Žena z blízké vesnice a řekla mu: „Poslyšte, ten kůň se vám přece nemůže vůbec vyplatit,“ a on se jen usmál: „Milá paní, já toho koně nemám proto, aby se mi vyplatil, já jej mám pro radost.“ A tak to mám i já s malováním. Někdy maluji dvě hodiny v kuse a druhý den se na obraz podívám a řeknu si, tady by to chtělo ještě tohle a támhle toto... a někdy ho zahodím, protože se mi přestane líbit. Nevadí mi, když se ho zbavím, ale nemohl bych ho podepsat a prodat.

Šťasten ten, kdo má rád svou profesi a k ní má ještě svého oblíbeného koníčka. Přitom umění je zdánlivě v kontrastu s exaktní vědou, kterou se živíte...

Asi jsem na tom ještě lépe. Dá se říct, že má práce je i mým koníčkem, beru ji skutečně vážně. Malování je pro mne spíše tichou oázou nebo jakýmsi kukátkem do zázračného světa. Víte, ono nestačí se na svět dívat. Je krásné jej skutečně vidět a podat o něm i skromné svědectví. Snad by se to dalo přirovnat k situaci posluchače na koncertu, který slyší krásnou skladbu, a přitom ji vnímá mnohem méně než hudebník, který ji hraje a je si vědom i jejích technických úskalí, drobných chyb či různých možností jejího provedení.

A navíc je tam něco, pro co asi nemám to správné slovo. Můžeme tomu říkat třeba magie, něco, čemu nerozumíme a co ovlivňuje spoustu věcí. Například to způsobuje, že se nám líbí jednou to a jindy zase ono. Mohlo by se to vysvětlovat aktuálním stavem nervového systému, působením hormonů, slunečními erupcemi a kdoví čím ještě, ale je možné snít i o tom, že k tomu došlo v důsledku postavení hvězd nebo díky zázračnému mávnutí motýlích křídel.

Je přirozené, že ve vědecké práci stavíme na definovaných jevech, na měření vztahů mezi nimi i na posouzení jejich ovlivnitelnosti. Byla by však škoda, kdybychom obraz celého světa, který nás ve své plné složitosti obklopuje, redukovali jen na to, co už víme. Čím se člověk dostává hlouběji k poznání snad většiny jevů, tím před ním vyvstává více otázek než odpovědí. Jako by nám dílčí poznání jen trošku nadzvedávalo oponu zakrývající dosud nepoznaný svět, v němž žijeme, v němž se snažíme vytvářet svoji budoucnost a v němž se konec konců mnohdy jen nešikovně snažíme vyrovnat se svým osudem.

V čem vidíte největší půvab malování?

Máte před sebou bílý papír a tužku a někdy přesně víte, co chcete nakreslit, a dovedete posoudit, zda se vám podařilo dosáhnout cíle. Ale někdy ani nevíte, co namalujete a proč. A až několik čar vám napoví, oč vlastně běží. S překvapením zjišťujete, jak se před vámi zjevuje „vyjetina“ – něco, co „vyšlo“ jaksi samo od sebe, náhodou a „magickým“ vlivem okolností. Potom to zahodíte nebo jen kamsi založíte a po nějaké době se k tomu vrátíte, nebo také ne. V tom je ten půvab. Je to jakási svoboda modifikovaná tím, co nastalo nebo nenastalo. Není to libovůle, ale spíše služba, kdy malujete čaru tam, kde by se jí dobře leželo, a vybíráte k sobě barvy tak, aby spolu ladily, aby se jim dobře vedlo.

Dalo by se namítnout, že když umělec podává svědectví o dnešním chaotickém a rozporuplném světě, měl by na svých obrazech zachycovat zmatek plný dynamiky, střetávání a nesouladu. Snad i proto se nepovažují za umělce, ale za žasnoucího amatéra, který tihne k představě a potřebě jakéhosi řádu nebo uspořádání. Patří do toho i snaha po uměření a po určitém typu souladu.

Máte svého oblíbeného autora?

Už od dětství jsem si všiml, že se mé kresby liší od výkresů mých vrstevníků. Jako levák jsem stíny šrafoval kolmo na směr obvyklý u praváků. Asi proto mne zaujala zejména díla Leonarda da Vinci, který levou rukou šrafoval své překrásné kresby stejným směrem jako já. Když nabízel své služby, prý neuváděl, že je malíř. Předkládal návrhy na výstavbu opevnění i kanálů, byl žádaným organizátorem slavností a vynálezcem.

Není ovšem sporu o tom, že „Mona Lisa“ je malířský zázrak. Někde jsem četl příběh o jejím vzniku.



Malováno podle obrazu Hendricka ter Brugghena „Hráč na flétnu“ (1621). | Foto: Leoš Chodura

Bohatý kardinál měl nemanželského syna a zaplatil Leonardovi, aby synovi namaloval maminku, která umřela při porodu. Nedovedl ji ale dobře popsat. Leonardo proto vytvořil jakousi ideální představu ženy, aby se synovi zalíbila a aby ji přijal za svou matku. Zmíněný syn si však malbu nikdy nevyzvedl, a tak ji Leonardo vozil s sebou a postupně ji opravoval až do své smrti. Poté ji vlastnil francouzský král František I., kterému se obraz tak zalíbil, že si jej nechal pověsit do své koupelny. Vysoká vlhkost obraz sice poškodila, ale našťastí nezničila. Existuje také hypotéza (snad spíše řada hypotéz) o záhadném úsměvu „Mony Lisý“. Leonardo údajně věděl o slepé skvrně, což je místo na sítnici, kde ústí zrakový nerv do oční bulvy a ještě není rozvětven na jemná nervová vlákna, takže tam nejsou světločiví buňky. Když se prý člověk dívá na obraz Mony Lisý v úrovni očí z určité vzdálenosti, oko si dokresluje zbývající koutek úst, a tím Mona Lisa snad dokáže změnit svůj úsměv.

Mám rád takové historky o obrazech. Těžko říct, zda jsou pravdivé, ale mají svůj půvab. Zaujala mě například i ta, která se týká Rembrandtova obrazu „Návrat ztraceného syna“. Na něm má syn tvář v klíně svého otce a ta samozřejmě není vidět. Když restaurátoři obraz zrenegovali, zjistili, že tvář je v podmalbě vykreslená a že syn pláče. Rembrandt ale nemohl tušit, že jednou budou rentgeny a lidé plačící tvář uvidí. Možná, že ji tak potřeboval namalovat pro svůj vnitřní pocit, pro úplnost té chvíle. A to je jeden z malých příkladů již zmíněné magie spojené s uměním, která mě nepřestává okouzlovat.

A koho nejvíce obdivujete z moderních malířů?

Je jich mnoho. Snad nejbližší mi jsou Josef Čapek a Claude Monet. Některé z jejich obrazů vnímám

jako pootevřené dveře do zázračného tajemství víru barev, který vypovídá o prchavém okamžiku pochopení něčeho, co nám běžným smrtelníkům zůstává přes všechno naše úsilí dosud skryto.

Není malování poněkud tichou zápravou?

No, řekl bych, že je to jedna z jeho výhod. Snad jsou malíři, kterým se lépe maluje při nějaké hudbě. Já dávám přednost tichu. Když jsem si pro své potěšení maloval kopii „Hráče na flétnu“ od holandského malíře Hendricka ter Brugghena, vzpomněl jsem si na televizní rozhovor mezi Markem Ebenem a dirigentem Liborem Peškem. Marek Eben tehdy poznamenal, že v hudbě existují takzvané ďábelské akordy, které v chrámě hudbě nesmí zaznít, a ptal se, zda jsou nějaké božské akordy. „Ne, ty, pokud vím, nejsou,“ odpověděl pan dirigent, „božské je jen ticho.“

Při malování však není úplné ticho. Obrazy mohou i mluvit, jen je třeba jim trpělivě naslouchat. Na výstavách chodím obvykle velmi rychle, ale jsou i výstavy nebo alespoň obrazy, na které potřebuji hodně času. Vypovídají nejen o době, kdy byly namalovány, o technice a o povaze svého tvůrce, ale přinášejí i mnoho pozoruhodných příběhů, poučení a nápadů. Vysvětlují si to tím, že v době, kdy nebyla televize, lidé od obrazu nečekali jen pěknou, ale i dlouhou podívanou.

Stává se mi to i u mého malování, že mě obrázek na něco upozorní a něco mi vysvětlí. Maloval jsem například manželce do kuchyně obrázek sedmi cibulí. Obrázek mi během malování řekl asi toto: 1. Když se dobře nasvítí, každá cibule může být zajímavá. (Původně jsem chtěl malovat kobližky nebo nějaké exotické ovoce.) 2. Na každé cibuli záleží. (Měl jsem totiž za to, že by mohlo stačit, aby jen jedna cibule byla dominantní a vynikla by tím více, čím by ostatní byly potlačeny.) 3. Je dobré, když cibule drží pohromadě. (Zprvu jsem se domníval, že kompozice by získala na zajímavosti, kdyby některá cibule nebyla s ostatními v ošatce... A obdobně si člověk nechá od vznikajícího obrázku poradit, i pokud jde o pozadí, ladění barev, sílu kontrastu a tak dále.

Skutečný malíř, který by se chtěl zhostit své těžké role, by měl zažívat tvůrčí muka, hledat neotřelé formy vyjádření a jít svou osobitou cestou. Z tohoto pohledu například skvělý sochař Michelangelo Buonarroti malířem nepochybně byl, i když v jednom

svojem krásném sonetu, který se váže k fresce v Sixtinské kapli, mimo jiné píše: „Já nejsem malíř a sem nepatřím.“

Proč jste si vybral pro kopírování právě „Hráče na flétnu“?

Byla to snad jen shoda náhod. Dostal jsem od syna knihu s výbornými reprodukcemi a obraz mě zaujal. Hendrick ter Brugghen byl na začátku 17. století nejvýznamnější holandský „caravaggista“. Několikrát navštívil Řím a snad se i osobně setkal s Caravaggiem. Zvládl a uplatnil styl, který se nazývá *chiaroscuro*, tedy „jas a temno“. Na obraze malovaným tímto stylem se dá očekávat sytá černá i plná bílá barva. Toho ostatně využíval rovněž Leonardo da Vinci a k dokonalosti dovedl již zmíněný Caravaggio. Obrazy malované tímto stylem jsou velmi výrazné a je poutavé sledovat jejich kresebnou i barevnou skladbu. Asi nejlepší cesta jak se s tím podrobněji seznámit je pokusit se to namalovat.

Existuje nějaké obecné poučení, které vám dalo vaše malování?

Mnoho obrazů v sobě obsahuje krásná poselství o zázračných snech, zklamáních, nezdrolných nadějích a o touze po svobodě, kráse, důstojnosti, agresi i porozumění. Byť se někteří malíři snažili zachytit dávné historické nebo náboženské události, mnohdy podali výstižné svědectví o svých současnicích, o tom, co je trápi- lo i těšilo.

Malířství vede ke zjednodušení, ke stylizaci. Musíte si ujasnit, co je důležité a co lze pominout. Současně vám ale obraz připomíná, že tam není všechno. Tím – snad paradoxně – varuje před ledabylym zjednodušujícím viděním světa, před povrchní účelovostí anebo komerčním pozlátkem. Dobré obrazy však svá poučení nekřičí. Hodně záleží na tom, zda člověk má příležitost a skutečně dobrou vůli naslouchat.

Mám-li být zcela upřímný, asi to hlavní, co mi malování dalo, je připomenutí, že není vhodné na sebe v tomto ohledu příliš upozorňovat. Nikdy jsem malířství soustavně nestudoval, zápolím s mnoha předsudky a nemohu se měřit s těmi, jimž se výtvarné umění stalo životním posláním. Člověk by asi neměl mluvit o tom, čemu příliš nerozumí a k čemu se jen občas soukromě utíká, když si chce odpočinout a přijít na jiné myšlenky. No a vidíte, v tomto rozhovoru jsem se zmíněným dobrým poučením neřídil. Snad mi to shovívaví čtenáři prominou.

OSUDY

A vy se zlobíte, že celý den přšelo...

Když se mu v roce 1926 narodila dcera Eva, pražský dermatolog Antonín Neumann určitě netušil, jak dramatický osud jeho rodinu čeká. Spolu s ostatními českými Židy postihl i Evu. Nejtěživější kapitoly musela přežít ještě mnohem dříve, než se stala internistkou **MUDr. Evou Vaňousovou**.

Doktor Neumann míval mezi válkami ordinaci „chrob kožních a pohlavních“ poblíž Karlova náměstí. Měl velmi dobré jméno a ještě za války za ním docházeli pacienti, kteří k němu už nesměli, protože jako lékař „židovského původu“ byl oprávněn ordinovat jenom pro Židy. Jeho dcery Eva a Jiřina „neářiskost“ své rodiny do začátku války moc nevnímaly. V prosinci se prostě oslavila u babičky Chanuka a pak se šlo domů ozdobit vánoční stromček. Velmi tvrdé připomenutí židovského původu však přišlo už v srpnu 1940, kdy byly židovské děti vyloučeny ze všech veřejných škol v protektorátu. Evi-no studium gymnázia tak fakticky skončilo absolvováním tercie.

Jepičí perspektivy

„Pak nás učil nějaký inženýr, ještě celou kvartu, někde v Karlíně. Psali jsme s ním i kompozice. Jedna měla legrační téma: ‚Slečno, slečno, vy se zlobíte, že celý den přšelo! Co má říkat tamta malá jepice, které přšelo po celý život?‘ Poté jsem pomáhala otcovi v ordinaci, dělala jsem mu sestřičku. To mi bylo patnáct,“ vzpomíná doktorka Vaňousová. Další dění nijak nezvratil ani zoufalý pokus rodičů, kteří nechali dcery pokřtít. Neumannovým se také nepodařil plánovaný útek na Slovensko, kde byly pro Židy dočasně nadějnější podmínky. Represe se pomalu, ale zcela neúprosně a systematicky stupňovaly. Směřovaly ke „konečnému řešení židovské otázky“, politickému eufemismu pro vyvražďení. Do transportu se rodina dostala v březnu 1943.

Marodka a dětský domov v Terezíně

Neumannovi se ocitli nejprve v Terezíně. Doktor Neumann tam i v dalších koncentračních táborech, kterými postupně prošel, působil jako lékař. Jak po válce vzpomínal, nejnaléhavějšími problémy „lágrového“ zdravotnictví byly nejen důsledky hladu a vyčerpání, ale zejména neustálý boj



Ilustrace foto: Shutterstock

proti hmyzu roznášejícímu obávané infekční nemoci, zvláště tyfus. Z něho měli velký strach i sami Němci. „V Terezíně za války také byla první epidemie infekční žloutenky u nás,“ dodává doktorka Vaňousová. V Terezíně dělala zdravotní sestru na dětské marodce a doufala, že jednou bude studovat medicínu. Zapomenout nemůže na terezínský dětský domov. „Tam jsem chvíli dělala pečovatelku u malých dětí. Byl tam asi čtyřletý chlapec, měl zdeformovaný obličej a jmenoval se Adolf. Jeho matka nebyla Židovka, ale tvrdila, že ho měla se Židem a že ho nechce, tak jej poslala samotného do Terezína.“

Nevím, jestli to byl Mengele

V den svých osmnáctých narozenin, 8. října 1944, Eva Neumannová se sestrou a matkou dorazila transportem do Osvětimi. Otec už odjel na východ dřívě, setkala se s ním až po válce. Ve vlaku od matky dostala dárek k 18. narozeninám – kapesní hřebínek. „Řekli nám, že musíme vše, co máme, nechat ve vlaku. Neposlechla jsem a vzala si tašku. Měla jsem v ní ten hřebínek a učebnici ruštiny – my po Mnichovu Západu moc nevěřili, tak jsme se upnuli na Východ. Viděla jsem, co se děje na rampě, tak jsem se vrátila a taš-

ku práci v Merzdorfu, do fabriky na zpracování lnu. Tam to bylo snesitelné... Bylo tam dokonce i cosi jako ordinace a v ní lékařka, Polka, říkali jsme jí ‚paní dochtůr‘. Ale neměla tam nic, neměla čím ordinovat.“

Eva tahala těžké snopy lnu ze sýpky na vůz. K jídlu dostávali jen řídkou polévku a malý kousíček chleba. Hodně hubená tam už přišla, ztratila dalších dvanáct třináct kilo. „V Merzdorfu jsem byla až do osvobození, do začátku května 1945. Tehdy esesačky utekly, a jediné nám bylo dokonce líto, tam nebyly tak zlé jako v Osvětimi. Viděly jsme, jak si ji někde odvázejí ruští vojáci. S holkami jsme šly pěšky domů. Bylo to blízko od hranic, tak jsme došly do Trutnova. Po několika dnech jsme se prvním vlakem, 14. května, dostaly domů, do Prahy. K vlaku jsme jely tankostopem – stopy jsme si ruský tank. Ruští vojáci se k nám chovali velice slušně.“

„Lucernový“ ročník

Po tříměsíční „oktávě“, která jí měla zastoupit pět let gymnázia, složila maturitu a zapsala se na medicínu. „Byli jsme ‚lucernový‘ ročník. Bylo nás tolik, že jsme se do normální posluchárny nevešli a přednášky měli ve Velkém sále v Lucerně. Už v prvním roce studia minimálně třetina odpadla, studium si představovali snazší, než bylo. Nemám dojem, že by nás zkoušející nějak protežovali. Ani nemohli vědět, čím kdo z nás prošel za války. Mně nejvíc chyběla ze střední školy chemie,“ vzpomíná na svá studia na fakultě všeobecného lékařství paní doktorka. Kolorit studia v poválečných podmínkách dokresluje bizarní vzpomínkou na svého vyučujícího, profesora Bohumila Prusíka: jednou se snažil zašlápnout nohou štěnicí na stěně posluchárny.

Někdo to musel ohlídat...

Přišel rok 1948. „Ještě na fakultě jsem vstoupila do komunistické strany. Měli jsme pocit, že to někdo musí hlídat, aby se neopakovalo to, co se stalo nám. Tehdy nás tam vlezla strašná spousta. Pravdou je ale i to, že se kolem nás děly divné věci. Mému kamarádovi, také medikovi, utekl bratr do ciziny. Pak se ztratil i kamarád, zavřeli ho,“ vysvětluje dobové paradoxy paní doktorka a pokračuje ve vzpomínkách na konečně šťastnější etapu svého života. „Promovala jsem v roce 1951 a pak nastoupila do Krajské nemocnice v Plzni. Sloužila jsem na interně, krátkou dobu také na patologii. K tomu, že jsem se po roce dostala z Plzně do Prahy, do Všeobecné fakultní ne-

mocnice, mi určitě pomohlo i to, že jsem v té době byla ‚stranický kádr‘.“

IV. interní kliniku, kam nastoupila, tehdy vedl již zmíněný profesor Prusík, který založil českou angiologickou školu, jež postupně dala vzniknout i různým angiologickým centrům po celé republice. Doktorka Neumannová se provdala za právníka doktora Vaňouse a v roce 1957 se jim narodila dcera Hana. V profesní dráze, ke které se brzy po narození dcery vrátila, se zaměřila na kardiologii. Ke druhé atestaci ji vedl profesor Otakar Šmahel.

„Vás já volit nebudu!“

V 60. letech přestoupila na I. chirurgickou kliniku. „Dělala jsem tam internu, předoperační vyšetření i péči o pacienty po operacích. Bylo tam velké množství práce, ale bylo to zajímavé a moc mě to bavilo. V rámci kardiologie mě nejvíc zajímaly arytmie a poinfarktové stavy. Přednosta kliniky profesor Vladimír Balaš byl výborný chirurg, ale zároveň i kovaný stranický kádr. Měla jsem s ním konflikt, který se mi pak stal osudným. Jednou jsem mu totiž řekla, že operovat se od něj nechám kdykoli, ale do žádné funkce že ho volit nebudu. Namíchl se. Při stranických prověrkách na začátku normalizace jsem pak dostala nejtěžší stranický trest – vyloučili mě a musela jsem pryč,“ shrnuje paní doktorka lapidárně průběh i konec své práce na chirurgické klinice.

K železničářům se nikdo nehrnul

„Jako politicky nespolehlivou mě přijali na železniční polikliniku v Nymburce. Nikdo se tam nehrnul a politicky to tam za normalizace tak přísně nehlídali. Pro výstrahu mi ale přece jen prodloužovali smlouvu vždy po půl roce. Bylo tam i pár lůžek. Tam jsem potom dělala primářku celého zařízení, na krku jsem měla celou internu a na nějaký další odborný rozvoj nebylo moc času. Někdy se tam vyskytly i docela bizarní případy,“ vzpomíná dál paní doktorka. „Jednou přišel pacient s těžkým zápallem plic, starší pán. Dvacet kilometrů do Nymburku ušel pěšky, prý mu cestou zastavilo nějaké auto, ale řidič viděl, jak kašle, tak ho nenaložil.“

V 80. letech pro „železniční zdravotnictví“ pracovala i na železniční poliklinice v Praze. V důchodu ještě dělala lékařské prohlídky u odvodu branců. Opravdu „na odpočinku“, alespoň od medicíny, je paní doktorka Vaňousová až od svých 77 let.

Co znamená „snesitelné“

„V Osvětimi jsem naštetit zůstala jenom pár týdnů. Vybrali mě totiž

Osobnosti české medicíny vážně i nevážně

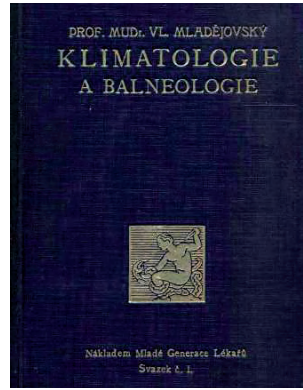
prof. MUDr. Vladislav Mladějovský
(11. 1. 1866 Praha – 19. 11. 1935)

Zakladatel české balneologie a klimatologie. Maturoval na reálném gymnáziu v Praze, pak vystudoval pražskou lékařskou fakultu, kde promoval v roce 1890. Po promoci se stal lékařem Všeobecné nemocnice v Praze, následně byl rok lékařem ústavu pro choromyslné v Praze, praktikoval v lázních Gräfenberg (Jeseník) a v rakouském Kaltenleutgebenu, poté přesídlil do Rožnova pod Radhoštěm, kde vybudoval vodoléčebný ústav. Od roku 1898 byl lázeňským lékařem v Mariánských Lázních, kde strávil 34 let. V roce 1900 byl habilitován pro balneologii a klimatologii, v roce 1907 se stal mimořádným a od roku 1925 řádným profesorem balneologie a klimatologie a před-



nostou balneologického ústavu české lékařské fakulty. Byl autorem množství prací hlavně z obecné balneologie, klimatologie a fyzikální terapie, k tomu se zabýval i dietikou, dnou, obezitou, arteriosklerózou a ledvinovými chorobami. Napsal dvě základní učebnice „Balneologie a hydroterapie“ (1907 a 1908) a „Stručný nárys klimatologie a balneologie“ (1923).

V Mariánských Lázních byl velmi aktivním pracovníkem, usiloval o vyvlastnění těchto lázní z rukou německého kláštera v Teplé. Nepopíratelný význam měla jeho organizační činnost. Účastnil se založení organizace českých lázeňských lékařů, Svazu československých lázní a zřídil a České společnosti pro fyzikální medicínu, jež byla po válce změněna na Českou balneologickou a klimatologickou společnost. Zalo-



žil rovněž věstník této společnosti, jejímž předsedou se stal. Stál u zrodu fyziatrického ambulatoria pro léčení nemajetných. Byl řádným členem Státní zdravotní rady a předsedou lázeňského odboru této korporace. Jeho aktivita při organizování české balneologie byla nesmírná.

Jasně a nepochybně

Profesora Vladislava Mladějovského vždy značně dráždil povýšenecký postoj některých chirurgů, kteří se posmívali jeho milované balneologii: „Lázeň-

ské léčení, to není žádná exaktní věda, dávat jen takové vodičky, někdy jen tak od oka, nebo koupele, vždyť nikdo nemůže přesně říci proč a nač. Kdežto taková chirurgie, tam je všechno jasné a nepochybné. To je věda!“
A teď si představte, když jej na letním bytě navštívila kvetoucí

panímáma ze sousedství a ukázala mu svou propouštěcí zprávu z I. chirurgické kliniky, kde stálo: „Stav po probatorní laparotomii. Kachexia carcinomatosa. Generalizované metastasy. Moribunda.“
A vše bylo jasné a nepochybné.

MUDr. Svatopluk Káš

Klubové setkání členů České lékařské akademie

14. února v 17 hodin proběhne v Akademickém klubu ve Faustově domě na Karlově náměstí zajímavá přednáška na téma „Akutní a chronická hypoxie plicních cév“.



Prof. Jan Herget. | Foto: Leoš Chodura

Přednášejícím bude prof. MUDr. Jan Herget, DrSc., který se studiem vlivu hypoxie na plicní cévní řečiště zabývá spolu se svými spolupracovníky zhruba od 60. let minulého století. Od konce loňského roku byla původně uzavřená klubová činnost ČLA zpřístupněna široké lékařské obci i studentům lékařských fakult. Všechny zájemce tedy srdečně zveme a těšíme se na setkání s nimi

prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc., FCMA
předseda České lékařské akademie

Inzerce A121000996

Rozhodněte to právě vy!

roku
Sestra 11



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

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

Hlasujte pro finalistu soutěže Sestra roku 2011

a vyznamenejte jej oceněním v kategorii **Sestra mého srdce** vyhlášené redakcí odborného časopisu Sestra z vydavatelského domu Mladá fronta a. s.

Každý padesátý hlasující získá vstupenku na XII. ročník prestižní soutěže Sestra roku, který se uskuteční 28. února 2012 v Paláci Žofín na Slovanském ostrově.

Vítěze budete moci vybírat z 10 finalistů soutěže Sestra roku 2011, které nominovala odborná porota. Hlasovat můžete prostřednictvím internetu na www.sestraroku.cz/finalistky. Jednotlivé finalisty vám představujeme nejen na fotografiích, ale i pomocí jejich medailonků. Hlasování probíhá od ledna do 24. února 2012.

Stručná pravidla:

Hlasovat můžete u každého finalisty takto: jedenkrát internetové hlasování. Vítězem hlasování se stane ten, který v celkovém součtu získá největší počet hlasů. Pořadatelem soutěže je Mladá fronta a. s. Odesláním hlasu dává soutěžící společnosti Mladá fronta a. s. souhlas se zpracováním poskytnutých údajů k jejím marketingovým účelům a prohlašuje, že se seznámil s poučením o ochraně osobních údajů uveřejněných na www.mf.cz. Poskytnutí údajů je dobrovolné. Upozorňujeme soutěžící na práva poskytovatele údajů vyplývající ze zákona č. 101/2000 Sb. Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na www.sestraroku.cz/finalistky. V případě dotazů pište na adresu sestraroku@mf.cz.

Generální partner:



Hlavní partner:



Technický partner:



Partner:



www.sestraroku.cz/finalistky

MEDICAL SERVICES

MFP
MLADÁ FRONTA

Nemoci našich mocných ve 20. století – II. část

Historický a patobiografický pohled na třetího prezidenta Československé republiky, který stannul nedobrovolně také v čele Protektorátu Čechy a Morava, Emila Hácha, a jeho následovníka Klementa Gottwalda, označovaného v písemnictví za „prvního dělnického prezidenta“.

Ve druhém pokračování našeho seriálu (po charakteristice prezidentů Masaryka a Beneše) se pokoušíme o zhodnocení zdravotního profilu dalších dvou osobností, jež v minulém století stály v čele našeho státu.

Základní fakta jsou čerpána ze svolením docenta Miloše Vojtěchovského z jeho přednášky „Nemoci mocných ve 20. století“, která proběhla koncem loňského roku. Některé upřesňující informace jsou převzaty také z jeho publikací v časopise Česká a slovenská psychiatrie (5/2010 a 4/2011).

Jediný prezident, který o svou funkci nestál

JUDr. Emil Hácha (1872–1945) patřil k právnickým autoritám první republiky, byl ctěn jako konzervativní český vlastenec a přesvědčený demokrat s výrazným sociálním cítěním. Působil i v kulturní oblasti – překládal beletrii (např. J. K. Jerome: „Tři muži ve čtu-nu“), psal básně, přátelil se s předními výtvarníky a byl majitelem rozsáhlé sbírky soch a obrazů. I přes svůj malý vzrůst byl od mládí fyzicky velmi zdatný (v dospělosti dobrý tanečník i tenisový hráč a vyznavač alpinismu). Střídmost porušoval snad pouze jako vášnivý kuřák doutníků a mírný konzument piva a vína. Dobrá kondice mu údajně vy-

držela až do nástupu do vrcholné státnické funkce.

Veřejného života se spíše stranil a vůči stranickým pŕtčkám se stavěl jako konzervativně smýšlející rezervovaný občan – proto byl také přijatelný pro většinu tehdejších politických stran. V roce 1938 byl vybrán na post prezidenta rovněž pro své schopnosti řídit velký úřad (od 53 do 60 let byl prezidentem Nejvyššího správního soudu v Praze) a pro přehled v evropských právnických otázkách, který získal jako dlouholetý zastupce ČSR v haagském Mezinárodním rozhodčím soudu.

5. 10. 1938 odstoupil z funkce prezidenta republiky Edvard Beneš a za dva dny byl na schůzi vlády její předseda Rudolf Beran podle ústavy pověřen některými funkcemi prezidenta. Ve vládě se potom začalo uvažovat, kdo se stane novým nástupcem, a Beran přišel s návrhem, aby byl na prezidenta republiky navržen Hácha. Ten se podle svědectví Jana Syrového „zpěčoval“, ale bylo na něj naléháno, aby funkci převzal. Z rozhodnutí předsedy vlády byly 17. 11. svolány obě sněmovny k zahájení podzimního zasedání a na osobě Emila Háchy se shodli všichni političtí činitelé. Hácha byl na vrcholu své právnícké kariéry. Zároveň se připravoval na penzi a těšil se na ni. Podle sdělení jeho dcery Milady Rádlové chápal funkci prezidenta jako oběť. Věděl, že je již stár a vyčerpan.

Gradovaná traumata

Už ve středním věku se u Emila Háchy začaly objevovat určité varovné psychosomatické signály, které vzbuzovaly podezření na počínající arteriosklerózu. Jeho osobním lékařem byl nejprve MUDr. Malík, konzultantem docent Jiří Syllaba. Právě doktor Malík jej od přijetí kandidatury zrazoval a i sám Hácha, který po smrti své manželky a následném rozvodu dcery Milady v roce 1937 upadl do špatného psychického stavu, byl k přijetí funkce rezervovaný.

Jak zaznamenal Adolf Maixner, další z jeho osobních lékařů (těž



Emil Hácha musel pod náročnou psychickou zátěží, pro nás dnes nepředstavitelnou, jako chorý člověk setrvat proti své vůli až do hořkého konce a skončil v terminálním stavu ve vězení.

osobní lékař T. G. Masaryka), postupně se u Háchy stále více projevovat pesimismus a protrahované deprese se sebevražednými úmysly (tyto stavy se pak zesilovaly po celé období protektorátní prezidentské funkce). Od listopadu 1938 prezident Hácha podle svého sdělení trpěl úpornou nespavostí, stěžoval si na pocity méněcennosti akcentované obavami z prožitků urychleného stárnutí a stavy vyčerpaní. Jeho největším traumatem byl nepochybně 14. březen 1939 a následná návštěva Berlína spojená s diktátem nacistů, který mu ukládal akceptovat konec trvání republiky a německou okupaci. Po Göringově vyhrožování,

že rozbombarduje Prahu, jestliže Hácha verdikt nepodepíše, se prezident zhroutil, kolaboval a byl ošetřován Hitlerovým osobním lékařem doktorem Morellem intravenózními injekcemi glukózy (podrobně si lze přečíst Háchův záznam o jednání v Berlíně v noci ze 14. na 15. března 1939 na webu www.fronta.cz).

Po návratu z Berlína prý Hácha poznamenal: „Připadám si jako chalupník, kterému prodal poslední krávu.“ Když se k tomuto aktu vrátil, vycházel z poznání, že mu otázka obsazení českých zemí byla předložena jako nezměnitelná skutečnost. Bylo mu dáno pouze na vybranou, zda má do-

jít ke krveprolití, či nikoli. Jeho deprese se pak dále prohlubovaly a byly provázány sebevražednými úmysly (doktora Maixnera žádal o podání jedu a lesního správcce v Lánech o poskytnutí střelné zbraně). I přesto Emil Hácha zůstal ještě dlouho aktivní ve snahách o zmírnění nacistických opatření vůči českému národu.

Tortura, z níž nebylo úniku

Záhy po nástupu nového říšského protektora Reinharda Heydricha do Prahy se u Háchy začal projevovat progredující kognitivní úbytek. Tehdy také sepsal první abdikáční dopis (21. 9. 1941), ale jeho rezignace nebyla přijata. Stav 70letého prezidenta v následujícím roce charakterizoval jeho osobní tajemník doktor Škarvada jako naprostou ztrátu vůle, neschopnost si cokoli pamatovat a dokonce řekl: „Lidé v takovém stavu, jako je dnes on, prohlašují se za nesvéprávné.“ Další abdikáční listinu sepsal v roce 1943 tehdejší prezidentův tajemník doktor Kliment a Hácha, který ji podepsal velmi kostrbatým písmem, údajně už ani nevěděl, co podepisuje. V letech 1943–1944 nebylo hradní kanceláři doporučováno, aby se prezident objevoval na veřejnosti. Dosazení nového nástupce ale Hitler kategoricky zamítl.

Podle sdělení docenta Vojtěchovského je nepochybné, že kognitivní deteriorace prezidenta byla evidentní pro konziliáře – internistu profesora Bohumila Prusíka – už od listopadu 1941 a později stvrzena psychiatrem profesorem Zdeňkem Myslivečkem. Podle autora je možno neuropsychickou poruchu Emila Háchy *ex post* (ovšem bez potvrzujícího pitvěního nálezu) definovat jako protrahovanou depresi se suicidálními úvahami, rychle progredující Alzheimerovou chorobou s komorbidním *status lacunaris*, s přechodnými delirantními stavy, vše potencované chronickou stresovou poruchou. Prezident Hácha zemřel 27. června 1945 ve svých 73 letech, po 6týdenním pobytu ve vězení na Pankráci, kam byl převezen z Lán po vydání zatýkače ministrem vnitra Václavem Noskem. Národní soud pak v roce 1946 Emila Háchu posmrtně zprostil odpovědnosti za jeho politické činy a projevy, ovšem až od ledna 1943.

Až do hořkého konce...

Tento prezident vystupuje v českých dějinách jako rozporuplná postava a existuje na ni mnoho pohledů. Tomáš Pasák jej ve své knize „JUDr. Emil Hácha (1938–1945)“ vyličil jako „nemocného



Hácha s Reinhardem Heydrichem

Nemoci našich mocných ve 20. století – III. část

V dalším pokračování hodnotíme osudy posledních dvou dělnických prezidentů – Antonína Zápotockého a Antonína Novotného. Oba sice byli psychicky zdraví, ale selhali spíše charakterově. U prvního z uvedených se navíc politické tlaky zřejmě podepsaly na akceleraci srdečního onemocnění, kterému podlehl ještě ve svém krátkém funkčním období.

Ve třetím díle našeho seriálu se pokoušíme o patobiografický profil posledních dvou ze tří „dělnických prezidentů“ (první z nich se vyučil kameníkem, druhý strojním zámečnickem), jejichž tradici zahájil Klement Gottwald. Vedle přednášky docenta Miloše Vojtěchovského, kterou zmiňujeme ve dvou předchozích částech a jež se stala impulsem pro vytvoření tohoto seriálu, využíváme i dalších zdrojů – základními prameny jsou zde práce Vladimíra Kadlece „Podivné konce našich presidentů“ (Kruh, 1991) a Jiřího Pernese „Takoví nám vládli“ (Brána, 2003).

Role československých prezidentů, kteří následovali po Klementu Gottwaldovi, ještě v našich novodobých dějinách není detailně zpracována a zůstává zde řada otázníků. Předkládané stručné zhodnocení tedy rozhodně neaspíruje na historickou studii. Je to pouhá sonda do života vrcholných představitelů naší státní moci, vycházející z oficiálních záznamů a dostupných svědectví jejich současníků, navíc redukovaná pohledem na jejich zdravotní stav či psychologický profil.

Mohou lékaři odvrátit „vládu nemocných“?

Ještě před tím, než otevřeme osudy našich dalších dvou prezidentů, uvádíme komentář docenta Vojtěchovského, který s tématem úzce souvisí. Autor si klade otázku, zda by nebylo vhodné nastupující prezidenty podrobit lékařskému vyšetření ještě před jejich vstupem do vrcholné státní funkce. Argumentuje při tom vlastní praktickou zkušeností. „Jako k ambulujícímu geriatrickému psychiatrovi ke mně často přicházejí senioři, kteří žádají o vyřízení žádosti o prodloužení řídicího průkazu. Posílají je praktičtí lékaři a já jako psychiatr se mám vyjadřovat k tomu, zda netrpí vážnou duševní poruchou, nejčastěji kognitivní deteriorací nebo demencí, jež by ohrožovala jejich schopnost bezpečně řídit motorové vozidlo a neohrožovat silniční

provoz a tím i životy ostatních občanů. Stejně vyšetření k ověření kognitivních funkcí musí opakovaně podstupovat všichni strojvůdci a piloti (tito nejen v seniorském věku). Zajímalo mne, proč bychom jako lékaři neměli posuzovat duševní a fyzické zdraví všech veřejně činných osob (od starostů obcí přes krajské funkcionáře až po ministry a prezidenty), zda jsou v rámci svých osobnostních vlastností a případných mentálních chorob schopny správně vládnout a řídit běh celé společnosti, která je jejich činy ohrožena mnohem více než například dementním řidičem. Když jsem toto diskutoval na svých přednáškách, oponoval mi profesor Cyril Höschl s tím, že podobnou otázku bych neměl ani předhazovat, protože je věcí jiných zodpovědných politiků, aby rozhodovali o tom, kdo je či není vhodný pro vedoucí státní funkce.“

Nejde jen o „tuzemský problém“

Oproti výše zmíněným argumentům se autor vyhraňuje protinázorem. „Když skončila vláda Adolfa Hitlera, ptali se významní američtí psychiatři (profesoři, přednostové klinik), jakým způsobem lze zabránit možnosti, aby se do čela německého státu nedostal nový Hitler. A profesor Burke, slavný autor učebnice psychiatrie, jakož i západoněmecký psychiatr Schaltenbrand navrhli vytvořit nezávislou komisi odborníků, složenou z internistů, psychiatrů a psychologů, která by v pravidelných intervalech zkoumala činnost a duševní stav všech svých svěřených kandidátů na moc, aby měli pravoplatný verdikt k jejímu výkonu. Ten by pak měl být odeslán určitému legislativnímu orgánu, jako jsou parlamenty, senáty anebo ústavní soudy. Tam by mělo být rozhodnuto, zdali danou osobu mají ve vedoucí funkci ponechat, nebo ji z ní odstranit.“

Obdobně komentuje toto vyjádření endokrinoložka docentka Zdena Límanová (dcera chirurga



Prohlášení Antonína Zápotockého po roce 1945 zněla slibně.

profesora Zdeňka Vahaly, který společně se Zdeňkou Psůtkovou napsal knihu „I nám vládli nemocní“). „Otcovým krédem bylo, že významný politik by měl být vyšetřen psychiatrem, čímž by se zabránilo tragickým důsledkům (Gottwald, Hitler, Stalin). A samozřejmě obdivoval Masarykovu brilantní psychiku do vysokého věku, u Beneše (a u Háchy) považoval mozkovou aterosklerózu za příčinu neblahých rozhodnutí.“ Rovněž psychiatr Radkin Honzák poznamenal, že by taková vyšetření byla jistě velmi užitečná, ale patrně těžko realizovatelná. O to se u nás podle slov doc. Vojtěchovského nedávno pokusil doktor Jan Hnízdil, který spolu s doktorem Hubálkem, Stránským a ještě několika dalšími inicioval diskusi o této možnosti, ale sklídili za to pouze velmi negativní reakce ze strany Hradu...

Vysoká prevalence utajovaných chorob

Miloš Vojtěchovský dále připomněl přednášku slavného amerického kardiologa profesora Paula D. Whitea z roku 1952, který tehdy mj. řekl: „Jako lékaři máme osudy našeho světa do jisté míry

tíží také snížení krevního tlaku a únavu), Crohnovou chorobou, a byl tedy léčen kortikoidy, měl opakované fraktury páteře, často se ocital v rukou šarlatánů, bral psychostimulancia a rovněž amfetaminy (jak již bylo uvedeno v minulém dílu v souvislosti se závislostmi mocných). Jeho stav se podle doc. Vojtěchovského podílel na fiasku setkání s 15 let starším Chruščovem ve Vídni, kdy byl pod vlivem amfetaminů a jeho schopnost uvažování a rozhodování byla vážně ohrožena (jeho prohra s Kubancem, na níž se rovněž podepsaly amfetaminy, už byla zmíněna minule). Cerebrovaskulárními a kardiovaskulárními nemocemi, jako jsou cévní mozková příhoda (CMP) či akutní infarkt myokardu (IM), byli postiženi také další američtí prezidenti Woodrow Wilson, Franklin D. Roosevelt (těžká arteriální hypertenze) nebo britský premiér Winston Churchill (čtyři IM, několik CMP, alkoholismus). Z našich prezidentů (o nichž bude ještě podrobněji pojednáno) to byli Antonín Zápotocký (tři IM), Ludvík Svoboda (patrně multiinfarktová nemoc, CMP) a Gustáv Husák (CMP, cukrovka, silný kuřák, vážné oční onemocnění).

Zápotockého sympatické politické mládí

Antonín Zápotocký (1884–1957), syn Ladislava Zápotockého-Budečského, spoluzakladatele sociálně-demokratické strany v českých zemích, se po vyučení kamenického řemeslu (podílel se též na dostavbě chrámu sv. Víta) zcela oddal své funkcionářské činnosti ve stejné straně jako jeho otec. V době 1. světové války narukoval jako voják rakousko-uherské armády a účastnil se bojů v Haliči, Srbsku a na italské frontě. Jak uvádí Jiří Pernes, v Srbsku se Zápotockému nečekaně vrátily příznaky choroby, na kterou již skoro zapomněl – opět se dostavily záchvaty úporného kašle, chrlení krve a mdloby. Z vojenské služby sice propuštěn nebyl, ale dostalo se mu výsady pracovat v kuchyni. Podle docenta Pernese to „asi nebylo zrovna správné rozhodnutí, protože člověk s podezřením na tuberkulózu vařil ostatním a svým kašlem nad kotlem s mēnází ohrožoval jejich zdraví“. Nepochybně mu to ale pomohlo přežít válku.

Ihned po návratu z bojiště se začíná opět politicky angažovat a v roce 1920 je jako jeden z hlavních organizátorů tzv. kladenské stávký na devět měsíců uvězněn (propuštěn po amnestii T. G. Masaryka). Po založení KSČ se brzy dostává do

člověka s dobrým srdcem, který jednal vždy podle svého nejlepšího vědomí a svědomí, miloval český národ a byl se pro něj ochoten obětovat“. Podobně se o něm vyjádřil i bývalý komorník Strupa: „Politika Emila Háchy byla diktována strachem, ne o sebe sama, ale o národ.“

Existují samozřejmě i pohledy zcela opačné, podle nichž je Hácha národním zrádcem (viz lidový slogan „Hácha – Hitlerův brácha“). Skutečností je, že musel pod náročnou psychickou zátěží, pro nás dnes nepředstavitelnou, jako chorý člověk setrvat proti své vůli až do hořkého konce a skončil v terminálním stavu ve vězení. Podle docenta Vojtěchovského nesou určitou zodpovědnost za jeho osud i ošetřující lékaři, kteří včas nerozpoznali závažnost jeho choroby (zejména depresi, která je ve stáří významným rizikovým faktorem pro vznik demence) a nenavrhlí patřičná preventivní opatření.

Drogy a alkohol – u politiků žádná vzácnost

V úvodu k rozboru další osobnosti docent Vojtěchovský poznamenal, že je zarážející, jak často zaujímaly v životě státníků významnou roli různé druhy závislostí, a zároveň překvapivé, že s tímto handicapem byli schopni zastávat své vysoké politické funkce.

Uvádí se, že Hitler trpěl buď Parkinsonovou nemocí, nebo indukovaným extrapyramidovým syndromem vyvolaným závislostí na amfetaminech. Britský předseda vlády Anthony Eden trpěl závislostí na psychostimulanciích v době rozhodování o osudu Velké Británie za Suezské krize, John F. Kennedy byl závislý na amfetaminech přinejmenším do prohry s Kubánci v Zátocce sviní, teprve pak dostal nové lékaře, kteří jeho závislost omezili. Mimo to Kennedy bral rekreační drogy (marihuanu, LSD, heroin i kokain), a byl tedy do jisté míry zárazek, že mohl fungovat jako prezident. Závislostí na alkoholu jistě trpěli Winston Churchill, Lyndon Johnson, Richard Nixon, George Bush mladší a ze sovětských vládců Boris Jelcin. Ten bral i vysoké dávky analgetik, které v kombinaci s alkoholem vykonaly devastující dílo (známý skandál v Irsku, kde nebyl schopen vystoupit z letadla a po několika hodinách musel být dán signál k odletu). Přední český psychiatr a alkohololog docent Jaroslav Skála označil jako závislé na alkoholu také dva naše prezidenty – Klementa Gottwalda a Gustáva Husáka, u kterého jsou však

evidence o závislosti na alkoholu nejasné. Skála se prý dozvěděl od svých přátel, že prezident trpí vážnými problémy s nadužíváním alkoholu, ovšem není zřejmé, zda pít u Husáka neodpovídá slovenskému průměru, který je jiný než český...

Gottwald – politická a alkoholová paranoia

Čtvrtý prezident Klement Gottwald (1886–1953), který u nás v podstatě „zastupoval“ sovětské vládce v letech 1948–1953, svým vstupem na Pražský hrad odstartoval dvacet let trvající éru dělnických prezidentů bez vyššího vzdělání a čtyřicetiletou epochu komunismu. Jeho politický, osobnostní a morální profil je dostatečně známý z řady dostupných monografií. Poukazováno je především na jeho krutost, kterou ilustruje dobře známý výrok tehdy ještě 33letého poslance (v roce 1929) při vstupním projevu v parlamentu: „My se od ruských bolševiků do Moskvy chodíme učit, jak vám zakroutit krk. A vy víte, že ruští bolševici jsou v tom mistři!“ V Moskvě strávil Gottwald celkem 8 a půl roku a vyškolil se opravdu dokonale.

Po přechodném odklonu od bolševického vzoru se zejména po roce 1950 stal absolutním vykonavatelem příkazů z Kremle. Za jeho poměrně krátkého vládnutí bylo Státním soudem vyнесeno s jeho souhlasem 230 rozsudků smrti, z nichž 178 bylo vykonáno (mezi popravenými bylo i 11 z jeho

nejbližších stranických kolegů). Zejména po těchto politických procesech byl podle četných svědectví více „v lihu“ než ve stavu střízlivosti. Postupně se přestal stýkat se svým okolím – vyhledával pouze společnost manželky, dcery, vnučky a zetě Alexeje Čepečky.

Vedle alkoholického abúzu (preference koncentrátů), který u Klementa Gottwalda začal dle svědectví jeho spolupracovníků už před vypuknutím 2. světové války, byl rovněž celoživotním vášnivým kuřákem (lulka à la Stalin). Na základě informací Zdeňka Fierlingera se Gottwaldův alkoholismus stupňoval v době moskevské emigrace, kdy byl ve večerních hodinách natolik opilý, že mohl jen obtížně telefonicky komunikovat. V letech 1947–1948 už pak často nebyl schopen několik dní řídit stranické schůze. Známy je také jeho „blábolivý“ projev na Staroměstském náměstí v létě 1947, který z pochopitelných důvodů nikdy nebyl publikován. V pití jej navíc podporovali i jeho manželka a zeť. Průvodním jevem závislosti byla nespolehlivost a určité projevy stihomam (strach ze Stalina, odposlechů apod.).

Luetické onemocnění před národem tajeno

Syfilis (získaná patrně v době vojenské válečné služby) byla u Klementa Gottwalda pravděpodobně poprvé diagnostikována v roce 1944 (v době Slovenského národ-



Klement Gottwald na tribuně po boku Zdeňka Nejedlého

ního povstání, kdy řídil vysílání jednotek Československého armádního sboru na Slovensko), během hospitalizace pro akutní infarkt myokardu v sanatoriu nedaleko Moskvy. Ošetřujícím lékařem byl profesor Makarov, který také pacientovi provedl antiluetickou terapii vysokými dávkami penicilinu. Osobním lékařem Gottwalda se pak stal psychiatr Leo Haas, kterého povolal z londýnské emigrace Rudolf Slánský (ten byl o prezidentově venerické chorobě jako jediný oficiálně informován). Brzy se ale tento lékař ukázal jako „nevhodný“, protože navrhl, aby byl prezident ze zdravotních důvodů zproštěn své funkce. To ovšem sovětské vládní zamítli a Marta Gottwaldová si poté pro svého muže vyžádala jiného osobního lékaře – tehdy prominentního neuropsychiatra profesora Vladimíra Haškovece. Ten se marně snažil i o režimovou úpravu nenapravitelného alkoholika (na hradních recepcích mu dokonce osobně odebíral číše).

V roce 1947 pak byl Gottwald vyšetřen na III. interní klinice v Praze, kde byla potvrzena rozsáhlá výduť hrudní aorty a doporučena léčba bismutem a jódem. Odhadovaná doba přežití – dva roky – se nakonec prodloužila na pět let. Profesor Haškovec byl v roce 1951 zbaven funkce osobního prezidentova lékaře a nahrazen už zmíněným sovětským internistou profesorem Makarovem. Koncem tohoto roku byli Haas s Haškovcem zatčeni (v rámci chystaných procesů proti vysokým stranickým funkcionářům). Profesor Haškovec byl o tři roky později odsouzen k 6 letům ztráty osobní svobody, občanských práv a poloviny majetku. Rozsudek byl zdůvodněn tím, že o prezidentu špatně pečoval, nedokázal jej uchránit před nezdravou životosprávou a rovněž prý nevyužíval konziliárních služeb sovětských lékařů.

Očekávaný konec a nezodpovězené otázky

Následně se o Gottwalda staral také internista primář Karpíšek, který jej 8. března roku 1953 doprovázel při cestě do Moskvy na Stalinův pohřeb. Zde nastaly zdravotní komplikace, jež se po návratu do Prahy začaly výrazně zhoršovat. Na Hradě se pak u pacientova lože vystřídal vedle tří sovětských lékařů i jedenáct českých prominentních specialistů (mj. prof. Charvát, prof. Jonáš, chirurgové prof. Diviš, Jirásek, Kunc a další). Jak uvádí doc. Vojtěchovský, moskevský chirurg prof. Bakulev navrhl provést otevření hrudníku a sešití krvácející ruptury aorty. Tento riskantní postup ovšem čeští konziliáři odmítli (navíc se měl uskutečnit v provizorních podmínkách koupelny). Gottwald zemřel 14. března v odpoledních hodinách. (Podrobné a strhující svědectví o Gottwaldových posledních chvílích a lékařské péči před jeho smrtí podává též profesor Josef Charvát ve svých denících, knižně vydaných pod názvem „Můj labyrint světa“ /Galén, 2005/.)

Pitva byla provedena sovětskými patology, bez účasti českých lékařů. Příčina smrti – vykrvácení z ruptury aorty do hrudníku – byla potvrzena a nebyla shledána žádná chyba ve strategii léčby. Dále byla konstatována jenom tuková cirhóza jater, ložisková tuberkulóza plic, ztenčení a dilatace aorty. O mozku se však neví prakticky nic. Autor pátral po výsledcích z pitvy (ať už v originále či v překladu) ve zdravotnickém archivu Hradu, ale ani tam je nenašel. Pitevní protokol je podle něj pravděpodobně archivován pouze v tajných dokumentech NKVD v Kremle. Podle Haškovecových sdělení však daleko větším Gottwaldovým problémem než *neuroloues* nebo progresivní paralýza byl alkoholismus, protože těžce alteroval jeho výkon funkce.



Daleko větším Gottwaldovým problémem než *neuroloues* byl alkoholismus, protože těžce alteroval jeho výkon funkce.

Z HISTORIE

Elizabeth Barrett Browningová – tvůrčí život plný utrpení

V 19. století byla Elizabeth Barrettová Browningová slavná stejně jako dnes Václav Havel. Svět se opájel její poezií. Browningová se však angažovala i ve veřejných záležitostech. Bojovala za zrušení otroctví nebo proti pracovním podmínkám dětí. Přitom ji od 15 let pronásledovaly těžké zdravotní problémy.

Mladický talent

Elizabeth Barrettová Browningová se narodila v roce 1806 v zámožné britské rodině Barrettových, kteří podnikali v mnoha oborech a patřili jim rozsáhlé zemědělské usedlosti na Jamajce. Nemohla sice navštěvovat školy, které byly určeny jen chlapcům, ale dostalo se jí velmi dobrého domácího vzdělání. Poezii začala psát už v 6 letech a postupem času se vypracovala ve skutečnou hvězdu tehdejšího literárního nebe. Její díla se těšila obrovské popularitě nejen v Evropě, ale i za Atlantikem.

Už v 15 letech ji postihly vážné zdravotní komplikace, které se protáhly na dlouhou řadu měsíců. Kromě silných bolestí hlavy a zad dívka trpěla i křečemi svalů. V rodině Barrettových se tradovalo, že si poranila páteř, když se snažila ze všech sil utáhnout koni sedlo. Z korespondence mezi rodinou a lékaři vyplývá, že Elizabeth mohla postihnout encefalomyelitida po prodělaných spalničkách. Skutečnost, že se podobné problémy projevíly ve stejnou dobu i u jejích sester, vyvolává podezření na infekční onemocnění. Nelze vyloučit, že následky Elizabethina úrazu páteře dále zkomplikovala neparalytická poliomyelitida.

Někteří lékaři a historici však za zdravotními problémy Elizabeth a jejích sester vidí depresivní atmosféru rodiny ovládané despotickým otcem. Podle nich sužovala Elizabeth a její mladší sestry *anorexia nervosa*. Některé historici dokonce spekulují, že děvčata trpěla hypochondrií nebo zdravotní potíže simulovala, protože pak byla ušetřena otcova nátlaku.

Druhá krize

Ještě závažnější zdravotní problémy pronásledovaly tehdy už slavnou spisovatelku v letech 1837 až 1846. V té době prakticky neopouštěla svůj pokoj a se světem udržovala kontakt jen prostřednictvím korespondence. V roce 1845 si tak začala dopisovat s o 6 let mladším spisovatelem Robertem Browningem. Jejich korespondence přerostla v hluboký, celoživotní

vztah. Browning byl přesvědčen, že se Elizabeth už nikdy nepostaví na nohy. V září 1846 však Elizabeth dům Barrettových na londýnské Wimpole Street opustila za dramatických okolností. Utekla s Browningem a provdala se za něj. Tehdejší viktoriánská společnost to považovala za skandál zcela mimořádného kalibru.

Edward Barrett zakázal všem svým dětem sňatek. Svou dceru Elizabeth za porušení zákazu vydědil. Manželství s Browningem odmítali tolerovat i Elizabethini sourozenci. Browning v té době nepatřil k uznávaným autorům a finančně byl závislý na rodičích. Barrettovi v něm viděli vypočítavého „zlato-kopa“, který Elizabeth popletl hlavu, aby se mohl přizivit na její slavu a majetku.

Faktem zůstává, že Browning dokázal vymanit Elizabeth z vlivu rodiny a pomohl jí s návratem k aktivnímu životu. Jako literáti byli jeden druhému inspirací a kvalita jejich děl měla stoupající úroveň. Přesídlili do Itálie, jejíž teplé a suché klima Elizabeth prospívalo. V roce 1849 porodila syna Roberta, který byl známější pod přezdívkou Pen. Nakonec ale Browningovou její zdraví zradilo a zemřela ve Florencii ve věku 55 let.

Hypokalemická periodická paralýza

Lékařský časopis *Perspectives in Biology and Medicine* přinesl zcela nedávno stať antropoložky Anne Buchananové z Pensylvánské státní univerzity, ve které jsou celoživotní zdravotní problémy anglické spisovatelky připisovány hypokalemické periodické paralýze vyvolané mutací genů kódujících sodíkové iontové kanály. Narušení toku iontů má za následek zadržování iontů draslíku ve svalu a pokles koncentrace těchto iontů v krvi. Dcera Anne Buchananové Ellen trpí hypokalemickou periodickou paralýzou a antropoložku překvapilo, jak nápadně se symptomy choroby podobají potížím, které Elizabeth Barrettová Browningová popisuje ve své korespondenci. Projevy onemocnění propuka-



jí v situacích, na které organismus reaguje uvolněním inzulínu. K jejich spuštění často stačí i náhlá změna teploty, stres nebo rozčilení. V dopisech Browningové lze nalézt zmínky, kdy se její stav zhoršil poté, co snědla velkou porci včelího medu, rychle seběhla z kopce nebo promokla ve studeném dešti. V chladném londýnském klimatu ji problémy sužovaly stále více, úlevu jí přineslo až teplejší podnebí Itálie.

Účes a oděv mimo dobové normy

Hypokalemická periodická paralýza se tak zařadila do dlouhé řady chorob, kterým lékaři a histori-

letí obvykle skrývala tuberkulóza. D. A. B. Young ve studii publikované v *British Medical Journal* předpokládá, že úraz páteře společně s postižením svalů poliomyelitidou mohl u Elizabeth Browningové vyústit v paralytickou skoliózu. Ve prospěch této teorie nepřímo svědčí i účes a oděv spisovatelky. Ani jedno neodpovídalo tehdejší normě. Vlasy si nechávala spadat na ramena, což Young vysvětluje snahou zamaskovat deformovanou linii ramen. Také extrémně volný oděv měl podle Younga zakrýt deformace postavy vyvolané skoliózou.

V „prahovém stavu“

Plice pacientů s těžkou skoliózou mají menší kapacitu, ztrácejí elasticitu a i při menší námaze u nich hrozí pulmonální hypertenze. Pacient se nachází v „prahovém stavu“. Trpí nedostatečnou saturací kyslíkem i při mírné námaze, při respiračních infekcích a emoční zátěži. Tito pacienti v zásadě nejsou náchylnější k respiračním infekcím, ale ty pro ně mají těžší následky. Young připomíná těžký kašel, který Browningovou během její druhé velké zdravotní krize dlouho sužoval, a spekuluje, že mohlo jít o nákazu černým kašlem. V dětství stráveném na venkovském sídle se s touto chorobou vůbec nemusela setkat. V Londýně, kam se rodina přestěhovala, však byl černý kašel v té době endemický.

Sklon k hypoventilaci, hypoxemii a hyperkapnií má u pacientů s paralytickou skoliózou za následek hypertrofií pravé komory a ve finálním stadiu *cor pulmonale*. Tomuto vývoji odpovídá i zdravotní stav Elizabeth Browningové mezi dvěma velkými zdravotními krizemi, tedy v letech 1823 až 1837. Z korespondence je zřejmé, že trpěla vyčerpáním, které se výrazně zhoršovalo i po menší námaze. I velké rozčilení ji zatížilo natolik, že se zhroutila, nebo dokonce ztratila vědomí. Některé historiky tyto kolapsy považují za předstírané, ale jak píše D. A. B. Young, „Elizabethino vyčerpání bylo reálné a existoval pro něj zřejmý, objektivní důvod“.

Návštěvy Londýna a Paříže v letech 1851, 1852, 1855 a 1856 pokaždé znamenaly zhoršení spisovatelčina zdravotního stavu. Těžká bronchitida ji v roce 1857 natrvalo upoutala na lůžko. Respirační a oběhové komplikace v důsledku paralytické skoliózy se začaly projevovat naplno a v červenci 1861 vyvrcholily kongescí pravé plíce, z níž se již Elizabeth Barrettová Browningová nezotavila.

„Vnitřní lékařství“

– komplexní pohled na obor

Ve Fakultní nemocnici u sv. Anny v Brně se konal slavnostní křest publikace „Vnitřní lékařství“ vydané nakladatelstvem Grada. Dílo je svým rozsahem a odborným záběrem u nás unikátním počinem.

Česká lékařská obec touto publikací dostává impozantní monografii, u níž je zárukou vysoké kvality kolektiv autorů pod vedením přednosty 2. interní kliniky LF MU a FN u sv. Anny v Brně prof. MUDr. Miroslava Součka, CSc.

„S rozvojem vědních disciplin a s nahromaděním nových poznatků jsme cítili potřebu vytvořit dílo, jež by přineslo komplexní pohled na obor, který se v současné době na jedné straně rozpadá a na straně druhé potřebuje koordinovat pohled na pacienta z hlediska diferenciálnědiagnostického,“ uvedl při veřejné prezentaci knihy profesor Souček.

Běžně nezahrnovaná témata

V publikaci, na níž se podílelo přes sto sedmdesát autorů, jde podle Miroslava Součka o novou koncepci a překonání zažitých postupů při psaní odborných



Hlavní editor prof. Miroslav Souček při křtu „Vnitřního lékařství“.

Foto: Martin Ježek

knih. Zdravotní problém je řešen bez ohledu na specializaci celostně, ale za respektování jednotlivých medicínských oborů, v knize tak lze najít obory pro vnitřní lékařství dosud netradiční.

„Zvláštností monografie jsou témata, která nebývají běžně zahrnuta do problematiky vnitřního lékařství, ale integrálně k ní patří, jako jsou stati o zdraví a nemoci a s tím souvisejících patogenetických vlivech životního stylu a prostředí a dalších determinant zdraví. Nechybí ani zasvěcená stať o alternativních metodách v medicíně, s nimiž se internista běžně setkává a k nimž musí zaujmout stanovisko,“ uvádí v předmluvě profesor Jaroslav Blahoš.

Velký obor ve třech svazcích a na DVD

Příslušně velký prostor je dán oborům, které k interně patří, ale jejichž specifika vedla k jejich osamostatnění. „Vnitřní lé-

kařství zůstává velkým oborem a je dobře, že jej autoři vnímají takto jednotně. Je přirozené, že ani široce vzdělaný internista ne-

může být odborníkem v různých úzkých interních specializacích, avšak musí mít nadhled a celkový pohled na souvislosti, aby se snáze orientoval i v částečných, vysoce specializovaných poznatcích,“ uzavřel při křtu knihy profesor Blahoš.

Text publikace je rozdělen do dvou více než osmisetstránkových dílů, třetí svazek obsahuje rejstříky a zkratky a komplet je doplněn o DVD. Publikace má rovněž bohatou obrazovou dokumentaci a obsahuje na devět set obrázků, tabulek, schémat a grafů.

David Daniel

Nové angio CT zprovozněno ve VFN

Všeobecná fakultní nemocnice v Praze 19. ledna oficiálně uvedla do provozu nové angio CT. Zařízení je značným přínosem pro péči o pacienty s kardiovaskulárním onemocněním.



Přístroj byl pořízen z prostředků Integrovaného operačního programu v rámci projektu „Modernizace a obnova přístrojového vybavení Komplexního kardiovaskulárního centra VFN v Praze“.

Moderní počítačový tomograf (angio CT) za více než 31,5 milionu Kč přináší zásadní inovaci do vyšetřovacích postupů v řadě diagnóz. Díky vysoké rychlosti skenování a výrazně snížené radiační zátěži, to vše za současné vysoké rozlišovací schopnosti, je možno bezpečně a s minimálním rizikem vyšetřovat nemocné, kteří byli dříve indikováni k běžným angiografickým výkonům spojeným

s potenciálně vyšší radiační zátěží a rizikem lokálních komplikací v místě vpichu do cévního systému. Zejména se jedná o nemocné s nejasnými symptomy koronární aterosklerózy, kde běžnými metodami doposud nebylo možné koronární postižení vyloučit. Dále jde o nemocné s akutními symptomy, ale malou pravděpodobností koronárního syndromu. Vysoká rozlišovací schopnost přístroje pak umožňuje provádět vyšetření, jež dosud vyžadovala invazivní zákrok. Nákupem angio CT bylo dosaženo sto procentní úrovně standardu vybavenosti uvedeného specializovaného pracoviště. (red)

Nová gastroenterologie v Ústí nad Orlicí

Orlickoústecká nemocnice otevřela moderní gastroenterologii. Přestavbu pracoviště se statutem Centra pro prevenci kolorektálního karcinomu finančně podpořil Pardubický kraj. Stavební úpravy a přístroje stály téměř 20 milionů korun.

„Podmínky i přístrojové vybavení jsou na takové úrovni, abychom dokázali poskytovat dobrou medicínu,“ uvedl hejtman Pardubického kraje Radko Martínek. Ředitel Orlickoústecké nemocnice Jiří Řezníček dodal, že endoskopické pracoviště zajišťuje péči pro spádovou oblast se 140 tisíci obyvatel. V roce 2011 tu bylo provedeno na 3500 ambulantních vyšetření, z toho přibližně 1800 gastrokopií a 1700 kolonoskopií. Nové gastroenterologické pracoviště, přestěhované do pavilonu interních oborů, je také vybaveno nejmodernějšími myčkami a dezinfektory endoskopických přístrojů, jež zajišťují nejvyšší možnou bezpečnost pro pacienty. (red)



Pracoviště si prohlédl i hejtman Radko Martínek (vlevo).

Foto: Luboš Kozel

Čerčanský hospic pokračuje ve vzdělávání zdravotníků

Vzdělávací centrum paliativní péče při Hospici Dobrého Pastýře ve středočeských Čerčanech zve na další kurzy paliativní péče. Pro první pololetí jich nabízí celkem šest.

„Zatímco v loňském roce jsme se soustředili především na lékaře, letošní rok jsou kurzy zaměřeny na střední zdravotnický personál či ošetřovatele,“ uvedla projektová manažerka vzdělávacího centra Věra Ziková. Do kurzů se podle ní hlásí nejen zaměstnanci působící ve zdravotnických zařízeních zaměřených na paliativní péči. „O kurzy se zajímají především zdravotníci z jiných oborů. Témata kurzů totiž nejsou vždy přísně paliativní. Navíc u nás přednášejí špičky ve svém oboru jako třeba MUDr. Marie

Svatošová či MUDr. Ondřej Sláma,“ doplnila manažerka.

V letošním roce centrum chystá další sérii kurzů, jejichž tématem je například péče o klienty po cévní mozkové příhodě, komunikace s klientem postiženým demencí, duchovní a kulturní aspekty péče o pacienty v konečné fázi života, specifika komunikace se seniory, prvky kinestetiky v ošetřovatelské péči, syndrom vyhoření (burn-out) a jeho prevence.

Bližší informace:

www.centrum-cercany.cz (klu)

Na Žofíně se tančilo

Počátkem ledna se na pražském Žofíně konal již 124. reprezentační ples mediků, na němž se sešli studenti a profesori 1. LF UK, lékaři, zaměstnanci 1. LF UK a VFN Praha a řada osobností kulturního a politického života.

Návštěvníci plesu si přišli na své ve všech prostorách paláce Žofín. Ve Velkém, Malém a Rytířském sálu hrál k tanci a poslechu or-

chestr Václava Hybše, zpívali Jitka Zelenková a Milan Drobný, vystoupil také Dixieland 1. LF UK, Petra Janů, Petr Kotvald, hudební

soubory Caroline Band, Scarabeus a Color Club. Programem provázela Tina Pletánková.

(eta)



Zatančili si i manželé prof. Eva Syková a prof. Josef Syka. | Foto: 1. LF UK



Ples byl tradičně zahájen slavnostním průvodem za doprovodu „Gaudeamus Igitur“. Na snímku předseda Akademie věd ČR profesor Jiří Drahoš s chotí. | Foto: 1. LF UK



Děkan 1. LF UK prof. Tomáš Zima úvodem připomněl, že Žofín je tradičním místem plesů – první se zde konal již roku 1841. | Foto: 1. LF UK



O efektní předtančení se postarala taneční škola Krok z Hradce Králové. Předvedla taneční kreace na písně ze známého muzikálu Evita. | Foto: 1. LF UK

Český registr dárců krvetvorných buněk oslavil „dvacetiny“

Registr dárců kostní dřeně vznikl v pražském IKEM v roce 1991. Je zapojen do celosvětové sítě registrů a sám eviduje takřka 21 tisíc aktivních dárců. Rozhodnutí vstoupit do něj může jednou pomoci zachránit život.

Během uplynulých dvaceti let se transplantace kostní dřeně stala standardním léčebným postupem, který zachraňuje stále více nemocných. Transplantace by nebylo možné uskutečnit bez obětavosti dárců, kteří jsou ochotni nezištně pomoci těžce nemocnému člověku kdekoli na Zemi. Registr je zprostředkovatelem této pomoci.

Od náborů dárců k vyhledání příjemce

Mezi hlavní činnosti registru patří nábor nových dárců, jejich evidence a vyhledávání vhodných dárců nebo štěpů pupečnickové krve. Registr také koordinuje další činnosti nutné k uskutečnění transplantace. Vyhledávání dárců je založeno na srovnávání HLA (genetických

znaků na bílých krvinkách) pacienta a dárce. Registr je napojen na mezinárodní databáze BMDW a EMDIS. Efektivní vyhledávání umožňuje jeden z nejmodernějších počítačových programů, pod nímž funguje i správa databází bank pupečnickové krve (BPK ČR a Eurocord Slovakia).

Důležité údaje za loňský rok

Aktuální počet aktivních dárců byl 20 884, aktuální počet registrovaných jednotek pupečnickové krve 3740 (BPK ČR) a 1714 (Eurocord Slovakia). Celkově 89 dárců darovalo kostní dřeň či kmenové krvetvorné buňky z periferní krve (PBSC). Celkový počet českých jednotek pupečnickové krve uvolněných pro transplantaci byl 71, pro české a zahraniční pacienty

bylo zprostředkováno 818 transplantací. Vstupním vyšetřením prošlo a do databáze bylo vloženo 1011 nových dárců, 137 jednotek pupečnickové krve z BPK ČR a 1717 ze Slovenska.

Stát se novým dárce

Registr hodlá rozšířit nábor nových mladých a zdravých dárců z řad studentů, policie, hasičů a sportovců. Vstup novým dárce by mělo usnadnit i navýšení počtu náborových center. Vstup do registru je omezen věkem (18–35 let) a dobrým zdravotním stavem dárce. Dárci se mohou registrovat přes webovou stránku registru, telefonicky nebo vyplněním a odesláním přihlášky na adresu registru.

Další informace:

www.darujzivot.cz Jana Jilková

Přednášky o psychiatrii pro veřejnost

Psychiatrická léčebna Bohnice pořádá od konce února již 5. cyklus přednášek o psychiatrii a duševních chorobách, na které zve širokou veřejnost.

Přednášky se konají v Divadle Za plotem v areálu léčebny, Ústavní 91, Praha 8 – Bohnice, a to vždy v úterý od 16.30 do 18.00 hod. Vstup je volný.

Program

28. 2. prof. MUDr. Karel Chromý, CSc.: Chorobní pedanti mezi námi
6. 3. MUDr. Martin Hollý: Existuje ženská a mužská sexualita?
13. 3. PhDr. Petr Goldmann: Opravdové motivy profesionálů k práci s lidmi s duševními poruchami
20. 3. PhDr. Tereza Soukupová, Ph.D.: Psychologická péče o těžce nemocné a umírající
27. 3. MUDr. Ivan David, CSc.: Agrese a duševní porucha
3. 4. MUDr. Michal Považan: Neklidné děti? Zlobivé děti? Nebo děti s ADHD?
10. 4. MUDr. Zuzana Barboríková: Duševní poruchy ve stáří

17. 4. MUDr. Martin Hollý: Kotázkám transformace psychiatrické péče
24. 4. MUDr. Ivan David, CSc.: Jak je to s duší politiků
15. 5. MUDr. Zdenka Vyhnanáková: Schizofrenie, její měření a léčení
22. 5. MUDr. Gita Pekárková: Jak léčíme závislosti a na čem závisí úspěch?

Výstava o historii oboru

V Muzeu Policie ČR (Ke Karlovu 1, Praha 2) pokračuje do konce února výstava o historii psychiatrie „Příběh nemocné duše“ (úterý – neděle, 10.00–17.00 hod.). V sále Muzea Policie ČR rovněž probíhají doprovodné přednášky: 11. 2. a 25. 2. 2012 od 13.00 do 15.00 hod. vystoupí MUDr. Ivan David, CSc., s tématem „Duševní porucha od prehistorie do současnosti“ a s komentovanou prohlídkou expozice.

Více informací: www.plbohnice.cz

(red)

V Česku přibylo „Přátelských míst“

Další subjekty získaly certifikát a logo „Přátelské místo“. Český červený kříž je udělil organizacím, které během loňska úspěšně ukončily certifikaci pro poskytovatele služeb zejména lidem se sníženou pohyblivostí nebo smyslovým postižením. Logo nesou komerční subjekty, ale i úřady, knihovny či muzea.

Pro klienty s nejrůznějšími typy omezení

Cílem projektu je vytvořit národní síť certifikovaných poskytovatelů služeb, u kterých budou mít klienti s nejrůznějšími typy omezení garanci profesionálního přístupu a dostupnosti služeb. Poskytovatelům udělený certifikát usnadní přístup ke klientům, umožní oslovit i zákazníky se specifickými potřebami a zvýší kvalifikaci personálu. Klientům zase logo projektu napoví, kde se

mohou spolehnout na odpovídající služby. Součástí certifikace je i posouzení přístupnosti prostor, například pro osoby se sníženou pohyblivostí, se smyslovým postižením nebo pro seniory. Certifikací v roce 2011 úspěšně prošly Národní technické muzeum v Praze, Krajský úřad Karlovarského kraje, Krajský úřad Jihomoravského kraje, Clarion Congress Hotel Prague a Škoda Auto Muzeum. Záštitu nad projektem převzal europoslanec

a místopředseda Svazu měst a obcí ČR Oldřich Vlasák.

Zájem mají stále další instituce

Do projektu se neustále hlásí nové instituce. I když byla „Přátelská místa“ původně určena především pro komerční subjekty a poskytovatele služeb, stále více mají o speciální kurz zájem i úřady, muzea nebo knihovny. „Naším členům projekt určitě doporučíme,“ potvrdila během



Ředitel Clarion Congress Hotel Prague Miroslav Bukva, přebírá certifikát „Přátelské místo“ z rukou europoslance Oldřicha Vlasáka a předsedy Oblastního spolku ČČK Hradec Králové Lukáše Pochylého.

Foto: Dominik Rejman

předávání certifikátů předsedkyně Českého výboru Mezinárodní rady muzeí ICOM Zuzana Strnadová. Znalost práce s lidmi s nejrůznějšími omezeními by do standardu vzdělávání úředníků chtěl zařadit také Úřad práce. „Chceme začlenit obsah školení „Přátelská místa“ do standardní

ho vzdělávání všech zaměstnanců Úřadu práce ČR. Pilotní projekt by se mohl uskutečnit už v prvním čtvrtletí letošního roku,“ dodal náměstek generálního ředitele Úřadu práce ČR Martin Žárský.

Další informace:

www.pratelkamista.cz 

Týden humoru v pražské VFN

Třetí lednový týden patřil na Onkologické klinice VFN a 1. LF UK „Úsměvu pro život“ a „Košům plným humoru“. Každý pacient, který se v tomto týdnu na klinice objevil a potkal některého zdravotního klauna, měl veselejší den.



Stejně jako v loňském roce i letos Skupina B. Braun ve spolupráci s občanským sdružením „Zdravotní klaun“ zorganizovala rozdávání „košů plných humoru“ onkologickým pacientům. V koších jsou svazky povídek Zdeňka Svěráka či dvojice Šimek – Grossmann, historky Vladimíra Menšíka, pohádky a řada dalších knížek, zábavných DVD, společenských her či křížovek.

„Hlavním smyslem jejich rozdávání v nemocnicích, je pomáhat pacientům překonávat fyzicky i psychicky náročné období hos-

pitalizace, osamělost, stres a obavy z budoucnosti. Spolupráce se zdravotními klauny jakožto nositeli dobré nálady je velmi smysluplná,“ říká jednatel Skupiny B. Braun a hlavní mluvčí projektu „Úsměv pro život“ MUDr. Martin Kuncek.


Humor a smích léčí

„Se zdravotními klauny máme v naší nemocnici dlouhodobé zkušenosti a každá jejich návštěva je nejen pro pacienty, ale i pro personál velmi příjemná a pozitivní. V dnešní době není úplně zvykem, že by vám někdo něco dal zadarmo, natož ve zdravotnictví, proto je projekt „Košů plných humoru“ mezi lidmi oblíbený a zvláště těm dlouhodobě nemocným alespoň trochu zlepší náladu. A jak dobře víme, smích léčí, proto jsou podobné projekty tak důležité,“ hodnotí projekt a práci klaunů vrch-

ní sestra Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN Zdeňka Dlouhá.

Ulehčení v těžké situaci

Každý kdo je hospitalizován v nemocnici, se musí nějak vyrovnat s nenadálou situací a pro pacienty se závažnými onemocněními a dlouhodobou hospitalizací je takový stav navíc psychicky extrémně náročný.

O tom svědčí i slova jednoho z pacientů, pana Oldřicha Nováka. „Za poslední dva roky jsem v nemocnici strávil více než 7 měsíců. Každý další den se člověku zdá delší, a když navíc trpíte agresivním typem rakoviny a vaše vyhlídky jsou špatné, je nesmírně obtížné udržet se v dobrém psychickém stavu. Jakékoli rozptýlení má tedy kladný vliv na vaši náladu a jako pacient mohu říct, že mě rozdávání košů příjemně překvapilo a pobavilo.“ 

Inzerce A121001215

 NOVARTIS

Discovery AWARD
2012

INOVAČNÍ POČIN
V OBLASTI BIOMEDICÍNY

SPOLEČNOST NOVARTIS VYHLAŠUJE CENU PRO MLADÉ VÝZKUMNÍKY DO 40 LET, KTERÍ SE ZASLOUŽILI O VÝZNAMNÝ POSUN V OBLASTI MEDICÍNY A FARMACIE.

UZÁVĚRKA PŘIHLÁŠEK JE 15. BŘEZNA 2012

VŠECHNY INFORMACE O PODMÍNKÁCH SOUTĚŽE NALEZNETE NA WWW.DISCOVERYAWARD.EU

SERVIS

Lékařská psychologie ve zdravotnictví

Koncem roku 2011 dostáváme na stůl pozoruhodnou knihu. Je většího formátu a obsáhlejší, má dvě autorky a týká se oboru, který jsme zvyklí označovat různými termíny – psychosomatika, klinická psychologie, behaviorální psychologie, psychologie zdraví, psychologie nemoci atp.

Autorky volí český termín „lékařská psychologie“ pro jinak v anglosaském světě obvyklé označení oboru (*medical psychology*). V nadpisu knihy k tomu ještě dodávají, že jde o záležitosti, které se odehrávají „ve zdravotnictví“. Za pozornost stojí již samotný záměr autorek: „Ve výuce lékařské psychologie jsou jedinci (*a těmi jsou lékaři!* – pozn. recenzenta) také vedeni k dobrému porozumění sobě samému a k vlastní duševní hygieně (sebevýchova, zrání osobnosti, dušení klid, sociální interakce, úprava životního a pracovního prostředí a životospráva“. To zní nadějně!

Vertikální i horizontální rozměr

Lékařská psychologie ve zdravotnictví je knihou, která se snaží obsáhnout snad vše, co se v této oblasti děje. To je její horizontální rozměr. Jedná se však také o knihu, která má i svůj dobrý vertikální rozměr – výšku a hloubku. Nejde přitom jen o pozoruhodnou hloubku poznatků čerpaných ze světové literatury k danému té-

matu, ale i o výšku nahlédu (včetně filozofického) – a to je pro knihu takového zaměření velkým plus.

Jeden moment v recenzované publikaci není možno přehlédnout. Dá se popsat jako „celostní přístup k člověku“ či „biopsychosociální model zdraví a nemoci“. A ještě jeden rys je pro ni podstatný. Ten je možno vyjádřit jedním slovem: multidisciplinárni. Nebo též jako vzájemná propojenost různých faktorů a přístupů, a to nejen v pojetí, ale i ve formě. Prakticky to znamená, že totéž téma (např. bolest) se v knize objevuje na více než 30 různých místech ve spojení s právě projednávanými okruhy.

V tomto ohledu je škoda, že publikaci chybí věcný rejstřík. Ten by to prokázal nad veškerou pochybnost. V praxi to znamená, že autorky se pokoušejí odpoutat od monotematických kapitol a pokusily se i formálně respektovat strukturální propojenost (síť vztahů daného tématu k různým tématům v celé knize). V tom je jejich přístup tvořivý.

Celostní přístup

Recenzovaná publikace má v podstatě dvě hlavní části. První část o rozsahu zhruba 160 stran je věnována teoretickým otázkám. Druhá, speciální, se zabývá aplikací lékařské psychologie ve vybraných oblastech klinické medicíny. K tomuto základnímu celku je přidán dodatek s názvem „Aplikace lékařské psychologie v multidisciplinárním pojetí léčby“, který má necelých 36 stran.

Podrobnější pohled ukazuje, že autorkám jde hned v úvodu knihy nejen o celostní péči o pacienta, ale že si všimají i jeho chování, etické stránky lékařské profese a psychologického přístupu k nemocnému. Tři oblasti jeví ve střední, nejobšáhlejší části publikace jsou zpracovány nejkonkrétněji – bolest, onkologická onemocnění a dermatologická onemocnění. Tam, kde jde o aplikaci lékařské psychologie, se autorky soustřeďují na problematiku zdravotnického týmu a komplexu otázek celostního programu léčby. Konkretizováno je to na léčbě chronické bolesti.

Po formální stránce je kladem publikace, že na konci nabízí seznam zkratk, kterých je v textu opravdu velké množství (přes sto). Nemenším kladem knihy je, že v dodatku nalezneme česko-anglický slovník (ne však již anglicko-český, jak je zvykem v jiných publikacích). Podobný slovník má na svém konci i každá obsáhlejší kapitola. Literatura, která svědčí o tom, že autorky pilně čerpaly z bohatství soudobých prací publikovaných k danému tématu, není uvedena souhrnně na konci knihy, ale u každého tematického celku (kapitoly) zvlášť.

Zasvěcený a solidní základ

Příkladem zpracování konkrétní tematiky může být kapitola věnovaná bolesti. O multifaktorálním přístupu k tématu chronické bolesti svědčí hned úvodní část kapitoly. Ta se systematicky věnuje biopsychosociálnímu modelu bolesti a to tak, jak se přístup k této tematické jeví v současném pojetí klinické psychologie. Pojednává o psychologických, behaviorálních, kognitivních a sociálních faktorech, které se podílejí na zážitku bolesti, a činí tak s mimořádnou důkladností. Pozornost je věnována souběhu (komorbiditě) psychiatrického onemocnění a chronické bolesti. Poté se autorky soustřeďují na širokou škálu psychosociálních intervencí u chronických bolestí. Dostí podrobně se zabývá psychotherapií – podpůrnou, dynamickou, manželskou a rodinnou, skupinovou i kognitivně-behaviorální. Právě té poslední věnují největší pozornost – ve shodě s oceňováním

Lékařská psychologie ve zdravotnictví



Jaroslava Raudenská, Alena Javůrková

1. vydání
Praha, Grada Publishing 2011
304 s.

jejího efektu v řadě soudobých empirických studií.

Celkově je možno říci, že témat v dané oblasti psychologie je nesmírné množství. Obdobně tomu je i s objemem publikovaných studií o těchto tématech. Od jakkoli obsáhlé monografie proto není možné očekávat, že by měla pojednávat o všech tématech, jež se v dané oblasti vyskytují a empiricky studují. Přesto je třeba konstatovat, že recenzovaná publikace dává dobrý, zasvěcený a solidní pohled na současný stav poznatků v oblastech, které autorky zpracovaly. Jejich publikaci by neměl opomenout nikdo, koho zajímají o otázky týkající se psychologie nemoci a zdraví.

prof. PhDr. Jaro Křivohlavý, CSc.

Těhotná v ordinaci negynekologa

Po dlouhé době se na knižní trh dostává publikace zaměřená na problematiku komplikací těhotenství, která je určena širší odborné veřejnosti.

Zkušené porodnice z FN Motol postavili práci, jež je svým pojetím ojedinělá a doplňuje poznatky z monografií ostatních oborů, které se těhotenstvím zabírají okrajově.

Úvodní kapitoly jsou věnovány změnám v organismu ženy v průběhu těhotenství. Stručně a přehledně se věnují jak změnám urogenitálního traktu, tak celého organismu. Běžná porodnická praxe a kontakt s kolegy ostatních oborů přináší naprostou nezbytnost týmové spolupráce a znalosti laboratorních hodnot v průběhu těhotenství i u lékařů z konziliár-

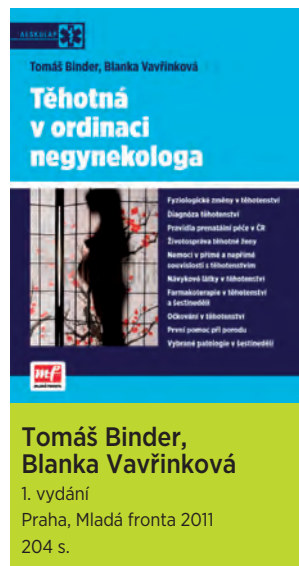
ních oborů. Z tohoto pohledu vysoce oceňují kapitoly věnované této problematice a dále diagnostice těhotenství, stručnému přehledu vývoje plodu a životosprávě ženy. Přehledným způsobem je rovněž zpracována kapitola věnovaná zobrazovacím vyšetřovacím metodám v porodnictví. Precizně jsou vyjmenovány indikace, kontraindikace a použití moderních zobrazovacích metod i jejich úskalí.

Vitány užitečný pomocník

Stěžejní kapitoly předkládané monografie se zabývají jak onemocněními, která vznikají v přímé

souvislosti s těhotenstvím (rané gestózy, preeklampsie, HELLP syndrom, cholestatická hepatóza těhotných či akutní těhotenská steatóza jater), tak nemocemi bez přímé souvislosti s těhotenstvím. Význam této kapitoly umocňuje narůstající průměrný věk žen v těhotenství i zhoršující se zdravotní stav mladé populace.

Popis hematologických onemocnění v těhotenství zahrnuje jak onemocnění všech tří krevních řad, tak i poruchy hemokoagulační. Stejně pečlivě jsou postupně zpracovány kapitoly věnované kardiovaskulární, gastrointesti-



Tomáš Binder, Blanka Vavřínková

1. vydání
Praha, Mladá fronta 2011
204 s.

nuální, plicní, endokrinologické, neurologické a nefrologické problematice.

Přehledně zpracovaná kapitola je věnována rovněž velmi aktuál-

ní problematice prevence užívání a následků abúzu návykových látek v těhotenství. Často konzultovaným problémem s kolegy z ostatních oborů je farmakoterapie, její indikace a kontraindikace v průběhu těhotenství a laktace. I tato kapitola je přehledně řazena a obsahuje stručný přehled doporučených léků v těhotenství. Kniha obsahuje taktéž opomíjenou, ale těhotnými hojně diskutovanou problematiku očkování v těhotenství. Čtenář dále v publikaci najde taktéž odpovědi na otázky spojené s problematikou pracovní neschopnosti, mateřské dovolené a pracovní právní ochrany těhotné ženy.

Závěrem lze říci, že předkládaná monografie je vítaným a velmi užitečným pomocníkem pro konziliáře, lékaře v předatestační přípravě i praktické lékaře.

doc. MUDr. Martin Procházka, Ph.D.
Porodnicko-gynekologická klinika
LF UP a FN Olomouc

NOVÉ KNIHY

Pavel Klener a kol.
Vnitřní lékařství
 4., přepracované
 a doplněné vydání


Rozsah:
1174 stran
Cena: 2500 Kč
ISBN: 978-80-
7262-705-9
(Galén) a 978-
80-246-1986-6
(Karolinum)

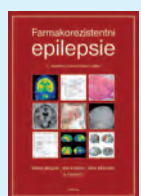
Vydavatel: Galén – Karolinum

Monografie je členěna tradičním způsobem do dvou částí – obecné a speciální. Obecná část zahrnuje informace přesahující jednotlivé disciplíny vnitřního lékařství. Kapitoly speciální části představují vnitřní choroby podle jednotlivých interních podoborů; doplněny jsou o nejnovější údaje jak z oblasti diagnostiky, tak i moderní léčby.

František Perlík
Základy farmakologie
 2., přepracované vydání


Rozsah:
182 stran
Cena: 290 Kč
ISBN: 978-80-
7262-759-2
Vydavatel:
Galén

Farmakologický výzkum a vývoj přináší nová léčiva, která působí na širší spektrum terapeutických cílů. Rozšiřují se tím léčebné možnosti, ale zároveň se znesnadňuje orientace ve velkém množství léčiv, jejich působení, nežádoucích účinců a interakcích. První část učebnice shrnuje základy klinické farmakologie, použitelné v běžné terapeutické praxi. Text speciální části je pak zaměřen na skupinovou charakteristiku vybraných léčiv, cílenou na možnost farmakoterapeutického využití.

**Milan Brázdil, Jan Hadač,
Petr Marusič a kol.**
Farmakorezistentní epilepsie
 2., doplněné
 a aktualizované vydání


Rozsah:
304 stran
Cena: 1199 Kč
ISBN: 978-80-
7387-495-7
Vydavatel:
Triton

Monografie se zaměřuje na jeden z neaktuálnějších problémů současné epileptologie – praktickou péči o pacienty s epilepsií, u nichž navzdory správně zvolené medikamentózní léčbě přetrvávají záchvaty. Text je rozdělen do 16 kapitol, doplněných rozsáhlou obrazovou přílohou. Pozornost je věnována příčinám intraktability, interdisciplinárnímu předoperačnímu vyšetření včetně semiinvasivních a invazivních postupů, problematice pseudofarmakorezistence, indikací operační léčby, epileptochirurgickým zákrokům, psychiatrickým a sociálně-právním aspektům farmakorezistentní epilepsie atd. Oproti prvnímu vydání přibyla kapitola o epileptickém statu.

Iva Nováková
Zdravotní nauka – 1. díl
 Učebnice pro obor
 sociální činnost


Rozsah:
192 stran
Cena: 219 Kč
ISBN: 978-80-
247-3708-9
Vydavatel:
Grada

V textu učebnic 1.–3. dílu je zpracován teoretický rámec tří vzájemně provázaných problematik: stavby a funkce orgánů zdravého lidského organismu; vztahu zdraví a nemoci se zaměřením na péči o fyzické a duševní zdraví a na vybrané nemoci se sociálním dopadem; vztahu mezi prostředím a organismem s důrazem na hygienu a epidemiologii. Téma uzavírají základy první pomoci a resuscitace. Způsob zpracování a doplnění pracovními manuály s nabídkou cvičení a úkolů sledují cíl aktivně zapojit žáky do výuky i domácí přípravy.

**Eva Zacharová,
Jitka Šimíčková-Čížková**
**Základy psychologie
pro zdravotnické obory**

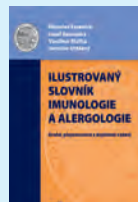

Rozsah:
288 stran
Cena: 329 Kč
ISBN: 978-80-
247-4062-1
Vydavatel:
Grada

Učebnice aplikované psychologie pro studenty nelékařských zdravotnických oborů na VŠ a sestry v klinické praxi.

Jaroslava Fendrychová
**Základní
ošetřovatelské postupy
v péči o novorozence**
 Vybrané kapitoly


Rozsah:
192 stran
Cena: 239 Kč
ISBN: 978-80-
247-3940-3
Vydavatel:
Grada

V učebnici jsou zdokumentovány vybrané ošetřovatelské postupy od jejich prvního uvedení do praxe až po současnost. Každou kapitolu uzavírá přehled aktuálních doporučených postupů vydaných lékařskými nebo sesterskými odbornými společnostmi.

**Miroslav Ferenčík,
Jozef Rovenský, Vladimír
Mařha, Jaroslav Utěšený**
**Ilustrovaný slovník
imunologie
a alergologie**
 2., přepracované
 a doplněné vydání


Rozsah:
364 stran
Cena: 500 Kč
ISBN: 978-80-
7262-762-2
Vydavatel:
Galén

Imunologie dnes patří mezi základní vědní disciplíny v lékařství a biologii. Hlavní součástí jejich klinických aplikací se stala alergologie. To si vyžádalo rozšíření slovníku o hesla z tohoto oboru, přibyla také základní hesla z molekulární biologie a genetiky.

Peter Pöthe
Psychoterapie dítěte
 Případ šestiletého chlapce


Rozsah:
104 stran
Cena: 149 Kč
ISBN: 978-80-
247-3758-4
Vydavatel:
Portál

Autentický, komentovaný záznam psychoanalyticky orientované psychoterapie šestiletého chlapce, zasaženého smrtí v rodině. Odvíjí se od prvního povědomí autora o po-

třebě odborné pomoci a končí návštěvou po dvou letech od ukončení terapie.

Howard I. Kushner
Tourettův syndrom


Rozsah:
296 stran
Cena: 399 Kč
ISBN: 978-
80-7387-471-1
Vydavatel:
Triton

V polovině 19. století podal francouzský lékař Gilles de la Tourette zprávu o bizarním chování jedné mladé aristokratické ženy, která náhle, bez varování, dostala záchvat, při němž ze sebe vyrážela obscenní nadávky a kletby. Tourettův syndrom, jak se této poruše říká, je soubor různých druhů chování včetně neustálé se vracejících tiků a mimovolného vykřikování (někdy nadávání a klení), jakož i obsedantně-kompulzivního jednání. V textu popsána historie tohoto syndromu odkrývá, jak kulturní a medicínské domněnky determinovaly a radikálně měnily jeho charakteristiku a léčbu od počátku 19. století do konce 90. let 20. století.

Autor sleduje problematiku klasifikaci na základě tří rozdílných, avšak vzájemně se překrývajících rovin: jednak jsou to tvrzení vycházející z lékařských vědomostí, pak zkušenosti rodičů samotných postižených a nakonec kulturní očekávání a předpoklady. Dřívější věda měla za to, že zvláštní tiky a improvizované vokalizace jsou psychologické – vycházející z udržovaných zlovykům či nedostatku sebeovládání. Dnes jsou však pacienti vykazující toto chování považováni za neurologicky nemocné a většinou léčeni medikamenty. I když současný klinický výzkum ukazuje, že Tourettův syndrom je organická porucha, připomíná nám tato průkopnická historie tourettismu, že máme být vůči lékařské ortodoxii skeptičtí a zároveň otevření novým pojetím a účinnějším intervencím.

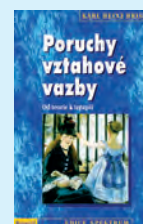
**Steve de Shazer,
Yvonne Dolanová a kol.**
Zázračná otázka
 Krátká terapie
 zaměřená na řešení

Rozsah: 240 stran
Cena: 319 Kč
ISBN: 978-80-262-0007-9
Vydavatel: Portál



„Představte si, že by se jedné noci, zatímco budete spát, stal zázrak – a všechny vaše problémy by se vyřešily. Podle čeho byste si

toho všimli? Co by bylo jinak? Jak by se o tom dozvěděla osoba XY, aniž byste se jí slovem zmínil? Kdo by si toho všiml jako první? Podle čeho?“ Koncept tzv. zázračné otázky vznikl z pragmatické snahy de Shazera a jeho spolupracovníků objevit, co v psychoterapii doopravdy funguje a klientům pomáhá – proto se museli opřít od všeho ostatního. Tak postupně opustili diagnostiku a analýzu problémů a zůstalo jediné – „zázračná“ otázka. Text zahrnuje četné ukázky terapeutické práce s klienty a je posledním knihou, na níž se autorský podíl Steve de Shazer, tvůrce krátké terapie zaměřené na řešení, a jakýmsi závěrečným jeho terapeutického přístupu.

Karl-Heinz Brisch
**Poruchy
vztahové vazby**
 Od teorie k terapii


Rozsah:
312 stran
Cena: 435 Kč
ISBN: 978-80-
7367-870-8
Vydavatel:
Portál

Vztahová vazba (*attachment*) je vrozený systém fungování mozku, díky němuž dítě přirozeně vyhledává blízkost, nejčastěji matky (otce nebo jiné náhradní osoby). Bezpečná vztahová vazba dítěti umožňuje komunikovat s blízkými a zvyšuje se tím jeho šance na přežití. Jestliže dítě nemá příležitost navázat vztah blízkosti nebo je tato potřeba narušena (např. separací či patologickým chováním rodiče), může tato zkušenost vést k řadě psychologických, behaviorálních a psychosomatických problémů, které se objevují v průběhu života.

Autor – psychoanalytik – nejprve podrobně osvětluje teorii vztahové vazby. V dalších kapitolách podává teoretický úvod do problematiky terapie. Sěžejní část publikace ilustruje na jednotlivých případech studiích, jak aplikovat teorii attachmentu při vyšetření a psychoterapii pacientů všech věkových kategorií.

Kalendář akcí odborných lékařských společností – únor 2012

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

Léčba symptomů pokročilého onemocnění

Patofyziologie, klinický obraz a paliativní léčba dušnosti, nevolnosti a zvracení, průjmu a zácpy, nechutenství, poruch výživy a kachexie, kaše a škytavky; hodnocení a léčba deprese, úzkosti, deliria, poruch spánku; péče o chronické rány, stomie a drény...

15.-17. 2. 2012/Rajhrad

Místo konání: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa

Pořadatel:

Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP, Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa Rajhrad

Kontakt: www.dlbsh.cz

Pracovní schůze Spolku lékařů Zlín – Kroměříž – Uherské Hradiště – Vsetín

16. 2. 2012/Zlín

Pořadatel: Okresní sdružení České lékařské komory Zlín

Kontakt: www.lkcr.cz

HPV – Právo – Alergie a astma

16. 2. 2012/Ústí nad Labem

Místo konání:

Clarion Congress Hotel

Pořadatel: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR

Kontakt: www.lkcr.cz

Bipolární afektivní porucha

16. 2. 2012/Olomouc

Pořadatel: Klinika psychiatrie LF UP a FN Olomouc

Kontakt: prof. MUDr. Ján Praško Pavlov, CSc.; e-mail: prasko@fnol.cz; www.lkcr.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Prediabetes

16. 2. 2012/Hradec Králové, Praha

Místa konání:

Nové Adalbertinum (Hradec Králové), Lékařský dům (Praha)

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.svl.cz

4. výroční zasedání Společnosti pro lékařskou mikrobiologii ČLS JEP

16.-18. 2. 2012

Pořadatel: Společnost pro lékařskou mikrobiologii ČLS JEP

Kontakt: www.splm.cz

Dermatovenerologický seminář

17.-18. 2. 2012/Kouty nad Desnou

Pořadatel: dermatovenerologické oddělení Nemocnice Šumperk

Kontakt: prim. MUDr. Lubomír Drlík; e-mail: drlik@nemspk.cz; www.lfhk.cuni.cz/dermat

Advances and perspectives in geriatric oncology

17.-18. 2. 2012/Atény, Řecko

Místo konání:

Divani Caravel Hotel

Kontakt:

www.geriatriconcology-greece.com

Základy osobní bezpečnosti pro lékaře

18. 2. 2012/Praha

Místo konání:

Klub České lékařské komory

Pořadatel:

Česká lékařská komora

Kontakt: www.lkcr.cz

Komplexní přístup k nedonošenému dítěti v ordinaci PLDD – opakování

18. 2. 2012/Praha

Místo konání: Klinika dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFU – Centrum komplexní péče pro děti s perinatální zátěží

Pořadatel:

Česká lékařská komora

Kontakt: www.lkcr.cz

Váš nevidomý pacient

18. 2. 2012/Praha

Místo konání:

oválná pracovna České lékařské komory, Lékařská 2, Praha 5

Pořadatel:

Česká lékařská komora

Kontakt: www.lkcr.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Prediabetes

18. 2. 2012/Brno, Olomouc

Místo konání:

Kancelář veřejného ochránce práv, Údolní 39 (Brno), aula Právnické fakulty UP (Olomouc)

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.svl.cz



Ilustrační foto: Shutterstock

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.svl.cz

Kazuistický seminář

23. 2. 2012/Praha

Místo konání: Kongresový sál Nemocnice Na Homolce

Pořadatel: Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP

Kontakt: e-mail:

michaela.kabatkova@homolka.cz; www.cgs-cls.cz

3. setkání pražských elektromyografistů

23. 2. 2012/Praha

Místo konání: posluchárna Oční kliniky 1. LF UK a ÚVN

Pořadatel: Ústřední vojenská nemocnice Praha

Kontakt: www.mhconsulting.cz

Zobrazení malé páneve u ženy

23. 2. 2012/Olomouc

Místo konání: posluchárna Dětské kliniky LF UP a FN Olomouc

Pořadatel: Radiologická klinika LF UP a FN Olomouc

Kontakt: www.lkcr.cz

24. bohnické sexuologické dny Soudní sexuologie

23.-24. 2. 2012/Praha

Místo konání:

Psychiatrická léčebna Bohnice, velký sál Divadla Za plotem

Pořadatel: Sexuologická společnost ČLS JEP, Psychiatrická léčebna Bohnice

Kontakt: www.plbohnice.cz; www.sexuologickaspolecnost.cz

14. symposium PS ČKS

Chlopenní a vrozené srdeční vady v dospělosti: 3D RT echokardiografie, klasická vs. „nová“ metoda léčby chlopenních vad – cípáté chlopně, AV chlopně, chlopenní intervence v terénu plicní hypertenze, anti-koagulační a antiagregační léčba u nemocných po chlopenních intervencích

23.-24. 2. 2012/Pardubice

Místo konání:

Univerzita Pardubice

Pořadatel:

pracovní skupina Chlopenní a vrozené srdeční vady v dospělosti České kardiologické společnosti

Kontakt: Jiřina Špelinová;
tel.: 466 014 102, 606 514 088;
e-mail: jirina.spelinova@nemocnice-pardubice.cz;
www.kardio-cz.cz

16th annual international congress on hematologic malignancies

Focus on leukemias, lymphomas and myeloma

23.-26. 2. 2012/

Snowbird, Utah, USA

Místo konání: The Cliff Lodge Conference Center

Kontakt:

<http://cancerlearning.onclive.com>

5. východoslovenský bioptický seminář, Minisymposium Praktická patológia placenty, Sklíčkový seminár SD-IAP

Histológia placenty, zápalové ochorenia, fetálna trombotická vaskulopatia, preeklampsia, predčasná abrupcia placenty, intrauterínna smrť plodu, viacplodová gravidita, medicínsko-právne aspekty, kazuistiky

24.-25. 2. 2012/Košice

Místo konání:

Hotel Golden Royal

Pořadatel:

oddelenie patológie Univerzitetnej nemocnice L. Pasteura Košice, Cytolab, s. r. o., Košice, Klinická patológia, s. r. o., Prešov, Cytopathos, s. r. o., Bratislava

Kontakt: www.patologie.info

6. kongres primární péče

Možnosti dnešní oftalmologie, aktuální problémy v endokrinologii, infekce na počátku 21. století, vybrané kapitoly z hematologie, orgánové transplantace, uropoetický systém

24.-25. 2. 2012/Praha

Místo konání: Top Hotel

Pořadatel: Sdružení praktických lékařů ČR, Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR, Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP

Kontakt: <http://ahou.cz/kongres>

8th European congress on hematologic malignancies

From clinical science to clinical practice

24.-26. 2. 2012/

Amsterdam, Nizozemsko

Kontakt: www.europeanhematologicmalignancies.com/2012

Canadian digestive diseases week 2012

24.-27. 2. 2012/

Montreal, Kanada

Kontakt: www.cag-acg.org/annual-conference-cddw

Postup při podezření na domácí násilí



Ilustrace: foto: Shutterstock

Kurz lymfo-tapingu

25. 2. 2012/Praha
Místo konání: Centrum preventivní medicíny, Londýnská 59
Pořadatelé: Prevence 2000, spol. s r. o., Lympho-opt Klinik, Pommelsbrunn, Germany
Kontakt: www.lympho.cz

Snowderm 2012

Setkání členů sekce mladých dermatovenerologů ČDS ČLS JEP

25.-26. 2. 2012/Počátky
Místo konání: Resort Svatá Kateřina
Pořadatel: sekce mladých dermatovenerologů České dermatovenerologické společnosti ČLS JEP
Kontakt: MUDr. Spyridon Gkalpakiotis, Ph.D.; e-mail: spyros@centrum.cz; prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA; e-mail: pa@avemedia.cz; www.lfhk.cuni.cz/dermat

Jonášův večer

Přednáškový večer 1. interní kliniky 3. LF UK a FN Královské Vinohrady: Kazuistiky – akutní renální selhání u pacienta s ehrlichiozou, těhotenství při imunosupresivní léčbě autoimunitní hepatitidy, dramatický průběh akutní tubulointerstiální nefritidy...

27. 2. 2012/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: 1. interní klinika 3. LF UK a FNKV, Spolek lékařů českých v Praze
Kontakt: prof. MUDr. Jan Kvasnička, DrSc.; tel.: 224 966 414, 224 906 412; www.cls.cz

7. cyklus seminářů Obezita – Diabezita – Kardiabetes

Diabezita (obezita a diabetes), kardiabetes (kardiovaskulární komplikace a DM 2. typu)
 28. 2. 2012/Praha
Místo konání: Autoklub ČR, Opletalova
Kontakt: www.gsymposion.cz

Elastografie

28. 2. 2012/Plzeň
Místo konání: FN Plzeň
Pořadatelé: Okresní sdružení České lékařské komory Plzeň-město, radiodiagnostické oddělení FN Plzeň
Kontakt: www.lkcr.cz

7th international course in head and neck surgery and oncology

29. 2. – 3. 3. 2012/Lipsko, Německo
Kontakt: http://hno.uniklinikum-leipzig.de (sta)

Jak mám postupovat, mám-li u jedné ze svých pacientek podezření, že jde o oběť domácího násilí? Na přímý dotaz žena vše popírá, ale já se nechci vystavit nebezpečí nařčení, že jsem jí nepomohl. Mám věc nahlásit policii, i když nemám jistotu, že k domácímu násilí skutečně dochází?



odpovídá
 Mgr. Radek Polícar
 radek.policar@seznam.cz

Dotazující správně cítí určité napětí mezi svými povinnostmi. Zde se jeví jako zásadní zejména dvě: povinnost mlčenlivosti a povinnost přezkázat, respektive oznámit trestný čin.

Průlom do povinnosti mlčet

Povinnost mlčenlivosti ukládá všem zdravotnickým pracovníkům § 55 odst. 2 písm. d) zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu. Podle tohoto ustanovení základem zdravotnického zákona jsou zdravotničtí pracovníci povinni zachovávat mlčenlivost o skutečnostech, o kterých se dozvěděli při výkonu svého povolání, s výjimkou případů, kdy danou skutečnost sdělují se souhlasem ošetřované osoby.

V tomto případě dotazující uvádí, že jeho pacientka odmítá jím vyslovená podezření, že je doma týrána. Je tak jasné, že mu nedala žádný souhlas, aby toto své podezření kdekoli sděloval. Nicméně

jedním z tzv. průlomů do povinnosti mlčenlivosti, a tedy možností jak přes tuto povinnost v souladu s právem sdělovat skutečnosti, které jsou předmětem ochrany soukromí pacientů, je povinnost přezkázat, resp. oznámit trestný čin, uvedená v § 367, resp.

§ 368 trestního zákoníku (zákon č. 40/2009 Sb.).

Tento zákon přikazuje všem osobám, včetně zdravotnických pracovníků, přezkázat či oznámit určité (nikoli všechny) trestné činy pod hrozbou uložení trestu odnětí svobody až na tři roky. Povinnost oznámit trestný čin spočívá v tom, že ten, kdo se hodnověrným způsobem dozví, že jiný spáchal některý z trestných činů uvedených v § 368 trestního zákoníku, oznámí tuto skutečnost bez odkladu státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu. Povinnost přezkázat trestný čin pak znamená, že ten, kdo se hodnověrným způsobem dozví, že jiný připravuje nebo páchá některý z trestných činů uvedených v § 367 trestního zákoníku, spáchání nebo dokončení takového trestného činu přezkáží, a to například tím, že jej včas oznámí státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu.

Mezi trestnými činy, u kterých trestní zákoník stanoví povinnost je přezkázat, respektive oznámit vzhledem k řešenému dotazu, nacházíme pouze skutkovou pod-

statu trestného činu podle § 198 trestního zákoníku, tj. týrání svěřené osoby. Tento trestný čin spáchá ten, kdo týrá osobu, která je v jeho péči nebo výchově. Jedná-li se v případě dotazu čtenáře o tuto situaci, tedy že má podezření na týrání osoby ze strany toho, kdo o danou osobu pečuje či ji vychovává, potom je oprávněn oznámit své podezření státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu.

Týrání ve společném obydlí

Vzhledem k dotazu bych rád doplnil, že trestní zákoník zná i trestný čin podle § 199 nazvaný „týrání osoby žijící ve společném obydlí“. Tento trestný čin spáchá ten, kdo týrá osobu blízkou nebo jinou osobu žijící s ním ve společném obydlí. Pokud se v případě dotazu čtenáře jedná o tuto situaci, pak bohužel musím konstatovat, že nemá povinnost takový trestný čin ani přezkázat, ani oznámit, a tedy není oprávněn porušit povinnost mlčenlivosti.

Zvláštní úprava pro děti

Specifikum pak nastává v případě dětí, kde by se v dané situaci uplatnila i některá ustanovení zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí. Zdravotnické zařízení je totiž povinno při ošetřování úrazu dítěte v případě podezření z jeho týrání, zneužívání nebo ze zanedbávání péče o ně zajistit záznam o vzniku úrazu. Tento záznam je povinná provést osoba doprovázející dítě nebo dí-

te samo, dostavilo-li se k ošetření úrazu bez doprovodu jiné osoby a je-li to možné s ohledem na jeho věk a rozumovou vyspělost. V záznamu je osoba doprovázející dítě povinná uvést, jak k úrazu došlo. Stejnou povinnost má i dítě, pokud záznam vyplňuje samo. Jestliže zdravotnické zařízení zjistí, že charakter zranění neodpovídá popisu úrazu uvedeného doprovázející osobou, popřípadě dítětem, tuto skutečnost v záznamu uvede. V případě, že doprovázející osoba, popřípadě dítě, odmítne záznam provést, vyznačí zdravotnické zařízení tuto skutečnost v záznamu. Následně je zdravotnické zařízení povinno zaslat tento záznam obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností. Zdravotnická zařízení jsou také povinna oznámit obecnímu úřadu obce s rozšířenou působností skutečnosti, které nasvědčují tomu, že jde o děti uvedené v § 6 odst. 1 zmíněného zákona č. 359/1999 Sb., a to bez zbytečného odkladu po tom, kdy se o takové skutečnosti dozví. Jedná se mimo jiné o situaci, kdy byl na těchto dětech spáchán trestný čin ohrožující jejich život, zdraví, svobodu, lidskou důstojnost, mravní vývoj či jmění nebo je podezření ze spáchání takového činu, popřípadě jsou tyto děti ohrožovány násilím mezi rodiči nebo jinými osobami odpovědnými za výchovu dítěte, popřípadě násilím mezi dalšími fyzickými osobami.

Povinnost informovat o prodloužení pracovní smlouvy

Pracuji v nemocnici, mám smlouvu na dobu určitou. Je zaměstnavatel povinen informovat mne v předstihu, zda mi pracovní smlouvu prodlouží nebo neprodlouží?



odpovídá
 Mgr. Lucie Neubertová

Úvodem je třeba uvést, že doba trvání pracovního poměru uzavřeného na dobu určitou může být sjednána nejen časově, ale též stanovena jinou objektivně zjistitelnou skutečností, která má

v budoucnu (po uzavření pracovní smlouvy) nastat, například dobou mateřské nebo rodičovské dovolené jiného zaměstnance, respektive vymezením doby skončení určitých prací a zároveň časovým určením maximální doby trvání pracovního poměru.

Obecně ze zákoníku práce vyplývá povinnost zaměstnavatele předem informovat zaměstnance, zda pracovní smlouvu pro-

dlouží či nikoli. Pokud by se však jednalo o změnu pracovní smlouvy, pak vzhledem k tomu, že jde o dvoustranný právní úkon (souhlasit s ním musí obě smluvní strany), lze předpokládat, že zaměstnavatel mající zájem na setrvání zaměstnance v pracovním poměru zahájí jednání o změně pracovní smlouvy před uplynutím sjednané doby.

Kdy je nutné informovat

Výjimku tvoří případ, kdy bylo trvání pracovního poměru omezeno na dobu konání určitých prací.

V takovém případě je zaměstnavatel povinen upozornit zaměstnance na skončení těchto prací včas, zpravidla alespoň 3 dny předem (viz § 65, odst. 1, věta druhá zákona č. 262/2006 Sb., zákoník práce). Je však třeba dodat, že zákoník práce s nedodržením této povinnosti nespojuje sankci, pracovní poměr tak může platně skončit uplynutím doby konání prací, a to i pokud zaměstnavatel povinnost informovat nedodrží. Závěrem je třeba zmínit ustanovení odst. 2 § 65 zákoníku práce. Ten říká, že pokud zaměstnanec koná s vědomím zaměstnavatele práci i po uplynutí sjednané doby trvání pracovního poměru na dobu určitou, jedná se o pracovní poměr na dobu neurčitou.

Přehled právních novinek ve farmacii za rok 2011

V následujícím článku se zaměříme na přehled zásadních událostí ve farmaceutickém právu a výkladové praxi v uplynulém roce.

MAXIMÁLNÍ CENY A ÚHRADY LÉČIV

Přechodné snížení cen a úhrad léčiv v roce 2011

V podstatě již od konce roku 2010, tj. od pozbytí účinnosti přechodného ustanovení zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, které přineslo snížení maximálních cen a úhrad léčiv před provedením první revize úhrad o 7%, bylo očekáváno přijetí navazujících obdobných opatření. Po tříměsíčním období, kdy byly ceny a úhrady opětovně navýšeny, na tato přechodná opatření navázal dokonce samostatný zákon č. 76/2011 Sb., o přechodném snížení cen a úhrad léčiv. Nabytí účinnosti dne 1. 4. 2011 a výjma sedmiprocentního snížení maximálních cen a úhrad léčiv před provedením první revize úhrad opětovně zakotvil i snížení a dočasný „strop“ oznámených cen u tzv. deregulovaných léčiv. Tedy u hrazených léčiv, jež jsou cenovým rozhodnutím Ministerstva zdravotnictví ČR vyjmuta z cenové regulace maximální cenou. Původci těchto léků mají povinnost pravidelně Státnímu ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) hlásit nejvyšší cenu, za kterou léčivý přípravek uvádí na trh.

Zákon opětovně umožnil udělení výjimek ze snížení maximálních cen, avšak pouze na žádost držitele rozhodnutí o registraci, která musí obsahovat dostatečné odůvodnění. Zákon také stanovil, že SÚKL může udělit výjimku, pouze pokud snížená cena je nejnižší z cen léku zjištěných v členských státech Evropské unie. Další podmínkou je, aby lék byl nezbytný k zajištění dostupnosti účinné a bezpečné zdravotní péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění a nebylo možné spravedlivě požadovat, aby byl dodáván na český trh za sníženou cenu.

Nezbývá než dodat, že všechna opatření podle tohoto zákona opět platí pouze do provedení první revize úhrady, maximálně po dobu jednoho roku, tj. do

1. 4. 2012. K případnému prodloužení opatření tak bude třeba provést novelu zákona nebo – což je vzhledem ke stále většímu počtu skončených revizních řízení pravděpodobnější – schválit jiné zákonné opatření.

Judikatura v oblasti stanovení maximálních cen a úhrad léčiv

Do diskuse o výkladové praxi stanovení maximálních cen a výše a podmínek úhrady léčivých přípravků zasáhl také Nejvyšší správní soud, a to např. rozsudkem ze dne 28. 4. 2011, č. j. 3 Afs 48/2010.

V rámci rozsudku bylo mj. konstatováno: „Žadatelé o stanovení výše a podmínek úhrady podle § 39f odst. 2 písm. a) a b) zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, jsou aktivně legitimováni k podání správní žaloby podle § 65 odst. 2 s. ř. s.“ Nejvyšší správní soud tedy konstatoval, že v rámci žalob o stanovení výše a podmínek úhrady mají držitelé rozhodnutí o registraci léčivých přípravků možnost domáhat se pouze ochrany svých procesních práv (např. dodržení 75denní délky pro řízení, práva navrhnout důkazy do 30 dnů apod.). V rámci žalob proti rozhodnutí o stanovení úhrady se však dle soudu nelze domáhat ochrany hmotných práv v řízení, tedy např. způsobu stanovení maximální ceny nebo výše a podmínek úhrady.

Technická novela zákona o veřejném zdravotním pojištění

Právě uplynulý rok byl z pohledu farmaceutického odvětví poměrně zásadním rokem, v jehož rámci vyvrcholil legislativní proces, který přinesl mimo jiné i zásadní změny v oblasti stanovení maximálních cen a úhrad léčivých přípravků. Vzhledem k tomu, že důsledky těchto změn naplno pocítíme až v roce letošním, považujeme za nezbytné seznámit čtenáře s klíčovými změnami, jež jsou účinné od 1. 12. 2011.

Změny ve správním procesu

Změny, které nastaly v procesu stanovení maximálních cen a výše a podmínek úhrady léčivých přípravků, se týkají změn v zákoně, ale i vložení vážnějších odklonů od pravidel obsažených ve správním řádu.

Typické pro řízení o stanovení maximální ceny a výše a podmínek úhrady bylo v uplynulých letech nedodržování zákonem stanovené 75denní, resp. 165denní lhůty pro vedení řízení. S cílem zkrátit lhůty v řízení tak zákonodárce přišel se zkrácením lhůt, nikoli však pro správní orgány, ale pouze pro účastníky řízení. Ze 30denní lhůty pro navrhování důkazů pro účastníky řízení se tak stala poloviční 15denní lhůta. Kámen na kameni nezástal ani v oblasti doručování, původně platila obecná 15denní lhůta podle správního řádu, po kterou musela být písemnost vyvěšena na úřední desce, aby mohla být považována za doručenu. Od účinnosti novely zákona byla tato lhůta zkrácena na pouhých 5 dnů. Vzhledem ke zkrácení lhůty pro doručování tak prodloužení lhůty k vyjádření se k podkladům pro vydání rozhodnutí z 5 dnů na 10 dnů snad ani nelze považovat za výhodu pro účastníky řízení.

Dalším významným odklonem od správního řádu je způsob řešení tzv. překážky litispendence, neboli právní překážky již jinde započatého, zahájeného a rozhodovaného řízení. Litispendence jako obecná zásada správního řízení v minulosti bránila souběžnému vedení individuálního správního řízení a revize úhrad. Novela zákona však výslovně uvedla, že revize lze vést současně s individuálním správním řízením o stanovení/změně/zrušení maximální ceny nebo výše a podmínek úhrady přípravku, tudíž je v současné době tato překážka již prolomena.

MZ také včlenilo do novely zákona zcela nový institut, jehož účelem má být zrychlení řízení a snížení počtu podání „účelových“ odvolání. Jedná se o vyloučení od-

kladného účinku odvolání proti rozhodnutí o stanovení/změně/zrušení maximální ceny nebo výše a podmínek úhrady přípravku. Uvedené znamená, že při podání odvolání sice nenastane právní moc rozhodnutí, nicméně do rozhodnutí odvolacího orgánu jsou účastníci povinni se rozhodnutím řídit. Rozhodnutí v prvním stupni tak bude tzv. předběžně vykonatelné.

Pro úplnost je dále vhodné upozornit na změnu pravidel pro vykonatelnost rozhodnutí, která jsou nově navázána na publikaci rozhodnutí v seznamu hrazených léčivých přípravků, jenž vydává SÚKL. Novinkou byly také změny v dokazování, podle novely jsou totiž SÚKLEM zjištěné cenové reference považovány za správné, pokud není účastníkem prokázán opak. Obdobně je také definována tzv. domněnka terapeutické zaměnitelnosti, kdy je léčivý přípravek zařazen do referenční skupiny, není-li účastníky prokázáno, že není terapeuticky zaměnitelný.

Rychlejší úhrady pro podobné přípravky

Novela zavedla též nový typ správního řízení, a to tzv. zkrácené řízení. Jedná se o řízení o úhradě s početním přepočtem maximálních cen nebo úhrad a převzetím podmínek úhrady od podobného přípravku. Právě v souvislosti s tímto typem řízení novela definovala podobný přípravek jako léčivý přípravek se shodnou léčivou látkou a shodnou/obdobnou lékovou formou, jakou má hrazený a terapeuticky zaměnitelný léčivý přípravek.

Pro projednávání žádosti o stanovení výše a podmínek úhrady však musí být současně splněny následující podmínky:

- Maximální cena/výše a podmínky úhrady nejsou požadovány nad rámec podobného přípravku.
- Žadatel požádá o vyřízení žádosti ve zkráceném řízení.
- U prvního podobného přípravku byl dán závazek k uvádění na trh.
- Je podána žádost o stanovení u max. ceny, pokud lék podléhá cenové regulaci.

I pokud jsou tyto podmínky splněny, má SÚKL dle novely možnost do 10 dnů zkrácené řízení usnesením zastavit. Může tak učinit pouze v případě, že žadatel podal žádost o úhradu v odlišných indikacích a podobný přípravek není s posuzovaným zaměnitelný a současně alespoň jeden účastník řízení musí souhlasit se zastavením zkráceného řízení ve lhůtě do



Ilustrační foto: ght.org.uk

5 dnů od doručení sdělení o ukončení zjišťování podkladů pro vydání rozhodnutí. Nutno dodat, že zastavení zkráceného řízení neznamená, že by žadatel byl nucen podávat novou žádost o stanovení maximální ceny/výše a podmínek úhrady, neboť dnem následujícím po nabytí právní moci usnesení o zastavení řízení, je zahájeno standardní řízení.

Pokud k zastavení zkráceného řízení nedojde, je SÚKL povinen ve zkráceném řízení rozhodnout do 30 dnů od zahájení řízení, lhůta pro vyjádření se k hodnotící zprávě činí v tomto typu řízení 5 dnů. Výhodou zkráceného řízení je pro účastníky bezesporu skutečnost, že pokud SÚKL nevydá rozhodnutí ve lhůtě 30 dnů, pak platí tzv. fikce stanovení maximální ceny a úhrady, to znamená, že se má za to, že SÚKL stanovil maximální cenu a/nebo vyšší a podmínky úhrady léčivého přípravku ve výši uvedené v žádosti.

Možnost posuzování žádosti ve zkráceném řízení je dána také tzv. prvním podobným přípravkům, které vstupují do referenční skupiny. V takovém případě však nastává snížení maximálních cen a úhrad v referenční skupině o 15% při vstupu prvního biosimilars a o 32% při vstupu prvního generika. Nezbývá než dodat, že pokud byla žádost projednána ve zkráceném řízení, pak nelze maximální cenu prvního podobného přípravku do hloubkové revize zvýšit.

Změny ve způsobu stanovení maximálních cen a úhrad

V oblasti stanovení maximálních cen stojí za zdůraznění v důsledku dvou novel provedená změna země referenčního koše, které již také nejsou definovány vyhláškou, ale jsou uvedeny přímo v zákoně.

Účastníci řízení také museli přivyknout novým pravidlům pro výpočet maximální ceny. V prvé řadě je totiž určována průměrem alespoň tří nejnižších cen výrobce ze země referenčního koše. Druhým způsobem pro určení maximální ceny je tzv. dohoda o úhra-

dě. Tento smluvní typ je nutno uzavřít se všemi zdravotními pojistovkami alespoň na dobu jednoho roku a s ujednáním o tříměsíční výpovědní lhůtě. Dalším způsobem stanovení maximální ceny léčivého přípravku zůstává její určení podle nejnižší ceny porovnatelného léčivého přípravku dostupného v ČR nebo v zemích referenčního koše.

I v oblasti úhrad jsme se však setkali s řadou změn. Novinkou bylo zavedení tzv. jádrové úhrady, tedy úhrady ve vyšší ceny výrobce, tj. bez DPH a obchodní přírážky. Dohoda o úhradě se stala též jedním ze způsobů stanovení základní úhrady. Nebyla však sama, hojně diskutovanou novinkou bylo zavedení soutěže o úhradu, která probíhá formou tzv. elektronických aukcí, kde účastníci nabízejí nejvyšší úhradu. Soutěž o úhradu však může být konána pouze na základě žádosti zdravotní pojistovny a musí ji předem schválit ministerstvo zdravotnictví. Soutěž lze také vypsat jen u léčivé látky, kde jsou na trhu tři různé léčivé přípravky tří různých soutěžitelů, kteří se musí do soutěže kvalifikovat podle pravidel, uvedených v zákoně, např. zavázat se daný léčivý přípravek uvádět na trh alespoň 18 měsíců. Vítěz soutěže o úhradu pak získává plně hrazený léčivý přípravek. Po nabytí právní moci rozhodnutí o výsledcích soutěže o úhradu zahájí SÚKL do 10 dnů řízení o změně úhrady přípravků se stejnou léčivou látkou a lékovou formou a sníží úhradu podle 75 % přijaté aukční hodnoty. Další úhradová soutěž může být konána nejdříve za 10 měsíců.

Novela také definovala správné delikty v oblasti, kterými jsou zejména nedodržení závazků používaných pro stanovení úhrad, za které SÚKL nově může udělit pokuty v řádu milionů korun.

Nové typy revizních řízení

Vzhledem k tomu, že praxe ukázala, že není reálné provádět revizi úhrad přípravků každoročně, a zároveň vyplynulo na povrch, že stávající systém revizí není flexibilní a neumožňuje pružně reagovat na nové skutečnosti, bylo novelou přistoupeno i k zásadním změnám v této oblasti. Předně novela zavedla dva typy revizních řízení, a to tzv. revizi hloubkovou a revizi zkrácenou. Oproti minulosti nejsou revidovány jen úhrady, ale též maximální ceny léčiv. Hloubková revize má být prováděna alespoň jednou za tři roky. Novela také stanoví, že v rámci přezkumu souladu stanovené maximální cen-

ny/výše a podmínek úhrady by se SÚKL měl zaměřit zejména na přezkoumání výsledků farmakoterapie, skladby referenčních skupin, základní úhrady, podmínky úhrady a nákladové efektivity.

Naproti tomu zkrácenou revizi může SÚKL provést jen ze zákonem stanovených důvodů. Těmi jsou např. zjištěné úspory ve výši nad 30 mil. Kč či 5 mil. Kč u vysoce inovativních léčivých přípravků nebo vstup prvního podobného přípravku na trh. Oproti hloubkové revizi, v rámci které platí standardní lhůty pro vydání rozhodnutí, musí být rozhodnutí ve zkrácené revizi vydáno do 50 dnů. Lhůta pro podání návrhů a důkazů od účastníků byla v tomto řízení zkrácena na 10 dnů od zahájení řízení.

Změny a zrušení úhrad specifických druhů léčivých přípravků

V rámci komplexnosti tohoto článku je třeba též zmínit novinky v úhradách vysoce inovativních léčivých přípravků (VILP), které pro stanovení úhrady musí být hrazeny alespoň ve 3 zemích referenčního koše. Nově je jim stanovována dočasná úhrada na 24 měsíců, kterou je možné opakovat maximálně na dalších 12 měsíců. Avšak stane se tak pouze v případě, že žádost o prodloužení úhrady VILP žadatel podá nejpozději 6 měsíců před uplynutím doby, na kterou byla první dočasná úhrada stanovena. Nutno dodat, že podmínkou úhrady VILP je vždy podání na specializovaném pracovišti.

Novela dále ruší úhradu některých léčivých přípravků. Konkrétně se jedná o „levné“ přípravky s úhradou do 50 Kč. Zde však není na místě panika, neboť další novela zákona, která prošla legislativním procesem v závěru roku, toto zrušení úhrady ruší. Tato skupina léčivých přípravků tedy bude opětovně hrazena.

Trvalé zrušení úhrad naproti tomu čekalo léčivé přípravky určené k podpůrné a doplňkové léčbě a léčivé přípravky s použitím v rámci ústavní péče se „starými“ symboly B, H, K, T a U. Omezení úhrad nastalo také v případě léčivých přípravků očkovacích látek hrazených tzv. ze zákona, které jsou nově hrazeny pouze v provedení nejméně ekonomicky náročném.

Nové cenové a prováděcí předpisy

Na velké změny, jež novela přinesla, navázala v průběhu prosince nová vyhláška č. 376/2011 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o veřejném zdravotním pojištění a která nahradila

dosavadní vyhlášku č. 92/2008 Sb. Tato vyhláška upravuje některé pojmy a dále rozvíjí pravidla a možné úpravy maximálních cen a úhrad léčiv.

V průběhu prosince jsme se též dočkali novely vyhlášky č. 384/2007 Sb., o seznamu referenčních skupin, a vyhlášky č. 385/2007 Sb., o stanovení seznamu léčivých látek určených k podpůrné nebo doplňkové léčbě

Na sklonku roku byl dále představen nový cenový předpis 1/2012/FAR o regulaci cen léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely, který nově upravil vyšší maximálních obchodních přírážek distributorů a také též pravidla pro výpočet věcně usměrňovaných cen. Na tento předpis navazovalo upravené cenové rozhodnutí 1/12-FAR ze dne 12. prosince 2011, kterým se stanoví seznam ATC skupin léčivých přípravků a potravin pro zvláštní lékařské účely nepodléhajících regulaci ceny původce.

MARKETING VE FARMACII

Příkaz ministra

Začátkem roku byl v rámci protikorupční strategie ministerstva zdravotnictví vydán příkaz ministra č. 5/2011, který byl následně nahrazen příkazem č. 11/2011. Tento příkaz je určen organizacím přímo řízeným ministerstvem a vztahuje se k oblasti zadávání veřejných zakázek a poskytování sponzorských darů.

Z pohledu farmaceutického marketingu je důležité zmínit, že podle tohoto pokynu nesmí dotčené oddělení organizace přijímat sponzorské dary účelově vázané na konkrétní oddělení a osobu ve formě úhrady spojovací cesty či úhrady nákladů spojených s účastí na odborných akcích od uchazečů či dodavatelů v rámci veřejných zakázek touto organizací realizovaných. Příkaz dále zaměstnancům těchto organizací, kteří se přímo nebo nepřímo podílí na rozhodování při zadávání veřejné zakázky, zakázal provádět za úplaty činnosti ve prospěch uchazečů či dodavatelů takové veřejné zakázky. Výjimku tvoří jen činnosti, které jsou zajišťovány na základě smluv mezi organizací a příslušným subjektem.

Výjimkou jsou podle příkazu pouze dary do zvlášť zřízených fondů na podporu vzdělávání zaměstnanců a speciálních fondů. Podle příkazu musí být o všech finančních a materiálních sponzorských darech, jejichž hodnota přesáhne 100 000 Kč, informován věcně pří-

slušný odbor ministerstva. Veškeré sponzorské dary přijaté přímo řízenou organizací také musí být zveřejňovány na jejich webových stránkách.

Změna pokynu SÚKL UST-27, verze 3

V průběhu září 2011 SÚKL na svých webových stránkách zveřejnil aktualizované znění pokynu UST-27, verze 3. V něm prezentoval svůj výklad zákonných pravidel propagace léčiv v různých komunikačních prostředcích, s výjimkou rozhlasového a televizního vysílání. SÚKL novelizaci pokynu především reagoval zejména na vývoj rozhodovací praxe soudů, jak Soudního dvora EU, tak Městského soudu v Praze. Mezi nejdůležitější změny, jež aktualizovaný pokyn SÚKL přinesl, patřily následující.

Požadavek na soulad tvrzení v reklamě s SPC léčivého přípravku

Zjednodušeně řečeno lze konstatovat, že Soudní dvůr EU na počátku května loňského roku ve věci „Novo Nordisk“ posoudil výklad čl. 87 odst. 2 směrnice Evropského parlamentu a Rady 2001/83/ES ze dne 6. listopadu 2001 o kodexu Společenství, týkajícím se humánních léčivých přípravků. Toto ustanovení směrnice bylo do české legislativy implementováno ustanovením § 5 odst. 4 zákona č. 40/1995 Sb., zákona o regulaci reklamy, které stanoví, že „jakékoli informace obsažené v reklamě na léčivé přípravky musí odpovídat údajům uvedeným v souhrnu údajů o přípravku (SPC)“. Soudní dvůr EU v tomto rozsudku vyložil předmětné ustanovení směrnice ve vztahu k reklamě určené odborníkům takto:

- Vztahuje se i na citace převzaté z lékařských časopisů nebo vědeckých prací obsažené v reklamě na léčivý přípravek určené odborníkům.
- Zakazuje, aby v reklamě na léčivý přípravek určené odborníkům byla zveřejňována tvrzení, která jsou v rozporu s SPC propagovaného přípravku.
- Nepožaduje, aby všechna tvrzení uvedená v této reklamě byla obsažena v SPC nebo aby z ně byla odvoditelná. Taková reklama tedy může obsahovat doplňující tvrzení k údajům uvedeným v SPC za podmínky, že tato tvrzení: (i) potvrzují uvedené údaje nebo je zpřesňují – přičemž jsou s nimi slučitelná – a nezkracují je; (ii) reklama představuje lék objektivně a bez přehánění jeho vlastností, není klamavá, veškeré informace jsou přesné, ak-

tuální, ověřitelné a dostatečně úplné a údaje z odborných publikací/tisku jsou přesně reprodukovány a musí být uveden jejich zdroj.

V této souvislosti se proto změnil čl. III. odst. 3 pokynu UST-27 stanovující požadavky na soulad tvrzení v reklamě. Ustanovení bylo přeformulováno (změkčeno) a odstraněna byla dlouhodobě problematická věta „nesmí vyjadřovat nic jiného, než je uvedeno v SPC propagovaného humánního přípravku“.

Požadavek na zabezpečení webových stránek pro odborníky

Na workshopu konaném na začátku února loňského roku SÚKL zmínil, že změna požadavku na „zabezpečení“ webových stránek pro odborníky je určitou reakcí na prvostupňové rozhodnutí Městského soudu v Praze ve věci správní žaloby společnosti Zentiva, k. s. Pokyn nyní stanoví, že k zabezpečení stránek určených odborníkům je třeba učinit:

- Prohlášení, že vstupující osoba je odborníkem.
- Potvrzení, že se vstupující osoba seznámila s definicí odborníka.
- Potvrzení, že se vstupující osoba seznámila s riziky, jimž se jiná osoba než odborník vystavuje, pokud vstoupí na stránky určené převážně pro odborníky. Toto zabezpečení může být učiněno v jednom kroku (prokliku), případně ve více postupných krocích, což SÚKL jednoznačně preferuje.

Dostupnost informací o léčivých přípravcích, vydávaných výhradně na základě lékařského předpisu na internetu

Tato změna byla vložena do čl. III. odst. 6 pokynu, který stanoví: „Navíc je na internetu povoleno šířit informace o léčivých přípravcích na lékařský předpis, pokud jsou tyto informace přístupné na této stránce pouze tomu, kdo si je sám vyhledá, a pokud toto šíření spočívá pouze v přesném zobrazení obalu léčivého přípravku, jakož i v doslovném a úplném převzetí údajů obsažených v příbalové informaci nebo souhrnu údajů o přípravku, které byly schváleny v rámci registrace. Zakázáno je naopak šířit na takové stránce informace o léčivém přípravku, které prošly výběrem či úpravami, jež lze vysvětlit pouze propagačními účely.“ Tato změna je důsledkem rozsudku Soudního dvora EU ve věci C-316/09 (MSD Sharp & Dohme GmbH proti Merckle GmbH).

SERVIS

Zajímavé www stránky

– karcinom ledviny

Maligní nádory ledvin, z nichž nejčastější a klinicky nejdůležitější je karcinom ledviny, tvoří zhruba 3 % všech maligních onemocnění a jejich incidence stále narůstá. Časná diagnostika a léčba přispívá k lepší prognóze takto nemocných pacientů.

European Association of Urology

www.uroweb.org

Hned první odkaz nás zavede na oficiální webový portál Evropské urologické asociace (EAU), která sdružuje více než 16 tisíc urologů z celé Evropy. Hlavním posláním organizace je podpora klinické praxe, vzdělávání a výzkumu. Stránky nám představí evropské

pojetí urologické problematiky v komplexním měřítku, k dispozici jsou například pravidelně aktualizované newslettery, které mapují důležité novinky z celého oboru. Pro naše dnešní téma je zajímavá zejména podkapitola „guidelines“ a sekce „online guidelines“, kde se snadno proklíkáme až na stránku se současně platným evropským standardem péče o pacienty s karcinomem ledviny. Je k dispozici jak jeho kompletní verze, tak verze kapesní či výtah mapující chirurgickou terapii. Doporučený postup pokrývá onemocnění zcela komplexně, od epidemiologie a diagnostiky přes klinickou manifestaci a přehled prognostických faktorů až po terapii.



National Cancer Institute

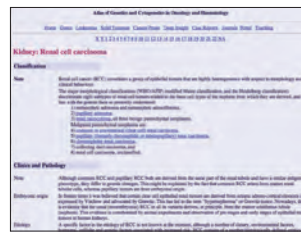
www.cancer.gov/cancertopics/pdq/treatment/renalcell/HealthProfessional/page1

National Cancer Institute je americká organizace, jejíž historie sahá až do 30. let minulého století. Jejím hlavním úkolem je podpora výzkumu léčby nádorových onemocnění, výzkumné týmy pracující při institutu přispěly mimo jiné k objevu řady léčiv s protinádorovým působením (např. chlornambucil, paclitaxel). Výše uvedený odkaz nás zavede na stránky věnované přehledu odborných informací o renálním karcinomu. Přehledně je představena histologická klasifikace nádoru a staging. Značná část textu se poté věnuje terapeutickým postupům u jednotlivých stadií nemoci.

Atlas of Genetics and Cytogenetics in Oncology and Haematology

<http://atlasgeneticsoncology.org/Tumors/RenalCellCarcinID5021.html>

Výše uvedený odkaz nás zavede na portál, který podrobně pojednává o patologických a cytogenetických aspektech renálního karcinomu. Pro fanoušky genetiky je pak k dispozici souhrn známých genů majících vztah k solidním i hematologickým maligním onemocněním.



Ještě zajímavější může být pro čtenáře soubor kazuistických sdělení, kde je na několika desítkách onkologických pacientů popsáno cytogenetické pozadí jejich choroby.

Imaging of Hematuria

www.ajronline.org/content/195/4/W263.long

Hlavním tématem výše uvedeného článku je přehled současných přístupů k diagnostice příčin hematurie (přítomnosti krve v moči) pomocí zobrazovacích vyšetřovacích metod. Text, který obsahuje objemnou obrazovou dokumentaci, popisuje přínos jednotlivých zobrazovacích metod – skiografie, vylučovací urografie, sonografie

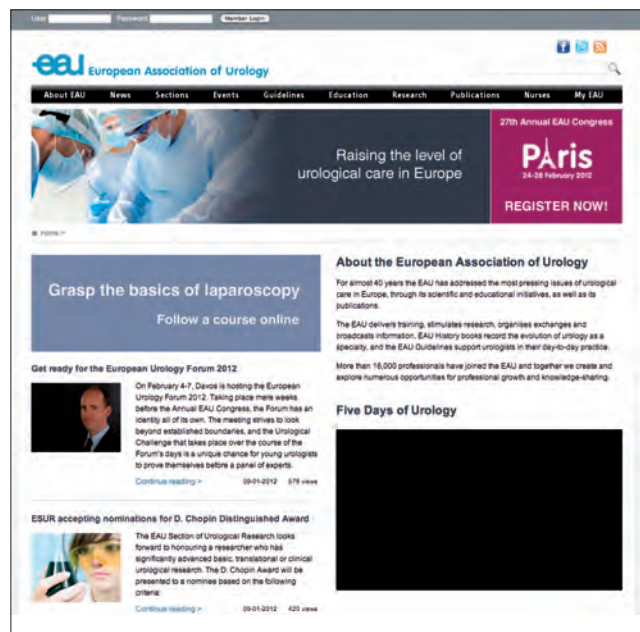
a výpočetní tomografie. Autoři se zaměřují zejména nad strategií indikace jednotlivých metod.

Imaging-Guided Percutaneous Renal Biopsy: Rationale and Approach

www.ajronline.org/content/194/6/1443.long

Tento článek byl v červnu 2010 publikován v časopise American Journal of Roentgenology a zabývá se historickým vývojem i současným přínosem renální percutánní biopsie včetně přehledu racionálních indikací tohoto výkonu s cílem získu optimálního biotického materiálu.

MUDr. Michal Pelíšek



MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

Číslo 2/2012, www.zdn.cz

Šéfredaktorka

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

Redakce

Filip Kút, DiS (on-line, Z domova)
tel. 225 276 176, e-mail: kut@mzf.cz
Petra Klusáková, DiS. (Z domova)
tel. 225 276 388, e-mail: kluskova@mzf.cz
Květa Havlová, DiS. (Téma, Ze zahraničí, Aktuality, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mzf.cz
PaedDr. Jaroslava Šladka (kongresy, reportáže)
tel. 225 276 162, e-mail: sladka@mzf.cz
Mgr. Martin Čermák (Představujeme)
tel. 225 276 436, e-mail: cermak@mzf.cz
PhDr. Jana Jílková (Ze společnosti, rozhovory)
tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mzf.cz
MUDr. Andrea Škalová (Lékařské listy)
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mzf.cz

Stálí spolupracovníci redakce
Leoš Chodura, Mgr. Martin Čaban,
Martin Ježek, prof. Ing. Jaroslav Petr,
MUDr. Milan Novák

Editor/korektor
Mgr. Martin Čermák

Grafika a technické zpracování
BcA. Pavla Ortová
tel. 225 276 455, e-mail: ortova@mzf.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.
prof. MUDr. Markéta Dušková, CSc.
doc. MUDr. Petr Hach, CSc.
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
prof. MUDr. Karel Indrák, DrSc.
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. MUDr. Zdeněk Malý, CSc.
PharmDr. Radim Petráš
prof. Ing. Rudolf Poledne, CSc.
prof. MUDr. Jindřich Špíner, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková

INZERCE

fax 225 276 444

group sales manager
Ing. Roman Polma
724 875 897
e-mail: obchod.ms@mzf.cz

personální inzerce
tel. 732 881 340
e-mail: personalni.inzerce@mzf.cz



generální ředitel
Ing. David Hurta

Kreativní ředitel
Rede Decastelo

ředitel divize Medical Services
MUDr. Martin Hoffman

art director
Petr Honzátko

VÝROBA

retuš Milan Kubička, Daniel Procházka,
Lenka Horáková, Libor Horyna, Michal Žák

MARKETING

ředitelka marketingu novin a časopisů Hana Holková
brand manager Kristýna Dytrchová

DISTRIBUCE

vedoucí výroby a distribuce Soňa Štarhová
manažerka předplatného Jana Horáková,
tel. 225 276 317, e-mail: horakovaj@mzf.cz

Vydává Mladá fronta a. s.,
sídlo: Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4
IČ: 49240315, www.mf.cz

adresa redakce: Zdravotnické noviny,
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222
e-mail: zdn@mzf.cz

DISTRIBUCE TITULU

Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:
Postservis, Poděbradská 39, 190 00 Praha 9
tel. 800 300 302,
e-mail: predplatne.mf@cpst.cz
www.periodik.cz
Cena ročního předplatného je 590 Kč.
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 Pressergrosso, 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.

Doporučená cena 28 Kč.

Vydavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah inzerátů ani jiných materiálů komerční povahy.

Tisk EUROPRINT a. s.
Číslo řáno do tisku 26. 1. 2012
Přetisk a jakékoli šíření
pouze se souhlasem vydavatele.
Tisťený náklad je auditován
firmou Deloitte Audit, s. r. o.

© Mladá fronta a. s., 2012
Evidenční číslo MK ČR: E 20524
ISSN 1805-2355

Předplatte si ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

Předplatné na rok + mimořádná kniha



Angličtina pro lékaře

V publikaci najdete naprosto vše potřebné od typických vzorů konverzace s pacienty včetně jejich vyšetření až např. po slangové výrazy, synonyma a zkratky. Nechybí ani vzory profesionálních dopisů.

Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 12. 2. 2012.
Předplatné na rok pouze za 590 Kč



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku **predplatne.mf@cpost.cz**, uveďte své **jméno** a **doručovací adresu**. Do předmětu napište kód **ZDN 0112**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách **www.mf.cz**



Volejte zdarma 800 300 302

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZDN 0112**



Pošlete SMS na číslo 900 09 06

ve tvaru **ZDN ABO jméno, příjmení, adresa, lekárska specializace** předplatitele. Cena SMS je 6 Kč včetně DPH. Službu provozuje goNET s. r. o. Technicky zajišťuje MobilBonus s. r. o. Help line 777 717 535 po–pá 9.00–17.00.

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Svoji objednávkou dává předplatitel souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a.s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zák. č. 101/2000 Sb., tj. zejména že poskytnutí údajů je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoliv 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. Podrobné informace a všeobecné dodací podmínky naleznete na www.mf.cz

Falkenstein-Klinik Bad Schandau Sächsische Schweiz/Dresden

Die Falkenstein-Klinik verfügt über 236 Betten und führt Reha-Maßnahmen einschließlich Anschlussheilbehandlungen (AHB) für die Rentenversicherungsträger und für die gesetzlichen und privaten Krankenkassen durch. Schwerpunkt ist die Behandlung von gastroenterologischen, diabetologischen, kardiologischen und onkologischen Erkrankungen.

Gesucht wird für die Abteilung für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen sowie für die kardiologische Abteilung zum nächstmöglichen Zeitpunkt jeweils eine/ein

Stationsärztin/Stationsarzt

Die Falkenstein-Klinik verfügt über ein eigenes Labor, Röntgen, Endoskopie und Ultraschall Diagnostik. Ein Überwachungszimmer steht ebenso zur Verfügung wie eine umfangreiche kardiologische Funktionsdiagnostik mit Spiroergometrie, Stressechokardiographie, TTE, TEE, Rechtsherzkatheter, Belastungs-EKG, 24-Stunden-EKG, Herzschrittmacherkontrolle, Langzeitblutdruckmessung sowie Dopplersonographie und Farbduplex-Sonographie. Das Angebot umfasst eine frei zu vereinbarende, übertarifliche Dotierung. Bad Schandau liegt unmittelbar an der tschechischen Grenze, in reizvoller Lage in der Sächsischen Schweiz und ca. 40 km von Dresden entfernt.

Innere Medizin - Kardiologie

Die beiden Chefarzte sind für 1,5 Jahre zur Weiterbildung in der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin sowie Gastroenterologie und für je 1 Jahr in der Kardiologie, Diabetologie und Sozialmedizin ermächtigt. Es erwartet Sie eine interessante und abwechslungsreiche Tätigkeit in einem erfahrenen Team mit einem Facharztanteil von annähernd 70 Prozent.

Nähere Auskünfte erhalten Sie über den Chefarzt der Abteilung für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen, Herrn PD Dr. med. Häntzschel sowie den Chefarzt der Abteilung für Kardiologie, Herrn Dr. med. Bischoff, unter der Nummer +49 (0) 35022/45-821. Ihre kompletten Bewerbungsunterlagen richten Sie bitte an die

Falkenstein-Klinik – Ostrauer Ring 35 – D-01814 Bad Schandau

Volná místa

Více pozic

NEMOCNICE BLANSKO

přijme na nově vybudované moderní oddělení
jednodenní péče lékaře:

- Chirurga se specializovanou způsobilostí v oboru
- Urologa se specializovanou způsobilostí v oboru

Nástup dle dohody.

Blíže informace získáte u náměstka pro LPP

MUDr. Kubiše na tel.:
725 851 536 nebo na e-mailu:
kubis@nemobk.cz

ZDN A121001001

Primáři

ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ
NEMOCNICE KRKONOŠE,
S. R. O., VE VRCHLABÍ
přijme:

- Primáře na gynekologicko-porodnické oddělení
- Primáře na ARO

Požadujeme: VŠ, II. atestaci v oboru, organizační a řídicí schopnosti, praxi.

Kontakt na tel.: 499 502 304
nebo e-mail:
srnska@nemocnice.vrchlabi.cz
ZDN A121000882

ředitel, tel.: 323 619 188,
mobil: 739 017 788, e-mail:
sekretariat@olivovna.cz
ZDN A121000874

Chirurg

HLEDÁM CHIRURGA
se specializovanou způsobilostí v oboru na úvazek 0,4 pro chirurgickou ambulanci ve Slavkově u Brna. Nejlépe i se sestrou. Pracovní doba: pondělí odpoledne, středa celý den, eventuálně jen odpoledne, a každou druhou sobotu dopoledne. Vhodné pro aktivního důchodce či lékařku na MD.

Chirurgie – proktologie, s. r. o.,
Palackého nám. 77,
684 01 Slavkov u Brna
Tel.: 544 221 117, 602 737 818.

ZDN A121000887

Ortoped

MEDITERRA, S. R. O.
– REHABILITAČNÍ
KLINIKA MALVAZINKY,
U MALVAZINKY 177/7, PRAHA 5,
přijme lékaře na oddělení ortopedie.

Požadujeme:

- zařazení do specializačního vzdělávání v oboru ortopedie.

Nabízíme:

- práci na plný úvazek,
- týden dovolené navíc.

Nástup možný ihned.

V případě vašeho zájmu prosím zašlete profesní životopis na e-mail: sadilkova@mediterrera.cz (Alena Sadílková, personální odd., MEDITERRA, s. r. o.)

Kontakt na tel.: 251 116 653.

ZDN A121000879

Fyzioterapeut/ fyzioterapeutka

**OLIVOVA DĚTSKÁ
LÉČEBNA, O. P. S.,**
přijme do svých řad nové pracovníky na pozici fyzioterapeut/ka.

Požadujeme:

- platnou registraci z MZ.

Nabízíme:

- práci s dětmi v příjemném prostředí,
- podnikové stravování,
- odborná školení a semináře,
- plat dle dohody.

Nástup od 1. 2. 2011.

Kontaktní údaje:
Ing. Lisová, sekretariát

Lékař/lékařka

**NEMOCNICE KYJOV,
PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE,**
přijme lékaře/ku na plicní oddělení.

Požadujeme:

- občanskou a morální bezúhonnost,
- zdravotní způsobilost,
- absolvování interního kmene výhodou.

Nabízíme:

- pracoviště s akreditací pro vzdělávání v oboru,
 - dobré platové podmínky,
 - možnost ubytování.
- Nástup možný ihned.

Blíže informace podá primář MUDr. Petr Kolman, tel.: 518 601 670 nebo e-mail: kol@post.cz

Písemné žádosti s profesním životopisem pošlete na adresu: Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace, sekretariát, Strážovská 1247, 697 33 Kyjov.

ZDN A121000867

Lékaři

NZZ

přijme PL, PLDD a gynekologa do zaměstnaneckého poměru.

Nabízíme motivační ohodnocení a stabilní zaměstnání v Praze.

Kontakt: daniela.pauknerova@comitia-zdravotni.cz, tel.: 606 706 333.

ZDN A121000858

Odborný pracovník

**REVMATOLOGICKÝ ÚSTAV,
NA SLUPI 4, 128 50, PRAHA 2,**
přijme VŠ – odborného pracovníka v laboratorních metodách, obor klinická biochemie. Kvalifikační a odborné požadavky dle zákona č. 96/2004 Sb. (atestace z klinické biochemie, registrace), podrobná znalost normy ČSN EN ISO 15189.

Nástup možný ihned. Pracoviště bez pohotovostních služeb, pracovní doba 7,30 – 16,00 hod.

Kontakt: prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc., náměstek ředitele RÚ, tel.: 234 075 340, e-mail: venc@revma.cz



Die gespag ist Oberösterreichs größter Krankenhausträger und beschäftigt rund 9.800 MitarbeiterInnen.

Das **Landes-Krankenhaus Steyr**, eine Gesundheitseinrichtung der Oö. Gesundheits- und Spitals-AG und Lehrkrankenhaus der Med. Universität Innsbruck, verfügt als Schwerpunktkrankenhaus über 6 Institute und 13 Abteilungen mit ca. 700 Betten. Zum ehemöglichen Eintritt suchen wir eine/n

Facharzt/-ärztin für Anästhesiologie und Intensivmedizin Bei Nichtbesetzung erfolgt eine Unterbesetzung mit einem/einer Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin.

Das Institut für Anästhesiologie und Intensivmedizin führt mehr als 14.000 Anästhesien, davon >2.000 periphere Regionalanästhesien, pro Jahr durch. Eine Intensivstation (7 Betten) mit angegliederter Überwachungseinheit (4 Betten), eine Tagesklinik sowie eine Anästhesie- und Schmerzambulanz runden das Leistungsspektrum des Institutes ab.

Wünschenswert sind:

- Deutsche Sprachkenntnisse in Wort und Schrift
- Teamfähigkeit, Flexibilität und Verantwortungsbewusstsein
- Bereitschaft zu laufender fachlicher Fortbildung

Wir bieten:

- Kompetenz in der ultraschallgezielten Regionalanästhesie
- einen attraktiven und langfristigen Arbeitsplatz in einem motivierten, kollegialen Team
- einen krankenhauseigenen Kindergarten sowie eine Umgebung mit hohem Freizeitwert

Für nähere Auskünfte steht Ihnen Herr Prim. Univ.-Prof. Dr. Achim von Goedecke, MSc., Leiter des Institutes für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Tel.: 0043 50 55466-22700, achim.von-goedecke@gespag.at, gerne zur Verfügung.

Bei Interesse an einer dieser Positionen laden wir Sie ein, den gesamten Ausschreibungstext unter www.gespag.at/jobs nachzulesen und sich dort das erforderliche Bewerbungsformular herunterzuladen.

Ihre aussagekräftigen **Unterlagen** senden Sie bitte gemeinsam mit dem Bewerbungsformular bis **29. Februar 2012** an:

Landes-Krankenhaus Steyr, Personalstelle
z.H. Frau Gabriele Eichinger
Sierninger Straße 170, A-4400 Steyr



www.gespag.at

PERSONÁLNÍ INZERCE

nebo MUDr. László Wenchich,
tel.: 234 075 306,
e-mail: wenchich@revma.cz

ZDN A121000861

Odborný pracovník
– analytik

**SOUKROMÁ ZDRAVOTNICKÁ
LABORATOŘ SE SÍDLEM
VE ZLÍNSKÉM KRAJI**
hledá odborného pracovníka
– analytika pro provoz
biochemické laboratoře
(odbornost 801).

Podmínkou je atestace
v oboru, dobré komunikační
schopnosti a řidičský průkaz.
Nabídky vč. profesního
životopisu zasílejte na e-mail:
traxlerova@imalab.cz

ZDN A121000201

Gynekolog

SVITAVSKÁ NEMOCNICE, A. S.,
přijme lékaře
na gynekologicko-porodnické
oddělení – praxe vítána.
Zaměstnáme i cizince.

Nabízíme práci
v profesionálním kolektivu
akreditovaného zařízení
a podporu dalšího
vzdělávání v oboru.

Bližší informace:
prim. MUDr. Zakopal,
tel.: 461 569338,
e-mail: zakopal@gyneo.cz
nebo p. Hromádková,
ředitelství, tel.: 461 569 313.

Pisemné nabídky
zasílejte na adresu:
Svitavská nemocnice, a. s.,
ředitelství, Kollárova 643/7,
568 25 Svitavy

ZDN A121000851

Lékař

**PANOCHOVA NEMOCNICE
TURNOV, S. R. O.,**
přijme do pracovního poměru
lékaře na anesteziologicko-
resuscitační oddělení pro
práci na lůžkovém oddělení,
anestezii, eventuálně
ambulanci léčby bolesti.
Specializovaná způsobilost
vítána, není podmínkou.

Možnost zajištění ubytování,
nástup možný ihned.

Bližší informace:
primář ARO MUDr. Jiří Patka,
tel.: 481 446 400,
e-mail: jiri.patka@nemtur.cz

ZDN A121000847

Lékaři

**DOPRAVNÍ
ZDRAVOTNICTVÍ, A. S.,**
přijme kolegy lékaře
do těchto ordinací:

- praktík
- ORL
- oční
- neurolog
- RTG
- ortoped
- gastroenterolog
- gynekolog

Možnost i částečných
úvazků, nástup ihned
nebo dle dohody.

Nabízíme: firemní benefity,
nadstandardní ohodnocení,
37,5 hod./týden, stravování,
5 týdnů dovolené.

Nabídky s životopisem
zasílejte e-mailem na adresu:
ladislav.bubnik@dzas.cz

ZDN A121000844

Vedoucí lékař – LDN

PRO LDN SE 160 LŮŽKY
přijmeme

■ **Vedoucího lékaře**
se specializovanou způsobilostí

v oboru geriatricke nebo vnitřní
lékařství, licenci ČLK pro
výkon vedoucího lékaře
a praxi minimálně 8 let.

Nabízíme: nadstandardní
plat, firemní automobil,
příjemné pracovní prostředí,
odborný a kariérní růst,
firemní stravování
a týden dovolené navíc.

■ **Sekundárního lékaře**
Možno i na částečný úvazek.
Plat 45–60 tis. Kč.

Kontakt: ředitel společnosti
GERIMED, a. s.,

tel.: 317 834 311-2,
e-mail: gistr@gerimed.cz

ZDN A121000322

Různé

Zpracování
daňových přiznání

**NABÍZÍM LEVNĚ ZPRACOVÁNÍ
DAŇOVÉHO PŘIZNÁNÍ,
VČETNĚ PŘEHLEDŮ.**

Možno i vedení účetnictví,
dlouhodobá spolupráce.

Kontakt: tel.: 605 488 714,
e-mail: martinabin@seznam.cz

ZDN A121000838

PERSONÁLNÍ INZERCE



je přijímána na adrese:

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

e-mail:
personalni.inzerce@mf.cz

Inzerce A121001223

NEJLEPŠÍ DĚTSKÁ KNIHA V AMERICE

KNIŽNÍ PŘEDLOHA
FILMU

MARTINA SCORSESEHO

11 NOMINACÍ NA OSCARA

V KINECH
OD 2. 2. 2012

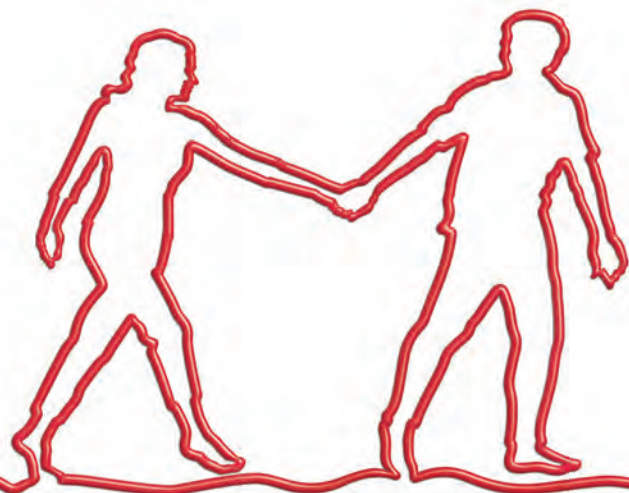
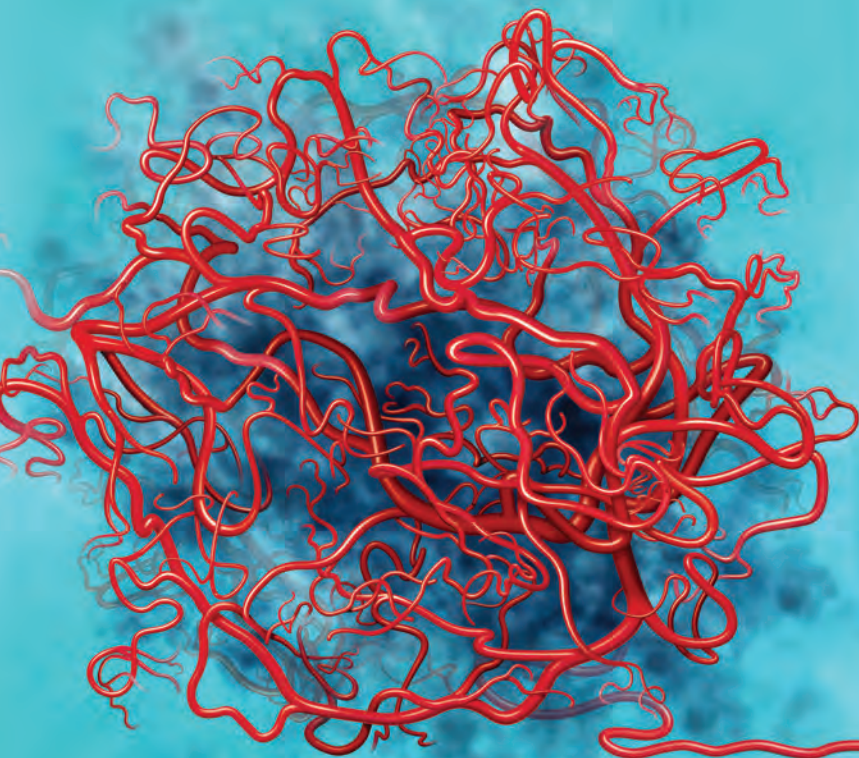
knihy.cz

Žádejte u svého knihkupce nebo se slevou 15 % na www.kniha.cz

CENA KNIHY
349 Kč
» 224 S. TEXTU
» 320 S. OBRÁZKŮ

mf
MLADÁ FRONTA

Kontrolou angiogeneze...



...k prodloužení přežití

AVASTIN JE INDIKOVÁN PRO LÉČBU METASTAZUJÍCÍHO KOLOREKTÁLNÍHO KARCINOMU PRVNÍ I DRUHÉ LINIE.

AVASTIN JE OD 1. 3. 2010 HRAZEN Z PROSTŘEDKŮ VEŘEJNÉHO ZDRAVOTNÍHO POJIŠTĚNÍ PRO INDIKACE KOLOREKTÁLNÍ KARCINOM, KARCINOM PRSU, NSCLC A KARCINOM LEDVINY.

AVASTIN JE MOŽNÉ PODÁVAT V KOMPLEXNÍCH ONKOLOGICKÝCH CENTRECH. JEJICH SÍŤ JE POPSÁNA NA WWW.ONCONET.CZ

AVASTIN® 25 mg/ml koncentrát pro přípravu infúzního roztoku – Základní informace o přípravku

Účinná látka: bevacizumabum. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Roche Registration Limited, Velká Británie, Registrační čísla: EU/1/04/300/001-002. **Indikace:** Terapie metastazujícího karcinomu tlustého střeva nebo rekta v kombinaci s chemoterapeutickým režimem obsahujícím fluoropyrimidin. Avastin v kombinaci s paklitaxelem je indikován jako léčba první linie u nemocných s metastazujícím karcinomem prsu. Avastin v kombinaci s kapecitabinem je indikován k první linii léčby nemocných s metastazujícím karcinomem prsu, u kterých se léčba jinou možnou chemoterapií, včetně antracyklinů a taxanů, nepovažuje za vhodnou. Nemocní, kteří byli v posledních 12 měsících léčeni režimem obsahujícím taxan a antracyklin v adjuvantním podání nemají být léčeni kombinací Avastin + kapecitabin. Avastin přidáný k chemoterapeutickému režimu s platinou je indikován k léčbě první linie nemocných s neresekabilním pokročilým, metastatickým nebo rekurentním nemalobuněčným plicním karcinomem jiného histologického typu, než predominantně z dlaždicových buněk. Avastin v kombinaci s interferonem alfa-2a je indikován jako léčba první linie u nemocných s pokročilým a/nebo metastazujícím karcinomem ledviny. Avastin v kombinaci s karboplatinou a paklitaxelem je indikován k úvodní léčbě pokročilého (stádia III B, III C a IV dle FIGO) epitelového nádoru vaječníků, vejcovodů nebo primárního nádoru pobříšnice. **Kontraindi-**

kace: Přecitlivělost na léčivou látku nebo jakoukoli pomocnou látku přípravku, na látky produkované ovariálními buňkami čínských křečků nebo na jiné rekombinantní lidské nebo humanizované protilátky. Těhotenství. **Upozornění:** Zvýšená pozornost u pacientů s intraabdominálním zánětlivým procesem (zvýšené riziko vzniku perforace a píštěle GIT), po operaci (možné komplikace při hojení ran), s nekontrolovanou hypertenzí (riziko hypertenzní krize a proteinurie), ve věku nad 65 let (zvýšené riziko vzniku arteriálních tromboembolických příhod), u pacientů s kongenitální hemoragickou diatézou, získanou koagulopatií nebo u pacientů léčených plnou dávkou antikoagulancií k léčbě tromboembolismu před zahájením léčby Avastinem. V případě vzniku tracheoesofageální píštěle nebo jakékoli píštěle 4 stupně trvale ukončit léčbu. Ukončení léčby zvážit v případě vnitřní píštěle mimo oblast GIT. V ojedinělých případech riziko vzniku reakce na infuzi/hypersenzitivní reakce. Nežádoucí účinky (některé z nich se jeví jako závažné) byly hlášeny při užití v neregistrovaném nitroočním podání. **Klinicky významné interakce:** Bevacizumab neovlivňuje v klinicky závažném rozsahu farmakokinetiku 5-fluorouracilu, karboplatiny, paklitaxelu a doxorubicinu. U některých pacientů léčených kombinací bevacizumabu a sunitinib malátu byla hlášena mikroangiopatická hemolytická anemie (MAHA). **Hlavní klinicky významné nežádoucí účinky** (u pacientů léčených jak v monoterapii, tak v kombinaci s chemoterapií): Nejzávažnější pozorované nežádoucí účinky – gastrointestinální perforace, píštěle, hemoragie, arteri-

ální a žilní tromboembolismus, syndrom reverzibilní zadní leukoencefalopatie, proteinurie, osteonekróza čelistí. Nejčastější nežádoucí účinky – astenie, průjem, dysfonie, nauzea a jinak nespecifikované bolesti, selhání vaječníků, ve většině případů reversibilní. Dávkování a způsob podání – Obecná doporučení: První dávka Avastinu by měla být podávána během 90 minut ve formě nitrožilní infuze. Jestliže je první infuze dobře snášena, druhá infuze může být podávána během 60 minut. Jestliže je dobře snášena infuze podávaná během 60 minut, všechny následující infuze mohou být podávány během 30 minut. Nepodávejte jako bolus v nitrožilní injekci nebo bolusovou injekci. Infuze nesmí být podávány nebo míchány s roztoky glukózy. Snížení dávky při výskytu nežádoucích příhod se nedoporučuje. V případě nutnosti musí být léčba buď trvale ukončena, nebo dočasně pozastavena. Doporučené dávkování pro jednotlivé diagnózy: Viz platný Souhrn údajů o přípravku (viz www.sukl.cz). **Dostupná balení přípravku:** 1x100 mg bevacizumabu ve 4 ml; 1x 400 mg bevacizumabu v 16 ml koncentrátu pro přípravu infuze. **Podmínky uchovávání:** Uchovávejte v chladničce (2°C-8°C). Chraňte před mrazem. Uchovávejte injekční lahvičku v krabici, aby byl přípravek chráněn před světlem. **Datum poslední revize textu:** 19. 12. 2011. **Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Léčivý přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Podmínky úhrady viz WWW.SUKL.CZ.** Další informace získáte na adrese Roche s.r.o., Dukelských hrdinů 52, 170 00 Praha 7, tel. 220 382 111.