ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

www.zdn.cz

MLADÁ FRONTA

9 771805 235003 03

CENA 28 KČ, PŘEDPLATNÉ 23 KČ

ČTRNÁCTIDENÍK PRO ODBORNÍKY VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

3/2012 Toto číslo vyšlo 13. 2. 2012

NÁZORY

Mezi Skyllou a Charybdou

Soudkyně vmanévrovala FN Motol mezi nerespektování zákona a neuposlechnutí soudního příkazu.

STRANA 8

PŘEDSTAVUJEME

doc. MUDr. Petra Štádlera, Ph.D., primáře cévního oddělení Nemocnice Na Homolce.

STRANA 24

AKTUALITY

„Šonkův den" posedmé – obraz obezitologie v roce 2012

STRANA 16

Protikorupční opatření přispěla ke **stabilizaci nemocnic**

Přímo řízená zdravotnická zařízení dosáhla v loňském roce hospodářského výsledku 447 milionů korun před zdaněním. Tohoto úspěchu bylo podle ministerstva dosaženo díky aplikaci protikorupčních opatření, zefektivnění řízení, ale i restrukturalizaci a koncentraci péče.

Podle údajů, jež minulý týden prezentoval médiím ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09), zaznamenala všechna přímo řízená zdravotnická zařízení v uplynulých pěti letech významný posun na cestě ke stabilitě, vyšší ekonomické efektivnosti a produktivitě. Dobré hospodářské výsledky těchto zařízení (11 FN, IKEM, NNH, MOU, ÚPMD) v roce 2011 ministerstvo přičítá zejména „důslednému naplňování programového prohlášení vlády v oblasti rozpočtové odpovědnosti a protikorupční strategie".

Stamilionové úspory

Nařízení ministra přikazující přímo řízeným organizacím (PŘO) zavést protikorupční opatření, jako například elektronické aukce či zákaz kumulace zakázek a práce s „kompletátory" (generálními dodavateli), vydal Leoš Heger počátkem minulého roku. Podle nedávno jmenovaného náměstka ministra zdravotnictví Marka Ženíška (TOP 09) mají tato opatření vést k úsporám ve výši přibližně 300 milionů Kč. Klesnout by přitom měly především materiálové náklady. „Pokud by úspora byla vztažena k nárůstu produkce, můžeme hovořit o efektu až ve výši 800 milionů," sdělil Ženíšek.

(**pokračování na straně 2**)

Foto: Leoš Chodura

Marek Ženíšek: Poroste-li produktivita, mohou nemocnice ušetřit až 800 milionů.

Omezení výpadku léků pomůže novela zákona

Ministerstvo zdravotnictví předložilo vládě návrh zákona o léčivech, který si jako jeden z cílů stanovuje zamezení vývozu léčivých látek z českého trhu prostřednictvím provozovatelů lékáren, kteří jsou zároveň distributory. Lékárnická komora se však brání: Lékárny na vývozu neprofitují, vyvážet léky nesmějí.

MZ se obává omezení dostupnosti některých skupin léčivých přípravků pro pacienty. Proto je v návrhu novely zákona uložena distributorovi povinnost jasného odlišení, zda subjekt odebírá léky jako provozovatel lékárny, či jako distributor. Návrh zákona také zakazuje použít k další distribuci léčivé přípravky, které takový subjekt odebral jako provozovatel lékárny.

(**pokračování na straně 2**)

Protikorupční opatření přispěla ke **stabilizaci nemocnic**

(pokračování ze strany 1)

„Ministerstvo vnímá udržení finanční stability přímo řízených organizací v návaznosti na růst osobních nákladů, DPH a zvyšování kvality a kvantity produkce jako absolutní prioritu. Prostředkem k naplnění tohoto cíle bude další zefektivnění řízení veřejných zakázek, centralizace nákupů, restrukturalizace a koncentrace péče," dodal Leoš Heger.

Náklady se mají snižovat i letos

K dalším úsporám a zvýšení efektivity i produktivity by mělo dojít i tento rok, a to navzdory zvýšení platů o 6,25 % a vyšší DPH. Dopady těchto opatření se podle Marka Ženíška ředitelům podařilo při jednání s dodavateli částečně eliminovat díky vyjednaným slevám.

Dodržení slibu o navýšení platů zdravotníků v rámci PŘO vyjde přibližně na 940 milionů korun, částka bude součástí nákladové složky. „Nějaký výrazný hospodářský růst v rámci těchto zařízení tedy očekávat nelze," řekl ministr Heger.

Potřebné finance by zařízení kromě uvedených opatření měla získat především z plateb pojišťoven – hodně však bude záležet na tom, nakolik se bude ředitelům dařit zvyšovat produkci.

Heger: Na růst platů by nemocnice mít měly

Na platy zdravotníků by nemocnice měly získat peníze i díky nově zavedenému systému DRG. Ministerstvo vypočítalo, že celková výše úhrad od pojišťoven stoupne o 2 % v přímo řízených a o 4,5 % v krajských a menších nemocnicích, jež jsou dle Leoše Hegera oproti PŘO ve vyhlášce zvýhodněny.

V zařízeních podléhajících ministerstvu zdravotnictví by měly růst platy tak, jak jejich ředitelům nakázal ministr zdravotnictví, ale v krajských nemocnicích by se podle ministra měli o plnění memoranda postarat hejtmani. Leoš Heger v této souvislosti oslovil dopisem předsedu Asociace krajů Michala Haška (ČSSD) s dotazem, jak chce situaci řešit. Oficiální odpověď prý však zatím nedostal. „V případě, že tato odpověď nebude z našeho pohledu zcela uspokojivá, budeme samozřejmě jednat dál," slíbil ministr.

Kraje si mohou zažádat o úvěr

Podle ministra byla řada krajských nemocnic „výrazně stavebně zadotována", v některých případech prý šlo dokonce až o přeinvestování. To podle ministra ukazuje, že kraje mají peněz dost. V první řadě je ovšem třeba vyjednat s pojišťovnami dostatečné zálohy.

Pokud se krajům nebude dostávat peněz, měly by podle Leoše Hegera zvážit možnost provozního úvěrování. „V případě, že nemocnice má zajištěný růst ve formě příslibu úhrad, ale s pojišťovnou se není schopná domluvit na zálohách, banky poskytují korektní úvěry. Možností je tedy více, a pokud vím, v minulém roce žádná nemocnice nebyla v nějaké výrazné platební neschopnosti," uklidňuje ministr.

Michal Hašek však trvá na tom, že kraje na zvýšení platů nemají a očekávají, že peníze zajistí ministr, protože slib dal zdravotníkům on. Úhradová vyhláška podle něj krajům dostatek peněz nezajistí a nevyváží ani dopad zvýšení sazby DPH, která zatíží hospodaření nemocnic.

Filip Kůt Citores

Převodu příbramské polikliniky brání plomba

Příbramská radnice zatím nemůže převést budovu 1. polikliniky na firmu Triticum, která za ni zaplatila 20,5 milionu Kč. Na katastru nemovitostí na majetku vázne plomba kvůli soudní žalobě.

„Na majetku je blokace kvůli soudní žalobě. Oficiálně však o těchto věcech nemám žádné informace. O žádných žalobách nás nikdo neinformoval," uvedl starosta města Josef Řihák (ČSSD).

Podle serveru Příbramsko.eu převod budovy blokuje žaloba na určení vlastnického práva k nemovitostem a pozemkům, kterou podala firma Rodiso, jež se soutěže také účastnila. Napadá v ní platnost kupní smlouvy, zejména s ohledem na údajné nedodržení požadavku transparentnosti výběrového řízení.

S prodejem polikliniky nesouhlasí lékaři a řada místních, okolnosti výběrového řízení prověřuje policie. **(klu, ČTK)**

Omezení výpadku léků pomůže novela zákona

(pokračování ze strany 1)

„Navrhovaná ustanovení zřejmě reexportům léčiv bezezbytku nezabrání, výrazně však pomohou velkodistributorům a dovozcům v jasném rozlišení účelu, za jakým budou léky dále prodávat. Vývozu léčiv z Česka se však věnují i největší velkodistribuční firmy, proto bude velmi poučné sledovat, jak se k reexportům postaví. Upravit či snad legislativně přímo zakázat reexporty léčiv do zahraničí není vzhledem k volnému pohybu zboží a služeb v rámci EU jednoduché, každá taková změna s sebou může přinést i soudní spory," uvedl pro Zdravotnické noviny prezident České lékárnické komory (ČLnK) Lubomír Chudoba.

ČLnK: Lékárny léky nevyváží

O zamezení reexportu léčiv z České republiky Česká lékárnická komora usiluje dlouhodobě. Striktně odmítá tvrzení, že lékárny zneužívají systém a na vývozu profitují. „Lékárny nemohou vyvážet léčiva mimo naše území, to mohou pouze distribuční společnosti. Držitelem distribučního povolení se může po splnění zákonných podmínek stát prakticky jakákoli právnická nebo fyzická osoba. Ta může být současně provozovatelem lékárny, ale i jiného zdravotnického zařízení," uvádí se ve stanovisku ČLnK.

Tento názor však nesdílí ředitel Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL) Martin Beneš. „Následkem trvale klesajících cen a úhrad z pojištění jsou léky stále atraktivnější pro vývoz. Řada distributorů i lékáren s oprávněním k vývozu se živí především exportem léků do ciziny, místo aby je dodávali českým pacientům," uvedl před časem Martin Beneš.

Ilustrační foto: greenandcleanmom.org

Změny na evropské úrovni

Komora na možná zneužití vývozu léků dlouhodobě upozorňuje jak SÚKL, tak i MZ. „SÚKL sice zvýšil počty kontrol zaměřených na distribuci léčiv, dosud nám však nepředložil výsledky, z nichž by vyplývalo, v jakém počtu a k jakým nezákonným praktikám při vývozu léčiv nyní opravdu dochází," říká prezident Chudoba.

Legislativní změny systému, který výpadky dodávek léků způsobuje, požaduje šéf lékárníků na vyšší platformě. „Jsem přesvědčen, že nejen tuzemští zákonodárci, ale především naši europoslanci by měli v Bruselu začít navrhovat legislativní změny, které ‚bez porušení hospodářské soutěže' zajistí pacientům jednotlivých členských zemí vyšší jistotu dostatečných dodávek nezbytných léků. K zavedení takových opatření je nejvyšší čas," upozorňuje Lubomír Chudoba.

Velkodistributor pro všechny lékárny?

„Nadnárodní výrobci léčiv se již dnes snaží v zemích EU zavádět metody distribuce léčiv, které jim umožní udržet jednostranně výhodné ceny a eliminovat levnější dovoz či vývoz léčiv. První vlaštovka v podobě přímé dodávky do lékáren je připravena i pro Českou republiku. Budeme tedy svědky situace, kdy si nadnárodní výrobce pro vybrané léky zvolí jediného velkodistributora, který bude dle jeho pokynů dodávat do všech českých lékáren," uzavírá Lubomír Chudoba.

Reexport podle něj sice tímto způsobem bude téměř vyloučen, neúměrně však vzroste administrativní zátěž lékáren, prodlouží se doba dodání léků, pro některé lékárny a jejich pacienty dokonce takto distribuovaná léčiva mohou být nedostupná. Proto komora s navrhovaným postupem nesouhlasí, nelze podle ní totiž zaručit dostupnost léků za stejných podmínek a v dostatečném množství pro všechny.

Petra Klusáková, ČTK

Příplatek za lékaře je nebezpečný průlom

Plánované zavádění ceníků lékařů je podivný krok, který nabízí mnoho rizik, ale skoro žádné výnosy.

Jestliže se ministr Leoš Heger rozhodl, že s nadstandardy začne celkem opatrně, pak není vůbec jasné, proč se hned pár týdnů poté pouští do vysoce problematického plánu na zavedení příplatku za provedení zákroku konkrétním lékařem. Je to velká strategická chyba, která může celý systém nadstandardu ošklivě kompromitovat. Toto riziko přitom není vyváženo žádným potenciálním výnosem.

Systémově neřešitelné

Prakticky jediným argumentem, který ministerstvo zdravotnictví uvádí ve prospěch „kupování lékařů“, je legalizace současné údajně časté praxe, kdy se přítomnost konkrétního lékaře u zákroku vymáhá korupční cestou. Je to argument mimořádně slabý. Udělat z nelegální výdělečné činnosti několika amorálních zkorumpovaných jedinců v lékařských řadách systém se nezdá jako dobrý nápad, ba ani jako dobrý vzkaz společnosti.

Na druhé straně argumentů proti systému připlácení za konkrétního lékaře je mnoho. V první řadě jde o politicky mimořádně nešťastný model, který na rozdíl od dosavadního uplatňování nadstandardu zcela jasně obsahuje riziko rozdělení péče na chudinskou a elitní a bude před podobnými námitkami těžko obhajitelný. Slova ministra i ředitelů nemocnic, že je třeba systémově zařídit, aby špičkoví odborníci nepracovali na banálních případech ve chvíli, kdy jsou potřeba jinde, jsou planá. Pokud by měly skutečně existovat důsledné systémové pojistky proti takovému riziku, celý model připlácení za lékaře to zkomplikuje tak, že se stane nesmyslným a pro všechny strany neatraktivním. Pak opět rychle uvolní místo osvědčené korupci.

Lékaři druhé kategorie

Ještě horší je ovšem sám princip, který je v navrhovaném systému obsažen. Zdravotnické zařízení se tímto opatřením vzdává části své suverenity, pokud jde o rozhodování o struktuře a organizaci péče. To je velmi nebezpečný jev. Organizace péče má být plně v kompetenci managementu zdravotnického zařízení, který se samozřejmě pohybuje v mantinelech smluv s pojišťovnami, personálního a technického vybavení a podobně. Tedy v mantinelech povýtce vnitřních. Ministerský návrh ovšem do této dosud nedotknutelné sféry vpouští nový vnější vlivový prvek – peněženku movitého pacienta. Ta má získat moc alespoň do určité míry ovlivnit, kdy, kde a na čem bude pracovat dejme tomu primář oddělení. To je nenápadný, ale ošklivý průlom.

Martin Čaban

Zdravotnické zařízení, jež rozdělí své lékaře na ty „nadstandardní“ a ostatní, navíc vysílá velmi mizerný marketingový signál pacientovi-klientovi, který bude zcela automaticky očekávat, že od lékaře, jenž není na „ceníku“, se mu dostane horší péče. Nevěřím, že vedení nemocnice dokáže pacientovi vysvětlit, že to tak není a že péče má stabilní a rovnoměrnou kvalitu.

Lék na špatné svědomí?

Netřeba asi dodávat, že systém „ceníku lékařů“ vnese nehezkou atmosféru také dovnitř zdravotnických zařízení. Jednak některým lékařům může snadno připadat nedůstojné, že si je někdo může „koupit“, jednak umístění jednotlivých lékařů na „ceníku“ výš nebo níž může (samozřejmě nemusí) mezi kolegy na oddělení zasít zbytečnou nevraživost.

Všechna tato rizika chce ministerstvo přes počáteční odpor samotného ministra nakonec skutečně podstoupit – ale proč? Protože některé pány profesory a primáře hryže svědomí, že se nechávají uplácet, a raději než úplatky by přijímali příplatky? To je málo.

Rozsáhlá transformace **výuky mediků v Brně**

Lékařská fakulta Masarykovy univerzity (LF MU) spustila rozsáhlé změny ve výuce mediků s hlavním cílem zlepšit provázanost studia medicíny.

Projekt OPTIMED, který na fakultě odstartoval na začátku tohoto roku, přináší důkladnou revizi jednotlivých předmětů i jejich obsahu, jak si žádá zejména prudký rozvoj medicíny a nárůst množství poznatků v jejích jednotlivých oborech. Podle děkana fakulty Jiřího Mayera je předpokladem úspěchu především správně nastavit určitou míru znalostí a dovedností, kterou absolvent lékařské fakulty musí v jednotlivých předmětech získat. „Jedním z hlavních úkolů bude změnit přístup k výuce, více využívat informační technologie a pro každý předmět definovat minimální požadavky oborů. To by se mělo dít dvěma směry, které lze pojmenovat jako *links* a *skills*. *Links* přitom znamená propojení mezi zdroji informací, *skills* jsou množinou nutných dovedností,“ vysvětluje profesor Mayer.

Projekt OPTIMED je zaměřen na definování penza nepodkročitelných znalostí a dovedností absolventa lékařské fakulty a zaměřuje se zejména na nezbytné souvislosti a návaznosti mezi preklinickými a klinickými obory. „Cílem je zajistit studentovi pevné základy, na kterých bude stavět jak během dalšího studia, tak i celého svého profesního života,“ dodává proděkan LF MU pro výuku v klinických oborech a řešitel projektu Jaroslav Štěrba.

Učit v souvislostech

Podle Jiřího Mayera je jedním z důsledků současné exploze poznatků v medicíně, že učitelé na lékařských fakultách často nemají dostatečné povědomí o tom, co je obsahem ostatních předmětů. Je proto nutné jasně definovat, co by měl student po absolvování daného předmětu znát – jednak proto, aby se studenti mohli snáze orientovat v záplavě informací, ale i proto, aby vyučující ostatních předmětů věděli, na co mohou navazovat. Je také třeba rozlišovat, jaké znalosti jsou pro každého absolventa nezbytné a co už je záležitostí konkrétní specializace po skončení studia.

Výsledkem procesu revize a stanovení tzv. výstupů z učení bude i omezení případů, kdy student dostává některé informace opakovaně a na jiné již nezbývá čas. „Naším cílem není učit zásadně jinak, protože naši absolventi mají výborné uplatnění, jsou úspěšní a dosahují vysokých výkonů. Je však třeba udělat si pořádek v tom, co, kdy a kde se učí. Celé studium pak bude ještě efektivnější, ucelenější a z pohledu studenta provázanější,“ říká profesor Štěrba.

Virtuální pacient

Součástí chystaných změn na LF MU je i zavedení výuky pomocí tzv. virtuálního pacienta, který studenta provede všemi činnostmi lékaře v praxi – od vyšetření přes stanovení správné diagnózy až po samotnou léčbu. Práce s virtuálním pacientem přitom nebude mít za cíl nahradit kontakt studenta s reálným nemocným člověkem. Bude ale vhodným doplňkem výuky a fakultě pomůže v situaci, kdy roste počet studentů, klesá počet lůžek v nemocnici a doba hospitalizace se zkracuje. „Je to reakce na současnou situaci – při frekvenci, jakou se studenti na oddělení protáčí, pacienti nabývají pocitu, že jsou ‚pokusní králíci‘, a nezřídka odmítnou, aby na jejich případu probíhala výuka,“ podotýká proděkan Štěrba.

Ilustrační foto: Masarykova univerzita

Jednotný hodnoticí systém

Na inovaci všech 67 předmětů v rámci studijního programu Všeobecné lékařství fakulta získala 40 milionů korun z evropského Operačního programu Vzdělávání pro konkurenceschopnost. Podle inovovaného systému výuky by se studenti měli začít učit v akademickém roce 2014/2015. Počítá se také se zavedením dvou nových předmětů – Diferenciální diagnostika a Kurz urgentní medicíny – a s vytvořením české i anglické verze výstupů z učení a podkladů pro výuku. Díky projektu také bude zavedeno nové testování komplexních znalostí a dovedností absolventů. Navržená koncepce je v České republice unikátní.

Pokud jde o nároky na hodnocení studentů, fakulta počítá s možností udělat si po 3 letech studia soubornou zkoušku ze všech teoretických oborů se základní klinickou aplikací. „Tu v současné době do určité míry supluje zkouška z patologické fyziologie, která vyžaduje zvládnutí základů i v jiných teoretických oborech. My ale chceme aplikovat jednotný hodnoticí systém. Trochu by se to podobalo americkým celostátním zkouškám USMLE Step 1. Tato zkouška by zatím byla naprosto dobrovolná, ale studentům, kteří ji splní, se otevře možnost zapojit se do četných projektů poskytujících možnosti profesního růstu,“ uzavírá Jaroslav Štěrba.

David Daniel

ČLK protestuje proti **rušení kojeneckých ústavů**

Vědecká rada České lékařské komory (VR ČLK) vydala nesouhlasné stanovisko k plánovanému zrušení kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let. Ve stanovisku se ohrazuje i vůči plánovanému přesunu ústavů z gesce ministerstva zdravotnictví (MZ) na ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV).

Zákaz přijímání dětí do 3 let do ústavní péče by měl být dle plánu aplikován již od 1. ledna 2014, což by podle VR ČLK vedlo ke zrušení uvedených zařízení a ohrožení péče zejména o postižené děti.

MPSV potřebnou péči nezajistí

„Jako lékaři samozřejmě podporujeme snahy MPSV zaměřit se na podporu rodiny a umožnit co největšímu počtu dětí vyrůstat v rodině, popřípadě v náhradní rodinné péči," uvádějí ve svém prohlášení členové vědecké rady. Podle jejich názoru jsou však kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let, případně dětská centra, odbornými zdravotnickými zařízeními, která nelze obratem změnit na zařízení sociálněprávní ochrany (např. pro děti vyžadující okamžitou pomoc). Taková transformace by podle VR ČLK vedla k výraznému zhoršení lékařské a ošetřovatelské péče, neboť zařízení sociálněprávní ochrany nejsou – na rozdíl od zdravotnických – vybavena lékaři, klinickými psychology, fyzioterapeuty a dalšími odborníky z řad ošetřujícího zdravotnického personálu.

VR ČLK varuje, že v případě realizace tohoto záměru by některé děti musely být hospitalizovány na dětských odděleních – tedy na lůžkách akutní péče. „V zařízeních jsou často umístěny děti s různými typy postižení, vyžadujícími lékařskou a ošetřovatelskou péči. Tyto děti není snadné a často ani možné předat do náhradní rodinné péče," konstatují členové rady ve svém prohlášení.

Ilustrační foto: theconfortablelife.com

Chybí vhodná alternativa

VR ČLK tvrdí, že stát by neměl rušit něco, co funguje, když nemá vhodnou alternativu. „Celý projekt, zvaný transformace péče, přitom dosud vůbec není připraven, a je tudíž v nejbližších měsících a letech nereálný," uvádí. Podle lékařů je i na základě zahraničních zkušeností nemyslitelné, aby ministerstvo zvládlo připravit stovky pěstounských rodin během tak krátkého času. Jako příklad uvádějí Norsko, kde prý jen pouhá příprava kvalitních pěstounů trvala 3 roky a dobře fungující systém profesionální pěstounské péče jako takový se budoval 10–15 let.

Ke zrušení stávajících zařízení by tedy podle lékařů mělo dojít teprve až po vybudování nového systému, jinak by mohlo hrozit, že část dětí zůstane bez patřičné odborné péče. „Pokud bude systém profesionální pěstounské péče kvalitní a funkční, logicky dojde k postupnému zániku zmíněných zařízení i bez násilného zásahu státu. Žádáme proto, aby plánovaná transformace byla realizována tak, aby v případě ohrožených dětí nedošlo k rychlému a zásadnímu zhoršení péče," vyzývá Vědecká rada České lékařské komory ministry.

(fkc)

Změny ve vyplácení dávek na děti s postižením v péči rodičů

Od počátku letošního roku zrušil zákon o pomoci v hmotné nouzi souběh rodičovského příspěvku a příspěvku na péči u dětí se zdravotním postižením, které jsou v péči rodičů. Národní rada zdravotně postižených (NRZP) se obává, že pečující rodiny budou ekonomicky strádat. Podle MPSV půjde o ojedinělé případy.

„NRZP ČR dlouhodobě upozorňovala na skutečnost, že zrušením souběhu dávek a zrušením sociálního příplatku pro rodiny pečující o osobu se zdravotním postižením dojde k velkému snížení příjmů rodin, jež se tak dostávají do neřešitelné ekonomické situace. V těchto rodinách je ohrožena schopnost zajistit péči pro děti s těžkým zdravotním postižením," tvrdí zástupci rady v čele s jejím předsedou Jiřím Krásou.

Podle nich stát tímto opatřením nutí rodiny, aby odmítaly poskytovat péči svým dětem se zdravotním postižením v jejich přirozeném domácím prostředí. „Vracíme se tak do 80. let 20. století, kdy byla upřednostňována ústavní péče před péčí v rodině," dodává NRZP a navrhuje současný zákon novelizovat tak, aby byl navrácen právní stav, jenž by souběh znovu umožnil.

Rada předpokládá, že nápravou situace by roční zvýšení výdajů vyšlo na 350 milionů. Podle ní jde o zanedbatelnou částku, ať už s ohledem na státní rozpočet či vzhledem k mezinárodním závazkům, kterými je Česká republika vázána při poskytování pomoci osobám se zdravotním postižením. NRZP nyní proto požaduje odvolání náměstka MPSV Davida Kafky, který podle nich „nezná skutečnou realitu těchto rodin a není schopen adekvátně reagovat na jejich problémy".

MPSV: Půjde o ojedinělé případy

Ministerstvo práce a sociálních věcí (MPSV) sice připouští situaci, kdy pečující rodiny budou ve finanční tísni, ale brání se tím, že jim lze poskytnout jednorázový příspěvek. „V souladu s těmito změnami může v ojedinělých případech nastat skutečnost, že se rodiny pečující o zdravotně postižené dítě, jejichž příjem nepřesahuje dvojnásobek životního minima, dostanou do tíživé finanční situace. V těchto individuálních případech se doporučuje zvážit po přechodnou dobu možnost poskytnutí jednorázové mimořádné okamžité pomoci ze systému pomoci v hmotné nouzi," uvádí v metodickém pokynu MPSV k zákonu o hmotné nouzi ředitel odboru rodiny a dávkových systémů Miloslav Macela.

„Pokud je i přes přiznaný příspěvek na péči finanční situace rodiny složitá, lze příspěvek na péči navýšit o 2 tisíce korun, jestliže je rozhodný příjem v rodině nižší než dvojnásobek životního minima," upozorňuje na možnosti systému veřejný ochránce práv Pavel Varvařovský.

Kolik rodiny dostanou

Jak se tedy nyní příspěvky rodinám pečujícím o dítě s postižením změnily? Pokud jde o dítě starší 3 let a rodičům doposud náležel rodičovský příspěvek do 7 let (protože bylo uznáno za dlouhodobě, tedy těžce zdravotně postižené), tento příspěvek již rodičům nenáleží (naposledy byl vyplacen za prosinec 2011). Nyní existuje několik možností výše příspěvku na péči o dítě, které bylo uznáno jako dlouhodobě postižené. Dětem dosud považovaným za dlouhodobě zdravotně postižené náleží příspěvek na péči v I. stupni ve výši 3000 Kč a dětem doposud považovaným za dlouhodobě a těžce zdravotně postižené náleží příspěvek na péči ve II. stupni ve výši 6000, ve III. ve výši 9000 a IV. stupni ve výši 12 000 Kč.

Petra Klusáková

Příklady vyplácení příspěvků

- Rodiče s nízkými příjmy nemohou provést volbu délky čerpání rodičovského příspěvku, a proto mají nárok na částku rodičovského příspěvku ve výši 7600 Kč měsíčně od narození do 9 měsíců věku dítěte a následně 3800 Kč do 4 let věku dítěte. Jelikož se jejich dítě narodilo s vážnějším zdravotním postižením, odůvodňujícím přiznání vyššího stupně příspěvku na péči (II. stupeň – 6000 Kč; III. stupeň – 9000 Kč; IV. stupeň – 12000 Kč), rozhodnou se později pobírat spíše příspěvek na péči.
- Rodiče s vyššími příjmy se po ukončení pobírání peněžité pomoci v mateřství rozhodli zvolit rodičovský příspěvek ve výši 8200 Kč měsíčně. Jejich dítě má lehčí zdravotní postižení, odůvodňující spíše nižší stupeň příspěvku na péči (I. stupeň – 3000 Kč; II. stupeň – 6000 Kč), a proto se rozhodnou čerpat rodičovský příspěvek.

(Zdroj: www.ochrance.cz)

Nemocnice Přerov může získat až 100 milionů korun na modernizaci

Olomoucký kraj chce využít výzvy Regionálního operačního programu Střední Morava (ROPSM), kterou vyhlásila regionální rada v oblasti infrastruktury pro rozvoj zdravotnictví, a přihlásit do soutěže dva projekty na modernizaci pavilonů v přerovské nemocnici.

Konkrétně by se jednalo o rekonstrukci lůžkového oddělení na pavilonu interny, jež by měla stát 38 milionů, a o rekonstrukci pavilonu operačních oborů s náklady přibližně 59 milionů korun. „Budova interny prošla v letech 2002 až 2004 částečnou rekonstrukcí. Další etapou modernizace celé budovy je právě rekonstrukce, která je předmětem projektu. Současný stav nevyhovuje novým normám a také nově nastoleným standardům pro poskytování zdravotní péče," uvedl pro ZDN ředitel nemocnice Tomáš Uvízl. Jedná se zejména o nedostatečný počet sociálních zařízení a o zlepšení stavu budovy z hlediska požární bezpečnosti. U pavilonu operačních oborů je součástí stavebních úprav také zateplení celého objektu. Kraj může dotací od ROPSM získat až 75 % nákladů, zbývající část chce financovat z úvěru Evropské investiční banky.

„V současné době se rovněž připravují další projekty zaměřené na zdravotnictví, například projekt Modernizace lůžkového fondu OLÚ Moravský Beroun či Rekonstrukce s přístavbou a nadstavbou budovy ‚A' v OLÚ Paseka. Na spolufinancování těchto projektů se bude Olomoucký kraj snažit získat prostředky z fondu česko-švýcarské spolupráce či z jiných vhodných dotačních titulů," uvedla pro ZDN Dana Jurková z tiskového oddělení Krajského úřadu Olomouckého kraje.

(iso, ČTK)

Kyjovská nemocnice dostala nového ředitele

Po měsících sporů mezi ředitelem a zaměstnanci odchází z postu ředitele Nemocnice Kyjov Josef Pejchl. Od února zařízení povede bývalý šéf Úrazové nemocnice Brno Petr Svoboda.

Krajská rada jmenovala Petra Svobodu krizovým ředitelem, ve funkci setrvá do konce letošního roku. Jeho nástupce již vybere nově zvolené zastupitelstvo Jihomoravského kraje po podzimních volbách.

Hejtman Michal Hašek (ČSSD) na základě nedávné kontroly v nemocnici upozornil na vážné problémy a rozpory v hospodaření nemocnice. „Toho, kdo převezme nemocnici, čeká tvrdá a nepříjemná práce. Bude muset pojmenovat záležitosti, které v minulosti nefungovaly dobře, a to je ještě eufemismus," konstatoval hejtman.

Bývalý ředitel Pejchl při svém odchodu uvedl, že nemocnici předává v dobrém stavu. Jeho odpůrci z řad současných i bývalých zaměstnanců však změnu na vedoucím postu vítají a slibují si také odchod současné náměstkyně Evy Holíkové. „Domnívám se, že paní náměstkyně nemocnici nyní opustí. Nový pan ředitel se zatím sešel s primáři a panuje pozitivní atmosféra," řekla ZDN iniciátorka nedávné petice za odvolání Josefa Pejchla a dnes již bývalá zaměstnankyně kyjovské nemocnice, praktická lékařka Martina Hýžová.

(klu)

Public Relations

Skupina AGEL loni proinvestovala téměř 800 milionů korun

Téměř 800 milionů korun proinvestovala v uplynulém roce zdravotní skupina AGEL. Jedná se o rekordní částku v historii společnosti. Finanční prostředky směřovaly nejen do nákupu nového přístrojového vybavení, ale také do modernizace stávajících a výstavby nových budov.

Skupina v minulém roce postavila v Prostějově nové moderní obchodní a logistické centrum. Na jaře se pustila také do revitalizace Vítkovické nemocnice a na podzim otevřela v areálu Tonaku v Novém Jičíně svoji novou polikliniku.

Za posledních 5 let skupina proinvestovala více než dvě a půl miliardy korun. „Stálé zvyšování kvality péče poskytované našimi zdravotnickými zařízeními je naší prioritou. V rámci naplňování této priority každoročně investujeme velké množství finančních prostředků do nákupu nových technologií a posilování infrastruktury, což nám pomáhá naplňovat jednu z hlavních hodnot naší společnosti, kterou je co nejlepší péče o naše pacienty," říká finanční ředitel skupiny AGEL Ing. Karel Kantor.

Masivní obnova v Novém Jičíně a Třinci

Největší investicí skupiny byla v minulém roce rekonstrukce areálu Tonaku v Novém Jičíně, kde společnost na podzim slavnostně otevřela novou polikliniku. Rekonstrukce areálu a budovy skupinu přišla na více než 100 milionů korun. Své zázemí zde nově našly ambulance onkologie, hematologie a lékařské genetiky včetně denního onkologického centra, které je součástí komplexního onkologického centra. „V nové poliklinice je pacientům k dispozici také lékárna společnosti Repharm s odborným pracovištěm pro přípravu cytostatik a moderní laboratoře společnosti P&R LAB," doplňuje finanční ředitel s tím, že s ohledem na letošní rok společnost plánuje do komplexního onkologického centra a Nemocnice s poliklinikou v Novém Jičíně nadále významně investovat.

Investovalo se také do Nemocnice Podlesí. Třinecké kardiocentrum se může pochlubit novými špičkovými přístroji v hodnotě téměř 74 milionů korun. Převážná část finančních prostředků přitom šla z Evropského fondu pro regionální rozvoj. „Evropská unie na projekt v celkové hodnotě 74 milionů korun poskytla dotaci ve výši téměř 54 milionů," přibližuje ředitel s tím, že 9,5 milionu projekt získal i ze státního rozpočtu. „Z vlastních finančních zdrojů pak nemocnice na projekt přispěla částkou více než 11 milionů korun," dodává Ing. Kantor.

Revitalizace Vítkovické nemocnice

Společnost se na jaře 2011 pustila také do revitalizace Vítkovické nemocnice, která se tak ještě do konce téhož roku postupně změnila k nepoznání. „Zatepleny byly pavilony chirurgie, interny a ředitelství. Nyní se dokončuje revitalizace porodnicko-gynekologického pavilonu. Součástí obnovy je kompletní zateplení budov a střech, položení nové hydroizolace, výměna oken a dveří, včetně nové fasády," vyjmenovává finanční ředitel s tím, že celá investice přijde na 41 milionů korun.

Nová poliklinika v rekonstruovaném areálu Tonaku v Novém Jičíně. | Foto: AGEL

Společnost v loňském roce postavila také nové obchodní, logistické a školicí centrum v Prostějově. Výstavba nového centra trvala 14 měsíců a přišla na více než 75 milionů korun. V třípodlažní budově se nacházejí skladové plochy, administrativní kanceláře i školicí středisko s kapacitou sto lidí.

Mezi další významné investice společnosti patří například rekonstrukce oddělení ORL v prostějovské nemocnici nebo nákup nového očního laseru za více než 6 milionů korun pro centrum 1. Oční, s. r. o., Vítkovické nemocnice.

„Našim pacientům chceme i do budoucna nabízet co nejkvalitnější zdravotní péči, proto plánujeme nové přístrojové a stavební investice rovněž v následujících letech," doplňuje finanční ředitel.

Společnost AGEL je největším soukromým poskytovatelem zdravotní péče ve střední Evropě. V současné době provozuje na území České republiky celkem 11 nemocnic především v Moravskoslezském a Olomouckém kraji a několik dalších zdravotnických zařízení. Od 1. ledna 2012 nově provozuje také novojičínskou nemocnici včetně komplexního onkologického centra. Společnost zaměstnává více než osm tisíc zaměstnanců a ročně ve svých zdravotnických zařízeních ošetří přes 2 miliony pacientů.

Ing. Hana Szotkowská, mluvčí holdingu AGEL

ELEKTRONIZACE ZDRAVOTNICTVÍ

Elektronické karty zdravotních pojišťoven **v mobilu**

Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra (ZPMV) představila aplikaci Karty života do mobilních telefonů iPhone a Android. S obdobnou funkcí Vitakarty pro chytré mobily přichází také Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví (OZP).

Ilustrační foto: imedicalapps.com

„I tímto způsobem naplňujeme legislativní povinnost pojišťoven, které mají pacientům na požádání vystavit jednou ročně výpis vykázané péče," uvedl ředitel ZPMV Jaromír Gajdáček. Aplikace stejně jako Karta života obsahuje údaje o vykázané péči, výši prostředků, které za klienta pojišťovna utratila, a emergentní údaje. Ikonu aplikace lze zdarma stáhnout na internetu. Do mobilního telefonu se klient ZPMV přihlašuje stejným PIN a heslem, jaké má v Kartě života na internetu, lze jej získat na každé pobočce pojišťovny.

„To, že jsme dobře fungující, moderní pojišťovna, dokazujeme i tím, že rychle reagujeme na vývoj informačních technologií. Naši klienti mohou přes chytrý telefon pracovat se svou Kartou života kdekoli a kdykoli," říká ředitel Gajdáček.

„Mobilní aplikace mVitakarta zvládne vše, co její počítačová předloha. Ovládání je intuitivní a každý uživatel smartphone se s ní naučí pracovat velmi rychle," dodává vedoucí marketingu OZP Mario Böhme.

Kontrola neoprávněně vykázaných výkonů

Základní funkcí programu je Karta života/Vitakarta, shodná s jejich internetovou verzí, kam si klient sám zadává osobní údaje. Další je osobní účet, kde je přehled provedených výkonů, předepsaných léků, kapitačních poplatků, poplatků a doplatků a celkové částky, která byla za jejich léčbu zaplacena. Kromě tohoto seznamu tak mají klient i pojišťovny větší kontrolu například nad neoprávněným vykazováním.

„Již jsme zaznamenali případy, kdy nás naši klienti upozorňují na neoprávněně vykázanou péči. Soudní spor s lékařem však v tomto ohledu ještě nevznikl," podotýká ředitel Gajdáček. Klienti OZP mohou Vitakartu využít i k podání Přehledu OSVČ za rok 2011 ze svého počítače. „Aplikace využívá freewarového prostředí Software602 Form Filler, které je běžně dostupné a používané. Elektronický Přehled OSVČ 2011 nabídne autentizovanému uživateli předvyplněné osobní údaje, takže stačí jen doplnit základní finanční data, která aplikace zpracuje a spočítá přeplatek či nedoplatek pojistného i zálohu na dalších 12 měsíců," vysvětluje Mario Böhme.

Pomůže ve stavech nouze

Třetí základní funkcí aplikace do mobilu jsou informace o zdravotním stavu klienta. Jsou zde uloženy údaje pro emergentní medicínu, které aplikace propojuje s informačním systémem záchranné služby, je zde i prostor pro záznam o alergiích, chronických nemocech, závažných operacích, trvalé i akutní medikaci. ZPMV poskytla školení v používání aplikace také členům Sdružení praktických lékařů.

Projekt, který byl zahájen v roce 2009, stál ZPMV 4 miliony korun, OZP přišla aplikace celkem na 5 milionů korun.

Petra Klusáková

Jak čelit nedobrovolnému zpracování dat

Jedna z nejznámějších elektronických databází lékařů *www.znamylekar.cz*. musela ustoupit Úřadu pro ochranu osobních úřadu (ÚOOÚ), který řešil stížnost dvou lékařů na neoprávněné zpracování jejich osobních údajů.

Kromě identifikačních údajů, které lékaři doméně *znamylekar.cz* neposkytli, obsahoval záznam o jejich osobách také komentáře pacientů vypovídající o údajných zkušenostech s jednotlivými zdravotníky. „Úřad konstatoval, že bez souhlasu subjektu údajů *(tj. lékařů – pozn. red.)* dochází při takovém zpracování osobních dat k rozporu se zákonem o ochraně osobních údajů. Správce údajů se tak dopouští správního deliktu, za který mu hrozí pokuta až 5 milionů korun," uvedl ředitel ÚOOÚ Igor Němec.

Doméně *znamylekar.cz* poskytuje webhosting (pronájem prostoru na svém serveru) polská společnost ZnanyLekar. Ta je také správcem údajů a podle zákona č. 480/2004 Sb., o některých službách informační společnosti, je odpovědná za obsah informací, které jsou na doménu uloženy. Společnost ZnanyLekar na výzvu ÚOOÚ informace o lékařích z webu stáhla.

Jak tedy lékaři mají postupovat v případě, že naleznou na internetu své osobní údaje, přestože nedali souhlas s jejich uveřejněním? „Stačí příslušnou doménu upozornit a ona tyto informace stáhne. Pokud ne, mohou upozornit i náš úřad," vysvětlil ZDN ředitel Němec. **(klu)**

Přenos dat mezi lékárníkem a lékařem

Ve Švýcarsku byl nyní spuštěn dvouletý pilotní projekt, ve kterém byla do 200 lékáren nainstalována videokonferenční technika. Pacienti se tak mohou spojit s lékařem přímo v lékárně a konzultovat s ním svůj zdravotní stav.

„Videokonferenční systém Cisco TelePresence propojuje speciální konzultační místnost v lékárně s centrem pro telemedicínu, kde jsou k dispozici lékaři různých odborností. Na obou stranách linky je videokonferenční zařízení vybavené mikrofonem, kamerou a displejem. Pacient i lékař tak vidí a slyší jeden druhého, jako by seděli ve stejné místnosti," popisuje manažer společnosti Cisco systems ČR Petr Ryvola princip kontaktu mezi odborníky a pacientem. Systém je pro snadné použití vybaven také dotykovým ovládáním a nabízí i vícejazyčnou podporu. Pokud je potřeba, zařízení může být rozšířeno o další komponenty, například měřič tlaku, cukru v krvi nebo srdečního tepu. „Informace sdílené mezi pacientem a lékařem jsou přenášeny přes vysoce bezpečné vysokorychlostní připojení. K ochraně soukromí pacientů přispívá též skutečnost, že konzultace probíhají v oddělené místnosti a lékaři i lékárníci jsou vázáni povinností mlčenlivosti," doplňuje Petr Ryvola. **(klu)**

SeniorInspect může ovlivnit délku i počet hospitalizací

Systém detekce a dohledu pro seniory vyvinul tým z 1. lékařské fakulty UK v Praze a Fakulty biomedicínského inženýrství ČVUT. Zařízení, které není větší než mobilní telefon, určí místo, kde se klient nachází, a dokáže samo rozeznat krizovou situaci, např. pád.

„Čím dříve se nemocnému dostane pomoci, tím větší je šance na jeho uzdravení," řekl na úvod prezentace systému děkan 1. LF UK Tomáš Zima. Právě včasné přivolání pomoci je hlavní devizou. Zařízení je dostupné buď jako upravený mobilní telefon, nebo samostatná závěsná krabička s červeným tlačítkem. V obou případech klientovi stačí pouhé zmáčknutí tlačítka k tomu, aby se spojil s nepřetržitou asistenční službou. Ta začne jeho problém neprodleně řešit, zalarmuje rodinu, pečovatelskou službu či integrovaný záchranný systém. Navíc zařízení disponuje senzorem pohybu, který po určité době nehybnosti sám volá klienta a kontroluje jeho stav. Provozovatelé spolupracují s mobilními operátory, proto lze SeniorInspect použít kdekoli, kde je pokrytí sítí GSM.

Monitoring zdravotního stavu

„Na základní modul je možné připojovat další moduly, je to jako nekonečná skládačka," nastínil možnosti zařízení zástupce výzkumného týmu Radek Fiala. Nyní již tým připravuje medicínské moduly, které mohou monitorovat některé fyziologické parametry klienta, např. EKG, tlak či teplotu. Získané informace pak bude možné v rámci systému odborně vyhodnotit a v případě nutnosti klienta informovat o jeho zhoršujícím se zdravotním stavu.

Na projektu spolupracuje také občanské sdružení Život 90. Podle manažera sekce krizové pomoci a poradenství tohoto sdružení Roberta Pitráka loni užívalo SeniorInspect 870 klientů Života 90 v sedmi krajích ČR. Provozovatel přitom spolupracuje nejen s jednotlivými uživateli, ale i s pečovatelskými službami a dalšími organizacemi, které mohou samy vytipovat rizikové seniory. Na konci roku byla do systému připojena například Městská policie Brno. Projekt, který započal svou historii v soutěži veřejnoprávní televize Den D, se rozrůstá také za hranice Česka. Zájem o systém je například na Slovensku, v Nizozemsku a ve Švédsku.

Irena Soukupová

Většina zdravotníků se zvýšení platů nedočká

Za pár dní dostanou zdravotníci lednové výplatní pásky. Uvidí na nich slíbené zvýšení o 6,25 %? „Většina zdravotníků bohužel na své lednové výplatní pásce žádné navýšení platů a mezd neuvidí. Ministr zdravotnictví Leoš Heger slib nedodržel," říká řídící sekce nemocnic Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče (OSZSP) **Iva Řezníčková**.

Máte informace o tom, že by se chystaly nějaké lokální protestní akce v rámci jednotlivých zdravotnických zařízení?
Podle našich informací se zatím žádné lokální akce nechystají. Zaměstnanci si uvědomují, že nedodržení slibu ministra zdravotnictví a celé vlády je nutné řešit celostátně a centrálně. Nepožadují navýšení od zaměstnavatelů ani zřizovatelů. Jeden takový pokus byl v Pardubickém kraji, ale i tam nakonec lékaři uznali, že není možné domáhat se plnění slibů od toho, kdo se k ničemu nezavázal.

Foto: archiv Ivy Řezníčkové

Jak probíhají vyjednávání o kolektivních smlouvách pro rok 2012?
Odborový svaz mapuje situaci v jednotlivých zařízeních a scénář je až na výjimky stejný. Nemocnice a další zdravotnická zařízení v průběhu ledna analyzovaly dopady nové úhradové vyhlášky a závěr je jednoznačný. Potřebné finance na navýšení platů vyhláška negarantuje. Zástupci zaměstnanců slyší ve všech krajích totéž: „Na slíbené navýšení nemáme, bude problém udržet i stávající platy."
Zvýšení nákladů – především navýšení DPH – zasáhlo hospodaření nemocnic velmi tvrdě a v mnoha zařízeních je ekonomická situace ještě horší než v loňském roce. O případném navýšení platů se jedná pouze ve fakultních nemocnicích, kde se ředitelé snaží nalézt zdroje pod hrozbou odvolání z funkce.

Zaměstnavatelé sdružení v Asociaci českých a moravských nemocnic (AČMN) se nedávno postavili na stranu odborů proti ministerstvu zdravotnictví, což není příliš běžný jev. Obviňují ministra Hegera ze zbavování se odpovědnosti za navýšení platů. Leoš Heger ale tvrdí, že peníze na platy ředitelům poslal...
Zaměstnavatelé i odbory se v posledním období shodují na více stanoviscích, kromě financování také třeba v pohledu na plánovanou restrukturalizaci lůžek. Zástupci obou stran koncem minulého roku opakovaně upozorňovali na to, že navržená úhradová vyhláška pro rok 2012 potřebné finance na 6,25procentní navýšení platů nezajistí. Ministr Heger tvrdil opak. Aktuální propočty zaměstnavatelů však ukazují, že naše společné obavy byly oprávněné.
Tvrzení ministerstva zdravotnictví o navýšení úhrad na 103 procent je manipulace s čísly. Většina nemocnic se pohybuje pouze na 100 procentech úhrad roku 2011 a některé nedosáhnou ani loňských příjmů. Na zvyšování platů a mezd není žádný prostor. Někde dokonce uvažují i o snižování odměn zaměstnanců. V této situaci se ministr zdravotnictví zbavuje odpovědnosti a říká, že mimo státem řízené nemocnice nemůže nic garantovat a že vše je v rukách ředitelů a zřizovatelů. Ti ale přeci žádný slib zaměstnancům nedali a ani nemohou ovlivnit podobu úhradové vyhlášky.

Zdravotnická trojka při ukončení série happeningů v prosinci minulého roku avizovala, že by v případě nedodržení slibu Leoše Hegera mohla přistoupit k tvrdším opatřením. Jakou by taková opatření – alespoň v obrysech – mohla mít podobu?
V této době probíhá analýza plnění slibů v jednotlivých regionech a nemocnicích. Po shromáždění všech údajů budou Zdravotnické odbory jednat o situaci s premiérem Nečasem. 21. února se koná celostátní setkání zástupců všech nemocnic k aktuální situaci.
Svou účast přislíbil ministr Heger, zástupci zaměstnavatelů a Asociace krajů jako zástupce většiny zřizovatelů. Na dalším postupu se dohodneme teprve na základě toho, jak bude na předložená fakta o neplnění slibů reagovat pan premiér a posléze i sám ministr Heger. Z tohoto důvodu tedy zatím žádné bližší obrysy nemůžeme sdělit. Rádi bychom navíc vše koordinovali společně s Lékařským odborovým klubem.

Už v dubnu může vstoupit v platnost nová personální vyhláška, která by mohla zaměstnavatelům umožnit výrazně zeštíhlit personální náklady. Získaly již odbory při jednáních představu o tom, do jaké míry vedení nemocnic využije možností nové vyhlášky k redukci stavu personálu?
Návrh personální vyhlášky jsme obdrželi v rámci připomínkového řízení. A její podoba je pro nás absolutně nepřijatelná! Toto stanovisko jsme také odeslali ministerstvu. Odbory vždy volaly po stanovení počtu a struktury personálu a doufaly, že vyhláška bude znamenat zlepšení podmínek nejen pro zaměstnance, ale také pacienty.
Opakovaně se v posledních letech v některých zařízeních potýkáme s extrémním snižováním stavu personálu z důvodu úspor a z toho plynoucím snižováním kvality poskytované péče. Předložený návrh ale znamená možnost dalšího snížení počtu zdravotníků dokonce pod současný stav, který je v mnoha případech již nyní nedostatečný. Tvrzení, že jde pouze o minimální počty zaměstnanců a že ředitelé mohou jednotlivá pracoviště obsadit zaměstnanci lépe, je v době nedostatku financí spíš úsměvné.
Domníváme se, že vyhláška je koncipována pouze jako úsporný nástroj, který nemá za cíl zlepšit podmínky zaměstnanců ani pacientů. Informace od vedení nemocnic ještě nejsou k dispozici. Dokud vyhláška nebude mít finální podobu, je pro managementy nemocnic zbytečné zabývat se konkrétními personálními změnami. Avšak pokud personální vyhláška zůstane ve stávající podobě, je velmi reálné, že mnoho nemocnic možnost snížení stavu personálu skutečně využije, neboť jsou k tomu tlačeni nízkými úhradami zdravotních pojišťoven.

Další kritizovanou normu představuje vyhláška o místní a časové dostupnosti péče, které se obávají především pacienti. Kritizují ji však i odbory. Jaký může mít tato norma dopad na zaměstnance?
Vyhláška o místní a časové dostupnosti je jakýsi manuál, kterým se od příštího roku mají závazně řídit zdravotní pojišťovny a zajistit podle ní dostupnost péče pacientům. Návrh hovoří o tom, že neakutní obory – ale i některé akutní – mohou být vzdáleny až 3 hodiny jízdy autem od bydliště pacienta a ostatní akutní od 45 minut do 2 hodin. Tyto limity jsou natolik benevolentní, že by v konečném důsledku mohla být zrušena většina nemocnic na území České republiky. Vyhláška dává pojišťovnám do ruky zbraň k plánované radikální redukci 10 tisíc lůžek a zároveň přitom možnost víceméně jen formálně naplnit ústavou garantovanou dostupnost zdravotní péče.
Z pohledu pacientů jde o zásadní omezení dostupnosti péče, a to především v regionech. Rušení oddělení, případně i celých nemocnic, by se kromě pacientů dotklo také tisíců zaměstnanců ve zdravotnictví. Dopadem by mohl být obrovský nárůst nezaměstnanosti v regionech. Nemocnice v menších městech patří často k největším zaměstnavatelům.

Filip Kůt Citores

Inzerce A121001941

Mezi **Skyllou a Charybdou**

Pokud má soud potřebu vyjádřit názor, že stát by měl více podporovat porodní asistenci v domácím prostředí, je to legitimní občanský postoj. V daném případě jej však paní soudkyně dle mého soudu vyjádřila způsobem nejen nemístným, ale také nedomyšleným.

18. ledna 2012 vydala soudkyně Městského soudu v Praze JUDr. Dagmar Stamidisová usnesení, sp. zn. 1 Nc 1/2012 – 11, kterým zamítla návrh na nařízení předběžného opatření tohoto znění: „Fakultní nemocnici Motol se ukládá, aby paní XY zajistila během jejího porodu doma nezbytnou základní zdravotní péči zdravotního pracovníka s kvalifikací porodní asistentka, a to po jejím telefonickém oznámení o tom, že se jí porod rozběhl.“

JUDr. Stamidisová tak reagovala na návrh budoucí matky, která se rozhodla rodit doma. Hledala v Praze porodní asistentku a dostalo se jí informace od magistrátu, že žádná porodní asistentka v Praze nemá oprávnění samostatně poskytovat asistenci při porodu mimo porodnici.

Budoucí rodička vycházela z toho, že na volbu porodu doma má právo na základě Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod, jak ji vykládá Evropský soud pro lidská práva. Český stát jí však nezajistil možnost tuto volbu realizovat tím, že by umožnil porodním asistentkám asistovat u domácích porodů. Rozhodla se proto, že si vynutí tuto asistenci na státní nemocnici, neboť má za to, že na státní nemocnici lze požadovat, aby naplnila povinnost státu zajistit podmínky k volbě porodu doma. Na Fakultní nemocnici Motol se pak obrátila proto, že je „spádová“ vzhledem k jejímu bydlišti. V Motole její žádost odmítli, obrátila se tedy na soud.

Výkon povolání v rozporu s právními předpisy

Soudkyně Stamidisová návrhu sice nevyhověla, ale jinak dala těhotné ženě za pravdu. Výslovně konstatuje: „Soud se ztotožňuje s tvrzením navrhovatelky, že má právo na volbu porodu doma a toto právo je součástí práva na ochranu soukromého a rodinného života. Pravdou je, že stát v České republice neuděluje registrace porodním asistentkám a odrazuje soukromé porodní asistentky od toho, aby poskytovaly péči u porodů doma. Vzhledem k neexistenci porodních asistentek bylo také na místě obrátit se se žádostí o zajištění péče během porodu na nemocnici ve spádové oblasti dle bydliště navrhovatelky, což je Fakultní nemocnice Motol. Je to státní zdravotnické zařízení, jehož zřizovatelem je Ministerstvo zdravotnictví ČR, a je na místě od něj spravedlivě požadovat, aby naplnilo povinnost státu zajistit institucionální podmínky k volbě porodu doma. (...) Soud tedy má za to, že obecně, odhlédnuto od požadavku na nařízení předběžného opatření, je návrh navrhovatelky legitimní.“

Mgr. Radek Policar
právník
radek.policar@seznam.cz

Ilustrační foto: Shutterstock

Dovolím si předpokládat, že tato slova se v rozhodnutí objevila jen díky tomu, že návrh byl zamítnut, a že tyto závěry nemají žádný právní dopad. V opačném případě by paní soudkyně zavazovala Fakultní nemocnici Motol k protizákonné činnosti, neboť ta nepochybně nemá oprávnění k poskytování zdravotní péče porodními asistentkami v domácím prostředí.

Zákon o péči o zdraví lidu a jeho prováděcí vyhláška o požadavcích na věcné a technické vybavení zdravotnických zařízení stanoví jasné požadavky na pracoviště porodní asistentky. Tak, jak jsou tyto požadavky určeny, nemohou porodní asistentky záměrně a plánovaně vést porod v domácím prostředí. Pokyn civilního soudu k tomu, aby tak činily, by je nutil k výkonu povolání v rozporu s právními předpisy. V podstatě totéž platí i vůči jejich zaměstnavateli.

Nucené práce a služby

Pokud má doktorka Stamidisová potřebu vyjádřit názor, že stát by měl více podporovat porodní asistenci v domácím prostředí, je to legitimní občanský postoj. V daném případě jej však paní soudkyně dle mého soudu vyjádřila způsobem nejen nemístným, ale také nedomyšleným. Pominu skutečnost, že v době svobodné volby lékaře a zdravotnického zařízení žádné vymezení spádů nemocnic *de iure* neexistuje, a pokud něco v tomto smyslu *de facto* existuje, jsou to jen různé pomůcky pro specifické účely. Pokud by se však citované závěry soudu, které vyvozují uvedenou povinnost pro státní nemocnice, měly uplatnit v praxi, na koho by se obrátila budoucí rodička z Děčína? Nejbližší státní porodnice bude některá pražská. Jak by k ní asi porodní asistentka dojela včas, na základě zavolání po rozběhnutí porodu? A jak dlouho by u ní měla setrvat, kdyby se porod táhl? Kdo by pak pomáhal rodit v porodnici, když by všechny porodní asistentky byly na zavolání v terénu?

Také by mě zajímalo, kdo by to zaplatil. V seznamu zdravotních výkonů s bodovými hodnotami takový výkon není. Není to tedy péče hrazená z veřejného zdravotního pojištění. Pak by budoucí matka měla hradit smluvní cenu. Ale jak by vůbec bylo možné mít smluvní cenu bez smlouvy, neboť porodnice by to dělala z donucení? A nezapomněla JUDr. Stamidisová rovněž na čl. 9 odst. 1 Listiny základních práv a svobod: „Nikdo nesmí být podroben nuceným pracím nebo službám.“?

Střelba slepými náboji

Paní soudkyně má nepochybně pravdu v tom, že Evropský soud pro lidská práva ve Štrasburku považuje skutečnost, že stát legislativně brání, aby porodní asistentky mohly pomáhat u domácích porodů, za porušení čl. 8 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod. Rozhodl tak 14. prosince 2010 ve věci Ternovszká proti Maďarsku. Paní Ternovszká je mladá Budapešťanka, která se ocitla v podstatě v úplně stejné situaci jako mladá Pražanka, jež se v tomto našem případě obrátila na městský soud. Ať si o domácích porodech myslíme cokoli, musíme vnímat i tuto skutečnost a nelze JUDr. Stamidisové vyčítat, že zná štrasburskou judikaturu.

Nicméně to, co na základě těchto poznatků dovodila v dané kauze, byť se jedná o „střelbu slepými náboji“, nutně působí absurdně. I kdyby návrhu vyhověla, neumím si představit, že by ji nemocnice poslechla. Paní soudkyně by v podstatě vmanévrovala motolskou nemocnici mezi Skyllu nerespektování zákona a Charybdu neuposlechnutí soudního příkazu. Tak by však podle mého názoru soudci rozhodovat neměli.

Průlomové rozhodnutí soudu

Neuplyne ani měsíc, abychom nebyli sdělovacími prostředky informováni o tom, že ten a ten soud vydal „průlomové rozhodnutí“. Nějak se nám s nimi roztrhl pytel. Ale zamysleme se nad tím, co je to z právního hlediska ono průlomové rozhodnutí.

Zjednodušeně je možno říci, že je to neočekávané rozhodnutí. Jinými slovy – je to průlom do zaběhlé praxe soudů, jak se obdobné případy dosud rozhodovaly. Tedy teoreticky vzato, přestože se text zákona nezměnil ani o jediné slovo, rozhodl příslušný soud zcela jinak (většinou opačně), než bývalo v takových věcech rozhodováno.

Jak je možné, že když se zákon nezměnil, výsledek soudního řízení je zcela jiný, než by bylo možno vzhledem k dosavadní praxi očekávat? Vždyť přece v demokratickém státě je zdrojem veškeré moci lid, který svoji vůli projevuje svými volenými zástupci (poslanci), kteří schvalují zákony. Tedy to, co je vůlí lidu, vyplývá ze zákona, ne z vůle soudů. V naší evropské kultuře psaného práva soud právo nevytváří, ale nalézá na základě psaných právních norem.

Vytváření obecné nedůvěry v justici

Právo nic tak nemiluje jako stav právní jistoty. Proto má-li dojít ke změně zákona, je-li tu společenský zájem na změně právní úpravy nějaké oblasti společenských vztahů, musí nová idea projít složitým a časově náročným legislativním procesem, na jehož konci je vydání nové právní úpravy (říkejme zákona). A ještě mezi platností zákona (od jeho vydání) a jeho účinností (dobou, od které se novým zněním zákona musejí všichni řídit) obvykle uplyne relativně dlouhá doba, aby se veřejnost mohla na nové znění zákona připravit. Veřejnost prostě nesmí být novou právní úpravou zaskočena.

Ne tak je tomu v praxi soudů. Ty mohou vydávat různá průlomová rozhodnutí, která i když jsou vynesena v mezích zákona, zásadně zasahují do stavu právní jistoty, jež má být pro běžného občana realizována tím, že stát (a soudy patří ke složkám státní moci) se vůči svým občanům chová předvída-

telně. Zásada předvídatelnosti je mimo jiné také jednou z hlavních zásad evropského správního prostoru, jak jej prosazuje EU.
Soudy a justice obecně se v této zemi netěší přílišné důvěře obyvatelstva. Nad některými rozhodnutími soudů zůstává zdravý rozum stát, vyvolávají u veřejnosti údiv, popřípadě vzbuzují vztek. A právě ona průlomová, tedy neočekávaná rozhodnutí přispívají k vytváření obecné nedůvěry v justici jako takovou a ve svých důsledcích ve fungování státu.

Více otázek než odpovědí

V těchto dnech byla veřejnost informována o dalším průlomovém soudním rozhodnutí, podle kterého má nemocnice zajistit ženám porodní asistentku při porodu doma. Je otázkou, zda si příslušná soudkyně vůbec domyslela, jak by toto její rozhodnutí měla příslušná nemocnice zajistit. Jistě by se mohlo stát, že by se takovéto asistence mohlo najednou domáhat několik rodiček. Kde by příslušná nemocnice tyto pracovnice vzala? Vzhledem k neodkladnosti péče by tyto asistentky měly být vzaty z těch, které slouží v dané době v nemocnici? Jak by byla zajištěna péče o pacientky na příslušném oddělení, ze kterého by byla takto uvolněna porodná asistentka nebo asistentky? Každá nemocnice je nyní tlačena (s celospolečenským přitakáním) k výrazné, až extrémní úspoře nákladů. Jak by tyto náklady vzrostly, kdyby nemocnice měly zajišťovat i asistence u domácích porodů? Jak by vypadala „produktivita práce“ těchto asistentek, kdyby každá měla na starosti jen jednu rodičku a trávila mnoho času přejížděním mezi jednotlivými domácnostmi? To jsou tedy ty kvantitativní aspekty onoho soudního rozhodnutí.
Zmíněné rozhodnutí však má i své kvalitativní stránky. Na jaké úrovni by porodní asistentka mohla zajistit péči o rodičku v jejím domácím prostředí? Jak by řešila neočekávané komplikace při porodu? Kdo by nesl odpovědnost za případný nezdar u porodu? Jak by se řešilo případné odmítnutí porodní asistentky asistovat u porodů v domácích podmínkách? Jak by se řešila situace, kdy by v důsledku vyslání k domácímu porodu došlo k omezení péče na lůžkovém porodním oddělení, jež by mohlo mít za následek nezdar tamního porodu?
Ono rozhodnutí má navíc i svůj kulturní rozměr. Chceme se vracet k rizikovým domácím porodům? Pro miliony žen v rozvojovém světě je přitom možnost porodu ve sterilním prostředí zdravotnického zařízení s odbornou péčí nesplnitelným přáním.

Odtrženost od reality

Samozřejmě, že žena má právo se rozhodnout, kde chce rodit. Ale s každým právem je spojena i povinnost a odpovědnost. V daném případě odpovědnost ženy za neblahé důsledky, které mohou v domácích podmínkách v průběhu porodu nastat.
V diskutovaném rozsudku se soud odvolává na rozhodnutí Evropského soudu pro lidská práva, podle kterého mají ženy právo na volbu místa porodu a stát má povinnost jim k tomu zajistit podmínky. Toto rozhodnutí však jistě není možné vykládat tak, že žena má právo se zcela libovolně rozhodnout o místě svého porodu. Jistě si lze představit různá extrémní místa, která soud určitě neměl na mysli (např. vysokohorské chaty a jiné těžko přístupné objekty). Měl tím jistě na mysli volbu místa v daném společenském prostředí obvyklého, což je u nás především zdravotnické zařízení.
Předmětné soudní rozhodnutí našeho soudu má i svůj morální aspekt. Vidíme, jak se celospolečensky rozrůstají snahy o legalizaci různých, často na hlavu postavených menšinových zájmů a jak se vytvářejí s velkými celospolečenskými náklady podmínky pro jejich realizaci. A na druhé straně jsou základní lidské jistoty postupně narušovány (jistota pracovního poměru, jistota bydlení apod.) a s odvoláváním se na nutnost šetřit veřejné prostředky jsou omezovány některé druhy péče (např. lázeňská) či prodlužovány čekací doby na operace.
Dané soudní rozhodnutí svědčí i o odtrženosti od reality těch, kteří v konkrétních záležitostech rozhodují. Jsem přesvědčen, že příslušná soudkyně si vůbec neuvědomuje důsledky a aspekty svého rozhodnutí tak, jak je zde uvádím a jak je uvádějí i zdravotničtí pracovníci, kteří se k tomuto rozsudku vyjadřovali.

Ilustrační foto: Shutterstock

Ring volný pro právníky

Rozhodnutí soudu jsou však pro příslušné subjekty závazná. A tak se nyní právníci dotčené nemocnice budou tímto případem zabývat, jak uvedla její mluvčí. Budou se vymýšlet různá nákladná organizační opatření, místo aby zvítězil zdravý rozum.
Zdravý rozum má u nás vůbec stále složitější cestu ke svému prosazení. Náš život se pořád více sešněrovává různými předpisy, které jsou čím dál podrobnější, nepřehlednější a nesrozumitelnější. Tak například vidíme, že chystaný nový občanský zákoník má mít přes 3 tisíce paragrafů, přestože ten dosavadní jich měl jen několik set. I když nový kodex do sebe má zahrnout i některé další právní oblasti, je jasné, že popis práv a povinností se dále výrazně zpodrobňuje. Totéž se děje v oblasti trestního práva – nový trestní zákoník z roku 2009 například trestný čin podvodu popisuje ve čtyřech paragrafech o 27 odstavcích, zatímco předchozí kodex popisoval tentýž trestný čin v jednom paragrafu se čtyřmi odstavci. A takto by bylo možno pokračovat. Místo, aby zákon popisoval především základní myšlenky vyjadřující vůli zákonodárce a soudy tento zákon aplikovaly na základě obecných zásad spravedlnosti a zdravého rozumu, vidíme, že zákony jsou čím dále detailnější, tím pádem složitější, nepřehlednější a nesrozumitelnější. Takto se právo a soudní řízení stávají především arénou pro právníky, kteří budou vymýšlet různé kličky k prosazení zájmů svých klientů, i když by tato oblast správně měla být místem jistoty a zdrojem spravedlnosti pro laické občany.

JUDr. Ing. Jaroslav Staněk, CSc.

Pacienti s RS **budou řádně léčeni**

Netrvalo to ani čtyři hodiny a po tiskové konferenci, na které pacienti s roztroušenou sklerózou oznámili, že se budou soudit s Nemocnicí Teplice (provozovanou Krajskou zdravotní, a. s.) o hrazení péče, jež jim byla léta odmítaná, nemocnice oznámila dohodu s VZP na hrazení péče o tyto pacienty.

Průlomové rozhodnutí znamená obrovskou úlevu nejen pro pacienty s touto diagnózou, kteří dle zákona mají nárok na státem hrazenou imunoterapii, ale pro všechny pacienty v České republice, kterým bylo řečeno, že sice mají nárok na péči, ale že peníze na ni „došly“ buď ze strany poskytovatele péče, nebo pojišťovny.
Uvedenou iniciativu, sponzorovanou Nadačním fondem Stránský, organizovali lékaři, právníci a společnosti pacientů. Iniciátoři nyní vyzývají všechny pacienty a skupiny, které pacienty reprezentují, aby se k iniciativě připojili na tomto e-mailovém kontaktu: *pospisilova@mjs.narodni.cz*. Záměrem je rozšířit množství podobných žalob s cílem změnit systém tak, aby bylo předem jasné, na co přesně mají všichni pacienti nárok a na co ne, bez ohledu na jejich bydliště nebo místo léčby.

Neprůhledné financování péče

Iniciátoři upozorňují, že tvrzení úředníků z ministerstva zdravotnictví a pojišťoven, že plánované legislativní změny by tento problém měly řešit, nejsou pravdivá. Plánované kroky jako přecházení na systém DRG, kdy zdravotní péče bude hrazena na základě diagnózy a nikoli jednotlivých výkonů, vůbec neřeší to, že peníze jsou předem určeny pro určité skupiny pacientů či jejich onemocnění. Tím zůstává rozhodování o hospodaření stále na straně zdravotnických zařízení, kterým z různých důvodů mohou peníze najednou „dojít“.
Situaci komplikuje i to, že ačkoli veřejnost platí státu a důvěřuje mu, že hospodaří s jejími penězi efektivně, pojišťovny stále odmítají předložit smlouvy se zdravotnickými zařízeními, ze kterých by bylo zřejmé, za jaké ceny péči nasmlouvaly. Místo toho, aby pro státem hrazenou péči existovaly jednotné tarify a standardy, pojišťovny (převážně VZP) jednají pouze ve vlastním zájmu. Výsledkem je, že se ceny mezi jednotlivými zdravotnickými zařízeními drasticky liší a jsou tvořeny netransparentním způsobem.

MUDr. Martin Jan Stránský

Americký výbor obhajuje **cenzuru výzkumů H5N1**

Americký Národní vědecký poradní výbor pro biologickou bezpečnost je přesvědčen, že v případě výzkumu viru ptačí chřipky je cenzura výsledků a podrobností jeho zkoumání obhajitelná a v zájmu veřejnosti.

Národní vědecký poradní výbor pro biologickou bezpečnost (National Science Advisory Board for Biosecurity, NSABB) rozpoutal svým postojem debatu nejen mezi odbornou, ale i laickou veřejností již v polovině prosince loňského roku, když vyzval časopisy Nature a Science, aby cenzurovaly dvě studie zaměřené na nově vytvořené mutace viru H5N1, jež jsou pro lidi vysoce nakažlivé. „Potenciál tohoto patogenu, byť jen v rámci teorie, předčí mé nejhorší představy," komentoval výzkum H5N1 předseda NSABB Paul Keim, který svůj názor podporující v tomto případě cenzuru uveřejnil v časopise Americké mikrobiologické společnosti.

Ilustrační foto: Shutterstock

Čas a prostor pro debatu

Stanovisko poradního výboru otiskly časopisy Nature a Science. Autoři v něm úmyslné zatajení podrobností o výzkumu viru ptačí chřipky, jež proběhly na Erasmově univerzitě v Rotterdamu a Wisconsinské univerzitě v Madisonu, odůvodňují obavami, že by se nové mutace viru mohly omylem dostat z laboratoří nebo by mohly být zneužity teroristy. O takovéto cenzuře rozhodl NSABB poprvé ve své historii a vysloužil si za to ostrou kritiku především ze strany vědců, kteří se obávají, že úmyslné zamlčování důležitých informací o výzkumu může citelně zpomalit vývoj účinné léčby ptačí chřipky a ohrozit tak zdraví veřejnosti.

Autoři zmiňovaných výzkumů viru H5N1 souhlasili se 60denním odkladem zveřejnění výsledků a pozastavením své práce, aby tak úřadům a odborným společnostem poskytli potřebný čas pro debatu o možnostech cenzury a budoucnosti podobných projektů. K rozhodujícímu jednání by mělo dojít v polovině února v sídle Světové zdravotnické organizace (WHO) v Ženevě.

Podle Paula Keima, jenž je významným mikrobiologem působícím na Severoarizonské univerzitě, je nutné si uvědomit, že ptačí chřipka zabije přibližně polovinu nakažených, a je tedy nebezpečnější než chřipka španělská, která si mezi lety 1918 a 1919 vyžádala na 40 milionů lidských životů. „Pokud by došlo k pandemii takovýmto patogenem, jenž by byl navíc ještě vysoce nakažlivý, následky by byly nedozírné. Tomu je třeba zabránit za každou cenu," uvedl předseda NSABB. S jeho stanoviskem souhlasí i Národní ústav zdraví (NIH), který odborným časopisům rovněž doporučil podrobnosti o výzkumu ptačí chřipky neuveřejňovat.

Neznámá neznamená nulová

Virus H5N1 se mezi lidmi zatím nepřenáší, odborníci však již dlouho upozorňují, že může zmutovat do nebezpečnější formy, která tento přenos usnadní. Právě této problematice se ve svém výzkumu věnovali Yoshihiro Kawaoka z Wisconsinské univerzity a Ron Fouchier z Erasmovy univerzity. Zatímco Fouchier dokázal vytvořit mutaci H5N1, jež se velmi snadno přenáší mezi savci a navíc je i vysoce smrtelná, Kawaokovy experimenty přinesly mutaci, jež způsobuje, že virus je silně nakažlivý, avšak ne tak nebezpečný. Objevily se proto otázky, zda je nutné cenzurovat oba výzkumy. „Skutečnost, že forma viru vytvořená Yoshihirem Kawaokou není tak nebezpečná pro případnou pandemii, není v tomto případě relevantní. Musíme se vždy ptát, zda by pandemii způsobit mohla. A i když je tato pravděpodobnost neznámá, rozhodně není nulová," obhajuje postoj NSABB v této problematice Paul Keim.

Vědci, kteří s postojem Národního vědeckého poradního výboru pro biologickou bezpečnost nesouhlasí, poukazují především na riziko, že cenzorský zásah do publikace výsledků výzkumů týkajících se mutací viru H5N1 se stane nebezpečným precedentem i pro další podobné případy.

(Zdroj: Reuters) **Květa Havlová**

Do kvality nemocnic **zasáhl soud**

41 německých nemocnic se obrátilo na zemský soud pro Berlín a Braniborsko, protože nesouhlasily se zpřísněním pravidel pro kvalitu péče o nedonošené novorozence.

V prvním kole tyto nemocnice spor vyhrály, avšak soudní rozhodnutí dosud nenabylo účinnosti a lze se proti němu odvolat ještě ke spolkovému soudu.

Minimální počet výkonů

V Německu se v oblasti zvyšování kvality lůžkové péče již několik let uplatňuje jako jedno z kritérií povinný minimální počet léčebných výkonů – pokud nemocniční oddělení za rok nedosahuje stanoveného počtu léčebných případů, pak mu pojišťovny zakáží příslušné výkony provádět. Stanovený minimální počet výkonů se například bez problémů uplatňuje v oblasti ortopedie a transplantací. Zákon o zdravotním pojištění zakotvuje záměr posílit kvalitu péče vyšší erudicí personálu – čím více určitých výkonů nemocnice provádí, tím je personál zkušenější. Méně vytížená a zkušená nemocniční oddělení mají podle záměru zákonodárců postupně zaniknout a zejména náročnější péče se bude více koncentrovat do větších nemocnic.

Konkrétní rozhodování o povinném minimálním ročním počtu léčebných případů v jednotlivých oborech zákon svěřil spolkovému výboru složenému ze zástupců lékařů, nemocnic a pojišťoven. Tito smluvní partneři vydávají svá rozhodnutí formou závazných směrnic (rozhodnutí se odvíjejí podle odborných posudků nezávislých expertů). V SRN se dnes uplatňují již desítky směrnic pro zvyšování kvality péče mj. v nemocnicích. Pokud by někdo ze smluvních partnerů v oblasti zdravotního pojištění nesouhlasil s rozhodnutím zmíněného spolkového výboru, má možnost se odvolat k zemskému a poté i ke spolkovému „sociálnímu" soudu, zabývajícímu se otázkami veřejnoprávního pojištění.

Nedůslednost členů výboru

V kauze týkající se péče o nedonošené novorozence se čtyři desítky nemocnic nechtějí smířit s tím, že spolkový výbor zvýšil povinný minimální počet léčebných případů z původních 14 na 30 za rok. V prvním kole sporu jim soudci dali za pravdu. Ačkoli soud nezpochybnil záměr zvyšovat kvalitu stanovením určité vyšší výkonnosti nemocnic, nalezl ve formálním rozhodnutí spolkového výboru vydávajícího směrnice některé nedostatky. Výbor zpřísnil pravidla pro péči o nedonošené novorozence s porodní váhou pod 1250 gramů, ale zdá se, že neřešil vyváženým obdobným způsobem stanovení kritérií pro péči o novorozence s váhou mezi 1250 a 1500 gramy. Nedůslednost členů spolkového výboru a také některé doplňující odborné posudky ohledně péče o rizikové novorozence, jež si vyhledal soud, možná načas v SRN zbrzdí záměr redukovat porodnická oddělení v menších ústavech.

(Zdroj: LK SRN) **(vla)**

Německo: Psychiatrie vyjmuta z DRG úhrad

Německá vláda schválila návrh zákona o financování psychiatrických ústavních pracovišť, který se týká jak duševních, tak psychosomatických onemocnění.

Podle informací ministerstva zdravotnictví se tímto zákonem psychiatrická pracoviště vyjmou ze systému úhrad za skupiny diagnóz (DRG). V blízké budoucnosti by tedy psychiatrická oddělení nemocnic a psychiatrické léčebny měly být financovány za ošetřovací den (respektive za „den léčby", protože půjde jak o plně ústavní, tak jen částečně ústavní péči). Nový typ úhrady psychiatrické péče bude během 4 let zaváděn postupně, rozpočtově neutrálně a teprve se bude zpřesňovat účetnictví, takže „naostro" se rozběhne až v lednu 2017. Ještě se také přezkoumá, zda se vedle platby za den léčby přece jen některé výkony nevyčlení zvlášť tak, aby i nadále podléhaly systému DRG úhrad.

(Zdroj: www.bmg.bund.de) **(vla)**

Slovensko: Sestry si vymohly zvýšení platů, hrozí jim propouštění

Slovenští poslanci schválili zákon o minimálních mzdových nárocích sester a porodních asistentek. Od dubna se průměrný mzdový nárok u těchto profesí zvýší ve srovnání s prvním půlrokem loňského roku přibližně o 24 %.

Nový zákon se dotkne asi 36 tisíc sester a 2 tisíc porodních asistentek. Navrhované členění minimálních mzdových nároků nezohledňuje kvalifikační stupeň vzdělávání, respektuje však délku praxe a dosažený stupeň vzdělání pro získání odborné způsobilosti k výkonu odborných pracovních činností a získání odborné způsobilosti k výkonu specializovaných pracovních činností.

Úspěšná petice

Sestry již prostřednictvím svých organizací deklarovaly, že s návrhem ministerstva zdravotnictví souhlasí, někteří slovenští poslanci však při hlasování v Národnej rade SR poukázali na skutečnost, že resort „zapomněl" na vyřešení platového ohodnocení ostatních nelékařských pracovníků. Ľudovít Kaník (SDKÚ) tuto skutečnost označil za „nášlapnou minu ve zdravotnictví". Štefan Zelník (SNS) se navíc obává, že zvýšení platů sester a porodních asistentek není řešeno navýšením zdrojů pro poskytovatele zdravotní péče. Jak upozornil předseda výboru Národnej rady SR pre zdravotníctvo Viliam Novotný (SDKÚ), může dojít ke „spuštění spirály zadlužování", a je proto podle něho nutné jednat o úpravě smluv s poskytovateli péče a soukromými zdravotními pojišťovnami.

Zvýšení minimálního mzdového ohodnocení patřilo mezi požadavky petice, jejímiž iniciátory byly sestry a porodní asistentky a již svými podpisy podpořilo na 240 tisíc Slováků. Petice dále obsahovala požadavek na snížení věkové hranice pro odchod do důchodu, podporu péče poskytované mimo nemocnice, legislativní a finanční úpravu poskytování zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb a další. Vláda vzala petici na vědomí v červnu roku 2011 a vypracovala harmonogram plnění některých požadavků iniciátorů výzvy.

Obavy z krachu a propouštění

Jak se však ukazuje, nový zákon může mít za následek i propouštění sester a porodních asistentek – některá zdravotnická zařízení totiž nebudou mít dostatek finančních prostředků, aby jim platy zvýšila, a budou se proto snažit ušetřit přeřazováním sester na nižší pozice, případně propouštěním. Plat sestry se totiž může vyšplhat až na 928 eur měsíčně (v případě sestry s 30letou praxí), a jak upozorňuje předseda Slovenského odborového zväzu zdravotníctva a sociálnych služieb Anton Szalay, v některých regionech takové částky nedosahují například ani platy ředitelů zařízení sociálních služeb. „Hrozí, že zdravotnická či sociální zařízení budou hledat únikové cesty, aby sestrám nemusely platy zvyšovat," podotkl Anton Szalay.

Navýšit platy musejí sestrám i soukromé ambulance. Prezident Asociácie súkromných lekárov Ladislav Pásztor se obává, že tato skutečnost může vést až ke krachu ambulantní sféry. „Řada všeobecných lékařů dostává od zdravotních pojišťoven okolo 3500 eur a většina sester v těchto ambulancích má více než 25letou praxi. Pokud si lékař stanoví stejný příjem, jaký dá sestře, zbude mu na provoz ordinace jen pár set eur," upozorňuje Ladislav Pásztor. „Našim sestrám vyšší mzdy přejeme; pokud se nám ovšem nezvýší příjmy od pojišťoven, platy sestrám sice vyplatíme, ale budeme čelit krachu," dodává.

Letošní zvýšení platů lékařů i sester si na Slovensku vyžádá 117 milionů eur, zdravotní pojišťovny však nemají potřebné finanční rezervy. To potvrzuje i generální ředitel Všeobecnej zdravotnej poisťovne Marian Faktor, podle něhož bude státní pojišťovna schopna vyčlenit na platy přibližně 50 milionů eur. „V průběhu roku bude nutné najít další zdroje ve výši 27 milionů eur," uvedl.

(Zdroj: Pravda) **(kha)**

Inzerce A121002112

Školicí akce

JAK SI LÉPE POROZUMĚT NEJEN NA PRACOVIŠTI

Istrie, letovisko Poreč

Odborný garant:
Ing. Petra Zhánělová

2.–9. června 2012

MEDICAL SERVICES

ČESKÁ ASOCIACE SESTER

12 kreditů ČAS

Poplatek za školicí akci: 3390 Kč
Zahrnuje 3denní školení v ČJ, pronájem sálu, učební texty, exkurzi do nemocnice v Poreči, kredity ČAS, POUZP.

Cena celkem: 8990 Kč
Zahrnuje poplatek za školicí akci, ubytování v AP 4 (samostatné ložnice po 2), vlastní stravování, dopravu autobusem z Prahy a Brna.

Cena bez dopravy: 6990 Kč
Zahrnuje účastnický poplatek za školicí akci, ubytování v AP 4 (samostatné ložnice po 2), vlastní stravování, BEZ DOPRAVY.

Cena pro rodinné příslušníky: 5500 Kč
Ubytování v AP 4 (samostatné ložnice po 2), vlastní stravování, doprava autobusem z Prahy a Brna.

Možnost dokoupení polopenze.

- Řeč těla
- Poslouchám – naslouchám
- Přirozený osobní projev
- Konflikty – koření života?

Exkurze do nemocnice v Poreči

Odborný program konference naleznete na www.medical-services.cz
Registrace: +420 225 276 443, +420 725 528 744, e-mail: konference@mf.cz

USA: **Spory o proplácení antikoncepce**

Vlnu nevole především mezi náboženskými organizacemi vzbudilo rozhodnutí americké vlády, že i tyto instituce či silně věřící zaměstnavatelé musejí svým zaměstnankyním proplácet zdravotní pojištění, v rámci něhož bude hrazena rovněž hormonální antikoncepce.

Nařízení kabinetu Baracka Obamy vyvolalo v kritickém volebním roce další debaty o míře zásahů vlády do soukromé sféry.

Rozpor s mravním přesvědčením

Americká ministryně zdravotnictví Kathleen Sebeliusová přislíbila neziskovým organizacím, mezi něž patří například i zdravotnická zařízení provozována církvemi, vzdělávací instituce nebo agentury poskytující sociální služby, jež jsou často s náboženskými organizacemi úzce spojené, roční lhůtu pro přijetí nové administrativy.

„Věřím, že tento odklad znamená odpovídající rovnováhu mezi respektováním náboženských svobod a nutností zvýšit přístup obyvatel k důležitým aspektům zdravotní péče a prevence," uvedla ministryně ve svém prohlášení. Vládní postoj se však s pochopením u církevních představitelů nesetkal. „Ještě se nestalo, aby federální vláda nutila jednotlivce či organizace nakupovat produkty, jejichž užívání je v rozporu s jejich mravním přesvědčením," reagoval budoucí newyorský kardinál a prezident Americké konfederace katolických biskupů Timothy Dolan. „Něco takového by se v zemi, kde je svoboda vyznání zakotvena v listině základních práv a svobod, stávat nemělo."

Roční odklad na organizaci

Americké úřady se však brání, že nařízení bylo pečlivě zvažováno a přijato až poté, co jeho autoři prošli více než 200 tisíc připomínek nejen všech zúčastněných subjektů, ale i veřejnosti. Roční „odklad" je pak podle jejich představitelů adekvátní odpovědí na obavy, jež měly církevní organizace z administrativních změn. Vláda také zdůraznila, že je i nadále na svobodné vůli jednotlivých žen a jejich lékařů, zda se rozhodnou pro plánované rodičovství formou hormonální antikoncepce, nebo ne. Washingtonská právní společnost Becket Fund for Religious Liberty, zabývající se náboženskými právy a svobodami, ve svém vyjádření upozornila, že náboženské organizace ani silně věřící zaměstnavatelé „nikdy nepřistoupí k proplácení ‚potratové pilulky', protože by se jednalo o porušení jejich přesvědčení".

Ilustrační foto: Shutterstock

Rozšíření práv žen

Naopak liberální organizace a skupiny bojující za práva žen rozhodnutí Baracka Obamy přivítaly. „Miliony žen konečně budou mít usnadněný přístup k hormonální antikoncepci a nebudou již muset žádat o povolení svého zaměstnavatele," uvedla prezidentka organizace NARAL Pro-Choice America. Svůj souhlas s prezidentovým krokem vyjádřila i většina politiků z řad demokratů. „Barack Obama dospěl ke správnému rozhodnutí, když se rozhodl rozšířit práva žen i v otázkách reprodukce," uvedla demokratická senátorka za Washington Patty Murrayová.

Ačkoli hormonální antikoncepci ve Spojených státech hradí většina zdravotně-pojistných programů v rámci komerčního připojištění, polovina tamních žen otěhotní neplánovaně. I to byl jeden z důvodů, proč se americká vláda rozhodla zařadit hormonální antikoncepci mezi hrazená léčiva.

V reakci na kritiku a také s ohledem na blížící se volby Obamova administrativa vypracovala i návrh, podle něhož by zaměstnavatelé, kteří s proplácením antikoncepce nesouhlasí, mohli svým zaměstnancům hradit levnější zdravotní pojištění a ženy by pak léky platily přímo pojišťovně.

(Zdroj: AP) **Květa Havlová**

MSF musela omezit aktivity v Mogadišu a Misurátě

Organizace Lékaři bez hranic se rozhodla kvůli vraždě dvou svých členů v somálském Mogadišu ukončit část svých projektů. Podobně zareagovala i na situaci ve vazebních zařízeních v libyjské Misurátě.

V reakci na tragickou smrt svých dvou kolegů Philippa Haveta a Dr. Karela Keiluhu, kteří byli 29. prosince 2011 zavražděni v somálském Mogadišu, byla organizace Lékaři bez hranic (Médecins sans frontières, MSF) nucena ukončit veškeré své zdravotnické a humanitární aktivity ve čtvrti Hodan v Mogadišu. Uzavřena byla i dvě 120lůžková zařízení zaměřená na léčbu podvýživy, spalniček a cholery.

Zbývá třináct projektů

Ukončením těchto aktivit se snižuje rozsah pomoci poskytované Lékaři bez hranic v somálském Mogadišu na polovinu. Další projekty poskytující zdravotnickou pomoc v jiných městských čtvrtích pokračují, stejně jako na dalších deseti místech ve zbytku Somálska, kde MSF bez přestávky působí již od roku 1991 a kde se v současnosti věnují třinácti projektům zaměřeným především na poskytování nezbytné lékařské pomoci, očkovací kampaně, boj s podvýživou či distribuci terapeutických potravinových doplňků.

Další poskytování pomoci Somálcům, kteří akutně potřebují lékařské ošetření, podle představitelů MSF závisí na respektu hlavních aktérů a obyvatel vůči humanitárním pracovníkům a zdravotnickému personálu, pacientům a zdravotnickým zařízením. Tam, kde budou tyto základní podmínky zachovány, zůstávají Lékaři bez hranic i nadále pevně odhodláni pokračovat v poskytování pomoci obyvatelům Somálska. „Je pro nás velmi těžké ukončit práci a zdravotnické aktivity v místě, jako je Hodan, kde naše lékařské týmy každý den zachraňují lidské životy," uvedl generální ředitel belgické sekce Lékařů bez hranic Christopher Stokes. „Ovšem brutální vražda našich kolegů nám znemožňuje, abychom v této části Mogadišu pokračovali."

Lékaři bez hranic ve čtvrti Hodan pomáhali zhruba 200 tisícům Somálců, kteří v předchozích měsících utekli do hlavního města. Od srpna 2011 zde léčili 11 787 podvyživených dětí, 1232 pacientů s akutním průjmem a 861 nemocných se spalničkami. Zdejší týmy organizace kromě toho proti spalničkám očkovaly 67 228 dětí.

Zneužití pomoci

Lékaři bez hranic od srpna 2011 poskytovali lékařskou péči v libyjských vazebních zařízeních ve městě Misuráta. Tuto činnost však nyní museli přerušit kvůli rostoucímu počtu pacientů, kteří utrpěli zranění v důsledku mučení během výslechů. Týmy MSF ošetřily 115 těchto pacientů a o všech případech informovaly odpovědné libyjské úřady. „Někteří představitelé se snažili zneužít zdravotnickou pomoc Lékařů bez hranic a klást jí překážky," uvedl Christopher Stokes. „Přiváděli nám pacienty uprostřed výslechu, abychom je ošetřili a oni mohli ve výslechu pokračovat. Něco takového je zcela nepřijatelné. Naší úlohou je poskytovat lékařskou pomoc válečným zraněným a nemocným vězňům, nikoli stále dokola ošetřovat ty samé pacienty, aby mohli být znovu mučeni."

Členové MSF navíc byli opakovaně žádáni, aby zraněné ošetřovali přímo ve výslechových střediscích, což organizace odmítla a po bezvýsledném jednání s odpovědnými orgány zastavila svou činnost ve vazebních zařízeních, kde až dosud ošetřila na 2600 zraněných. Lékaři bez hranic i nadále v Misurátě poskytují lékařskou a psychologickou pomoc více než 3 tisícům uprchlíků a obyvatel města.

(Zdroj: MSF) **(kha)**

Gruzie: (Nejvíc) atraktivní ženy? **Ty zdravé**

„Vzpomínám si na ten okamžik dobře. Do vesnice přijeli lékaři, udělali několik analýz a potom mi řekli, že se musím jít léčit. Nikam jsem nešla dalšího půl roku. Půjdu zítra, příští týden… Bála jsem se, pořád jsem plakala, nikdy jsem na takovém zákroku nebyla. Na operaci jsem šla dva dny před Vánocemi.“ (Luiza T., Gruzie)

Foto: archiv autorky

Rakovinou prsu nebo děložního čípku ročně onemocní miliony dívek a žen, více než polovina z nich pochází z rozvojových zemí a podle odhadů jejich procento poroste. Přístup ke zdravotní péči je zde mnohem obtížnější, často zcela nemožný. Každým rokem je ve světě nově registrováno na 12 milionů nových případů onemocnění. Více než polovina z nich končí smrtí pacientky.

Zdravá Gruzie

Gruzie se od získání samostatnosti na začátku 90. let potýká s politickou a ekonomickou nestabilitou. Vnitřní konflikty měly za následek nejen desetitisíce uprchlíků, ale i finanční a sociální propad či velkou nezaměstnanost. Země unavená rozepřemi a neustálými tahanicemi o vlastní území se opatrně staví na vlastní nohy za asistence zahraničních kolegů. Gruzie patří mezi regiony, k nimž směřuje pozornost i rozvojový program České republiky včetně zdravotnického sektoru. Nízká sociálně-ekonomická úroveň života, špatná životospráva, stres, nedostatečná prevence, ale i informační tabu, kterým je opředena, jsou nejčastějšími příčinami, proč je rakovina na nelichotivém druhém místě v žebříčku příčin úmrtí (za srdečními chorobami).

Zdravotní systém Gruzie prochází v posledním desetiletí řadou reforem včetně privatizace, pokroky se však dostavují pomalu a obtížně. Pacienti za lékařskou péči platí, zdravotní pojištění stát přiznává pouze obyvatelům, kteří žijí pod hranicí chudoby, a vnitřním uprchlíkům. Vysoké procento pacientek s diagnózou rakoviny prsu či děložního čípku si léčbu nemůže dovolit. Navíc veškerá intervence dosud směřovala do oblasti léčby; prevence a včasná diagnostika rakoviny byly výrazně podceněny.

To se ostatně potvrdilo i během pilotního projektu realizovaného Charitou ČR a gruzínskou stranou. Za sedm měsíců bylo v jeho rámci vyšetřeno přes 2 tisíce žen, což představuje 12 % cílové populace v regionech, kde intervence probíhá. Výsledky ukazují na vysoký počet předrakovinových případů i případů nádorových onemocnění v pokročilé fázi, který je – oproti dostupným statistikám – téměř pětkrát tak vysoký. Ministerstvo zdravotnictví Gruzie si uvědomuje vážnost situace a tvrdá data vedla zodpovědné orgány obou zemí k pokračující společné akci: desetitisícům Gruzínek se tak dostává „luxusu“, který západní svět bere za samozřejmost – preventivních prohlídek a vyšetření s cílem odhalit včas zákeřnou nemoc a snížit počet obětí.

Hurá ke gynekologovi

Vesnická ambulance, jindy zející prázdnotou, praská ve švech. Uvnitř panuje čilý ruch, třicítka pacientek se tísní v čekárně a dveře obou ordinačních místností se netrhnou. Gynekolog, mammolog a rentgenolog přijíždí měsíčně do 16 předem vybraných venkovských ambulancí, aby vyšetřili místní ženy a určili klinickou diagnózu. Ty, které vyjdou se žlutou kartičkou v ruce, odcházejí na hloubkové vyšetření do regionální nemocnice.

Za normálních podmínek by většina těchto žen k lékaři nešla snad až do doby, kdy by bolest byla nesnesitelná. Pravidelné gynekologické prohlídky se u mnohých scvrkly na dvě za život: první u porodu a druhá u potratu, který je zde – kvůli omezené dostupnosti antikoncepce i kulturním zvykům – velmi častý. Návštěva odborníka není levná záležitost a navíc je několik kilometrů daleko. Ženám ve vesnicích chybí informace. Neví jak provést samovyšetření prsu či jaké faktory zvyšují pravděpodobnost vzniku rakoviny děložního čípku.

Proto jsou organizována neformální setkání, při nichž se ženy učí správně nahmatat bulku na prsu, dozvědí se o zvýšeném riziku výskytu nemoci nebo otevřeně hovoří o komplikacích. Rakovina je navíc v Gruzii opředena společenským tabu. Je to téma, o němž se na veřejnosti nemluví, o smrti není slušné hovořit s kdekým. To, že s nemocí je možné kvalitně žít a vůbec nemusí končit smrtí, slyší mnohé účastnice poprvé. Stejně jako fakt, že včasná prohlídka jim může zachránit život.

Mluvme, mluvme, mluvme!

V prosvětlené místnosti organizace Tanadgoma, což v překladu znamená „podpora“, sedí naproti sobě lékařky v civilním oblečení a simulují rozhovor pacienta a lékaře v ordinaci. Celou situaci pozoruje psycholog, který ve vhodný okamžik poopraví formulaci dialogu do podoby otevřených otázek. Trénink komunikačních dovedností zdravotního personálu vesnických poliklinik má reagovat na mezeru, kterou vnímají i sami ošetřující. „Žádná léčba nemá smysl, pokud ti pacient nevěří,“ říká jedna z účastnic.

Propast ve vztahu lékař – pacient se datuje do sovětské minulosti. Pacient je ten, kdo dostává služby, doktor je ten, kdo rozhoduje o tom, jaké a kdy. Neexistuje diskuse mezi oběma stranami – minimální individuální přístup a nulové zapojení pacienta do celého procesu léčby vedly k tomu, že zdravotnický personál neumí s pacienty hovořit otevřeně, natož pak sdělit citlivým způsobem nepříznivou diagnózu. Podpora odborných kapacit vesnických zdravotníků včetně nácviku komunikačních dovedností tak představuje důležitou složku programu.

Pilotní část projektu financovaného Českou rozvojovou agenturou v rámci rozvojové spolupráce Česka s Gruzií probíhal od dubna do prosince 2010. Na něj poté navázala další část projektu, která začala v dubnu 2011 a bude ukončena v prosinci 2013. Důraz je, jak již bylo řečeno, kladen na prevenci (osvětová setkání se ženami během celého roku) a včasnou diagnostiku. Vyšetření pacientek probíhají na dvou úrovních – primární (ve spolupráci s vesnickými ambulancemi; během roku je takto vyšetřeno přes 2 tisíce pacientek) a sekundární (pacientkám s pozitivní či nejasnou diagnózou jsou poskytovány další prohlídky v regionálních onkologických centrech).

Kateřina Zezulková
projektová manažerka v Gruzii, Charita ČR

Foto: archiv autorky

Francouzský generál poděkoval českým lékařům

Náčelník zdravotnické služby francouzské armády generál Gérard Nedellec ocenil v dopise adresovaném náčelníkovi zdravotnické služby Armády ČR plukovníku Božetěchovi Jurenkovi lékaře a zdravotníky, kteří na základně v afghánském Kábulu ošetřili zraněné francouzské vojáky.

Příslušníky francouzské armády postřelil 20. ledna člen afghánské národní armády, čtyři vojáci zraněním podlehli, ostatní byli převezeni na spojeneckou základnu v blízkosti kábulského letiště, kde se nachází francouzská vojenská nemocnice, v níž pracují i Češi. „Skupina Čechů spolupracujících s Francouzi odvedla výtečnou práci a postarala se o zraněné. Chtěl bych Vám tímto upřímně poděkovat za Vaši spolupráci, které si zejména v takovýchto situacích velmi vážíme,“ napsal francouzský generál.

„Bezprostředně po incidentu bylo do naší nemocnice transportováno leteckým záchranným týmem 12 zraněných. Čtyři z nich byli charakterem poranění bezprostředně ohroženi na životě. Jednalo se o střelná poranění tělních dutin a končetin,“ uvedl velitel českého týmu pplk. MUDr. Michal Plodr, Ph.D. Češi se přímo podíleli na ošetření dvou z nejvážněji zraněných. Všichni pacienti byli po operaci transportováni francouzskou stranou do vlasti.

(Zdroj: AČR) **(kha)**

Z MÉHO DENÍKU

První chirurgický flek

Druhé pokračování „irského deníku“ MUDr. Tomáše Šebka popisuje jeho první pracovní pohovor.

Spím za volantem

Půl pátý ráno, úterý. Děsně se mi nechce. Rychle snídám, balím si košili, nastavuju navigaci na cestu mezi Dublinem a Corkem. Dneska mě čeká osobní *interview* v Mercy University Hospital v Corku. Naposledy jsem s konzultantem mluvil krátce do telefonu. Rozuměl jsem každé páté slovo, navíc jsem stál v nákupním centru na Smíchově. Bylo to na prd. Tak bychom si dneska měli popovídat osobně. Mám tam dorazit ve tři čtvrtě na osm. Nikdo se mě neptal, odkud jedu. Mám trochu nerva, ale nijak zvlášť. Spíš mě štve ta cesta a takovýhle brzký vstávání. Dvě a půl hodiny cesty do práce, 250 kilometrů…

Cesta je fakt úmorná. Sotva vyjedu z Dublinu, zavírají se mi oči co vteřinu. Soustavně najíždím na bílou čáru, jejíž hučení mě vrací zpět do mého pruhu. Střídavě stojím a ležím za volantem, měním polohy, poslouchám rádio Dublin, plácám se do stehen. Kdybych tam nemusel být na čas, už spím na parkovišti. Nikdy jsem za volantem neusnul. Když už fakt nemůžu, zastavím na 10 minut a zkusím mikrospánek. Adrenalin mi ale nedá.

Do Corku přijíždím na čas. Nemocnici najdu celkem snadno, parkuju před ní. Systému parkování nerozumím, ale mám ještě čas, než začnou běžet parkovací hodiny. Hlásím se na recepci a zjišťuju jak správně parkovat. *Consultant* Cristoir si mě má vyzvednout před osmou. Přichází po osmé. Vysoký chlapík, bodrý čtyřicátník. Aniž by se zastavil, v poloběhu mi podává ruku a letíme kamsi do útrob nemocnice vstříc mému prvnímu rannímu hlášení. Je to rentgenová vizita.

Ranní hlášení a první test

V místnosti je asi 20 lidí. Srkají ranní kafe, které si tu můžete načepovat podle libosti. Poznám mezi nimi starší *consultanty*, středně staré *registrary* a mladé SHO (*senior house officer*) s mediky. Usedám kdesi vzadu a přemýšlím jak s tím zaparkovaným autem. Probírají se pacienti a já vzpomínám na rentgenové vizity u nás v nemocnici v lese. Je to stejné, jen ten jazyk je jiný. Většina pacientů má nějaké nádory, tu ledvina, tu játra, metastázy, kolorektální karcinom. Usínám. Nemůžu. Musím přeparkovat tu káru, abych se měl odpoledne jak dostat domů. Doprčic, ale když odejdu, už tu místnost na hlášení nikdy nenajdu. Potichu se vytrácím. Snažím se zapamatovat cestu, ale je to marný. Není to nijak velká nemocnice, ale je členitá a hlavně pro mě úplně nová. Pamatuju, jak jsem první den bloudil v lesní nemocnici, ve které se dneska můžu pohybovat i poslepu a všechno mi připadá za rohem. Ve druhém patře je bufáč. Ptám se paňmámy jak s tím parkováním. Můžu si koupit za dvě éčka kartu na 2 hodiny. Pak si musím koupit další. Tedy každé dvě hodiny měnit, jinak riskuju odtažení. Jiná možnost? Jo, mladej, dej si to kousek dál do garáží. Nakonec je najdu a letím zpátky, než skončí hlášení.

Při návratu na vrátnici je moje košile mokrá. Všichni doktoři tu chodí v civilu, kalhoty, košile, sako a někteří i kravata. Že bych si ji sundal a vzal jen triko, nepřipadá v úvahu. Dávám první metry bludiště, dostávám se alespoň na rentgenové oddělení a na správné patro. Pak už se jen ptám, kde mají doktoři *morning meeting*. Našel jsem to. Říkám si, že to musí ocenit, že první test jsem zvládl. Nikoho neprudím s parkováním a ještě jsem sám našel místo, které se zdálo nenalezitelné. Pořád ještě hlásí. Sundávám si vzadu sako a snažím se ventilovat kompletně mokrou a smradlavou košili. Bezva, super začátek!

Na oddělení a na sále

Cristoir mě ihned po hlášení přehazuje svému *registrarovi*. Jmenuje se Mohd a je z Pákistánu, jak se za chůze po nějaké chodbě dovídám. Necelé tři roky pracuje tady v Mercy, předtím snad ještě jinde. Bude mu asi ke čtyřiceti, z plné náruče papírů postupně na jednotlivých odděleních odevzdává složky pacientů. Trochu se ptám, ne moc. Potkáváme jeho SHO, instruuje je, co mají přes den dělat. Pak mě bere na sály. Filtr je standardní, boty jsou fakt humus. Dostávám nějaké kožnatky, prastaré, nechci k nim čuchat. Pokryté jsou vrstvou staré krve. Když se ale dívám na ostatní, ještě jsem to vyhrál. Můj průvodce si nasazuje normální sportovní boty, které jsou nenormálně pokryté vrstvou staré krve a budou pamatovat asi ještě Zátopka. Na boty prostě kašlou.

Z filtru jdeme po schodech dolů, šest sálů je o patro níž. Znovu mě překvapí, jak na těch sálech udržují sterilitu. Podél zdí jsou naskládané všelijaké kraviny, těžko říct, jestli je používají. Původně docela velký prostor se zužuje na malé, ale celkem volné centrum s operačním stolem. Mohd mě předává Akilovi. To je Ital, který dělá chirurgický *research*. To znamená, že je „školskej“ a nezapadá do klinického systému dělení doktorů. Je prima, vysvětluje mi věci, na které se ptám. *Time management* je taky super. Pacient je dobrou hodinu před operací v narkóze, nikdo se nehoní. Mohd s Akilou začínají operovat před jedenáctou.

Resekce jater a co budu dělat?

Na stole je pacientka s metastázou v levém jaterním laloku. Dva roky předtím měla hemikolektomii pro karcinom tlustého střeva. Akila mi vysvětluje, že s rychlostí, s jakou metastáza roste, nemá moc šanci. Přesto se stala adeptkou na resekci pravého jaterního laloku, kterou právě oba operatéři začínají. Řez má tvar vlnovky v obou podžebřích a je uprostřed protažený proximálně směrem ke *xiphoideu*. Mohd používá jenom elektrokauter, skalpel nevidět. Místo pinzety rozhrnuje tkáně rukama a hrdinně proniká až do břicha. Připravuje pole pro příchod konzultanta. Uvolňuje játra ze závěsů, začíná preparovat zadní stranu kolem *vena cava*, tam to začíná být zajímavé, svorkují Ethicon staplerem. Pracuje pěkně, líbí se mi to.

Přichází Cristoir. Přesně tak, jak přichází velcí kluci u nás. Halasně zdraví, fórky lítají. Omrkne situaci, vyřídí na sále dva tři telefonáty. Využívám situace a jdu se ho zeptat, jestli by mi nepopsal ten můj potenciální džob. Bere si mě stranou na volný sál a vypráví. Víš, Tome, my tady neděláme žádný *bullshit*. Chceš pracovat, pracuj, nechceš, běž. Chirurgie je tvrdá práce. Aha… to už jsem někde slyšel. Mockrát. Je vtipný, jak je to všude stejné. Jasně, rozumím, říkám mu. Kolik dní v týdnu mě tady chceš, kdy mám nastoupit, do kdy to bude, jaká pozice? Chci tě ve dne, v noci, zítra, až řekneme dost a pozice se uvidí, zatím asi jen ficka pro všechno. OK, jenže já mám rodinu v Dublinu. No nic. Operace mě zajímá a Cristoirovi slibuju, že se mu zítra ozvu, jak jsem se rozhodl. Vnitřně tuším, že z toho nic nebude, ale myšlenky pracovat tady se nevzdávám.

Vracím se na sál, Cristoir nastupuje. Uvolňuje zbytek jater, jde mu to krásně. Připravuje si celé cévní zásobení do pravého laloku, liguje větve pravostranné jaterní tepny a dále portální větve. Zašije po Mohdovi díru v bránici, kterou tam při uvolňování jater udělal. Elektrokauterem si narýsuje resekční linii, nahodí ultrazvukový disektor s aspirátorem a obnažené cévy liguje pomocí stapleru. Hodinová piplačka končí úspěchem, játra jsou o dvě třetiny menší. Před třetí hodinou se loučím, na zavírání nejsem zvědavý, to už jsem viděl i dělal. Vypadá to tady pěkně, je mi líto, že podmínky nejsou moc schůdné.

Individuální studijní plán

V příštích dnech se snažím uhnat Cristoira. Něco jsem vymyslel. Chci mu nabídnout, že na měsíc budu chodit na 2 dny v týdnu bez nároku na plat a od poloviny listopadu že bych to zkusil na celý úvazek. Našli jsme se Sylvou řešení jak se postarat o děti, když ona bude ve službě a já v Corku. Vždycky jsme byli schopni připravit takovou tabulku časových souslednostní, že nám nakonec všechno pasovalo a všichni koukali. Tohle máme už z doby vysokoškolských studií. Nutnost kombinace kojení, práce a studia. Za ta léta podáváme lepší a lepší výkony. Prostě platí, že nejlepší *time management* umí matka od dětí. Tak snad i otec. Oba dohromady jsou nejlepší.

Konečně jsem se mu dovolal. Cristoir tu informaci přijme a slibuje, že to příští týden probere na oddělení lidských zdrojů. Tak už jsem zase doma. Speciální požadavky od doktora nuly. Uvidíme, jestli mi to bude vycházet i tady v Irsku.

(www.mediciman.cz)

Mercy University Hospital v Corku. | Foto: bluedolphin.ie

Intimní hygiena a prevence **hemoroidální nemoci**

K nejvýznamnějším etiologickým faktorům hemoroidální nemoci patří nesprávná výživa, sedavé zaměstnání, gravidita, věk, chronická zácpa a genetická predispozice. Důležitým preventivním prvkem je však také intimní hygiena, kterou pacienti často podceňují.

Hemoroidy jsou přirozeně se vyskytující „cévní polštářky“ v submukóze, tvořené stromatem pojivové tkáně a bohatými žilními pleteněmi, jež jsou spojené cévními zkraty s hemoroidálními tepnami. U zdravých jedinců se hemoroidy spolupodílejí na udržování plné kontinence a chorobou se stávají tehdy, když dojde působením různých faktorů k jejich zvětšení s typickými symptomy. Proto se někdy mluví i o tzv. hemoroidální nemoci, která není jen moderním výdobytkem dnešního sedavého stylu života, ale trápila například již Ludvíka XIV., jenž se roku 1686 podrobil operaci píštěle provedené Charlesem F. Félixem.

Literární prameny uvádějí, že hemoroidy alespoň jedenkrát za život trpí 50–70 % lidí. Mnozí z nich však nenavštíví lékaře, protože onemocnění proběhne asymptomaticky nebo se projeví jen pruritem.

Příčiny, jimž můžeme předcházet

Ačkoli k hemoroidální nemoci může být jedinec i geneticky predisponován (u těchto osob je výskyt až 3x vyšší než u lidí bez rodinné zátěže), nejčastěji si pacienti mohou za onemocnění sami svou životosprávou a hygienickými návyky.

Chronické zácpě byla věnována studie, ve které její autoři Johanson a Sonnenberg porovnávali výskyt zácpy a hemoroidů v různých skupinách obyvatel. Zatímco zácpou trpěli spíš starší pacienti s nižším socioekonomickým statutem s převahou černé barvy pleti, hemoroidy se vyskytovaly častěji u ekonomicky dobře situovaných bělochů ve věku 40–65 let. Kauzální vztah chronické zácpy a hemoroidů tedy dosud není prokázán.

Hemoroidální nemoc má ale i příčiny, kterým pacienti mohou předcházet. Nejdůležitější je životospráva, která se týká jak úpravy jídelníčku (omezení kořeněných jídel a naopak dostatek ovoce a zeleniny pro obsah vlákniny), tak pohybových aktivit. Některé sporty (jízda na koni, na kole) mohou hemoroidy naopak podporovat. Součástí prevence je také dokonalá intimní hygiena v podobě japonské toalety, na kterou však Češi ještě nejsou tolik zvyklí. Přestože myjeme každou větší špínu vodou (ať už se jedná o ruce nebo nádobí), partie po použití toalety jsme si umývat nezvykli.

Toaleta pro 21. století

Japonskou toaletou či elektronickým bidetem je nazýván záchodový sedák, který pacienta nebo i běžného uživatele po použití toalety omyje vodou a osuší. Nevyžaduje žádné stavební úpravy a na rozdíl od klasického bidetu nezabírá místo, protože se nasazuje přímo na stávající záchodovou mísu. Jediné, co je potřeba, je připojení k elektrické síti.

Tento typ toalety ocení nejen pacienti s hemoroidální nemocí, ale také ženy po porodu, během menstruačního cyklu, pacientky s kandidózou a dalšími gynekologickými záněty nebo záněty močového měchýře, dále lidé trpící zácpou (zde pomáhají masážní proudy) a se sníženou pohyblivostí. Ti se tak mohou při intimní hygieně obejít bez cizí pomoci, což je nejen praktické, ale i subjektivně více přijatelné.

Dodatečným a také příjemným benefitem pro pacienta je vyhřívání sedátka a dezinfekce toalety. Například lidé, kteří mají WC v chladné místnosti, přestávají návštěvu toalety odkládat, naopak se stává jejich oblíbeným místem. Sterilizaci mísy a zničení bakterií zajišťuje UV lampa, odstranění pachů pak uhlíkový filtr. Vše je završeno vůní, která se line z dávkovače.

Technologicky velmi vyspělé a pacienty oblíbené japonské toalety dováží na český trh pod značkou WC KOMFORT stejnojmenná společnost. V některých zemích je dnes elektronický bidet běžnou součástí koupelen – v Asii je to samozřejmě Japonsko a Jižní Korea, ale najdeme ho i v evropských domácnostech či ordinacích, např. v Německu, Švýcarsku, Španělsku či Řecku. Pořízení japonské toalety již dnes není otázkou finanční (elektronické bidety se staly cenově dostupnými), ale spíš otázkou jakési konformity. Trendu si už ovšem všimla řada českých ordinací, které jsou elektronickými bidety osazeny.

Inzerce A121000453

„Šonkův den“ posedmé – obraz obezitologie v roce 2012

Tradice celodenních seminářů, které svým názvem odkazují k zakladateli české obezitologie a bilancují novinky v tomto oboru, začala už v roce 2005. Letos zaznělo celkem 22 edukačních přednášek na všechna hlavní obezitologická témata. Podrobnější informaci přinášíme z vystoupení, která představila aktuální doporučení pro léčbu spánkové apnoe, nový pohled na metabolický syndrom či kontroverzní „zdravou“ obezitu.

Odbornost, mravnost, statečnost

V zahajovací slavnostní přednášce, která je každoročně věnována vzpomínce na prof. MUDr. Jiřího Šonku, DrSc., (1920–2005), vystoupil tentokrát vnuk akademika Josefa Charváta Ing. Václav Rejholec, CSc., (lékařské veřejnosti známý jako bývalý předseda představenstva České asociace farmaceutických firem). Jak uvedl, sám se s profesorem Šonkou sice nikdy osobně nesetkal, ale z vyprávění svého dědečka usoudil, že právě on byl na jednom z předních míst v žebříčku hodnocení jeho spolupracovníků a přátel. To lze podle něj rovněž vyčíst i z deníku prof. Charváta, ve kterém autor oceňoval nejen odborné kvality Jiřího Šonky, ale i jeho statečnost čelit absurditám tehdejšího režimu. Poukázal na snahu o jeho znemožnění prostřednictvím neúspěšných zkoušek z marxismu--leninismu, ale i na dopad politických prověrek z roku 1958, kdy tehdejší prezident Antonín Novotný sdělil národu, že „je mu milejší jeden komunista než tři odborníci“. „Přežít v takové atmosféře jistě nebylo jednoduché a dokázat při tom ještě dělat kvalitní výzkum na světové úrovni je z dnešního pohledu téměř nepředstavitelné,“ dodal Václav Rejholec. Na závěr uvedl, že lze vysledovat určitou paralelu v životních osudech prof. Jiřího Šonky a prof. Otto Wichterleho, další velké osobnosti naší vědy – i on musel po většinu života bojovat s komunistickou omezeností, ale nikdy tento nerovný zápas nevzdal a dokázal si udržet nezávislost a odbornou úroveň.

Existují zdraví obézní?

V úvodu sympozia vznesl doc. MUDr. Vojtěch Hainer, CSc., provokativní otázku, zda může být obézní člověk nevykazující známky metabolického syndromu (MS) považován za zdravého jedince. Následně pak charakterizoval fenotyp metabolicky zdravé obezity, spočívající především ve snížení rizika kardiometabolických komplikací. Rozhodně zde však podle něj nelze položit rovnítko pro celkové zdraví – samotná obezita zakládá řadu jiných zdravotních problémů, jako jsou degenerativní postižení kloubů a páteře, syndrom spánkové apnoe, poruchy reprodukce nebo vyšší výskyt některých nádorových a psychických onemocnění. K faktorům ovlivňujícím fenotyp obezity patří zejména genetika, ale také socioekonomické i psychobehaviorální životní podmínky.

Ke vzniku metabolicky zdravé obezity přispívá vedle gynoidní distribuce tuku velmi významně také pohybová aktivita, přesněji kardiorespirační zdatnost (tzv. profil *fat & fit*). Vyplývá to i ze studií Stevena Blaira (americký epidemiolog zkoumající přes 40 let vztah mezi fyzickou aktivitou a zdravotním stavem), které potvrdily, že kardiorespiračně zdatní jedinci mají (dokonce i s BMI přesahujícím hodnotu 35) asi jen desetinovou pravděpodobnost manifestace MS oproti těm, kteří mají tuto aktivitu nízkou.

Uvedené dva protektivní faktory jsou tedy už jasné. Autor sdělení si ale položil otázku, zda může k těmto pozitivním vlivům přistoupit ještě třetí, kterým je jídelní chování a dietní restrikce. Podle jeho názoru patrně ano. Doložil to na kazuistice pacientky, která byla sledována 14 let na obezitologické jednotce Endokrinologického ústavu v Praze.

Fat & restrain obdobou *fat & fit*?

U pacientky s váhou 138 kg se podařilo během 5 let díky redukčnímu režimu snížit váhu o 59 kg (modifikace životního stylu, nízkoenergetická dieta, intermitentní podávání antiobezitik). Pak ale utrpěla úraz, snížila pohybovou aktivitu a opět došlo k vzestupu hmotnosti (o 36 kg). Od zahájení redukčního režimu ovšem výrazně stouplo skóre dietní restrikce, které zůstávalo vysoké i v době, kdy se znovu zvyšovala hmotnost. Současně kleslo skóre dietní disinhibice, hladu a deprese. Pod vlivem této intervence tedy dlouhodobě pozitivně ovlivnila své jídelní chování (příjem 6000 KJ/den, podíl tuků trvale nižší než 30 %), což mělo podle doc. Hainera vliv i na celkový zdravotní stav.

Ilustrační foto: Shutterstock

Z hlediska hormonů, které se uplatňují v regulaci tělesné energetické rovnováhy, byly jak leptin, tak adiponektin, ale i ostatní (resistin, pankreatický polypeptid, peptid YY, neuropeptid Y, celkový grelin) v normálním rozmezí (zajímavostí spíše je, že koncentrace adrenalinu v plazmě je u obézních metabolicky zdravých jedinců kupodivu vyšší).

Poměr pas/boky zřetelně ukazoval na gynoidní distribuci tuku. Při abdominálním CT (volumetrie ve výši L1–L3 tukové tkáně) tvořil viscerální tuk pouze čtvrtinu celkového tuku, výrazně tedy převažoval tuk podkožní. Utrasonografie byla bez známek jaterní steatózy, v normě byl i lipidový profil a potvrzena byla také normální inzulinová senzitivita. U pacientky tak byl i přes opětovný nárůst hmotnosti (který koreloval se sníženou pohybovou aktivitou) prokázán příznivý kardiometabolický profil. Její BMI dosáhl 44, ale měla gynoidní distribuci tuku a udržení příznivého metabolického profilu bylo asociováno s vysokým skóre dietní restrikce, především nižším energetickým příjmem s nižším podílem tuků.

Na základě komplexního sledování pacientky po dobu 14 let se tak podle docenta Hainera jeví vysoké skóre dietní restrikce jako možný kauzální činitel, který zabránil rozvoji kardiometabolických rizik v odpovědi na významný hmotnostní vzestup. Nabízí se tedy otázka, zda *fat & restrain* může být obdobou *fat & fit*.

V závěru se autor ještě vrátil k zásadnímu problému – zda se vůbec mají metabolicky zdraví obézní léčit. V jedné ze studií, které se tímto problémem zabývaly (Karelis, 2008), bylo poukázáno na to, že redukce hmotnosti u metabolicky zdravých obézních může být spojena s poklesem citlivosti k inzulinu, takže by se vlastně léčit neměli. V rozporu s tímto tvrzením je ale novější studie (Janiszewski, 2010), která ukázala, že redukce hmotnosti metabolicky zdravých obézních příznivě ovlivnila jak jejich zdravotní rizika, tak inzulinsenzitivitu. To ale podle Vojtěcha Hainera vyžaduje ještě další výzkum.

Obstrukční spánková apnoe (OSA)

Prof. MUDr. Karel Šonka, DrSc., je každoročním aktivním účastníkem semináře nikoli jen jako syn vzpomínaného předního obezitologa, ale především proto, že i jeho obor úzce souvisí s regulací tělesné hmotnosti (60–70 % pacientů s OSA má BMI > 30). Její redukce u obézních s OSA je indikována vždy, protože obezita zásadním způsobem ovlivňuje tíži tohoto postižení.

Nejspolehlivějším ukazatelem rizikovosti je podle autora obvod krku, který koreluje s tíží OSA (stoupá od 40 centimetrů výše). S trochou nadsázky uvedl, že první signály by tak mohly přicházet z konfekčních oddělení s pánskými košilemi. Poukázal v této souvislosti také na kazuistiku, kdy se pomocí 9 týdnů trvající nízkoenergetické diety podařilo u pacienta dosáhnout zmenšení obvodu krku o 4 centimetry (z velmi rizikových 45 na 41 cm).

Jak dále profesor Šonka uvedl, důvodů proč OSA léčit je řada – zhoršuje kvalitu nočního spánku a snižuje denní bdělost, čímž přispívá k dopravní nehodovosti. Je také samostatným rizikovým faktorem pro rozvoj kardiovaskulárních onemocnění, jako je systémová hypertenze, ICHS, srdeční arytmie, cévní mozkové příhody, a zvyšuje rovněž výskyt metabolických chorob.

Doporučené postupy pro léčbu pomocí CPAP

Z dosud užívaných léčebných postupů (metoda trvalého přetlaku v dýchacích cestách – CPAP, farmakoterapie, redukce hmotnosti, polohové léčení, ortodontické zákroky a chirurgické zásahy) se ukazuje jako nejefektivnější CPAP *(continuous positive airway pressure)*. Chirurgická léčba těžké formy spánkové apnoe v některých případech nepomáhá a je zde také riziko recidivy.

U CPAP je prokázáno (Sullivan et al., 1981), že normalizuje dýchání, snižuje nadměrnou denní spavost, krevní tlak i výskyt kardiovaskulárních rizik. Účinek velmi záleží na adherenci k léčbě. Za nejefektivnější se pokládá její používání minimálně 4 hodiny za noc. Indikačním kritériem je apnoe/hypopnoe index – AHI (počet apnoí a hypopnoí za hodinu spánku; za abnormální se považuje AHI > 5). Zajímavé je, že z ne zcela jasných důvodů je terapeutický vliv CPAP na kardiovaskulární komorbidity výraznější u nemocných s nadměrnou denní spavostí.

Vliv redukce hmotnosti na OSA je dostatečně studovaný jen u nemocných léčených bariatrickými výkony (Greenburg et al., 2009). Metaanalýza těchto výsledků prokazuje snížení AHI z 55 na 16 při průměrné redukci BMI o 17,9. Praxe však podle autora sdělení ukazuje, že i při zahájené redukci hmotnosti je vhodné používat CPAP.

Za velký pokrok považuje profesor Šonka vytvoření českých doporučených postupů pro léčbu pomocí CPAP v roce 2011 (od roku 1994 byla její indikace pojišťovnami

chápána jako domácí oxygenoterapie). Indikována je od střední OSA (AHI > 15). Více informací a plné znění doporučeného postupu lze nalézt na stránkách České společnosti pro výzkum spánku a spánkovou medicínu (*www.sleep-society.cz*).

Metabolický syndrom podroben kritice

MUDr. Petr Sucharda, CSc., ve své přednášce upozornil na značnou rozvolněnost definice metabolického syndromu, který se stal v posledním desetiletí terčem vážně míněných připomínek, nebo dokonce útoků. Jak uvedl, v nedávné době to byly především kruhy diabetologů, které začaly odmítat MS (přinejmenším u diabetiků) jako věc nepotřebnou až matoucí. Vyčítána je mu nejčastěji malá vědeckost a racionalita při stanovování jednotlivých faktorů a také dichotomická povaha samotného pojmu – například na rozdíl od diabetologie, kde je zvykem posuzovat hodnoty glykemie či hypertenziologie, která rovněž pracuje s variabilními změnami krevního tlaku, je to u MS „natvrdo" – buď ano, nebo ne.

MS je také kritizován za to, že není úplně jasné, proč je jeho součástí právě oněch pět uvedených faktorů. Ty jsou navíc kombinovány ve smyslu různých preferencí, takže dnes existuje celkem 16 podob metabolických syndromů. V posledních 5 letech bylo publikováno několik prací, podle nichž jsou za statisticky významné považovány pouze následující kombinace: hyperglykemie, hypertenze, zvětšený obvod pasu a dále diabetická dyslipidemie a hypertenze. Sledovány byly i rozdíly v pohlaví a věku. Je zajímavé, že v některých velkých studiích nebyla u starších osob významnost MS na celkovou úmrtnost vůbec prokázána.

Mezi aspekty, které mají stát za kombinací známou jako MS, patří samozřejmě i strava, životní styl, socioekonomické stresové faktory, dědičná predispozice a zcela jistě také přítomnost obezity a jaterní steatózy. Uvádí se, že celková úmrtnost závisí na BMI jakožto kvantitativním ukazateli obezity, zvláště po očištění od jiných nemocí a kuřáckého návyku. Jak ale autor sdělení dále poznamenal, je dnes také známo, že trend, který by zde byl očekáván (tj. se stoupajícím BMI zřetelný posun směrem k vyšší úmrtnosti), prokázán nebyl a už více než před 5 lety bylo jasně řečeno, že BMI nemůže být tím správným kritériem, protože i mezi těžce obézními jsou tzv. metabolicky zdraví jedinci s mnohem menším kardiovaskulárním rizikem.

Index centrální obezity

Poprvé termín abdominální obezita použili švédští autoři v roce 1983 a k její diagnostice významně přispěla britská lékařka Margaret Ashwellová, která v roce 1985 publikovala slavnou práci, v níž pomocí CT prokázala závislost rizikových faktorů a metabolických kombinací právě na množství abdominálního (viscerálního) tuku. Zcela recentně se loni na podzim objevila další práce, která na poměrně velkém souboru obézních dokazuje, že lepším markerem než obvod pasu bude poměr obvodu k výšce. To je zjištění, kterému je podle prim. Suchardy třeba věnovat pozornost. Jak ovšem uvedl, není to úplná novinka – již před pěti lety indičtí autoři zvažovali zavedení tzv. indexu centrální obezity (ICO), což není nic jiného než právě zmíněný poměr mezi tělesnou výškou a obvodem.

V různých populacích se pohybuje kolem 0,5 (tj. pokud ICO nabývá hodnoty > 0,5, jedná se o MS), a navrhli tedy definici MS, do níž by byl tento index zahrnut.

Přestože poslední, tzv. harmonizovaná definice MS zrušila výsadní postavení zvětšeného obvodu pasu (břicha, trupu), zůstává zvýšené množství abdominální tukové tkáně nezpochybnitelným markerem (a nejspíše i patofyziologickým podkladem) původního Reavenova syndromu, tj. stavů spojených se sníženou citlivostí k účinkům inzulinu. Proto by viscerálnímu ukládání tuku měla být věnována zásadní pozornost a jeho průkaz by měl vést k pátrání po přítomnosti inzulinrezistentních stavů.

Nejlepší cesta pro běžnou praxi

Pozadí viscerální obezity je dnes na základě rozsáhlých analýz dáváno do souvislosti s aktivitou tukové tkáně a velká pozornost je věnována adiponektinu, což je jediný „hodný" hormon tukové tkáně, který má významné protiaterosklerotické působení, a hypoadiponektinemie (tj. nedostatečná koncentrace adiponektinu) je tak kladena na stejnou úroveň významnosti jako vzestup „zlých" látek typu cytokinu TNF-alfa a dalších.

Podle posledních poznatků by tak význam obvodu pasu jako jednoduchého antropometrického ukazatele mohla zvýšit jeho adjustace na tělesnou výšku, tedy používání zmíněného indexu pas/výška (*waist-to-height ratio*), který nejlépe koreluje s přítomností diabetu, hypertenze, kardiovaskulárních onemocnění a dalších projevů inzulinrezistence.

Závěrem autor sdělení poukázal na to, že MS není nemocí, ale pouze určitým lidským konstruktem, a to poměrně nedokonalým. Záleží na tom, jak je definován, a podle toho také kolísá jeho závažnost a prevalence. Přece jenom se ale zdá, že v pozadí celého problému této různě pojímané diagnostické jednotky stojí právě množství viscerálního tuku, a proto se domnívá, že v běžné klinické praxi je třeba se soustředit na měření obvodu břicha pacientů, případně používat index pas/výška. To je podle jeho slov v našich podmínkách asi tou nejlepší cestou pro odhalování rizikových nemocných.

Jaroslava Sladká

Inzerce A111019129

Současná léčba metastazujícího **kolorektálního karcinomu**

Na 3. mezioborovém onkologickém kolokviu (Prague Onko 2012), které se konalo 26.–27. ledna v Praze, shrnul profesor Hans-Joachim Schmoll z německé Univerzity Martina Luthera v Halle-Wittenbergu informace z mnoha klinických zkoušek o strategii léčby pokročilého kolorektálního karcinomu.

Profesor Schmoll se již dlouhá léta zabývá onkologickým výzkumem, za který obdržel v roce 1981 v Německu cenu Johanna Georga Zimmermanna, je členem výboru Evropské společnosti pro lékařskou onkologii (ESMO), Americké asociace pro výzkum rakoviny (AACR), Evropské organizace pro výzkum a léčbu rakoviny (EORTC) a editorem několika onkologických časopisů.

Role cetuximabu v kombinační léčbě

Poslední data ukazují, že díky moderní terapii pacienti s metastazujícím kolorektálním karcinomem (KRK) přežívají déle, i když nejsou zcela vyléčeni. Ve většině center až 40 % pacientů 5 let od doby diagnózy stále žije, ale podíl vyléčených pacientů nestoupá. Ve srovnání s léčbou maligního melanomu, kde se objevují nová léčiva a návrhy na nový léčebný režim prakticky každé dva měsíce, tomu tak v terapii KRK není. V klinických zkouškách se s přihlédnutím k toxicitě, k celkovému stavu a věku pacienta hledají lepší strategie používající kombinaci chirurgie, různé sekvence chemoterapie a biologické terapie a vyhodnocuje se efektivita monoterapie versus agresivnější kombinované léčby v časných stadiích onemocnění.

Přístup k léčbě pacientů s metastazujícím KRK se podstatně změnil. Zjistilo se (důvod zatím neznáme), že u 45 % pacientů s pokročilým KRK má karcinom biologicky jiné chování, metastázy se nacházejí pouze v játrech nebo plicích a v některých případech zůstávají omezeny na tento orgán nebo oba i několik let, což poskytuje příležitost metastázy chirurgicky odstranit. Tento typ KRK až v 80 % případů také dobře reaguje na kombinovanou léčbu FOLFOX plus cetuximab a 55 % pacientů, jejichž metastázy se po agresivní kombinované terapii před chirurgickým zákrokem podstatně zmenšily, přežívá dalších 24 měsíců. Smrštění metastáz se připisuje účinku cetuximabu, který se již k tomuto účelu používá v licenci jak v USA, tak i v EU. Cetuximab patří, zejména v kombinaci s FOLFOX a FOLFIRI, mezi nejúspěšnější kandidáty biologické terapie KRK.

Zleva prof. Petruželka, prof. Schmoll a doc. Fínek. | Foto: Leoš Chodura

Vhodný výběr terapie

Profesor Schmoll ve své přednášce nabídl přehled závěrů z několika nedávných klinických zkoušek a referoval o směrnicích z konference ESMO 2011, které jsou výsledkem práce pracovní skupiny ESMO a pomohou ve výběru vhodné léčby pro pacienty s KRK. Hans-Joachim Schmoll dále přednesl důvody proti použití monoterapie jako první linie léčby a zdůraznil, že jen 50 % pacientů (z různých příčin) pokračuje do druhého stadia léčby. Z mnoha klinických zkoušek vyplývá, že ve výběru kombinované léčby by měl být základem paliativní chemoterapie v první linii léčby 5-fluorouracil (5-FU), obvykle v kombinaci s leukovorinem (LV), a to ve formě infuze, kdy je nežádoucí toxický účinek této léčby nižší. Perorální alternativou fluoropyrimidinů jsou kapecitabin a uracil/ftorafur (UFT). Kombinovaná terapie 5-FU/LV/oxaliplatina (FOLFOX) nebo 5-FU/LV/irinotekan (FOLFIRI) má lepší výsledky, delší dobu do progrese a pacienti žijí déle než po terapii 5-FU/LV. Režimy FOLFOX a FOLFIRI mají rozdílnou toxicitu, polyneuropatie se objevuje jen po léčbě zahrnující oxaliplatinu.

Různé klinické zkoušky potvrzují, že užití všech tří cytotoxických látek (fluoropyrimidinů, oxaliplatiny a irinotekanu) v různých kombinacích vede k nejdelšímu přežití. Přidáním cílené terapie monoklonálními protilátkami proti EGFR a VEGF se sice zvyšuje efektivnost kombinované léčby, ale je třeba si uvědomit, že protilátky vůči vaskulárnímu endotelu (anti-VGF MoAb = bevacizumab) nádor nezničí, a tak nelze očekávat, že bevacizumabem by bylo možno pacienty s KRK vyléčit.

Revoluční změna

Doporučovaná změna přístupu k pacientům s metastázami KRK omezenými na játra a plíce – agresivní léčba kombinovanou chemoterapií a chirurgicky u pomalu rostoucího karcinomu – je ve srovnání s prozatím převažujícím názorem přímo revoluční. V situaci, kdy má 20 % pacientů v době diagnózy metastázy a u dalších 50 % pacientů s KRK se metastázy objeví během léčby, může být výsledkem této nové strategie překvapující délka života i jeho kvalita.

MUDr. Milena Lesná

Cvičení ovlivňuje expresi genů v prostatě

Vědci z Kalifornské univerzity v San Francisku zjistili, že pravidelný pohyb u mužů vede k expresi supresorů tumorů.

Dřívější studie provedené na Kalifornské univerzitě v San Francisku (UCSF) a na Harvardově univerzitě prokázaly, že sportující muži čelí průkazně nižšímu riziku rakoviny prostaty a také jim s menší pravděpodobností hrozí úmrtí na rakovinu prostaty, pokud už je jim toto onemocnění diagnostikováno. Mechanismus, jakým například několik hodin běhu týdně chrání před rakovinou prostaty, však zůstával neznámý.

Účinná prevence?

Tým z UCSF vedený June Chanovou vyšetřil expresi více než 20 tisíc genů v prostatě zdravých mužů a v prostatě mužů s počátečním stadiem nádoru prostaty. Zároveň u těchto mužů byla sledována úroveň jejich fyzické aktivity. Pro změnu exprese genů v prostatě se jako rozhodující ukázala být hranice 3 hodin intenzivní fyzické aktivity týdně. Muži, kteří se věnovali sportování po delší dobu, měli v prostatě průkazně zvýšenou expresi u 109 genů. Zároveň u nich byla patrná snížená exprese 75 jiných genů. Mezi geny, jejichž exprese je v prostatě po cvičení zvýšena, jsou i geny známé jako supresory tumorů. Platí to např. o genech BRCA1 a BRCA2. Dále se po cvičení zvyšovala exprese genů regulujících buněčný cyklus a genů zajišťujících reparační procesy poškozené DNA.

Tým sanfranciských vědců hodlá z údajů o pozitivním efektu zvýšené fyzické aktivity vyvodit praktické závěry platné pro prevenci rakoviny prostaty. Plánuje se rozšíření studie na podstatně větší soubor dobrovolníků. Vědce zajímá i exprese genů v prostatě u pacientů s recidivou nádorového onemocnění.

(Zdroj: American Society of Clinical Oncology) **(jap)**

Nový léčebný algoritmus mKRK tématem kulatého stolu

O novém léčebném algoritmu první linie léčby metastazujícího kolorektálního karcinomu (mKRK) diskutovali onkologové v průběhu Prague ONKO také u kulatého stolu. Moderátory diskuse byli prof. Luboš Petruželka a doc. Jindřich Fínek, hostem prof. Hans-Joachim Schmoll.

Odborníci se nejprve věnovali otázkám adjuvantní chemoterapie. Karcinomy tlustého střeva a konečníku jsou dvě odlišné skupiny nádorů nejen z pohledu lokalizace, ale i z pohledu léčebného přístupu u časných stadií. U karcinomu rekta se využívá radioterapie (převážně jako indukční modalita v kombinaci s chemoterapií), která u karcinomu tlustého střeva nemá opodstatnění. Cílené biologické léky zde neprokázaly významný léčebný efekt. Studie s bevacizumabem i cetuximabem ukázaly, že ani jeden z těchto léků významně neprodloužil dobu přežití ve srovnání s konvenční chemoterapií. Adjuvantní chemoterapie tedy zůstává standardem léčby bez kombinace s biologickými léky. U klinického stadia III, kde jsou postiženy lymfatické uzliny, se podává kombinace FOLFOX, u časných stadií (klinické stadium II) bez postižení regionál-

ních lymfatických uzlin zůstává otázkou, kteří pacienti mají z adjuvantní chemoterapie největší profit. Doposud jsou využívány tyto rizikové faktory: T4, perforace střeva, lymfovaskulární invaze a perineurální šíření, nízká diferenciace nádoru.

Stanovení genových mutací

Budoucnost spočívá v identifikaci faktorů na molekulární úrovni. Zatím je využíváno pouze stanovení mikrosatelitové nestability pro výběr nemocných, u kterých není účinná léčba fluoropyrimidiny. Budoucí cestu ukazuje – obdobně jako u časných karcinomů prsu (ONCOTYPE DX) – určení sady kandidátních genů (COLOPRINT) pro identifikaci nemocných v časných stadiích, pro které adjuvantní chemoterapie není potřebná.

Účastníci diskuse se dále shodli, že u stadií s nižším rizikem metastatické diseminace bez prokázaného postižení uzlin je standardem monoterapie fluoropyrimidiny – kapecitabinem p. o., eventuálně lze podávat kombinace podle De Gramonta. Ve většině evropských zemí se již zcela přestává používat tzv. Mayo režim – pětidenní bolusový 5-fluorouracil modulovaný leukovorinem.

Co se týče metastazujících karcinomů, ukazuje se, že bez stanovení mutace K-ras, která je negativním prediktivním faktorem, se dnes již onkologové neobejdou. „V minulosti byli pacienti s touto mutací zbytečně léčeni inhibitory receptorů pro epidermální růstový faktor (EGFR). Dnes víme, že tyto léky jsou v daném případě neúčinné a anti-EGFR cílená léčba může u zmíněné skupiny výsledky zhoršit. Toto zjištění vedlo k diskusi, zda by se měla stanovovat mutace K-ras u všech nemocných s kolorektálními karcinomy. Podle mého názoru se bude v budoucnosti určovat stav K-ras onkogenu podobně, jako se stanovují genové změny (amplifikace HER2 onkogenu) u pacientek s karcinomem prsu. Zatím se toto vyšetření rutinně neprovádí nejen z finančních důvodů, ale i proto, že stanovení této mutace nerozhodne o adjuvantní léčbě, když může pomoci předpovědět prognózu onemocnění. K-ras se stanovuje zpravidla až u metastazujícího karcinomu, a to většinou z archivovaného primárního nádoru," vysvětlil profesor Petruželka.

Cetuximab před resekcí jaterních metastáz

Základem léčby u metastazujícího karcinomu je kombinovaná chemoterapie, léčebný postup se odvíjí od rozsahu onemocnění, počtu metastatických míst, molekulárních charakteristik nádoru a celkového stavu pacienta. Radikální potenciálně kurativní přístup se volí jen při izolovaném metastatickém postižení jater.

Účastníci kulatého stolu diskutovali o skupině nemocných, kteří jsou indikováni ke kombinaci cílené biologické léčby a chemoterapie. Zde se nabízejí dvě cesty: inhibitor EGFR (cetuximab, panitumumab) nebo inhibitor angiogeneze (bevacizumab). U pacientů s mutací K-ras je nutno inhibitor EGFR při výběru vyloučit. Diskutované vzácně se vyskytující mutace, které nemusí být negativním prediktorem pro anti-EGFR léčbu, zatím nejsou využitelné pro rozhodovací proces v klinické praxi.

Prof. Jitka Abrahamová a prof. Luboš Petruželka. | Foto: Leoš Chodura

„Otázkou je, zda existuje optimální partner ze strany konvenční chemoterapie pro cílenou biologickou léčbu. Co se týče léčby bevacizumabem, není zde rozdíl mezi kombinovanými režimy (FOLFOX nebo FOLFIRI, včetně režimů se zařazením perorálního fluoropyrimidinu kapecitabinu), a není proto upřednostňován žádný partner, na rozdíl od cetuximabu a panitumumabu. Novým poznatkem je, že inhibitory EGFR by neměly být kombinovány s perorálním fluoropyrimidinem (kapecitabinem) pro nižší účinnost. Jako partnera cetuximabu někteří odborníci doporučují FOLFIRI, jiní FOLFOX. U pacientů bez mutace K-ras zatím není oficiálně určeno, zda podávat EGFR inhibitor, či inhibitor angiogeneze," podotkl profesor Petruželka.

Němečtí odborníci upřednostňují při divokém K-ras inhibitor EGFR – cetuximab, zejména jdeli o indukční léčbu před resekcí jaterních metastáz, kdy je nutné u pacienta dosáhnout výrazné odpovědi na léčbu a časného zmenšení metastáz. Při mutaci K-ras nebo neznámém stavu je základní volbou kombinovaný režim s bevacizumabem.

MUDr. Andrea Skálová

Inzerce A121000908

Sledování biologické účinnosti interferonů ß při léčbě pacientů s RS

Interferony ß mohou u některých pacientů s roztroušenou sklerózou vyvolat tvorbu protilátek, jež jsou nejčastější příčinou ztráty účinku těchto léků první volby. Jako alternativa je pak doporučován glatiramer acetát, v některých případech může být lékem volby natalizumab.

Roztroušená skleróza mozkomíšní (RS) se řadí mezi autoimunitní onemocnění, postihuje nemocné převážně mladého věku, 2–3x častěji ženy. Zánětlivým procesem, který je nejvýraznější v prvních pěti letech onemocnění, dochází k poškození jak myelinu, tak axonů.

Později postupně začnou převládat děje neurodegenerativní, které jsou dostupnou léčbou již málo ovlivnitelné. Axonální ztráta je nevratná, způsobuje postupující atrofii mozku a míchy, klinicky se projeví narůstajícím motorickým deficitem.

Prevalence RS v České republice je uváděna mezi 100 a 170/100 000. Incidence se pohybuje mezi 6 a 10/100 000. Cílem léčby, která má být zahájena co nejdříve po stanovení diagnózy, je snížit aktivitu onemocnění. Má zpomalit rozvoj funkčního deficitu, předejít invalidizaci a omezit narušení sociálního i pracovního zařazení. Při splnění indikačních kriterií je zahajována léčba léky první volby *(disease modifying drugs, DMD)*, mezi které patří interferony β (IFN-β) a glatiramer acetát (GA). Od roku 2009 je léčba DMD zahajována u nemocných již po prvním příznaku onemocnění – tzv. klinicky izolovaném syndromu s vysokým rizikem dalšího rozvoje RS.

Vazebné a neutralizační protilátky

IFN-β snižují mimo jiné účinky IFN-γ, tlumí aktivitu Th_1 lymfocytů a dalších prozánětlivých cytokinů. Dle výsledků kontrolovaných klinických studií tak snižují aktivitu autoimunitního zánětlivého procesu oproti placebu přibližně o 30 %. Jejich podávání vede k poklesu počtu relapsů a ke snížení počtu hyperintenzních i gadolinium enhancujících lézí prokázaných MRI vyšetřením. Léčebný účinek u části pacientů však klesá nebo zcela vymizí. IFN-β jsou totiž bílkovinné povahy a mohou u některých pacientů vyvolat tvorbu protilátek, jež jsou nejčastější příčinou ztráty jejich účinku.

Dochází k tvorbě jednak tzv. vazebných protilátek *(binding antibodies, BAbs)*, které se váží na podávaný preparát, ale nemusí ještě nutně potlačovat jeho terapeutický účinek. Jen malá podskupina těchto BAbs skutečně neutralizuje biologickou aktivitu léku. Tyto protilátky se nazývají neutralizační *(neutralizing antibodies, NAbs)*, váží se na receptor pro IFN-β a tím snižují (při vyšším titru pak zcela blokují) působení léku.

Účinek blokovaných léků roven placebu

K indukci NAbs podle většiny autorů dochází u 3–30 % pacientů léčených IFN-β. Jednotlivé typy IFN-β se mezi sebou liší mírou imunogenicity, která je závislá na řadě faktorů. Roli hraje glykosylace části molekuly, způsob a frekvence podávání a jednotlivá dávka. Nejméně imunogenní je preparát Avonex (2–6 %), Rebif vede k tvorbě NAbs u 12–28 % pacientů. U přípravků Betaferon a Extavia byly NAbs detekovány u 28–47 % pacientů.

K tvorbě NAbs dochází od 6. do 24. měsíce po zahájení léčby. Pokud se NAbs vytvoří, pak trvá dalších 18–24 měsíců, než se nedostatečná biologická účinnost léku projeví na MRI nebo v klinickém průběhu. Nemocní, kteří vyvinuli NAbs v rámci studií a léčba jim byla dále ponechána následující 2 roky, byli sledováni pomocí MRI a klinického průběhu. Tyto studie prokázaly, že NAbs-pozitivní pacienti vykazují ve srovnání s NAbs-negativními pacienty po 2 letech prokazatelně vyšší aktivi-

Inzerce A121001865

• Je účinný u pacientů s CIS i s RRMS[2, 3]
• Zpomaluje progresi do klinicky prokázané RS[3]
• Signifikantně snižuje počet relapsů u RRMS[2]
• Má příznivý bezpečnostní profil z krátkodobého i dlouhodobého hlediska[1–3]

COPAXONE®: Zkrácená informace o přípravku
Složení: 20 mg glatirameri acetas. **Léková forma:** Injekční roztok, předplněná injekční stříkačka. **Indikace**: První klinická epizoda u pacientů s vysokým rizikem rozvoje klinicky potvrzené roztroušené sklerózy, snížení frekvence relapsů u ambulatních pacientů s RRRS, a alespoň 2 ataky neurologické dysfunkce v průběhu předchozího dvouletého období. **Dávkování:** 20 mg glatiramer acetátu – 1 předplněná injekční stříkačka s.c. 1x denně. U starších osob, a u pacientů s poruchou renálních funkcí nebyl specificky studován. Každý den je nutné měnit místo vpichu – paže, břicho, hýždě, stehno. **Použití v pediatrii:** Adekvátní klinické ani farmakokinetické studie nebyly provedeny. Omezené literární údaje naznačují, že bezpečnostní profil u dospívajících léčených přípravkem Copaxone 20 mg s.c. 1x denně je obdobný jako u dospělých. Nejsou informace o užití Copaxone u dětí do 12 let, proto by přípravek Copaxone neměl být v této věkové skupině použit. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na glatiramer acetát nebo mannitol, u těhotných žen. **Zvláštní upozornění:** Nesmí být podáván i.v. nebo i.m. Je třeba zvýšené opatrnosti u pacientů s kardiologickými problémy v anamnéze. Vzácně se mohou objevit vážné hypersenzitivní reakce. Nejsou důkazy o tom, že by protilátky proti glatiramer-acetátu byly neutralizující. U pacientů s renálními poruchami musí být během léčby přípravkem Copaxone sledovány renální funkce. **Interakce:** Nebyly specificky studovány. Zvýšený výskyt reakcí v místě vpichu u souběžné léčby kortikosteroidy. Fenytoin a/nebo karbamazepin: souběžné použití musí být pečlivě monitorováno. **Kojení:** Údaje o vylučování glatiramer-acetátu, metabolitů nebo protilátek do mat. mléka nejsou dostupné. Musí být zvážen prospěch pro matku proti relativnímu riziku pro dítě. **Nežádoucí účinky:** reakce v místě vpichu- erytém, bolest, zatvrdnutí, pruritus, otok, zánět a hypersenzitivita. Vazodilatace, tlak na hrudi, dušnost, palpitace nebo tachykardie, byla popsána jako bezprostřední postinjekční reakce. **Velmi časté:** Infekce, chřipka, úzkost, deprese, bolest hlavy, vazodilace, dušnost, nevolnost, vyrážka, artralgie, bolest v zádech, astenie, bolest na hrudi, reakce v místě injekce, bolest. **Časté:** Bronchitis, gastroenteritis, herpes simplex, otitis media, rhinitis, absces dásní, vaginální kandidóza, benigní novotvar kůže, novotvar lymfadenopatie, hypersenzitivita, anorexie, přírůstek na váze, nervozita dysgeusie, hypertonie, migréna, poruchy řeči, synkopa, tremor, diplopie, oční poruchy, ušní poruchy, palpitace, tachykardie, kašel, senná rýma, zácpa, zubní kaz, dyspepsie, dysfagie, inkontinence stolice, zvracení, neobvyklé jaterní funkční testy, ekchymóza, nadměrné pocení, svědění, poruchy kůže, kopřivka, nucení na moč, polakisurie, retence moči, zimnice, otok tváře, atrofie v místě injekce, lokální reakce, periferní edém, edém, horečka. Méně časté, vzácné a velmi vzácné nežádoucí účinky – viz SPC. **Předávkování:** Do 80 mg nebyly spojeny s jinými nežádoucími účinky, s dávkami vyššími nejsou zkušenosti. Nesmí být mísen s jinými léčivy. **Zvláštní opatření pro uchovávání:** Uchovávejte stříkačky v krabičce – chraňte před světlem. Uchovávejte v chladničce (2 °C – 8 °C) a chraňte před mrazem. Jedenkrát mohou být uchovávány při pokojové teplotě (15 °C – 25 °C), po dobu až jednoho měsíce.Jestliže nebyly použity a jsou v původním obalu, musí být po této lhůtě vráceny do chladničky. **Balení:** Copaxone 20 mg 7 nebo 28 předplněných inj. stříkaček. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Teva Pharmaceuticals CR s.r.o, Radlická 3185/1c, 15000 Praha 5, Česká republika **Registrační číslo:** 59/481/06-C **Datum revize:** 3. 6. 2009

Před předepsáním léku se seznamte se Souhrnem údajů o přípravku. Výdej léku je vázán na lékařský předpis.
Hrazen z prostředků zdravotního pojištění.

COPAXONE
ZÁKLADNÍ LÉČBA ROZTROUŠENÉ SKLERÓZY
www.teva.cz TEVA

Reference: 1. Schrempf W & Ziemssen T. 2007 Autoimmunity Reviews; 6:469-475, 2. Comi G et al. The Lancet, published online October 7,2009, 3. Ford C. Mult Scler Online, first published on January 27, 2010.

tu onemocnění hodnocenou jak pomocí MRI, tak klinickými parametry. Bylo zjištěno, že účinek takto „blokovaných“ léků se může rovnat až účinku placeba.

Vyšetření NAbs a MxA

Zlatým standardem vyšetřování NAbs doporučovaným Světovou zdravotnickou organizací je metoda cytopatického efektu (CPE). Vyšetření je prováděno *in vitro* a vychází z cytopatického efektu viru encefalomyokarditidy na tkáňové kultuře, ke kterému nedojde, pokud je IFN-β účinný. V případě, že se v přidaném séru vyskytují neutralizační protilátky, je jimi efekt IFN-β blokován a virus uplatní svůj cytopatogenní potenciál na buňky. Tento test je citlivý na standardizaci – je třeba používat jednotné titry IFN-β, jednotné buněčné kultury i virus, stejně jako Kawadeho formuli pro výpočet výsledného titru.

V ČR je vyšetřování neutralizačních protilátek dostupné v Ústavu lékařské mikrobiologie 2. LF UK a FN Motol od roku 2007. Za přímý marker biologické účinnosti IFN-β *in vivo* je označován *Myxovirus resistance protein A* (MxA). Jeho syntéza je indukována výlučně IFN-β. Odezva na stimulaci interferonového receptoru je rychlá, pacienty je tak třeba nabírat nejlépe za 12 hodin po aplikaci IFN-β, protože pak dochází k poklesu hladiny MxA. Pacienti s dobrou odpovídavostí na IFN-β dosahují vysokých hodnot MxA. Na druhé straně průkaz nedostatečné syntézy MxA v návaznosti na podání IFN-β znamená redukci biologického účinku IFN-β. U NAbs-pozitivních pacientů hodnoty MxA klesají až na úroveň pacientů neléčených.

MxA je detekován pomocí PCR v podobě mRNA MxA. V Česku je MxA vyšetřován v laboratoři molekulární diagnostiky Nemocnice Na Homolce od roku 2009. Vyšetřování NAbs a MxA přináší možnost objektivního monitoringu biologické účinnosti IFN-β.

Zamezit zhoršení stavu i plýtvání prostředky

Komplexní testování účinnosti IFN-β v praxi znamená pravidelné vyšetřování vzorků krve léčených pacientů každých 6 měsíců po dobu prvních 2 let léčby. Později se již NAbs nevytvoří. Při opakovaném průkazu vysokých titrů NAbs je dle doporučení EFNS vhodné ukončit terapii IFN-β. Na našem pracovišti potvrzujeme tuto předpokládanou ztrátu biologické účinnosti IFN-β ještě nízkou hodnotou MxA. Vzhledem k tomu, že protilátková odpověď na jednotlivé typy IFN-β je zkřížená, je jako alternativa při perzistující pozitivitě a klinické stabilizaci doporučován glatiramer acetát. Pokud je současně přítomná vysoká klinická aktivita onemocnění, je pak lékem volby natalizumab.

Vyšetřování účinnosti IFN-β jako součást rutinní klinické praxe zajišťuje pacientům podávání účinné terapie. Testování je tak nejen v zájmu jednotlivého pacienta, ale i zdravotnictví jako systému. Ponechání léčby IFN-β pacientovi s opakovaně prokázanými vysokými titry NAbs může zhoršit další klinický vývoj onemocnění. Současně dochází k plýtvání finančními prostředky za velmi nákladnou léčbu, u které již došlo ke ztrátě její biologické účinnosti.

Podporováno grantem IGA MZ ČR NT 12385-5.

MUDr. Eva Meluzínová
Neurologická klinika 2. LF UK a FN Motol

Anestezie u dětí a riziko ADHD

Lékaři z Mayo Clinic prokázali souvislost mezi opakovanou anestezií u dětských pacientů a zvýšeným rizikem poruchy pozornosti spojené s hyperaktivitou (ADHD).

Tým vedený Davidem Warnerem zjistil, že pokud jsou děti ve věku do 3 let podrobeny anestezii více než dvakrát, stoupá u nich riziko propuknutí ADHD na dvojnásobek ve srovnání s dětmi, u kterých nebyla v prvních třech letech života anestezie provedena ani jednou.

Warnera inspirovaly k jeho výzkumu publikace, jež prokázaly, že anestezie při chirurgických zákrocích významně mění funkce mozku mladých laboratorních zvířat. Vědci využili data z epidemiologických studií z amerického Rochesteru, ve kterých byly sledovány děti narozené v letech 1976 až 1982. Vědci měli k dispozici údaje o tom, u kterých dětí byla diagnostikována některá z poruch učení nebo ADHD. Ve sledované populaci dětí bylo odhaleno celkem 341 případů ADHD. U nich pak vědci ve zdravotní dokumentaci pátrali po záznamech o chirurgických zákrocích a anestezii. V populaci dětí, u kterých lékaři anestezii neprováděli, se ADHD vyskytovala s četností kolem 7 %. Děti, jež byly ve věku do 3 let vystaveny anestezii nejméně dvakrát, byly postiženy ADHD v 18 %.

David Waren přesto varuje před unáhleným závěrem, že anestezie je příčinou ADHD. „Ve hře může být řada dalších faktorů, jež jsou zodpovědné za vyšší frekvenci ADHD u dětí opakovaně vystavených anestezii. Výsledky naší studie nicméně ukázaly, jakým směrem by se měl ubírat další výzkum. Mayo Clinic a další pracoviště se proto tímto problémem seriózně zabývají,“ uzavírá David Waren.

(Zdroj: Mayo Clinic Proceedings) **(jap)**

Přednáší doc. Zbyněk Rozkydal, vlevo dole prof. Jan Bartoníček.

Přednáškový sál Anatomického ústavu 1. LF UK

Totální náhrady kyčelního kloubu

Totální náhrada kyčelního kloubu patří mezi nejúspěšnější a nejčastější operace nejen v ortopedii, ale v medicíně vůbec. Proto je vše, co s touto problematikou souvisí, předmětem teoretického i klinického výzkumu a poznatků neustále přibývá.

Náhrady kloubů tak dnes představují samostatnou problematiku vyžadující neustálé doplňování informací. V České republice se totální náhrada kyčelního kloubu provádí na každém ortopedickém pracovišti. I když se ve většině případů jedná o standardní operaci, kterou provádí prakticky všichni atestovaní ortopedi, je třeba věnovat její přípravě, vykonání i sledování pacienta po operaci odpovídající pozornost. K tomu jsou třeba základní teoretické i praktické znalosti a dovednosti. Jen tak je možno zlepšit dlouhodobé výsledky náhrad a minimalizovat případné komplikace.

Poskytnout informace o současném stavu problematiky totálních náhrad bylo cílem sympozia „Totální náhrady kyčelního kloubu“ pořádaného Anatomickým ústavem 1. LF UK v Praze ve spolupráci s oddělením ortopedie a traumatologie ÚVN – Klinikou traumatologie pohybového aparátu 1. LF UK a ÚVN Praha, jež proběhlo v sobotu 14. ledna 2012. Předsedou byl prof. MUDr. Jan Bartoníček, DrSc., organizačním sekretářem doc. MUDr. Ondřej Naňka, Ph.D. Záštitu převzal přednosta Anatomického ústavu 1. LF UK v Praze prof. MUDr. Karel Smetana, DrSc. Svá sdělení přednesli přednosta Ortopedické kliniky LF UP a FN Olomouc doc. MUDr. Jiří Gallo, Ph.D, zástupce přednosty I. ortopedické kliniky LF MU a FN u sv. Anny doc. MUDr. Zbyněk Rozkydal, Ph.D, primář ortopedicko-traumatologického oddělení Nemocnice Havlíčkův Brod MUDr. Pavel Kubát a Mgr. Marie Andrtová z Kliniky rehabilitačního lékařství 3. LF UK a FNKV v Praze.

Skloubení teorie s praxí

V první, teoretické části sympozia se diskutovalo o následujících tématech: anatomie kyčelního kloubu, operační přístupy, materiály používané k výrobě totálních náhrad a jejich vlastnosti. Následovala praktická část v pitevně, kde si účastníci na preparátech mohli prostudovat anatomické situace, s nimiž se setkávají při operacích. Ve druhé sekci přednášející seznámili posluchače s přípravou pacienta k operaci, operační technikou u cementovaných i necementovaných totálních náhrad, operační technikou cervikokapitální náhrady, s pooperačním režimem a rehabilitací a s komplikacemi totálních náhrad. Ke všem přednáškám proběhla bohatá diskuse. Akce se zúčastnilo 150 lékařů a sester z Čech, Moravy i Slovenska. **(mab)**

Právo na přirozenost a jiné pošetilosti

Motto: Prostoduší dědí pošetilost, kdežto chytří jsou korunováni poznáním. *(Přísloví 14, 18)*

Maléry groteskního ministra školství už přesáhly všechny meze ostudy i na české poměry. Případ nešťastného muže, který schopnostmi ani osobnostně na takovou funkci nemá. | Foto: Profimedia

Když jsem četl jeden pozoruhodný rozhovor v posledních ZDN, uvědomil jsem si, jak je důležité míti Gajdůškovou. Paní senátorka komentuje reformu zdravotnictví. Samozřejmě je všechno špatně. To není překvapení. Dech beroucí je však argumentace. Tato reforma prý privatizuje a komercionalizuje. Hm. Je dávno doprivatizováno. To už není na pořadu dne. Paní senátorka něco zaspala. Jako Šípková Růženka. Se starými programy do nové reality? Dřevní stranické fráze a strašáky je nutno čas od času trošku upgradovat.

A mimochodem – je to špatně? Kde by byla bez privatizace celá ambulantní sféra? Nějaké velké komercializace v poskytování péče jsem si nevšiml. Naopak, moc se to nedaří. Ani tam, kde je to zcela na místě. Valná většina péče, zejména velké medicíny závažných stavů, žádné komerční prvky neobsahuje ani náznakem a nikdo o nich neuvažuje. A je slovo „komerční“ stejně sprosté jako „privátní“? Nejsem si jist. Jen komerce zneužitá, špatně a neeticky aplikovaná. To ano. Ale kde bychom bez komerční sféry brali léky, přístroje a zdravotnický materiál? Léčili bychom vrbovou kůrou a prali obvazy jako za války na frontě.

Strašení Hejkalem a Mulisákem

Je to starý demagogický trik: Snadno vyvracet názory, které oponent nemá, a drtivě kritizovat kroky, k nimž se nechystá. Referovaný příklad z vlastní rodiny, kdy kdosi dosud slušně vydělávající zůstal po závažném úrazu téměř bez příjmu, je dokonale irelevantní. Panebože! To nemyslí vážně! Hegerova reforma zdravotnictví přeci nemá pranic společného s výplatou nemocenských dávek. Zdá se, že paní senátorka buď nerozumí ani úplně elementárním záležitostem každodenního života, nebo ve spravedlivém politickém rozohnění nedokáže udržet téma. Špatně je obojí.

Ministr Heger je prý *jako úspěšný obchodník, který přesvědčil zákazníka, aby znovu, dobrovolně a s jásotem zaplatil za to, co už si dávno koupil, a ještě k tomu za ty peníze dostal mnohem méně, než dostával doposud.* Zní to vtipně, ale je to nesmysl, slovo za slovem. Neslyším mnoho jásotu nad reformou po vlastech českých. Nikdo si nikde nekupuje, co již jednou zaplatil. Prostě tomu tak není. Nevím, odkud paní senátorka vzala ideu, že pacient dostane za tytéž peníze méně, a to dokonce *mnohem*. Není to pravda. Dostane totéž. Nadstandard se zatím vyvíjí jako marginálie, k níž nikdo není nucen a nikdo nebude v potřebné péči kvůli němu nikterak zkrácen. Možná se tím v ČSSD navzájem straší za dlouhých zimních stranických schůzí. Bu, bu, bu. Jenže je to asi tak reálné jako Hejkal nebo Mulisák.

MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

Alenka v říši divů

Ale největší pecka přijde nakonec. To jsem skutečně zůstal s otevřenými ústy, až se mi v panujících třeskutých mrazech udělala jinovatka na mandlích. ČSSD chystá zvláštní zákon, který shrne všechna práva pacienta. Tedy tatáž, která vyčerpávajícím způsobem popisuje zákon č. 372/2011 Sb. s platností již za necelé dva měsíce. ČSSD byla proti *a priori*, takže je opravdu možné, že se ho mnozí ani nenamáhali číst. Znalost textu nebyla podmínkou hlasování.

Připadám si jako Alenka v říši divů. Paní senátorka jmenuje dlouhou řadu práv pacienta, jako by je sama vynalezla. Všechna v zákoně jsou, nic nechybí. Přesto nám tvrdí, že např. otázka ošetření bez souhlasu pacienta není vůbec řešena. To je lež jako věž. Spoléhá asi na to, že běžný zdravotník zákony nečte. Anebo jde o výsledek nehody: Někdo třeba paní senátorce polil kávou § 38 a učinil ho nečitelným. Tato konkrétní věc se v něm totiž probírá dost důkladně. Má 337 slov.

Všechna ta práva dokonce platila z titulu Úmluvy už dřív. Zákon 372 je jenom konkretizuje a přibližuje reálné konzumaci v praxi, neboť Bůh je vysoko, Úmluva daleko, ale zákon je tady, přímo na stole. Proč by teď, když je hotovo, měla ČSSD ze zákona pomocí CrtlC+CtrlV kus textu vykopírovat a navrhnout jej jako další, duplicitní zákon? Už takhle máme nesmyslně přezákonováno. Méně znamená často více. To se tolik nudí a nemají do čeho píchnout? Je to blbost velikosti XXXL. Prý tak chtějí lidem přinést *klid pro práci*. Tahle příšerná normalizační fráze mě dorazila. S tím se nedá polemizovat. Končím. Čest práci, soudruzi, a lidu zdraví – světu mír!

Porodnické útvary rychlého nasazení

Pojďme od toho pryč, k něčemu opravdu zajímavému. Kupříkladu ke kurióznímu pražskému rozsudku, z něhož by teoreticky plynula povinnost nemocnic držet ve službě výjezdové porodnické skupiny, jakési speciální záchranky, útvary rychlého nasazení, které by holýma rukama poskytovaly *non lege artis* (na čí odpovědnost?) pomoc u domácího porodu. Někdy by byly čtyři naráz (co potom?), jindy by komando prosedělo celou směnu u mariáše. Porod by byl něco jako donáška pizzy až do baráku. A ještě zdarma.

Jenom není jasné, která nemocnice by ten nesmysl měla provozovat. Když už, tak jako nadstandard za plnou cenu plus přiměřený zisk, na nějž existuje ústavní nárok. Znalostí zdravotnictví zcela nepolíbená soudkyně, jakož i ochránkyně práv paní Candigliota, říkají, že *spádová nemocnice*. Jelikož ale taková věc v ČR právně neexistuje, není takový rozsudek konzumovatelný. Je od počátku nulitní, neboť rozhoduje o nejsoucí věci.

Soudce není ve svém rozhodování až tak nezávislý, jak se říká. Myslí se tím na politických a mocenských vlivech. Je však v každém případě vázán právním stavem, zdravým rozumem a fyzickou realitou tohoto světa. A to tento rozsudek nesplňuje ani v jednom bodě. Pokud by někdo vyhlásil jménem republiky, že od zítra musí pršet nahoru, byl by přinejmenším pro smích.

Symptomy postmoderního úpadku

Čili takovým bizarním papírem si každá nemocnice může – třeba i ředitelnu vytapetovat, nic to však nepřinese. To prosím není nic proti domácím porodům. Žena má svaté právo rodit, kde se jí zamane. Dříve na poli, později v taxíku nebo v letadle, dnes pro ozvláštnění třeba v balónu či ve visu na severní stěně Eigeru. Honba za zážitky je součástí postmoderního úpadku. Pálí nás dobré bydlo a nevíme co roupama. Matka má při porodu nezadatelné právo jakkoli ohrozit své dítě. Kdyby se však jen desetiny takového ohrožení a poškození dítěte dopustila později, bude to už týrání a zanedbání a sociálka dítě promptně exekučně zabaví. Ano, je to paradox, ale musíme s ním žít.

Čekali bychom, že matka na základě přirozených instinktů bude své dítě chránit a potlačí svou touhu po alternativních zážitcích. Prostě to překousne. Ví, že ta věc se neodehrává kvůli ní a jejímu egu, ale kvůli dítěti. Pozor na záměnu rolí. Vzpomeňme jen na moudrost krále Šalamouna při sporu dvou žen o dítě. Dnes by Šalamoun v některých případech pěkně pohořel. Zdá se totiž, že pod heslem přirozených porodů tato prazákladní přirozenost nějak nefunguje. Některé děti zkrátka mají smůlu. Ovšem vymáhat soudně na státu, aby tyto rozmary kryl a zajišťoval, toť skutečný vrchol drzosti. Ať si každý dělá, co chce, pokud tím neotravuje druhé. Jestliže někdo chce „přirozený“ porod, musí bez výhrad a fňukání přijmout odpovědnost i přirozené důsledky a nepřenášet je zbaběle na jiné.

Plná pusa práv, odpovědnost žádná

Poměrně vysoké procento úmrtí matek a dětí bylo po celé věky zcela přirozené a společensky akceptované, neboť porod u druhu *Homo sapiens* je z důvodu velkého mozku na samé hraně fyziologičnosti. Zvýšené riziko je trpkou evoluční daní právě za onen domýšlivý přídomek *sapiens*. Přirozenou cestou zemřelí se za starých zlatých(?) časů přirozeně oplakali, přirozeně zapili, přirozeně pohřbili a přirozený život šel dál. I tak jsme to dotáhli na 7 miliard, čili v globále celkem o nic nejde. Žádný problém.

Mezi námi, je to bláhová iluze. Nejméně od počátku neolitu žádná idylická přirozenost neexistuje. Právě tehdy si člověk začal vytvářet své umělé, nepřírodní poměry. Jen znalosti, technika a zdravotní péče byly na nižší úrovni, která ostatně v podstatné části světa dodnes přetrvává. V tomto rámci si lidé pomáhali, jak uměli. Úmrtí na banální infekty nebo apendicitidu bylo také přirozené. Vrátíme se k tomu? Do Somálska třeba? Nicméně nikoho nementoruji a nepřemlouvám. Přeje-li si kdokoli návrat k přírodě *à la* Jean-Jacques Rousseau, či dokonce Henry Thoreau, je to jeho soukromá věc, jeho názor, jeho alternativní životní styl. Silně zdůrazňuji slovo „jeho“. Čili ne někoho jiného. Respektujme to, ale pak prosím sakumprdum se vším, co to obnáší. Je nutné odmítnout dnešní tak častou nedospělost dospělých, kteří si chtějí privatizovat výhody, ale rizika a ztráty předisponovat na pečovatelský stát se samozřejmým pocitem nároku. To je projev sociální nezralosti. Plná pusa práv,

Malé noční **delirium**

Motto: Vyvstanou lžimesiášové a lžiproroci a budou předvádět znamení a zázraky, aby svedli vyvolené, kdyby to bylo možné. *(Marek 13, 22)*

Povstání dluhy neuhradí

„Čeho je moc, toho je příliš!“ nechal se slyšet proslavený soudruh Manolis Glezos, dnes již 89letý inventář pohnutých dějin moderního Řecka. „Vůbec netuší, co je to povstání řeckého lidu. A ten, bez ohledu na ideologii, již povstal!“ Nesoudnost bychom tu taktně omluvili pokročilým věkem, nebýt tato mentalita v Řecku masovým jevem. Uhrazení nestydatých dluhů považují jedni za nárokové jakožto německé odškodné za druhou světovou válku, jiní situaci naprosto nepřípadně přirovnávají k boji za svobodu proti Osmanům. Jakou svobodu? Svobodu dělat lehkomyslné dluhy, lhát a podvádět? Svobodu dojit dokrvava rozedřené vemeno vychrtlého státu ještě daleko velkoryseji, než to děláme dokonce i my v Česku? Svobodu bez odpovědnosti za sebe sama? Co si asi představují lidé zapalující domy a auta, aby tím obhájili své třináctě a čtrnácté platy, ber, kde ber, když rok má jen dvanáct měsíců? Domnívají se, že povstání lidu uhradí dluhy? Povstání není ekonomickou kategorií. Mohu povstávat až do úmoru, ale na účtu mi nic nepřibude. Je mi to natolik zřejmé, že jsem to ani nezkoušel a peníze získávám prací. *Vyfukováním cigaretového kouře do umyvadla s vodou zlato nevzniká. (Jára Cimrman)*

Duchovní klauzura národoveckých autistů

Proč se u nás vzrušovat Řeckem? V globálním světě je to za rohem a dopadne to na nás jako řetězová reakce. Ať chceme, nebo ne, nějakou formou to každý z nás zaplatí. Přímo nebo nepřímo. Žádné rozhodnutí vlády o přijetí či nepřijetí nějakých smluv na tom nemůže nic změnit. Naše vláda na to nemá vliv. Tedy bez uzavření hranic a prohlášení koruny za nesměnitelnou. Neuchrání nás ani falešné a prázdné blábolení o suverenitě. Život v duchovní klauzuře národoveckých autistů mě neláká. „Budu chránit a prosazovat národní zájmy a zájmy občanů proti všem *cizákům a agentům Bruselu*,“ blouzní simplexní populistka Bobošíková na úrovni Národního odporu či KSČM (však je to jedno). Slyším Urválka, nebo generála Gajdu? Nejsem si jist, ale odpovídám citátem Jiřího Gruši: „Jsme sami mezi sebou, můžeme tedy prdět ve společnosti. A taky prdíme.“ Krom toho globální trh pojem suverenita nezná, protože ho nelze zavést jako účetní položku.

MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

Pilulky proti nezvládnutému bažení

Pokud by řecká kauza měla fungovat jako lekce, nejsou to zas tak úplně vyhozené peníze. Protože podobné chyby v uvažování a tendenci k zavádějícím analogiím jeví znepokojivě velká část naší populace, zastoupená hned několika politickými stranami. Mnozí nezvládají ani rodinné finance a nebojí se zadlužit u lichvářských firem daleko za hranice své příjmové reality. Vždyť je to tak snadné! *Carpe diem. Peníze budou a my nebudem.* Nezvládnuté bažení po věcech, jež musí mít teď hned, jinak jejich život ztrácí smysl, je stejně ničivé jako ohnivá voda pro Indiány. Můry sebevražedkyně slétávající se ke světlu. Jak potom mají porozumět státním financím a odpovědně hlasovat u voleb? Snad lépe, kdyby k nim nešli. V televizi (metrová plazma 3D na splátky, jak jinak?) sice už viděli, jak vypadá exekuce, ale ani trošku se nebojí. A když to přijde, hrozně se diví. Tak teď tedy uvidí exekuci celého státu v přímém přenosu. Pokud nic nepochopí, ničemu se nenaučí a rychle se nenakrmí vtipnou kaší, nevidím naši budoucnost nijak zářivě.

Mantra programově rozčilených

Možná to přímo nesouvisí, ale nemohu se ubránit volné asociaci. Lékaři řady krajských nemocnic si teď trpce stěžují, že na rozdíl od nemocnic fakultních nedostali přidáno. Samozřejmě že ne. Jak by také mohli? Stala se zákonitá a jediná možná věc. Bylo to krystalicky jasné už před rokem. Nerozumím takové míře zaslepenosti. A právě zaslepenost je oním hledaným pojítkem. Bláhově žádali peníze na místě, kde nejsou a být nemohou. Věnovali se tak intenzivně svému oboru, že veřejné dění až tak nesledovali? Nechápou systém? Nejsem si jist. Leč to je ten pravý moment, který si vyčíhá jistý typ profesionálních spasitelů. Jako ten zloděj kufrů, který na budějovickém nádraží obral nadporučíka Lukáše. *„Poslušně hlásím, pane ábrlajtnant, že ten člověk nepochybně využitkoval toho, jak jsem vodešel vod zavazadel, abych vám vohlásil, že s našima zavazadlama je všechno v pořádku. Von moh ten náš kufr ukradnout právě jen v takovej příznivej okamžik. Po takovým okamžiku voni pasou.“*

Neznalosti, nepozornosti a nesoudnosti některých z nás tak využilo několik schopných populistů, kteří museli zcela přesně vědět, co dělají: Kladou nesmyslné požadavky na nesmyslném místě. Čistě kvůli kraválu. Spolek programově rozčilených, pohrobci socialismu, štěkající pod nesprávným stromem. No a teď to tedy prasklo: *Ministr neurčuje platy v nestátních firmách. Není k tomu kompetentní. Už nemáme státní zdravotnictví. Socializma už nět. Skončil. Pošel na nemoc šílených volů a skončil v kafilerii.* Pojďme si tuhle mantru opakovat nahlas každý den před spaním, jako se kdysi děti modlily „Andělíčku, můj strážníčku“, aby dovcvakla už ale skutečně každému. Je nejvyšší čas. Nebo si o nás veřejnost začne myslet, že s námi fakt není něco v pořádku, a definitivně se přesune k šarlatánům, jejichž manipulace se zovou honosným eufemismem „alternativní medicína“.

Okamura-san je virtuální výtvor. Žádné médium už nemůže zůstat pozadu a nezeptat se ho na jeho názor na jakýkoli problém. | Foto: Profimedia

Padouch, nebo hrdina...

„Udělal jsem jedinou a největší chybu své kariéry, když jsem připustil příklon k nepolitické politice,“ komentuje poslanec Šťastný svou účast na instalaci docenta Svobody do funkce primátora. To stojí za rozbor. Bylo to vysloveno jako komentář k probíhající obrodě prohnilé pražské ODS i magistrátu jakožto dvou hlav mnohohlavé saně organizovaného zločinu. Vskutku stupidní je použití pojmu *nepolitická politika*, který měl v ústech Václava Havla (navíc v předrevolučních konotacích) odlišný význam. Vykradači slov mu podložili úplně jiný smysl, čímž se z něho stala bezobsažná nadávka některých kovaných soudruhů z ODS podobně jako *pravda a láska* či *občanská společnost*. Což je v důsledku vážný útok na základní civilizační hodnoty Západu.

Ale pojďme dále: Jestliže očistná, poctivá, transparentní, protikorupční, ale přitom stále nepochybně stranická politika je podle Šťastného *nepolitická*, pak je třeba se ptát, co rozumí tou pravou *politickou politikou*, jejímž je tak horlivým obhájcem. Tu je možný jen jediný závěr: Politickou politikou se logicky musí myslet dokonale nepolitické a nestranické kšefty s korupcí kmotrů, kteří si privatizovali magistrát a s ním i veřejné prostředky napříč stranami. *Padouch, nebo hrdina, vždyť jsme jedna rodina.* K tomu se pan Šťastný hlásí? Je toto skutečně jeho politický program? Že by vskutku byl zastáncem patentovaného systému „Bém-Hulinský-Augiáš“ a dalších dávno provařených jmen známých „podnikatelů“? Těch, kteří přes nastrčené anonymní kyperské firmy hrabali a mlaskali už tak sebejistě a arogantně, v domnění, že jsou nedotknutelní, až si na ty hrábě šlápli? *„Vy jste, Švejku, stupňoval svou pitomost donekonečna, až to všechno katastrofálně prasklo.“ (nadporučík Lukáš)*

Kolikrát se už v dějinách tenhle jednoduchý scénář následků ničím nebrzděné chamtivosti opakoval! Poučil se někdo? Zjevně nikoli. Přesvědčení, že tentokrát už bude chytřejší a že ho nemůžou chytit, je inherentní rys duševní výbavy kriminálních recidivistů od úrovně pouličních vykrádačů aut až do nejvyšších sfér „elit“. V našich poměrech ale často bohužel mají pravdu. Zatímco drobné zloděje pasivní policie ani nechytá (nemá benzín, fax, počítač, chuť ani čas), opravdu velké kriminálníky orgány činné v trestním řízení aktivně kryjí. Nebo donedávna kryly. A kdo krýt nechtěl, těžce to odskákal. Jiní státní zástupci se naopak stali spolupachateli. Tedy rovněž nechutnými kriminálníky. *Padouch, nebo hrdina...*

Jediný problém, který jsme neměli...

Tak jsme po letech dřiny vyřešili jediný problém, který jsme neměli. Totiž metodu volby prezidenta. Bezvýznamná záležitost. Zástupný problém. Množina prázdná. Žádný průnik. Čirá virtuálnost. Principem asi bylo řešit to, co jde, nikoli to, co je třeba. Jen jsme pro nic za nic rozkolísali ústavní systém a zpochybnili jeho dlouhodobou stabilitu. To je hazard s důvěrou, jíž se bolestně nedostává. Připomíná mi to fraj eřinu, jakou předváděli strnulému publiku průkopníci letectví na svých show. Za riskantně nízkého letu (to aby každý platící divák dobře viděl a přišel si na své) vyměňoval na křídle stojící mechanik svíčky v motoru. Tedy naštěstí po jedné. Byla to atrakce kvůli prachům. Naše atrakce děje se kvůli blbosti.

Nyní tedy budeme mít místo problému, který jsme neměli, řadu problémů skutečných. Nastane absurdní kampaň. Co asi nabíd-

NEJSEM SI JIST

leč žádná odpovědnost. Tak to ne, takto by to nešlo, to je cesta do pekel.

Myš, která řvala

Premiér Nečas manévruje vůči EU jako kapitán lodi Costa Concordia. Zase se nám budou smát a kdekdo si vzpomene na starý americký film „Myš, která řvala“. Hlavní je uchovat si neposkvrněné panenství suverenity. A jaký má být obsah takto pojaté suverenity? Volné pole pro erupci korupce, nezákonnost a (zatím jen) maďarský relaps autoritativního režimu? Když slyším ty rozvařené a vyčpělé kecy o suverenitě, vždycky mě napadá otázka: Jakou suverenitu má stát Texas nebo Svobodný stát Bavorsko? A jsou na tom hůř než my? V čem konkrétně?

Na dlouhodobé strategické cíle aplikujeme účetnickou krátkozrakost. Hlavní slovo tu mají ekonomové, tito zástupci vědy věd, která dnes nahrazuje politologii, filozofii, historii, etiku i sociologii. Vždycky jsme měli problém definovat své skutečné národní zájmy. To už je chronické a musí to mít nějakou hlubší historickou příčinu.

Ano, Britové také stojí stranou. Leč tady veškeré srovnání končí. Když dva dělají totéž, nemusí to být totéž. Zvláště mají-li k tomu kromě dramaticky odlišných podmínek i zcela různé důvody. „To dupeme, viď, slone?“ volal nadšeně mravenec, když spolu se svým velkým kamarádem běžel přes dřevěný most.

Varovné je už jenom to, že VV ústy politické nuly Radka Johna vřele souhlasí. A komunisté. Dle nich je taková smlouva nedůstojná. Zajímavé – pro všechny ostatní a vyspělejší země je důstojná dost? Tohle je jazyk maďarských polofašistů a řeckých hysteriků. Naše členství v Unii bude čím dál tím okrajovější a formálnější, až *via facti* odumře. Jsme nepoučitelní a zase se necháme zavést do smrtící izolace a marginalizace jako ve 30. letech. Anebo v letech 1618–1620.

Karel Schwarzenberg tuto sebevražednou politiku věcně kritizoval. Premiér za to starého kníže napadl plebejsky přisprostlým způsobem v osobní rovině a odmítl diskutovat k věci samé. Hrubé porušení pravidel debaty. *Ad hominem* místo *ad rem*. Dokonce ministra zahraničí obvinil, že pobývá příliš často v zahraničí. Dostávám křeč do bránice. Připomíná to Stalina, který pověřil maršála Tuchačevského styky s Německem a pak ho za ně dal popravit. Od doktora fyziky bych čekal výroky o několik řádů méně hloupé. Pan Nečas ve mně budí stále větší rozpaky. Jestli on pomalu nenastává čas střídání. Už kvůli prevenci v oblasti mentálního zdraví.

Co mě zaujalo, aneb malé zprávy – také zprávy

Maléry groteskního ministra školství už přesáhly všechny meze ostudy i na české poměry, tedy hodně nízkou laťku. Případ nešťastného muže, který schopnostmi ani osobnostně na takovou funkci nemá. Psycholog, který neumí komunikovat a nemá náhled. Personalista nezvládající výběr spolupracovníků. Zachrání ho jen politická smrt. Rychlá a milosrdná.

Fenomén zklamání předpokládá předchozí fenomén očekávání. Tady mě vysloveně otrávil ministr Drábek. Očividné selhání, kdy policie musela dohlížet na kolabující výplatu dávek, označil za mediální fikci. Je to vymyšlené. Zfalšované. Asi natočené v TV studiu s komparzem. Prostě se to nestalo. Všechno je v pořádku. Vzápětí za to, k čemu vůbec, ale vůbec nedošlo, dal padáka několika vedoucím pracovníkům. Ta vlastnost, jíž se panu ministrovi tak kormutlivě nedostává, se nazývá konzistence. Jak je psáno: *Tvá slova budiž ano-ano, ne-ne. Cokoli nad to jest od zlého.*

Velký průlom: Pacienti s RS začínají vymáhat *lege artis* péči soudně. Její včasné neposkytování je protiprávní. Důležitý poznatek: Nepotřebujeme velké zdravotnické koncepce, které zastarají dřív, než se na nich shodneme. Stačí právní stát. Kdo je odpovědný? Zdravotnické zařízení? Pojišťovny? Stát, jak by plynulo z Ústavy? Bude to napínavé a precedentní. Teď ještě nějakého rozumného soudce. O několika bych věděl.

Titulek z Medscape Medical News: „Neurosurgery residents oppose duty hour limitations“. Američtí mladí neurochirurgové protestují proti ingerenci úřadů do jejich snahy naučit se co nejvíc, aby byli co nejlepší. Přikázaná maximální pracovní doba (80 hodin týdně) podle nich narušuje i kontinuitu péče o pacienta a osobní vazby. Jeden lékař by měl pacientovi stát po boku po celou dobu řešení jeho kauzy, ne aby se u něj střídali podle pícháček. EU, ČLK a LOK by ranila mrtvice. Jiný svět – jiná kultura.

Odboráři z LOK se budí ze zimního spánku. Budou prý zase mlátit pěstí do bankomatu a opět na nesprávném místě. Prachy tam nejsou, ale dobře se tam buší. Jako když Felix Holzmann hledal svůj malý aluminiový klíček. Tak hodně štěstí!

Dobrá zpráva: Situace je normální. Svět funguje. ČLK opět s něčím nesouhlasí. Tentokrát s rušením kojeneckých ústavů. ČLK je vždycky proti čemukoli. Automaticky. Lze se na to spolehnout. Jen úplná nehybnost a paralýza (nesmí ovšem být progresivní) ji může uspokojit.

Čerstvý průzkum říká, že zdravotní péče ovlivňuje zdravotní stav obyvatelstva jen ze 17 %. Před lety se uvádělo 20 %. Zřejmě byli odečteni zemřelí. Jiný průzkum praví, že na Východě panuje nejhorší morálka v Česku a v Rusku. Dost nelichotivé. Mírou morálky společnosti však nejsou ti, kteří kradou. Mírou morálky je ta část nekradoucích, která nekrade nikoli ze strachu, ale pouze proto, že se to nemá a je to hanba.

Inzerce A121001937

nou svým voličům kandidáti na post, z něhož se nevládne? Že budou věnce klást, pera nekrást? Ctít Ústavu? Co přesně bude stát na *blboardech*? Sto tisíc pracovních míst? Reformy? Rozdávání peněz na ulici? Světlé zítřky? Modré z nebe a holubi do huby? Nejsem si jist. Plno lidí funkci prezidenta nechápe. Možná tak vyhraje nějaký šašek. Nevadí. Tu funkci už víc zostudit nelze. Tedy pokud šašek nepřijde z mnichovské pivnice a nebude mít na čele patku a pod nosem směšný knírek.

Kdepak diskuse a politický boj

Riziko je jinde. Proč vlastně politici proti své vůli tenhle nesmysl udělali? Protože lid si to žádá. Vidí v tom spásu. *Vox populi, vox dei.* Ty naivní hlasy rezonují všude. Nedávno to shrnul jistý bodrý muž z lidu na kameru: „Ať už se politici přestanou hádat. Ať už to někdo řídí a jasně říká, co se má dělat.“ Panebože! Po 22 letech posttotalitní občanské výchovy se setkáváme s vnímáním demokracie jakožto „hádání politiků“. Tato úžasná a převratná vymoženost anglosaského původu (stovky let zkušeností, tisíce děkovných dopisů) se hodnotí jako negativum, které je třeba odstranit. Kdepak diskuse a politický boj! Potřebujeme vůdce, nikoli parlament. Lidé žádají od demokracie rychlé výsledky. Ty jsou však stejně neúčinné a riskantní jako rychlé půjčky.

A tady nám konečně leze šidélko z pytlíčku. Právě tenhle způsob myšlení je oním motorem touhy volit přímo prezidenta. Teď ještě ty pravomoci, ale to už se nějak poddá. Když se dost chce, všechno jde. *Osmnáctý brumaire Ludvíka Napoleona.* O dalších výtečnících nemluvě. Populista s davem v zádech dokáže v krátké době deklasovat parlament ze současné úrovně zvláštní školy na úroveň mateřské školky a Ústavou si vytřít zadek. Příklad? Římští císařové a republikánský senát. Sice existoval ještě po celá staletí, až do trpkého konce, ale málokdo o tom věděl. Prostě veteš. Zviditelnil se jen jednou. To když Caligula jmenoval senátorem svého oblíbeného koně. Jméno? Incitatus. Senátor Incitatus.

Čekání na mesiáše

A tady přicházíme k fenoménu všech těch Babišů a Okamurů – dosaďte dle ctěné libosti. Jsou to pouhé symptomy nemoci české společnosti, torpidní opakování týchž chyb, jež vedly k jepičímu úspěchu tragikomických VV. Videoklipová doba spolu se všeobecnou nervozitou a čekáním na mesiáše takovýmto úletům velmi přeje.

Zejména Okamura je virtuální výtvor, psychologická manipulace, systémová chyba ve skupinovém uvažování *(groupthink)*. Dílo mediální náhody, která dál zná pouze růst a pozitivní zpětnou vazbu až do konečného kolapsu. Žádné médium teď už nemůže zůstat pozadu a nezeptat se pana Okamury na jeho názor na jakýkoli problém. *„Okamura-san*, co si myslíte o dluhové krizi, používání kondomu, paraglidingu, východní meditaci, genderové otázce, pěstování žížal, gramatice sanskrtu, ucpávání kanálů při dešti?“ Ať řekne jakoukoli nehoráznost, bude tato analyzována, skloňována, časována, integrována, derivována a ve veřejném prostoru se zachová podle zákonitostí každé bubliny. Například té hypotéční. Celá věc je výsledkem selhání elit, jejich intelektuální a mravní sterility. A selhání elit je selháním nás všech. Naše smůla, naše neschopnost. Každému po zásluze. Je to tak spravedlivé. Měli jsme ze svého středu vygenerovat elity jiné. Jaké? No přece elitní, to dá rozum.

Mistrovství v hodu granátem do porcelánu

Bohužel nejsme konsenzuální společnost a nikdy jsme nebyli. Proto jsme tolikrát upadli na ústa. Nemyslím nutně konsenzuální ohledně metody, o té se právě má vést spor („hádání“), ale co se týče cílů. Tedy národních zájmů. Jsme společnost balkánského typu, jenom nemáme jejich kuráž, takže místo zbraní pozvedáme prostředníky a místo krve tu tečou verbální fekálie. Hnědá místo rudé. Většina našich politiků nemá vyvinut taktický a diplomatický talent ani na úrovni recepčního zablešeného hotýlku čtvrté kategorie. Někomu chybí i základy slušného vychování, jemuž moje babička říkala hezky česky *Kinderstube*. Dosahovalo se ho občas i rákoskou, a to s velkými úspěchy. Dnes by to ovšem bylo týrání. Klíčovému sociálnímu procesu by ihned učinila přítrž sociálka. Světlé výjimky zajisté existují, smekám, ale spočítáte je na prstech jedné ruky. Za vrcholnou disciplínu politického umění se tu považuje hod granátem do porcelánu.

Vezměme si jen konflikt vlády s univerzitami. Proč tak zbytečně konfrontační tón? Proč diskusi nahrazuje provokace? Aby se veřejný činitel nejevil spolus(t)raníkům jako slaboch? Já bych se bál, abych se nejevil především jako pitomec. Jenže ono je to všeobecné. Všichni jsme v téhle zemi apriorně podrážděni, agresivní, nedůtkliví, vždy připravení k okamžité a neurvalé odvetě i za drobné šlápnutí na nohu. A to prosím žijeme v nejlepší možné době za posledních osmdesát let. Co bychom teprve dělali, kdyby bylo zle? Padli na zem v křečích? Kormutlivý obraz korunuje pitoreskní prezident, pravý to syn svého národa, který na každou bagatelu reaguje, jako by ho píchli šídlem do zadku. Nemá totiž schopnost odlišit nehodu cyklisty v sousední ulici od zhroucení civilizace (volně podle G. B. Shawa). Je na tom stejně bídně jako my všichni.

Inzerce A121003014

Tvrdohlavý průkopník robotických cest

Jana Jílková
Foto: archiv Nemocnice Na Homolce a doc. Petra Štádlera

Doc. MUDr. Petr Štádler, CSc., je jedním z prvních chirurgů na světě, kteří úspěšně provedli robotickou cévní operaci. Roboticky učí operovat lékaře od Ameriky přes Evropu po Jižní Koreu, „doma“ je však v pražské Nemocnici Na Homolce, kde působí jako primář cévního oddělení.

Zocelován od dětství sledováním života ve špitále, kam doprovázel maminku ráno na sedmou, zoceluje se i nadále – v poněkud malomyslné české kotlině se snaží vysvětlovat, ukazovat a dokazovat, že minimálně invazivní cévní chirurgie s použitím robotických systémů odbourává zásadní nedostatky cévní laparoskopie. Troufale tvrdí, že prospěch z robotiky nemají jen pacienti, ale v konečném součtu se do budoucna vyplatí i plátcům zdravotních služeb.

Pocházíte Plzeňska. Rozeznáte ještě Plzeňáka podle přízvuku?
Samozřejmě! Čím jsem déle z Plzně, tím víc poznám Plzeňáka na první náslech! Já už tak ale nemluvím, jsem dvacet let mimo Plzeňsko. Promoval jsem v revolučním roce 1989, kolem vojny jsem pracoval v rokycanské nemocnici a pak jsem odešel do východních Čech, do Jičína, tam jsem u docenta Suchého začal skutečnou chirurgickou kariéru.

Ještě, než jste nastoupil chirurgickou dráhu – jak dlouho jste věděl, že budete studovat medicínu?
Od mateřské školky. Bydleli jsme v malinké vesničce Týnec a spádová nemocnice, kde moje maminka pracovala jako zdravotní sestra, byla ve Stodu, to je od nás 6 kilometrů. Jezdil jsem tam s ní ráno na sedmou na konci školky a na základní školu. Napřed jsme ale v létě v zimě šlapali 2 kilometry na vlak. Ze špitálu jsem šel do školy a pak se tam vracel za mámou. Nemocničním prostředím jsem načichl odmalinka, a když se mě kdokoli zeptal, čím budu, hrdě jsem odpovídal: „Já budu pan doktor Pech.“ To byl ve stodské nemocnici úžasný obvodní lékař, bohužel brzy zemřel. Dostal infarkt a léčil ho (jak sám říkával) „po americku“, čili vůbec.

Na pozadí monitoru počítače ale máte obrovské letadlo. Nepřitahovala vás jako kluka?
No jasně! Na gymnáziu jsem uvažoval i o tom, že budu pilotem. Ale tehdy, na začátku 80. let, být civilní pilot znamenalo jít do armády, což se mi opravdu nechtělo. Navíc k medicíně jsem tíhnul víc než k letadlům.
Už od začátků na lékařské fakultě jsem pak věděl, že chci dělat chirurgii, jenom jsem ještě nevěděl jakou. Vedoucí učitel mého studijního kruhu, asistent Josef Šimána, byl cévní chirurg. Jeho prostřednictvím jsem se poprvé seznámil s tímto oborem. S mým výborným kamarádem, nynějším docentem Tomášem Skalickým,

specialistou na jaterní chirurgii, jsme od druhého ročníku chodili sloužit na plzeňskou chirurgickou kliniku – držet háky při operacích. Připadali jsme si při tom strašně důležití. Báječné bylo, že jsme se naučili znát prostředí a dělat běžné věci, třeba vázat uzly. Po vojně nás tam bohužel ani jednoho nevzali; přijali lidi, kteří o tu práci předtím žádný zájem neprojevovali.

Kdo stál u vašich laparoskopických začátků?
Po vojně mi nabídl práci cévní chirurg docent Theodoz Suchý. Už během vojny jsem u něj týden stážoval na chirurgické klinice v Hradci Králové. Poté tam však došlo k určitým personálním změnám a pan docent odešel na primariát do Jičína, tak jsem šel za ním do „města pohádek“. To rozhodnutí bylo jedním z nejlepších v mém životě. S příchodem docenta Suchého se v Jičíně začala dělat klinická chirurgie včetně chirurgie cév. On byl tvrdý šéf, ale zároveň nás nechal růst. Tam jsem dělal klasickou otevřenou chirurgii a také jsem začal laparoskopovat, souběžně jsem se učil i cévní chirurgii. Během pobytu v Jičíně jsem byl několikrát i na stáži zde na cévním oddělení v Praze v NNH, kam jsem po sedmi letech v Jičíně nakonec v závěru 90. let přesídlil. V té době se tu ve velkém rozsahu dělala klasická otevřená cévní chirurgie, bylo a stále je to největší pracoviště svého zaměření v republice.

Co vás na Homolce čekalo?
Byla tady laparoskopická věž a zkoušely se endoskopické odběry žil z dolních končetin, které se pak používají na bypassy na srdci. Tento typ odběru ale může být problematický, pokud nemáte zkušenosti s laparoskopií. Přemýšlel jsem jak věž využít, uměl jsem s ní pracovat. Začal jsem dělat laparoskopicky zákroky na autonomním sympatickém nervu v hrudníku a břiše, endoskopicky jsem odebíral žíly pro bypassy, pustil jsem se do endoskopických zákroků na žilních spojkách dolních končetin... Pak jsem se dočetl, že profesor Dion v kanadském Québeku udělal laparoskopicky aortofemorální bypass. Domluvil jsem se s ním a absolvoval v Kanadě *workshop* a tříměsíční stáž, kdy jsem asistoval u tohoto typu operací.
Po školení v roce 2004 jsem si na Homolce naplánoval první laparoskopický ilikofemorální bypass. Vybral jsem si pacienta, který měl uzavřenou zevní pánevní tepnu, a našíval jsem laparoskopicky cévní rekonstrukci ze společné pánevní tepny do stehenní tepny v třísle. Se dvěma asistenty jsem to tehdy zvládl za osm hodin... Svorka na tepně byla přes dvě hodiny a z tohoto „miniinvazivního“ zákroku se nám tu pacient zotavoval 14 dní. Na tomto konkrétním případu jsme tedy přesně viděli negativní důsledky, které může přinést cévní laparoskopie. Ze zklamání jsem se ale brzy oklepal a nakonec jsme udělali skoro šedesát různých typů laparoskopických cévních rekonstrukcí včetně výdutě břišní aorty. Operační dobu se nám podařilo významně zkrátit.

A pak se na scéně objevil robot da Vinci?
Ano. Původním záměrem bylo dělat na něm prostaty a všeobecnou chirurgii, ale byl jsem osloven, zda bych na něm nechtěl provádět i cévní chirurgii. To byl problém – ve světě se robotický dělaly prostaty, všeobecná chirurgie, kardiochirurgie – prostě všechno možné, ale rozhodně ne cévy. My to chtěli zkusit.

Proč si na cévy roboticky nikdo před vámi netroufal?
Těch faktorů je víc. Problém byl už v tom jak se správně a rychle dostat na místo, kde se má operovat. Můj učitel, profesor Dion, mě naučil podle mého názoru poměrně složitý přístup k aortě a pánevním tepnám, kdy chirurg začíná operovat na pravé straně pacientova těla, odoperuje část a pak musí přejít na levou stranu těla. Uvolněné tkáně postupně fixuje ke stěně břišní a uvolnit a fixovat musí i sestupný tračník. My vymysleli jednodušší a kratší přístup, navíc bez zavěšování tračníku. Naše nová metoda zkrátila operaci minimálně o hodinu. Tehdy jsme ještě robota neměli, ale když jsme na něm začali pracovat, ukázalo se, že je to přesně to, co při práci s ním potřebujeme. Tahle koincidence byla úžasná náhoda, která přišla v pravý čas.

V Americe, da Vinciho kolébce, se kdosi před vámi dokonce dvakrát pokoušel klinicky robotem cévy operovat, ale oba pacienti v důsledku komplikací zemřeli. Pak jste se tam objevily a přísné americké úřady vás pustily s robotem na cévy třetího živého Američana?
Pustily mě napřed na cévy živého amerického prasete... Nevím, kdo byl ten chirurg přede mnou. Domnívám se, že neměl dostatečné zkušenosti z laparoskopie. Úřad pro kontrolu léků a potravin (FDA), který v USA dohlíží i nad novými technologiemi, tam v důsledku těch neúspěšných pokusů zakázal používání da Vinciho v cévní chirurgii.
Když jsme poprvé přijeli v rámci školení před začátkem robotické operativy do Ameriky, zeptali se nás, co chceme dělat. Odpověděli jsme, že cévní chirurgii, protože jsme cévní chirurgové. Jen pokrčili rameny se slovy, že to v USA nikdo nedělá, ale dali nám možnost vyzkoušet si to v laboratoři na prasatech. Naši úvodní sestavu roboticky operovaných cévních pacientů jsme publikovali v prestižním americkém časopise Journal of Vascular Surgery. Na základě tohoto článku jsem pak byl pozván do univerzitní nemocnice v Memphisu, abych jim pomohl zahájit robotický cévní program. Bohužel opět zapracoval úřední moloch, a když jsem dorazil na místo, nebylo vyřízeno moje povolení k provedení této cévní operace. Takže situace byla obdobná jako při úvodním školení.
Vlastní zákrok jsem jeden den ukázal kolegům na praseti, protože americkému občana-pacienta jsem se jako chirurg tehdy nesměl dotknout. Úspěšně pak dopadla i operace člověka, kterou Američané provedli pod mým vedením – já během ní směl držet v ruce jenom fix a laserové ukazovátko a přemýšlel jsem, co se asi tak stane, jestli dojde třeba k nějakému krvácení, které na rozdíl od nich umím vyřešit... Tak jsem na sálových obrazovkách pomocí laseru vedl robotické nástroje, které ovládali američtí kolegové. Dopadlo to výborně a finále už znáte.

Jaká je hlavní výhoda robotických výkonů při cévní chirurgii oproti laparoskopickým?
Mnohem větší pohyblivost robotických nástrojů, jež se připodobňuje pohybu ruky v zápěstí. Robotický nástroj se může – na rozdíl od rigidního laparoskopického – pohybovat v rozsahu téměř 360 stupňů. Dostanete se pohodlně do všech částí cévní anastomózy, což jde laparoskopicky podstatně hůř. A dobře se manipuluje i v místech, jež jsou pro klasickou nebo laparoskopickou chirurgii obtížně přístupná.
Zcela zásadním přelomem je bezpečnost a rychlost šití cévní anastomózy (robotická je až čtyřikrát kratší), z toho vyplývá i kratší doba naložení cévní svorky. I když „umíte“ cévní laparoskopii velice dobře, svorku na aortě nebo pánevní tepně jste nuceni ponechat mnohem déle. Ty časy jsou velmi podstatné pro srdeční zátěž i následnou svalovou reperfuzi a podstatně ovlivňují pooperační průběh včetně mortality a morbidity. Minulý týden jsme dělali robotickou cévní operaci, aortobifemorální bypass, s dobou centrální anastomózy na aortě 14 minut. Časové intervaly, o kterých mluvíme, jsou plně srovnatelné s otevřenou chirurgií.
Systém Da Vinci je také přesnější než laparoskopie, protože využíváme kombinovanou pohyblivost robotických ramen a nástrojů, operatér se dostane i do míst laparoskopicky méně dostupných. Například pokud chcete laparoskopicky stříhat v protisměru, musíte vyndat nůžky z trokarů a vložit je do jiného vstupu. Ve stejné situaci prostřednictvím robota nůžky prostě jen otočíte ze stejného vstupu a opět ušetříte čas.
Pokud roboticky našíváte střevní anastomózu nebo děláte gynekologickou operaci, je to samozřejmě lepší ve srovnání s laparoskopií, ale čas vás netlačí tolik. Mít naloženou svorku na aortě dvacet minut, nebo tři hodiny už je však z hlediska prognózy pacienta zásadní rozdíl!

Informovaný pacient s výdutí aorty by si tedy asi vybral docela rychle, kdyby byl výběr jen na něm... Co na to pojišťovny?
Hrazení robotických výkonů dosud probíhalo formou balíčkových smluvních cen, které měly nemocnice nasmlouvány s pojišťovnami. Žádný problém jsme neměli s VZP, u jiných pojišťoven jsme museli předem požádat o povolení této operace a ani v tom nebyl žádný zásadní problém. Teď se vzhledem k nařízení MZ ČR, kdy tyto úkony ▸

Zvířecí laboratoř v Memphisu: „Zákroky jsem ukazoval na prasatech, amerických občanů jsem se dotknout nesměl.“

hradit nemusí, samozřejmě staví k úhradě robotických operací negativně.

Kolik tedy pojišťovna musí vytáhnout z kapsy?
Jedna cévní operace systémem da Vinci vyjde zhruba na 130 tisíc korun. Že je to strašně drahá operace, to se říká všude. Tato cena je obdobná pro všechny chirurgické obory, protože obvykle používáme obdobné robotické nástroje. Na druhé straně některé cévněchirurgické technologie jsou podstatně dražší a bez problémů jsou prováděny.
Udělal jsem si pro sebe kalkulaci výduti aorty provedené otevřeně a roboticky, se všemi náklady na hospitalizaci – rozdíl činí asi 50 tisíc korun a to jsem vůbec nezakalkuloval, že při plné laparotomii má 30 procent pacientů kýlu v jizvě a musí znovu na operaci. Nákladná je v neposlední řadě i několikaměsíční pracovní neschopnost, zcela běžná po velkých cévních výkonech klasickou cestou.
Zajímavé je, že nikdo nepopírá cenu endovaskulárních technik, jež jdou velmi rychle kupředu, dělají se po celé republice a jsou třikrát dražší než robotika… My je samozřejmě provádíme také, máme klasický program, endovaskulární program a robotický program. Bylo by velmi špatnou filozofií tlačit něco jen jednou cestou, protože každá z těchto technologií má svůj význam.

Před několika týdny jste na Homolce se svým týmem provedl robotickou operaci výduti nitrohrudní tepny. Dělal někdo před vámi obdobný výkon a s obdobným výsledkem?
Tento výkon jsme prováděli pacientce trpící Marfanovým syndromem, což je vrozená porucha pojivové tkáně. Hrozilo jí protržení nitrohrudní tepny v místě výduti. Obtížně přístupnou poškozenou část tepny v levé části hrudníku jsme operací vyřadili z krevního oběhu. Výduť byla veliká, měla průměr pět centimetrů, což je ve srovnání s původní 2–3milimetrovou tepnou opravdu rozsáhlý nález. K místu zákroku jsme se dostali jen čtyřmi malými 10milimetrovými vpichy. A pacientka šla třetí pooperační den domů. Podobný robotický výkon před námi ještě nikdo neděl.

Jak je to s hybridními operacemi?
Pokud dáváme cévní protézu, nemělo by být otevřeno střevo – právě kvůli riziku infekce cévní protézy. Ale už třem pacientům indikovaným na operaci aorty jsme zároveň s cévní operací roboticky odoperovali kýlu – dvě pupeční a jednu v operační jizvě. K nejzajímavějším hybridním cévním zákrokům patřila kombinace robotické operace pravé renální tepny a implantace hrudního stentgraftu u pacientky se symptomatickou disekcí hrudní aorty a významným zúžením odstupu ledvinné tepny.

Vidíte tedy navzdory ekonomickým problémům ve zdravotnictví budoucnost robotiky optimisticky?
Vyloučením robotiky bychom šli technologicky o deset kroků zpět. Kardiovaskulární program byl jeden z posledních, kde se mohla uplatnit miniinvazivní chirurgie. Dosud to byla jen taková „pseudominiinvazivní chirurgie“, kdy se pouze redukovaly velikosti operačních řezů ve smyslu minilaparotomie nebo minithorakotomie. Až s použitím robota můžeme hovořit o pravém minimálně invazivním zákroku v kardiovaskulární chirurgii.
Pochybuji, že kdyby to byla jen slepá ulička, zvali by mě několikrát do roka do Spojených států na přednášky nebo že by po mně chtěli ukázkové operace v Jižní Koreji, Rusku či Polsku. V robotice jsme proškolili desítky chirurgů z celého světa. Také jsem se jako spoluautor podílel na vytvoření nové učebnice robotické chirurgie, která letos vyjde v USA. Tam postupně nastupuje robotika i v cévní chirurgii, získal jsem zvláštní povolení jako hostující profesor v Methodist Hospital – Texas Medical Center v Houstonu. Začíná se rozvíjet i spolupráce s univerzitními nemocnicemi v Baltimoru a Washingtonu.

Pavel Bobek počeštil píseň „Goin’ back to Houston“. Nechce se vám tam taky nazpátek a napořád, pryč od zdejších dohadů?
Někdy si tu opravdu připadám jako blázen. Nejhorší je, že o penězích na robotický program rozhodují „odborníci“, kteří nikdy robotickou operaci neviděli a už vůbec ne takového pacienta po operaci. My máme na Homolce roboticky odoperováno přes 240 pacientů s cévními problémy; například v Chicagu jich za sebou mají prvních dvacet… Zkuste se podívat na Medline, jakou máme obrovskou citovanost našich prací v impaktovaných časopisech. Vyjádření našich „odborníků“ o robotice jako slepé uličce tak těžko mohu brát vážně.

doc. MUDr. Petr Štádler, Ph.D.
***30. května 1964 ve Stodu u Plzně**

Lékařskou fakultu UK v Plzni absolvoval v roce 1989. Po krátkém období v rokycanské nemocnici působil 7 let na chirurgickém oddělení okresní nemocnice v Jičíně, od roku 1997 pracuje na oddělení cévní chirurgie Nemocnice Na Homolce, jehož je od roku 2008 primářem. Atestoval z chirurgie a cévní chirurgie, absolvoval řadu operačních kurzů laparoskopie. Disertační práci obhájil na LF UK v Hradci Králové v roce 2007, habilitoval se v roce 2009 na UK v Praze. Je docentem Kliniky kardiovaskulární chirurgie 1. LF UK.
Je členem mezinárodního školicího týmu pro laparoskopickou cévní chirurgii při Lavalově univerzitě v kanadském Québeku a United States Surgical TYCO Healthcare v USA. Je členem České společnosti robotické chirurgie ČLS JEP a České transplantační společnosti, zakládajícím členem a členem výboru International Endovascular and Laparoscopic Society, lektorem Intuitive Surgical (USA) pro robotickou cévní chirurgii a lektorem Evropského institutu pro telechirurgii ve Štrasburku. Je držitelem certifikátu kurzů robotické chirurgie ve Francii a USA a pořadatelem mezinárodních klinických kurzů a workshopů roboticky asistované chirurgie, nositelem cen ČSKVCH za nejlepší publikace v oboru i řady mezinárodních cen v oblasti roboticky asistované cévní chirurgie. V roce 2011 se stal předsedou podvýboru pro robotickou cévní chirurgii mezinárodní společnosti MIRA (Minimally Invasive Robotic Association) se sídlem v Los Angeles.
V roce 2006 provedl v literatuře předtím nepublikovanou robotickou resekci výduti pánevní tepny a robotickou resekci výduti břišní aorty. Roku 2007 byla v Memphisu pod jeho vedením uskutečněna první roboticky asistovaná cévní rekonstrukce, aortobifemorální bypass, v následujícím roce ve světové premiéře provedl roboticky asistovaný iliakorenální bypass. V roce 2010 obdržel jako hostující profesor oprávnění k provádění chirurgických cévních operací v Texas Medical Center a ve světové premiéře provedl roboticky asistovanou resekci a náhradu aortobiiliacké výduti. V lednu 2012 provedl unikátní robotickou operaci výduti nitrohrudní tepny. Do současnosti cévní chirurgové Nemocnice Na Homolce pod jeho vedením provedli více než 240 roboticky asistovaných výkonů, především na pánevních tepnách a břišních aortách.

Ale přesto se sem ze svých cest po světě stále vracíte. Co vás tu drží?
Když se na kongresu v USA řekne „robotická cévní chirurgie“, ví se, že se jedná o Prahu, o Nemocnici Na Homolce, a musím říci, že to člověka potěší. Rozhodně mě tu však nedrží neexistence jiných nabídek. Už v období, kdy jsem začal roboticky operovat, jsem měl možnost odejít do Kanady k profesoru Dionovi. Ale říkal jsem si, proč bych měl novou technologii, kterou se mi daří rozvíjet v Česku a bude se s ní moci pochlubit moje nemocnice, moje město, moje republika, odvážet do Kanady? Já to chci udělat doma. Paradoxně právě tohle mi dnes připadá jako bumerang v negativním slova smyslu, který se vám vrátí zase zpátky… Přijde mi pak líto, když se z ministerstva zdravotnictví dozvíte o robotice jako o „vyhazování finančních prostředků“, a jen hrstka lidí, kteří se na tom podíleli, si dokáže představit, že dovést robotickou cévní chirurgii na místo, kde je dnes, nebylo úplně jednoduché.

Na svých stážích a při odborném působení jste poznal řadu pracovišť. Kde byste si dokázal představit své působiště, pokud byste si mohl vybrat libovolnou zahraniční destinaci?
Neskutečná nádherná země, kde všechno funguje, je Austrálie, ostatně v červnu se k nám přijede školit v cévní chirurgii australský chirurg. Úžasná je i Kanada nebo Jihoafrická republika, ale asi bych si vybral Austrálii.

Šlo by teoreticky operovat robotem na dálku v rámci *home office*, s konzolí u vás v obýváku?
Úplně absurdní myšlenka to není, systém da Vinci byl původně vyvinut jako armádní zakázka. Uvažovalo se tak, že chirurg by během válečného konfliktu operoval na dálku a sám byl v bezpečí. Nebo že by v éře kosmických letů robot byl umístěn na orbitální stanici a chirurg na zemi. Operace na dálku byla vyzkoušena, mezi Štrasburkem a New Yorkem byla takto provedena cholecystektomie. Možné to tedy je, ale zatím se tímto směrem nejde. Ovšem kdo ví, co nám přinese budoucnost.

Jak to tedy vypadá v reálu?
Jsem přímo na operačním sále, je to tak samozřejmě lepší kvůli kontaktu s asistenty, kteří stojí přímo u pacienta a zároveň pod mým vedením asistují laparoskopicky. Na sále jsme tři chirurgové, anesteziolog, anesteziologická sestra a instrumentářka. Já sedím za ovládací konzolí a celo mám opřené v místě, kde vidím chirurgické pole. Jakmile čelo zvednu, systém se zablokuje. Tento kontrolní bezpečnostní prvek brání nekontrolovanému pohybu nástroje, který by mohl způsobit poškození v těle pacienta. Dívám se stále do průzoru a vidím 3D obraz – prostorové vidění je ohromná výhoda.

Důsledky aterosklerózy máte denně doslova „na stole“. Jak jste na tom vy sám se zdravým životním stylem?
Nikdy jsem nekouřil a alespoň dvakrát týdně se chodím protáhnout do fitka. Telefon nechám ve skříňce v šatně, vezmu si sluchátka a poslouchám muziku. Hodinu a půl na mě nikdo nemluví…

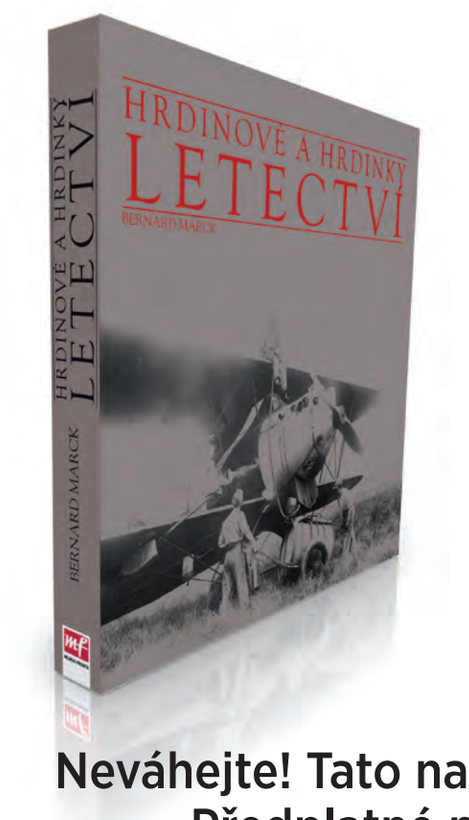
Zbývá vám čas na nějaké koníčky?
Hrozně rád cestuji a to se mi teď docela daří. Nevadí mi cestovat daleko, ale nerad cestuji sám. Mám 19letou dceru, která teď začala studovat Vysokou školu ekonomickou. Moc rádi jezdíme spolu, pokud to je možné. A odmalička se mi líbí letadla, sleduji jejich vývoj a zavádění novinek do leteckého provozu. Když se objevil nový Airbus 380, to je ten patrový, musel jsem se s ním proletět. Také se rád projedu v létě na kole a v zimě na lyžích.

Inzerce A121001940 ▶

Předplaťte si

MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

Předplatné na rok + mimořádná kniha



Kniha „Hrdinové a hrdinky letectví“

Marck Bernard

Dobrodružné osudy letců od roku 1783 do současnosti. Historik letectví, novinář a někdejší dopisovatel britského časopisu Flight International ve Francii Bernard Marck sestavil velkolepý soubor portrétů letců, kteří se nebáli překonávat dosavadní rekordy a posouvat tak vpřed vývoj aviatiky. Vedle nejslavnějších letců a letkyň se Bernard Marck ve své knize věnuje též obecnějším kapitolám dějin letectví: jeho počátkům v 19. století, úloze letadel za první světové války či vývoji létání v meziválečném Německu.

Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 11. 3. 2012.
Předplatné na rok pouze za 590 Kč

Předplaťte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku **predplatne.mf@cpost.cz**, uveďte své **jméno** a **doručovací adresu.** Do předmětu napište kód **ZDN 0212**. 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 0212**

Pošlete SMS na číslo 900 09 06

ve tvaru **ZDN ABO jmeno, prijmeni, adresa, lekarska 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. Svojí 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 zasílání 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

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 zdrávi, 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 zámečníkem), 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 otazníků. Předkládané stručné zhodnocení tedy rozhodně neaspiruje 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 státnické funkce. Argumentuje při tom vlastní praktickou zkušeností. „Jako k ambulujícímu geriatrickému psychiatrovi ke mně často přicházejí senioři, kteří žádají o vyřízení žádosti o prodloužení řidičského 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. Stejné 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 státnické 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 utvořit 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 právoplatný 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 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 doktory Hubálkem, Stránským a ještě několika dalšími inicioval diskusi o této možnosti, ale sklidili za to pouze velmi negativní reakce ze strany Hradu…

Prohlášení Antonína Zápotockého po roce 1945 zněla slibně.

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 ve svých rukou, protože všichni naši prezidenti v Americe – a jistě i ti vaši – trpí vážnými srdečními chorobami a jejich rozhodnutí bychom mohli alespoň částečně korigovat.“ Že se to ukázalo jako oprávněné, demonstruje příklad generála a pozdějšího prezidenta USA Dwighta D. Eisenhowera, který prodělal asi deset infarktů, měl opakované stavy bezvědomí, kouřil 100 cigaret denně a bezpečnost Spojených států byla pod jeho vedením často na vážkách, protože nebylo jisté, zda jeho rozhodnutí budou pod vlivem onemocnění správná…

David Owen (lékař zmiňovaný v prvním dílu našeho seriálu, autor termínu *hybris syndrom*) shromáždil anamnestické údaje řady světových politiků a špičkových vládců a ke své hrůze zjistil, že více než polovina z nich trpěla utajovanými tělesnými a duševními nemocemi. Pokud se nyní soustředíme pouze na tělesné choroby (těch vyjmenovává asi 10), pak největší záhadou je podle autora úřadování amerického prezidenta Johna F. Kennedyho, který od mládí trpěl Addisonovou chorobou (ta dle upřesnění doc. Límanové působí kromě jiných obtíží 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 o 15 let starším Chruščovem ve Vídni, kdy byl pod vlivem amfetaminů a jeho schopnost uvažování a rozhodování byla vážně ohrožena (jeho prohra s Kubánci, 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 kamenickému 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 menáží 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 stávky na devět měsíců uvězněn (propuštěn po amnestii T. G. Masaryka). Po založení KSČ se brzy dostává do

stranického vedení a v roce 1932 řídí hornickou stávku v Mostě (proti propouštění ze zaměstnání a celkově bídným podmínkám dělníků). Sociální cítění mu údajně zůstalo i v pozdějších letech, ovšem po poměrně sympatických začátcích nakonec v konfrontaci se stalinistickými postupy totálně selhal.

Paradoxy nenaplněných slibů

Když se krátce po okupaci Československa nacistickým Německem Zápotocký pokouší o ilegální přechod polských hranic, je zatčen a uvězněn – zpočátku na Pankráci (do února 1940), poté až do konce 2. světové války v koncentračním táboře Sachsenhausen-Oranienburg. V roce 1941 Němci zatkli i Zápotockého ženu Marii (byla uvězněna v Ravensbrücku a několikrát se ocitla na pokraji smrti) a také starší dceru s manželem.

Role Antonína Zápotockého v tomto období dosud není zcela objasněna. Vladimír Kadlec ve své knize popisuje vyjádření spoluvězňů, podle nichž v táboře několika z nich zachránil život. Na druhé straně bylo vysloveno podezření, že zavinil smrt holandských vězňů, a proto, jak uvádí Jiří Pernes, „nizozemská vláda v roce 1945 požádala o jeho vydání jakožto válečného zločince“. O této jeho činnosti existuje i svědectví Čechoameričana Jaroslava Čáslavského, o němž hovořil v rozhovoru s Janou Klusákovou (ČR 1 – Radiožurnál, 31. 12. 2007).

V roce 1945 pokračuje Zápotockého stranická kariéra a po komunistickém puči v roce 1948 se stává místopředsedou československé vlády, poté až do roku 1953 jejím předsedou. Z let 1945–1951 jsou dobře známa jeho slibná prohlášení a stanoviska, kdy dokonce soudruzi museli složitě „hasit“ některé jeho výzvy (například proti násilné kolektivizaci venkova či proklamace o dobrovolném odchodu za hranice). Podle Vladimíra Kadlece také Zápotocký v některých svých názorech dokonce předběhl naši ekonomickou reformu z roku 1968 i Gorbačovovu ekonomickou přestavbu. Přes jeho včasná a opakovaná varování však nakonec v roce 1953 došlo k měnové reformě. Ve způsobu informování o tomto kroku se pak projevil jako disciplinovaný člen své strany, na její kritiku si nikdy netroufl. Právě v tom spočívá největší „rozkol“ Zápotockého osobnosti – tedy že mnohá jeho prohlášení se neshodovala s jeho činy.

Ani skleróza, ani „opodstatněný strach“

Docent Vojtěchovský ve své přednášce dále uvedl, že „Zápotocký byl duševně zdráv“. O to nepochopitelnější je jeho podíl na krutém politickém vyvražďování v 50. letech. Upřímné sympatie vůči Antonínu Zápotockému a jeho určité charisma však v očích mnoha lidí poněkud zmírňovaly jeho méně jasnou úlohu a vinu na těchto procesech, zejména ve srovnání s obecně známou vinou Gottwaldovou. Ve skutečnosti se oněch 233 trestů smrti od října 1948 do konce roku 1952 (z nichž bylo vykonáno 178) a pak ještě dlouhá řada politicky odsouzených na dlouhé roky věznění dělí, i když nerovnoměrně, mezi oba prezidenty (ba dokonce mezi tři – Antonín Novotný byl nejen členem politického sekretariátu ÚV KSČ, který rozhodoval ve vykonstruovaných politických procesech, ale jako pozdější prezident navázal naprosto nulovou sebekritikou či pokusem o nápravu).

Jak připomíná Vladimír Kadlec, „Zápotockému bylo v roce 1953, kdy se stal prezidentem, již 69 let... jistě však nebyl natolik zasažen sklerózou, aby si nemohl uvědomit, jakou šanci mu osud nabídl; aby se pokusil aspoň částečně napravit či zmírnit svou jinak neodčinitelnou vinu za dlouholetou aktivní účast v politických procesech.“ Gottwald byl nepochybně paralyzován hrůzou ze Stalina, ale Zápotocký se stal prezidentem až ve chvíli, kdy už byl v Moskvě Stalin po smrti, Berijovi zbývalo jen několik málo měsíců u moci a procesy s vedoucími politiky v socialistických státech ustaly. „Mráz z Kremlu“ by ho už tedy patrně neseżehl...

Vizionář, který zradil své cíle

Za prezidentství Antonína Zápotockého (ještě po XX. sjezdu KSSS) museli odsouzení místo statutu politických vězňů kopat uran a žít v horších podmínkách než kriminální zločinci. U Zápotockého je neodpustitelné i to, že ještě dlouho po Gottwaldově smrti byli tzv. nespolehliví občané bez soudního projednání vysídlováni z měst, vyháněni z bytů, postihováni tzv. ochrannou vazbou, že byly zřízeny tábory nucených prací a že byla obnovena praxe již právně zaniklého poválečného retribučního zákona. „I u prezidenta Zápotockého můžeme – i když z jiného důvodu – mluvit o smutném konci jeho politické kariéry, stejně jako u jeho předchůdců, prezidentů Háchy, Beneše a Gottwalda,“ uzavírá Vladimír Kadlec. Psychologický profil se dá shrnout do jedné věty: vizionář, který zradil své cíle (zpočátku jistě dobré – vedoucí prezidentské kanceláře dr. Ladislav Novák ve svých pamětech tvrdí, že jeho šéf byl nespokojen s praxí uplatňovanou v 50. letech v činnosti KSČ), podlehl demagogickému diktátu zvrhlé ideologie a zcela ztratil soudnost.

4. listopadu 1957 byl Antonín Zápotocký přímo z Hradu odvezen do Státního sanatoria Na Malvazinkách se silným srdečním infarktem. Po přechodném zlepšení se 12. listopadu dostavil další (v pořadí třetí) IM, kterému následující den podlehl. Jak připomíná Jiří Pernes, byl pohřben stejně jako Gottwald v generálské uniformě (přestože naposledy navlékl uniformu Rakouska-Uherska) na Vítkově.

Anotnín Novotný na oficiální návštěvě Číny

Novotný: Ten, který nejvíce zdiskreditoval socialismus

Antonín Novotný (1904–1975) se do naší novodobé historie vepsal především jako představitel první krize komunistického režimu v Československu – jeho „zásluhou“ vlastně v Československé socialistické republice, protože v roce 1960 vyhlásil, že u nás byl vybudován socialismus, a je tedy třeba vetknout jej do názvu státu.

Za svou prezidentskou funkci nevděčil tuzemským straníkům, ale Nikitovi Chruščovovi, který ho bez váhání označil – jako prvního tajemníka ÚV KSČ – za jednoznačného favorita (adeptem na prezidentský post byl podle nepsaných pravidel po skonu Zápotockého premiér Viliam Široký). Rozdělení obou funkcí bylo později vnějším projevem krizí režimu i na konci 60. a 80. let.

Ještě na úsvitu své politické kariéry Novotný působil jako častý „záskok“ za zpitého Gottwalda na schůzích předsednictva strany. Měl být ustaven výkonným úředníkem plnícím Gottwaldovy rozkazy. Gottwaldovo rozhodnutí ovšem nestačilo, k jeho postu se museli vyjádřit i soudruzi z tajné policie, kteří si údajně u jeho ženy ověřovali, „zda Toník není Žid“.

Za vlády Novotného byli Stalin i Berija mrtvi, byl také zastaven proces proti moskevským židovským lékařům, Stalinem obviněným z úkladů o život nejvyšších stranických a státních představitelů. „Antonín Novotný byl během 11 let svého prezidentství (za současné kumulace nejvyšších funkcí) z hlediska politických procesů – a především pak pro následující fingované a protrahované revize těchto procesů – možná největším viníkem zdiskreditování socialismu u nás. Pro Novotného již ani při nejlepší vůli nelze najít žádnou omluvu či polehčující okolnost. Jen chorobnou touhu udržet se u moci za cenu jakýchkoli manipulací stranou, vládou a veřejností,“ píše Vladimír Kadlec. Politicky zlikvidován byl až na zasedání ÚV KSČ v květnu 1968. Šéf prezidentské kanceláře Ladislav Novák k tomu uvedl: „Vůbec nepochopil, proč musí odejít. Odcházel s pocitem, že se mu děje příkoří a že jeho práce není doceněna.“

„Sorry, Tony“?

Antonín Novotný byl při nástupu do funkce hlavy státu poměrně mlád (53 let) a na poštovních známkách byl prý nejpohlednějším prezidentem (vedle J. F. Kennedyho)... Obecně byl považován za skromného člověka (známá je jeho „obálková metoda“, kdy svým spolupracovníkům odevzdával přebytky ze svého platu, dokonce si sám prezidentský plat snížil), o jeho soukromí se mnoho nevědělo. Jeho asi jediným výstřelkem, k němuž jej inspirovala sovětská rekreační střediska pro „rovnější mezi rovnými“, byl pokyn k vybudování vilového komplexu na Orlíku. Před prezidentským domem zde byl postaven obrovský pivovarnický sud se stolkem a lavicemi uvnitř. Tam prezident údajně s oblibou mastil mariáš.

Výjimkou mezi našimi prezidenty byl i tím, že abdikoval tělesně i duševně zdráv. V jeho životopise je zmíněna pouze nehoda s vybuchlým kotlem z roku 1941, kterou utrpěl v dělnickém svépomocném družstvu Včela, kde měl na starost vytápění budovy: „Hořely mi ruce, šaty, nadýchal jsem se otravných plynů. Letěl jsem po schodech na dvůr, popadl jsem konev s mlékem, pil jsem a zároveň hasil plameny na těle,“ popsal tehdy. Poté Novotný na dlouhou dobu skončil v nemocnici, ale neunikl tím zatčení za ilegální práci v KSČ. Ještě v témž roce byl zatčen a až do roku 1945 vězněn v koncentračním táboře Mauthausen. Podle svědectví jeho syna se vrátil z koncentráku vyhublý na kost.

Přesto se dožil ještě 7 let penze a během ní si prý mnohé sebekriticky promyslel – i když poněkud opožděně... Zajímavá je rovněž poznámka o tom, že ve své smíchovské vile prý měl velkou knihovnu a kartotéku s dokumenty, kterou po jeho smrti okamžitě zabavila Státní bezpečnost. V trezoru ministerstva vnitra nakonec skončil i rukopis memoárů, jež na základě Novotného vzpomínek literárně „ztvárnil“ spisovatel Rudolf Černý, autor levičáckého pamfletu o roku 1968 „Jak se dělá kontrarevoluce“.

„Zemřel náhle na srdeční infarkt v lednu 1975. Jeho pohřeb proběhl až tísnivě nepovšimnut... Ale vzhledem k tomu, že zemřel ve věku 70 let, mohl se ještě dožít povzdechů: ‚Sorry, Tony!‘,“ uzavírá Vladimír Kadlec. Na vysvětlenou: Tyto nápisy se objevily po několika letech Husákovy normalizace a mladí lidé je nosili jako odznaky připnuté na šatech. Veřejnost totiž začala dodatečně srovnávat poměry, které panovaly na konci Novotného éry, s poměry, jež u nás pak zavedli Husákovi normalizátoři.

Jaroslava Sladká

Muž, který dal **nemocnicím vůni**

Nebyl brilantním řečníkem a jeho články v Lancetu si vysloužily odsudek jako „čtenářsky nestravitelné“. Rozvinutím principů asepse a antisepse však posunul chirurgii ze „středověku“ do moderní éry. Od úmrtí anglického chirurga Josepha Listera uplynulo 10. února sto let.

Když Louis Pasteur (1822–1895) studoval proces fermentace cukru v alkohol, podařilo se mu dokázat, že tento děj může probíhat i bez přítomnosti kyslíku, a to v důsledku působení mikroorganismů. Doložil také, že přítomnost jiných mikroorganismů by mohla v kvasících nápojích způsobit „hnití“. To ho po krátkém čase přivedlo na myšlenku, že některé druhy mikroorganismů mohou mít podobné nežádoucí účinky u lidí a zvířat. Navrhl dokonce tři metody jak s patogeny bojovat: filtraci, sterilizaci vysokou teplotou nebo zničení pomocí chemikálií.

Jeho práci velmi pozorně sledoval, také díky dokonalé znalosti francouzštiny, i mladý Joseph Lister (1827–1912). První dva ze způsobů likvidace choroboplodných zárodků, navržených Pasteurem, nepřicházely v úvahu pro využití v terénu poraněných lidských tkání, zaměřil se proto na třetí. Experimentoval, zpočátku bez úspěchu, s různými chemickými látkami, až obrátil pozornost ke kyselině karbolové. V létě 1865 použil směs této kyseliny a lněného oleje k ošetřování kontaminované otevřené zlomeniny levé dolní končetiny u 11letého chlapce jménem James Greenlees, kterému přejel nohu koňský povoz. Touto metodou zabránil tehdy obvyklému „ošetření“ podobně masivního traumatu – amputaci. Přikládání obvazů namočených v roztoku kyseliny karbolové pak zavedl do široké praxe

Ústní voda Listerine v historických lahvích z let 1920 a 1924

Joseph Lister

ve svém působišti na chirurgickém oddělení Královské nemocnice v Glasgow, které vedl, a prosadil tam i řadu dalších protiinfekčních opatření.

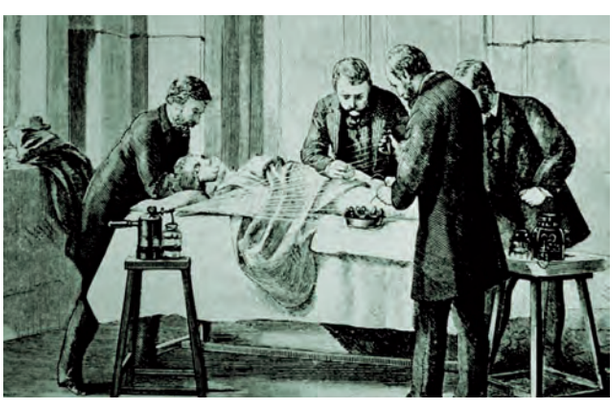
Konec století smrdící karbolem

Kyselinu karbolovou Lister povýšil na univerzální antiseptikum – myl si v ní ruce i všechny chirurgické nástroje, a dokonce ji rozprašoval po operačním sále (karbolová sprcha). O využití jejích dezinfekčních účinků informoval v sérii článků v prestižním lékařském týdeníku Lancet, ale kolegové se mu vysmáli – podíl na tom měla i Listerova objektivně velmi špatná schopnost vyjádřit své myšlenky. „Čtenářsky nestravitelné“ – takového hodnocení se dostalo jeho textům. Nicméně datum 9. 8. 1867, kdy na schůzi Britské lékařské společnosti v Dublinu přednesl závěry svého výzkumu v referátu nazvaném „O antiseptickém principu v chirurgické praxi“, lze považovat za začátek novověku v chirurgii.

Do té doby se na ochranu před mikroorganismy v nemocnicích nijak zvlášť nedbalo, jen osvícený maďarský porodník Ignác Filip Semmelweis prosazoval v boji s horečkou omladnic důkladné mytí rukou lékařů i ošetřujícího personálu. Sterilizace teplem, sterilní operační oděvy, gumové rukavice nebo operační masky – nic z toho se zatím nepoužívalo. Na chirurgických odděleních se šířil zápach z ran zasažených snětí a všichni se domnívali, že na vině je „špatný“, „zkažený“ vzduch – *miasma*. Díky Listerovi byl nevábný odér vystřídán charakteristickou vůní kyseliny karbolové. Jestliže irský dramatik George Bernard Shaw poznamenal, že „konec století smrděl karbolem“, byl v tom kus ironie i přiznání obrovského významu Listerova objevu, v jehož důsledku se úmrtnost po amputacích snížila z dosavadních 50 % na pouhá 2 %.

Líbánky v nemocnicích

Joseph Lister se narodil 5. dubna 1827 v Uptonu v hrabství Essex v kvakerské rodině. Byl čtvrtým ze sedmi dětí londýnského vědce Josepha Jacksona Listera (který tři roky před chlapcovým narozením významně zdokonalil mikroskop) a jeho ženy Isabelly. V kvakerské škole se naučil plynně německy a francouzsky a již jako student medicíny na londýnské University College se pokoušel mikroskopicky prokázat přítomnost choroboplodných elementů v hnisu. Školu absolvoval s vyznamenáním v roce 1852 a svou kariéru lékaře zahájil jako asistent chirurga Jamese Symea v univerzitní nemocnici ve skotském Edinburghu. Zamiloval se tam do Symeovy dcery Agnes, opustil kvůli ní kvakerskou víru a po vstupu do skotské biskupské církve se s ní oženil. Tříměsíční líbánky novomanželé strávili návštěvami nemocnic a center univerzitního výzkumu ve Francii a Německu; Agnes na manželovu práci nežárlila a celý svůj život mu pomáhala v laboratoři.



Listerova „karbolová sprcha“

Kyselina karbolová (karbol, benzenol, hydroxybenzen) je jedovatá bezbarvá krystalická pevná látka se sladkým dehtovým zápachem. Patří mezi fenoly, její chemický vzorec je C_6H_5OH. Má leptavé účinky na všechny tkáně v těle, proto její používání při operacích nakonec vedlo k náhradě této metody aseptickou chirurgií. Fenol byl hlavní součástí takzvané karbolové dýmové koule, prodávané v Londýně v 19. století na ochranu proti chřipce a dalším nemocím. Začátkem 20. století ho v léčebném ústavu adventistů sedmého dne Battle Creek Sanitarium nanášeli ženám na klitoris pro zamezení masturbaci. Injekce fenolu, aplikované nejdříve nitrožilně do paže, později přímo do srdce, používali nacisté pro rychlé „ekonomické“ popravy malých skupin osob již ve 30. letech v programu eutanazie a za 2. světové války v koncentračních táborech. Při požití fenol vyvolává pálivou bolest, nekrózu sliznic, zvracení a krvavý průjem. Mezi projevy systémové toxicity patří bolesti hlavy, závratě, hypotenze, komorová arytmie, mělký a charakteristicky zapáchající dech, pobledlost až cyanóza. Mohou se objevit excitace a křeče, ale brzy nastupuje útlum až bezvědomí. Za příčinu smrti ve vysokých dávkách se považuje tlumivý účinek na centrální nervovou soustavu, za smrtelnou se pokládá dávka od 1 do 12 gramů.

Sir Lister

Plachý, skromný, nábožensky založený muž, povznesený nad společenský úspěch a finanční zisk – takový prý byl Joseph Lister. Od dětství bojoval s koktavostí, takže jeho mluvený projev byl ještě žalostnější než písemný. Nadšení pro práci i urputnost v prosazování jejích výsledků mu však brzy vynesly namísto posměchu uznání. V roce 1870 zdařile operoval pod ochranou karbolové sprchy podpažní absces královny Viktorie. Ačkoli se přízni panovnice netěšil dlouho, neboť odmítl veřejně odsoudit pokusy na zvířatech, nemohl si přát lepší reklamu. Mimořádně oblíben byl také u studentů, ačkoli se na přednášky vždy dostavoval s velkým zpožděním; jeho přesvědčivost při demonstracích však posluchače fascinovala. Když mu v roce 1877 nabídli místo profesora na londýnské King's College, podepsalo na 700 mediků z Edinburské univerzity, kam se Lister po působení v Glasgow vrátil jako nástupce svého tchána Jamese Symea, petici s výzvou k jeho setrvání. Lákavé nabídce však nedokázal odolat a nakonec se dočkal mnoha poct. Roku 1895 se stal prezidentem Královské společnosti (Royal Society for the Improvement of Natural Knowledge), rok nato prezidentem Britské lékařské společnosti, v roce 1897 byl povýšen do šlechtického stavu a roku 1902 obdržel řád britského impéria Za zásluhy.

Manželku Agnes, jež mu byla velkou oporou v práci a výzkumech, ztratil v roce 1893; zemřela v 59 letech v Itálii během jedné z nemnoha dovolených, kterou si pár dopřál. Sám Lister byl v pokročilém věku stižen mrtvicí, přesto zcela nerezignoval na společenský život. Zemřel 10. února 1912 na svém letním sídle ve Walmeru v hrabství Kent a po obřadu ve Westminsterském opatství jej pochovali na hřbitově v londýnské čtvrti Hampstead.

Satisfakce od krále

Ještě před smrtí se mu dostalo mimořádné satifakce z úst krále Eduarda VII., jenž v roce 1902 na trůnu Spojeného království vystřídal zesnulou královnu Viktorii, svou matku. Před korunovací ho stihl zánět slepého střeva a bylo mu navrženo operativní odstranění apendixu. Chirurgický zákrok však tehdy nebyl metodou léčby apendicitidy kvůli rizikům provázejícím anestezii a septickým komplikacím, a na zánět slepého střeva se proto často umíralo. Eduard radikální operaci podstoupil. Prováděl ji Frederik Treves s využitím antiseptických opatření navržených Listerem. Zdařila se a král prý Listerovi později řekl: „Dobře vím, že kdyby nebylo vás a vaší práce, dneska bych tady neseděl.“

Ivana Staňková

Jennerův ústav preventivního lékařství v Londýně, pojmenovaný po objeviteli imunizace proti viru pravých neštovic Edwardu Jennerovi, byl v roce 1899 přejmenován na **Listerův**. Po průkopníkovi antiseptické chirurgie je nazván i rod grampozitivních tyčinkovitých bakterií *(Listeria)*. Listerovo jméno nese také ústní voda, vyráběná již od roku 1879.

Osobnosti české medicíny
vážně i nevážně

doc. MUDr. Adolf Fürst
(2. 2. 1898 Veselí nad Lužicí – 8. 9. 1967 Říčany)

Jeden z nejoblíbenějších venkovských primářů, učitel mnoha generací chirurgů. Maturoval na třeboňském gymnáziu, lékařskou fakultu dokončil v roce 1923. Hned po promoci se stal operačním elévem na II. chirurgické klinice u profesora Rudolfa Jedličky, po dvou letech zde již byl honorovaným asistentem. V roce 1934 byl habilitován z patologie a terapie chorob chirurgických. Krátce poté nastoupil jako primář chirurgie a zároveň ředitel nemocnice v Benešově, kterou vedl dvacet let. Jeho zásluhou byla benešovská nemocnice rozšířena o několik nových primariátů na vysoké úrovni, sám vychoval mnoho výborných chirurgů. Ve spolupráci s architektem Adámkem zrealizoval projekt nového moderního chirurgického pavilonu, který byl otevřen v roce 1937.

Specializoval se na operace gastrointestinálního traktu a na gerontologii. Patřil k nejpopulárnějším osobnostem nejen Benešova, ale i širokého okolí. Za války prokázal svůj neohrožený postoj k okupantům a po uzavření našich vysokých škol přijal do ústavu jinde odmítnuté mediky. Sám byl nějakou dobu vězněn gestapem. V roce 1958 za komunistické perzekuce byl nucen nedobrovolně odejít do penze. Trpce nesl přerušení své práce v nemocnici, kterou budoval i odborně neustále zlepšoval a byl jí zcela oddán. Po přestěhování do Říčan ještě pracoval jako odborný lékař na zdravotním středisku v Praze.

Na konci narkózy

Na benešovském chirurgickém oddělení primáře Fürsta byl operován místní velký sedlák. Operoval ho zástupce pana primáře, narkózu dával tehdy ještě medik, pozdější primář – anesteziolog MUDr. Mertl.

Pacient se po operaci pozvolna probíral z narkózy. Zřejmě se mu zdálo, že je na svých polích se svým milovaným spřežením, a nahlas zavolal: „Prrr, voli.“

Vtom vešel na operační sál sám primář MUDr. Adolf Fürst. Zaslechl volání operovaného a zarazil se. Chtěl zjistit, jak je pacient orientovaný, a tak se zeptal: „Kde jste, pane Hruško?“

Pacient se během krátké doby probral úplně: „Na chirurgii v Benešově, u pana docenta Fürsta.“

A lékařům dalo dost vysvětlování, aby pana docenta přesvědčili, že pacient byl krátce předtím opravdu ještě v rauši po odeznívající narkóze.

Pohoštění pro panstvo

Benešovský primář chirurgie docent Adolf Fürst kdysi pozval k nějakému jubileu řadu profesorů z fakulty a jiných význačných hostů na hon na Konopiště. K tomu samo sebou patřilo i pohoštění v benešovské nemocnici.

Pohoštění bylo připraveno v jídelně, ale pan docent nejdříve zavezl hosty na prohlídku zámku. V tu chvíli mladí kolegové z chirurgie v čele s doktorem Frýzou zavolali na internu: „Kluci, tady je jídla, mrskněte sebou a přijďte!“

Mladí lékaři z interny, včetně fiškusujících mediků, se nedali dlouho pobízet. Když byli v nejlepším a připravené pohoštění začalo mizet v jejich žaludcích, objevil se ve dveřích sálu pan docent Fürst se svými hosty. Zadupal a vykřikl: „Ven!“ A nezvaní hosté se nenápadně trousili podél zdí z místnosti, aby vzbudili co nejmenší pozornost.

Nakonec se celkem nic nestalo. Pan docent to bral s humorem, objednalo se doplnění obsahu talířů a mis, nikdo z toho nedělal aféru…

MUDr. Svatopluk Káš

Inzerce A121001966

Ples lékařů českých

Poslední lednovou sobotu se v pražském Paláci Žofín konal 16. reprezentační ples lékařů českých. Akci pořádala Česká lékařská komora společně s Lékařským odborovým klubem – Svazem českých lékařů (LOK-SČL).

V rámci plesu byla již tradičně předána Cena LOK-SČL za statečnost. Poprvé v historii ji obdržel zahraniční lékař – cenu za rok 2011 z rukou předsedy LOK-SČL MUDr. Martina Engela převzal předseda slovenského Lekárskeho odborového združenia MUDr. Marian Kollár. Důvodem pro udělení ceny jsou „statečné postoje doktora Kollára a jeho úspěšný boj proti likvidaci veřejného zdravotnictví na Slovensku".

Hudební doprovod pro účastníky plesu zajistil orchestr Václava Hybše, ABBA Stars Revival, Bingo Band, zazpívala Anna K. Přítomní si přišli na své také při diskotéce DJ Miloše Skalky či akrobatickém rokenrolu taneční školy KOLB Dance Praha. O předtančení se postarala taneční škola Krok z Hradce Králové a plesem provázel moderátor Aleš Cibulka. **(eta)**

Martin Engel předává cenu Marianu Kollárovi.

Zatančil si i prezident ČLK Milan Kubek s chotí.

Prezidenti České lékařské komory a České lékárnické komory Milan Kubek a Lubomír Chudoba

Profesoři Pavel Klener a Tomáš Zima

Foto: 4x Leoš Chodura

Zdravotní benefity pohybových aktivit

V Akademickém klubu 1. LF UK byla slavnostně pokřtěna publikace „Zdravotní benefity pohybových aktivit – monitorování, intervence evaluace". Knihu vydalo nakladatelství Karolinum.

Autoři knihy profesoři Lubomír Dobrý a Jan Hendl. | Foto: Leoš Chodura

Hlavními autory jsou prof. RNDr. Jan Hendl, CSc., a prof. PhDr. Lubomír Dobrý, CSc. – oba působí na Fakultě tělesné výchovy a sportu UK a na knize spolupracovali s lékaři z 1. lékařské fakulty UK. Novou knihu společně pokřtili děkan 1. LF UK prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., a děkan FTVS UK doc. PhDr. Vladimír Süss, CSc.

Na příkladu vztahu pohybových aktivit a chronických nepřenosných nemocí kniha demonstruje současné metody intervenčních programů zaměřených na změnu chování a založených na vědecky doložených faktech. Čtenář se dozví o významu benefitů pohybových aktivit pro zdraví mládeže i dospělých a o pohybové nedostatečnosti jako rizikovém faktoru ohrožujícím lidské zdraví. Podrobný výklad je věnován základním konceptům a metodám, které se uplatňují při plánování, implementaci a evaluaci intervenčních programů podpory pohybové aktivnosti. Výzkumy interakce výživy a pohybových aktivit v prevenci závažných onemocnění přispívají k integraci obou poznatkových oblastí – pohyb je schopen eliminovat některé negativní vlivy výživy a v kombinaci s dietou významně snížit výskyt cukrovky a kardiovaskulárních i nádorových onemocnění. **(jj)**

Novinky v léčebně Metylovice

Odborný léčebný ústav Metylovice se může pochlubit bezbariérovým vstupem do prostor krytého bazénu, masážní vířivé vany, sauny, do nově vybudované solné jeskyně i do přilehlých prostor, které dříve byly pro děti na vozíčku zcela nedostupné.

Rekonstrukce tak umožní dětem s dětskou mozkovou obrnou a s poruchami pohybového aparátu využívání bazénu a dalších procedur. Akce byla realizována za přispění Nadačního fondu Evraz. Slavnostní kolaudace proběhne ve čtvrtek 16. února v 9 hodin.

Historie Odborného léčebného ústavu Metylovice se začala psát v roce 1949, kdy byla do obce Metylovice v Moravskoslezských Beskydech přemístěna zotavovna z Janských lázní. V průběhu let došlo k mnoha změnám, nejen v názvu zdravotnického zařízení (dříve Beskydské dětské sanatorium), ale zejména v jeho charakteru a provádění léčebných činností. Těmto změnám předcházely rekonstrukce, modernizace a dostavby. Zařízení bylo vybaveno moderní lékařskou technikou a doplněno odborným personálem.

V sanatoriu se léčí děti nejen s poruchami pohybového aparátu, ale i s dýchacími problémy, obezitou či vadami držení těla. Poskytuje ústavní i ambulantní léčebně-preventivní péči pacientům s poruchami zdraví, které mají vleklý průběh a potřebují zvláštní odbornou péči s výrazným rehabilitačním zaměřením. **(red)**

Kniha Fibrilace síní pokřtěna na kardiologickém sjezdu

Na sjezdu pracovní skupiny pro arytmie a kardiostimulaci České kardiologické společnosti a Slovenskej asociácie srdcových arytmií konaném 30. ledna ve Zlíně byla pokřtěna publikace „Fibrilace síní".

Autorem knižní novinky je kolektiv pod vedením přednosty 1. interní – kardiologické kliniky LF UP a FN Olomouc doc. MUDr. Miloše Táborského, CSc. „Fibrilace síní" je prvním svazkem nové edice „Postgradualní medicína", založené v rámci divize Medical Services nakladatelství Mladá fronta. První ucelená učebnice týkající se problematiky fibrilace síní, komplexně zpracovaná předními českými odborníky, bude bezpochyby velkým přínosem pro vzdělávání lékařů, sester, techniků a dalších pracovníků ve zdravotnictví.

Kniha záhy bude mít i svou elektronickou verzi a bude tak průběžně aktualizována. Jejího křtu se zúčastnil hlavní autor i spoluautoři, přihlížela stovka přítomných kardiologů. **(red)**

Knihu pokřtil hlavní autor docent Miloš Táborský spolu s profesorem Josefem Kautznerem. | Foto: archiv CCL

Inzerce A121002111 ▶

DÁREK

Dieta

PRO VÁŠ ZDRAVÝ ŽIVOTNÍ STYL

MLADÁ FRONTA

Kalendář akcí odborných lékařských společností – březen 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**.

Ilustrační foto: Shutterstock

2. pražský endoskopický den a 13. endoskopický den IKEM
29. 2. 2012/Praha
Pořadatel: Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.cgs-cls.cz

Rizika klonování, pohled genetika na IVF
1. 3. 2012/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel:
Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP
Kontakt: www.detskylekar.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP
1. 3. 2012/Liberec, Ústí nad Labem
Místo konání: Clarion Grandhotel Zlatý lev (Liberec),
Best Western Hotel Vladimir (Ústí n. L)
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Dystrofie makuly a ostatní sítnice
Seminář Oční kliniky 1. LF UK a VFN
1. 3. 2012/Praha
Místa konání:
Posluchárna oční kliniky
Pořadatel: Oční klinika 1. LF UK a VFN Praha
Kontakt: http://ocni.lf1.cuni.cz/program-klinickych-seminaru

28. mezinárodní kongres SKVIMP ČLS JEP
Mozek, metabolismus a výživa – neuromuskulární problematika a intenzivní péče, metabolická kómata v intenzivní péči, neurogenní poruchy polykání a metabolické a nutriční konsekvence neurologických chorob, dietologické postupy u neurologických chorob, demence a etické aspekty nutriční terapie...
1.–3. 3. 2012/Hradec Králové
Místo konání:
Hotel Tereziánský dvůr
Pořadatelé: Společnost klinické výživy a intenzivní metabolické péče (SKVIMP) ČLS JEP, Psychiatrická společnost ČLS JEP, Česká neurologická společnost ČLS JEP, Česká internistická společnost ČLS JEP, Česká pediatrická společnost ČLS JEP, Česká gerontologická a geriatrická společnost ČLS JEP, Česká asociace sester
Kontakt: www.skvimp.cz

European congress of radiology 2012
1.–5. 3. 2012/Vídeň, Rakousko
Místo konání:
Austria Center Vienna
Pořadatel: European Society of Radiology (ESR)
Kontakt: e-mail: communications@myESR.org; www.myesr.org

Vzdělávací seminář pro praktické lékaře pro děti a dorost
Vojtova metoda, management lékařské praxe, akutní stavy v ordinaci pediatra, hematologie, infektologie
2.–3. 3. 2012/Plzeň
Místo konání:
Angelo Hotel Pilsen
Kontakt: www.solen.cz

8. konference Společnosti radiační onkologie, biologie a fyziky ČLS JEP 6. konference všeobecných sester a radiologických asistentů
Nové postupy v radiační onkologii, radioterapie v multidisciplinární onkologické léčbě
2.–3. 3. 2012/Hradec Králové
Místo konání:
Nové Adalbertinum
Pořadatelé: Společnost radiační onkologie, biologie a fyziky ČLS JEP, Klinika onkologie a radioterapie LF UK a FN Hradec Králové, Nadace Východočeská onkologie
Kontakt: http://srobf.cz

3rd Asian breast cancer congress
3.–4. 3. 2012/Bangalore, Indie
Kontakt: http://abcconline.net

20th European congress of psychiatry
3.–6. 3. 2012/Praha
Místo konání:
Prague Congress Centre
Pořadatel: European Psychiatric Association (EPA)
Kontakt: www2.kenes.com/epa

Seklův večer
Přednáškový večer Ústavu biologie a lékařské genetiky 1. LF UK a VFN: Od experimentu ke genetickým aspektům lidských chorob
5. 3. 2012/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel:
Spolek lékařů českých v Praze
Kontakt: www.cls.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP
5. 3. 2012/Zlín
Místo konání:
Aula SZŠ, Zlín-Příluky
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Řešení konfliktů v pracovním týmu
Typy konfliktů a techniky pro jejich odhalení, pochopení jejich důvodů a pozitivní řešení
5. 3. 2012/Plzeň
Místo konání: oddělení dalšího vzdělávání FN Plzeň – Lochotín
Pořadatelé: oddělení dalšího vzdělávání FN Plzeň, základní organizace FN 1 Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR
Kontakt: www.fnplzen.cz

Advances and controversies in B-vitamins and choline
5.–8. 3. 2012/Lipsko, Německo
Kontakt:
www.b-vitamins-conference.de

IASGO CME postgraduate course
5.–9. 3. 2012/Praha
Místo konání:
Ústřední vojenská nemocnice
Pořadatelé:
International Association of Surgeons, Gastroenterologists and Oncologists (IASGO), Ústřední vojenská nemocnice Praha
Kontakt: www.sgo-cls.cz

Neuroinfekce dětského věku
6. 3. 2012/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Společnost infekčního lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.infekce.cz

Mezikrajský seminář Plzeňského a Karlovarského kraje
7. 3. 2012/Klatovy
Místo konání: Klatovská nemocnice, přednáškový sál
Pořadatel: Česká společnost klinické biochemie ČLS JEP
Kontakt: MUDr. Richard Pikner, Ph.D.; tel.: 777 170 672; e-mail: pikner@nemkt.cz; www.cskb.cz; www.nemkt.cz

Večer ortopedů FN Plzeň
7. 3. 2012/Plzeň
Pořadatelé: Spolek lékařů ČLS JEP v Plzni, Klinika ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí LF UK a FN Plzeň,
Kontakt: www.fnplzen.cz

Řešení konfliktů v pracovním týmu
Typy konfliktů a techniky pro jejich odhalení, pochopení jejich důvodů a pozitivní řešení
8. 3. 2012/Plzeň
Místo konání: oddělení dalšího vzdělávání FN Plzeň – Lochotín
Pořadatelé: oddělení dalšího vzdělávání FN Plzeň, základní organizace FN 1 Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR
Kontakt: www.fnplzen.cz

Alergie 2012
8. 3. 2012/Praha
Místo konání: Hotel Diplomat
Pořadatel:
Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP
Kontakt: prof. MUDr. Václav Špičák, CSc.; tel.: 266 082 607; e-mail: vspicak@email.cz; www.csaki.cz

17. postgraduální diabetologický seminář
9.–10. 3. 2012/Brno
Místo konání:
Hotel Holiday Inn
Pořadatel: Diabetologické centrum 2. interní kliniky LF MU a FN u sv. Anny v Brně
Kontakt:
MUDr. Jindřich Olšovský, Ph.D.; e-mail: diab.centrum@fnusa.cz; www.diabrno.cz

13th European congress: Perspectives in lung cancer
9.–10. 3. 2012/
Amsterdam, Nizozemsko
Kontakt: http://perspectivesinlungcancer.com/2012

16. hradecké gastroenterologické a hepatologické dny
9.–10. 3. 2012/Hradec Králové
Pořadatel:
LF UK a FN Hradec Králové
Kontakt: www.voleman.cz/hghd

SERVIS

4th sarcoma and GIST conference
9.–10. 3. 2012/Milán, Itálie
Pořadatel: European Society for Medical Oncology (ESMO)
Kontakt: www.esmo.org/events/sarcoma-gist-2012-conference.html

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP
10. 3. 2012/Praha, Plzeň, Karlovy Vary
Místa konání: Lékařský dům (Praha), Šafránkův pavilon (Plzeň), sanatorium Saint Marttel (Karlovy Vary)
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Vzdělávací seminář OSPDL ČLS JEP
10. 3. 2012/Praha
Místo konání: Hotel Krystal
Pořadatel:
Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP
Kontakt: www.detskylekar.cz

Novinky v neodkladné péči – kurz
10. 3. 2012/Praha
Místo konání: Klub ČLK
Pořadatel:
Česká lékařská komora
Kontakt: www.lkcr.cz

European vascular course 2012
11.–13. 3. 2012/
Maastricht, Nizozemsko
Kontakt: e-mail: info@congresscompany.com; www.vascular-course.com

Pelnářův večer
Přednáškový večer 2. interní kliniky 1. LF UK a VFN: Kardiomyopatie
12. 3. 2012/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel:
Spolek lékařů českých v Praze
Kontakt: www.cls.cz

Psychologie dětí a dospělých
Supervizní kazuistický seminář
13. 3. 2012/Olomouc
Místo konání:
Dětská klinika LF UP a FN Olomouc, 5. patro, sekretariát oddělení klinické psychologie
Pořadatelé: Klinika psychiatrie LF UP a FN Olomouc, oddělení klinické psychologie FN Olomouc
Kontakt: www.fnol.cz

14. motolské dny
Vzácné nádory, diagnostika, léčba a dispenzarizace
13.–14. 3. 2012/Praha
Místo konání:
budova ředitelství, kinosál
Pořadatelé: radioterapeuticko-onkologické oddělení FN Motol, onkologické oddělení Thomayerovy nemocnice, Česká onkologická společnost ČLS JEP, Společnost radiační onkologie, biologie a fyziky ČLS JEP, koloproktologická sekce České chirurgické společnosti ČLS JEP
Kontakt: www.linkos.cz; www.motolskedny.cz

Večer Šiklova patologicko-anatomického ústavu FN Plzeň
14. 3. 2012/Plzeň
Pořadatel:
Spolek lékařů ČLS JEP v Plzni
Kontakt: www.fnplzen.cz

20. Bárdošov memoriál
Reprodukčné zdravie
14. 3. 2012/Bratislava
Pořadatel:
Slovenská gynekologicko-pôrodnícka spoločnosť SLS
Kontakt: www.sgps.sk

Klinická farmacie v paliativní medicíně
Certifikovaný kurz – nástavbové specializace Paliativní medicína. Témata: analgetika, antidepresiva, antipsychotika, farmakoterapie delirií (kazuistiky), bisfosfonáty (rozdíly mezi jednotlivými zástupci, výběr, kazuistiky)
14.–15. 3. 2012/Rajhrad
Místo konání: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa
Pořadatel: Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP
Kontakt:
www.charitarajhrad.cz

Mozkomíšní mok – pracovní konference
Likvorová diagnostika postižení CNS, algoritmus likvorologického vyšetření, cytologie likvoru, vyšetření likvoru u pacientů s mozkovou kryptokokózou
15. 3. 2012/Vsetín
Místo konání: Zámek Vsetín
Pořadatel: sekce biochemických laborantů České společnosti klinické biochemie ČLS JEP
Kontakt: Marta Machálková; tel.: 571 818 662; e-mail: machalkova@nemocnice-vs.cz; www.cskb.cz

Sociální fobie
Seminář
15. 3. 2012/Olomouc
Místo konání: FN Olomouc, posluchárna kliniky psychiatrie
Pořadatel: Klinika psychiatrie LF UP a FN Olomouc
Kontakt: www.fnol.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP
15. 3. 2012/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

24. regionální dermatovenerologický seminář
Pokroky v diagnostice a léčbě
15. 3. 2012/Brno
Pořadatelé: Česká dermatovenerologická společnost ČLS JEP, Česká akademie dermatovenerologie, Dermatovenerologická klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně, Dermatovenerologická klinika LF MU a FN Brno
Kontakt: prof. MUDr. Vladimír Vašků, CSc.; e-mail: vladimir.vasku@fnusa.cz; www.lfhk.cuni.cz/dermat

Kožní alergické reakce anafylaktického typu a lékové exantémy – kurz
16. 3. 2012/Praha
Místo konání: Hotel Ilf
Pořadatel: Katedra dermatovenerologie IPVZ
Kontakt: www.ipvz.cz

15. olomoucká dermatologická konference
16. 3. 2012/Olomouc
Pořadatel:
Klinika chorob kožních a pohlavních LF UP a FN Olomouc
Kontakt: doc. MUDr. Dagmar Dittrichová, CSc.; e-mail: dagmar.dittrichova@fnol.cz; www.lfhk.cuni.cz/dermat

Řešení konfliktů v pracovním týmu
Typy konfliktů a techniky pro jejich odhalení, pochopení jejich důvodů a pozitivní řešení
16. 3. 2012/Plzeň
Místo konání: oddělení dalšího vzdělávání FN Plzeň – Bory
Pořadatelé: oddělení dalšího vzdělávání FN Plzeň, základní organizace FN 1 Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR
Kontakt: www.fnplzen.cz

Ostravský den preventivní pediatrie s mezinárodní účastí
Tuberkulóza u dětí, screening metabolických vad u novorozenců a dětí, péče o dechovou mechaniku u dětí s bronchiálním astmatem, předcházení dětským úrazům...
16. 3. 2012/Ostrava
Místo konání:
Clarion Congress Hotel
Pořadatelé: Městská nemocnice Ostrava, Česká pediatrická společnost ČLS JEP, Spolek lékařů Ostrava, Česká lékařská komora, Univerzita T. Bati Zlín
Kontakt:
prof. MUDr. Jaroslav Slaný, CSc.; e-mail: jaroslav.slany@mnof.cz; www.pediatrie-ostrava.cz

5. mezioborové setkání diabetologů, psychiatrů a psychologů
Téma: Proč je tak těžké dodržovat redukční dietu?
16.–17. 3. 2012/Praha
Místo konání: Hotel Belvedere
Pořadatel:
Diabetologické centrum 1. interní kliniky LF UK a FN Plzeň
Kontakt: MUDr. Zdeněk Jankovec; tel.: 377 103 512; e-mail: jankovec@fnplzen.cz; www.diab.cz

Workshop párové terapie
Teoretické přednášky, „živá“ demonstrace klinické práce se skutečnými páry a následná diskuse s účastníky
16.–17. 3. 2012/Brno
Místo konání: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
Pořadatelé:
Česká společnost pro gestalt psychoterapii, Institut Dialog ČR
Kontakt: www.csgt.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP
17. 3. 2012/Brno, Olomouc
Místa konání: Kancelář veřejného ochránce práv (Brno), aula Právnické fakulty UP (Olomouc)
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

6. konference sester při ČSAKI ČLS JEP
Pacient jako konzument multidisciplinární ošetřovatelské péče
17. 3. 2012/Praha
Místo konání: FN Motol
Pořadatelé: sekce alergoimunologických sester při České společnosti alergologie a klinické imunologie ČLS JEP (ČSAKI)
Kontakt: Mgr. Jana Zelenková; tel.: 224 436 604; e-mail: zelenkova.alergo@post.cz; www.csaki.cz

Konference SPLDD ČR
17. 3. 2012/Drnovice u Vyškova
Místo konání: Hotel Allvet
Pořadatel: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR
Kontakt: www.detskylekar.cz

EFCC Symposium 2012
Education in Clinical Chemistry and Laboratory Medicine
17.–19. 3. 2012/Praha
Místo konání: Ústav dějin lékařství a cizích jazyků 1. LF UK
Pořadatelé:
European Federation of Clinical Chemistry (EFCC), Česká společnost klinické biochemie ČLS JEP
Kontakt: prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc.; tel.: 224 962 841; e-mail: tomas.zima@lf1.cuni.cz; www.education2012efcc.cz

Workshop párové terapie
Teoretické přednášky, „živá“ demonstrace klinické práce se skutečnými páry a následná diskuse s účastníky
18.–19. 3. 2012/Brno
Místo konání: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů
Pořadatelé:
Česká společnost pro gestalt psychoterapii, Institut Dialog ČR
Kontakt: www.csgt.cz

PAPSA 2012 Congress
18.–21. 3. 2012/Kapské Město, JAR
Pořadatel:
Pan African Association of Paediatric Surgeons (PAPSA)
Kontakt: www.papsa2012.com

Syllabův večer
Přednáškový večer Centra diabetologie IKEM
19. 3. 2012/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel:
Spolek lékařů českých v Praze
Kontakt: www.cls.cz

2. kurz dětské flexibilní bronchoskopie
19.–21. 3. 2012/Praha
Místo konání: FN Motol
Pořadatelé:
Česká společnost dětské pneumologie ČLS JEP, 2. LF UK
Kontakt: prof. MUDr. František Kopřiva, Ph.D.; e-mail: frantisek.kopriva@fnol.cz; www.detskapneumologie.cz

16. vědecké zasedání MR sekce ČRS ČLS JEP
Kazuistiky, informace z pracovišť, přehledná výuková sdělení
20.–22. 3. 2012/Harrachov
Místo konání: Hotel Sklář
Pořadatelé:
MR sekce České radiologické společnosti ČLS JEP, Radiologická klinika LF MU a FN Brno
Kontakt: www.crs.cz

32nd international symposium on intensive care and emergency medicine
20.–23. 3. 2012/Brusel, Belgie
Kontakt: www.intensive.org

(sta)

NOVÉ KNIHY

Petr Dítě a kol.

Farmakoterapie v gastroenterologii

Rozsah: 262 stran
Cena: 490 Kč
ISBN: 978-80-7262-704-2
Vydavatel: Galén

Farmakoterapie patří v medicíně stále mezi tzv. *ars medici*. Nové diagnostické metody často umožňují nejen zpřesnit diagnózu řady chorob, ale následně také volit efektivní a přitom cílené farmakoterapeutické přístupy. Monografie je výběrem některých okruhů farmakologické léčby v oboru, kde má tato terapie mezi léčebnými metodami zásadní podíl. Proto vznikla i potřeba zpracovat její principy jak u chorob obecně známých, tak u stavů v gastroenterologické praxi méně častých, jako jsou některé nemoci pankreatu nebo neuroendokrinní nádory.

Miroslav Penka, Eva Tesařová a kol.

Hematologie a transfuzní lékařství I

Hematologie

Rozsah: 488 stran
Cena: 549 Kč
ISBN: 978-80-247-3459-0
Vydavatel: Grada

Dvoudílná publikace je specificky zaměřena na hematologickou a v hematologii používanou laboratorní diagnostiku. Obsahuje i poznatky a informace pro společný atestační obor transfuzního lékařství, dále molekulární biologii, imunocytologii a další. V první části je zpracována hematologická problematika, v druhé pak transfuziologická. Každá má bohatou obrazovou přílohu, v prvním dílu čtenář najde 110 fotografií, 26 obrázků a více než 100 tabulek a názorných schémat.

Kamila Ševela, Pavel Ševčík a kol.

Akutní intoxikace a léková poškození v intenzivní medicíně

2., doplněné a aktualizované vydání

Rozsah: 328 stran
Cena: 495 Kč
ISBN: 978-80-247-3146-9
Vydavatel: Grada

V přepracovaném vydání publikace pro lékaře-intenzivisty, internisty, anesteziology, praktické lékaře a lékaře RZP čtenář najde v obecné části kromě souhrnu hlavních klinických příznaků, laboratorních nálezů a seznamů antidot pro jednotlivé toxické látky i základní léčebné postupy u akutních otrav a způsoby hodnocení účinnosti metod eliminace otravné látky z krevního kompartmentu. Ve speciální části jsou probrány otravy výrobky chemického průmyslu, léky, návykovými látkami, kontrastními látkami, houbami, dále problematika hadího uštknutí, bodnutí hmyzem a intoxikací v těhotenství.

Barbora Jindrová, Martin Stříteský, Jan Kunstýř a kol.

Praktické postupy v anestezii

Rozsah: 200 stran
Cena: 289 Kč
ISBN: 978-80-247-3626-6
Vydavatel: Grada

Anesteziologické postupy u základních chirurgických výkonů a praktické postupy pro vybrané situace z anesteziologické praxe tvoří náplň didaktické publikace. Kniha nabízí celkem 67 postupů, které jsou doporučeny jako odborné standardy.

Miroslav Hirt a kol.

Tupá poranění v soudním lékařství

Rozsah: 184 stran
Cena: 259 Kč
ISBN: 978-80-247-4194-9
Vydavatel: Grada

Tupá poranění vznikají různě intenzivním působením tupého předmětu, a to buď přímo, tedy v místě kontaktu předmětu, nebo nepřímo přenesením energie na místo vzdálenější (např. zlomeniny kostí). Můžeme je dělit podle různých kritérií, například dle závažnosti, přítomnosti porušení kožního krytu či hloubky s možností poranění vnitřních orgánů. Rozsah a typ poranění závisí na vlastnostech zraňujícího předmětu a vlastnostech zasažené tkáně… Knihu sepsalo 20 předních odborníků ze sedmi center České i Slovenské republiky. Publikace je doplněna cca 50 názornými a didaktickými ilustracemi.

Viera Bajčiová, Jaroslav Štěrba, Jiří Tomášek a kol.

Nádory adolescentů a mladých dospělých

Rozsah: 400 stran
Cena: 745 Kč
ISBN: 978-80-247-3554-2
Vydavatel: Grada

Publikace se věnuje specifické problematice maligních onemocnění u mladé generace vymezené věkem 15–25 (29) let. Poskytuje komplexní pohled na epidemiologii, etiologii, klinickou prezentaci a chování jednotlivých typů nádorů a hematologických malignit. Klade důraz na věkově specifické rozdíly a shrnuje současné poznatky o biologii a patogenezi jednotlivých zhoubných nemocí. Srovnává nádory u adolescentů nejen s nádory u dětí, ale i starší generace dospělých. Autoři věnují pozornost i psychologii dospívajících jako faktoru, který často výrazně ovlivní toleranci a průběh léčby. Součástí monografie je rovněž problematika podpůrné léčby a pozdních následků onkologické terapie, které mohou výrazně ovlivnit kvalitu života onkologicky vyléčeného mladého člověka.

Jara Hornová

Oční propedeutika

Rozsah: 112 stran
Cena: 199 Kč
ISBN: 978-80-247-4087-4
Vydavatel: Grada

Publikace nabízí stručný přehled anatomie zrakového systému, popisuje jak fyziologické, tak patologické nálezy. Podrobně jsou popisovány a dokumentovány běžné vyšetřovací postupy i funkční vyšetření a postup při základním ošetření pacienta.

Petra Mandincová

Psychosociální aspekty péče o nemocného

Onemocnění štítné žlázy

Rozsah: 128 stran
Cena: 169 Kč
ISBN: 978-80-247-3811-6
Vydavatel: Grada

Nemoci štítné žlázy patří k poměrně častým chronickým onemocněním a nejčastějším onemocněním endokrinního systému vůbec, ovšem jejich psychologické a psychosociální souvislosti bývají často opomíjeny. Kniha se věnuje právě jim. Najdeme v ní i vymezení širších otázek zdraví a nemoci z pohledu psychosomatické medicíny, behaviorální medicíny a psychologie zdraví a přehled onemocnění štítné žlázy včetně možností jejich diagnostiky a terapie. Dotýká se i otázek zátěže a stresu v patogenezi hypertyreózy, kvality života a osobností pacientů s onemocněním štítné žlázy, podává přehled výzkumů realizovaných u českých pacientů, zamýšlí se nad možnostmi psychologických a psychosociálních postupů a prostředků při léčbě tohoto onemocnění.

Luděk Daneš

Předčasná ejakulace

Rozsah: 80 stran
Cena: 129 Kč
ISBN: 978-80-247-3915-1
Vydavatel: Grada

Předčasná ejakulace je po poruchách erekce druhou nejčastější sexuální poruchou, kterou trpí zejména mladší muži. Úspěšnost její terapie se v posledních letech s vývojem nových psychofarmak, zejména antidepresiv, výrazně zlepšila. Publikace komplexně shrnuje nové poznatky o příčinách, diagnostice a léčbě této poruchy. Je určena sexuologům, urologům, andrologům, psychologům i lékařům dalších oborů, jimž poslouží jako předatestační zdroj informací.

Jiří Růžička (ed.)

Komunitní a skupinová psychoterapie v české perspektivě

Rozsah: 344 stran
Cena: 349 Kč
ISBN: 978-80-7387-467-4
Vydavatel: Triton

Práce představuje tři významné proudy a čtyři školy pracující s tématem komunitní a skupinové terapie. V úvodu je věnována pozornost nejstarší tradici, kterou zastupuje jednak Skálův terapeutický program pro závislé pacienty, jednak Knoblochův systém, původně určený pro léčbu neuróz. Skálův program se rozvinul do psychoterapeutického výcviku známého pod názvem SUR, který vzešel ze spolupráce Skály, Urbana a Rubeše. Knobloch svůj léčebný koncept praktikoval v 60. letech minulého století, později jej dále rozvíjel v Kanadě. Jeho výcvikový program se u nás uplatnil až na konci 90. let 20. století pod názvem Výcvik v integrované psychoterapii. Oddělení komunity od skupiny a následný vznik dvou relativně nezávislých útvarů přináší řadu možností. Systém SUR se ukazuje jako pružnější a variabilnější. Knobloch ovšem ovlivnil SUR svou psychoanalyticky pojatou skupinovou terapií, která se stala základem skupinové části výcviku.

O SUR a možnostech inspirace jejími myšlenkami pojednává první část knihy z pera autorů Kocábové, Poněšického, Kaliny a Růžičky. Integrovanou psychoterapií jako paralelou SUR se zabývá kapitola F. Knoblocha a I. Enachescuové-Hroncové. Technicky precizní pojmy ze skupinové analýzy předkládá a vysvětluje šest autorů (M. Hošková, P. Junek, K. Koblic, O. Pěč, I. Růžičková a L. Vrba). Do této části byla ještě zařazena kapitola H. Klímové o malé lidské skupině v době postkolektivismu. Poslední část je celá věnována daseinsanalýze v pojetí jejích představitelů O. Čálka. L. Horáka, J. Růžičky, mladší generaci zde zastupuje J. Zlámaný.

Lexikon revmatologie pro sestry

Autorky MUDr. Marta Olejárová, CSc., a Jana Korandová z Revmatologického ústavu v Praze vytvořily abecedně řazený „Lexikon revmatologie pro sestry“, který poskytuje přehled informací o nejčastějších revmatických onemocněních.

První část knihy je věnována zásadám edukace pacientů v revmatologii. Pozornost je zaměřená na jednotlivá edukační témata, která významnou měrou ovlivňují běžný život člověka postiženého revmatologickým onemocněním. Autorky stručně a přehledně poskytují erudované rady zdravotníkům tak, aby byli schopní poradit svým pacientům jakým způsobem se s chorobou vyrovnat a naučit žít. Cílem je zvládnutí negativních důsledků, a to zejména bolesti, poruch spánku, únavy, kloubních a mimokloubních problémů. Věnuje se také otázkám udržení kondice muskuloskeletálního aparátu, optimální výživy, péče o kůži, sebeobsluhy a aktivit každodenního života pacienta i jeho blízkých, včetně používání kompenzačních a ortopedických pomůcek a užívání léků. Důležitým tématem je ochrana kloubů a prevence pádů. Publikace obsahuje i rady týkající se vztahových rolí – hledání uplatnění v rodině a ve společnosti, v zaměstnání, v domácnosti, ve studiu i při zábavě. Edukace zasahuje do problematiky vnímání vlastní osobnosti, nejpalčivější je vzhled těla a sebehodnocení. Nastiňují problematiku související s intimním životem, včetně otázek spojených se sexem, přípravou na mateřství, výchovou a péčí o dítě.

Od etiologie až po plán péče

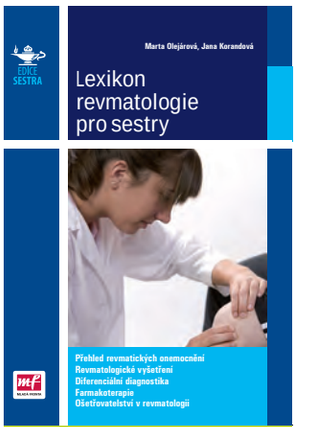
Po první části následuje rozsáhlý heslovitě seřazený lexikon, který se věnuje jednotlivým onemocněním. Naleznete v něm krátce popsanou etiologii, epidemiologii, etiopatogenezi, klinický obraz onemocnění, laboratorní i další vyšetření a nálezy, terapii, plán ošetřovatelské péče a konkrétní rady na co se zaměřit při edukaci pacienta. Kromě onemocnění jsou zde stručně popsané jednotlivé léky se svými nejčastějšími indikacemi v revmatologii, nežádoucími účinky, kontraindikacemi a dávkováním.

Knihu uzavírá 7 příloh, které hodnotí aktivitu a funkční postižení u ankylozující spondylitidy a revmatoidní artritidy, únavu u chronických onemocnění a algofunkční postižení, tj. bolesti a funkce, u gonartrózy, eventuálně u koxartrózy.

Publikace má 182 stran a obsahuje 33 ilustrativních obrázků. Anatomické kresby a rentgenové snímky zachycují nejčastější patologie vyskytující se v revmatologii. Zevní symptomy, zejména v oblasti kloubů nebo kůže, které jsou navenek dobře viditelné, jsou názorně a precizně zachycené na fotografiích a dokreslují klinický obraz onemocnění. Pro úplnost jsou vyobrazené i kompenzační pomůcky, jež pomáhají v soběstačnosti lidem s deformovanými klouby.

Informace užitečné napříč obory

Příručka je vhodná pro všeobecné sestry a zdravotnické asistenty v oboru revmatologie, ortopedie, rehabilitace, neurologie, geriatrie a využití najde i u fyzioterapeutů, laborantů a nutričních terapeutů. Ocení ji rovněž studenti jak nelékařských oborů, tak i medicíny. Publikace byla sepsána zkušenou lékařkou a sestrou, což umožnilo propojit nejdůležitější medicínské a ošetřovatelské poznatky z oblasti revmatologie. Odborných, monotematických knih s abecedně řazenými hesly je na trhu nedostatek. „Lexikon revmatologie pro sestry“ má nesporně praktický přínos pro ošetřovatelskou praxi a jiné nelékařské profese. Dle mého názoru najde uplatnění u sester nejen v oboru revmatologie, ale i v ostatních oborech.



Marta Olejárová
Jana Korandová
Praha, Mladá fronta 2011
182 s.

Bc. Lenka Šeflová
vrchní sestra II. interní kliniky – gastroenterologické a hepatologické LF UP a FN Olomouc

Inzerce A121001939

Mladá fronta divize Medical Services představuje

AESKULAP

Karcinom ledviny

Česká republika má již několik let nejvyšší výskyt tohoto závažného onemocnění na světě. Během posledních 2–3 let však problematika jeho diagnostiky a především terapie prochází bouřlivým vývojem, předkládaná monografie proto zachycuje všechny tyto moderní trendy. Součástí publikace je DVD nosič, na němž zájemce nalezne ilustrativní videoprezentace.

Autoři: MUDr. Ivan Kolombo, FEBU, prof. MUDr. Tomáš Hanuš, DrSc., doc. MUDr. Karel Odrážka, Ph.D., a kolektiv

Doporučená cena 450 Kč

Kardiostimulační technika

První původní souborná, aktuální a velmi potřebná publikace věnovaná přístrojům pro řízení srdečního rytmu v českém jazyce, která čtenáře podrobně seznamuje s indikacemi pro léčbu implantabilními systémy, s aplikací těchto zdravotnických prostředků a jejich terapeutickými i diagnostickými modalitami – od základních principů po nejnovější algoritmy kardiostimulátorů a defibrilátorů.

Autor: Ing. David Korpas, Ph.D.

Doporučená cena 360 Kč

MEDICAL SERVICES
komplexní informační servis ve zdravotnictví

Při objednání na kniha.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: knihyms@mf.cz

MLADÁ FRONTA

PRÁVNÍ PORADNA

Pomaturitní studium a povinnosti zaměstnavatele

odpovídá JUDr. Pavel Zajíc

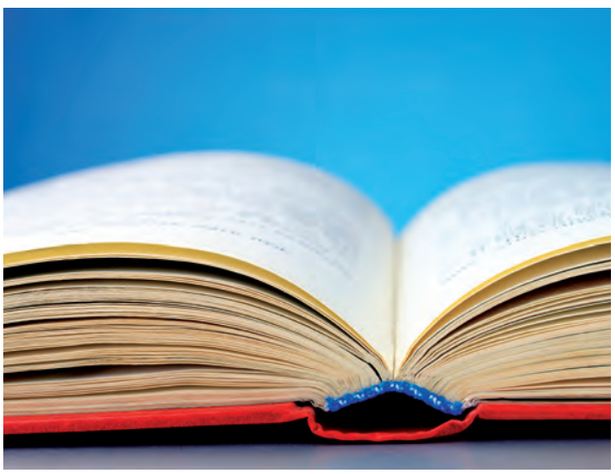
Pracuji jako zdravotní laborantka v nemocnici. Se zaměstnavatelem jsem uzavřela dodatek k pracovní smlouvě, v němž se zavazuji pracovat u něj po dobu 3 let, pokud mi zaměstnavatel bude hradit pomaturitní studium – atestaci v oboru. V průběhu studia zaměstnavatel odmítl kurz zaplatit z důvodu nedostatku finančních prostředků v nemocnici (první kurz byl uhrazen bez problémů). Druhý kurz jsem celý uhradila sama, včetně ubytování, cesty apod. Další kurz mi zaměstnavatel zaplatil, ale náklady na ubytování a cestu opět hradím já. Platí stále dodatek, který jsem podepsala? Mám nějakou šanci odstoupit od dodatku ke smlouvě?

Úvodem je třeba uvést, že zákoník práce výslovně deklaruje péči zaměstnavatele o odborný rozvoj zaměstnanců. Tento rozvoj zahrnuje mimo jiného prohlubování a zvyšování kvalifikace.

Obecná pravidla

Prohlubováním kvalifikace se rozumí její průběžné doplňování, jímž se nemění sama podstata kvalifikace a které zaměstnanci umožňuje výkon sjednané práce. Za prohlubování kvalifikace se považuje též její udržování a obnovování. Naopak zvýšením kvalifikace se rozumí změna hodnoty kvalifikace. Zvýšením kvalifikace je též její získání nebo rozšíření. Zvyšováním kvalifikace je studium, vzdělání, školení nebo jiná forma přípravy k dosažení vyššího stupně vzdělání, jestliže jsou v souladu s potřebou zaměstnavatele.

Zaměstnavatel může se zaměstnancem – k zajištění návratnosti vynaložených nákladů – uzavřít v souvislosti se zvyšováním kvalifikace tzv. kvalifikační dohodu. Její součástí je zejména závazek zaměstnavatele umožnit zaměstnanci zvýšení kvalifikace a současně také závazek zaměstnance setrvat u zaměstnavatele v zaměstnání po sjednanou dobu, nejdéle však po dobu 5 let, nebo závazek uhradit zaměstnavateli jím vynaložené náklady na zvýšení zaměstnancovy kvalifikace. Závazek zaměstnance setrvat v zaměstnání přitom začíná od zvýšení kvalifikace.



Ilustrační foto: Shutterstock

Kvalifikační dohodu je třeba uzavřít písemně a dohoda musí obsahovat druh kvalifikace a způsob jejího zvýšení, dobu, po kterou se zaměstnanec zavazuje setrvat u zaměstnavatele v zaměstnání po ukončení zvýšení kvalifikace, a konečně druhy nákladů a celkovou částku nákladů, které bude zaměstnanec povinen uhradit zaměstnavateli, pokud nesplní svůj závazek setrvat v zaměstnání. Tolik obecně ke zvyšování kvalifikace.

Když zaměstnavatel neplatí

V konkrétním dotazu se patrně jedná o zvyšování kvalifikace, ohledně které tazatelka uzavřela se zaměstnavatelem kvalifikační dohodu, a to formou dodatku k pracovní smlouvě. Podpisem tohoto dodatku zároveň zaměstnavatel potvrdil, že zvýšení kvalifikace je v souladu s jeho potřebami. Z dotazu dále vyplývá, že zaměstnavatel fakticky přestal hradit náklady (poplatky za kurzy, cestovné, ubytování) související se zvýšením kvalifikace.

Jelikož z dotazu není zřejmý bližší obsah uzavřeného dodatku k pracovní smlouvě, následující doporučení ohledně dalšího postupu vyplývají pouze z možností, které poskytuje zákoník práce. Samotný dodatek, i když není ze strany zaměstnavatele naplňován (zaměstnavatel neplatí náklady na zvyšování kvalifikace), zůstává pravděpodobně nadále v platnosti.

V takovém případně předně doporučuji projednat se zaměstnavatelem, zda je vůbec zvyšování kvalifikace i nadále v souladu s jeho potřebami. Pokud tomu tak je, bude asi nutné dohodnout s ním způsob, jak a kdy doplatí vynaložené náklady na zvýšení kvalifikace a zároveň jak zajistí, aby do budoucna tyto náklady platil řádně a včas. Jestliže však zaměstnavatel potvrdí, že zvyšování kvalifikace již není v souladu s jeho potřebou, pak je dána možnost dohodnout se s ním na ukončení kvalifikační dohody a doplacení nákladů, které tazatelka vynaložila na zvýšení kvalifikace.

Pro případ, že by zaměstnavatel odmítl v této věci dále komunikovat, patrně nezbude než začít vynaložené náklady na zvýšení kvalifikace po zaměstnavateli vymáhat. V případě skutečného zájmu zvýšit svou kvalifikaci doporučuji zároveň zvážit nalezení nového zaměstnavatele, který náklady na toto zvýšení uhradí a současně na něm bude mít, na rozdíl od stávajícího zaměstnavatele, trvalý zájem.

Vzdělávání lékařů – výkon práce, nebo překážka v práci?

odpovídá Mgr. Petra Maryšková

Účast lékařů na specializačním vzdělávání podle zákona č. 95/2004 Sb. se považuje za zvyšování kvalifikace (§ 5 odst. 10). Při účasti lékaře na odborné stáži (tzv. povinný základ a vlastní specializovaný výcvik) podle vzdělávacího programu příslušného oboru je tato nepřítomnost na pracovišti zaměstnavatele považována za výkon práce, nebo za překážku v práci?

Z formulace otázky si bohužel nejsem jista, zda v dotazu uvedená odborná stáž spadá do režimu specializačního vzdělávání (jehož účelem je získání specializované způsobilosti, atestace), či do režimu tzv. celoživotního vzdělávání (jehož účelem je obnovování vědomostí, dovedností v souladu s rozvojem oboru a nejnovějšími vědeckými poznatky).

Obě schválené účasti zaměstnance, a to jak na specializačním, tak na celoživotním vzdělávání se však dle uvedeného zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta, považují za prohlubování kvalifikace. Tedy v souladu s § 230 zákoníku práce se účast na školeních nebo jiných formách přípravy za účelem prohloubení kvalifikace považuje za výkon práce, za který tak zaměstnanci náleží plat (mzda).

Příkaz k prohlubování kvalifikace

odpovídá JUDr. Kateřina Davidová

Může zaměstnavatel nařídit zaměstnanci prohlubování kvalifikace a podpis kvalifikační dohody?

Předně je třeba vycházet z toho, že zaměstnanec je ze zákona (§ 230 odst. 2 zákoníku práce) povinen prohlubovat si kvalifikaci k výkonu práce sjednané v pracovní smlouvě. Zaměstnavatel je, dle téhož ustanovení zákoníku práce, oprávněn uložit zaměstnanci účast na školení a studiu k prohloubení kvalifikace (nebo jiných formách přípravy k prohloubení kvalifikace) s tím, že rovněž může zaměstnance požádat, aby absolvoval toto prohlubování u jiné právnické nebo fyzické osoby.

Za podmínky, že předpokládané náklady vynaložené na prohlubování kvalifikace (hradí je zaměstnavatel) dosáhnou alespoň 75 tisíc korun, je možné, nikoli povinné, mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem uzavřít kvalifikační dohodu. Zaměstnanci však v tomto případě nelze prohloubení kvalifikace uložit, a to na rozdíl od obecné úpravy prohlubování kvalifikace uvedené výše, a tudíž ani nelze vynucovat podpis kvalifikační dohody. Pokud by se jednalo o tento případ a prohloubení kvalifikace by zaměstnanec odmítl, nelze jeho odmítnutí posoudit ani jako porušení povinností s důsledky z toho vyplývajícími.

Prohlubováním kvalifikace zaměstnanec nezískává novou kvalifikaci, nemění se její podstata, pouze si průběžně doplňuje teoretické nebo praktické znalosti vztahující se k již získané způsobilosti. Při posuzování, zda se jedná o prohlubování, či zvyšování kvalifikace (které má jiná pravidla, blíže uvedená v ustanovení § 231–236 zákoníku práce), záleží hodně také na tom, jaký druh práce je sjednán v pracovní smlouvě a jaké kvalifikační požadavky nutné k výkonu práce jsou stanoveny právními předpisy, popřípadě vnitřními, zpravidla mzdovými předpisy zaměstnavatele.

Zajímavé www stránky – Addisonova nemoc

Asi nejznámějším pacientem, který se léčil s Addisonovou nemocí, byl americký prezident John F. Kennedy. Jinak se však jedná o poměrně vzácné onemocnění, se kterým se ovšem pro rozmanitost průvodních příznaků můžeme setkat v klinické praxi různých oborů. Onemocnění, jež za svůj název svědčí svému objeviteli, britskému lékaři Thomasu Addisonovi, je způsobeno sníženou produkcí kortizolu nadledvinkami.

Addison's Disease Self Help Group

www.addisons.org.uk

Tento britský portál je velmi povedeným a pravidelně aktualizovaným zdrojem informací pro pacienty s Addisonovou nemocí a jejich blízké. Autoři webu mapují novinky, které se po světě v souvislosti s tímto onemocněním objevují. Sledují nové publikace a čtenářům přinášejí základní informace o charakteru onemocnění, jeho diagnostice, léčbě či prognóze. K dispozici je i internetové fórum, kde si mohou (nejen) pacienti vyměňovat zkušenosti s touto chorobou.

European Journal of Endocrinology

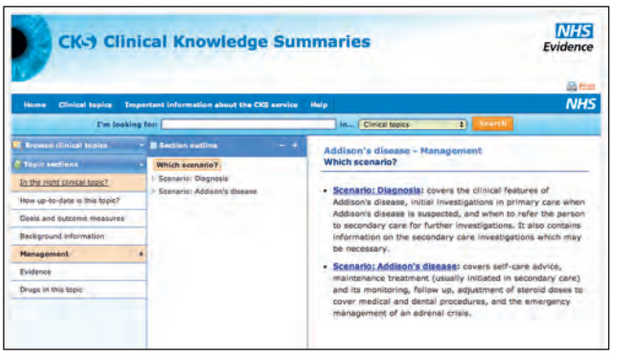
www.eje-online.org

Eurpean Journal of Endocrinology je časopis s vysokým impakt faktorem, každé nové vydání je plné aktualit ze světa výzkumu a klinické endokrinologické praxe. Internetový portál magazínu samozřejmě nabízí i bohatý archiv. Velkou výhodou časopisu je, že veškerá *review* poskytuje na svém webu zdarma v celém rozsahu. Pomocí jednoduchého vyhledávače je možné najít řadu aktuálních zpráv o výzkumu Addisonovy nemoci. Jen namátkou vybírám názvy některých článků týkajících se tohoto onemocnění: Substituční léčby kortikoidy u Addisonovy nemoci, její farmakogenetika a vliv na kostní metabolismus; Poruchy spánku u pacientů s Addisonovou chorobou; Addisonská krize u léčeného pacienta.

CKS – Addisonova nemoc

www.cks.nhs.uk/addisons_disease

Hlavním cílem portálu CKS *(Clinical knowledge summaries)* je být zdrojem informací založených na principech *evidence based medicine* a praktických zkušeností jak pečovat o pacienty s častými chorobami v primární lékařské praxi. U Addisonovy nemoci portál nabízí dva možné pohledy. První se důkladně zabývá diagnostikou nemoci – za jakých okolností na ni pomýšlet, s jakou diferenciálně diagnostickou rozvahou pracovat, jaká vyšetření zvolit, jak je provádět a zejména pak jakým způsobem interpretovat výsledky. Druhý pohled se více věnuje problematice léčebné, monitoraci terapeutické úspěšnosti a následné dispenzarizaci. Specificky je pak pojednáno o terapii addisonské krize.



National Endocrine and Metabolic Diseases Information Service

http://endocrine.niddk.nih.gov/pubs/addison/addison.aspx

Pro informace o Addisonově nemoci se můžeme vypravit i na stránky portálu National Endocrine and Metabolic Diseases Information Service – jde o projekt podporovaný americkým ministerstvem zdravotnictví. Souhrnný článek nás provede celou problematikou tohoto onemocnění nadledvinek, popíše základní pojmy, představí klinické symptomy, diagnostiku a naznačí i terapeutické postupy.

Musculoskeletal symptoms and neurological investigations in adrenocortical insufficiency

www.ismni.org/jmni/pdf/42/06KINOSHITA.pdf

Za autory tohoto článku, který byl v roce 2010 otištěn v časopisu Journal of Musculoskeletal and Neuronal Interaction, bychom se museli vypravit až do japonského Tokia. V textu je prezentována kazuistika pacienta se svalovou slabostí, u kterého byla diagnostikována adrenokortikální insuficience. K dispozici je i přehled dosavadní literatury k tomuto tématu.

MUDr. Michal Pelíšek

ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

Číslo 3/2012, www.zdn.cz

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

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

Stálí spolupracovníci redakce
Leoš Chodura, Mgr. Martin Čaban, Irena Soukupová, David Daniel, Martin Ježek, Eva Pavlatová, MUDr. Milan Novák, MUDr. Milena Lesná, prof. Ing. Jaroslav Petr

Editor/korektor
Mgr. Martin Čermák

Grafika a technické zpracování
BcA. Pavla Ortová
Bc. Karolína Hejná

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 Špinar, 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@mf.cz

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

MLADÁ FRONTA

generální ředitel
Ing. David Hurta

ředitel divize Medical Services
MUDr. Martin Hofman

kreativní ředitel
René Decastelo

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 Dytrychová

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

Vydává Mladá fronta a. s.,
sídlo: Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4
IČ: 49240315, www.mf.cz
adresa redakce:
Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN,
Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4,
sekretariát: 225 276 111, fax 225 276 222
e-mail: zdn@mf.cz

DISTRIBUCE TITULU
Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:
Postservis, Poděbradská 39, 190 00 Praha 9
tel. 800 300 302,
e-mail: predplatne.mf@cpost.cz
www.periodik.cz
Cena ročního předplatného je 590 Kč.
Objednávky do zahraničí:
Mediaservis, s. r. o., zákaznické centrum,
Vídeňská 995/63, 639 63 Brno
tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:
Mediaprint Kapa Pressegrosso, 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 dáno do tisku 9. 2. 2012
Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.
Tištěný náklad je auditován firmou Deloitte Audit, s. r. o.

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

Výběrová řízení

Vedoucí biochemické laboratoře

Ředitelka Psychiatrické léčebny Šternberk, Olomoucká č. 173,
vyhlašuje výběrové řízení na funkci:

■ Vedoucí biochemické laboratoře

Místo výkonu práce:
Psychiatrická léčebna Šternberk, Olomoucká č. 173.
Pracovní poměr:
na dobu neurčitou.
Předpokládaný nástup: 1. 4. 2012.
Podrobnosti viz: www.plstbk.cz
Kontakt: tel.: 585 085 475, e-mail: drabek@plstbk.cz

ZDN A121001742

Primář

Představenstvo Nemocnice Tábor, a. s.,
vypisuje výběrové řízení na obsazení pracovního místa:

■ Primář patologického oddělení

Požadujeme:
- VŠ vzdělání lékařského směru, specializovanou způsobilost v oboru patologie (patologická anatomie),
- 10 let odborné praxe lékaře ve zdravotnictví,
- licenci ČLK pro výkon vedoucího lékaře v oboru patologie (patologická anatomie),
- organizační a řídicí schopnosti, samostatnost,
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost,
- orientaci v ekonomice zdravotnictví.

Přihláška uchazeče musí obsahovat:
- osobní dotazník,
- profesní životopis,
- potvrzení o zdravotní způsobilosti dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- doklad o bezúhonnosti ne starší než 90 dnů,
- doklad o členství v ČLK,
- licenci ČLK,
- návrh koncepce rozvoje a řízení oddělení v písemné podobě,
- ověřené kopie dokladu o získání odborné způsobilosti k výkonu povolání lékaře dle zákona č. 95/2004 Sb., a dokladu o získané specializované způsobilosti.

Písemnou přihlášku včetně telefonického spojení a s požadovanými doklady uchazeči zašlou nejpozději do 24. 2. 2012 na adresu: Nemocnice Tábor, a. s., personální oddělení, kpt. Jaroše 2000, 390 03 Tábor. Kontakt: tel.: 381 608 210, vedoucí personálního oddělení Iva Glatzová.

Termín výběrového řízení bude uchazečům oznámen telefonicky.

ZDN A121001624

Primář

Ředitel Ústřední vojenské nemocnice Praha
vypisuje výběrové řízení na obsazení vojenského systemizovaného místa v ÚVN Praha:

■ Primář Emergency – Traumacentra ÚVN Praha

Předpoklady:
- VŠ vzdělání lékařského směru,
- specializovaná způsobilost v oboru chirurgie,
- licence České lékařské komory k výkonu funkce vedoucího lékaře / primáře ve zdravotnickém zařízení.

Další požadavky:
- minimálně 10 let praxe v oboru,
- organizační, komunikační a manažerské schopnosti,
- osobnostní a profesionální předpoklady pro řízení odborného pracovního týmu,
- uživatelská znalost PC,
- aktivní znalost alespoň jednoho světového jazyka,
- morální a občanská bezúhonnost.

Nabízíme:
- práci v moderním zdravotnickém zařízení,
- možnost plné realizace v oboru,
- výhodné platové podmínky,
- možnost ubytování (pro mimopražské),
- závodní stravování a další zaměstnanecké benefity.

Požadované doklady:
- přihláška s vlastnoručním podpisem,
- strukturovaný profesní životopis,
- úředně ověřené kopie dokladů o dosaženém vzdělání,
- osobní dotazník (formulář SEVT),
- originál výpisu z rejstříku trestů ne starší 3 měsíců,
- čestné prohlášení, že proti uchazeči není vedeno soudní řízení,
- souhlas s použitím osobních údajů pro účely výběrového řízení ve smyslu zákona č.101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, v platném znění,
- písemný návrh koncepce provozu uvedeného klinického pracoviště.

Termín a místo podání přihlášek:
Přihlášky a požadované doklady zašlete písemně, nejpozději do 28. 2. 2011, na adresu: Ústřední vojenská nemocnice Praha, oddělení vojenské personalistiky a specializačního vzdělávání, U Vojenské nemocnice 1200, 169 02 Praha 6 (přihlášky lze rovněž odevzdat osobně do uvedeného termínu na podatelně Pracoviště ochrany informací – budova ředitelství ÚVN Praha). Obálku označte: „Výběrové řízení – neotvírat".

O vojenské místo se mohou ucházet i uchazeči, kteří nejsou vojáky z povolání, podají-li současně s žádostí k obsazení SM žádost o povolání do služebního poměru vojáka z povolání a splní-li podmínky pro povolání do služebního poměru podle ustanovení § 3 odst. 1 zákona č. 221/1999 Sb., o vojácích z povolání, ve znění pozdějších předpisů. Do výběrového řízení budou přijaty pouze přihlášky obdržené do uvedeného termínu. Termín konání výběrového řízení bude přihlášeným uchazečům oznámen po uzavření přihlášek. Předpokládaný termín služebního zařazení (nástupu): 1. 4. 2011.

Na základě posouzení a vyhodnocení zaslaných písemných materiálů si ÚVN Praha vyhrazuje právo uchazeče nepozvat k výběrovému řízení, případně nevybrat žádného z účastníků výběrového řízení nebo zrušit výběrové řízení.

Další případné informace lze získat na: oddělení vojenské personalistiky a specializačního vzdělávání, tel.: 973 202 729 nebo 725 772 515, e-mail: martin.opl@uvn.cz

ZDN A121001619

Zástupce přednosty

Děkan Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Plzni
vyhlašuje výběrové řízení na obsazení místa:

■ Zástupce přednosty Infekční kliniky LF UK v Plzni a FN Plzeň pro výuku studentů

K přihlášce je třeba přiložit:
- doklady o VŠ vzdělání,
- doklady o odborné kvalifikaci a délce praxe v oboru,
- profesní životopis.

Přihlášky do výběrového řízení se přijímají do 30 dnů od data zveřejnění inzerátu v osobním oddělení děkanátu Lékařské fakulty UK, Husova 3, 306 05 Plzeň.

ZDN A121001613

Primář

Středomoravská nemocniční, a. s., Prostějov
vypisuje výběrové řízení na pozici:

■ Primář interního oddělení odštěpného závodu Nemocnice Prostějov

Požadujeme:
- VŠ vzdělání v oboru všeobecné lékařství,
- specializovanou způsobilost v odpovídajícím oboru,
- licenci k výkonu primáře,
- praxi v oboru nejméně 10 let,
- dobré organizační schopnosti, manažerské schopnosti,
- morální bezúhonnost.

Nabízíme:
- práci v dobrém pracovním prostředí,
- motivující finanční ohodnocení,
- zaměstnanecké benefity,
- 2 dny pracovního volna ročně nad rámec 5 týdnů dovolené,
- osobní rozvoj s možností zvýšení vzdělání.

Součásti přihlášky:
- koncepce rozvoje interního oddělení Nemocnice Prostějov pro střednědobé období 3 let,
- osobní dotazník,
- stručný životopis s údaji o dosažené praxi,
- kopie dokladů o dosaženém vzdělání, výpis z rejstříku trestů (ne starší než 3 měsíce),
- čestné prohlášení uchazeče, že proti němu není vedeno soudní řízení,
- písemný souhlas s nakládáním s osobními údaji uchazeče v rámci výběrového řízení.

Bližší informace o pracovišti podá lékařský ředitel MUDr. Jiří Ševčík na e-mailu: jiri.sevcik@nemsne.cz

Přihlášku včetně příloh zasílejte do 7. 3. 2012 na adresu: útvar hlavního personalisty, Středomoravská nemocniční a. s., Mathonova 291/1, 796 04 Prostějov.

ZDN A121001609

Vedoucí technicko-provozního odboru

Nemocnice Na Františku se sídlem v Praze 1
přijme:

■ Vedoucí(ho) technicko-provozního odboru

Požadujeme:
- VŠ nebo SŠ s technickým zaměřením,
- praxi ve zdravotnickém zařízení v provozně-technické oblasti v délce min. 3 let,
- bezúhonnost,
- organizační a komunikativní schopnosti.

Nabízíme:
- ubytování,
- zaměstnanecké výhody,
- 5 týdnů dovolené.

Nástup v měsíci březnu t. r. na plný pracovní úvazek. Přihlášku do výběrového řízení se strukturovaným životopisem, kopiemi dokladů o vzdělání a kopií výpisu z rejstříku trestů zašlete do 20. 2. 2012 na personální odd. Kontakt: tel.: 222 801 370, e-mail: hoffmann@nnfp.cz

ZDN A121001278

Primář/primářka

Ředitel Psychiatrické léčebny ve Lnářích
vypisuje výběrové řízení na obsazení funkce:

■ Primář/ka lůžkové části léčebny

Kvalifikační požadavky:
- vysokoškolské vzdělání lékařského směru,
- specializovaná způsobilost v oboru psychiatrie,
- praxe minimálně 10 let,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost,
- organizační a řídicí schopnosti.

Požadované dokumenty:
- přihláška k výběrovému řízení,
- životopis s přehledem odborné praxe,
- kopie dokladů o dosaženém vzdělání,

Výběrová řízení

Manažer/manažerka kvality

Nemocnice Valašské Meziříčí, a. s.,
vyhlašuje výběrové řízení na obsazení pracovního místa:

• Manažer/manažerka kvality

Požadujeme:
• vysokoškolské vzdělání, popř. VOV ve zdravotnictví,
• praktické zkušenosti v oblasti kvality ve zdravotnictví,
• flexibilitu, organizační, řídicí a komunikační schopnosti.

Nabízíme:
• smluvní mzdu,
• zaměstnanecké benefity,
• 5 týdnů dovolené,
• profesní růst,
• v případě potřeby možnost ubytování.

Přihlášku do výběrového řízení doloženou strukturovaným životopisem s přehledem dosavadního zaměstnání a praxe, fotokopiemi dokladů o dosaženém vzdělání a platným výpisem z rejstříku trestů zasílejte do 9. 3. 2012 na adresu: Personální odbor Nemocnice Valašské Meziříčí, a. s., Ing. Dagmar Limberská, U Nemocnice 980, 757 42 Valašské Meziříčí, tel.: 571 758 103, e-mail: dasa.limberska@valmez.cz

ZDN A121002740

Přednostové

Děkan Lékařské fakulty Ostravské univerzity spolu s ředitelem Fakultní nemocnice Ostrava
vyhlašují výběrová řízení na obsazení místa:

• Přednosta Anesteziologicko-resuscitační kliniky

Kvalifikační požadavky:
VŠ vzdělání lékařského směru, specializovaná způsobilost v oboru anesteziologie a intenzivní medicína, vědecká hodnost (CSc., Ph.D.), vědecko-pedagogická hodnost (doc., prof.), praxe minimálně 10 let v oboru, pedagogická a publikační aktivita, morální bezúhonnost, organizační a řídicí schopnosti.

• Přednosta Kliniky ústní, čelistní a obličejové chirurgie

Kvalifikační požadavky:
VŠ vzdělání lékařského směru, specializovaná způsobilost v oboru orální a maxilofaciální chirurgie, vědecká hodnost (CSc., Ph.D.), vědecko-pedagogická hodnost (doc., prof.), praxe minimálně 10 let v oboru, pedagogická a publikační aktivita, morální bezúhonnost, organizační a řídicí schopnosti.

• Přednosta Otorinolaryngologické kliniky

Kvalifikační požadavky:
VŠ vzdělání lékařského směru, specializovaná způsobilost v oboru otorinolaryngologie, vědecká hodnost (CSc., Ph.D.), vědecko-pedagogická hodnost (doc., prof.), praxe minimálně 10 let v oboru, pedagogická a publikační aktivita, morální bezúhonnost, organizační a řídicí schopnosti.

• Přednosta Ústavu laboratorní diagnostiky

Kvalifikační požadavky:
VŠ vzdělání přírodovědného směru a získání specializované způsobilosti odborného pracovníka v laboratorních metodách, vědecká hodnost (CSc., Ph.D.), vědecko-pedagogická hodnost (doc., prof.), praxe minimálně 10 let v oboru, pedagogická a publikační aktivita, morální bezúhonnost, organizační a řídicí schopnosti.

K přihlášce nutno přiložit:
strukturovaný profesní životopis, osobní dotazník, doklady o vzdělání a udělených titulech, přehled pedagogických a publikačních aktivit, osvědčení podle zákona č. 451/1991 Sb., čestné prohlášení ve smyslu § 4 zákona č. 451/1991 Sb., reference dvou odborných ručitelů, platný výpis z rejstříku trestů, čestné prohlášení uchazeče, že proti němu není vedeno soudní řízení, a návrh koncepce řízení příslušného pracoviště.

Přihlášky přijímá do 19. 3. 2012 do 14 hodin úsek zaměstnanosti nebo podatelna, FN Ostrava, 17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava-Poruba.

ZDN A121002737

Primáři

Ředitel Kroměřížské nemocnice, a. s.,
vypisuje výběrové řízení na obsazení míst:

• Primář/primářka interního oddělení
• Primář/primářka urologického oddělení
• Primář/primářka ORL oddělení

Kvalifikační požadavky:
• vysokoškolské vzdělání lékařského směru + specializovaná způsobilost v oboru,
• nejméně 10 let praxe v oboru,
• licence ČLK pro výkon vedoucí funkce,
• zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.,
• manažerské a organizační schopnosti,
• osobnostní a profesionální předpoklady pro řízení odborného týmu.

K přihlášce nutno doložit:
• strukturovaný životopis s přehledem dosavadní praxe,
• úředně ověřené kopie dokladů o dosažené kvalifikaci, příp. rozhodnutí MZ ČR o uznání odborné a specializované způsobilosti dle zákona č. 95/2004 Sb.,
• platný výpis z rejstříku trestů,
• doklad o zdravotní způsobilosti,
• přehled vzdělávací aktivity a publikační či přednáškové činnosti,
• koncepci řízení a managementu v daném oboru,
• souhlas se zpracováním osobních údajů podle zákona č. 101/2000 Sb.,
• licenci ČLK pro výkon vedoucí funkce.

Písemné přihlášky zasílejte do tří týdnů ode dne zveřejnění na adresu: Kroměřížská nemocnice a.s., personální oddělení, Havlíčkova 660, 767 55 Kroměříž, e-mail: vlasta.prochazkova@nem-km.cz

ZDN A121002732

Vrchní laborant

Náměstkyně ředitele pro ošetřovatelskou péči a kvalitu Městské nemocnice v Litoměřicích
vypisuje výběrové řízení na pozici:

• Vrchní laborant komplementu laboratoří

Požadované kvalifikační předpoklady:
• středoškolské vzdělání,
• způsobilost k výkonu povolání zdravotního laboranta dle zák. 96/ 2004 Sb.,
• specializovaná způsobilost v některém z oborů laboratorních metod a způsobilost k výkonu povolání bez odborného dohledu podmínkou,
• odborná praxe min. 5 let,
• VŠ vzdělání (Mgr., Bc.) výhodou,
• zkušenost s vedením lidí a znalost práce na PC nezbytná.

Písemné přihlášky zasílejte nejpozději do 19. 3. 2012 na adresu: Městská nemocnice v Litoměřicích, sekretariát ředitele, Žitenická 18, 412 41 Litoměřice.
K přihlášce připojte ověřené kopie dokladů o vzdělání, platný výpis z rejstříku trestů, strukturovaný životopis s uvedením dosavadní praxe a prohlášení na ochranu osobních údajů podle zákona č. 101/ 2000 Sb. v platném znění.

ZDN A121002728

Volná místa

Lékaři

Litomyšlská nemocnice, a. s.,
přijme do pracovního poměru lékaře se specializovanou způsobilostí pro:

• anesteziologicko-resuscitační oddělení
• dětské oddělení

Nabízíme příjemné pracovní prostředí, možnost dalšího vzdělávání, ubytování, 5 týdnů dovolené.

Nabídky s profesním životopisem zasílejte na adresu: Litomyšlská nemocnice, a. s., personální oddělení – p. Irena Bartošová, J. E. Purkyně 652, 570 14 Litomyšl.

ZDN A121002723

Nutriční terapeutka

Jessenia, a. s., Nemocnice Beroun
přijme nutriční terapeutku se specializovanou způsobilostí do jednosměnného provozu na plný úvazek. Nástup možný dle dohody.

Žádosti včetně životopisu a přehledu dosavadní praxe zasílejte na e-mail: info@nember.cz, případně na ředitelství Nemocnice Beroun. Bližší informace podá hlavní sestra, tel.: 311 745 274, 603 969 822.

ZDN A121002718

Lékař/lékařka

Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace,
přijme lékaře/ku (urologa, gynekologa nebo chirurga) na urologické oddělení, se zájmem o chirurgické řešení inkontinence a rekonstrukční pánevní chirurgii.

Požadujeme:
• ukončené vysokoškolské vzdělání,
• atestace ve výše uvedených oborech vítána,
• občanskou a morální bezúhonnost,
• zdravotní způsobilost.

Nabízíme:
• velmi dobře vybavené pracoviště,
• možnost kvalitního odborného růstu,
• ubytování.
Nástup možný ihned.

Bližší informace podá primář MUDr. Miroslav Krhovský, tel.: 518 601 700, mobil: 606 777 130, e-mail: miroslav.krhovsky@seznam.cz
Písemné žádosti s profesním životopisem posílejte na adresu: Nemocnice Kyjov, příspěvková organizace, sekretariát, Strážovská 1247, 697 33 Kyjov.

ZDN A121002715

Vrchní sestra

Endokrinologický ústav, Praha 1, Národní 8,
přijme vrchní sestru.

Požadujeme: odbornou způsobilost, zkušenost na pozici vrchní sestry min. 2 roky, přirozenou autoritu, loajalitu.

Strukturované CV zasílejte na e-mail: lmekotova@endo.cz

ZDN A121002709

Lékaři

Svitavská nemocnice, a. s.,
přijme na chirurgické oddělení:

• Lékaře – i absolventa, praxe vítána.
• Lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru chirurgie nebo těsně před ní.

Nabízíme pomoc vedení nemocnice při řešení bytové situace,

PERSONÁLNÍ INZERCE

- osobní dotazník,
- výpis z rejstříku trestů (ne starší než 3 měsíce),
- osvědčení podle zákona č. 451/1991 Sb.,
- prohlášení o souhlasu s použitím osobních údajů dle zákona č. 101/2000 Sb.

Nabízíme možnost samostatné koncepční práce v oblasti ústavní psychiatrické léčby, vstřícnost a podporu ze strany vedení léčebny, práci v pěkném a klidném prostředí, dobré platové podmínky, umožnění účasti na odborných akcích. Byt k dispozici!
Písemné přihlášky zasílejte do 29. 2. 2012 na adresu: Psychiatrická léčebna Lnáře, sekretariát ředitele, Lnáře 16, 387 42 Lnáře.
Případné dotazy zasílejte na e-mail: reditel@pllnare.cz
Bližší info o léčebně: www.pllnare.cz

ZDN A121001275z

Primář

Ředitelka Nemocnice Břeclav, p. o.,
vyhlašuje výběrové řízení na obsazení funkce:

- Primář patologicko-anatomického oddělení

Kvalifikační předpoklady:
- VŠ vzdělání lékařského směru,
- specializovaná způsobilost podle zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění – patologická anatomie,
- 10 let praxe v oboru,
- morální a občanská bezúhonnost,
- zkušenosti s řízením, komunikační schopnosti.

Součásti přihlášky:
- stručný životopis s údaji o dosažené praxi,
- osobní dotazník,
- ověřené kopie dokladů o dosaženém vzdělání,
- výpis z rejstříku trestů (ne starší než 3 měsíce),
- čestné prohlášení uchazeče, že proti němu není vedeno soudní řízení,
- osvědčení podle zákona č. 451/1991 Sb., v platném znění,
- písemný souhlas s nakládáním s osobními údaji uchazeče v rámci výběrového řízení,
- návrh koncepce provozu oddělení (v rozsahu do 3 stran).

Písemné přihlášky k výběrovému řízení zasílejte do 2 týdnů od zveřejnění na adresu: Nemocnice Břeclav, příspěvková organizace, sekretariát ředitele, U nemocnice 1, 690 74 Břeclav.

ZDN A121001282

Volná místa

Lékař

Dobře prosperující soukromý 4* lázeňský hotel ve Františkových Lázních
hledá lékaře na hlavní pracovní poměr, částečný úvazek (0,6 úvazku).
Jedná se o dlouhodobý pracovní poměr. Znalost německého jazyka nutná.
Vítána praxe v oboru a FBLR.
Nabízíme perspektivní podmínky, kvalitní platové ohodnocení a možnost ubytování.
Info na tel.: 777 591 628.

ZDN A121001656

Dermatolog

Hledáme korektivního dermatologa
pro externí spolupráci s estetickým centrem v Praze 5 – Zbraslavi.

Kontakt: tel. 775 233 220, e-mail: info@he-wa.cz, www.he-wa.cz

ZDN A121001651

Lékaři

Nemocnice Tábor, a. s.,
přijme do pracovního poměru lékaře pro oddělení:
- plicní a TBC
- ortopedie
- gynekologie
- ARO
- neurologie

Požadujeme:
- VŠ lékařská fakulta (vhodné pro absolventy),
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost.

Nabízíme:
- trvalý pracovní poměr,
- dobré mzdové ohodnocení v závislosti na dosaženém vzdělání,
- specializační vzdělávání bez podmínky specializační dohody,
- oddělení mají akreditaci MZČR I. stupně pro vzdělávání lékařů.

Nástup dle dohody.
Kontakt: MUDr. Jana Chocholová, místopředsedkyně představenstva, e-mail: jana.chocholova@nemta.cz, nebo personální odd.: Iva Glatzová, e-mail: iva.glatzova@nemta.cz, tel.: 381 608 210.

ZDN A121001648

Gynekolog

Nestátní ambulantní zdravotnické zařízení v Praze
přijme gynekologa.

Požadujeme:
- odbornou/specializovanou způsobilost v oboru gynekologie a porodnictví,
- uživatelskou znalost PC,
- klientský přístup k pacientům,
- aktivní znalost angličtiny vítána, není podmínkou,
- možný i částečný úvazek.

Inzerce A121001240

Landeskliniken-Holding

FACHARZT/-ÄRZTIN FÜR RADIOLOGIE
40 WOCHENSTUNDEN

Das **Landesklinikum Weinviertel Hollabrunn** versorgt mit derzeit 229 Betten/Tagesklinikplätzen die Bevölkerung des Bezirkes Hollabrunn. Im Klinikum werden die Abteilungen Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Onkologie inkl. Palliativmedizin, Allgemeinchirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe, Anästhesiologie und Intensivmedizin und Sozialpsychiatrie mit einer zusätzlichen sozialpsychiatrischen Tagesklinik sowie das Institut für Radiologie betrieben.

Das Landesklinikum Weinviertel Hollabrunn sowie 26 weitere Klinikstandorte stehen in der Rechtsträgerschaft des Landes NÖ. Die Betriebsführung der Kliniken erfolgt durch die NÖ Landeskliniken-Holding. Wir sind ein modernes und dynamisches Gesundheitsunternehmen mit hoher Patientenorientierung. Darüber hinaus bieten wir ein innovatives Arbeitsumfeld, zeichnen uns durch ein gutes Betriebsklima aus und eröffnen den Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen umfangreiche Entwicklungsmöglichkeiten.

Ab sofort suchen wir eine/n **Facharzt/-ärztin für Radiologie** im Ausmaß von 40 Wochenstunden.

Das digital ausgestattete Röntgen verfügt über einen Aufnahmeplatz, eine digitale Durchleuchtung sowie über eine Computertomographie.

Anforderungen:
- Facharztanerkennung für Radiologie
- Fachlich fundierte Kenntnisse und mehrjährige Erfahrung in den Bereichen konventionelle Radiologie und Sonographie, einschließlich CT

Wir erwarten Eigeninitiative und Flexibilität sowie ein hohes Maß an Selbstständigkeit, hohe soziale Kompetenz und Patientenorientierung, Interesse an der Weiterentwicklung der Abteilung.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung in zweifacher Ausführung, mit dem Betreff „LK Weinviertel Hollabrunn - Facharzt/-ärztin für Radiologie" an das

Amt der NÖ Landesregierung
Abteilung Personalangelegenheiten B
Landhausplatz 1, 3109 St. Pölten
E-Mail: bewerbung@noel.gv.at

Für fachliche Auskünfte steht Ihnen Herr Prim. Dr. Hans-Peter SOCHOR unter Tel.: +43 2952-2275-532 gerne zur Verfügung.

Land NÖ | NÖ Landeskliniken-Holding

PERSONÁLNÍ INZERCE

možnost odborného růstu na akreditovaném pracovišti (akreditace pro vzdělávání v oboru chirurgie, dále akreditace SAK) a podporu dalšího vzdělávání v oboru.

Bližší informace MUDr. Víšek, tel.: 461 569 323, e-mail: visek@nemsy.cz

Písemné nabídky zasílejte na adresu: Svitavská nemocnice, a. s., ředitelství, Kollárova 643/7, 568 25 Svitavy.

ZDN A121002705

Lékař

Nemocnice Český Krumlov, a. s.,
přijme lékaře na dětské oddělení, může být i absolvent (umožníme vzdělání v oboru).

Nabízíme výhodné mzdové podmínky a možnost ubytování. Bližší informace při osobním jednání.

Kontakt: MUDr. František Chromčák, primář oddělení, tel.: 777 362 676, e-mail: chromcak@nemck.cz

ZDN A121002698

Gynekolog

Nestátní ambulantní zdravotnické zařízení v Praze
přijme gynekologa.

Požadujeme:
- odbornou/specializovanou způsobilost v oboru gynekologie a porodnictví,
- uživatelskou znalost PC,
- klientský přístup k pacientům,
- aktivní znalost angličtiny vítána, není podmínkou,
- možný i částečný úvazek.

Nabízíme:
- příjemné pracovní prostředí,
- zázemí stabilní nadnárodní společnosti,
- možnost dalšího vzdělávání,
- zajímavé platové ohodnocení,
- mobilní telefon,
- 5 týdnů dovolené,
- další firemní benefity.

Nabídky včetně profesního životopisu zasílejte na e-mail: klara.gottwaldova@medicover.cz

ZDN A121002695

Internista/kardiolog

Poliklinika v Praze 7
přijme internistu nebo internistu/kardiologa. Úvazek 0,5 (internista), 0,5 (kardiolog), nebo 1/1 (internista/kardiolog). Možno i důchodce. Nástup dle dohody. Info – tel.: 233 375 591.

ZDN A121001634

Gynekolog

Poliklinika v Praze 7
přijme do zavedené ambulance gynekologa. Možno i pro důchodce na částečný úvazek. Nástup dle dohody. Info – tel.: 233 375 591.

ZDN A121001629

Lékař/lékařka

Státní léčebné lázně Janské Lázně
přijmou lékaře/lékařku pro léčebnu dospělých v Janských Lázních, vhodné i pro důchodce.

Požadujeme:
- ukončené studium lékařského směru,
- specializaci v oboru RFM, neurologie nebo vnitřní lékařství,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost podle zákona č. 95/2004 Sb.

Nabízíme:
- možnost kratšího úvazku,
- nadstandardní mzdu,
- služební telefon,
- byt do 3 měsíců od nástupu.

Nástup možný ihned, případně dle dohody – nutné osobní jednání.

Písemné přihlášky spolu se stručným životopisem se zaměřením na dosavadní odbornou praxi, fotokopie dokladů o dosažené kvalifikaci (diplom, specializace), fotokopii dokladu o bezúhonnosti a zdravotní způsobilosti nebo čestné prohlášení o trestní bezúhonnosti zasílejte na adresu: Státní léčebné lázně Janské Lázně, s. p., personální ref., náměstí Svobody 272, 542 25 Janské Lázně nebo na e-mail: cervenao@janskelazne.com

ZDN A121002690

Lékař/lékařka

Státní léčebné lázně Janské Lázně,
přijmou lékaře/lékařku pro dětskou léčebnu v Janských Lázních, vhodné i pro důchodce.

Požadujeme:
- ukončené studium lékařského směru,
- specializaci v oboru RFM, dětské lékařství nebo dětská neurologie,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost podle zákona č. 95/2004 Sb.

Nabízíme:
- možnost kratšího úvazku,
- nadstandardní mzdu,
- služební telefon,
- byt do 3 měsíců od nástupu.

Nástup možný ihned, případně dle dohody – nutné osobní jednání.

Písemné přihlášky spolu se stručným životopisem se zaměřením na dosavadní odbornou praxi, fotokopie dokladů o dosažené kvalifikaci (diplom, specializace), fotokopii dokladu o bezúhonnosti a zdravotní způsobilosti nebo čestné prohlášení o trestní bezúhonnosti zasílejte na adresu: Státní léčebné lázně Janské Lázně, s. p., personální ref., náměstí Svobody 272, 542 25 Janské Lázně nebo na e-mail: cervenao@janskelazne.com

ZDN A121001266

Lékaři

NZZ
přijme PL, PLDD a gynekologa do zaměstnaneckého poměru.

Nabízíme motivační ohodnocení a stabilní zaměstnání v Praze.

Kontakt: e-mail: daniela.pauknerova@comitia-zdravotni.cz, tel.: 606 706 333.

ZDN A121001244

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 A121001240

LANDKREIS MITTWEIDA KRANKENHAUS GEMEINNÜTZIGE GMBH

Akademisches Lehrkrankenhaus der Technischen Universität Dresden

Die **Landkreis Mittweida Krankenhaus gGmbH** sucht für die **Abteilung Kinder- und Jugendmedizin** ab **01.07.2012 oder später** im Zuge der Altersnachfolge eine/einen

Leitende/-n Oberärztin/-arzt

in **unbefristeter** Anstellung.

Wir sind ein Krankenhaus der Regelversorgung an den Standorten Mittweida, Rochlitz und Frankenberg mit 360 Betten in den Fachrichtungen Innere Medizin, Allgemein-, Viszeral- und Minimalinvasive Chirurgie, Unfall- und Gelenkchirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe mit zertifiziertem Brustzentrum, Anästhesiologie und Interdisziplinäre Intensivmedizin, Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie.

Die **Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin** versorgt im Jahr ca. 1.200 stationäre Patienten im Alter bis zu 18 Jahren. Neben den allgemeinpädiatrischen Krankheitsbildern werden in der Kinderabteilung auch chirurgische und HNO-ärztliche Patienten im Kindes- und Jugendalter betreut. Die Versorgung der 650 Neugeborenen ab der 36. Schwangerschaftswoche in unserem Haus erfolgt in enger Zusammenarbeit mit der Geburtshilfe. Mit der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie am Standort besteht ebenfalls eine enge Zusammenarbeit.

Die Abteilung für Kinder- und Jugendmedizin wird in Kooperation mit der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin der Kreiskrankenhaus Freiberg gGmbH betrieben.
Als Leitende/-r Oberärztin/-arzt sind Sie fachlich dem Chefarzt der Kinderklinik Freiberg unterstellt. In hoher Eigenverantwortlichkeit obliegt Ihnen die Leitung der Kinderabteilung in Mittweida.
Es besteht eine gemeinsame Weiterbildungsermächtigung.

Wir erwarten
- eine abgeschlossene Weiterbildung zur/zum Fachärztin/-arzt für Kinder- und Jugendmedizin mit sehr guten allgemeinpädiatrischen Kenntnissen
- eigenverantwortliche Führung der Abteilung in Mittweida
- idealerweise eine Schwerpunktbezeichnung oder zumindest eingehende Kenntnisse und Erfahrungen in einem Spezialgebiet der Pädiatrie

Wir bieten
- eine interessante, anspruchsvolle und abwechslungsreiche Leitungsposition
- großzügige Unterstützung bei Fort- und Weiterbildung
- eine attraktive Vergütung nach außertariflichen, einzelvertraglichen Regelungen einschließlich zusätzlicher Altersversorgung und Bereitschaftsdienstvergütung
- Hilfestellung bei der Wohnungssuche ebenso wie die Sorge für die Kinderbetreuung

Mittweida ist eine attraktive Große Kreisstadt und Hochschulstadt mit ca. 17.000 Einwohnern, welche in landschaftlich reizvoller Umgebung des Erzgebirgsvorlandes im Landkreis Mittelsachsen gelegen ist. Die Region besitzt einen ausgesprochen hohen Freizeitwert. Die Großstädte Chemnitz (20 km) und Dresden (60 km) sind ebenso wie das Erzgebirge bequem binnen kürzester Zeit per Auto und Bahn zu erreichen. Neben sämtlichen weiterführenden Schulen verfügt Mittweida über eine Hochschule mit einem attraktiven Studienangebot.

Für Rückfragen steht Ihnen der Chefarzt der Abteilung, Herr Dr. med. Paul, unter Telefon: +49 (0) 3727/ 99-1256 (Mittweida) oder +49 (0) 3731/77-2692 (Freiberg) gern zur Verfügung.

Haben wir Ihr Interesse geweckt?
Dann freuen wir uns auf Ihre vollständigen und aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen. Diese richten Sie bitte an:

Landkreis Mittweida Krankenhaus gGmbH
Frau Sedlaczek – Geschäftsführerin
Hainichener Str. 4-6 · D-09648 Mittweida
Telefon: +49 (0) 3727/99-1220
Fax: +49 (0) 3727/99-1216
E-Mail: geschaeftsleitung@lmkgmbh.de
www.lmkgmbh.de

KTQ-Zertifikat

Nabízíme:
• příjemné pracovní prostředí,
• zázemí stabilní nadnárodní společnosti,
• možnost dalšího vzdělávání,
• zajímavé platové ohodnocení,
• mobilní telefon,
• 5 týdnů dovolené,
• další firemní benefity.

Nabídky včetně profesního životopisu zasílejte e-mailem: klara.gottwaldova@medicover.cz

ZDN A121001641

Lékaři

Úrazová nemocnice v Brně
přijme:

- Lékaře s atestací pro oddělení zobrazovacích metod se současným zapojením do pohotovostních služeb
- Lékaře s atestací na dohodu o pracovní činnosti pro zabezpečení pohotovostních služeb

Nástup možný ihned.
Informace podá prim. MUDr. Drahomíra Chasáková, tel.: 545 538 628, e-mail: d.chasaková@unbr.cz

ZDN A121001638

Internista/kardiolog

Poliklinika v Praze 7
přijme internistu nebo internistu/kardiologa. Úvazek 0,5 (internista), 0,5 (kardiolog), nebo 1,0 (internista/kardiolog). Možno i důchodce. Nástup dle dohody. Info: tel.: 233 375 591.

ZDN A121001633

Gynekolog

Poliklinika v Praze 7
přijme gynekologa do zavedené ambulance. Možno i důchodce na částečný úvazek. Nástup dle dohody. Info: tel.: 233 375 591.

ZDN A121001628

Praktický lékař

Nestátní zdravotnické zařízení v Dobříši (40 km od Prahy)
přijme do pracovního poměru praktického lékaře pro dospělé. Tel.: 736 620 888.

ZDN A121001286

Lékař/lékařka

Fakultní nemocnice v Motole
přijme lékaře/ku pro Ústav imunologie 2. LF UK. Požadavky: specializovaná způsobilost v oboru alergologie a klinická imunologie nebo pediatrie, případně po ukončení společného kmene, zájem o obor, vysoké pracovní nasazení, zájem o výzkumnou činnost vítán. Písemné nabídky s CV zasílejte na sekretariát Ústavu imunologie 2. LF UK a FN Motol, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5, e-mail: ilona.kyselova@lfmotol.cuni.cz Info: tel.: 22443 5961.

ZDN A121001271

Lékař/lékařka

Státní léčebné lázně Janské Lázně
přijmou lékaře/ku pro dětskou léčebnu v Janských Lázních. Vhodné i pro důchodce.

Požadujeme:
• ukončené studium lékařského směru,
• specializaci v oboru RFM, dětské lékařství nebo dětská neurologie,
• zdravotní způsobilost a bezúhonnost podle zákona č. 95/2004 Sb.

Nabízíme:
• možnost kratšího úvazku,
• nadstandardní mzdu,
• služební telefon,
• byt do 3 měsíců od nástupu.

Nástup možný ihned, případně dle dohody – nutné osobní jednání.

Písemné přihlášky spolu se stručným životopisem se zaměřením na dosavadní odbornou praxi, fotokopie dokladů o dosažené kvalifikaci (diplom, specializace), fotokopii dokladu o bezúhonnosti a zdravotní způsobilosti nebo čestné prohlášení o trestní bezúhonnosti zasílejte na adresu: Státní léčebné lázně Janské Lázně, s. p., personální ref., náměstí Svobody 272, 542 25 Janské Lázně, nebo e-mailem: cervenao@janskelazne.com

ZDN A121001266

Lékaři/lékařky

Krajská nemocnice Liberec, a. s.,
přijme lékaře/lékařky na oddělení léčebny dlouhodobě nemocných.

Požadujeme:
• VŠ vzdělání lékařského směru,
• specializovanou způsobilost v oboru geriatrie nebo vnitřního lékařství, případně ukončený interní kmen, může být i absolvent s trvalým zájmem o obor,
• zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.,
• znalost práce na PC (Word, Excel).

Nabízíme:
• perspektivu dlouhodobého uplatnění v oboru,
• možnost profesního růstu na moderně vybaveném pracovišti,
• nadstandardní platové ohodnocení,
• příjemné pracovní prostředí,
• možnost ubytování,
• 5 týdnů dovolené + 1 týden dodatkové dovolené,
• zaměstnanecké výhody (např. příspěvek na stravování, příspěvek na penzijní pojištění).

Kontakt:
Krajská nemocnice Liberec, a. s., Husova 10, 460 63 Liberec 1, Jana Stupková – personální oddělení, e-mail: jana.stupkova@nemlib.cz, tel.: 485 313 466.

ZDN A121001258

Lékaři/lékařky

Krajská nemocnice Liberec, a. s.,
přijme lékaře/ky na oddělení neurologie.

Požadujeme:
• VŠ vzdělání lékařského směru,
• specializovanou způsobilost v oboru neurologie nebo ukončený základní interní či neurologický kmen, může být i absolvent s trvalým zájmem o obor,
• zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.,
• znalost práce na PC (Word, Excel),
• motivovaný přístup k práci.

Nabízíme:
• perspektivu dlouhodobého uplatnění v oboru,
• nadstandardní platové ohodnocení k jednání,
• možnost profesního růstu na moderně vybaveném pracovišti,
• příjemné pracovní prostředí,
• možnost ubytování,
• 5 týdnů dovolené + 1 týden dodatkové dovolené,
• zaměstnanecké výhody (např. příspěvek na stravování, na penzijní a životní pojištění).

Kontakt:
Krajská nemocnice Liberec, a.s., Husova 10, 460 63 Liberec 1, Jana Stupková – personální oddělení, e-mail: jana.stupkova@nemlib.cz, tel.: 485 313 466.

ZDN A121001254

Lékaři

NZZ
přijme PL, PLDD a gynekologa do zaměstnaneckého poměru. Nabízíme motivační ohodnocení a stabilní zaměstnání v Praze. Kontakt: e-mail: daniela.pauknerova@comitia-zdravotni.cz, tel.: 606 706 333.

ZDN A121001244

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.: 461 569 338, e-mail: zakopal@gyneo.cz, nebo p. Hromádková, ředitelství, tel.: 461 569 313. Písemné nabídky zasílejte na adresu: Svitavská nemocnice, a. s., ředitelství, Kollárova 643/7, 568 25 Svitavy

ZDN A121001250

Různé

Praxe ORL

Přenechám zavedenou ORL praxi, s. r. o.,
v Hradci Králové. Kontakt: tel.: 606 487 660, e-mail: nahlovska.orl@gmail.com

ZDN A121001606

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 A121001439 ▶

Ředitel Fakultní nemocnice Hradec Králové vypisuje výběrové řízení na místo:

LÉKAŘE NEUROCHIRURGA

neurochirurgická klinika (úv. 0,8 ve FN HK a 0,2 u LF UK HK)

Požadujeme:
- magisterské vysokoškolské vzdělání v oboru všeobecné lékařství
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost
- vítáme specializovanou způsobilost v oboru neurologie, chirurgie nebo neurochirurgie, není však podmínkou
- výhodou je praxe v oboru
- znalost anglického jazyka
- znalost práce na PC

Nabízíme:
- práci ve špičkovém zdravotnickém zařízení
- možnost odborného a vědeckého rozvoje
- sociální výhody
- zvýhodněné ubytování pro svobodné

Platové podmínky podle platných předpisů.
Nástup po vzájemné dohodě.
Případné informace: doc. MUDr. Řehák, CSc. **e-mail rehak@lfhk.cuni.cz** nebo na tel.: **495 832 550** sekretariát kliniky.

Písemné přihlášky doložené kopiemi dokladů o získané kvalifikaci, životopisem a přehledem o průběhu předchozí praxe zasílejte do dvou týdnů na adresu: odbor personálních vztahů, Fakultní nemocnice Hradec Králové, Sokolská 581, 500 05 Hradec Králové.

Inzerce A121002046 ▶▶▶
Inzerce A121001665 ▶

Kreiskrankenhaus Freiberg
gemeinnützige GmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus
an der Technischen Universität Dresden

Die **Kreiskrankenhaus Freiberg gGmbH** ist ein Haus der Schwerpunktversorgung mit allen Fachbereichen, modernster Ausstattung und einem hohen medizinischen Standard. Ein modernes, zentral gelegenes Klinikum versorgt ca. 140.000 Einwohner, bei ca. 16.000 stationären Fällen. Ergänzt wird das Spektrum durch umfangreiche ambulante Versorgungsangebote.

In unserer **Klinik für Allgemein-, Visceral- und Gefäßchirurgie** sind zum nächstmöglichen Zeitpunkt folgende Stellen zu besetzen:

Facharzt (m/w) für Visceralchirurgie oder
Assistenzarzt (m/w) für die Dauer der Weiterbildung
zum Facharzt (m/w) für Allgemein- und Visceralchirurgie

In der Allgemein- und Visceralchirurgie werden alle operativen Verfahren des Magen-Darm-Traktes einschließlich der Tumorchirurgie angeboten; minimalinvasive, laparoskopische Verfahren werden in allen Bereichen eingesetzt und auf weitere Indikationen ausgedehnt (Colonchirurgie).
Neben der Weiterbildungsbefugnis im Gebiet der Chirurgie (4 Jahre) liegt auch die Weiterbildungsbefugnis für die Visceralchirurgie für zunächst 1 Jahr vor.

Des Weiteren ist in unserer **Klinik für Innere Medizin** zum nächstmöglichen Zeitpunkt folgende Stelle zu besetzen:

Facharzt (m/w) für Innere Medizin und Angiologie

Gesucht wird ein Angiologe zum Aufbau eines Gefäßzentrums. Im Frühjahr dieses Jahres erfolgt die Installation eines Hybrid-OPs mit einer biplanen hochmodernen Durchleuchtungsanlage. Erwartet wird eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den zwei Gefäßchirurgen des Hauses. Der Bewerber soll über breite Erfahrung im Bereich der interventionellen und konservativen Angiologie verfügen.
Neben der vollen Weiterbildungsbefugnis für Innere Medizin liegen zusätzlich auch die komplette Weiterbildungsbefugnis für Gastroenterologie und zwei Jahre für Kardiologie vor.

Wir vergüten Ihre Tätigkeit nach dem Tarifvertrag SANA/Marburger Bund, der neben einer vollständigen Ost-West-Angleichung eine attraktive Bezahlung von Bereitschaftsdiensten sowie die Beteiligung am wirtschaftlichen Erfolg des Hauses vorsieht.

Bei der eventuellen Wohnungssuche unterstützen wir Sie gern.

Freiberg bietet als lebendige Universitätsstadt (ca. 6.000 Studenten) hervorragende Wohn- und Freizeitmöglichkeiten, nicht zuletzt durch eine gute Verkehrsanbindung und die Nähe zu Dresden, Chemnitz und dem Erzgebirge. Am Ort sind alle weiterführenden Schulen vorhanden.

Weitere ergänzende Informationen zu den Kliniken erhalten Sie unter **www.kkh-freiberg.de**

Telefonische Rückfragen richten Sie bitte an Herrn Chefarzt Dr. Neubauer, Klinik für Chirurgie, Tel. +49 3731-77 2965, Herrn Chefarzt Dr. Bödeker, Klinik für Innere Medizin, Tel. +49 3731-77 2639 oder an die Personalabteilung, Tel. +49 3731-77 2240.

Wenn Sie interessiert sind, richten Sie bitte Ihre vollständigen Bewerbungsunterlagen an die

Vereinigte Gesundheitseinrichtungen Mittelsachsen GmbH
Personalabteilung, Donatsring 20, D-09599 Freiberg
oder per E-Mail an personal@vge-mittelsachsen.de

www.kkh-freiberg.de

LÉČBA HYPERTENZE OD A do Z

Caduet®
amlodipinum/atorvastatinum

Fixní kombinace amlodipinu a atorvastatinu, která **účinně řeší dva rizikové faktory současně**
(HT a zvýšený LDL cholesterol)[1]

Jedna tableta = dvojitý zásah...

ZOREM®
amlodipinum

Originální amlodipin s širokým indikačním spektrem[2]

Accuzide®
quinaprilum/hydrochlorothiazidum

Osvědčená léčba hypertenze za přijatelnou cenu[3,4]

Pfizer
Antihypertensive portfolio

Vaše pravá ruka v léčbě hypertenze

REFERENCE: 1. SPC Caduet. **2.** SPC Zorem. **3.** SPC Accuzide. **4.** Ceník Pfizer. Data on file.

Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5, telefon: 283 004 111, fax: 251 610 270, www.pfizer.cz

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU. CADUET® 5 mg/10 mg, 10 mg/10 mg, potahované tablety. • Léčivá látka: Amlodipinum 5 mg nebo 10 mg; atorvastatinum 10 mg v jedné potahované tabletě. **Indikace:** Prevence kardiovaskulárních příhod u rizikových pacientů s hypertenzí a normální nebo zvýšenou hladinou cholesterolu bez přítomné ICHS, u nichž je vhodné podávání této kombinace v souladu se současnými doporučeními pro léčbu. **Dávkování způsob podání:** Běžná počáteční dávka je 5 mg/10 mg jedenkrát denně, neužívat s ostatními blokátory kalciových kanálů nebo s jinými statiny. Přípravek se může užívat kdykoli v průběhu dne, s jídlem nebo bez jídla. **Kontraindikace:** Známá přecitlivělost na dihydropyridiny, amlodipin, atorvastatin nebo kteroukoliv složku přípravku, jaterní onemocnění v aktivním stavu, kombinace s itrakonazolem, ketokonazolem, telithromycinem, v těhotenství a při kojení. Těžká hypotenze, šok (vč. kardiogenního), obstrukce výtokového traktu levé komory, nestabilní srdeční selhání po akutním infarktu myokardu. **Zvláštní upozornění:** Jaterní testy by měly být provedeny před zahájením léčby a pravidelně kontrolovány v průběhu a po skončení léčby. **Interakce:** Induktory a inhibitory enzymu CYP3A4 (např. cyklosporin, erythromycin, klarithromycin, nefadozon), dantrolen, fibráty, niacin, baklofen, diltiazem, kys. fusidová. **Těhotenství a kojení:** Přípravek CADUET je kontraindikován. **Nežádoucí účinky:** Somnolence, závratě, bolesti hlavy, hypestézie, parestézie, palpitace, zrudnutí, bolesti břicha, nauzea, dyspepsie, průjem, zácpa, nadýmání, svědění, otok kloubů, artralgie, myalgie, svalové křeče, únava. **Předávkování:** Zatím neexistují žádné informace o předávkování přípravkem CADUET u lidí. **Uchovávání:** Při teplotě do 30 °C. **Balení:** mj. 30 potahovaných tablet v blistru. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, Praha 5, 150 00, Česká republika. **Registrační číslo:** CADUET 5 mg/10 mg: 83/616/05-C, CADUET 10 mg/10 mg: 83/617/05-C. **Datum poslední revize textu:** 25.8.2010. **Výdej léčivého přípravku** je vázán na lékařský předpis. **Přípravek je hrazen** z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním, se prosím seznamte s úplnou informací o přípravku.

Zkrácená informace o přípravku ZOREM 5 mg, 10 mg, tablety. • Léčivá látka: Amlodipinum 5 nebo 10 mg v jedné tabletě. **Indikace:** Hypertenze, stabilní angina pectoris, Prinzmetalova-variantní angina pectoris. **Dávkování a způsob podání:** Počáteční dávka 5 mg amlodipinu 1x denně; pak je možno zvyšovat na maximální dávku 10 mg. V případě podávání s thiazidovými diuretiky, beta-blokátory a inhibitory ACE není nutno dávkování amlodipinu upravovat. Použití u dětí s hypertenzí ve věku 6-17 let: 2,5 mg 1x denně jako úvodní dávka, dále možno upravit na 5 mg 1x denně. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na dihydropyridinové deriváty, amlodipin, nebo kteroukoliv složku přípravku. Závažná hypotenze. Šok, včetně kardiogenního. Obstrukce levokomorového odtoku (např. aortální stenóza vysokého stupně). Hemodynamicky nestabilní angina pectoris po akutním infarktu myokardu. **Zvláštní upozornění a opatření pro použití:** U nemocných se srdečním selháním NYHA III-IV byl hlášen vyšší výskyt plicního edému. U starších pacientů a u pacientů se zhoršenou funkcí jater je třeba podávat lék s opatrností. **Interakce:** Induktory a inhibitory CYP3A4 (např. erytromycin, diltiazem, ketokonazol, itrakonazol, ritonavir) - podávat s opatrností. Současné užívání amlodipinu s grapefruitem či grapefruitovou šťávou není doporučeno. **Těhotenství a kojení:** V těhotenství pouze tehdy, pokud neexistuje jiná bezpečnější alternativa a pokud onemocnění samo o sobě vede k většímu riziku pro matku a plod. Při kojení zvážit přínos kojení pro dítě a léčby amlodipinem pro matku. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Amlodipin může mírně až středně ovlivnit schopnost řízení a obsluhu strojů. Nežádoucí účinky: Ospalost, závrať, bolest hlavy, zčervenání, nevolnost, bolest břicha, otoky, únava. **Předávkování:** Zahájit symptomatickou léčbu a podporu kardiovaskulárních funkcí (vazokonstrikční látky). K potlačení účinku blokátorů kalciových kanálů je užitečné podvat iv. monohydrát glukonanu vápenatého. Dialýza nemá při předávkování větší význam. **Uchovávání:** Při teplotě do 25 °C. **Balení:** 10, 30, 100 tablet v blistru. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha, Česká republika. **Registrační čísla:** 83/374-5/01-C. **Datum poslední revize textu:** 24.3.2010. **Výdej léčivého přípravku** je vázán na lékařský předpis. **Přípravek je hrazen** z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se, prosím, seznamte s úplnou informací o přípravku.

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU. Accuzide® potahované tablety, Accuzide® 20 potahované tablety. • Léčivá látka: 1 potahovaná tableta obsahuje quinaprilum 10 mg nebo 20 mg, a hydrochlorothiazidum 12,5 mg. **Terapeutické indikace:** Léčba hypertenze u pacientů, u nichž je vhodná kombinační terapie chinaprilem a diuretikem. **Dávkování a způsob podání:** Úvodní dávka chinaprilu/HCHTZ 10/12,5 mg, poté lze zvýšit na 20/12,5 mg. Zhoršená funkce ledvin: chinapril/HCHTZ se nemá používat jako úvodní léčba. Mírná insuficience ledvin: úvodní dávka je 5 mg chinaprilu, dále se titruje. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na kteroukoliv složku přípravku, pacienti s anamnézou angioedému v souvislosti s dřívější léčbou ACE-I. Pacienti s anurií nebo přecitlivělostí na jiné léky odvozené od sulfonamidů (složka HCHTZ). Druhý a třetí trimestr těhotenství. **Zvláštní upozornění:** Při léčbě ACE-I byl popsán angioedém, anafylaktoidní reakce, hypotenze, neutropenie/agranulocytóza, exacerbace SLE, zhoršená funkce ledvin a jater, hypoglykemie a diabetes, kašel. Protichůdné účinky chinaprilu a HCHTZ na kalium v séru se zhruba vyrovnávají, takže se nepozoruje žádný celkový efekt na kalium v séru. **Interakce:** Ovlivnění účinku je možné při současném užití: tetracyklinu, lithia. K interakci s thiazidovými diuretiky může dojít při souběžném podávání těchto látek: alkohol, barbituráty, narkotika, antidiabetika, jiná antihypertenziva, kortikosteroidy, ACTH, presorické aminy, nedepolarizující myorelaxancia, NSA, látky zvyšující hladiny kalia v séru, iontoměničové pryskyřice. **Těhotenství a kojení:** ACE-I mohou způsobit onemocnění a smrt plodu a novorozence. Pokud žena během léčby otěhotní, lék musí být vysazen. Opatrnosti je třeba u kojících matek. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Zejména při zahájení léčby mohou být tyto schopnosti porušeny. **Nežádoucí účinky:** Nejčastější: bolesti hlavy, závratě, kašel, únava. **Předávkování:** Nejpravděpodobnějšími symptomy by byla těžká hypotenze (při monoterapii chinaprilem), která se léčí i.v. infuzí fyziologického roztoku, a projevy elektrolytické deplece a dehydratace (při monoterapii HCHTZ). Léčba je symptomatická a podpůrná, hemodialýza a peritoneální dialýza mají jen malý účinek na eliminaci léčivých látek. **Uchovávejte** při teplotě do 25 °C. **Balení:** 10, 30, 50, 100 potahovaných tablet v blistru. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5, Česká republika. Registrační číslo: 58/1079/94-C (Accuzide), 58/560/00-C (Accuzide 20). **Datum poslední revize textu:** 19.8.2009 (Accuzide), 26.8.2009 (Accuzide 20). **Výdej léčivého přípravku** je vázán na lékařský předpis. **Přípravek je hrazen** z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se, prosím, seznamte s úplnou informací o přípravku.

CAD-2012.01.007

Život pacienta.

SORTIS
atorvastatinum

Vaše rozhodnutí.

HLADINA CHOLESTEROLU POD KONTROLOU

ZKRÁCENÁ INFORMACE O PŘÍPRAVKU.
Sortis® 10, 20, 40, 80 mg, potahované tablety.

Léčivá látka: Atorvastatinum 10, 20, 40, 80 mg v jedné potahované tabletě. **Indikace:** Primární hypercholesterolémie, familiární hypercholesterolémie (včetně homozygotní formy u dospělých pacientů) nebo smíšená hyperlipidémie (typ IIa nebo typ IIb podle Fredricksona) u dospělých a dětí ve věku 10 let a starších. Prevence kardiovaskulárních příhod u dospělých pacientů s předpokládaným vysokým rizikem první kardiovaskulární příhody. Léčbu zahajujeme, pokud dieta a jiná nefarmakologická opatření nebyla dostatečné účinná. **Dávkování:** Počáteční dávka je pro všechny indikace obvykle 10 mg atorvastatinu jedenkrát denně. Pro dosažení cílových hladin LDL-cholesterolu může být nutné použití vyšších dávek. Maximální denní dávka je 80 mg atorvastatinu. Dávkování u dětí: Léčba by měla být řízena pouze specialisty. Atorvastatin není indikován k léčbě pacientů mladších 10 let. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na složky přípravku, jaterní onemocnění v aktivním stavu, neobjasněné přetrvávající zvýšení sérových transamináz na více než trojnásobek normálních hodnot, těhotenství, kojení, ženy ve fertilním věku, které nepoužívají vhodnou antikoncepci. **Zvláštní upozornění:** Jaterní testy by měly být provedeny před a pravidelně kontrolovány v průběhu léčby. Pokud přetrvávají více než trojnásobně zvýšené hodnoty transamináz, doporučuje se dávku přípravku Sortis snížit nebo terapii vysadit. Léčbu je nutné přerušit, objeví-li se významné zvýšení CK nebo je diagnostikována rabdomyolýza. **Interakce:** Riziko myopatie stoupá při současném užívání atorvastatinu a následujících léků: např. erytromycin, cyklosporin, telitromycin, klaritromycin, delavirdin, stiripentol, ketokonazol, vorikonazol, itrakonazol, posakonazol, inhibitory HIV proteázy, kyselina fusidová aj. Při současném podávání přípravku Sortis a inhibitorů cytochromu P450 3A4 je třeba opatrnosti. **Těhotenství a kojení:** Sortis je kontraindikován. **Nežádoucí účinky:** Časté: nasofaryngitida, alergické reakce, hyperglykémie, bolest hlavy, faryngolaryngeální bolest, epistaxe, zácpa, plynatost, dyspepsie, nauzea, průjem, myalgie, artralgie, bolest končetin, svalů a kloubů, svalové křeče, otok kloubů, zvýšení CK a jaterních testů. **Předávkování:** Speciální léčba neexistuje, pacienta je třeba léčit symptomaticky. Je třeba monitorovat jaterní testy a CK v séru. **Uchovávání:** Žádné zvláštní podmínky. **Balení:** m.j. 30 nebo 100 tablet v blistru. **Jméno a adresa držitele rozhodnutí o registraci:** Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5, ČR. **Datum poslední revize textu:** 29.8.2011. **Registrační čísla:** Sortis 10-40 mg: 31/233-5/99-C, Sortis 80 mg: 31/397/03-C. Výdej léčivého přípravku je vázán na lékařský předpis. Přípravek je hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním se prosím seznamte s úplnou informací o přípravku.

Pfizer, spol. s r.o., Stroupežnického 17, 150 00 Praha 5
telefon: 283 004 111, fax: 251 610 270, www.pfizer.cz

Pfizer Pracujeme společně pro zdravější svět™ www.pfizer.cz

SOR-2012.01.009