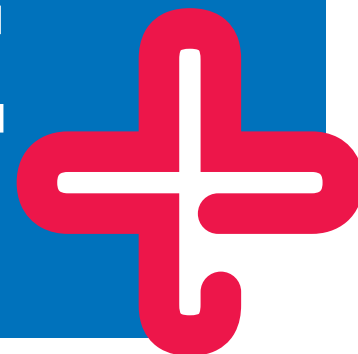


ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



CENA 28 Kč
PŘEDPLATNÉ 23 Kč
10/2011 ročník 60

Toto číslo vyšlo 16. 5. 2011
V TOMTO VYDÁNÍ - LL 5



AKTUALITY

Onkologická léčba pod drobnohledem
Nový software umožnil propojení dat o pacientech.

STRANA 20



PŘEDSTAVUJEME

doc. MUDr. Petru Tesařovou, CSc., z Onkologické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze

STRANA 38



TÉMA ČÍSLA

Jak šel čas s „Děkujeme, odcházíme“ – před rokem začala největší protestní akce lékařů v české historii.

STRANA 16



Univerzitní nemocnice by měly být odstátněné, založené na neziskovém, veřejnoprávním základě.

(strana 7)

Foto: archiv 1. LF UK

DRG již příští rok?

Ministerstvo zdravotnictví chce od příštího roku komplexním zavedením systému DRG zásadně změnit úhradové podmínky pro nemocnice.

V rámci zprůhledňování produkce nemocnic v oblasti akutní lůžkové péče a prevence korupčního prostředí pracuje ministerstvo zdravotnictví na využití klasifikačního systému DRG (*diagnosis-related group*) v úhradovém mechanismu. Jeho cílem je stanovení a jasné vymezení systému úhrady za zdravotní služby pro všechna zdravotnická zařízení.

„Ministerstvo usiluje o zakotvení DRG v české legislativě prostřednictvím zákona 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, a úhradové vyhlášky, která DRG stanoví jako jediný nástroj úhrady pro akutní lůžkovou péči,“ uvedl náměstek ministra zdravotnictví pro zdravotní pojištění Petr Nosek.

Skupiny diagnóz budou zaváděny postupně

DRG má zpřehlednit systém úhrad za péči v nemocnicích. Počítá se zhruba 500 skupinami dia-

gnóz, do tří až pěti let by postupně měly být zavedeny do vykazování. Jednotlivé skupiny zohlední zdravotní stav pacienta i další jeho nemoci při výši úhrady. Umožní přesunout z akutních lůžek část pacientů, kteří již akutní péči nepotřebují, na lůžka následné péče a převést část lůžkové péče do ambulancí.

„Vítám rozhodnutí ministerstva zdravotnictví zavést DRG. Dnes je obvyklé, že nemocnice zbytečně protahují hospitalizace pacientů, po zavedení nového systému budou tyto hotelové služby omezeny, protože za dva nebo deset dní pacienta na lůžku bude pojišťovna platit stejně. To by mohl být začátek restrukturalizace lůžkového fondu,“ řekla poslankyně za TOP 09 Patricie Kotalíková, jež je zároveň primářkou dětského oddělení v Nemocnici Kadaň, která patří k referenčním zdravotnickým zařízením.

Peníze půjdou za pacientem

Pacientům se podle ministra zdravotnictví Leoše Hegera (TOP 09) více otevře možnost výběru nemocnice, zatím je pro nemocnici placenou paušálem nevyhodné brát nové pacienty. „Tento systém by zaplatil každého pacienta tam, kam přijde, což bude pro dobré nemocnice znamenat, že si je pacienti najdou. Samozřejmě to s sebou nese riziko, že některé nemocnice budou svou činnost muset utlumit, pokud v soutěži neobstojí,“ řekl Heger.

Vzniku DRG se věnuje Národní referenční centrum. Od počátku vývoje spolupracuje se zástupci nemocnic a zdravotních pojišťoven. Podle náměstka Noska je v systému DRG většina péče dobře popsána a zúčastněné nemocnice ve využití tohoto systému významně pokročily.

(pokračování na straně 2)

Inzerce A111005920

110 let Zkušenosti v originálním výzkumu vývoji a výrobě léků

Kvalitní terapie po generace od roku 1901

Farmaceutická společnost s globální působností

Moderní léčba ve více než 100 zemích

110. výročí založení společnosti

RICHTER GEDEON

110 let tradice

Za osm měsíců? To nemohu, jdu k zubaři

Ministerstvo zdravotnictví připravuje mimo jiné i změny v systému stomatologické péče. V budoucnu si tak zřejmě zaplatíme za klasickou plombu a budeme finančně odměňováni i trestáni podle toho, jakou péči budeme svému chrupu věnovat. S takovým návrhem nezbyvá než souhlasit. Proč bychom měli pomáhat lajdákům, kteří se o zuby nestarají a tím si vědomě způsobují potíže?

Proč plýtvat osekávaným rozpočtem veřejného zdravotního pojištění kvůli lidem, kteří si nechají zuby zkazít, když na druhé straně jsou jiní, kteří o svůj chrup řádně pečují a za své zdravotní komplikace nemohou?



Michaela Svobodová

vat další výbušné přívalky je proto v tomto případě zbytečné. Postačí nám pouhá čísla. Zubních lékařů je zoufalý nedostatek. Podle nejnovějších statistik by například ve Středočeském kraji měl mít jeden zubař v kar-

totéce 2044 pacientů. Když si číslo trochu rozvedeme a přirovnáme k počtu pracovních dní, zjistíme, že jenom při preventivních prohlídkách, na které bychom měli zavítat dvakrát do roka, by takový lékař musel ošetřit zhruba 16 lidí denně. A co vypadlé plomby a bolestivé případy? Taková ošetření vyžadují v průměru mnohem více času než preventivní prohlídky. Kde by na ně stomatolog měl

brát čas? Zřejmě po pracovní době. V některých čekárnách to přitom již dnes (kdy zatím lidé nejsou finančně motivováni k prohlídkám) vypadá jako za dob hlubokého komunismu, kdy se ve frontě čekalo, až přivezou banány. Lidé jsou mnohdy objednávaní i sedm osm měsíců dopředu, takže půlroční interval k preventivní prohlíd-

ce u svého zubaře ani nemohou stihnout.

Chybějící konkurence jistě neprospívá ani kvalitě poskytované péče. „Máme ve městě dva zubaře. Jeden se v pracovní době rád napije, u druhého platíte už jen za otevření dveří,“ popsala mi známá svou zkušenost se stomatologickou péčí. Na spravení odhale-

ných krčků musela čekat téměř čtyři měsíce.

Kováři rádi pomohou

Kam až může tato absurdní situace dospět, ukazuje i mediálně známý případ zdravotní sestry, která šest let „suplovala“ práci stomatologa s takovou elegancí a stylem, že nikoho ani nenapadlo pátrat po pravosti „diplomu“ z lékařské fakulty. Pacienti si její práci chválili a „šokujícímu odhalení“ nakonec ani nechtěli věřit.

Pokud mají skutečně přijít změny, které nás budou odměňovat či trestat, podle toho, s jakou pravdivostí budeme usadat do zubařského křesla, takových případů možná přibude. A když už péči nebudou zvládat ani sestry, nezapomejme! Ještě jsou zde i jiné možnosti. Ke komu chodili lidé s bolavým zubem ve středověku? Ale nebudeme malovat čerta na zeď...

Platba i za otevření dveří

Stomatologická péče byla, podle novinových titulků, již několikrát na pokraji zhroucení a stála před „neodvratným kolapsem“. Použí-

Ministr představil novelu zákona o pojišťovnách

Ministr zdravotnictví Leoš Heger představil novelu zákona o zdravotních pojišťovnách, kterým sjednotí podmínky pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu a ostatní zaměstnanecké a oborové pojišťovny, jež jsou zatím obsaženy ve dvou různých zákonech.

Zákon o zdravotních pojišťovnách prý zjednoduší legislativu. „Naším cílem bylo stanovit stejné podmínky a pravidla pro všechny pojišťovny, nastavit jejich povinnou neziskovost, zrušit dozorčí rady a naopak posílit roli managementu a správních rad,“ shrnul ministr. Manažeři pojišťoven by ručili majetkem.

Kancelář zdravotních pojišťoven

Vzniknout by měla Kancelář zdravotních pojišťoven, která by spravovala registry plátců, poskytova-

telů péče a pojišťoven. Nyní to má na starost VZP. Na zdravotní pojišťovny by dohlíželo ministerstvo zdravotnictví, které by jim mohlo nařídít mimořádný audit.

Věcný záměr zákona o zdravotních pojišťovnách má ministr předložit vládě v červnu. Norma dá transparentní podmínky pro fúze zdravotních pojišťoven, posílí dozor a kontrolu nad jejich hospodařením a definuje nároky pojištěnce. Ministerstvo bude podle Leoše Hegera na základě analýz dohlížet na to, aby péče byla rovnoměrně dostupná. (op)



Joseph Wright of Derby: Kováři (1772)

Výstavba centra záchranné služby v Karlových Varech ve skluzu

Nové sídlo Územní zdravotnické záchranné služby Karlovarského kraje bude jejím pracovníkům k dispozici zhruba o půl roku později, než se původně předpokládalo. Příčinou zpoždění jsou dodatečné úpravy projektu.

Jak uvedl hejtmanův náměstek Petr Navrátil (ČSSD), z technických důvodů není možné do prosince letošního roku stavbu areálu zvládnout, proto bude pravděpodobně dokončena v červnu 2012. Kromě 76 milionů korun na samotnou stavbu kraj žádal o třicetimilionovou dotaci EU na vybavení moderními technologiemi, zpoždění výstavby ale nakonec Čerpání této dotace neohroží.

Posun termínu dokončení krajského sídla záchranné služby nekomplikuje ani činnost samotných záchranářů, podotkl jejich mluvčí Lukáš Hutta.

V suterénu nového objektu budou garáže pro sanitní vozy, v dalších patrech vznikne zázemí pro lékaře a sestry, centrální dispečink a ředitelství krajské záchranné služby. (Klu, ČTK)

DRG již příští rok?

(pokračování ze strany 1)

Existují i rizika

DRG přináší i rizika, jako je např. cílené nadhodnocování (tzv. upcoding), nedostatečně vyvinuté revizní systémy zdravotních pojišťoven nebo nárůst případů za účelem dosažení zvýšení příjmu. „V tomto případě je nutné stanovit příslušné sankce pro případ podvodu. V USA, kde tento systém již léta funguje, je taková sankce na likvidační úrovni nemocnice,“ uvedl Petr Nosek. „Pokud se vyskytne nějaká chyba, dotkne se spravedlivě všech,“ dodal náměstek.

Olga Pavlíková

Slibovali sestřím tisíce navíc, polepšily si ale jen některé

Zdravotní sestry si měly na základě slibů z roku 2009 polepšit až o dva a půl tisíce korun. Takovému slibu se ale většina z nich směje, plnou sumu totiž dostala málokterá.

Prezidentka České asociace sester (ČAS) Dana Jurásková dohoda v době svého šéfování na ministerstvu zdravotnictví zvýšení mezd pro zdravotní sestry. Na jejich výplatních páskách se mělo objevit až 2500 korun navíc. Počítalo se s tím, že zhruba tři čtvrtiny peněz zaplatí zdravotní pojišťovny, zbytek byl na managementu samotných nemocnic. Realita je ale odlišná. Mnohé pojišťovny totiž peníze neposlají vůbec, jiné je sice posílají, ale méně, než by měly. A sestřím tak na účtech po zdanění mnohdy přišly jen „drobné“.

Přesná čísla nejsou známa

Kolik sester peníze skutečně dostalo, není jasné, oficiální čísla chybí. Česká asociace sester sice provedla průzkum mezi svými členkami, celkovou situaci ale její výsledky neodrážejí. I tak je zajímavý – částku dle nařízení vlády podle něj totiž obdrželo jen 68 procent sester. Z informací Zdravotnických novin vyplývá, že ve většině zařízení alespoň k částečnému navýšení došlo, většinou ho



Ilustrační foto: Shutterstock

však hradí samy nemocnice. Pojišťovny buď neplatí, nebo posílají příliš málo.

Přidali nám, ale minimum

Přesné informace nezná ani Oborový svaz zdravotnictví a sociální péče. Jeho místopředsedky-

ně Ivana Břeňková sice potvrzuje, že o problémech s plněním slibu ví, konkrétní ale být nedokáže. „Přesné informace nemáme, někde je navýšení v tarifech, jinde v mimořádných odměnách,“ uvedla pro Zdravotnické noviny Břeňková.

To potvrzují i samy sestry. „My jsme akciovka a u nás k navýšení došlo. Je to ale v hrubé mzdě a sestry z toho mají minimum. V nemocnici jsem krátce, takže nevím, jak to s platy bylo před tím. Když se jim ale trochu přidá, mají okamžitě vyšší daně a mají z toho opravdu málo,“ potvrdila zdravotní sestra Eva Stránská z Orlickoústecké nemocnice.

Podobné zkušenosti má také vedoucí fyzioterapeutka Miroslava Jordánová z Nemocnice následné péče a dlouhodobě nemocných Horažďovice. „U nás peníze vyplacené byly, ale třeba v Rokycanech je sestry nedostaly. Něco dostaly ve všech nemocnicích, ale rozhodně ne v plné výši,“ reagovala Jordánová.

Doplácíme téměř třetinu

Těžkou hlavou nařízení způsobilo i krajským radním. Ti totiž musí finanční potíže svých nemocnic často řešit. „Pojišťovny si vytvořily vlastní klíč pro úhradu. Posílají nám tak 1/3 nákladů, zbytek hradí samy nemocnice,“ zlobí se náměstek moravskoslezského hejtmána Karel Konečný. Podobné zkušenosti mají i na Vysočině. Kolik již kraj na navýšení mezd pro sestry vydal, sice radní nevědí, zlobí se ale kvůli tomu, že na

ně stát „hází“ stále více zodpovědnosti za svá rozhodnutí.

Navíc některé pojišťovny prý peníze neposlají vůbec. „Pokud je mi známo, týká se to Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví a nyní se do řešení memoranda nehrnou ani ostatní oborové pojišťovny,“ uvedl hejtman kraje Vysočina Jiří Běhounek. Přitakává mu i radní Jihočeského kraje Ivana Stránská. Všeobecná zdravotní pojišťovna je podle ní jediná, která peníze na navýšení poslala. „S ostatními máme problémy, jedná se o ty nejmenší pojišťovny, nechci je ale konkrétně jmenovat.“

Vyhláška připouští možná řešení

Svaz zdravotních pojišťoven Jaromír Gajdáček připouští, že od každé pojišťovny mohou chodit jiné platby. Připouští to podle něj vyhláška. „Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra, která poskytuje platby zdravotnickým zařízením na základě úhradové vyhlášky, zmíněnou dohodu dodržela a peníze odvedla. Je však možné, že zdravotní pojišťovny, které hradí zdravotní péči jiným způsobem, což vyhláška připouští, zvolily i v tomto případě jiné řešení,“ uvedl Gajdáček.

Asociace sester chystá nový průzkum, a pokud se číslo nezvýší, chystá jednání s ministerstvem zdravotnictví. „Jako profesní organizace těžko přimutíme pojišťovny k plnění závazků,“ dodala viceprezidentka ČAS Irena Kouřilová.

Michela Svobodová

Svaz pojišťoven: Musíme mít možnost smlouvu vypovědět

Reforma ministerstva zdravotnictví chce zásadně změnit fungování zdravotních pojišťoven. Lékaři kritizují, že jejich pravomoci příliš posiluje. Samy pojišťovny opatření chápou spíše jako možnost sankce pro zařízení, která neposkytují kvalitní péči.

Balík zákonů o zdravotních pojišťovnách upravuje fungování i pravomoci pojišťoven. Dává jim například možnost neuzavřít smlouvu se zdravotnickým zařízením. Což právě lékaři slyší velmi neradi. „Dnes zdravotní pojišťovny nemají téměř žádnou faktickou možnost jak ovlivnit kvalitu zdravotnického zařízení a úroveň poskytované péče. Navržené

ustanovení jim tuto možnost dává. Musí mít pravomoc uplatnit sankci vůči těm zařízením, která kvalitní péči neposkytují,“ komentuje návrh prezident Svazu zdravotních pojišťoven ČR a ředitel ZP Ministerstva vnitra ČR Jaromír Gajdáček. K návrhům, které ministerstvo představilo, se již pojišťovny měly možnost vyjádřit a Hegerovy kroky vítají.

Jednotnou legislativu podporujeme

Od roku 2013 by všechny zdravotní pojišťovny měly fungovat podle jednotné legislativy, základem by měla být jejich neziskovost. To v podstatě znamená, že zdravotní pojišťovny nebudou primárně zaměřeny na vytváření zisku, jako jsou běžné podnikatelské subjekty. Základem i nadále bu-

de zajištění lékařské péče, ale za fungování striktních ekonomických pravidel, což je podpořeno také tím, že by existovala trestněprávní odpovědnost managementu a členů správní rady za činnost zdravotní pojišťovny. „Není důvod, aby se jedna zdravotní pojišťovna v zemi řídila speciálním zákonem a byla jím zvýhodňována proti všem zbývajícím zdravotním pojišťovnám. Jsme si vědomi, že dnešní stav, kdy je VZP řízena samostatným zákonem, je důsledkem historického vývoje, ale jsme zároveň přesvědčeni, že nastal čas na změnu,“ uvedl pro Zdravotnické noviny Jaromír Gajdáček.

Přecházení klientů je administrativně náročné

Součástí změn je také omezení fluktuace klientů mezi pojišťov-

nami. Pacienti by ji mohli změnit jednou do roka ve stanovené datum. „Současný systém, kdy klienti mohou přecházet od jedné zdravotní pojišťovny ke druhé také jedenkrát za rok, ale ve kterémkoli čtvrtletí, je administrativně dosti náročný. Podle návrhu bude zachována přestupní doba jednoho roku, jen bude sjednoceno datum možného přestupu na začátek roku,“ vysvětluje prezident Svazu zdravotních pojišťoven ČR. Jak ale dodává, proces kultivace zdravotního systému je dlouhodobý a vyžaduje postupné a promyšlené kroky. „Naopak bych byl pro, aby se v této fázi vůbec nehovořilo o změnách poplatků – být mají logiku. Diskuse pak nebude o ničem jiném než o nich a celá reforma může se na nich také zastavit,“ dodal Gajdáček. (msvo)

Nejméně práce mají zubaři v Praze

Počet lidí na jednoho stomatologa se v mnohých krajích blíží ke dvěma tisícům. Nejlépe je na tom Praha, kde jeden zubař pečuje v průměru o 829 lidí. Nejhorší je situace ve Středočeském kraji.

„O nedostatku zubařů debatujeme již přes deset let, stále to ale nikam nevede a situace se dále zhoršuje,“ uvedl nedávno v roz-

hovoru pro Zdravotnické noviny prezident České stomatologické komory Pavel Chrz.

A jeho slova dokládají neaktuálnější statistiky z konce roku 2010. Celorepublikový průměr, zhruba 1389 pacientů na zubaře, sice není ideální, čísla z jednotlivých krajů jsou však hroznivější. Nejhorší situace je ve Středočeském kraji, kde by se měl jeden zubař postarat o 2044 pacientů. Ke dvěma tisícům se blíží také Ústecký kraj, o něco méně pacientů by ve svém seznamu měl mít stomatolog z Karlovarského kraje. Pod celorepublikovým průměrem se umístily Praha nebo Jihomoravský kraj. Celkově o zuby všech Čechů pečuje 7574 zubařů.

Pomohla by delegace výkonů na nižší personál

Počty uchazečů o studium na sto-

matologických fakultách spíše rostou. Podle prezidenta komory pražská fakulta bere jen každého třináctého žadatele. Fakulty nepřijímají více studentů kvůli nákladům na studium.

„Problém je, že abyste vchovali zubaře, potřebujete zubní soupravy, které jsou velmi drahé. Proto je těžší přijmout více žadatelů,“ komentuje důvody prezident České stomatologické akademie Tomáš Košumberský. Peníze ale podle něj nejsou hlavním problémem. „Měli bychom delegovat nějaké výkony na nižší zdravotnický personál, například dentální hygienistky. To by vyřešilo mnoho našich problémů. Samozřejmě by bylo třeba navýšit i kapacitu fakult, ale ne o mnoho,“ doplňuje Košumberský.

Ilustraci foto: bestbudapestdentist.com



Zubní lékaři vykonávající povolání v ČR dle krajů a dle odborností

Kraj	Počet obyvatel	PZL	Ortodontisté	OMFCH	Celkem
Hl. m. Praha	1 254 317	1425	63	25	1513
Středočeský	1 261 249	595	22	0	617
Jihočeský	638 291	386	17	3	406
Plzeňský	571 980	473	22	3	498
Karlovarský	307 453	166	7	0	173
Ústecký	836 134	397	20	3	420
Liberecký	439 817	249	10	2	261
Královéhradecký	554 912	392	18	4	414
Pardubický	516 943	301	8	3	312
Vysočina	514 756	290	13	1	304
Jihomoravský	1 154 191	849	44	8	901
Olomoucký	641 797	472	24	7	503
Zlínský	590 673	412	16	3	431
Moravskoslezský	1 244 172	780	35	6	821
Celkem	10526685	7187	319	68	7574

Michela Svobodová

Pardubická nemocnice se formálně blíží hranici insolvence

Pardubická krajská nemocnice (PKN) se z formálního hlediska blíží hranici insolvence. Podle nového ředitele Tomáše Gottvalda má vysokou kumulovanou ztrátu a značné závazky po lhůtě splatnosti.

Podle krajské radní pro zdravotnictví Markéty Tauberové (ČSSD) uzavření zdravotnického zařízení nehrozí, ztráta je prý z větší části jen účetní položkou. Dočasné řešení nepříznivé situace v podobě navýšení základního kapitálu by mohlo přinést zvýšení základního jmění společnosti.

„Kumulovaná ztráta je 144 milionů korun, základní kapitál nyní 209 milionů korun. K tomu máme obrovské množství závazků, proti nimž stojí nevyrovnané pohledávky. Nebezpečí insolvence reálně hrozí a je potřeba konat,“ uvedl Gottvald. V čele nemocnice stanul teprve před dvěma měsíci, předchozího ředitele Josefa Šimurdu

vedení kraje v polovině loňského prosince odvolalo mimo jiné i kvůli špatným výsledkům hospodaření. Anesteziolog Gottvald byl v té době předsedou dozorčí rady.

Kraj očekává návrh od ředitele

Kromě navýšení základního kapitálu vidí Tomáš Gottvald cestu k nápravě v úsporných opat-



Ilustraci foto: sbalioancalculator.com

řeních ze strany nemocnice. „Chápu, že Pardubický kraj jako zřizovatel se zdráhá poskytnout nemocnici peníze bez záruk, že se situace nebude za čas opakovat nebo zhoršovat. To by byla investice, která se nevyplatí,“ řekl ředitel nemocnice.

„To, co skutečně nemocnici ohrožuje, jsou pohledávky po splatnosti, jejichž výše se stále mění. Cash-flow dobré není, začala se splácet nová magnetická rezonance a tomograf,“ uvedla Markéta Tauberová. Očekává, že ředitel nemocnice navrhne kraji způsob jak se insolvenční vyhnout. Možné by bylo vložit do jmění firmy některé budovy, jež přímo neslouží léčebným činnostem (například ředitelství).

Dodavatelé jsou zatím trpěliví

U závazků po lhůtě splatnosti se nemocnice snaží dohodnout s dodavateli na splátkových kalendářích. Podle ředitele Gottvalda jsou zatím věřitelé trpěliví a insolvenčním řízením nevyhrožují.

Finanční problémy mají i další nemocnice, které Pardubický kraj zřídil jako akciové společnosti. Do firem vložil na počátku jen movitý majetek, nemovitosti si ponechal ve svém vlastnictví. Tím zůstalo základní jmění na poměrně nízké úrovni vzhledem k vysokým obrátům, kterých zdravotnická zařízení dosahují.

Insolvenční lze zabránit splátkovými kalendářemi

Teoreticky by bylo možné, že by někdo od věřitelů skoupil všechny pohledávky některé nemocnice a pokusil se ji násilně převzít či poslat do insolvence. Podle radní Tauberové tomu lze zabránit uzavíráním splátkových kalendářů s dodavateli.

Nemocnice Pardubického kraje vytvořily v roce 2009 celkovou ztrátu přes 81 milionů korun. Loňské údaje kraj zatím nezveřejnil, kromě ztráty Svitavské nemocnice ve výši 14,5 milionů korun. PKN podle Tomáše Gottvalda skončila s výsledkem přibližně minus 100 milionů korun.

(op, ČTK)

Stávka na radiologických odděleních **zažehnána**

Podle informací médií chtěli ještě minulý týden radiologičtí pracovníci v nemocnicích Krajské zdravotní stávkovat kvůli mzdám. Jak zjistily Zdravotnické noviny, na odděleních je nyní klid. Primáři radiologií v Ústí nad Labem a Děčíně se shodují: „Stávkovat nebudeme.“

Vedení Krajské zdravotní (KZ) postupně zavádí na radiodiagnostických odděleních jednotlivých nemocnic směnný provoz. Dosud zde zdravotníci sloužili pohotovostní služby, platy se jim navyšovaly díky přesčasovým hodinám.

Podle mluvčího KZ Jiřího Vondry přestane přesčasová práce zaměstnance zatěžovat. Místo příplatků za přesčas budou zaměstnanci dostávat odměny za víkendové a noční směny. „Obdobný systém funguje v chomutovské nemocnici a jeho rozšíření do dalších oddělených závodů je dlouhodobě plánovaným systémovým opatřením sledujícím

zvýšení efektivity a tolik potřebných úspor, stejně jako sjednocení systému napříč nemocnicemi společnosti. Motivace zaměstnavatele je jednoduchá, zaměstnanec bez přesčasů má menší mzdové nároky, není přetížený přesčasovou prací, systém vykáže potřebné úspory a navíc bude odstraněna nerovnost v systému organizace práce napříč,“ dodal Vondra s tím, že vedení KZ počítá ve třech nemocnicích (změnu provede ještě Teplická nemocnice) s úsporou 5 milionů korun, a to i za nezbytného předpokladu přijetí nových pracovníků. Pokud se směnný provoz zaběhne

ve všech pěti nemocnicích, půjde o úsporu 8 až 9 milionů korun.

Níže platy zaměstnanců „skouslí“

Podle deníku Dnes o stávce uvažovali nemocniční zaměstnanci rentgenů, CT, ultrazvuku a magnetické rezonance. „Ne, o stávce tady v Ústí neuvažujeme. Už jsem tuto zprávu dementoval. Nechtěl stávkovat ani laboranti, tady je prostě klid,“ řekl Zdravotnickým novinám primář radiodiagnostického oddělení Masarykovy nemocnice v Ústí nad Labem MUDr. Milouš Derner. Na dotaz, zda tedy platy

ve směnném provozu budou zaměstnancům vyhovovat, uvedl, že se se zástupci KZ dohodli. „Platy bych teď nerad analyzoval, budou mít o něco méně, ale ‚skouslí‘ to a směnný provoz bude,“ dodal primář Derner.

Děčínská radiologie se na směnný provoz připravuje. „Zatím jsme na něj ještě nenajeli, čeká nás druhá schůzka s vedením,“ sdělila ZDN primářka radiologického oddělení Nemocnice Děčín MUDr. Jaroslava Linhartová s tím, že i zde panuje klid.

Podle zaměstnance KZ, který deníku Dnes nechtěl sdělit své jméno, v případě nedohody hrozí omezení provozu. „Pokud se nedohodneme, stávka bude. Zachováme jen nejnужnější provoz, aby nedošlo k ohrožení zdraví občanů, provádět se tedy budou úrazová ošetření. Ale nic víc, žádná plánovaná vyšetření,“ řekl a upozornil na nutnost zvýšit ve směnném provozu počet zaměstnanců, bez nichž nebude možné provoz radiologie zajistit.

Petra Klusáková



Ilustrace: Foto: ifepr.de

Inzerce A111006812

Kam pro výhodný úvěr?

Úvěr Artesa je nejjednodušší cestou k získání dotace z evropských fondů

- * rychlé zpracování
- * ručení nemovitostí
- * úvěry od 2 milionů korun

*** artesa**

INVESTUJTE VÝHODNĚ A S GARANCÍ

Artesa, spořitelní družstvo
tel.: 221 015 108

uver@artesa.cz
www.artesa.cz



Z DOMOVA

Každodenní spolupráci záchranářů u hranic **brání legislativa**

Zatímco společný zásah v případě hromadných neštěstí a katastrof umožňují mezivládní dohody, při každodenních zásazích není příhraniční spolupráce možná, uvedl ředitel Zdravotnické záchrané služby Libereckého kraje Stanislav Mackovík.

Běžným zásahům záchranářů z Polska, Německa a Česka v příhraničních oblastech stále brání legislativa. Za její změny bojují záchranáři z Euroregionu Nisa již osm let.

„Například v dubnu loňského roku byl hlavním výstupem odborné konference v Piechovicích pokyn oslovit české, polské a německé politiky s vyzvou k urychlené práci na dalších mezinárodních smlouvách o vzájemné spolupráci záchraných služeb. Záměrem projektu je spolupráce formou přeshraničního zásahu u pacienta na vyzvu partnerského operačního střediska,“ uvedl lékař Záchrané zdravotnické služby Libereckého kraje MUDr. Jiří Wachsmuth, který zároveň působí v expertní skupině evropských zá-

chranářů EUREX ZZS. „Zdravotníci nemožou na cizím území pracovat, pojišťovny jim za hranicemi neplatí výkony ani nasazení sanitek. Pro pacienty by přitom byl zásah přes hranici často rychlejší a pro pojišťovny i levnější,“ doplnil jeho slova ředitel Mackovík.

Velký zájem na každodenní spolupráci mají zejména Poláci. „Pro nás je na prvním místě záchrana člověka,“ vysvětlil polský lékař Arkadiusz Kawka z Bogatyně. Právě Bogatyně leží jen pár kilometrů od české hranice. Pokud tamní pacient potřebuje záchranku, musí k němu jet sanitka s lékařem až z bezmála 40 kilometrů vzdáleného polského Zhořelce. Přitom z Frýdlantu, kde je nejbližší stanoviště záchrané

služby na české straně, by pomoc mohla na místo dorazit do deseti minut. Možnost zásahu na sousedním území by podle Kawky výrazně zkvalitnila zejména neodkladnou přednemocniční péči.

Vrtulník přes cizí území přeletí, ale nepřistane

Na rozvoj přeshraniční spolupráce zdravotnických záchraných služeb v euroregionu získaly Zdravotnická záchraná služba Libereckého kraje a Polská záchraná služba z evropského programu Cíl 3 dohromady asi 16,5 milionu korun. Díky tomu mohly záchranky v minulých letech nakoupit nové sanitky a vybavení pro záchranáře. „Uskutečnily se ale také odborné konferen-

ce a výměnné stáže, do kterých se zapojilo vždy 24 záchranářů z obou zemí,“ řekl Jiří Wachsmuth. Evropské dotace umožnily zorganizovat jazykové kurzy i velká společná cvičení záchraného systému. Vznikl také česko-polský slovník pro záchranáře nebo jednotné identifikační karty záchranářů.

Ze statistik záchrané služby vyplývá, že v Libereckém kraji létá vrtulník v Krkonoších a v Jizerských horách ročně pro 30 až 40 Poláků a Němců se zdravotními problémy. Třeba Poláci by uvítali, kdyby česká Letecká záchraná služba mohla zasahovat i na jejich území, protože z příhraničních oblastí je to mnohem blíže k českým základnám než k těm polským, a pomoc by tu-



Ilustrační foto: www.anti.or.at

díž byla rychlejší. Podle Mackovíka sice vrtulník liberecké záchranky může nad polským územím přeletět, s výjimkou mimořádných událostí tam ovšem nesmí zasahovat. „V rámci česko-saského projektu by v Hrádku nad Nisou mělo vzniknout centrum vzdělávání a výchovy pro záchranáře a také základna pro poskytování přeshraniční pomoci v případě mimořádných událostí. K tomu nás vede to, že Hrádek nad Nisou leží v samém centru Euroregionu a v blízké budoucnosti tudíž povede jedna z hlavních tranzitních komunikací mezi jihem a severem Evropské unie,“ vyjmenoval nejbližší cíle společného snažení záchranář Wachsmuth.

(kdu, ČTK)

Lékař považuje jednání nemocnice za **diskriminaci**

Šéf odborů mladoboleslavské Klaudiánovy nemocnice Radek Langer nezískal souhlas k provozování vlastní soukromé praxe od vedení nemocnice, kde je zaměstnán jako lékař na oddělení ORL. Nemocnice tvrdí, že je jeho ordinace přímou konkurencí zařízení a požaduje, aby svou činnost počátkem května ukončil. Langer to ale označil za diskriminaci a je připraven bránit svá práva u soudu.

Vedení nedalo Langerovi povolení k soukromé praxi proto, že jeho činnost je prý v přímé konkurenci k činnosti nemocnice. U ostatních lékařů, tedy chirurgů, ortopedů, očních lékařů a urologů, to tak podle mluvčí nemocnice Kamily Hamáčkové není. „Své pacienty z ambulancí posílají dále do péče nemocnice, zatímco firma doktora Langeru se zabývá stejnou činností jako nemocnice,“ uvedla mluvčí. Ředitelství vadí možný odliv pacientů a zejména to, že lékař v rámci své praxe prodává naslouchadla, což má přímý dopad na ekonomiku nemocnice.

Langerovi není jasné, jak je možné, že ostatní lékaři nemocnici nekonkurují. Upozornil, že v oficiálním zdůvodnění zákazu praxe uvedený důvod chyběl, což je v rozporu se

zákonem. „Nemocnice navíc nemá žádnou smlouvou s jakoukoli zdravotní pojišťovnou, která by se týkala korekce sluchových vad a výdeje sluchadel. Takže já jí v tomto opravdu nekonkuruji,“ tvrdí Langer. Vyjádření mluvčí označil za lež.

Souhlas s činností s. r. o. nepotřebuje

Podle výkladu svých právníků Radek Langer souhlas svého zaměstnavatele k ambulantní praxi dle zákoníku práce ani nepotřebuje, protože jeho soukromé zařízení je společností s ručením omezením. Langer je jediným ze 24 lékařů, kterému ředitelství odmítlo dát nebo prodloužit souhlas. Domnívá se, že důvod je jasný – jako šéf odborů a člen dozorčí rady nemocnice nahlas protestoval proti kontrover-

zní stavbě nového pavilonu interny. „Za to se mi nemocnice nyní mstí,“ uvedl Langer. „Pan doktor si myslí, že je to akce cílená na něj. Není to tak. V dubnu nastoupil nový personální náměstek a ten dělá pořádek ve všech papírech,“ uvedla mluvčí Hamáčková. Nemocnice se povolováním praxí zabývala naposledy v roce 2003.

Radek Langer bude soukromou praxi provozovat i nadále. Svá práva chce případně hájit u soudu. Nyní čeká na další reakci ředitelství nemocnice. „Ať se u soudu hájí, prohraje. Máme jasnou oporu v zákoníku práce, který říká, že souhlas s provozováním praxe může být kdykoli písemně odňat,“ doplňuje Hamáčková. O dalším postupu proti Langerovi bude nemocnice jednat.

(kdu, ČTK)

Centra pro léčbu mozkové mrtvice mají málo peněz

Takzvaná iktová centra upozorňují, že ve druhé polovině roku nebudou mít dostatek prostředků na léčbu. Hrozí, že budou muset omezit počty pacientů, uvedl předseda výboru cerebrovasikulární sekce České neurologické společnosti Ondřej Škoda.

Pokud pojišťovny peníze nepřidají, budou podle něj nemocnice muset dotovat léčbu ze svého.

Úhradová vyhláška pro letošní rok podle Ondřeje Škody nepočítá s 33 centry, z nichž deset komplexních poskytuje i neurochirurgickou péči. Centra byla v loňském roce zřízena věstníkem ministerstva zdravotnictví, podle něhož mají poskytovat péči o pacienty postižené cévní mozkovou příhodou do čtyřadvaceti hodin od jejího zjištění. Letošní platby nemocnicím vycházejí z úhrad roku 2009, kdy tato síť ještě neexistovala.

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) je podle mluvčího Jiřího Roda připravena s nemocnicemi jednat. Jak mluvčí VZP upozornil, ministerstvo zdravotnictví sice síť iktových center ustavilo, zatím ale nenásledoval další krok, kterým by se do center přesunuly úhrady z paušálu nemocnic, jež přestaly být poskytovány. „VZP pro rok 2011 neplánuje plošně vyjmutí úhrad v iktových centrech z paušálu. Jsme ale připraveni individuálně s nemocnicemi jednat,

což se i z důvodu restrukturalizace lůžek již děje,“ řekl mluvčí.

Nemocniční náklady přesahují miliardu

„Na obzoru jsou nové účinné léky pro prevenci mozkové mrtvice a my od politiků potřebujeme organizační i ekonomickou podporu sítě center,“ uvedl Ondřej Škoda, který je zároveň přímárem neurologie v Nemocnici Jihlava. Cílem podle něj je, aby se na iktovou jednotku dostal každý pacient s mrtvicí. Z loňských čísel vyplývá, že iktová centra provedla orientačně 1300 trombolýz. „Jen na léky by bylo třeba kolem 20 až 30 milionů korun, tím by se pokryly alespoň náklady na podání této akutní nezbytné léčby,“ spočítal Škoda. Podání první účinné léčby po záchvatu mrtvice stojí pro jednoho pacienta 20 tisíc korun. Celkové roční náklady na nemocniční péči o pacienty s mrtvicí dosahují 1,25 miliardy korun.

Na cílené umístění pacientů jsou dle přímáře Škody vyškoleni i záchranáři. Veřejnosti se dostává osvěty o prvních příznacích nemoci.

(kdu, ČTK)

Neumíme informace vzít a přibít na vrata

Základem protikorupční strategie by mělo být zveřejňování informací. Centrální fond úplatkům nezabrání. „Musíme se naučit říkat, které firmy nám přispívají a na jaký kongres jsme za jejich peníze lékaře vyslali,“ říká děkan 1. lékařské fakulty UK **profesor Tomáš Zima**.

V čele fakulty stojíte již šest let a jste považován za úspěšného děkana. Na jaře letošního roku jste dokonce získal cenu pro nejlepšího manažera v oblasti vzdělávání. Jak své působení hodnotíte vy sám?

Ceny, kterou jsem získal od České manažerské asociace, si vážím a je třeba ji brát zejména jako ocenění celého týmu akademických pracovníků, zaměstnanců a studentů. A činností, které děláme pro studenty, ale také se studenty. Za těch šest let se stalo mnoho věcí, několik z nich bych rád zdůraznil. Zejména je to rekonstrukce budovy v Kateřinské 32 představovala ohromnou investici i mnoho práce. Byla rekonstruována poprvé od konce 19. století, kdy byla vystavena pro ústavy české lékařské fakulty při rozdělení univerzity na českou a německou část. Tento objekt nyní slouží stomatologické klinice, která zde má špičkové vybavení i sály s dostatečným množstvím křesel pro výuku. Nachází se zde rovněž moderní zázemí fakulty – děkanát. Rekonstruována byla také budova U Nemocnice 4, kam se přesunul ústav vědeckých informací a dějin lékařství. Najdeme zde moderní knihovnu a seminární místnosti s velkým množstvím počítačů. Studentům i dalším odborníkům je umožněno vzdělávat se velmi moderním způsobem. Podařilo se nám zavést elektronický způsob vzdělávání – *e-learning*. Mnoho studijních materiálů, jako jsou například atlasy, jsme převedli do elektronické formy, zavedli jsme také elektronická Wiki skripta.

Nedávno jste zveřejnili onkologické standardy, které mají zajistit, aby nádorové onemocnění poznal každý lékař. Jak chcete dosáhnout toho, aby se jimi lékaři opravdu řídili?

Na těchto standardech pro výuku pracovalo v rámci evropského projektu několik lékařských fakult. Obor onkologie se prolíná většinou předmětů – oční, ORL, stomatologie... Nádorová onemoc-

nění jsou nedílnou součástí péče o pacienty ve všech oborech. Tyto standardy určují jak se v onkologii pregraduálně vzdělávat. Jsou zde zahrnuty potřebné dovednosti z oblasti psychologie, etiky a dalších, kterých se problematika péče o onkologicky nemocné dotýká. Je to spíše návod a budeme se snažit, aby se s ním pracovalo nejen na naší fakultě. Bylo by vhodné, kdyby na fakultách vzdělávání v oblasti onkologie bylo podobné.

Odstátnění univerzitních nemocnic

Fakultní nemocnice se musí připravit na velké změny, které na ně v reformních návrzích chystá ministerstvo zdravotnictví. Mají být přeměněny na univerzitní, k čemuž nedávno byla vytvořena typová smlouva. Na čem tato smlouva stojí a bylo těžké se na principech domluvit?

Diskutovalo se více než rok a hledala se shoda nad vzorovou smlouvou mezi fakultními nemocnicemi a lékařskými fakultami. Ta se nakonec našla, každá strana ustoupila ze svých představ a dosáhlo se vyváženého kompromisu. Někdo tvrdí, že vyhrály fakultní nemocnice, jiný zase, že jasným vítězem jsou lékařské fakulty. Zapomíná se při tom na základní poslání institucí, které mají špičkově léčit, excelentně učit a provádět medicínský výzkum. To jsou základní principy, které spojují fakulty i nemocnice. Vždy je třeba hledat to, co nás spojuje, nikoli rozděluje.

Z čeho tedy smlouva vychází?

Z toho, co v Česku posledních dvacet let existuje. Chtěli jsme zdůraznit rysy, ve kterých se fakulty i nemocnice vzájemně posilují, ne oslabují. Smlouva tomu dává právní rámec, který nevznikl na zelené louce. Tyto instituce spolu koexistují desítky let, smlouva to jen reflektuje z pohledu počátku 21. století. Řada věcí, které dokument obsahuje, již byla naplňována v minulosti.

V současné době ministerstvo připravuje zákony, které se budou dotýkat fakultních nemocnic a fakult. Spolupracujete na jejich přípravě?

Nyní jsou připraveny celkem tři zákony: o zdravotních službách, specifických zdravotních službách a zdravotnické záchranné službě. Fakultních nemocnic se týká zákon o zdravotních službách, který již prošel do vnějšího připomínkového řízení a má nahradit zákon číslo 20 z roku 1966. Diskuse o tomto zákoně určitě ještě proběhnou. Univerzitní nemocnice by podle představ ministerstva měly být odstátně, založené na neziskovém, veřejnoprávním základě, tak jak je to obvyklé v evropských zemích. Principem této instituce je poskytovat zdravotní péči, výuku, vědu. Bylo nám přislíbeno, že budeme významnými partnery při tvorbě tohoto zákona, a pokud vím, přípravy by měly začít před prázdninami.

Souhlasíte s návrhem na zrušení zákona o neziskových nemocnicích, který nyní v poslanecké sněmovně prošel prvním čtením?

Zákon o neziskových nemocnicích nikdy nebyl naplněn, ať už k tomu byly jakékoli důvody. Otázka je, zda tento zákon novelizovat a přepracovat ho, aby nemocnice mohly fungovat na neziskovém principu obecně, nebo vytvořit zákon nový. Je pravda, že zákon o univerzitních nemocnicích má být zaměřen pouze na nemocnice, kde probíhá výuka, takže se má týkat pouze úzkého počtu zařízení.

Smlouva o specializačním vzdělávání

Dlouhá debata se vede také o specializačním vzdělávání. Jsou již jasnější obrysy smlouvy? Kdy by úpravy mohly být dokončeny?

V roce 2009 vznikla nešťastná vyhláška, která definovala malý počet základních kmenů. Na jaře 2010 tlak odborné veřejnosti, odborných společností a mladých lékařů vyvolal diskusi k pří-



Foto: archiv 1. LF UK

pravě nové vyhlášky, ve které byl počet kmenů rozšířen. Od minulého jara probíhají jednání o podílu lékařských fakult na specializačním vzdělávání. Vzdělávat patří k základnímu poslání fakult. V návrhu veřejnoprávní smlouvy je uvedeno, že na fakulty přechází administrativní část procesu a organizace specializačního vzdělávání. Budou mít možnost spolupodílet se na přípravě vzdělávacích programů. Příprava smlouvy nyní měla zimní spánek, avšak od března jsou jednání velmi intenzivní. Věřím, že do konce května bude podepsána.

Velkým tématem je protikorupční strategie. Zkritizoval jste představu centrálního fondu, který by přerozděloval sponzorské peníze. Jak by podle vás měl vypadat flexibilnější systém?

Uvedu příklad: V lednu se dozvíte, že vaše práce je přijata na konferenci, která se koná v dubnu. Ředitelství to pošle do centrálního fondu, ten ji posoudí a vrátí vám ji. Jak dlouho tento proces bude trvat? Připomíná mi to státní plánovací komisi z let minulých. Centrální fond korupci nezamezí. Podle mě by peníze měly být dány přímo do zdravotnického zařízení, které by si rozhodlo, kdo kam pojedí. A jednoznačně by zařízení měla tyto informace zveřejňovat. Musíme se naučit říkat, které firmy nám přispívají a na jaký kongres jsme za jejich peníze lékaře vyslali. Jinak problému korupce, nejen ve zdravotnictví vidím zejména v netrants-

parentnosti veřejných zakázek. Zatím však bohužel nejsme zvyklí některé informace vzít a přibít na vrata...

Premiér Petr Nečas kritizoval ministra Leoše Hegera za pomalé přípravy reformy, dokonce naznačil, že by mohl být odvolán. Jak hodnotíte reformu a dosaavadní úřadování šéfa zdravotnického resortu?

Vývoj lidské civilizace je kontinuální, rychlé a neuvážené změny tak mohou způsobit více škod než užitek. Zákony, které by měly platit, musí projít širokou diskusí a nesmí být přijaty ukvapeně, aby se nejednalo o typicky českou cestu, kdy se již v době schvalování zákona hovoří o nutnosti jeho novelizace. Je nutné zapracovat odborné připomínky, ale nesmí být potlačen ani sociální aspekt. Zrovna jsem četl, že je zvažován poplatek za pobyt v léčebně dlouhodobě nemocných 300 korun na den. Spočítejte si, že pacient bude v LDN hospitalizován měsíc, zaplatí tedy 9 tisíc korun. Ale ten člověk také někde bydlí a platí tam třeba 4–5 tisíc korun nájem. Nekoupí si vůbec nic a stejně zaplatí 14 tisíc korun. Mám pocit, že mnoho politiků to absolutně nebere v potaz, jaký je příjem nejen většiny důchodců, ale i většiny české společnosti. Pana ministra Hegera si vážím, znám ho řadu let z jeho působení v čele fakultní nemocnice jako velmi korektního člověka. V mezích daných politikou si rozhodně nevede špatně

Chceme skutečně důslednou transparentnost v lékové sféře?

Mediálně zajímavým příkladem korupce v lékové sféře je lékař, který od jednoho výrobce žádá několik tisíc korun za to, že bude předepisovat jeho lék a ne stejně drahé a stejně kvalitní léky konkurence. Ministerstvo zdravotnictví ve snaze omezit riziko korupce v lékové sféře připravilo opatření, které omezí cesty lékařů na různé kongresy za peníze výrobců.

Každé opatření omezující korupci ve kterékoliv sféře je žádoucí. Převedeme-li výše uvedené příklady na peníze, jde v jednotlivých případech o tisíce, maximálně desítky tisíc korun. O nesrovnatelně větších částkách, dosahujících až miliard, se v lékové sféře rozhoduje někde zcela jinde.

O či zájmy ve skutečnosti jde?

Za léky se z veřejných prostředků vydává přibližně 50 miliard korun ročně a s občasnými malými výkyvy tento výdaj každým rokem narůstá. Které léky se z veřejných prostředků budou nakupovat a kolik se za ně bude platit, je v zásadě určeno zněním příslušného zákona a na něj navazujícími vyhláškami. Tyto právní normy složitými formulacemi nerozhodují jen o odborných zdravotnických otázkách, ale i o největší státní zakázce České republiky. Současná verze zákona (č. 48/1997 Sb.) upravující systém stanovení cen a úhrad léků platí od 1. ledna 2008 a bude platit do konce roku 2011, tedy 4 roky. Bude-li stejně dlouho platit i novela, která pod číslem 325 nyní přichází do parlamentu jako součást proreformních zákonů v oblasti zdravotnictví, ovlivní její znění výdaje veřejných prostředků ve výši až 200 miliard korun a možná i více.

Je téměř neuvěřitelné, že tato skutečnost zůstává stranou pozornosti jak médií, tak politiků. Na druhé straně tento aspekt novely stěží nechá v klidu různé zájmové skupiny. Zdánilivě nevýznamné slovo může v těchto normách pro některého výrobce znamenat zisk či ztrátu obchodu v řádu i stamilionů korun ročně. Přidejme ještě konstatování, že v lékové sféře lze ekonomický zájem velmi přesvědčivě prezentovat jako zájem pacientů. Při značné specifitě této problematiky (podle opakovaných vyjádření ministra jí v Česku rozumí jen velice omezený okruh lidí) je velmi málo pravděpodobné, že k věcným korekcím novely



Ilustrační foto: Shutterstock

může dojít na půdě parlamentu. Z těchto důvodů má ekonomicky mimořádný význam již návrh novely opouštějící ministerstvo zdravotnictví.

Logika říká, že novela ekonomicky tak významného zákona musí vycházet z vládního programu. Ten však k lékové sféře přistupuje značně nekoncepčně. Zmiňuje se o nepodstatných – a navíc ne zcela domyšlených – detailech (vyloučit z hrazení levné léky, vyloučit pomocné léky, přechod na generickou preskripci), ale neobsahuje strategické záměry, například typu „při udržení současné kvality zdravotní péče zajistit, aby se meziroční vývoj nákladů na léky vyvíjel v souladu s vývojem příjmů zdravotního systému“. Bohužel,

zadání podobného zaměření nevydalo ani vedení ministerstva.

Kam se poděla transparentnost?

Při deklarovaném protikorupčním úsilí současné vlády je mimořádně důležité nejen znění jednotlivých paragrafů novely, ale stejně tak i naprosto transparentní způsob její přípravy a tvorby. Dalo by se očekávat, že ministerstvo svolá tu velmi úzkou skupinu osob, která se dle slov pana ministra Hegera v této problematice dokáže orientovat. A tato skupina ve spolupráci s ministerskými úředníky připraví návrh novely odpovídající potřebám a ekonomickým možnostem zdravotnictví a rovněž mezinárodním závazkům. Nic takového

se nestalo. Ministerstvo sezvalo zástupce zdravotních pojišťoven, profesních komor a dalších organizací v září 2010 k již připravenému textu novely. Mnohokrát ověřená zkušenost praví, že základní zaměření nové právní normy je dáno ještě před připomínkovým řízením. To může pouze pozměnit detaily návrhu, velmi zřídka však základní koncepci návrhu.

V tomto konkrétním případě navíc náplň připomínkového řízení byla ministerstvem výrazně omezena. Ministerstvo novelu označilo jako „technickou“ a ve vnitřním připomínkovém řízení odmítlo projednávat návrhy, které samo označilo jako „systémové“, byt směřovaly k racionalizaci systému. Návrh novely, který nyní přichází do parlamentu, již zdaleka nemá pouze „technický“ charakter, ale kupříkladu Česká lékařská komora nikdy nedostala příležitost, aby své původní návrhy zdůvodnila a v diskusi s dalšími odborníky obhájila. Transparentnost procesu přípravy novely je proto značně problematická.

Nevyužití možnosti

K obsahové stránce novely jen několik příkladů:

- Česko bude i po přijetí této „reformní“ novely hradit z veřejných prostředků velmi nákladné léky, které jiné země EU dosud nehradí či je pro nedostatečně prokázanou nákladovou efektivitu hradit odmítly. Přestože tedy resortní ministr prohlašuje, že naše zdravotnictví si nemůže dovolit hradit všechny nové technologie a léky s nedostatečně prokázanou účinností, ministerstvem připravená novela tento záměr ignoruje.
- Novela dále prodlužuje interval hloubkových revizí výše cen a úhrad na tři roky, čímž české zdravotnictví zbavuje možnosti značných úspor. Tak například u léků, jejichž revize byly zahájeny v druhém čtvrtletí 2009, bude naše zdravotnictví platit v přepočtu přibližně 27 korun za euro ještě po několik let, přestože aktuální kurz se blíží 24 korunám.

- Novela sice urychlí příchod levných generik, ale mohla by jej urychlit daleko výrazněji.

- Novela o několik dnů, možná týdnů, zkrátí správní řízení, ale neřeší průtahy způsobené odvoláními, jež natahují délku řízení až na dva roky.

Znovu zdůrazňuji, že to jsou jen dílčí příklady nevyužitých možností této novely. Nevyužití možnosti úspor pro zdravotnictví současně představují ponechání části ekonomických výhod pro dodavatele či alespoň pro část z nich. Tedy nejen způsob přípravy novely, ale i obsahová stránka řady paragrafů zanechává otázky, jež by v zájmu jistoty o čistotě celého procesu bylo záhodno vyjasnit.

Řada otázek k vyjasnění

- S kým ministerstvo spolupracovalo při tvorbě prvotního textu novely?
- Proč ministerstvo v otevřené a věcné diskusi neprojednalo konečný text novely ještě v rámci resortu zdravotnictví? Času na to bylo dost.
- Ve spolupráci s kým ministerstvo připravuje znění vyhlášek, které budou navazovat na zákon? Bude opět předložen k připomínkám až hotový text?
- Proč novela v řadě bodů (viz výše) dostatečně nezohledňuje ekonomické možnosti zdravotnictví?

Nevyjasněny zůstávají i některé důležité otázky, které bezprostředně nesouvisí s novelou:

- Kdo zodpoví dá „opomenutí“ včas prodloužit platnost Janotova balíčku snižujícího ceny a úhrady léků? České zdravotnictví za leden až březen v důsledku toho zaplatilo přibližně 300 milionů korun navíc a část z nich šlo ve prospěch výrobců.
 - Proč Janotův balíček číslo 2, platný od dubna tohoto roku, snižuje ceny a úhrady léků jen o 7 %, třebaže vývoji devizového kurzu by odpovídalo snížení nejméně o 11 %?
- Rychlé a přesvědčivé odpovědi na tyto a případně i další otázky by přispěly k ujištění veřejnosti, že snaha o transparentnost lékové sféry se nevztahuje jen na lékaře, ale týká se i samotného ministerstva.

Lékárny, dokumentace a nakládání s citlivými údaji pacienta

V souvislosti s procesem elektronizace systému českého zdravotnictví se v minulých měsících opakovaně dostala do středu pozornosti nejen zainteresované odborné veřejnosti, ale také médií, pacientů a nejširší veřejnosti problematika nakládání s citlivými údaji pacienta.

Problematika nakládání s osobními údaji je regulována zejména zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů (dále jen „zákon“). Podle tohoto zákona se osobním údajem rozumí jakákoli informace týkající se určeného nebo určitelného subjektu údajů. Subjekt údajů se považuje za určený nebo určitelný, jestliže jej lze přímo či nepřímo identifikovat zejména na základě čísla, kódu nebo jednoho či více prvků specifických pro jeho fyzickou, fyziologickou, psychickou, ekonomickou, kulturní nebo sociální identitu.

Citlivým údajem se pak rozumí osobní údaj vypovídající o národnostním, rasovém nebo etnickém původu, politických postojích, členství v odborových organizacích, náboženství a filozofickém přesvědčení, odsouzení za trestný čin, zdravotním stavu a sexuálním životě a genetický údaj; citlivým údajem je také biometrický údaj, který umožňuje přímou identifikaci nebo autentizaci subjektu. Lékárny v praxi běžně pracují s údaji vypovídajícími o zdravotním stavu subjektu, které zákon řadí mezi citlivé údaje.

Zpracování citlivých údajů bez souhlasu subjektu údajů

Regulace nakládání s citlivými údaji je přísnější než regulace nakládání s osobními údaji, jež citlivé nejsou. Zpracovávat citlivé údaje je až na zákonem stanovené výjimky možné pouze se souhlasem subjektu údajů. Pro tuto analýzu a lékárenskou praxi je stěžejní úprava § 9 písm. c) zákona, kde se taxativně upravují výjimky, podle kterých lze citlivé údaje zpracovávat bez výslovného souhlasu subjektu. Jedná se mj. o případy, kdy ke zpracování dochází „při zajišťování zdravotní péče, ochrany veřejného zdraví, zdravotního pojištění a výkonu státní správy v oblasti zdravotnictví podle zvláštního zákona nebo se jedná o posuzování zdravotního

stavu v jiných případech stanovených zvláštním zákonem“. Povinnosti související se zpracováním osobních údajů, které se vztahují na předepisování, přípravu, výdej, prodej a farmakovigilanci léčivých přípravků, ukládá ve svém § 39 odst. 3 zák. č. 378/2007 Sb., o léčivech, že „léčivý přípravek se vydává i bez lékařského předpisu s omezením, pokud nespĺňuje kritéria podle odstavce 2 a může přímo nebo nepřímo představovat nebezpečí pro zdraví lidí, neboť je často a v širokém rozsahu používán nesprávně nebo jeho správné použití nezbytně předpokládá odbornou poradu s farmaceutem. Takový léčivý přípravek lze vydat pouze osobě, které je určen, s tím, že farmaceut je povinen vést dokumentaci o jeho výdeji v rozsahu stanoveném prováděcím právním předpisem. Podrobnosti odborného posouzení podmínek pro užívání léčivého přípravku, které provádí farmaceut, a další omezení může stanovit Státní ústav pro kontrolu léčiv v rozhodnutí o registra-

ci; za takové omezení se považuje zejména stanovení věkové hranice fyzické osoby, která požaduje výdej takového léčivého přípravku, stanovení dávky pro jednotlivé podání nebo omezení zásilkového výdeje.“

Tyto povinnosti pak blíže upravuje vyhláška MZ č. 84/2008 Sb. o správné lékárnické praxi, bližších podmínkách zacházení s léčivými v lékárnách, zdravotnických zařízeních a u dalších provozovatelů a zařízení vydávajících léčivé přípravky, která v § 12 odst. 2 stanoví, že „při výdeji léčivých přípravků bez lékařského předpisu s omezením lékárník ověří, zda jsou splněny podmínky omezení výdeje stanovené v rozhodnutí o registraci, ověří totožnost osoby požadující výdej léčivého přípravku a poskytne mu informace nezbytné pro bezpečné použití tohoto léčivého přípravku“.

Vyhláška dále v § 22 odst. 2 písm. l) upřesňuje, co konkrétně dokumentaci v lékárně tvoří: „Eviden- ce výdeje léčivého přípravku bez lékařského předpisu s omezením

umožňující identifikovat osobu, které byl léčivý přípravek vydán; tato evidence zahrnuje jméno a příjmení osoby, které byl léčivý přípravek vydán, jeho číslo přidělené zdravotní pojišťovnou, jíž je pojištěncem, nebo datum narození, není-li pojištěncem, a krátký záznam o zdravotním stavu osoby, které byl léčivý přípravek vydán, včetně záznamu o provedeném pohovoru s ním, který by měl být v rozsahu nezbytně nutném pro posouzení indikace.“

Nad rámec výše uvedeného je třeba ocitovat ustanovení zákona č. 20/1966 Sb. o péči o zdraví lidu, jehož § 67b ukládá zdravotnickým zařízením v odstavcích 1 až 4 následující povinnosti: „Zdravotnická zařízení jsou povinna vést zdravotnickou dokumentaci. Zdravotnická dokumentace obsahuje osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro identifikaci pacienta a zjištění anamnézy, informace o onemocnění pacienta, o průběhu a výsledku vyšetření, léčení a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotní péče. Každá samostatná část zdravotnické dokumentace musí obsahovat osobní údaje pacienta v rozsahu nezbytném pro jeho identifikaci a označení

zdravotnického zařízení, které ji vyhotovilo. Zápis ve zdravotnické dokumentaci musí být veden průkazně, pravdivě a čitelně; je průběžně doplňován a musí být opatřen datem zápisu, identifikací a podpisem osoby, která zápis provedla.“

Závěr

S ohledem na výše uvedené lze dojít k následujícímu závěru: Provozovatelé lékáren jsou správci osobních údajů, kteří podle zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů, zpracovávají údaje nezbytné pro dodržení právní povinnosti, jež jim ukládají právní předpisy. Jsou tedy oprávněni v režimu § 9 písm. c) zákona zpracovávat osobní údaje bez souhlasu subjektů údajů. Pod tento režim lze podřadit zpracovávání dokumentace týkající se osobních údajů pacienta v rozsahu stanoveném zákonem a vyhláškou v souvislosti s výdejem léčivých přípravků bez lékařského předpisu s omezením.

Povinnost lékárníka v této souvislosti vést dokumentaci je nepochybná, jednak vzhledem k § 39 zákona č. 378/2007 Sb., jednak podřídně též vzhledem k povinnosti všech zdravotnických zařízení vést zdravotnickou dokumentaci dle § 67b zákona č. 20/1966 Sb. S povinností vést zdravotnickou dokumentaci slovy zákona „průkazně“ souvisí nutně též povinnost (logicky tedy i možnost) shromažďovat osobní/citlivé údaje pacienta bez jeho zvláštního výslovného souhlasu (citlivé jsou všechny údaje o zdraví); bez možnosti pacienta identifikovat by byla vedená dokumentace samozřejmě bezcenná. Zejména s ohledem na znění samotného § 39 zákona č. 378/2007 Sb., bez ohledu na znění prováděcích vyhlášek, si lze totiž jen s obtížemi představit, jak by lékárník mohl věcně naplnit požadavek zákona na vedení dokumentace o výdeji léčivého prostředku s omezením, pokud by toto nezahrnovalo možnost zpracovat osobní či citlivé údaje pacienta. Takový výklad zákona by vedl k absurdním závěrům, a nelze se s ním tedy ztotožnit.



Ilustrační foto: Shutterstock

Barikádu mezi lékaři jsem nikdy neviděl

MUDr. František Plhoň je ambulantním otorinolaryngologem. Problematiku svého oboru zná z více úhlů pohledů i z více regionů. Práce ho stále baví, ale nikoli diletantství, úzkoprstost, někdy i chamtivost některých účastníků onoho velkého „švédského stolu“, kterým podle něj zdravotnictví také bohužel je.

V oboru ORL se obecně začíná objevovat nedostatek ambulantních specialistů. Je to samozřejmě různé okres od okresu. Tam, kde v minulosti bylo zrušeno lůžkové oddělení (jako například v České Lípě), je těchto lékařů dostatek, protože do terénu přešli ti, kteří původně pracovali v nemocnici. Na druhé straně v souvislosti s úbytkem lůžkových oddělení a komplikovanějším vzděláváním nových lékařů na základě nově vydaného zákona také ubývá míst, kde by se zájemci o obor mohli vzdělávat. Výbor České společnosti otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP však v tomto období připravuje novelu zákona pro náš obor, která by zlepšila možnosti výchovy nových specialistů se zachováním kvality jejich přípravy.

Takže vám pacienti spíše přibývají...

Ano, na našem pracovišti pozorujeme spíše jejich nárůst.

Je těžké získat smlouvy se zdravotními pojišťovnami?

Smlouva s pojišťovnami je dle zákona číslo 48/1997 vázána na výběrové řízení, které vyhlašuje krajský úřad (respektive jeho odbor zdravotnictví) v případě, že někdo (žadatel a nebo i pojišťovna, která je ze zákona povinná v daném regionu určitou specializaci zajistit) projeví zájem o uzavření smlouvy.

Složení komise je dáno legislativně, je zde zástupce Všeobecné zdravotní pojišťovny a dalších pojišťoven, zástupce poptávaného oboru, zpravidla z regionu, a zástupce ČLK. Rozhoduje se hlasováním, které ovšem nikoho k ničemu nezavazuje. Jde tedy jen o jakousi povinnou frašku, jejíž výsledek pojišťovna může, ale nemusí reflektovat. O změnu tohoto postupu v zákoně proto usiluje jak Sdružení ambulantních specialistů, tak i Česká lékařská komora, protože jde o evidentně nerovné podmínky.

Vzhledem k tomu, že smluvní politika je takto jen v rukou pojišťoven, nemají problémy s uzavíráním smluv jen nová zdravotnická zařízení, která vznikají tam, kde jiné ZZ svoji smlouvu s pojišťovnou ukončuje (například končí svoji činnost nebo lékař zemře), tedy jako substituce nového ZZ za původní. Vznik zcela nových smluv se ZP je naprosto výjimečný, snad jen v regionech, kde ta která služba chybí, protože povinnost zajistit její dostupnost je na straně pojišťoven. Smlouvy pro lůžková zařízení jsou v gesci ministerstva zdravotnictví, které výběrové řízení svolává, a jeho „protihráči“ jsou zpravidla zástupci institucí tak jako v rámci kraje, jenže na centrální úrovni.

Jak zvládáte boj s administrativou?

Papírování je od samého startu pojišťovenského systému dost a dost, řekl bych, že neubývá, ale také nepřibývá. Nyní se z podstatné části přesunulo na internet, což je do jisté míry jednodušší. Komunikace s pojišťovnami nemusí být vždy jen bojem. Pokud ZZ zná svá práva a povinnosti (řada lékařů ovšem nemá čas nebo chuť vše zjišťovat a někdy podepíše bez přemýšlení i nepříznivé dohody), pak je jen třeba trvat na svých právech a na jejich dodržování. Každá neseříznost se totiž brzy projeví a vymstí. Lékaři dnes umí pořádně potrápit některé pojišťovny, jež se tu a tam nezachovaly seriózně, jak naposledy zjistila pojišťovna Média, která při nábore svých pojištěnců použila nepřijatelné marketingové metody. Řada ZZ s ní nechtěla mít nic společného, a tak se nakonec musela pro nedostatek pojištěnců sloučit s VZP.

Aby lékaři ve sjednávání podmínek uspěli, mají svá profesní sdružení, například Sdružení praktických lékařů či Sdružení ambulantních specialistů. Ta se pak pro své členy snaží vyjednat co nejlepší podmínky úhrad, znají všechna zákoutí a finisy smluv a dbají, aby ze stra-

ny pojištěny byly podmínky dodržovány. Jejich zástupci jsou zváni do komisí na ministerstvu, spolupracují i s poslanci parlamentu při připomínkování zákonů a podobně. Tam kde se zjistí nějaký nesoulad, pomáhají při vyjednávání, případně i při soudních sporech s pojišťovnami. Doporučují nabízené texty smluv k podpisu nebo naopak varují, co by lékař podepsat neměl, aby nebyl poškozen. Takže ani lékaři nejsou bezbranní, zejména ti, kteří jsou aktivními členy podobných sdružení.

Je snazší „být ve svém“, nebo byste atestovanému lékaři vaší specializace doporučili co nejdříve setrvat v nemocnici?

To je těžká otázka. Již to „být ve svém“. Mít privátní praxi znamená být ve svém jen někdy, například pokud se jedná o osobně vlastněnou nemovitost. Většinou však jde o pronajaté prostory. Být samostatným ZZ znamená možnost samostatného rozhodování, a to jak medicínského, tak ekonomického, ale na druhé straně také (a to si bohužel dosti lékařů neuvědomuje) povinnosti vůči občanům, kterým je daná služba poskytována.

Mě řadu let velice zlobí například to, že si v určitém atraktivním období (klasické to je třeba kolem velkých svátků nebo v létě na začátku července) každý vezme dovolenou, aniž by se domluvil s nejbližším kolegou, kdo převezme péči o pojištěnce v regionu, a vystřídal se s ním. Všude je jen cedulka „Dovolená“ a jaksi se předpokládá, že pohotovost zajistí nemocnice. Provoz její ambulance přitom většinou z nás vadí, protože tam zpravidla slouží méně kvalifikovaný lékař než odborník v terénu. Má se zabývat jinými věcmi, ale najednou na tuto pohotovost každý spoléhá. V některých regionech je pak odborná nemocniční ambulance vzdálená až několik desítek kilometrů a jsou obory, které mají sloužícího lékaře až v nemocnici krajské. Co se ale týká vaší otázky. Pokud jde o kvalitně vedené oddělení ne-



Foto: archiv Františka Plhoňe

kde na „kuchyňském stole“. Ono to ani dost dobře nejde.

Jak vám pomáhá či znesnadňuje práci legislativa? Co vás ovlivňuje pozitivně a co negativně?

Zdravotnická legislativa je problémem. Je jasné, že nic, tedy ani zákon, se ve všech svých paragrafech nemůže líbit každému, protože i ve zdravotnictví jsou někdy protichůdné zejména ekonomické, ale i organizační zájmy. V každém případě je třeba, aby se zákony dělaly pro občany, ne pro zdravotníky, ovšem i těm musí být zachována jejich práva. Například na přiměřený odpočinek po práci, na spravedlivé odměňování, na odborné vzdělávání, které by nebylo ekonomicky neúnosně nákladné, na právní ochranu při výkonu povolání a tak dále. Je pravda, že zdravotníci, tedy i zástupci ambulantních specialistů, jsou přibírání do okruhu subjektů, jež připomínkuji navrhované zákony a vyhlášky, takže svůj názor můžeme a umíme prezentovat. Jak to pak ovšem politici nakonec „pozmění“, to se někdy opravdu nestíháme dívat.

Jak se vám spolupracuje se všeobecnými lékaři?

Na tuto otázku opět nelze odpovědět jednoznačně. Lidi jsou různí na obou stranách pomyslné barikády, ale já mezi námi nikdy barikádu neviděl, protože náš zájem, tedy péče o pacienta, by měl být společný. Najdete jedince tolerantní, vzdělané mezioborově i s vysokým zájmem dělat svou práci dobře, ale na druhé straně i osoby agresivní, někdy zamírněované, a od toho se pak odvíjí vše ostatní.

Komunikaci nám v posledních letech trochu „zavařila“ i VZP svým programem Akord, který zvýhodňuje praktické lékaře a praktické lékaře pro děti a dorost tehdy, pokud příliš nedodesílají pacienty k odborným vyšetřením ke specialistům. V mnohých případech to zafungovalo tak, že ti lidé pak přijdou k odbornému vyšetření pozdě nebo ve značně zkomplikovaném stavu jen proto, aby PL či PLDD následně dostal několik tisíc jako bonus.

Mohu doložit konkrétní případ, kdy pacient s naprosto zanedbatelným nálezem, který by okamžitě vyřešilo první odborné ORL vyšetření, byl několikrát poslán do laboratoří či k jiným registrujícím lékařům tak, aby nešel přímo ke specialistovi. Nakonec z toho bylo několik stránek nicneříkajících drahých laboratorních vyšetření, zobrazovacích metod a cesta do krajské nemocnice, kde teprve někoho napadlo, že pacient by měl mít odborné ORL vyšetření. Takže

Jak je to s povinným přístrojovým vybavením ordinace ORL?

Právě v těchto dnech probíhá diskuse nad zákonem stanoveným povinným vybavením lékařských ordinací. I v našem oboru jsou dvě skupiny lékařů. Jedna, která tvrdí, že máme li se v ambulantní terénní praxi vyrovnat kvalitám ambulancí v nemocnicích, nebo je dokonce předčit, musíme poskytovat plnohodnotné odborné služby, tudíž mít přístroje a nástroje, například endoskopy, mikroskopy a audiometry, které by to umožňovaly. Těch je většina.

Někteří kolegové ovšem v přístrojovém vybavení vidí jen nástroj jak zvýšit bodové ohodnocení od pojišťoven a vadí jim, když je vyhláška příliš náročná na vybavení, protože nástroje a přístroje si každý musí nakoupit ze svého a pak zbývá méně peněz třeba i pro osobní spotřebu. Kdo má ale obor a své pacienty rád, nemůže pracovat ne-

AMBULANTNÍ SPECIALISTÉ

ono to pojišťovně zase až tolik peněz nešetří. Ti z praktiků, kteří nechtějí o bonifikaci z Akordu přijít, avšak na druhé straně ani nechtějí poškodit své pacienty, pak obcházejí tento program tak, že přestávají dávat do rukou písemná doporučení k odborným vyšetřením, aby to nešlo zaevidovat, ale dávají jen doporučení ústní, která zní asi takto: „Pane či paní XY, bylo by dobré, abyste navštívila toho či onoho odborníka.“ Písemně nic. Tedy ani žádné údaje o již provedených vyšetřeních, prodělaných nemocech a léčbě.

Navíc MZ uvažuje o zvýšení poplatku u ambulantního specialisty. Co vy na to?

Někteří PL a PLDD velice usilovně bojují za takzvaný *gatekeeping*, to jest o regulovaný přístup k odbornému vyšetření jen na jejich doporučení. Pacienty, kteří by na odborná vyšetření šli přímo, chce ministerstvo penalizovat výrazně zvýšeným regulačním poplatkem. Že je to špatně, si každý může odvodit z výše napsaných řádků. Praktici si ale možná neuvědomují, že pak by asi jejich současné ordinace hodin nestačily na davy, které by se do jejich ordinací na-

valily. A také to, že by pak každý odborný lékař striktně požadoval naprosto podrobné doporučení, nejen dosavadní znění tohoto doporučení. Na druhé straně je třeba, aby každé odborné vyšetření, jak nakonec říká i příslušná vyhláška, bylo zakončeno písemnou zprávou s jasným posudkovým závěrem a toto vyšetření aby bylo dodáno vysílajícímu PL či PLDD.

Za sebe mohu říci, že v regionu, kde pracuji, tedy v okrese Děčín včetně Šluknovského výběžku, máme s kolegy praktiky a dětskými praktiky až na výše popisovanou výjimku velmi korektní a přátelské vztahy, účastnil jsem se i jejich odborných seminářů. Je třeba respektovat rovněž jejich zájmy a práva, to znamená bez nějakých obstrukcí vystavit pracovní neschopnost u onemocnění spadajícího do mého oboru tehdy, když nastane potřeba, nebo předepsat léky, které naordinuji, a ne „velkopanský“ požadovat, aby je předepsal PL.

Jaká je vaše spolupráce s nemocničním sektorem?

Mohu mluvit za sebe a náš region a obor. Prakticky všichni lékaři, kteří pracují v oboru v okrese Děčín, prošli ORL oddělením Nemoc-

nice Děčín, kde jsem řadu let dělal primáře. Za mého působení pět lékařů včetně nynějšího primáře dosáhlo nejvyšší odborné kvalifikace, tedy II. atestace z oboru ORL. Řada z nás, dnes ambulantních specialistů, se podílí na ústavních pohotovostních službách v nemocnici. I já ještě donedávna sloužil. Pomáhá to k udržení erudice a nemocnici k zajištění služeb. Těmito skutečnostmi je dána i velice dobrá spolupráce s děčínským ORL oddělením, kde jsou pacienti na naše doporučení objednáni telefonicky a nemusí do nemocnice předem cestovat k vyšetření i několik desítek kilometrů z výběžku, protože je záruka, že vyšetření z ambulantní v terénu jsou validní a je na ně spolehnutí. Opačně to funguje obdobně.

Stejně tak ve spolupráci s krajskou Masarykovou nemocnicí v Ústí nad Labem jsem se i přes jejich problémy s malou lůžkovou kapacitou a delšími objednávkami lhůtami nesetkal s jiným přístupem než vysoce odborným, přátelským a vstřícným. Kolegové mi dokonce poskytují opisy operačních nálezů, které mi jako dlouholetému operátorovi hodně řeknou i ve vztahu k následné péči o pacien-

ta. Nejsou problémy ani s objednávaním ke zobrazovacím vyšetřením CT v Děčíně či MRI v Liberci, Jablonci nad Nisou či Ústí nad Labem, kde na magnetické rezonanci pracují na dvě směny a i o sobotách a nedělích nabízejí termíny pro mimoústavní pacienty.

Obdobně i pražské ORL kliniky většinu z nás znají a spolupráce je dobrá. Jediné, co mi někdy vadí, je, že kolegové z klinik si po ukončení léčby opakovaně zvou pacienty k sobě do ambulancí, kam lidé cestují několik hodin a musí si brát dovolenou jen na to, aby se na ně během několika minut podíval stejně, někdy i méně erudovaný lékař. Asi si vždy neuvědomují, že ne každý pacient k nim cestuje jen tramvají po Praze. Většina lékařů zde je schopna udělat podobné vyšetření taky. Pokud na to ovšem upozorním, klinika vždy souhlasí a o sledování pacienta se pak v rozumných termínech podělíme.

Ubývá pacientů hospitalizovaných v nemocnici?

Tady spolupráce funguje, počet hospitalizovaných neubývá, alespoň v našem kraji určitě ne. Snad to souvisí i se skutečností, že v Ústeckém kraji z nařízení kraje za-

nikla oddělení v Chomutově a Teplicích pro nedostatek odborných lékařů, stejně tak v sousední, byť mimokrajské České Lípě. Ústecká Masarykova nemocnice by měla být a je specializovaná zejména na komplikovanější léčení včetně onkologických operací, ale má na starosti i běžnou péči o občany jejich okresu. V děčínské nemocnici musí pacientů přibývat již proto, že se sem hrnou i ti z Teplicka, Českolipska a někdy i Ústecka právě pro kratší objednací dobu.

Přímo skandální se v tomto světě jeví snaha správní rady Krajské zdravotní, kam děčínská nemocnice také spadá, o zrušení ORL oddělení i v Děčíně, mimo jiné významné výukové základny. Od „stolu“ takto řeší své ekonomické problémy vzniklé záhadnými investicemi a jinými neprůhlednými platbami právě na úkor nemocnice, která jediná vstoupila do společenství Krajské zdravotní v roce 2003 jako „bohatá nevěsta“ bez dluhů. Je třeba krátiť tam, kde ještě neproběhla restrukturalizace. Právě proto, že strukturální změny, o které se teď snaží v Ústí, proběhly v okrese Děčín již v letech 1993–1997, kdy z původních pěti nemocnic zbyly jen dvě.

Olga Pavlíková

Inzerce A111005386

800 521 521
www.kb.cz



Osekám vaše zbytečné výdaje

Profi účet

- sestavte si účet pro své podnikání
- výhody účtu rostou spolu s vaší firmou

Garance vrácení poplatků

- Stane-li se, že nebudete během prvních 6 měsíců spokojeni se svým nově otevřeným účtem, vrátíme vám poplatky za jeho vedení.



OSN má první výsledky vyšetřování vzniku **epidemie cholery na Haiti**

Odborníci pověřeni Organizací spojených národů (OSN) vyšetřováním příčiny masivní epidemie cholery na Haiti označili za možné epicentrum pozdějšího šíření nákazy oblast, kde se nacházel nepálský mírový sbor OSN.

Čtyřlenná vyšetřovací komise jmenovaná v lednu letošního roku generálním tajemníkem OSN Pan Ki-munem, složená z odborníků z Jižní Ameriky, Spojených států a Indie, se však při prezentaci výsledků pečlivě vyhýbala jakémukoli spojování odpovědnosti za vznik epidemie s jednotkami OSN. Za příčinu označila „souběh okolností“.

Důsledek lidské činnosti

Od října loňského roku si cholera na Haiti vyžádala více než 4800 lidských životů.

USA trápí nárůst případů spalniček

Každoročně lékaři ve Spojených státech řeší okolo 50 případů spalniček. Za letošní rok jich přitom evidovali již 89. To je nejvyšší počet za posledních více než 10 let.

Drtivou většinu případů spalniček si nemocní přivezou do USA ze zahraničí. Lékaři proto doporučují, aby se Američané před každou cestou za hranice nechali proti spalničkám očkovat. Většina lidí se však o vakcinaci zajímá jen v případě, že se chystají do rozvojové země. Odborníci přitom upozorňují, že je třeba nechat se očkovat i při cestě do Evropy, kde kvůli klesající proočkovanosti populace počet případů spalniček narůstá.

Zatím nejvíce pacientů se spalničkami za poslední dekádu Spojené státy zaznamenaly v roce 2008, kdy onemocnělo 140 lidí. Lékaři se však obávají, že letošek bude horší. Od roku 2003 si spalničky v USA, které proti nemoci již téměř 50 let očkují téměř všechny děti, nevyžádaly oběti na životech. Před zavedením povinné vakcinace postihovalo onemocnění téměř všechny děti a okolo 500 na ně každý rok umíralo.

(Zdroj: Canadian Press)

(kha)

OSN ustavila vyšetřovací komisi v reakci na obvinění Haitanů, kteří nařkli nepálský kontingent OSN, že do země cholera zavlekl (cholera je v Nepálu endemickým onemocněním) a následně došlo k rozšíření choroby prosakujícími latrínami v táboře mírových jednotek v Mirebalais. Tato obvinění dokonce vyústila v několik násilných incidentů proti OSN.

Teorii o zavlečení cholery z Nepálu potvrdil ve svém výzkumu z konce loňského roku i francouzský epidemiolog Renaud Piarroux, kterého najala haitská vláda. Komise OSN konstatovala, že epidemie byla způsobena „bakterií zavlečenou na Haiti v důsledku lidské činnosti; přesněji kontaminací přítoků řeky Artibonite patogenními bakteriemi *Vibrio cholerae* jihoasijského typu“.

Zpráva rovněž uvádí, že zabezpečení latrín v táboře mírových sborů OSN v Mirebalais nebylo dostatečné. Za příčinu velmi rychlého rozšíření nákazy v zemi pak vědci označili „nedostatky v systému kanalizace, nakládání s pitnou vodou a hygienické podmínky“. Haitané totiž řeku Artibonite využívají jako zdroj vody k pití, hygieně a rekreaci.

Preventivní vyšetření

Ačkoli zpráva jasně ukazuje na tábor OSN jako na epicentrum vzniku epidemie cholery, komise odmítla z rozšíření nemoci obvinít kontingent organizace. „Nezávislá komise došla k závěru, že propuknutí cholery na Haiti bylo způsobeno souběhem okol-

ností a nebylo způsobeno selháním, nebo dokonce úmyslným činem, skupiny lidí,“ stojí ve zprávě.

Mluví OSN Michel Bonnardeaux prohlásil, že zpráva „nepřináší žádný vědecky podložený důkaz, který by spojoval epidemii cholery s kontingentem OSN“. „Každý přenašeč příslušného kmene bakterií mohl vodu v řece kontaminovat,“ doplnil mluvčí.

I přesto však vyšetřovací komise doporučila, aby příslušníci mírových sborů pocházející z oblasti, kde se cholera vyskytuje endemicky, prošli před odletem do cílové země, v níž probíhá mise OSN, příslušným lékařským vyšetřením a byla jim podána antibiotika.

(Zdroj: Reuters)

Květa Havlová

Církev hrozí prezidentovi Filipín exkomunikací kvůli antikoncepci

Filipínská katolická církev hrozí exkomunikací prezidentovi Benignu Aquinovi, pokud prosadí zákon o zpřístupnění antikoncepce.

Filipínský prezident v dubnu oznámil, že hodlá v parlamentu předložit zákon o reprodukčním zdraví, a to navzdory ostrým protestům římskokatolické církve. Od nové legislativy si totiž slibuje snížení mateřské úmrtnosti v zemi.

Lék na úmrtnost i chudobu

Církev, která má na Filipínách velmi silnou politickou moc, pokusy o prosazení podobných zákonů úspěšně blokovala od začátku 90. let minulého století. Nynější hrozba exkomunikací presiden-

tovi Filipín může podle pozorovatelů způsobit rozkol mezi církví a státem, a rozpoutat dokonce i občanské nepokoje. Od roku 1986 se totiž katolická církev v zemi již dvakrát podařilo zmobilizovat dostatek lidí, aby donutila odstoupit prezidenta.

Filipínská populace je jedna z nejrychleji rostoucích na světě – v současnosti počet obyvatel dosahuje téměř 100 milionů. Prudký nárůst populace však souvisí rovněž s rozmachem chudoby v zemi a zpomalení růstu počtu obyvatel je jedním z řešení současné ekonomické situace tohoto jihoasijského státu. O důvodech pro povolení antikoncepce debatují stát s římskokatolickou církví již od loňského roku.

Konec dialogu

„Představitelé církve nevidí žádný důvod, proč bychom měli nad připravovaným zákonem nadále debatovat,“ prohlásil biskup Jua-



Benigno Aquino. | Foto: tantaonews.com

Argentina zakázala elektronické cigarety

Argentinská vláda oznámila, že hodlá zakázat dovoz a prodej elektronických cigaret. Podle ní totiž neexistuje vědecky podložený důkaz, že by tyto cigarety kuřákům pomohly zbavit se svého návyku.

Argentinský úřad pro kontrolu léčiv a potravin na základě zkoumání účinků elektronických cigaret doporučil vládě zákaz jejich prodeje i reklamy na ně.

Neprokázané účinky

Výrobci těchto cigaret tvrdí, že elektronické cigarety nepoškozují zdraví kuřáka ani jeho okolí, odborníci však s takovými závěry nesouhlasí. Navíc poukazují na fakt, že ačkoli elektronické cigarety mají kuřákům pomoci zbavit se svého návyku, tento efekt se neprokázal.

„Ani pro neškodnost cigaret, ani pro jejich pomocnou úlohu v odvykání kouření neexistuje jasný a vědecky podložený důkaz,“ potvrdil Roberto Lede z úřadu pro kontrolu léčiv a potravin.

Argentina se tak v zákazu elektronických cigaret připojila k Uruguayi, Kolumbii a Panamě. Přední uruguayský odborník na problematiku kouření dokonce loni na konferenci Světové zdravotnické organizace prohlásil, že elektronické cigarety „poškozují kampaň proti závislosti na tabáku“. WHO před elektronickou cigaretou varuje, Spojené státy ani Evropská unie však zatím o jejím zákazu neuvažují.

(Zdroj: AFP)

(kha)

nito Figura. Podle církve totiž legislativa podpoří nárůst počtu potratů, které jsou na Filipínách nelegální.

Tiskový mluvčí prezidenta Aquina situaci označil za „nešťastnou“. „Reprodukční zdraví je naší prioritou, ať už bude dialog s církví pokračovat, nebo ne. Jsme však připraveni na další jednání, i když biskupové dali jasně najevo, že o další dialog nestojí,“ prohlásil. Představitelé církve již oznámili, že jsou připraveni vyvolat vůči zákonu veřejný odpor. Legislativa se nyní projednává v dolní komoře parlamentu a zatím má velké šance na přijetí.

(Zdroj: Reuters)

(kha)

Slovenští lékaři hrozí hromadnými výpověďmi

Po vzoru svých českých kolegů chtějí slovenští nemocniční lékaři upozornit na stav zdravotnictví a nízké platové ohodnocení. Lékaři navíc mohou v období akce „Děkujeme, odcházíme“ počítat i s podporou ze strany sester, ambulantních specialistů a zubařů.

Pokud by slovenští lékaři své hrozby splnili, znamenalo by to problém především pro menší regionální nemocnice, které by měly vážné potíže se zajištěním péče o pacienty a z nichž by podle dosavadních signálů odešlo nejvíce zdravotníků.

Stadium příprav

Kdy přesně začnou slovenští lékaři podávat hromadné výpovědi, nebylo v době uzávěrky Zdravotnických novin jasné, přesný postup odborů měl být projednáván minulý týden. „Zatím je vše ve stadiu příprav,“ informoval slovenská média předseda Lekárskeho odborového združenia Michal Polician. Důvodem, proč se lékaři pro tento typ protestní akce rozhodli, je podle nich skutečnost, že vláda stále odkládá řešení dlouhodobých problémů zdravotnictví, k nimž patří především celková zadluženost resortu a nízké platy zdravotníků. „Na situaci v resortu upozorňujeme již rok. Avizovali jsme, že je tu možnost, že se vydáme, českou cestou, hromadných výpovědí,“ připomněl Michal Polician, podle kterého nepřinesla výsledky ani opakovaná jednání s ministrem zdravotnictví Ivanem Uhliarikem.

Citlivá oblast

Zda bude mít slovenská akce podobný efekt, jakého dosáhla výzva „Děkujeme, odcházíme“, zatím není jasné. Podle socioložky Moniky Čambálikové ze Slovenskej akadémie vied, kterou oslovil deník Pravda, nahrává lékařům



Ilustrační foto: Shutterstock

do karet kromě jednoty i skutečnost, že vláda nebude mít lékaře kým nahradit. „Jestliže si česká vláda mohla myslet, že prázdná místa vyplní lékaři ze Slovenska, nedokážu si představit, s jakou krizovou variantou by mohla počítat naše vláda,“ uvedla socioložka. „Zdravotnictví a zdravotní péči navíc veřejnost vnímá velmi citlivě, takže v těchto oblastech vláda nebude chtít riskovat velké problémy,“ doplnila. Podle Michala Policiana přípravy akce již začaly. „Vypracovali jsme konkrétní kroky jak postupovat, které nyní chceme prodiskutovat i s dalšími organizacemi,“ řekl předseda odborů.

Přesný počet lékařů rozhodnutých podat výpověď však zatím není známý. Může však jít i o několik tisíc.

Přidá se i komora

Předseda Slovenského odborového zväzu zdravotníctva Anton Szalay se domnívá, že výpovědi budou podávat převážně zdravotníci z nemocnic, které jsou neziskovými organizacemi nebo spadají pod správu vyšších územních celků. „Předpokládám ale, že s tím, jak bude stoupat společenský tlak, odpadnou i obavy zaměstnanců z menších regionů,“ řekl Anton Szalay.

K podpoře hromadných výpovědí se pravděpodobně přidá i Slovenská lékařská komora. „Komora na svých webových stránkách uveřejnila anketu, v níž odpovídaly asi čtyři tisíce lékařů, a více než 93 procent z nich bylo ochotných takovou akci podpořit,“ informoval prezident komory Milan Dragula a zdůraznil, že celá akce musí být velmi dobře připravená. „Musí být minimálně tak dobře zorganizovaná jako v České republice,“ dodal. Lékaři chtějí v nejbližších dnech jednat o otevření státního rozpočtu na druhé pololetí tohoto roku. Jak už však informoval mluvčí

ministerstva financí, resort tuto možnost rozhodně nepřipouští.

Podpora sester

Lékaře se chystají podpořit také sestry. Neplánují však zatím hromadné podávání výpovědí, v nejbližší době se chystají uspořádat před Národní radou SR protestní shromáždění, v jehož rámci zákonodárcům předají svou petici. V té mimo jiné žádají vyšší platové ohodnocení nebo dřívější odchod do důchodu. „Poté budou následovat jednání, pokud však během nich nepřijdou na místo slibů konkrétní kroky, od 1. října nevyklučujeme ani tvrdší postup. Petiční výbor se může přeměnit na stávkový,“ upřesnila prezidentka Slovenskej komory sestier a pôrodných asistentiek Mária Lévyová. Poslední velká protestní akce zdravotníků proběhla na Slovensku v roce 2006 a měla podobu stávky. Po dvou týdnech však byla zakázána Ústavním soudem. Lékaři pak přešli na jinou formu protestu – nenastupovali na noční služby. Brzy na to však protest ukončili.

Přípravy i v Maďarsku

Hromadné podání výpovědí jako formu protestu proti panujícím poměrům ve zdravotnictví zvažují i lékaři v Maďarsku. Již v lednu především absolventi lékařských fakult upozorňovali vládu na složitě podmínky, které má začínající lékař při nástupu do nemocnice. Čistý příjem mladých lékařů se totiž v přepočtu pohybuje pouze okolo 7200 korun. Maďarská rezidentská asociace se proto obrátila na premiéra Viktora Orbána se žádostí, aby pro resort zdravotnictví uvolnil více finančních prostředků. Lékaři požadují minimální plat 18 200 Kč pro začínajícího lékaře, pro lékaře s atestací pak 27 300 korun. Pokud se kabinet na problémy zdravotníků do konce roku nezaměří, jsou odbory připraveny spustit protestní akci po vzoru českých lékařů.

(Zdroje: Pravda, ČTK)

Květa Havlová

Inzerce A111008862

V Itálii jste dottore, ať chcete, nebo ne

Stále více našich zdravotníků se umí uplatnit i v cizině a jejich zkušenosti jsou zajímavé a inspirující. Nejen lékaři, ale i ostatní pracovníci ve zdravotnictví si tam umějí vydobýt své místo. Jedním z nich je radiologický asistent Bronislav Příbyla.

Ktéto práci, původně rentgenového laboranta, jsem se dostal tak jako mnoho jiných – náhodou. Když mi bylo 18, nevěděl jsem, co přesně bych chtěl dělat. Chodil jsem na experimentální gymnázium s pedagogickým zaměřením. Do rozvrhu patřila i tehdy na střední škole neobvyklá psychologie a pedagogika. Uvažoval jsem o práci učitele chemie a biologie a nejdůležitější pro mne tenkrát bylo néjít na vojnu. Ale té jsem se nakonec, už po absolvování nástavby, stejně nevyhnu. Díky své profesi jsem se dostal do malé vojenské nemocnice v Terezíně.

K rentgenům díky kamarádovi

Na nástavbu na rentgenového laboranta jsem se přihlásil vlastně díky kamarádovi, který tam chodil o rok výš. Termín radiodiagnostika jsem tehdy vůbec neznal, ale ve škole i v její praktické části se mi líbilo a jako jediný ze třídy jsem v roce 1982 maturoval i z nukleární medicíny. Jeden z profesorů mi tenkrát dokonce navrhl, že mi pomůže s přijímačkami na medicínu, ale doma na to nebyla úplně dobrá reakce a sám jsem se tehdy nebyl schopen rozhodnout. Lituju toho až teď, v posledních letech, když o tom zpětně přemýšlím. Vidím, kam až všechny ty úžasné možnosti diagnostiky došly, kdo všechno dělá „takylékaře“ a jak mě tato práce baví a těší.

Vzhůru na jih!

Oženil jsem se „až“ v 35 letech a záhy se nám narodila dcera. V té době už moji rodiče nežili. Shodou šťastných náhod jsem měl byt, ale pro rodinu byl malý. Takže možnost odejít do ciziny pro mě znamenala nejen klasickou výzvu a získání nových zkušeností, ale i možnost zlepšit si finanční a vyřešit bytovou situaci. V Nemocnici Na Homolce (NNH) jsem poznal všechny moderní vyšetřovací metody, ukončil postgraduální studium v Brně a dostal příležitost pracovat na MRI. Zkoušel jsem možnosti vycestovat pracovně do

zahraničí a nakonec mi vyšla Itálie, konkrétně Palermo na Sicílii. Čtyři roky jsem tam pracoval v nemocnici provozované americkým UPMC (University of Pittsburgh Medical Center).

Neodradil ani zavíraný mail

ISMETT – tak se jmenuje nemocnice, kde jsem pracoval a která je součástí sítě UPMC. V jisté době se uvažovalo i o začlenění Nemocnice Na Homolce právě do této sítě. Měl jsem štěstí, díky tomu jsem pro ně byl „čitelný“ a práce v NNH znamenala v jistém smyslu doporučení. Homolku znali a věděli o její úrovni. To pro mě bylo při výběrovém řízení a možná i v dalším postupu plus. Na druhou stranu ovšem musím přiznat, že jsem jim nejprve poslal zavíraný mail s CV a oni mi po pěti měsících sdělili, že jej nemohou otevřít. Napsal jsem tedy znovu a hned druhý den se ozvali. Během výběrového řízení mě provedli nemocnicí, která se tenkrát



Bronislav Příbyla

ještě dostavovala, lůžková oddělení dosud nefungovala, v provozu byly jen ambulance. Ani magnetická rezonance ještě neběžela, přístroj instalovali později, byl to typ GE. Než mi u nás vyřídili formality, což trvalo několik měsíců, šel jsem se podívat do nemocnic, kde už byly přístroje GE v provozu – ve Střešovicích a v Medicisanu. Byl jsem si jistý, že to zvládnu.

S vizáží Itala

Když se na mne podíváte, je vám jasné, že jsem neměl problém zařadit se mezi místní obyvatelstvo. Nikdo si ani nepomyslel, že bych nebyl Ital. Ovšem jen do té doby, než jsem otevřel ústa a promluvil. První rok jsem tam byl sám. Domů jsem nespěchal. Neustále, naprosto cíleně a výukově, jsem se snažil být v kontaktu s lidmi a mluvit. Kdybych tehdy měl s sebou rodinu, šel bych domů a hovořil česky. Chodil jsem samozřejmě i na kurzy, ale běžný kontakt s okolím byl ideální. Angličtinu jsem

se naposledy učil ve 4. ročníku na gymnáziu, takže i tu jsem si tedy, především na pracovišti, v prvních měsících, osvěžil. Komunikace mi problém nedělala.

Na Sicílii jsem strávil čtyři roky, z toho tři s rodinou. Během práce v Itálii pro mne bylo hodně důležité vědomí, že se můžu na Homolku kdykoli vrátit. Možná i proto jsem se nebál kontaktu s nadřízenými a uměl si vydobýt svá práva. Odjakživa se nebojím říct, co si myslím, nebojím se říct ani nepříjemné věci nebo třeba požádat o větší plat. I to se za čas podařilo, nabídli mi novou smlouvu. Za kolik? V té době to byl přibližně šestinásobek zdejšího platu. Měl jsem totiž smlouvu i na tzv. supervizi. Byla to nová nemocnice, nabírala lidi, kteří nikdy s magnetickou rezonancí nepracovali, a ty jsem zaškoloval. Zpětně mě napadá, že se vlastně mé studium pedagogiky a psychologie do jisté míry zúročilo...

Multikulturní nemocnice

Obyvatelé Sicílie jsou milí, přijali mě velmi přátelsky, právě tak jako zaměstnanci nemocnice. Ostrov se stal domovem spousty přistěhovalců a s xenofobií se tu, na rozdíl od severu Itálie, nesesetkáváte. (I když totiž někdo pracuje v severní části země desetiletí, stále se na něj dívají jako na přistěhovalce.) I na Itala z jihu! Zaměstnanci nemocnice jsou multikulturním, mezinárodním týmem. Vedle sebe pracují lékaři z Budapešti, sestry z Polska a Maďarska, Portugalska či Brazílie. První rok jsem posílal většinu peněz domů, to už jsme měli děti dvě a manželka byla na mateřské,

nepracovala. S novou smlouvou vznikla možnost, že by za mnou rodina přijela, což jsme si všichni přáli.

Pittsburský systém vs. italská mentalita

Nemocnice, ve které jsem v Palermu pracoval, byla – dá se říci – pýchou Sicílie. Je to vlastně transplantáčnické centrum. V roce 2004 se tam začali stěhovat pacienti a rozvíjel se transplantáčnický program ledvin, jater, srdce, plic, a také výzkum a aplikace kmenových buněk.

Můj pohled by možná mohl být lehce zkreslený, ale zcela evidentní bylo, že se Američané snažili na mentalitu Italů „naroubovat“ svůj propracovaný pittsburský systém. Jezdili tam zkušení odborníci všech specializací a zaváděli pravidla, která v síti jejich nemocnic fungují v řadě zemí světa. Ostatní italské nemocnice neznám, ale zkušenost – pokud jsem potřeboval něco já – byla spíš špatná. Všude je cítit, ať chceme nebo ne, jižní mentalita. Jestliže někdo získá tzv. definitivu, to znamená práci ve státním zařízení, tedy i ve státní nemocnici, více či méně přestane pracovat a rozvíjet se. Je téměř pravidlem, že v italské nemocnici se o svého příbuzného stará rodina, která se u něj střídá, myje ho, pomáhá s jídelnem a se vším, co je potřeba. Sestry to pouze řídí. A to není jen případ Sicílie, jde o problém celé Itálie. Italské nemocnice nejsou tím, z čeho bychom si měli brát vzor.

Americký systém, který převzali, má naproti tomu svá neměnná pravidla. Mezi ně patří například i to, že si své lidi vybírají hodně pečlivě. Výběrové řízení probíhá i na pozici sanitáře. Na Sicílii je vysoká nezaměstnanost, ale někdy i díky známostem práci v nemocnici dostanete. Všichni si vás váží a jste automaticky *dottore*, i když jste třeba jen ten již zmínovaný sanitář. Můžete jim stokrát říci, že nejste doktor, a oni vás po stopravní osloví *dottore*, to je realita.

Improvizace nepřípadá v úvahu

V nemocnici amerického typu musí každý velmi pečlivě a přesně odvést svou práci. Tento systém mi zpočátku trochu vadil, ne kvůli pečlivosti a dodržování předpisů, ale proto, že role byly striktně dané a nebyl zde naprosto žádný prostor třeba pro dobrou a užitečnou improvizaci. Vysvětlím to na příkladu. Z nějakého důvodu se pacient nedostaví na vyšetření. Víím, že na jednotce intenzivní péče čeká pacient určený v harmonogramu na



Foto: archiv NNH

ZAHRA NIČNÍ ZKUŠENOST

pozdější dobu, a tak volám s tím, že jej mohou přivést dřív. Ale to neudělají, dovezou ho až v pozdějším, určeném čase. U nás by se v tomto dobrém smyslu slova zamprovozovalo a potřebný pacient by byl vyšetřen dřív. Ze začátku mi to trochu vadilo, ale potom jsem pochopil, že jejich systém má něco do sebe a chrání jak pacienta, tak zdravotníka – především v případě možných budoucích nejasností, komplikací, soudních a finančních sporů.

Sicílie si hlídá své obyvatele

Oceňoval jsem například i skutečnost, že profesor, vedoucí oddělení radiologie a gastroenterologie (zdvojená funkce je tam, zřejmě i v rámci úspor, běžná), si sám vybral mladé adepty přímo ze školy. Samozřejmě prošli výběrovým řízením a během roku se museli naučit kromě MRI a CT i intervenční radiologii, hemodynamiku a další druhy vyšetření. Byli dost pod tlakem, museli také připravovat prezentace toho, co už umějí, co dělají. Když se jim to nelíbilo, bylo jim jasně naznačeno, že je tam nikdo nedrží a že venku čeká zo lidí, kteří tu chtějí pracovat. Neodešel ani



Foto: archiv Bronislava Příbyly

jeden z nich. Velmi záhy si uvědomili, za jakých podmínek mohou v této nemocnici pracovat. Při konkurzech na místa, a to nejen v nemocnicích, jsem zaznamenal ještě jednu zajímavost, která se týká i zdravotníků, které nenajdete práci na Sicílii, jdete jinam, třeba na sever. Ovšem po dvou letech práce máte možnost zažádat si o přeložení zpět. A pokud je zrovna vyhlášeno výběrové řízení na místo, o které stojíte, máte přednost. Sicílie si tak hlídá své obyvatele. Po válce totiž z ostrova odešlo mnoho lidí, kteří byli

bez prostředků a hledali práci. Nastal tak odliv vzdělaných a kvalifikovaných. Snaží se, aby se jejich obyvatele vrátili a pomohli při rozvoji Sicílie i v boji proti mafii. Ta tam má stále velký vliv.

Benefity Západu

Vedení Nemocnice Na Homolce nám vychází vstříc při získávání dalšího vzdělání a bodů do kreditního systému. To ve většině zemí není a ani u nás to není pravidlem. Všechny kurzy si zaměstnanec musí hradit sám, ale na Západě je jeho plat takový, že si to bez

problémů může dovolit. Na Sicílii činí nástupní plat v nemocnici 1500–1600 euro čistého; pro mladé sestry či laboranty žijící u rodičů nebo třeba bydlicí dohromady v pronajatém bytě je všechno dostupné. Překvapil mne i propracovaný systém ochrany pacienta. Například před aplikací kontrastních látek na magnetické rezonanci jsou vyžadovány krevní testy, normální je tam stálá přítomnost anesteziologa na radiologickém oddělení.

Proč jsem nezůstal?

To bylo složitější. Palermo má cca 900 tisíc obyvatel, je to rušné město, přístav. Na Sicílii denně přistávají lodě plné imigrantů z Malé Asie, Egypta, Libye a dalších zemí. Lampedusa a jihovýchodní pobřeží Sicílie je pro ně první destinace při útěku za lepším. Jih Itálie je pohostinný, uprchlíky přijímají ochotně. Má žena si ale nemohla zvyknout a i když jí nabízeli zaměstnání, chtěla domů. Dcera, která tam chodila tři roky do školy, končila 5. třídu a chtěla zůstat. V normální škole byla jedinou cizinkou. Měla svůj speciální učební program, byli na ni velmi milí a se vším jí pomáhali. Syn chodil

dva roky do mateřské školy a musel by tam nastoupit do 1. třídy. On a má žena chtěli zpět domů. Přiznávám, že jsem při diskusích „zůstat, nebo se vrátit“ argumentoval i tamními ekonomickými výhodami a snazším životem. Peníze jsou peníze. Byl jsem dobře placený za práci, kterou umím a odvádím, rozhodně jsem neměl pocit, že bych Itálii nějak okrádal, i když jsem měl výjimečný plat. A také jsem si uvědomoval, že nejsem nejmladší. Vrátili jsme se, když mi bylo 47. Pro návrat mluvilo i to, že bych se později už možná neměl kam vrátit, že bych už těžko hledal místo. Všichni chtějí mladé, poddajné, které si zpracují podle svých požadavků. Vracel jsem se sem za přáteli, na místo, kde mě práce baví a těší. Navíc v té době na Homolku koupili přístroj, na němž jsem pracoval v Itálii. Takže jsem i tady pokračoval v zaškolování kolegů. Při návratu jsem přítom měl paradoxně horší plat než při odjezdu a musel jsem si rychle zařídit registraci a získat 30 kreditních bodů, abych získal lepší smlouvu. To byl „super začátek“. A možnost návratu na slunný jih? Až děti odrostou, možná...

zapsala Jana Hrabáková

Inzerce A111009297

Dveře do normálního života se otevrou už v létě

Tři nové sociální služby usnadní lidem s psychiatrickými chorobami návrat do práce



Zcela zdarma budou moci osoby s duševním onemocněním v Karlovarském kraji od léta využít novou sociálně-terapeutickou dílnu a ambulantní a terénní služby Centra sociální rehabilitace. První konkrétní výsledky projektu Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje představili nedávno zástupci Karlovarského kraje a města Karlovy Vary několika desítkám účastníků kulatého stolu z řad poskytovatelů péče, odborné veřejnosti, pacientů i jejich příbuzných. Na Karlovarsku totiž, podobně jako v jiných krajích Čes-

ké republiky, služby zaměřené na obnovu pracovní činnosti a odstranění předpokladů široké veřejnosti citelně chybí.

„Situční analýza, kterou jsme provedli v loňském roce, potvrdila, že nedostatečná možnost uplatnění na trhu práce a volnočasových aktivit vede k prohloubení pocitu izolovanosti psychicky nemocných, a tím i ke zhoršení průběhu léčby onemocnění. Například na Karlovarsku si téměř třetina osob, které trpí diagnostikovanou depresí, raději zaměstnání ani nehledá. Bez mála třicet procent těch, kteří se práci pokoušeli hledat, se přitom aspoň někdy setkali s diskriminací,“ konstatovala Mgr. Barbora Wenigová, ředitelka Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví (CPRDZ), které je

hlavním dodavatelem projektu. Tři nové sociální služby by mohly částečně tuto nepříznivou situaci v regionu změnit.

Sám v davu být nikdo nemusí

Centrum sociální rehabilitace pomůže lidem opět získat sebejistotu ztracenou vinou duševního onemocnění, najít smysluplnou náplň volného času, navázat nové kontakty a především obnovit či zdokonalit své sociální dovednosti. Terénní forma se soustředí především na nácvik péče o domácnost, nakupování, cestování či doprovod při jednání na úřadech a se zaměstnavateli, podporu při zvládnání krizí a obtížných životních situací či uplatňování práv.

Ambulantní část pak nabídne ruko-dělné činnosti, výlety, kulturní akce, přístup k počítači s internetem apod.

Nové služby najdou zájemci v Keramické škole v Rybářích a v budově Hestie v Drahovicích, kde bude i sociálně-terapeutická dílna. Ta má za úkol zlepšit prostřednictvím pracovní rehabilitace a vhodného sociálního zázemí kvalitu života osob s duševním onemocněním. „Zkušenosti ukazují, že právě díky ní lze významně zpomalit či dokonce přerušit chronický vývoj psychotických onemocnění, délku psychiatrických hospitalizací a urychlit začlenění pacientů do pracovního procesu,“ vysvětlila Mgr. Barbora Wenigová. Podle kvalifikovaných statických odhadů žije na Karlovarsku nejméně 17 000 osob s duševní poruchou, pouze 8392 se jich však léčí.



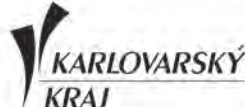
evropský sociální fond v ČR



EVROPSKÁ UNIE



OPERAČNÍ PROGRAM LIDSKÉ ZDROJE A ZAMĚSTNANOST



PODPORUJEME VAŠI BUDOUCNOST www.esfcr.cz



Jak šel čas s „Děkujeme, odcházíme“

Květa Havlová
Foto: Leoš Chodura a MZ ČR

Právě před rokem, 15. května 2010, začala největší protestní akce lékařů v historii České republiky. Lékařský odborový klub – svaz českých lékařů na svém mimořádném XVII. sněmu ohlásil spuštění akce „Děkujeme, odcházíme“.

Delegáti sněmu vyzvali všechny lékaře v nemocnicích, aby akci „Děkujeme, odcházíme“ podpořili podáním hromadných výpovědí ke konci roku 2010. Ohlas byl na české poměry do té doby nevídaný – výpověď podalo k 31. prosinci 2010 3837 ze zhruba 16 tisíc lékařů pracujících v nemocnicích.

Ustoupit není kam

Lékařský odborový klub – svaz českých lékařů (LOK-SČL) chtěl podle slov svého předsedy Martina Engela upozornit na stav českého zdravotnictví, nízké platové ohodnocení lékařů, nevyhovující podmínky postgraduálního vzdělávání a nastavení úhradové vyhlášky. „Poža-

dujeme jednotnou mzdovou tabulku s upraveným tarifem, tak aby začínající lékař měl 215 korun na hodinu a plně erudovaný 430 korun. Nyní má začátečník na hodinu 100 korun a lékař s dvacetiletou praxí něco přes 200,“ uvedl Martin Engel loni v květnu, tedy měsíc před nadcházejícími volbami do poslanecké sněmovny, s tím, že lékaři nechťejí do předvolebních bojů nijak zasahovat, a proto odbory odkládají hlavní část kampaně na polovinu září. „Je to námět pro politickou reprezentaci po volbách,“ vysvětlil předseda LOK. „Věříme, že politici pochopí vážnost situace. Ze svých požadavků neustoupíme, není už totiž kam,“ doplnil.

Odmítavý postoj ministerstva i pojišťoven

Ministerstvo zdravotnictví, v té době vedené Danou Juráskovou, se k požadavkům lékařů postavilo odmítavě – mluvčí úřadu Vlastimil Sršeň je označil za „zcela mimo realitu a možnosti zadluženého státu“. Právě období probíhající ekonomické krize bylo jedním z protiargumentů vůči výzvě „Děkujeme, odcházíme“. „Když se ekonomice dařilo, činil meziroční nárůst úhrad pojišťoven za léčení zhruba 10 procent a projevil se také na platech lékařů,“ uvedl Vlastimil Sršeň. Zároveň ministerstvo odmítlo požadavek odborů na zavedení jednotné mzdové tabulky pro lékaře. „Jednotný způ-

sob odměňování nemají v žádném standardním systému veřejného zdravotnictví. Ministerstvo podporuje požadavek, aby lékaři byli odměňováni podle schopnosti, náročnosti a kvality práce,“ uzavřel mluvčí úřadu.

Požadavky lékařů odmítly i zdravotní pojišťovny. „Výzva, aby lékaři odešli z nemocnic kvůli platům, je naprosto nezodpovědná,“ prohlásil viceprezident Svazu zdravotních pojišťoven Jaromír Gajdáček. „Finanční situace lékařů v České republice není ideální, v západní Evropě mají samozřejmě vyšší výdělek, ale situace není dobrá ani tam a úspěšná opatření čekají i vyspělé evropské státy. Žádný masový odchod lékařů do zahraničí ne-

ní a nebude. Myslím, že v této věci naši občané mohou být klidní,“ doplnil Jaromír Gajdáček.

Hlasování nohama

Naopak jednoznačnou podporu akci „Děkujeme, odcházíme“ vyjádřila Česká lékařská komora (ČLK), která vyzvala nemocniční lékaře, aby se k ní připojili. Komora, podobně jako LOK, již delší dobu upozorňovala na problémy českého zdravotnictví, především na neodpovídající platové ohodnocení lékařů. Prezident ČLK Milan Kubek označil výzvu „Děkujeme, odcházíme“ za poslední možnost jak přimět politiky, aby situaci řešili. Lékaři už totiž podle něho ztratili trpělivost a začali

„hlasovat nohama“, tedy odcházet do ciziny.

Po volbách začala vládní koalice vytvořená ODS, TOP 09 a Věcmi veřejnými s vyjednáváním o zdravotnictví. Do čela resortu se postavil Leoš Heger (TOP 09), v jehož osobě lékaři viděli příslib očekávaných změn. Ministerstvo zdravotnictví zahájilo s odbory jednání, na jejichž konci měla být vytvořena dohoda o požadavcích LOK. „Pan ministr řekl, že naše důvody chápe, jen upozornil, že finanční situace je nyní obtížná. Slíbil, že se pokusí hledat jakékoli možnosti, jak by se dala uspokojit alespoň část našich požadavků,“ komentoval Martin Engel první schůzku s Leošem Hegerem. Nakonec však jednání očekávaný výsledek nepřinesla. Koncem léta navíc ministr práce a sociálních věcí Jaromír Drábek (TOP 09) představil návrh na změnu v odměňování zaměstnanců placených z veřejných rozpočtů, který by se u lékařů odrazil ve snížení platových tarifů. Proti tomuto opatření se LOK (společně s dalšími organizacemi) ostře postavil.

Kampaně po krajích

Lékařský odborový klub, nespokojený s vývojem jednání na ministerstvu i samotnou situací v resortu zdravotnictví, zahájil 15. září kampaň k výzvě „Děkujeme, odcházíme“. Jejím cílem bylo blíže představit veřejnosti i samotným lékařům důvody a požadavky akce a získat pro ni co nejširší podporu. Dosud totiž iniciativu odborů podporovali především lékaři z menších nemocnic; zaměstnanci fakultních nemocnic se zatím příliš nezapojovali.

Snahou LOK také bylo, aby vláda začala brát výzvu i požadavky zdravotníků vážně. „K výzvě, která byla vyhlášena již 15. května na mimořádném sněmu Lékařského odborového klubu – Svazu českých lékařů, se doposud připojilo 2937 lékařů z celé republiky. Ti deklarují, že pokud se nepodaří dosáhnout vytyčených požadavků, jsou připraveni podat k 31. prosinci tohoto roku hromadnou výpověď,“ uvedl předseda klubu Martin Engel.

V rámci kampaně se zástupci LOK rozhodli objíždět jednotlivé kraje a diskutovat s lékaři i veřejností. „Efektivní řešení situace okolo platů lékařů nám sliboval každý ministr za uplynulých jedenadvacet let, nestalo se však nic. Lékaři jsou přepracovaní a nespokojení, nemohou už více sponzorovat zdravotní péči svých spoluobčanů. Jsem přesvědčen, že na konci prosince může být české zdravotnictví kvůli hromadnému odchodu

lékařů ve velkých potížích,“ uvedl předseda LOK při příležitosti zahájení kampaně.

ČLK: Zdroje jsou

Asi měsíc po zahájení intenzivní kampaně, v jejímž rámci zástupci LOK navštěvovali nemocnice v jednotlivých krajích v černobílé sanitce nazvané „Mudr. ncák“, vyjádřilo podporu akci „Děkujeme, odcházíme“ na 3500 lékařů. Největší úspěch kampaň zaznamenala v menších regionálních nemocnicích. Méně sympatií vzbuzovala u některých pacientů – postup lékařů považovali za vydírání a přílišné nadšení mezi nimi nevyvolalo ani poněkud kontroverzní motto „Náš exodus, vás exitus“.

Na možnost, že v březnu odejde čtvrtina nemocničních lékařů, se začalo připravovat i ministerstvo zdravotnictví. Leoš Heger připustil, že pokud by k odchodu zdravotníků skutečně došlo, bylo by nutné přistoupit k redukcí nemocničních oddělení, nebo dokonce samotných zdravotnických zařízení – péče by se tak musela koncentrovat do větších nemocnic, částečně by bylo možné ji převést na ošetrovatelská oddělení a zbylí lékaři by v zařízeních s nedostatkem personálu museli „vypomáhat“. „Je známo, že máme přebytek nemocnic. Nakonec by možná došlo k tomu, že některé z menších nemocnic by se musely zavřít a personál by se přesunul do větších,“ komentoval situaci ministr Leoš Heger. Splnění podmínek lékařů, především navýšení platů, však kvůli ekonomické situaci země odmítl. „Zcela kolegy respektuji a udělám pro ně všechno, aby se jim podmínky zde zlepšily, ale nikdo nemůže od současného ministerstva zdravotnictví chtít, aby to dokázalo za půl roku,“ zdůraznil.

Prezident České lékařské komory Milan Kubek však argument o nedostatků finančních prostředků pro zdravotníky zpochybnil. „Je pravda, že pojišťovny utrácí za zdravotní péči více, než kolik vyberou. Zbytečně vysoké jsou zejména výdaje za léky, což jde na vrub SÚKL, který s požehnáním ministerstva neplní povinnosti uložené zákonem. Navzdory tomu všemu však koncem roku bude v základních fondech zdravotních pojišťoven okolo 18 miliard korun. Na splnění požadavků lékařských odborů by přitom stačily miliardy tři,“ upozornil prezident ČLK a zdůraznil, že na ohodnocení své práce lékaři čekají již dvacet let.

Výměna dopisů

Právě odmítavý postoj vlády k výzvě lékařů byl důvodem k zoreslá-

ní otevřeného dopisu všem členům kabinetu, v němž LOK varoval před důsledky odchodu téměř 4 tisíc lékařů, kteří „Děkujeme, odcházíme“ v tu dobu podporovali, pro české zdravotnictví. Odbory v něm připomněly, že právě lepší platové podmínky pro zdravotníky strany koalice slibovaly ve svém předvolebním programu. „Cílem naší akce není organizovat odchody do ciziny, ale aby tu lékaři zůstali a politici se jim postarali o důstojné podmínky k práci,“ doplnil předseda LOK Martin Engel.

Otevřený dopis nezůstal bez odpovědi – ministr Heger reagoval téměř okamžitě a zvolil stejnou formu sdělení. Ve svém dopise odborový klub ujistil, že situaci v žádném případě nezlehčuje, a nabádal lékaře, aby svými akcemi nadále neprohlubovali krizi ve zdravotnictví. „Důrazně proto odmítám, že bych výzvu Lékařského odborového klubu a aktivitu „Děkujeme, odcházíme“ bagatelizoval nebo jakkoli zlehčoval či podceňoval. Eskalace Vašich hrozeb může následně přispět k neopodstatněnému znejišťování pacientů. Svým postojem znesnadňujete řešení celé situace a negativně ovlivňujete plynulou kultivaci systému zdravotní péče, na které jsme začali intenzivně pracovat. Doufám, že si uvědomujete, že na tento Váš přístup mohou v konečném důsledku bohužel doplatit pouze ti, kterých se to nejvíce dotýká, zdravotníci a pacienti,“ napsal Leoš Heger a opět zdůraznil, že na vyšší platy lékařů nejsou potřebné finance.

Do výměny názorů mezi LOK a ministerstvem zdravotnictví zasáhl i premiér Petr Nečas, který prohlásil, že předpoklady pro zvýšení platů zdravotníků vytvoří hluboká reforma zdravotnictví. „Je evidentní, že ve zdravotnictví se může rozdělit pouze to, co je předmětem výběru zdravotního pojištění,“ zdůraznil předseda vlády. „Představa, že se někde najednou vyčaruje několik miliard a nalijí se do systému zdravotnictví, není příliš reálná,“ uzavřel Petr Nečas.

Úvahy o rezignaci

Na konci listopadu minulého roku začali první lékaři podávat své výpovědi, počet těch, kteří akci „Děkujeme, odcházíme“ podporovali, nadále narůstal. Na situaci zareagoval ministr Heger prohlášením, že pokud se naplní nejhorší scénáře v podobě masového odchodu lékařů z nemocnic, zváží svoji rezignaci. „Pokud podá výpověď šest nebo sedm tisíc lékařů, budu nejspíš muset odstoupit a budu se muset najít někdo jiný, kdo

se to pokusí dále řešit,“ uvedl Leoš Heger. V takovém řešení situace však LOK ani ČLK neviděly smysl a ministr své prohlášení následně zmínil s tím, že bylo myšleno z velké části jako nadsázka.

Do sporu mezi ministerstvem a lékaři se vložily i samotné nemocnice, jichž se situace spojená s hrozbou odchodu lékařů bezprostředně dotýkala. Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN) vyzvala vládu, aby se krizí v resortu začala urychleně zabývat. Ve svém prohlášení sice asociace vyjádřila pochopení nad stavem financí v resortu, žádala však záruky, že se platy zdravotníků nebudou snižovat, ale naopak budou přijata opatření k jejich postupnému zvyšování. AČMN rovněž vyjádřila pochyby o navrhovaném „pendlování“ lékařů mezi nemocnicemi. „Je nemožné přesouvat lékaře bez sester a dalšího personálu. Je důvod předpokládat, že ti kteří by v nemocnicích zůstali, by vstoupili do stávk,“ psalo se v dokumentu, v němž organizace mimo jiné vyzvala zdravotnická zařízení k podpoře protestujících „vhodnými prostředky, a to včetně stávkového hnutí“.

Překvapivý vyjednaváč

Na počátku prosince se do maratonu jednání a názorových výměn

TÉMA ČÍSLA

13 důvodů exodu

1. České zdravotnictví je dlouhodobě podfinancované.
2. Nízká platba státu za státního pojištěnce.
3. Velké rezervy ve vnitřním chodu zdravotnictví.
4. Podivné hospodaření v nemocnicích.
5. Nízké platy lékařů.
6. Zcela destruktivní systém vzdělávání.
7. Odchody lékařů do ciziny kvůli lepším pracovním podmínkám.
8. Nedodržování zákoníku práce.
9. Evropská směrnice o přesčasové práci.
10. Zhoršování péče o pacienty.
11. Nesplněné sliby politiků.
12. Ideologická válka.
13. Koncepce ministerstva.

(Zdroj: www.dekujeme.odchazime.cz)

mezi vládou a LOK v médiích vložil tehdejší ministr dopravy Vít Bárta (VV), jenž se kvůli problémům ve zdravotnictví několikrát sešel s Milanem Kubkem. Důvodem prý byla skutečnost, že jako ekonomický ministr připravoval materiál pro předsedu VV Radka Johna.



Pokud 6 nebo 7 tisíc lékařů podá výpověď, nejspíš budu muset odstoupit.

„Věci veřejné se iniciativou ‚Děkujeme, odcházíme‘ rozhodně budou zabývat. Je třeba ji zanalyzovat, hledat důvody, proč lékaři chtějí odcházet do ciziny, zjistit, jaké množství jich reálně může odejít a zda by se tak dělo bez této iniciativy. Je třeba zhodnotit celý zdravotnický systém a dojít ke shodě i s představiteli zdravotníků, poté předložit cesty jak celou situaci co nejhodněji řešit. Dále jsme se shodli na tom, že je třeba řešit lékovou politiku a zaměřit se obecně na transparentnost zdravotnictví,“ popsala schůzku obou představitelů mluvčí ministry Barty. Jednání s ministrem dopravy si představitelé ČLK i LOK pochvalovali.

Něco jako prázdninový provoz

S koncem roku bylo jasné, že v českých nemocnicích může po 1. březnu 2010 skutečně nastat krize. A začalo hledání řešení. Ministr Heger připustil, že vláda bude muset poskytnout lékařům peníze z rezerv na krizové situace. „Ministerstvo zdravotnictví nepopírá, že je zde určité riziko masových výpovědí. Pokud by se tak stalo a ze zdravotnických zařízení by odešly 4 tisíce lékařů, nastalo by něco jako prázdninový provoz, udržitelný několik měsíců. Jestliže by výpovědi hromadně podali lékaři jedné odbornosti, například anesteziologové nebo chirurgové, jednalo by se o výjimečnou krizovou situaci, na niž by vláda a bezpečnostní rada státu musela reagovat jako na stav nouze – bylo by nezbytné přijmout řadu nestandardních krizových opatření včetně nalezení viníků,“ komentoval situaci Leoš Heger.

Inspirace pro sousedy

Kampaň „Děkujeme, odcházíme“ se stala inspirací i pro slovenské lékaře, kteří zvažují podobnou formu protestu kvůli současnému nízkému platovému ohodnocení a podmínkám práce. Tamní odbory již začaly zjišťovat míru podpory podobné akce mezi lékaři a informovat zdravotníky, jakou podobu by protesty měly (více si můžete přečíst na str. 11). Podobnou taktiku zvažuje i Maďarsko. Maďarští lékaři vyzvali vládu, aby do dubna představila konkrétní opatření, která by jejich podmínky zlepšila. V opačném případě pohrozili protestní akcí v nemocnicích po vzoru českých kolegů.

Mimo obor, do ciziny, nebo do ambulancí?

Lékaři, kteří ke konci roku deklarovali svůj odchod, z velké části nezvažovali odchod do ciziny – většina se podáním výpovědi snažila ukázat na problémy systému, někteří dokonce přemýšleli o tom, že obor zcela opustí, pokud nedojde k potřebným změnám. Řada z nich také uvažovala, že si otevře soukromou praxi.

Proti tomu se ovšem postavila Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP). Její ředitel Pavel Horák reagoval prohlášením, v němž uvedl, že VZP s lékaři, kteří podají výpovědi v rámci akce „Děkujeme, odcházíme“, neuzavře smlouvy na ambulantní péči. „Určitě nebudeme rozšiřovat síť zdravotnických zařízení. V dnešní době je vyloučeno, abychom přistupovali k tomu, že budeme uzavírat nové smlouvy s novými subjekty, navíc by to snižovalo efektivitu systému,“ doplnil Pavel Horák.

Rána pro kraje

V napjaté situaci pokračovala i výměna otevřených dopisů. Jedním z odesílatelů byl i Pardubický kraj, který žádal o okamžité řešení situace v souvislosti s kampaní „Děkujeme, odcházíme“. Leoš Heger však v odpovědi vzkázal krajům, že s řešením měly již v minulosti přijít ony. „Rád bych připomněl, že za výši platů v nemocnicích zřizovaných krajskými úřady jsou zodpovědné právě kraje, tedy i vy osobně, a tato problematika nebyla z vaší strany dostatečně a včas řešena. Místo toho se upřednostňovaly jiné investiční výdaje. Nejedná se tedy primárně o problém, který by mělo řešit ministerstvo zdravotnictví,“ napsal ministr.

Proti jeho slovům se v krajích zvedla vlna nevole, hejtman kraje Vysočina Jiří Běhounek dokonce hovořil o ráně pod pás. „Nemáme možnost mzdy ovlivnit. Ministr Heger dobře ví, že platové tabulky tvoří ministerstvo práce a sociálních věcí, úhradové vyhlášku zase ministerstvo zdravotnictví a zdravotně pojistný plán největší pojišťovny VZP schvaluje poslanecká sněmovna,“ uvedl hejtman.

Ambulantní sféra v záloze

27. prosince 2010 začala právní kancelář rozesílat výpovědi lékařů jejich zaměstnavatelům. Téměř osmdesátce českých nemocnic hrozily po 1. březnu 2011 vážné problémy se zajištěním odpovídající péče o pacienty. Ministr zdravotnictví začal uvažovat o tom, že pokud se některému kraji nepodaří zajistit ani poskytování péče základní, doporučí hejtmanům, aby



Ze svých požadavků neustoupíme – není už totiž kam!

v regionu vyhlásili stav nebezpečí. V takovém případě by totiž mohli lékařům nařídit, aby se vrátili do práce. Podporu Leoši Hegerovi vyjádřil ve svém novoročním projevu i prezident Václav Klaus, který chování lékařů označil za nezodpovědné.

Na začátku ledna ministr jednal se zástupci praktických lékařů a ambulantních specialistů, s nimiž předběžně dohodl převzetí pacientů, kteří kvůli nedostatku personálu nebudou moci být ošetřeni v nemocnicích. Přislíbil jim, že se zdravotními pojišťovnami platby za péči navíc vyjedná. „Rozhodně nezavřeme ordinace a o pacienty se určitě postaráme, pokud nám pojišťovny tuto péči zaplatí a nebudou nám srážet platby kvůli překročení limitů,“ komentoval přislíb ministerstva předseda Sdružení praktických lékařů Václav Šmatlák.

Předseda Sdružení ambulantních specialistů Zorjan Jojko však uvedl, že ambulantní specialisté určitě neplánují po 1. březnu 2011 uzavření svých ordinací ani přesun do nemocnic. „Ambulantní specialisté jsou v mnohých případech v míře kapacity své ambulance schopni se plně postarat o ty pacienty, kteří budou potřebovat ambulantní péči v jejich oboru, musí však mít záruky od zdravotních pojišťoven, že příslušná práce navíc bude opravdu zaplacená a ambulantní specialista se nedostane do rizika regulací,“ uvedl Zorjan Jojko s tím, že SAS i nadále akci „Děkujeme, odcházíme“ podporuje.

Dvě miliardy pro lékaře

Leden se nesl ve znamení horečného vyjednávání všech zúčastněných stran, připravovaly se scénáře pro případ odchodu lékařů. Většina schůzek mezi ministerstvem a zástupci LOK či ČLK však končila bez významnějších výsledků. Při jedné ze schůzek Leoš Heger odborům navrhl, aby výpovědi o půl roku odložily. Během této doby totiž podle něho zdravotníci uvidí, že se resort díky reformám začíná měnit. Zástupci lékařů však podle ministra na návrh nereagovali. Koncem ledna varovali lékaři z neonatologických center, že po odchodu odborníků může být vážně ohrožena péče o nedonošence v pěti z nich.

O situaci ve zdravotnictví jednala i vládní koalice, která se začala zabývat možnostmi, jak a v jakých termínech by mohlo dojít ke zvýšení platů lékařů. Úspory chtěla vláda hledat především ve změnách úhradové vyhlášky a navýšení paušálních plateb pojišťoven nemocnicím, v přecenění léků či úsporách při nákupech, ve zrušení přibližně 10 tisíc nadbytečných akutních lůžek a jejich částečném převodu na lůžka následné péče. „Toto je cesta, o tom jsme celou dobu mluvili,“ komentoval první informace o záměrech vlády Martin Engel. Na konci ledna ministr Heger nabídl lékařům v rámci tarifních platů 2 miliardy korun.

Podpis memoranda

Ministrův návrh, aby od března lékaři v nemocnicích měli nové

platové tabulky, posvětila i vláda. Lékaři si nakonec neměli rozdělit celé dvě miliardy korun, čtvrtinu z této částky totiž Leoš Heger „přiklepl“ sestřám. To vzbudilo mezi lékaři značnou nevoli – poukazovali především na skutečnost, že sestry dostaly přidáno v loňském roce a navíc se k protestu „Děkujeme, odcházíme“ nepřipojily. Ministerstvo nakonec ze záměru zvýšit platy i sestřám ustoupilo.

V polovině února se nakonec ministr Heger dohodl se zástupci LOK a ČLK na společném memorandu, podle něhož by lékaři výměnou za stažení výpovědí měli od března dostat přidáno 5 až 8 tisíc korun (podle platové třídy). Do dvou let by pak měli dosáhnout na požadovaný 1,5–3násobek průměrného platu. V krajských nemocnicích, v nichž nefunguje systém tarifních platů, by pojišťovny měly poslat peníze podle stupně atestační lékaře. Memorandum 17. února 2011 na ministerstvu zdravotnictví podepsali Leoš Heger a Martin Engel, který vyzval protestující lékaře, aby stáhli své výpovědi. Část z nich tak učinila bezprostředně po výzvě, část vyčkala na výsledek jednání vlády, která memorandum potvrdila o týden později. Premiér Nečas po schůzce kabinetu prohlásil, že v letech 2011 a 2012 nebudou na zvyšování platů použity peníze ze státního rozpočtu, ale „výhradně prostředky získané reformou zdravotnického systému“. Vláda navíc deklarovala, že platy budou v budoucnu zvyšovány i ostatním zdravotníkům. Po-

třebně 2 miliardy na zvýšení platů však fyzicky neexistovaly. Na dotazy, kde je hodlá získat, Leoš Heger odpovídal, že chce omezit neefektivitu systému, zrušit nadbytečná akutní lůžka v nemocnicích, omezit ambulance v místech velkého nakupení, usměrnit pacienty při využívání péče a donutit zdravotní pojišťovny, aby uzavíraly smlouvy jen na potřebnou péči. „Ty dvě miliardy se musejí poskládat z jednotlivých kapitol, je to jedno procento z objemu celého systému a není to nic, s čím by si zdravá organizace neměla poradit,“ uvedl ministr zdravotnictví.

Memorandum se nicméně mezi protestujícími zdravotníky nesešlo pouze s nadšením, ozvala se i řada odpůrců, kteří v něm viděli příliš velký ústupek ze strany LOK.

Organizátor bez práce

Několik dnů po podpisu memoranda však zklidňující se situace opět rozvířila zpráva, že předseda LOK a hlavní organizátor protestu lékařů se nebude moci vrátit do práce – ředitel Fakultní nemocnice Královské Vinohrady (FNKV) Marek Zeman odmítl vzít Martina Engela zpět na radiodiagnostickou kliniku s odůvodněním, že jeho pozice je již obsazena. Člen vedení LOK Miloš Voleman, jenž je rovněž zaměstnancem FNKV, vyzval lékaře, aby přerušili stahování výpovědí jako výraz solidarity s Martinem Engelem a protestu proti postupu nemocnice. Na obranu předsedy LOK vystoupil i předseda Senátu PČR Milan Štěch (ČSSD), který označil jednání FNKV za nepřijatelné. „Takovými způsoby se Česká republika přibližuje Barmě a Bělorusku, kde se nezávislí odboráři potýkají s rozsáhlou perzekucí,“ prohlásil bývalý odborář.

Vedení fakultní nemocnice však nařčení z účelového jednání odmítlo s tím, že se zájemkyní o Engelovo místo se dohodlo již na konci ledna. Stínový ministr zdravotnictví David Rath se obrátil se žádostí o zásah přímo na Leoše Hegera. Ten naproti tomu připomněl, že ačkoli memorandum nabádá ředitele nemocnic, aby vzali lékaře zpět do práce, není možné jejich přijetí garantovat, pokud jsou již místa obsazena. Martin Engel pak lékaře vyzval, aby ukončili protest a stáhli své výpovědi bez ohledu na to, zda bude do FNKV znovu přijat. Zcela bez práce však nezůstal – stal se profesionálním, tedy placeným předsedou LOK-SČL.

Problematické Hradiště

Martin Engel nicméně nebyl je-

diným lékařem, který měl při návratu do práce problémy. Vyhrčená situace panovala i v nemocnici v Uherském Hradišti – její ředitel Antonín Karásek totiž požadoval, aby si lékaři podali žádost o přijetí do pracovního poměru (v případě přijetí by pro ně mimo jiné platila i 3měsíční zkušební lhůta). S některými ze 46 zdravotníků, kteří v rámci akce „Děkujeme, odcházíme“, podali výpověď, navíc do budoucna nepočítal vůbec – například předsedovi Lékařského odborového klubu nemocnice Petru Vysloužilovi a místopředsedovi Janu Uhýrkovi odmítl zadávat práci kvůli „překážce na straně zaměstnavatele“. Také v souvislosti s tímto případem se především ve Zlínském kraji zvedla vlna solidarity lékařů, kteří zvažovali, zda na protest proti jednání ředitele Uherskohradištské nemocnice neodmítnou stáhnout své výpovědi. Nakonec kvůli obavám z porušení memoranda výpovědi stáhli.

Situace v Uherském Hradišti se nakonec stabilizovala proto, co Antonín Karásek prohlásil, že je připraven vzít zpět všech 46 lékařů, ti však přijdou o věrnostní příspěvek na penzijní pojištění. Na tuto podmínku lékaři kývli. „Jednání bylo korektní a krátké. K naší spokojenosti pan ředitel zodpověděl všechny naše dotazy. Teď zahajujeme proces stahování výpovědí,“ řekl Petr Vysloužil. Dalšími nemocnicemi, které měly i po ukončení akce „Děkujeme, odcházíme“ personální problémy, byly nemocnice v Kladně, kde nestáhl svou výpověď 6 neurologů, a brněnská Nemocnice Milosrdných bratří, již opustilo 8 anesteziologů. Celkově se do zaměstnání nevrátilo asi 5 % lékařů zapojených do kampaně „Děkujeme, odcházíme“.

Narušené vztahy

Ačkoli hrozba odchodu lékařů v rámci akce „Děkujeme, odcházíme“ skončila 5 dní před vypršením ultimáta a situace v českých nemocnicích se až na několik málo výjimek vracela k normálu, pacientské organizace začaly mluvit o nenávratně narušeném vztahu mezi zdravotníky a pacienty. Podle mnohých totiž kampaň byla příliš agresivní a nemocné postavila do role rukojmích. „Vztahy pacientů s lékaři se touto protestní akcí určitě nezlepšily,“ prohlásila Jana Petrenko z obecně prospěšné organizace Koalice pro zdraví. Kolicke na konci března letošního roku uspořádala v rámci Evropského dne pacientů konferenci o právech nemocných. Na ní se zabývala právě i proměnou vztahu lékař – pacient po kampani „Děkujeme, od-

cházíme“ (informace o konferenci najdete v čísle 9/2001 ZDN).

Kritiku ze strany pacientských organizací však předseda LOK Martin Engel odmítl. „Během prvních čtyř měsíců jsme vnímali výraznou podporu veřejnosti. To, že se situace natolik vyostřila, nebylo vinou lékařů. MZ ČR nejdříve celý problém bagatelizovalo a s lékaři dlouho nejednalo. Počátkem roku 2011 se proti nám rozpoutala štvavá mediální kampaň a lékaři byli záměrně stavěni do role vyděračů. Přesto si i podle nejvíce pesimistických průzkumů udrželi podporu veřejnosti přes 30 procent – politické strany takovou podporu nemají. Většina lidí nadále vnímá lékaře pozitivně a jejich požadavky považuje za oprávněné,“ uvedl na konferenci Martin Engel.

Průzkumy veřejného mínění ovšem hovoří jinak. Podle agentury Médea Research je více než polovina obyvatel ČR z výsledků akce „Děkujeme, odcházíme“ rozčarována a pouze pětina je s nimi spokojena. Přibližně šestina Čechů pak zaujímá ke kampani neutrální postoj.

V souvislosti s akcí „Děkujeme, odcházíme“ bylo dokonce podáno několik trestních oznámení. Státní zástupkyně z Obvodního státního zastupitelství pro Prahu 9 Eva Vycpálková však potvrdila, že ani lékaři, ani LOK a jeho představitelé žádný trestný čin nespáchali. „Hledali jsme, jestli by bylo možné použít nějaké trestněprávní ustanovení, a došli jsme k závěru, že ne,“ komentovala rozhodnutí Eva Vycpálková. „Pan Engel sám o sobě nemohl trestný čin spáchat. Pokud by byl někdo pachatelem trestného činu, tak by to byli lékaři. Ale lékaři nemohou být trestně odpovědní v tomto případě... Nikomu se nemůže upírat právo na podání

výpovědi. A jestli podají výpověď v jeden den ve větším počtu, ani to nemůže být trestné,“ dodala státní zástupkyně.

Pohled na výplatní pásky

Podle dohody mezi ministerstvem zdravotnictví a LOK měli lékaři vidět rozdíl v platech již na březnové výplatní pásce. Asi v 15 českých nemocnicích však k navýšení lékařských platů nedošlo. „I když je to ze 190 nemocnic minorita, mrzí mě to,“ reagoval na tuto skutečnost Martin Engel, který zároveň ujistil, že udělá vše, co je v jeho silách, aby peníze dostali všichni lékaři. „Vedení LOK-SČL bude rozhodně trvat na tom, aby i v těch nemocnicích, kde k navýšení platů ještě nedošlo, byly lékařům za rok 2011 poukázány finanční prostředky v celkové výši odpovídající desetiměsíčnímu zvýšení mezd, tedy již od března,“ doplnil předseda LOK.

Důvodem chybějících finančních prostředků je především fakt, že nemocnice neobdržely peníze od zdravotních pojišťoven. To může být problém především pro menší zdravotnická zařízení, ta větší mohou vzít potřebné finance z rezerv. Mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) Jiří Rod ujistil, že nemocnice obdrží vyšší tarifní platby za březen v polovině dubna. Ministr Heger potvrdil, že navýšení plateb si musejí nemocnice s pojišťovnami vyjednat samy. „Dostali jsme od pojišťoven příslib, že tam, kde byly nějaké technické problémy, pojišťovny peníze doplatí,“ řekl Leoš Heger. Pokud někdo v dubnu ve výplatě za březen navýšení nedostal, měl by podle něho dostat v květnové výplatě navýšení hned za dva měsíce. Stejně mají podle ministra postupovat nemocnice, které v dubnu neměly na výplaty ani pe-

TÉMA ČÍSLA

níze od pojišťoven, ani své vlastní rezervy.

Opomenutí záchranářů

Ve složité situaci se ocitli lékaři ze záchranných služeb – ačkoli je na ně v textu memoranda s navýšením platů pamatováno, změna úhradové vyhlášky řeší pouze přesun financí od zdravotních pojišťoven pro lůžková zařízení ústavní péče, tedy pro nemocnice, nikoli pro záchranné služby. Příspěvek na vyšší platy by tak záchranám měli poskytnout jejich zřizovatelé – kraje. V průměru by to pro ně znamenalo výdaje ve výši 10 milionů korun, které však podle hejtmanů nemají.

Mluvčí ministerstva zdravotnictví Vlastimil Sršeň konstatoval, že navýšení platů lékařů v záchranných službách nemůže být financováno stejně jako u nemocnic, tedy pouhým navýšením úhrad od pojišťoven. „Pojišťovny se na úhradách pro záchrany podílejí jen zhruba od dvou pětina a je na krajích, aby s pojišťovnami našly řešení,“ potvrdil Vlastimil Sršeň.

Maximum možného

A jak iniciativu „Děkujeme, odcházíme“ a její výsledky hodnotí její hlavní představitel? „V daných možnostech jsme dosáhli maxima možného. Věřím tomu, že i mnohem radikálnější kolegové, kteří chtěli pokračovat, si uvědomují, že skutečně bylo nejlepším řešením, že jsme neupřednostnili jen své platy, ale zachovali kontinuitu zdravotní péče. Nedosáhli jsme všeho, a určité ne hned, ale hlavně pro nás bylo důležité, že se ve výhledu, tedy k 1. lednu 2013, objevila ona finanční částka, s níž jsme do té akce šli. Osobně věřím, že memorandum bude postupně naplňováno tak, jak bylo dohodnuto, prohlásil předseda LOK-SČL Martin Engel v rozhovoru pro Právo.

„Nepochybně jde o vítězství lékařů. Prosadili jsme nejenom zvýšení platů, ale především také příslib omezení přesčasové práce a dodržování zákonů ve zdravotnictví. Stát se dále zavázal, že při tvorbě reformních zákonů bude spolupracovat se zástupci lékařů, včetně Lékařského odborového klubu a České lékařské komory. Vláda se rovněž zavázala bojovat proti korupci, což byl jeden z našich hlavních požadavků,“ uvedl v rozhovoru pro Zdravotnické noviny prezident ČLK Milan Kubek. „Mrzí mě, že řada lékařů se s akcí jen vezla, a někteří dokonce aktivně škodili. Ironií je, že také tito lékaři budou mít prospěch z toho, co jsme vybojovali,“ uzavřel Milan Kubek.



Onkologická léčba pod drobnohledem

Účelná fúze relevantních informací s využitím nového software I-COP onkologům pomáhá zpřístupnit dosud nedostupné informace o diagnostice a terapii onkologických pacientů léčených v zapojených zařízeních.

K projektu nyní přistoupily Fakultní Thomayerova nemocnice (FTN) a Fakultní nemocnice Na Bulovce (FNB) v Praze, finančně se na něm podílel Nadační fond onkologie pro 21. století. Software umožňuje detailně sledovat postup léčby jednotlivých onkologických pacientů. Lze se z něj totiž dozvědět kde, kdy a v jakém stadiu byla choroba odhalena, kde a jaká vyšetření pacient absolvoval a jak probíhala terapie.

Nově dostupné parametry

Jako první tímto způsobem propojil údaje pro zdravotní pojišťovnu s Národním onkologickým registrem (NOR) Masarykův onkologický ústav v Brně, následovali onkologové z Krajské nemocnice T. Bati ve Zlíně a Fakultní nemocnice Olomouc, brzy by měla přibýt i Fakultní nemocnice v Motole.

„Nový analytický nástroj lékařům poskytne informace o detailní struktuře onkologických pacientů léčených ve zdravotnickém zařízení, zejména z pohledu důležitých klinických parametrů, jako je například diagnóza a klinické stadium. Detailní údaje o diagnostice většiny nádorových onemocnění

totiž ve stávajících informačních systémech nemocnic nejsou dostupné v parametrické podobě, i když jednotlivé chorobopisy samozřejmě obsahují,“ shrnuje přínos projektu prof. MUDr. Jitka Abrahámová, DrSc., primářka onkologického oddělení Fakultní Thomayerovy nemocnice, vedoucí komplexního onkologického centra sdružujícího tři pražské nemocnice (FNB, VFN a FTN) a předsedkyně správní rady Nadačního fondu onkologie pro 21. století.

Zpětné využití dat

Původním úmyslem onkologů bylo propojit data NOR s daty všech 13 komplexních onkologických center. To je však komplikované už tím, že každá jednotlivá nemocnice by musela souhlasit s poskytnutím vlastních dat. Zdravotnické zařízení, které se chce do projektu zapojit, také musí investovat finanční prostředky do příslušného softwarového vybavení. Konkrétně jde o softwarový nástroj I-COP, lokální webovou aplikaci nad datovým skladem zdravotnického zařízení. I-COP vyvinul a implementoval brněnský Institut biostatistiky a analýz Masarykovy univerzity. Využívá data NOR, do něhož onkologická zařízení pravidelně hlá-

sí údaje a který shromažďuje data o jednotlivých pacientech již 50 let. Zatím však nebylo možné je v takové míře a tak efektivně využívat jako nyní.

Právě zpětné využití dat NOR uvnitř nemocnic je jedním z hlavních přínosů tohoto řešení. Implementace nového nástroje umožňuje komplexně zmapovat vlastní spádovou oblast včetně detailního rozboru pozice jednotlivých skupin léčených pacientů, odlišit lokální pacienty od migrujících i lépe cílit specifické preventivní programy v rámci regionu. Přidanou hodnotou zapojení se do projektu je srovnání péče o onkologické pacienty s referenčními celorepublikovými hodnotami. Poskytovaná nabídka výkonostních analýz může vést ke zefektivnění nákladné protinádorové terapie.

Argumenty pro pojišťovny

Informační systémy před lety v nemocnicích vznikly, aby umožnily vykazovat údaje pro zdravotní pojišťovny. Právě ony by měly mít největší zájem dozvědět se, kam plynou finanční prostředky, jež poskytují. „Když se data propojí, jako se to děje v tomto systému, nemocnice dovede identifikovat, jestli byl pacient diagnostikován



Ilustrace foto: www.gamag.com

včas, nebo pozdě a kde, odkud byl poslán a v jakém stavu i kde byl dosud léčen. Nemocnice také získá argumenty pro zdravotní pojišťovnu, že dobře léčí, a měla by proto být lépe zaplacená,“ dodává profesorka Abrahámová. Nejen pro onkology, ale i pro pojišťovny mají získaná data velký potenciál také z hlediska podávání farmak.

„Data jsou přístupná pro obě nemocnice, Bulovku i Thomayerovu, výhodou pro pacienty je tudíž, že jejich případ může konzultovat více odborníků. A jak známo, víc

hlav víc ví,“ upozornil na další z přínosů propojení dat provozně-technický náměstek FN Na Bulovce Ing. Milan Dvořák.

Více světla vnáší propojení údajů i do medializovaných „žebříčků“ – statistik mortality děsících pacienty informacemi o zařízeních, kde se více nebo naopak méně umírá na rakovinu. Takto zjednodušená srovnání totiž například ignorují, odkud přicházejí pacienti s nejhrošími stadii onemocnění. I takové skutečnosti lze nyní zjistit zcela adresně.

Jana Jilková

Kdo léčí hodně, léčí dobře

„Přístrojů máme relativně dost, mimo jiné díky dotacím z evropských fondů. Není ovšem dostatek odborníků, takže úzké hrdlo láhve představují lékaři, fyzici a laboranti v oboru radiační onkologie,“ říká profesorka Jitka Abrahámová.

Činnost Nadačního fondu onkologie pro 21. století zahrnuje i pořádání odborných akcí pro lékaře. Kdy a kam je letos pozvete?

Na podzim jako každoročně organizujeme a spoluorganizujeme onkologická sympozia. Letos děláme již 19. onkologicko-urologické sympozium (23.–24. 11., na programu budou zhoubné nádory varlat a karcinom prostaty) a 15. mammologické sympozium (25. 11., včasný záchyt karcinomu).

nomu prsu, léčba nepokročilého karcinomu).

Odborná část začíná vždy ve středu v poledne. Končíme v pátek v pozdních hodinách, ale účastníky to zajímá natolik, že se nám nikdy nerozutekli a vydrželi vždy až do konce. Loni tu bylo 300 lékařů z celé republiky, přestože jde o úzké téma a scházejí se tu opravdu lidé, kteří v dané sféře pracují. A aby se spolu sešly obě odbornosti, pro něž je akce určena, ve čtvrtek večer máme vždy

společenský večer. Snažíme se, aby měl i kulturně poznávací ráz, pořádal jsme ho už například na Staroměstské radnici nebo v Klementinu, tam nám dokonce přichystali i prohlídku hvězdárny.

Sympozii se zúčastňuje i řada onkologů z komplexních onkologických center. Vyhovuje stávající systém KOC a dostává jejich počet?

Status KOC byl vyhláškou MZ ČR přiznán třinácti pracovištím.

Spoluvytvářejí síť onkologických služeb v regionech ve spolupráci s dalšími odděleními nebo ambulancemi zúčastněnými na onkologické péči.

Působnost, vybavení i jejich činnost je tedy legislativně upravena a dodržování parametrů je pravidelně kontrolováno. Podle mého názoru je třináct KOC na Českou republiku plně dostačujících, na západ od našich hranic je obdobných center na stejný počet obyvatel dokonce méně.



Foto: archiv FTN

Důvodem jejich vzniku byla snaha alokovat finanční prostředky na jedno místo a ekonomicky zvládat onkologické služby v příslušném regionu. Ale zdaleka nejde

jen o efektivní ekonomiku, obrovským přínosem jsou KOC i po odborné stránce. Tato pracoviště totiž soustřeďují pacienty tam, kde je odborný i lidský potenciál. A ne nadarmo se říká, že kdo léčí hodně, léčí dobře.

Jak to vypadá s čekacími dobami? Kousek za hranicemi, na Slovensku, pacienti čekají na onkologickou hospitalizaci někdy i řadu týdnů...

Pokud jsem informovaná o situaci v našich komplexních onkologických centrech, u nás to rozhodně takto nevypadá. Jak je tomu v ostatních postkomunistických zemích, o tom nemám přehled, ale třeba v Anglii čekací doby určitě jsou. Lhala bych, kdybych řekla, že čekací doby nemáme, v některých místech jsou třeba na radioterapii. Přístrojů už je však relativně dostatečné množství. Ještě před čtyřmi lety jsme si stěžovali na nedostatek lineárních urychlovačů, to však do značné míry napravily dotace z evropských fondů. Není ovšem dostatek lékařů, takže úzké hrdlo láhve představují lékaři, fyzici, laboranti v oboru radiační onkologie.



Foto: archiv FTN

Vy sama se specializujete mimo jiné na karcinom prsu, ale i varlat. Proč právě na něj?

Za mých mladých let byl karcinom varlat jednou z nejhorších diagnóz a byla to diagnóza jednoznačně smrtící. Je to onemocnění mladých hochů a tehdy 80-95 procent těchto chlapců umíralo. Pro lékaře to bylo psychologicky obtíž-

né, musel rodičům a příbuzným vysvětlovat, že chlapec zemře. Tehdy se přitom nedalo hovořit tak otevřeně jako dnes. Chlapci bylo třeba vytvořit podmínky umírání, které bylo velmi těžké. Tihle pacienti na mě „zbyli“ i proto, že jsem díky svému mládí tato nepříjemná zvládala úskalí poměrně dobře.

Pacientů s touto diagnózou přibývá. Jaké mají šance na život dnes?

Incidence nádorů varlat se za posledních asi dvacet let zhruba zdvojnásobila až ztrojnásobila, ale nejde to ruku v ruce se zvýšenou úmrtností. Naopak, úmrtnost je minimální a přežije minimálně 95 procent pacientů – jsou-li dob-

ONKOLOGIE

ře a včas zaléčení. Umíme vyléčit i velmi pokročilé formy choroby, samozřejmě ne ve stu procent, ale umíme. Karcinom varlat není příliš frekventní diagnóza, ročně přibývá kolem 400-450 nových případů, jež jsou soustředěny u nás a v Masarykově onkologickém ústavu. Jsme tedy opět u toho, že kdo léčí hodně, léčí dobře.

Mezi vašimi pacienty je i řada lékařů. Strkají před onkologickou diagnózou sami hlavu do písku?

„Pštrosismus“ je v naší populaci vůbec hodně rozšířený, ale zlepšuje se to. Nemyslím, že je ho mezi lékaři víc než jinde. Nicméně mám mezi pacienty lékaře a takový pacient je obtížný po mnoha stránkách. Pro lékaře nastává problém vždy, když se dostane na „druhou stranu“. Je pro něj těžké být nemocný a být někde léčen. Jen nerad se sám ukáží, aby „do toho“ nemluvil, být nejde o jeho profesi. Mluvíme ze své zkušenosti, jsem po endoprotéze kolene. Pro lékaře je velmi obtížné být lékařem lékaře. Dá to víc práce, protože já vím, že on ví, a on ví, že já vím. Je nutné vytvořit partnerský vztah, ale zároveň pacient-lékař musí být ukázněný.

Jana Jilková

Inzerce A111000761

ZALDIAR®

Efektivní a bezpečná úleva od bolesti



✓ Vhodný jako monoterapie

- Akutní i chronická bolest¹⁻⁵

✓ Vhodný do kombinace

- S NSA při exacerbaci zánětu¹⁻¹⁰
- Se silnými opiody u průlomové bolesti^{1-3,7-9}

✓ Pro široké spektrum pacientů



Zkrácená informace o přípravku: Složení: Tramadol hydrochloridum 37,5 mg; paracetamol 325 mg v 1 potahované tabletě. **Indikace:** Léčba bolesti střední až silné intenzity. **Dávkování:** Individuální. Doporučená počáteční dávka: 2 tablety, max. 8 tbl./den (tj. 300 mg tramadolu a 2600 mg paracetamolu). **Způsob podání:** Přípravek pro dospělé a mladistvé od 12 let. Tablety se polykají celé. **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na tramadol, paracetamol nebo pomocnou látku. Akutní intoxikace alkoholem, hypnotiky, centrálně působícími analgetiky, opioidními nebo psychotropními látkami, léčba inhibitory MAD alesp. 14 dnů od ukončení. Závažné poškození jater. Neléčená epilepsie. **Upozornění:** Nepřekračovat doporučené dávkování. Nepodávat u závažných poruch renálních funkcí (CKr <10 ml/min), u těžkého poškození jater; při těžké respirační nedostatečnosti. U predisponovaných pacientů nebo léčených přípravky snižujícími práh pohotovosti možnost vzniku křečí. Léčení epileptici by neměli přípravek užívat. **Nežádoucí účinky:** Nejčastěji nauzea, závratě a spavost, dále zvracení, zácpa, průjem, bolesti břicha, bolesti hlavy, třes, zmatenost, změny nálad, poruchy spánku, pocení, pruritus. **Interakce:** Kombinace s inhibitory MAD kontraindikována (nebezpečí serotoninového syndromu), nedoporučeno podávání s karbamazepinem a jinými induktory enzymů, agonisty antagonisty morfinu a alkoholem. **Těhotenství a kojení:** Nesmí být podáván. **Účinky na schopnost řídit a obsluhovat stroje:** Při příznacích ospalosti nebo závratí vyvážející zvýšenou pozornost. **Opatření pro uchování:** Bez zvláštních podmínek. **Balení na trhu:** 10, 20 a 30 tbl. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Grünenthal GmbH, Aachen, Německo. **Datum poslední revize textu:** 29. 10. 2008. **Registrační číslo:** 65/237/02-C. Vyděj pouze na lékařský předpis. Přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před předepsáním léku se prosím seznamte se Souhrnem údajů o přípravku. Informace: Grünenthal Czech s.r.o., Tiché údolí 79, 252 63 Roztoky, tel. 233 089 781, fax 233 089 780, czinfo@grunenthal.com, www.grunenthal.cz. Hlášení NÚ: tel. 606 672 300.

Literatura: **1)** Doležal T. et al. Bolest. Doporučený diagnostický a léčebný postup pro všeobecné praktické lékaře 2008. ISBN 978-80-86998-23-7. **2)** Skála B. Doporučené postupy pro farmakoterapii bolesti a jejich dopad v oblasti primární péče. Bolest 2008; 3: 151-155. **3)** Kršiak M. Pokroky ve farmakoterapii bolesti. Interní Med. 2008; 10(6):298-304. **4)** McClellan et al. Tramadol / Paracetamol Drug Profile. Drugs 2003; 63 (11): 1079-1086. **5)** Shug SA. Combination analgesia - a rational approach: focus on paracetamol - tramadol. Clin Rheumatol 2006; (Suppl 1): S16-S21. **6)** Schnitzer TJ. Review. Update on guidelines for the treatment of chronic musculoskeletal pain. Clin Rheumatol 2006; (Suppl 1): S22-S29. **7)** Kozák J. Bolest jako stresor a současná možnost farmakoterapie. Postgraduální medicína 2008; 10(5): 495-499. **8)** Vondráčková D. Léčení nenádorové bolesti geriatrických pacientů. Čes ger rev 2008; 6(2): 103-108. **9)** Pavelka K. Opioidy v léčbě chronické bolesti u revmatických onemocnění. Remedica 2005; 15 (4-5): 362-367. **10)** Forejtová Š. Jak ulevit pacientům od artritické bolesti. Interní med. 2008; 10(9): 429-430.

Grünenthal Czech s.r.o., Tiché údolí 79, 252 63 Roztoky, tel. 233 089 781, fax 233 089 780, czinfo@grunenthal.com, www.grunenthal.cz



AKTUALITY

Kojení ovlivňuje chování dítěte

Děti, které jsou plně kojeny po dobu minimálně 4 měsíců, mají nižší pravděpodobnost, že se u nich před pátými narozeninami vyvine některá z poruch chování, než nekojené děti. Vyplývá to ze studie britských vědců, kterou uveřejnil časopis Archives of Disease in Childhood.

Další důkaz prospěšnosti kojení

Vědci z dotazníků, které vyplňovali rodiče kojených i nekojených dětí, zjistili velké rozdíly

mezi oběma skupinami – nekojené děti vykazovaly „mnohem více abnormalit v chování“ než jejich kojení vrstevníci. Jak uvedla vedoucí studie Maria Quigleyová

z Oxfordské univerzity, výzkum „přinesl další důkaz výhod kojení pro dítě“. „Matky, které se rozhodnou své dítě kojit, by měly mít plnou podporu svého okolí. Bohužel se jí ženám často nedostává a ony nemohou dítě kojit tak dlouho, jak by si přály,“ tvrdí Maria Quigleyová.

Některé výhody kojení jsou všeobecně známy – např. menší výskyt infekcí u kojených dětí nebo menší pravděpodobnost vzniku rakoviny prsu u matky. Pro vliv kojení na chování dítěte však zatím podle Quigleyové chyběly jasné důkazy.

Podpora interakce matky a dítěte

Společná studie vědců z univerzit v Oxfordu, Essexu, Yorku a Londýně využila jako podklad národní výzkum dětí narozených mezi lety 2000 a 2001 „Millennium Cohort Study“, z něhož vzala údaje o více než 9500 dětech majoritního etnika, narozených v řádném termínu. „Netvrdíme, že nekojené děti budou v pěti letech naprosto nezvladatelné a budou mít vážné

poruchy chování, ale jak ukazují výsledky našeho výzkumu, je u nich větší pravděpodobnost výskytu úzkosti, nesoustředěnosti, mnohé mají problémy socializovat se s ostatními dětmi nebo si hrát ve větší skupině vrstevníků,“ konstatuje vedoucí studie. Podle autorů může být důvodem těchto skutečností fakt, že mateřské mléko obsahuje množství látek, které mají klíčový vliv na vývoj mozku a nervové soustavy. Kojení navíc podporuje interakci mezi matkou a dítětem a poskytuje tak dítěti první základy vzorců chování, připomíná Maria Quigleyová.

Pozitivně hodnotil přínos výzkumu i profesor klinické psychologie z Liverpoolské univerzity Peter Kinderman. „Pozitivní vazby mezi rodičem a dítětem jsou důležitým faktorem pro správný vývoj. Jsem rád, že se objevily další důkazy důležitosti kojení nejen z hlediska tělesného zdraví dítěte, ale také z hlediska jeho psychického vývoje,“ uzavírá profesor Kinderman.

(Zdroj: Reuters)

Květa Havlová



Ilustrační foto: Shutterstock

Není dostatek důkazů o vlivu životního stylu na Alzheimerovu chorobu

Neexistuje žádný přímý důkaz, že změna životního stylu či stravovacích návyků může snížit riziko onemocnění Alzheimerovou chorobou. K tomuto závěru došel vědecký panel vládních poradců americké vlády.

Odborníci z amerického Národního zdravotního ústavu (NIH) porovnávali výsledky studií zaměřených na problematiku vztahu výživy, výživových doplňků, cvičení a chronických onemocnění (např. hypertenze, diabetes) a vzniku Alzheimerovy choroby. Přestože našli jisté náznaky, že diabetes, vysoká hladina cholesterolu nebo kouření může riziko onemocnění mírně zvyšovat, a naopak středomořská strava (bohatá na zdravé prospěšné tuky, zeleninu a ovoce), užívání kyseliny listové a omezení konzumace alkoholu může riziko vzniku Alzheimerovy choroby lehce snižovat,

žádné jasné důkazy pro spojitost mezi životním stylem a pravděpodobností onemocnění nenalezli.

Mezery v poznacích

„Ačkoli se na potenciální rizikové faktory Alzheimerovy choroby zaměřila řada studií, stále v našich poznacích o dané problematice existují velké mezery,“ napsali autoři studie v článku uveřejněném v časopise Archives of Neurology. Jediným jasným rizikem pro vznik nemoci, jež postihuje 26 milionů lidí po celém světě, tak i nadále zůstává vysoký věk. Vyšší pravděpodobnost vzniku Alzheimerovy choroby mají rovněž lidé

se specifickou variantou apolipoproteinu E (APOE).

Autoři vyzvali své vědecké kolegy, aby se zaměřili na dlouhodobé studie a klinické výzkumy zahrnující co největší vzorek populace, které by se snažily najít postupy jak nemoc zpomalit či zastavit.

Souvislosti bez důkazů

Zástupci pacientské organizace Alzheimer's Association však poukázali na fakt, že na výzkum příčin Alzheimerovy choroby je třeba více federálních finančních prostředků. „Je jasné, že mezi zdravým srdcem a mozku existuje určitá souvislost, je ovšem nutně tento

vztah nadále zkoumat, abychom našim pacientům, ale i ostatním lidem mohli nabídnout jasná a vědecky podložená doporučení,“ stojí ve vyjádření asociace. „Do té doby však chceme i nadále přesvědčovat obyvatele, že stojí za to v rámci prevence Alzheimerovy choroby změnit svůj životní styl a žít zdravě.“

Vědci i farmaceutické společnosti se v současnosti snaží najít možnosti prevence nemoci, aby byli připraveni na dobu, kdy přijdou do rizikového věku populačně silné ročníky. Ve Spojených státech žije s Alzheimerovou chorobou 5,4 milionu obyvatel. Přibližně 4 % nemocných jsou mladší 65 let, 6 % je ve věku mezi 65 a 74 lety, 45 % patří do věkové skupiny 75 až 84 let a 45 % pacientů je starších 85 let.

(Zdroj: MSNBC news)

Květa Havlová

Jaderné elektrárny nemají vliv na vznik leukemie

U dětí žijících v blízkosti jaderných elektráren nebylo zjištěno vyšší riziko onemocnění leukemií. Potvrdili to britští vědci.



Ilustrační foto: Shutterstock

„Vliv jaderných elektráren na vznik leukemie u dětí je extrémně malý, spíše nulový,“ konstatoval ve své zprávě Výbor pro medicínské aspekty radiace v prostředí (COMARE).

Výbor, který funguje od roku 1985, se zaměřil na zdravotní záznamy dětí mladších pěti let z období mezi roky 1969 a 2004, které žily v okruhu 25 kilometrů od jaderné elektrárny. Během sledovaných 35 let se leukemie objevila u 430 dětí. Ve Velké Británii touto nemocí každoročně onemocní přibližně 500 dětí, většina případů je vyléčena.

Další možné příčiny

V předchozích zprávách výbor konstatoval, že leukemie se častěji vyskytovala u dětí z bohatších rodin. Jiné studie pak onemocnění spojovaly s nedostatkem sociálního kontaktu malých dětí – u těch, které se pravidelně setkávaly se svými vrstevníky, byla pravděpodobnost onemocnění leukemií nižší. Vědci tuto skutečnost spojují hlavně s nedostatečnou odolností organismu proti infekcím u dětí, jež se pravidelně nedostávaly do dětského kolektivu.

„Netvrdíme, že bychom měli na základě naší studie zcela pomínout další výzkumy spojitosti radiace a leukemie, ale myslím, že by bylo dobré zaměřit se nyní na další možné příčiny vzniku leukemie u dětí,“ řekl předseda COMARE profesor Alex Elliott z Glasgowské univerzity.


(Zdroj: BBC)

(kha)

konference

Zhoubný nádor a trombóza – mezioborový pohled

9. 6. 2011 Praha, Clarion Congress Hotel Prague
Registrujte se na www.medical-services.cz



Přijďte se
seznámit
s novými
poznatky
v oboru.

Program:

- | | |
|-------------|--|
| 13.30–14.00 | registrace |
| 14.00–14.15 | úvod |
| 14.15–14.45 | Trombofilní stav u hematologických malignit – patofyziologie, vliv nových léků a současná doporučení pro profylaxi
– doc. MUDr. Ivan Špička, CSc. |
| 14.45–15.15 | Kontroverze v prodloužené profylaxi v onkogynekologii
– prof. MUDr. Lukáš Rob, CSc. |
| 15.15–15.45 | Nízkomolekulární hepariny v prevenci a léčbě tromboembolické nemoci u onkologicky nemocných
– prof. MUDr. Jan Kvasnička, DrSc. |
| 15.45–16.15 | přestávka |
| 16.15–16.45 | Profylaxe žilní trombózy a plicní embolie u urologických a onkourologických výkonů
– MUDr. Michaela Matoušková |
| 16.45–17.15 | Problematika TEN v chirurgických oborech se zaměřením na onkochirurgii
– prof. MUDr. Zdeněk Krška, CSc. |
| 17.15–17.30 | Symposium GlaxoSmithKline |
| 17.30–18.00 | předání certifikátů |
| 18.00–19.00 | volná diskuse a občerstvení |

**Vzdělávací akce je pořádána dle stavovského předpisu č. 16.
Registrační poplatek: 500 Kč – platba předem, 600 Kč – platba na místě**

Pořádá 1. LF UK PRAHA ve spolupráci s divizí MEDICAL SERVICES a odborným časopisem POSTGRADUÁLNÍ MEDICÍNA.

Credit PLUS
Akce bude
ohodnocena 4 kredity

**MEDICAL
SERVICES**

Hlavní partner

**gsk**
GlaxoSmithKline

Mediální partneři

Postgraduální
medicína
ODBOBY ČASOPIS PRO LÉKÁRE

**ZDRAVOTNICKÉ
NOVINY** 



**mf**
MLADÁ FRONTA

AKTUALITY

Evoluce pneumokoka

Streptococcus pneumoniae je původcem širokého spektra chorob. V roce 2000 jimi onemocnělo asi 15 milionů lidí. Od 70. let minulého století se lékaři potýkají i s kmeny rezistentními vůči mnoha antibiotikům.

Tým vedený Stephenem Bentleyem z Wellcome Trust Sanger Institute sekvenoval genomy 240 vzorků *S. pneumoniae* multirezistentní linie PMEN1 získaných během posledních 24 let. Na základě těchto dat bylo možné sestavit „rodokmen“ současných bakterií této linie a vysledovat změny genomu zodpovědné za různé typy rezistencí a také změny genomu, jimiž bakteriální populace reaguje na zavedení vakcín.

Důležitý horizontální přenos

Počátky „rodokmenu“ linie PMEN1 sahají do doby okolo roku 1970, kdy začala být na pneumokokové infekce nasazována ve větší míře antibiotika. Linie vznikla v Evropě a do Ameriky a Asie se rozšířila hned při několika různých příležitostech. Vertikální přenos nových mutací vysvětluje jen část multirezistence k antibiotikům.

Významnou roli sehrál i horizontální přenos. Zvláště náchylné jsou však k horizontálnímu přenosu části genomu kódující antigeny. Tato schopnost výrazně snižuje účinnost vakcín.

V populaci bakterií jsou prakticky neustále přítomny vzácné varianty, jež nejsou vakcinací významně postiženy. Ty se pak uplatní místo bakterií, které byly vakcinací potlačeny.

(Zdroj: Nature)

(Jap)



Streptococcus pneumoniae na kultivačním médiu. | Foto: audiovideoweb.com

Podíl bakteriálních infekcí na předčasných porodech

Systemická zánětlivá reakce plodu na intrauterinní infekci se významnou měrou podílí na předčasných porodech, poškození plodu nebo na poškození orgánů novorozenců.

Tým amerických lékařů provedl proteinové biologické markery v krvi 527 novorozenců přivedených na svět císařským řezem a zároveň kultivoval a identifikoval bakterie z jejich placent. Novorozenci, jejichž placenty byly infikovány bakteriemi ty-

pickými pro bakteriální vaginózu, měli v krvi zvýšené hladiny prozánětlivých bílkovinných biomarkerů. Pokud byla placenta kolonizována bakteriemi rodu *Lactobacillus*, pak byly koncentrace prozánětlivých biomarkerů napak sniženy.

„Naše studie podporuje představu, podle které kolonizace placenty vaginálními mikroorganismy může vyvolat systemickou zánětlivou reakci u plodu či novorozence. Převládající molekulární projevy této reakce závisí na druhu bakterií. Naše data také naznačují, že ovlivnění placentální kolonizace v časných fázích gravidity pomocí léků nebo probiotik může přispět nejen k prevenci předčasných porodů, ale rovněž k prevenci devastujících následků zánětů u předčasně narozených dětí,“ komentoval výsledky svého týmu Andrew Onderdonk z Harvard Medical School.

(Zdroj: mBio)

(Jap)

Dědičné dispozice k celiakii a Crohnově chorobě

Patogeneze celiakie ani Crohnovy choroby stále není důkladně prozkoumána. Na vzniku obou chorob se podílejí jak dědičné faktory, tak i vlivy vnějšího prostředí.

V západní populaci se celiakie projevuje u 1% obyvatel. Crohnova choroba je mnohem vzácnější, ale její následky jsou vážnější. Platí, že pacienti s celiakií jsou vystaveni vyššímu riziku propuknutí Crohnovy choroby. To naznačuje existenci dědičných rizikových faktorů společných pro obě onemocnění. Zatím však byly sledovány jen rizikové dědičné faktory pro každé z těchto onemocnění gastrointestinálního traktu samostatně.

Společné rizikové faktory

Nizozemsko-americko-kanadský tým provedl metaanalýzu dat populace bezmála 800 pacientů s celiakií a více než 3 tisíc pacientů

s Crohnovou chorobou. Pro srovnání vědci použili data o genomech více než 6 tisíc zdravých lidí. Zjistili, že dva lokusy spojované již dříve buď s dispozicí k celiakii, nebo ke Crohnově chorobě, představují rizikové faktory společné oběma onemocněním. Konkrétně jde o lokusy PTPN2 a IL18RAP. Navíc byly objeveny další dva lokusy, TAGAP a PUS10, které sice dříve nebyly spojovány se zvýšeným rizikem pro žádnou chorobu, ale nová studie v nich odhalila jeden ze základů společné dispozice k celiakii a Crohnově chorobě. Jak už to v podobných případech bývá, efekt jednotlivých lokusů na obě choroby je poměrně nízký.

(Zdroj: PLoS Genetics)

(Jap)

Obezita a pokojová teplota

Tým vedený britskou epidemioložkou Fionou Johnsonovou se pozastavil nad skutečností, že v posledních desetiletích se obyvatelé ekonomicky vyspělých zemí během zimních měsíců těší stále většímu teplotnímu komfortu. Silně tak poklesla expozice lidí nízkým teplotám.

Lidé jsou v současnosti vystaveni prakticky zanedbatelnému teplotnímu stresu, což snižuje jejich energetické nároky na termoregulaci. Takto „uspořená“ energie může podle Johnsonové významně přispívat k celkové pozitivní energetické bilanci a vzniku obezity.

jem potraviny a výdej energie fyzicky prakticky zanedbatelnou teplotní aktivitou. To jsou bezpochyby hlavní faktory. Je ale možné, že k významným environmentálním faktorům patří i vnitřní teploty v budovách. Náš výzkum upozorňuje na možnosti nových strategií pro boj s epidemií obezity,“ říká Fiona Johnsonová.

Možnosti nových strategií

„Výzkum environmentálních faktorů, jež se spolu s dědičnými předpoklady podílejí na vzniku obezity, se soustředí přednostně na pří-

Autoři studie poukazují na skutečnost, že snížení teplot v budovách může mít kromě snížení emisí skleníkových plynů i významné zdravotní přínosy.

(Zdroj: Obesity Reviews)

(Jap)



ilustrační foto: Shutterstock

Předplatte si ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

Předplatné na rok + jedinečný dárek

Kniha ONE YEAR OF MY LIFE

Celosvětově unikátní fotografický projekt, popisující jeden rok všedního i nevšedního života uměleckého fotografa a režiséra Adolfa Ziky. Každý den je chronologicky zaznamenán v devíti fotografiích na jedné straně.

Krásné ženy, rychlá auta, exotické země, zajímaví lidé.....



Doporučená cena 599 Kč

Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 12. 6. 2011.
Předplatné na rok pouze za **590 Kč**



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku předplatne.mf@cpost.cz, uveďte své **jméno** a **doručovací adresu**. Do předmětu napište kód **ZDN 0511**. 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 0511**



Pošlete SMS na číslo 900 09 06

ve tvaru **ZDN ABO jméno, příjmení, adresa, lékařská 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.

AKTUALITY

XIX. výroční sjezd České kardiologické společnosti

Ve dnech 1. až 4. května proběhl již tradičně v prostorách Brněnského výstaviště každoroční sjezd České kardiologické společnosti (ČKS) s mezinárodní účastí. Velmi důležitým bodem programu byla i obhajoba inovovaných doporučení ČKS.

Letošní sjezd přinesl mnoho novinek. Ještě před vlastním zahájením akce zaujala řadu návštěvníků sekce s živými a předtočenými vstupy z některých českých a moravských katet-

rizačních a elektrofyziologických laboratoří. Elektrofyziologové prezentovali problematiku katetri-zační ablace pacientů s poinfarktovou dysfunkcí levé komory srdeční a komorovými tachykar-

diemi, a to jednak standardním přístupem (prof. MUDr. Josef Kautzner, CSc., přednosta Kardiologické kliniky IKEM) a dále za využití dálkově ovládaného robotického systému, kdy komorová

tachykardie pacienta nacházejícího se v elektrofyziologické laboratoři Nemocnice Na Homolce (doc. MUDr. Petr Neužil, CSc., primář zdejšího kardiologického oddělení) byla mapována a ablo-vána živě z rotundy pavilonu A Brněnského výstaviště.

ČKS má nového předsedu a několik čestných členů

Valná hromada ČKS v neděli v podvečer odsouhlasila nové znění stanov společnosti. Své vize rozvoje odborné společnosti a kardiologie jako oboru přestavil její nový předseda prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc., přednosta 3. interní - kardiologické kliniky 3. LF UK a FNKV. Čestná členství ČKS letos společnost udělila doc. MUDr. Evě Mandysové, CSc., (vedoucí lékařka všeobecné kardiologické ambulance kardiologického oddělení Nemocnice Na Homolce), prof. MUDr. Jiřímu Vítovcovi, CSc., (přednosta 1. interní kliniky LF MU a FNUSA Brno) a MUDr. Josefu Švejdrovi, CSc. Slavnostní přednáška s názvem „Léčba srdečního selhání včera, dnes a zítra ve světle EBM“ zazněla z úst profesora Vítovce k jeho životnímu jubileu.

V pondělí ráno začal vlastní odborný program sjezdu, který v průběhu necelých tří dnů umožnil prezentaci celkem 660 sdělení v tradiční struktuře bloků odborných společností za účasti jejich zahraničních hostů, vlastních volných sdělení, posterů a bloků sester, techniků a dalších pracovníků ve zdravotnictví. Významnou událostí byla veřejná oponentura pěti nových, respektive inovovaných doporučených postupů ČKS – revaskularizace myokardu, fibrilace síní, komorové tachykardie, doporučení pro pohybovou aktivitu a sportování u dětí a mladistvých s kardiovaskulárním onemocněním a předoperační příprava kardiaka k nekardiálním chirurgickým výkonům. Po zapracování připomínek oponentů bude finální podoba výše uvedených doporučení publikována na webových

stránkách ČKS a v časopisu Cor et Vasa.

Nová naděje pro pacienty s fibrilací síní

Velká pozornost odborné veřejnosti byla věnována zejména dvěma tématům, a to fibrilaci síní (FS) a hypertenzi. Fibrilace síní je nejčastější supraventrikulární tachykardií, se kterou se setkáváme v každodenní klinické praxi a jejíž následky, zejména cévní mozkové příhody, mohou být velmi závažné. Opakovaně byla probírána problematika nových antiarytmik – vernakalantu pro akutní verzi FS a dronedaronu pro kontrolu rytmu.

Po padesáti letech jsme svědky skutečné revoluce v prevenci tromboembolických (TEN) komplikací FS. Máme k dispozici nová antikoagulantia, která jsou u pacientů s FS účinnější v prevenci TEN než warfarin; na rozdíl od warfarinu není nutná opakovaná monitorace a nastavení terapie (viz obr. 1). Řada klinických studií třetí fáze již byla dokončena, jejich výsledky byly prezentovány na podzimním zasedání Americké kardiologické asociace (AHA) (viz obr. 2).

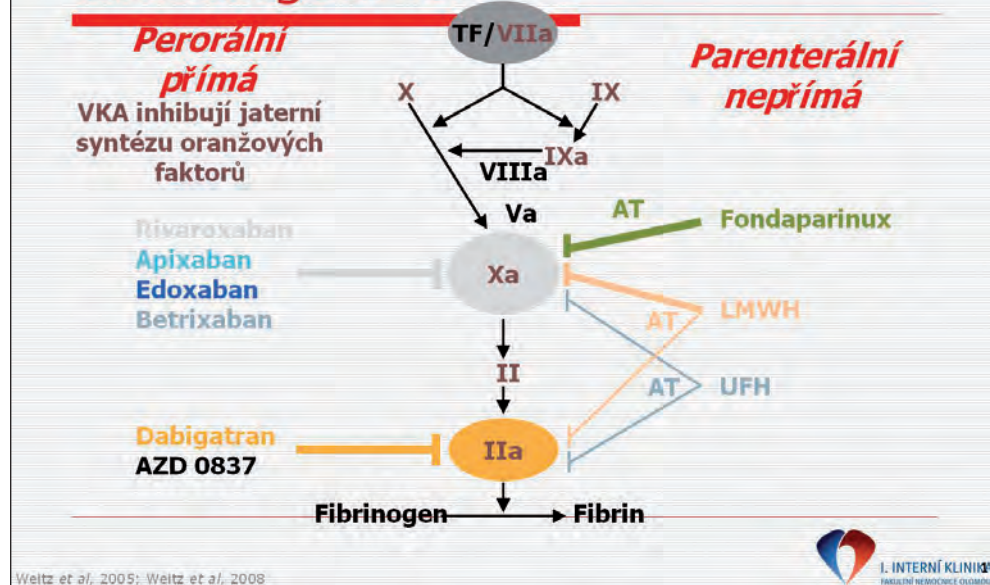
Nejbližší k praktickému použití v České republice je dabigatran etexilát, který je již registrován v indikaci FS v řadě zemí a u nás bude uvolněn do klinické praxe po stanovení úhrady v prvním, respektive druhém čtvrtletí příštího roku. Dávka 150 mg 2x denně snižuje relativní riziko CMP a systémové embolizace o 35% a dále relativní riziko intrakraniálního krvácení o 59% - obojí proti warfarinu. Nižší dávka 2x 110 mg je v prevenci CMP zcela srovnatelná s warfarinem, snižuje však riziko závažných krvácení o 20% a intrakraniálního krvácení až o 70%. Tyto nové molekuly jsou tedy značnou nadějí pro velkou skupinu pacientů s fibrilací síní.

Hypertenzní paradox - hledání odpovědi

Doslova přeplněné byly sály se sděleními věnovanými problematice hypertenze, která byla prezentována celkem ve čtyřech sekcích. V posledních 30-40 letech jsme svědky rozšiřování spektra antihypertenzní léčby a její dostupnosti, přesto se podíl pacientů, u kterých je dosahováno kontroly hypertenze, nemění (tento fenomén nazýváme hypertenzním paradoxem).

V dnešní době si je u nás asi 70% hypertoniců své hypertenze vědomo, na medikaci je asi 60% hypertoniců. Přesto je dostatečné kontroly hypertenze dosahováno

1 Přehled nově vyvíjených antikoagulantů



2 Srovnání studií III. fáze

Studijní léčba	ROCKET AF ¹ Rivaroxaban	RE-LY ² Dabigatran	ARISTOTLE ³ Apixaban	AVERRUES ⁴ Apixaban	ENGAGE AF ^{5,6} Edoxaban
Design	Dvojitě zaslepená Non-inferioritní	Warfarin otevřeně Non-inferioritní	Dvojitě zaslepená Non-inferioritní	Dvojitě zaslep. Superioritní	Dvojitě zaslepená Non-inferioritní
Dávkování	20 mg 1xD (15 mg 1xD*)	110 mg 2xD 150 mg 2xD	5 mg 2xD (2,5 mg 2xD**)	5 mg 2xD (2,5 mg 2xD**)	30 mg 1xD 60 mg 1xD
Kontrola	Dvojitě zaslepený warfarin (INR 2-3)	Otevřený warfarin (INR 2-3) Zaslepená dávka dabigatranu	Dvojitě zaslepený warfarin (INR 2-3)	Dvojitě zasl. ASA	Dvojitě zaslepený warfarin (INR 2-3)
Počet pacientů	14,269	18,113	18,206	5,600	20,500

1. Patel et al., 2010; 2. Connolly et al., 2009; 3. Lopes et al., 2010; 4. Eikelboom et al., 2010; 5. www.clinicaltrials.gov NCT00781391; 6. www.timi.org

pouze u 24 % hypertoniků. Pod hodnotou 140/90 mmHg je 42 % léčených hypertoniků. Závažná je skutečnost, že přibližně 30 % hypertoniků o hypertenzi neví a část pacientů se navzdory povědomí o své hypertenzi neléčí. Výskyt hypertenze vzrůstá s věkem, ve věku nad 60 let má hypertenzi 50 % osob. V současnosti užívá 41 % pacientů monoterapii, 25 % dvojkombinaci, trojkombinaci má 1/3 pacientů. V případě monoterapie užívá 52 % pacientů inhibitor ACE nebo AT1 blokátor, nejčastější kombinací je inhibitor ACE/betablokátor, metabolicky výhodnější kombinaci ACE inhibitor (AT1 blokátor) s blokátorem kalciových kanálů (BKK) užívalo pouze 22 % pacientů na kombináční léčbě.

Osvědčené fixní kombinace

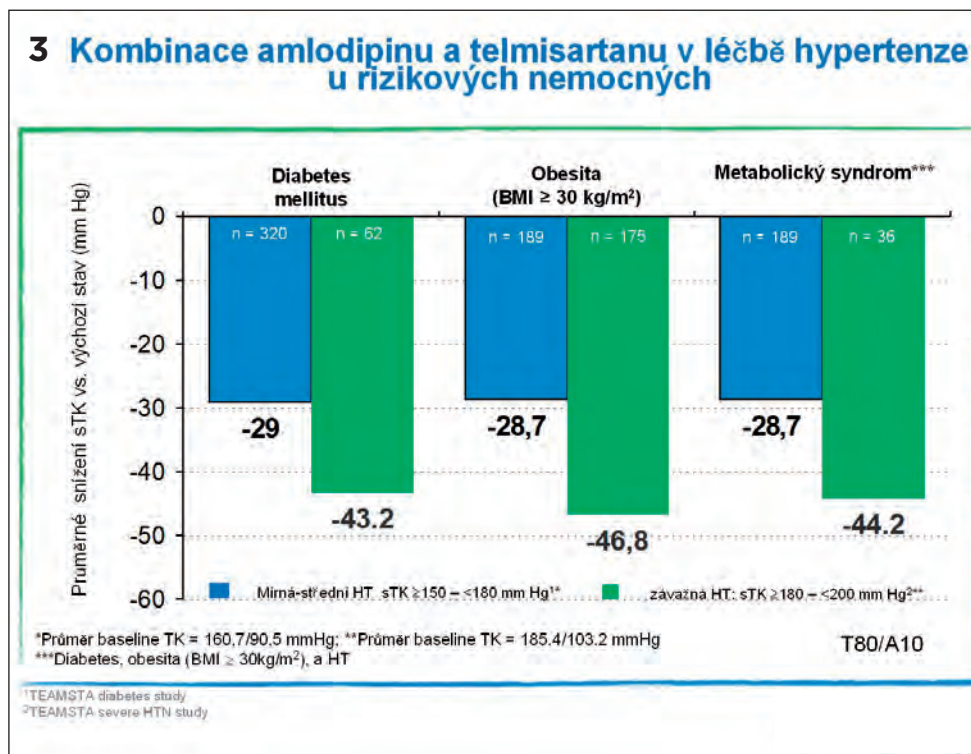
Opakovaně zazněla otázka kombináční léčby, kde máme v současné době dostatek důkazů o vhodnosti tohoto potupu, a to zejména u rizikových pacientů (viz obr. 3). Výhody fixních kombinací spočívají v rychlém dosažení poklesu krevního tlaku, nižším výskytu nežádoucích účinků

a lepší compliance. Jednotlivé účinné látky by se ve fixních kombinacích měly doplňovat z hlediska patofyziologie hypertenze a mechanismu účinku.

Jako velmi výhodná se jeví být kombinace BKK amlodipinu a AT1 blokátoru telmisartanu. Amlodipin má ze všech BKK nejdelší plazmatický poločas > 30 hodin. Rovněž telmisartan má mezi AT1 blokátory nejdelší plazmatický poločas, což značí, že oba přípravky snižují krevní tlak po dobu 24 hodin. Obě účinné látky rovněž zachovávají cirkadiánní rytmus. Takováto kombinace zlepšuje adherenci k léčbě hypertenze a vykazuje velmi dobrou toleranci a bezpečnost.

Ocenění nejlepších publikací za rok 2011

Jako každoročně byly prezentovány neúspěšnější kardiologické publikace předchozího roku. Nejlepší publikací byla vyhlášena práce prof. MUDr. Renaty Cífkové, CSC., (Pracoviště preventivní kardiologie IKEM) sumarizující trendy kardiologické mortality a hypertenze v České republice v letech 1985–2007 (J Hypertens 2010; 28: 2196–2203). V soutěži mla-



dých kardiologů zvítězil MUDr. Jan Václavík, Ph.D., (1. interní klinika LF UP a FN Olomouc) s výsledky originální české studie ASPIRANT.

Letošní výroční sjezd lze z pohledu odborného programu považovat za velmi úspěšný a inovativní. Věřím, že výroční sjezd ČKS v roce následujícím bude minimál-

ně stejně zajímavý a že se všichni opět sejdem ve dnech 13.–16. 5. 2012 na brněnském Výstavišti.

doc. MUDr. Miloš Táborský, CSC., FESC, MBA
 přednosta 1. interní kliniky LF UP a FN Olomouc

Úspěchy a kontroverze (nejen) české kardiologie

Předsedu organizačního výboru XIX. výročního sjezdu České kardiologické společnosti doc. MUDr. Miloše Táborského, CSC., FESC, MBA, jsme v krátkém rozhovoru požádali o odpověď na několik upřesňujících otázek k aktuálně probíraným tématům.

Kdy zhruba podle vás bude dostupná konečná verze inovovaných doporučených postupů?

Finální podoba inovovaných „Doporučených postupů České kardiologické společnosti“ se rodí z veřejné oponentury a připomínek široké odborné veřejnosti. Konečná podoba všech nově diskutovaných *guidelines* bude k dispozici na webu ČKS nejpozději v září tohoto roku a v tištěné podobě pak budou postupně vycházet do konce roku v časopisu Cor et Vasa. U fibrilace síní předpokládám také vznik „kapesní verze“, která bude praktickou příručku pro každodenní klinickou praxi od obvodního lékaře až po specializovaného kardiologa.

Objevily se nějaké technologické novinky v oblasti intervenční kardiologie – například v konstrukci stentů či kardiostimulátorů?

V oblasti nefarmakologické léčby kardiologických onemocnění byla diskutována řada nových

postupů a technologií, například první výsledky intervenčního řešení mitrální insuficience pomocí takzvaného MitralClipu u nemocných, kteří jsou kontraindikováni ke kardiochirurgickému výkonu, dále problematika nových generací stentů a lékových balonků pro intervenční kardiologii. V oblasti arytmiologie pak vývoj problematiky implantabilních kardioverterů-defibrilátorů – technologie kompatibilní s magnetickou rezonancí, nové katetrizačně plně implantabilní systémy a řada dalších zajímavých novinek.

V jedné ze slavnostních přednášek se profesor Černý ptá: „Povede rozmach kardiologie skutečně k zániku kardiochirurgie?“ Jaká je tedy podle autora předpověď?

Přestože slavnostní přednáška pana profesora Černého byla vedena poněkud kontroverzně a vyzněla jako „válka kardiologie proti kardiologii“, lze říci, že neprostá většina kardiologů a kardiochirurgů tuto problematiku takto nevnímá. Je skutečností, že intervenční kardiologie a arytmiologie v posledních letech realizuje katetrizační cestou řadu výkonů, které byly doménou kardiochirurgie. Na druhé straně moderní kardiochi-



Foto: Vladimír Brada

urgie nabízí mnoho nových výkonů, například minimálně invazivní primárně chirurgickou ablaci fibrilace síní či komplexní remodelační operace levé komory, nadále se zlepšuje i operativa vrozených srdečních vad zejména v oblasti reoperací.

Velkému zájmu se vždy těší i rekapitulace neaktuálnějších studií v oblasti kardiologické farmakoterapie. Co vás osobně v letošních hotlines nejvíce zaujalo?

Hotlines jsou vždy přehlídkou aktuální problematiky – výstupů z recentně publikovaných klinických studií v oblasti kardiologie. Pro každodenní klinickou praxi je však nejdůležitějším výstupem uvedení nových molekul do reálného života.

Přestože výsledky studií jsou jednoznačné na úrovni EBM, plátcí zdravotní péče v posledních letech hledají jakýkoli mechanismus, který by pro Českou republiku omezil úhradu a indikační

kritéria ve srovnání s vyspělými zeměmi Evropské unie. Příkladem je třeba nové antiarytmikum dronedaron, jehož indikační omezení jsou zcela neadekvátní. Ještě důležitější bude tato diskuse v oblasti úhrady nových anti-koagulantů, kde existují jasné důkazy o jejich superioritě proti warfarinu a o výrazně lepším bezpečnostním profilu těchto nových molekul.

Vstupují do kardiologie také nějaké nové poznatky z genetiky?

Určitě ano. První část se týká aplikované genetiky – takzvané farmakogenomiky, která byla nově na sjezdu diskutována zejména pro clopidogrel a warfarin. Cílem je individualizace dávkování s prevencí komplikací základního onemocnění a závažných nežádoucích účinků. Druhá část pokračuje velmi intenzivně na úrovni výzkumu pro všechna základní kardiologická onemocnění – pokrok zaznamenáváme například v oblasti hypertrofické kardiomyopatie, fibrilace síní, chlopenních vad a řadě dalších.

TRENDY A PERSPEKTIVY MEDICÍNSKÝCH OBORŮ

Idiopatické střevní záněty

Nejčastější okřídlená věta, která se dnes vyskytuje v souvislosti s etiopatogenezi idiopatických střevních zánětů, praví, že se jedná o „multi-faktoriální onemocnění, kde mají stejným dílem roli faktory hereditární i zevního prostředí“. Čím dříve tato onemocnění začnou, tím hůře. Čím dříve se začnou léčit, tím lépe.

K idiopatickým střevním zánětům (ISZ) jsou řazena jako základní onemocnění Crohnova nemoc (CN) a ulcerózní kolitida (UC). Jedná se o dvě nesterilně nozologické jednotky, i když jsou si v mnohém příbuzné. Rozdíl je v lokalizaci chorob, UC primárně nepostihuje tenké střevo, ale je omezena na rektum a tračník. CN může zasáhnout celý trávicí trakt, ale nejčastěji postihuje střevo tenké i tlusté. Asi u 5–15 % případů poškození tlustého střeva se nepodaří s jistotou rozhodnout, o kterou nemoc jde, hovoří se proto o kolitidě tzv. neurčitě, indeterminované, neklasifikovatelně. Obě nemoci jsou chronickými záněty trávicího traktu a jsou diagnostikovány pomocí endoskopie a histologie. Zánětlivá odpověď u UC je vázána na sliznici a submukózu, kdežto CN postihuje trávicí trakt v celé síle stěny. Ulcerózní kolitida zasahuje jen tračník, a kolektomie je tedy kurativní, což u Crohnovy nemoci neplatí, po resekcí části trávicí trubice často vzplane ve zbývajících partiích.

Etiologie i patogeneze stále neznámé

Ve valné většině případů jsou onemocnění diagnostikována u mladých lidí. Incidence a prevalence kolísají v závislosti na příslušnosti geografické i socioekonomické. Incidence CN je odhadována na 4–6/100 000 obyvatel a incidence UC na 6–12/100 000 obyvatel. Prevalence obou nemocí nyní dosahuje kolem 300/100 000 obyvatel. V následujícím textu přináším několik poznámek k zajímavým aktuálním tématům z poslední doby. Pro neznalost příčiny je zatím u obou nemocí ponecháván název idiopatické. U nemocných je předpokládána genetická dispozice a zřejmě vlivem změněné bakteriální flóry dochází k odlišné imunitní reakci ve sliznici střeva (trávicího traktu). Je zjišťován polymorfismus genu NOD2/CARD15. Gen je lokalizován na chromozomu 15, který je zodpo-

vědný za tvorbu defenzinů, které v terminálním ileu působí antibakteriálně a imunoregulačně, dále je pak přítomna hyperaktivita slizničních CD4+ T lymfocytů tvořících nadměrné množství cytokinů TNF- α a INF- γ , které působí prozánětlivě a výrazně snižují apoptózu CD4+ T lymfocytů. Tyto poznatky jsou využívány v léčbě (viz dále).

Předpověď průběhu onemocnění

Klinický průběh ISZ kolísá od lehké formy (s dlouhodobou remisí, bez potřeby léčby) až po chronickou aktivní formu s možnou remisí, která může být trvalá, ale je závislá na dlouhodobé léčbě kortikosteroidy a imunosupresivy nebo nejnověji na biologické léčbě. Pacient je sužován obvyklými příznaky, jako jsou průjem, bolest břicha, horečka, komplikacemi, jako jsou píštěle, stenózy a abscesy, a extraintestinálními manifestacemi nebo fulminantním průběhem. Ale je zatěžován i vedlejšími účinky léčby, kterou nezbytně potřebuje k udržení normální kvality života.

Zajímavým, v současnosti diskutovaným tématem je predikce – předvídaní průběhu onemocnění. Je-li při stanovení diagnózy CN zjišťován již jasný typ, ať fibrostenozující nebo perforující, je možné očekávat komplikace a nutný časný chirurgický zákrok, eventuálně nutnost podání imunosuprese. Jen 12 % nemocných podle některých autorů nemá relaps do 10 let po stanovení diagnózy. Je-li CN lokalizována v terminálním ileu, jde o větší riziko, že se v brzké době objeví striktury a může dojít k penetraci, která bude vyžadovat chirurgický zásah. Nemocní vyžadující chirurgický zákrok jsou nepoddajní ke konzervativní léčbě, mají vnitřní píštěle, střevní obstrukci, krvácí nebo mají toxické megakolon či akutní perforaci. Na pooperační rekurenci mohou mít pravděpodobně vliv věk, pohlaví, lokalizace nemoci, trvání a chování nemoci před operací

a nález granulomů. Ale definitivně je prokázáno, že se zvýšeným rizikem pooperační rekurence je spojeno kouření. První chirurgickou rekurenci má 31,6 % operovaných pacientů s CN v průběhu 10 let po stanovení diagnózy. Při postižení proximálního tenkého střeva a horní části trávicího traktu je popisováno zvýšené riziko rekurence dokonce u 72,3 % pacientů a zvýšení četnosti chirurgických zásahů. Při CN tračníku, zejména se současným postižením rekta, lze očekávat rozvoj perirektální nemoci – píštělí a abscesů v této oblasti.

Výpovědní hodnota prediktivních markerů

Krátkodobé sérologické markery predikují relaps a patří k nim zejména C-reaktivní protein (CRP), který je markerem systémového zánětu. Jedná se o protein produkovaný hepatocyty stimulací interleukinu 6, interleukinu 1 β a TNF- α . CRP je hodnocen jako pozitivní obvykle od hodnoty > 20 mg/l. U relapsu CN je zvýšen v 70–100 % a je považován za velmi důležitý prognostický faktor, u relapsu UC je zvýšen v 50–70 %. Stále velkou výpovědní hodnotu má sedimentace červených krvinek (FW – podle Fähræuse a Westergrena), která v těchto případech bývá hodnocena jako pozitivní, je-li vyšší než (jen!) 15 mm/hod. Fekální calprotectin (36kDa calcium and zinc-binding protein) ukazuje migraci neutrofilů do trávicího traktu, zvýšení nad 50 μ g/g predikuje 13x zvýšené riziko relapsu. Calprotectin není specifický pro střevní zánět, může se vyskytovat při užití nesteroidních antiflogistik, střevní infekci a střevní malignitě. Pro diagnózu idiopatického střevního zánětu pro dospělé i děti je jeho senzitivita 95 % a specifita 91%. Calprotectin je silnějším prediktivním markerem pro relaps u UC než u CN. Při původní distální proktitidě, která bývá zvláštní úpornou formou UC, je možné rozšíření zánětu do proximálních partií trační-

Trendy v gastroenterologii

V pořadí již třetí (po endokrinologii a neurologii) exkurz do současného vývoje medicínských oborů je věnován gastroenterologii. Bude mít dvanáct pokračování, ve kterých autoři jednotlivých dílů, odborníci v dílčích podoborových specializacích, představí dnešní terapeutické postupy i výhledy do blízké budoucnosti. Koordinátorem této další „postgraduální sumarizace“ je tentokrát MUDr. Karel Lukáš, CSc., primář 4. interní kliniky – kliniky gastroenterologie a hepatologie 1. LF UK a VFN v Praze.



Illustrace: healthandheals.co.nz

ku, obvykle při vzniku v mladém věku a zvláště při existující primární sklerotizující cholangitidě. U extenzivní UC kolitidy je předpokládána kolektomie ve 35 %, u levostranné kolitidy < 20 %, u proktitidy < 10 %.

Důležitost časného podání

Aminosalicyláty jsou zpravidla prvním lékem, který je pacientům podáván. Většinou jsou dobře tolerovány, protože jsou minimálně toxické, bezpečné a mají nízký výskyt vedlejších účinků. Jsou-li aminosalicyláty bez efektu, stav vyžaduje časné podání kortikosteroidů. Dlouhodobá léčba kortikosteroidy může mít vedlejší účinky. Kortikoidpendence vzniká patrně po jednom roce jejich podávání. Proto je zásadou podat imunosupresiva včas, protože jsou „steroidy šetřící“. Užívání azathioprinu není spojeno ani se zvýšením, ani se snížením rizikem rizika rekurence. ISZ dobře reagují a téměř okamžitě odpoví na terapii rychle podanou. Rezistence k léčbě se zvyšuje s uplývajícím časem. Včasné použití kombinované léčby anti-TNF α a imunosupresivy změní přirozený průběh nemoci a má zásadní vliv na navození a udržení remise u CN a je prevencí komplikací. U nemocných, kteří na tuto terapii reagují nedostatečně, je doporučeno zvýšení dávky nebo změna na alternativní biologické *agens*. Volba adalimumabu u pacientů s CN je prospěšná u nemocných, kteří zatím nebyli léčeni biologic-

kými *agens* nebo na léčbu infliximabem neodpověděli, případně infliximabem netolerovali, ale i u nekuřáků s krátce trvajícím CN a u extraintestinálních manifestací. Anti-TNF α , zejména včas nasazené, hojí slizniční léze, uzavírají píštěle, prodlužují čas do doby, než je potřebný nebo nutný chirurgický zákrok, a snižují potřebu hospitalizací.

Pro diagnózu aktivního ISZ jsou za podstatné pokládány endoskopicky prokazatelné změny potvrzené histologickým vyšetřením. Především rozvoji těžšího slizničního poškození a následné poruchy funkce lze včasným nasazením léčby.

Komplikace a extraintestinální manifestace

V průběhu CN a UC se mohou vyskytnout jak extraintestinální manifestace, tak komplikace. Komplikace je definována jako přidružení se další nemocí ke stávající, jejíž průběh se tím zhoršuje. Extraintestinální manifestace jsou projevy střevního onemocnění v orgánech mimo gastrointestinální trakt. Dělení ovšem nebývá tak přísné a v literatuře se obě skupiny překrývají. Komplikace jsou klasifikovány jako akutní a chronické. K akutním je zpravidla přiřazováno zejména krvácení, absces, obstrukce, někdy s následným ileem, perforace kdekoli v trávicím traktu, toxické megakolon a metabolické komplikace. Komplikace chronické zahrnují např. absces, píštěl,

GASTROENTEROLOGIE I

strikturu, anemii, osteoporózu, komplikace renální, metabolické, plicní a zhoubnou přeměnu. Zvláštní skupinou jsou komplikace lékové, které mohou vzniknout při podávání antiidiarok, salazosulfapyridinu, mesalazinu, metotrexátu, kortikosteroidů, azathioprinu nebo 6-merkaptopurinu, cyklosporinu i anti-TNF α . Akutní krvácení je, kromě toxického megakolon, nejdramatičtější událostí. Krvácení a následná dehydratace a elektrolytová dysbalance mohou vyústit do renální insuficience, nefrolitiázy či srdečních arytmií. Základem léčby je rychlá náhrada tekutin, elektrolytů a krevních derivátů.

Při neúspěšné konzervativní léčbě píštěle a nemožné léčbě chirurgické přichází v úvahu úplná parenterální výživa kombinovaná s antibiotiky. Podává se též dlouhodobě metronidazol, imunosupresiva, anti-TNF α . Účinný v léčbě píštělí je jak infliximab, tak adalimumab, který je možno podávat i při intoleranci k infliximabu. Pokud je obvyklé podávání adalimumabu jednou za dva týdny bez většího účinku, je možno zkrátit interval mezi aplikacemi na jeden týden. Často je nezbytné chirurgické řešení píštěle, důležité je vyřazení postižené oblasti traktu, nejlépe resekci. Pomáhá dočasné odklonění toku

stolice stomií. V léčbě abscesu je prvním krokem jeho drenáž pod kontrolou ultrasonografickou nebo CT, která odstraní bolest a pomáhá v likvidaci infekce. Zhoubná přeměna v kolorektální karcinom se vyskytuje častěji než v obecné populaci, ale v našich krajích je zvýšení incidence jen o málo větší než v obecné populaci. Vyšší riziko je při dlouhotrvající ulcerózní pankolitidě. Při CN je maligní potenciál spojen s postižením tračníku.

Úspěchem udržení remise a prevence komplikací

V oblasti střevního zánětu pozorujeme hyperaktivitu slizničních

CD4+ T lymfocytů, dochází ke zvýšené tvorbě cytokinů, zejména TNF α , který působí prozánětlivě a zasahuje do buněčné proliferace, buněčné diferenciace, lipidového metabolismu, koagulace a výrazně snižuje apoptózu CD4+ T lymfocytů. Rozhodujícím lékem jsou nyní anti-TNF α . Zasahují do zánětlivé kaskády a jsou nesmírně účinné. Indikacemi jejich podání jsou pacienti s ISZ neodpovídající na léčbu kortikosteroidy a imunosupresivy, s intolerancí na léčbu kortikosteroidy a imunosupresivy, fistulizující formou CN, extraintestinálními manifestacemi a agresivní formou nemoci. Léč-

ba pomocí anti-TNF α vede ke slizničnímu hojení, uzavření píštělí, snížení nutnosti hospitalizace a chirurgických zákroků, indukci a udržení remise, zlepšení kvality života.

Pro léčbu ISZ jsou užívány, jak již bylo zmíněno výše, dvě látky: infliximab a adalimumab. Léčbu anti-TNF α není vhodné ukončit u pacientů, kteří jsou při ní ve stabilní remisi a dobře ji tolerují. Současné terapeutické prostředky zatím bohužel nedokáží nemoc vyléčit. Došlo však k výraznému pokroku – terapie slouží k udržení remise a prevenci komplikací.

MUDr. Karel Lukáš, CSc.

4. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha.

Peptický vřed

Jedinou racionální terapií vředové choroby zůstává eradikace *Helicobacteru pylori*. Vedle nových inhibitorů protonové pumpy jsou ve vývoji i další léky.

Vřed v žaludku, ve dvanáctníku, ale i jinde v trávicí trubici je slizniční defekt (minus ve sliznici), který proniká pod slizniční svalovou vrstvu, případně i hlouběji (penetrace), v krajním případě prodrává celou stěnu orgánu (perforace). Mělič léze zasahující jen do sliznice se nazývají eroze. Vyskytují se v trávicí trubici všude tam, kde je přítomna volná kyselina chlorovodíková (HCl).

Dnešní pohled na patogenezi vředu

Jedinou nezbytnou podmínkou pro vznik peptického vředu je přítomnost HCl v žaludečním sekretu. Žaludeční sliznici chrání před autodigestí (samonatravením) řada faktorů. Obranné mechanismy jsou stimulovány a řízeny endogenními prostaglandiny. Při útlumu sekrece prostaglandinů dochází k oslabení až zhroucení celé komplexní obranné bariéry. Hlavním agresivním činitelem je peptický aktivní žaludeční sekret. Helicobakterová gastritida nebo útlum sekrece endogenních prostaglandinů (nesteroidní antirevmatika) významně oslabují protektivní schopnosti sliznice, která pak mnohem snadněji podlehně působení peptický aktivního sekretu.

Klasifikace peptických vředů

Peptický vřed není jednotné onemocnění, a může tedy mít různě

příčiny. V nedávné minulosti byla nejčastější příčinou peptických vředů helicobakterová infekce, která významně narušuje protektivní mechanismy. Pro tyto vředy se užívá tradiční název vředová choroba gastroduodenální (dle lokalizace).

Dnes je u nás nečastější příčinou vředů působení nesteroidních antiflekistik (antirevmatik). Používá se termín gastropatie z nesteroidních antirevmatik (NSAR). Důsledkem útlumu tvorby enzymu proglanin cyklooxygenázy je porucha všech ochranných mechanismů. Ostatní příčiny se na vzniku vředů podílejí jen málo významně, jde o sekundární vředy (endokrinní, stresové či stařecké a další).

Současné diagnostické možnosti

V klinickém obrazu je dominantním příznakem epigastrická bolest. Potvrzení diagnózy poskytuje endoskopické vyšetření (gastroduodenoskopie). U každého zjištěného žaludečního vředu je nezbytné provést při endoskopii také odběr vzorků sliznice na mikroskopické vyšetření (biopsie). K průkazu helicobakterové infekce (Hp) je k dispozici řada zkoušek (dechový test, vyšetření Hp antigenu ve stolici, rychlý ureázový test, mikroskopické vyšetření při kontrolní endoskopii). K průkazu gastropatie z NSAR je nezbytná pečlivá léková anamnéza.

Sekvenční a záchranná léčba

Při terapii vředové choroby se obvykle podává kombinace dvou antibiotik a inhibitoru protonové pumpy (PPI). Nejčastěji se volí amoxicilin + klarithromycin + PPI. Všechny sekvenční inhibitory jsou přibližně stejně účinné. Léčba trvá 7–14 dní. Pro úspěch eradikační léčby je rozhodující dodržení terapeutického programu. U 10–20% nemocných tato léčba nemusí být plně úspěšná (rezistence některých kmenů Hp, nedodržení léčebného režimu).

V posledních letech se ukazuje, že výsledky eradikace lze zlepšit tzv. sekvenční léčbou. Zpočátku se aplikuje PPI společně s amoxicilinem po dobu 3–5 dní, pak se v léčbě pokračuje dvojicí jiných antibiotik dalších 3–5 dní. Ukazuje se, že tento postup významně zvyšuje úspěšnost eradikace.

Po selhání eradikace nastupuje záchranná léčba (*rescue therapy*), která

spočívá v podání PPI + amoxicilin + jiného antibiotika než v původní kombinaci (nejspíše levofloxacin). Úspěšnost eradikace je vhodné ověřit provedením některých testů na přítomnost Hp. Léčba sekundárních vředů, které nemají helicobakterový původ, spočívá v účinném útlumu žaludeční sekrece. Týká se to i tzv. rezistentních vředů. U nehojících se vředů je třeba revidovat správnost diagnózy, poměrně častou chybou je nedostatečná léková anamnéza.

Přibývají zkušenosti s dlouhodobou léčbou PPI

Stále je třeba sledovat i nežádoucí účinky terapie. Jsou to zejména nemocní dlouhodobě užívající nesteroidní antirevmatika, u nichž se ukazuje, že i při velmi dobré subjektivní snášenlivosti těchto léků lze zaznamenat vyšší výskyt kostních fraktur, zejména krčku stehenní kosti a páteře. Vzhledem

k prokazatelně vyššímu riziku osteoporózy by u těchto nemocných měla být pravidelně kontrolována kostní denzita.

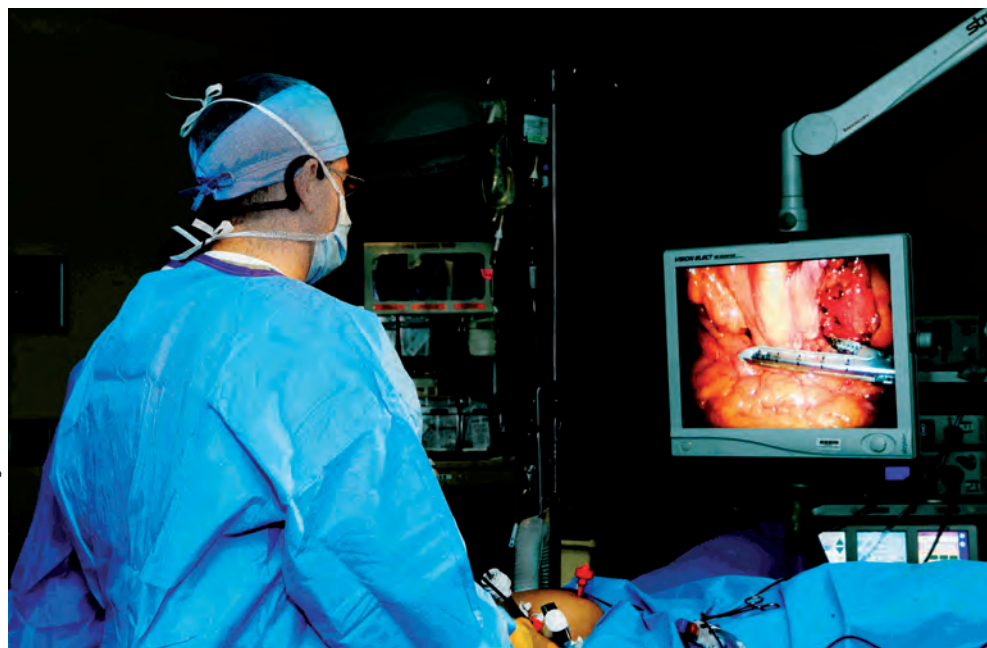
U nemocných dlouhodobě léčených PPI lze pozorovat rovněž vyšší výskyt nozokomiálních infekcí (zejména *Clostridium difficile*). Rizika nežádoucích účinků jsou o to větší, že PPI se stávají volně dostupnými léky.

Nejbližší perspektivy

V zahraničí jsou již k dispozici další PPI (esomeprazol, dexlansoprazol a tenatoprazol) a v různých stadiích zkoušení se nacházejí také kalium-kompetitivní blokátory sekrece (*potassium-competitive acid blockers*, P-CAB). Irsogladin maleát zvyšuje tvorbu intracelulární cAMP a tím zvyšuje protektivní působení na žaludeční sliznici po eradikaci *H. pylori* u žaludečních vředů.

doc. MUDr. Václav Jirásek, CSc.

4. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha



Ilustrační foto: midsouthsurgeons.com

Na zázračnou pilulku **nečekám**

Roztroušenou sklerózu **Bc. Věře Suché** diagnostikovali v 18 letech. Přesto nebo právě proto začala brzy poté studovat obor ošetrovatelství. S diagnózou RS se setkává na neurologickém oddělení v Oblastní nemocnici Kolín, kde pracuje jako sestra. Je předsedkyní kutnohorské regionální organizace Unie Roska. Jako fyzioterapeutka dokázala „zvednout“ několik lidí z invalidního vozíku. Nyní zakládá rehabilitační centrum pro pacienty s RS. Nejen pro tyto aktivity jí byl v loňském roce udělen titul „Žena regionu“.

Jste předsedkyní Unie Roska v Kutné Hoře, která sdružuje lidi s roztroušenou sklerózou. Co je náplní vaší práce?

Rosku jsem zde zakládala v roce 2000, protože ve Středočeském kraji žádná obdobná organizace do té doby neexistovala. Pacientů bylo hodně, nikde se nesdružovali, výjimkou byla pouze Praha. Chtěla jsem pacientům pomoci s rehabilitací, lépe je o nemoci informovat, vzdělávat je. Roska navíc poskytuje domácí péči imobilním klientům. Sdružuje i rodinné příslušníky a sympatičtější, kteří chtějí pomáhat. Pořádá také rekondiční a rehabilitační pobyty, protože rehabilitace je zapotřebí. Samotná medikamentózní léčba nestačí.

Jak velkou část z celkového objemu léčby tvoří farmaka a kolik doplňující léčba?

Farmakoterapie zabírá asi dvě třetiny léčby. Preparáty, které se dnes používají, jsou zaměřeny na úlevu od potíží, prevenci relapsů (atak, akutních zhoršení) a zpomalení progresu onemocnění, aby byla zachována kvalita života. Léčba roztroušené sklerózy znamená v posledních deseti letech velký pokrok. Jako léky první volby se užívají interferony, které mají za úkol potlačovat aktivitu onemocnění. Je to nákladná léčba, a jsou pro ni proto stanovena indikační kritéria. Léky pak musí schválit pojišťovna.

Součástí terapie je nezbytně nutná rehabilitace. Při škole jsem dělala rehabilitační výzkum s kamarádem, který je řadu let na vozíku, nyní mu přestávají fungovat i ruce. Bohužel neužívá léky první volby, pouze kortikoidy. Předmětem mého výzkumu bylo, zda by byl za těchto podmínek intenzivní rehabilitace ještě schopena chůze o berlích. Zkoušela jsem s ním různé formy cvičení a jeho stav se v časovém horizontu mého výzkumu zlepšil. Došli jsme k závěru, že by dokázal chodit o berlích, ale musel by se rehabilitaci plně věnovat. Nemohl by dělat nic jiného, ale on podniká, musí živit rodinu. Kdy-



Sama jsem nemocná 18 let a vím, že když budu jen čekat na zázračnou pilulku, tak se nedočkám. | Foto: Leoš Chodura

by byl finančně zajištěný a mohl cvičit třeba 4 hodiny denně, jsem přesvědčená o tom, že by mohl chodit o berlích a jeho stav by byl lepší.

Máte pocit, že je u nás hodně pacientů s RS, kteří nemají dostatečný přístup k rehabilitaci, a proto je jejich stav horší, než by při odpovídající péči mohl být?

Určitě ano, jedním z příkladů jsem i já sama. Pacient, kterého na neurologii nově diagnostikujeme, má spoustu otázek, není dostatečně edukovaný. Zdravotníci v tu chvíli nemají dostatek prostoru, aby zodpověděli všechny dotazy, které navíc pacienta často napadají až zpětně, po propuštění do domácí péče. V nemocnici většinou dostane brožuru o RS, ze které se ovšem všechno nedozví. Pak přichází fáze oslovování pacientů se stejnou diagnózou či hledání na internetu, kde ale informace nejsou vždy validní. Z následného tápání a nedostatku odpovědí se zhoršuje pacientova psychika, která přitom

vedle rehabilitace hraje velmi důležitou roli.

Když teď na neurologii vidím nově diagnostikovaného pacienta, snažím se, pokud je to možné, nabídnout leták o Rosce a vizitku. Stává se mi poměrně často, že mi pak napíše e-mail nebo si s ním dávám schůzku. Je potřeba pacienta vzdělat a ukázat mu další možnosti. Hlavně proto, že spousta si jich myslí, že s diagnózou RS jejich život končí. Pacient s RS by měl být již při sdělení diagnózy poučen nejen o podstatě nemoci a medikamentózních léčebných možnostech, ale měl by být již v této době stimulován k pohybovým aktivitám a k péči o svou fyzickou kondici.

Zlepšil se podle vás v poslední době v nemocnicích způsob sdělování diagnózy?

Myslím a pevně doufám, že ano. Z pohledu sestry, která s pacientem řeší jeho situaci, se situace zlepšila. U lékařů bych to nerada hodnotila, nejsem k tomu kompetentní; v každé nemocnici a na každém oddělení je to ji-

né. Ale moc bych si přála, aby tomu tak bylo.

Na neurologii v kolínské nemocnici jste nastoupila již s diagnózou RS. Jsou díky vašemu onemocnění kolegové k pacientům citlivější?

K pacientům? Asi ano. Když jsem začala uvažovat o práci v nemocnici, moje první myšlenka byla „hlavně ne na neurologii“. Nakonec jsem tam stejně skončila a pracuji zde už 12 let. Začínala jsem na chirurgii, pak jsem jezdila se záchrankou, ale přece jen mě to unavovalo, bylo to náročné psychicky i fyzicky. K neurologii mě to vlastně vždycky táhlo, ale tenkrát jsem měla blok a bála se, že řeknou: „To je ona.“ Vrchní sestra, která mě tenkrát přijímala, si mě vybavovala a já se bála, jak bude reagovat, až zjistí, odkud mě zná. Ale její reakce byla úžasná, a tak už jsem tam zůstala.

Jak je to v dnešní době se ženami, které chtějí mít navzdory diagnóze RS děti?

Myslím si, že se situace výrazně změnila. Pokud navštěvují specializované RS centrum a nechodí pouze k obvodnímu neurologovi, bývá ženě po konzultaci s lékařem těhotenství povoleno. Je to samozřejmě hlavně na její riziko, nikdy neřeknou, že jí to zakazují. V určitém časovém období pacientku sledují a poté jí buď spíše doporučí, nebo nedoporučí, aby otěhotněla. Já osobně jsem například byla rozhodnutá si děti pořídit a samozřejmě jsem to s lékařem konzultovala, ale kdyby mi řekli ne, stejně bych je neposlechla...

Které hlavní důvody vedou k tomu, že lékaři odmítnou u žen s RS těhotenství?

Největším rizikem je kojení. Spouští se celý mechanismus laktace a tím pádem se zhoršuje zánět mozku a může se zhoršit i nemoc samotná. Nemusí to však přijít vždycky, je to individuální. Proto se doporučuje kojit maximálně dva tři měsíce nebo i kratší dobu. Pacientky jsou hned po porodu zaléčeny například imunoglobulinem, aby se předešlo vzniku ataky. Já kojila půl roku, a druhé dítě dokonce osm měsíců, protože jsem potřebovala na vlastní kůži zkusit, co se stane. Přestala jsem až ve chvíli, kdy jsem skutečně pociťovala zhoršení.

Jak se konkrétně projevuje ataka?

Ataka je definována jako objevení se neurologických příznaků, které trvají déle než 24 hodin, zpravidla několik dnů až týdnů. RS nemá specifické příznaky, které bychom nenalezli i při jiných chorobách. Protože může být zasažena kterákoliv oblast CNS, RS se může projevat značným množstvím příznaků, jež závisejí na oblasti mozku, která je postižena zánětem nebo ztrátou nervových funkcí.

Nejčastějšími příznaky v počátečních stádiích nemoci jsou zvláštní pocity v končetinách, jako je mravenčení, pocit necitlivosti, svědění nebo bolest, porucha chůze či rovnováhy jako například padání na zem nebo potíže při chůzi do schodů, dále ztráta zraku na jednom oku, dvojité vidění či slabost v jedné končetině. U mě to byla necitlivost pravé nohy, ruky. Když jsem onemocněla, nedokázala jsem si vyčistit zuby, zapnout si knoflík nebo zip, navléknout jehlu. Ale jde opět o individuální záležitost, někteří pacienti mohou mít problémy s očima, mikční potíže... Já například zakopávala, občas i spadla. Mozek sice ví, že má udělat

krok, ale noha ho neudělá, protože řetězec myelinových vláken je porušený.

Rehabilitace se odvíjí od stupně postižení?

Určitě. Ale také od toho, na co se pacient, respektive fyzioterapeut cítí. Někteří pacienti se necítí na nic. Fyzioterapeut pozná, co si s konkrétním pacientem může dovolit a co ne.

Tyto pacienty je asi těžké motivovat...

Znáám asi patnáct set pacientů s RS a s některými opravdu nejdě hnot. Často hledají důvody, proč nemohou cvičit. Na klientech, kteří s námi na pobytu jezdí, naopak vidím, že rehabilitace a psychoterapie jim hodně pomůže. Pomohla jsem rozchodit dva pacienty s RS, kteří byli do té doby odkázáni na invalidní vozík. Jeden klient chodí úplně bez berlí, druhý o berlích. Sice mi to vzalo kus života, ale taková práce stojí za to. Minulý rok se mi na rekondičním pobytu Rosky podařilo „zvednout“ z vozíku další paní, nicméně letos se už zase pohybuje pouze na vozíku, protože i když mě na pobytu poslouchala a cvičila, doma se bez každodenního rehabilitačního programu přestala snažit. Nemohu s ní být 24 hodin, a když za ní jdu cvičit jednou týdně, je to málo. Musí dlouhodobě zažít aktivní přístup k rehabilitaci a právě to bude umožňovat specializované centrum, které nyní připravujeme.

Ještě přímo iniciátorkou vzniku tohoto centra, které by mělo pacientům pomoci s rehabilitací a další následnou péčí. V jaké fázi se nyní projekt nachází?

Moje představa je, že centrum bude fungovat do tří let. Letos snad získám objekt, a když bude nejhůř, půjdu si půjčit a koupím ho sama. Pak přijde na řadu rekonstrukce, jejíž náklady odhaduji na 130 milionů korun.

Odkud budete čerpat potřebné prostředky?

S možným investorem zatím jednáme. Odhad na prodej dělám na své náklady. Náklady na koupi objektu odhaduji na 30 milionů korun. Potom zažádáme o peníze z evropských fondů na rekonstrukci a výstavbu. Zdrojem peněz by navíc mohl být také výzkum roztroušené sklerózy, genetika nebo farmakogenetika. Pokud se centrum podaří rozběhnout, může pak vzniknout další detašovaná pracoviště, podobně jako své „pobočky“ zřizuje třeba Alzheimer centrum.

Jak konkrétně bude rehabilitační centrum vypadat?

Půjde o lůžkové zařízení, kam budou ke krátkým i dlouhodobým pobytům umísťováni pacienti s RS nejen ze Středočeského kraje, ale z celé České republiky. Několik lůžek bude určeno pro pacienty s trvalým pobytem. Celkem by centrum mělo pojmout asi 80 pacientů s RS. Ozývali by se sami nebo na doporučení lékařů.

Co vše by mělo být náplní tohoto pracoviště?

Zahájit rehabilitaci již při stanovení diagnózy, tedy mnohdy dříve, než dojde ke klinickým projevům onemocnění. V tomto období by rehabilitace měla spočívat především ve vzdělávání a informovanosti nemocných o možnostech udržení zdraví, psychické i fyzické kondice a ovlivnění únavy. S postupem onemocnění má rehabilitace stále větší význam a důraz je kladen na rehabilitační intervence, tedy stimulaci ideální funkce, symptomatickou léčbu, usnadnění běžných denních aktivit, doporučování kompenzačních pomůcek, úpravu prostředí či strategie jak zabránit poranění a rozvoji komplikací. Zaměstnanci budou motivovat nemocné k aktivnímu zapojení do řešení jejich zdravotní situace i k sociálnímu začlenění.

Centrum bude samozřejmě nabízet několik lůžek chráněného bydlení, ale rozhodně to nebude rehabilitační zařízení pro imobilní pacienty. Několik takovýchto lůžek tam bude, ale centrum bude sloužit hlavně jako „prevence imobilizace“ pacientů s RS. Rehabilitaci bude poskytovat kvalifikovaný personál. Asi třicet sester a dalších zdravotnických profesionálů a jeden lékař na plný úvazek.

Máte od lékařů ze svého oboru odezvu? Cítí potřebu vzniku takových rehabilitačních center?

13x roztroušená skleróza

- Odhaduje se, že roztroušenou sklerózou (RS) v ČR trpí asi 19 tisíc osob.
- RS je u dospívajících jedním z nejběžnějších onemocnění centrálního nervového systému. Nemoc je diagnostikována ve věku 20 až 40 let, jen vzácně dříve než ve 12 a později než v 55 letech.
- Sklerózou se mívá jizvy – jsou to plaky či léze na mozkou a míše.
- Při RS je poškozován ochranný myelin pokrývající nervová vlákna v centrálním nervovém systému.
- Zánět a rozhodující ztráta myelinu způsobují přerušování nervové transmise a postihují mnohé funkce těla.
- Přesná příčina vzniku RS není známa, jsou však dostupné informace o jejím účinku na funkci imunitního systému, který může být eventuelní příčinou nemoci.
- RS není přímo dědičná, i když genetická náchylnost hraje roli v jejím vývoji.
- RS se vyskytuje více u žen než u mužů.
- Délku života RS významně neovlivňuje.
- Únava je běžným symptomem RS.
- RS je běžnější v zemích dále od rovníku.
- Horko může u mnoha lidí s RS způsobit dočasné zhoršení symptomů.
- Neexistuje žádný lék, který může RS vyléčit, řadu symptomů lze úspěšně zvládat a léčit, předpokladem je především včasná dostatečná léčba.

(Zdroj: unie Roska)

Lékaři z MS či RS center (tedy pracovišť zaměřených na diagnostiku a léčbu demyelinizačních onemocnění centrálního nervového systému, především roztroušené sklerózy mozkomíšní) mají na vznik podobných zařízení kladný názor. Částečně i praktičtí lékaři. Ale vcelku zas taková odezva není. Já spolupracuji hlavně s lékaři MS centra při Neurologické klinice 1. LF UK a VFN v Praze.

Ke světovému dni roztroušené sklerózy nyní v Kutné Hoře připravujete velkou společenskou

akci – KutnohoRSké rockování. Budete i z jeho výtěžku podporovat vznikající centrum?

Ano, zisk ze vstupného i další možný výtěžek půjde na rehabilitační centrum. Ale akce má především upozornit na problematiku roztroušené sklerózy. Na to, že chybí rehabilitační centrum, že péče o pacienty (a nemyslím tu léčebnou, ale rehabilitační a následnou část) je nedostatečná, respektive žádná. Během akce se také bude předávat cena unie Roska.

Petra Klusáková

Potřeba rehabilitačních zařízení je jednoznačná

„Více než polovina pacientů s RS má nějaký hendikep a potřebuje pravidelnou rehabilitaci,“ říká **MUDr. Dana Horáková, Ph.D.**, z Centra pro demyelinizační onemocnění při Neurologické klinice 1. LF UK a VFN Praha.

Paní Suchá iniciuje vznik rehabilitačního centra následné péče o pacienty s RS. Cítí potřebu vzniku takových zařízení, nebo je u nás následná rehabilitace pacientů s RS dostatečná?



zlepšily naše možnosti léčby časné fáze RS a řadu pacientů se nám našťastí daří dobře stabilizovat. Bohužel stále nemáme žádné léky, které by zvrátily průběh v pozdní, chronicko-progresivní fázi RS.

Zejména tady má zcela zásadní význam pravidelná rehabilitace a správně volené pomůcky, které mohou dramaticky zlepšit život pacienta. Při odhadovém počtu 17 až 19 tisíc pacientů v České republice můžeme předpokládat,

že více než polovina jich má nějaký hendikep a potřebuje pravidelnou rehabilitaci.

V čem všem je pro pacienty následná rehabilitace přínosná?

Roztroušená skleróza je onemocnění centrálního nervového systému, při kterém jsou často narušeny signály z mozku a míchy ke svalům a dalším periferním strukturám. Naše svaly ale potřebují pohyb a zátěž, jinak atrofuji a nejsou schopné vykonávat to, co mají. Obdobně i mozek neustále potřebuje signály z periferie

(zrakové, dotykové a další). Pokud jsou tyto cesty narušené, tělu to nedělá dobře. Právě zde má správně aplikovaná rehabilitace nezastupitelné místo, protože řadu těchto procesů může zpomalit, či dokonce zvrátit k lepšímu. Nejde přitom pouze o odborně vedené cvičení, ale péče by měla být komplexní, včetně správného výběru pomůcek, pracovního prostředí, úpravy bytu... Pacient s RS nepotřebuje politovat, potřebuje správné informace a pomoc při vytváření podmínek, které mu pomohou vyrovnat jeho hendikep.

Neurologové před časem řešili s pojišťovnami problém s úhradou Betaferonu. Změnila se nyní situace?

Betaferon patří do skupiny interferonů, tedy preparátů, které jsou registrovány jako léky první volby u časné formy RS. Dnes je již zcela jednoznačně prokázáno, že čím dříve s touto léčbou začneme, tím větší je šance, že lék bude účinko-

vat. Bohužel platí, že ne u všech mají tyto léky stejný efekt, po zahájení léčby je tedy nutné je pečlivě monitorovat, a pokud jsou patrné jasné známky selhání, pak nesmíme dlouho čekat, ale zkusit jiný lék. V sekundárně-progresivní fázi nemoci již tyto preparáty neúčinkují.

Obecně lze říci, že situace s úhradou těchto nákladných léků v posledních letech nebyla špatná, bohužel v současnosti se situace poněkud zhoršila a aktuálně je zde určité období nejistoty. Nevíme, zda do budoucna bude zajištěna úhrada všem novým pacientům, kteří budou léčbu potřebovat. Všichni pevně věříme, že převládá zdravý rozum a nezpochybnitelná vědecká, ale i ekonomická data. Ta prokazují, že i když jde o léčbu relativně velmi nákladnou, v konečném důsledku se výrazně vrátí celé společnosti, pokud se správně aplikuje na počátku nemoci.

(pek)

Veřejné zdraví a ministerstvo zdravotnictví

Reforma zdravotní péče a jeho financování je horký brambor, který si vlády přehazují od roku 1989. Nikdo se do toho nehrne, protože je to politicky lehce zneužitelné opozicí.

Vlády ČSSD neudělaly za 8 let vládnutí nic podstatného. Ze všech ministrů za vlády vedených ČSSD udělala nejvíc MUDr. Součková, která nařídila balení koblih a kopírování receptů. Jinak se jednalo jen o přilévání peněz do systému. Ministr Julínek skončil na poplatku 30 Kč a ODS prohrála volby. Zdá se, že ani ministr Heger s ničím, co by se dalo nazvat reformou, nepřichází. Všichni uznávají, že je nutná, ale nikdo ji nechce udělat. Zdravotnické odbory si představují reformu jako neustálé zvyšování jejich příjmů. Jsou ochotni v zájmu prosazení svých požadavků vyhrožovat těm, kteří je živí. Akce „Děkujeme, odcházíme“ nakonec vyústila v tragikomedii. Všichni zvítězili. Docent Heger zachránil obyvatelstvo před vyměněním a lékaři dostali peníze. Jejich akce skončila, když je k ukončení vyzvali MUDr. Rath a JUDr. Hašek...

Co je to vlastně zdraví?

Zdraví není majetkem ministra zdravotnictví, ale každého jednotlivce. Je nejcennějším soukromým majetkem, jaký máme. Je na každém z nás, jak s ním hospodaříme. Každý z nás má odpo-

větnost za sebe, případně za svoji rodinu a za to, co se děje kolem něho.

Máme dvě kategorie zdraví: individuální a veřejné (zdraví populace):

- Individuální zdraví je definováno jako stav úplné fyzické, duševní a sociální pohody, nikoli pouze nepřítomnost nemoci nebo zdravotního postižení. Je výsledkem vzájemného působení organismu a prostředí. Zdraví je nahlíženo jako zdroj každodenního života, nikoli jako životní cíl.

- Veřejné zdraví (zdraví populace) je zdravotní stav obyvatelstva a jeho skupin. Tento zdravotní stav je určen souhrnem přírodních, životních a pracovních podmínek a způsobem života.

Profesor Charles-Edward Amory Winslow z Yaleovy univerzity definuje veřejné zdraví takto: *Veřejné zdraví je věda a umění jak zabránit chorobám, prodloužit život a podpořit tělesné zdraví a efektivitu prostřednictvím úsilí organizované společnosti o sanitaci životního prostředí, o kontrolu nakažlivých infekcí a o poučení jednotlivců o principech osobní hygieny, o organizaci lékařských a zdravotnických služeb, která zajistí čas-*



MUDr. Jan Kulheim

nou diagnózu a preventivní terapii chorob, a o rozvíjení sociálních mechanismů, jež každému členu společnosti zajistí životní úroveň adekvátní pro udržení zdraví.

Vliv zdravotnických služeb na zdraví lidí se přeceňuje a naopak se nedoceňuje vliv

způsobu života a životního prostředí. Stav zdravotní soustavy je výslednicí tlaků a zájmů (přání) základních skupin. Tedy těch, které služby konzumují, které je poskytují, které je financují a které o nich rozhodují. Každá z těchto skupin má své přirozené zájmy, jež se promítají do zdravotní soustavy. Při rostoucí specializaci oborů je racionální rozumně koordinovat rostoucí počet nabízených služeb i rostoucí objem jejich potřeb.

Na co nejvíce umíráme

Hlavní příčiny smrti se v podstatě liší ve vyspělých a rozvojových zemích. Infekční a parazitické choroby jsou stále daleko nejdůležitější příčinou smrti v rozvojových zemích (zhruba 80 %). U nás se na eliminaci nebezpečných zoonóz (antropozoonóz) podílela zejména veterinární služba. V minulém

století se podařilo potlačit klasické zoonózy, tj. brucelózu, vzteklinu, anthrax, vzteklinu, tuberkulózu, tasemnice, trichinelu, trichofitózu. Snížil se výskyt většiny ostatních zoonóz a intoxikací z potravin. V dnešní době je sledován zdravotní stav zvířat od narození až po zpracování masa, vajec, mléka, medu apod. Veterinární služba je součástí péče o veřejné zdraví.

Ve vyspělejších zemích jsou to zejména kardiovaskulární onemocnění a jiné tzv. civilizační nemoci. Civilizační choroby je souhrnné označení pro nemoci, na jejichž vzniku se podílí neovlivnitelné faktory, jako je rodinná zátěž nebo pohlaví, a faktory ovlivnitelné, způsobené moderním životním stylem, jako je nadměrná konzumace vysoce kalorických potravin, nedostatek pohybu, nekvalitní spánek, stres, alkohol, kouření, ale také znečištěné životní prostředí. Tyto příčiny způsobují nahromadění volných radikálů, jež urychlují rozvoj mnoha nemocí.

Nejčastější civilizační choroby

Mezi nejčastější civilizační choroby počítáme cévní onemocnění (předčasná ateroskleróza, infarkt myokardu, cévní mozkové příhody, hypertenze), poruchy příjmu potravy (obezita, anorexie), diabetes mellitus a deprese. O civilizačních chorobách mluvíme proto, že se člověk není schopný rozumně přizpůsobit nadbytku vymožeností, které naše civilizace přináší. Moderní způsob života zapříčinil, že průměrná velkovýroba kaloricky bohatých potravin přináší nadbytek tučných a slaných jídel, převážně z živočišných zdrojů, a slazených potravin a nápojů. Technický rozvoj, počítače a vývoj dopravy způsobily významný úbytek fyzického pohybu.

Kanaadský ministr národního zdraví a zdravotní péče Marc Lalonde v roce 1974 poprvé prezentoval nový model determinant neinfekčních chorob, který se stal podnětem pro rozsáhlý vědecký výzkum vlivu celé škály různých determinant na zdraví lidí. Zdraví začalo být chápáno jako výsledek vztahů lidského organismu a řady sociálně-ekonomických, fyzikál-

ních, chemických i biologických faktorů životního a pracovního prostředí, ale také jako výsledek způsobu života jedinců i sociálních skupin. Lalondova zpráva se zároveň stala výzvou pro nové uchopení zdravotní politiky. Ta se musí oprostit od představy, že za výsledný zdravotní stav obyvatelstva může pouze rozvoj zdravotnických služeb, a musí zaměřit své úsilí o zlepšení zdraví lidí jednak směrem ke spolupráci různých resortů, jednak k zapojení občanů a posílení jejich vlastní kontroly nad podmínkami svého života. Výsledky zdravotní politiky pak závisí do značné míry na tom, do jaké míry se daří ovlivňovat zdraví populace také aktivitami mimo zdravotnický sektor.

Determinanty zdraví

Determinanty zdraví lze definovat jako osobní, společenské a ekonomické faktory a faktory životního prostředí, které jsou vzájemně se ovlivňujícími proměnnými a zároveň významně ovlivňují a určují zdravotní stav.

A. Mezi přímé determinanty, tedy takové, které mají bezprostřední vliv na zdravotní stav jedince, patří:

1. Zdravotnické služby a jejich kvalita – cca 10–15 % (rozvoj medicíny a lékařské techniky, zdravotní politika, dostupnost zdravotní péče, zdravotnický systém, úroveň zdravotnictví, organizace financování a řízení zdravotnictví).
2. Faktory životního prostředí – cca 15–20 % (např. ovzduší, půda, voda, klimatické podmínky, záření, hluk, chemické látky, fauna, flóra). Člověk je se svým okolím pořád v interakci. Na jedné straně je okolím ovlivňován, pozitivně či negativně, na straně druhé toto prostředí neustále pozemňuje, ať kladně nebo záporně. Člověk velmi aktivně zasahuje do prostředí s cílem adaptovat je pro své potřeby.
3. Genetické faktory – cca 10–20 % (vrozené vady, dispozice ke vzniku nemoci, úroveň intelektových schopností, rozdíly ve zdraví mužů a žen...). Vznik onemocnění velmi těsně souvisí s vlastnostmi organismu. I když existují onemocnění, jež se považují za výhradně geneticky podmíněná, naprostá většina nemocí vzniká jako důsledek ovlivnění organismu prostředím, ve kterém existuje. Vznik nemoci pak závisí na dědičných vlastnostech organismu a charakteru expozice organismu škodlivému agens. Potenciál přizpůsobivosti se vyvíjí, mění v průběhu života jedince.
4. Životní styl (udává se až 60% význam). Na zdraví člověka má vliv vhodné bydlení, strava (tj. dostatek čisté vody, zdravé potraviny s dostatečným množstvím vitamínů a jiných potřebných látek,





Ilustrační foto: mitchellcommunityhealthpartnership.org

výživa hraje důležitý vliv (38 %). Odhadem až 80 % KVCH, mozkových příhod, diabetu 2. typu a 40 % zhoubných nádorů může být sníženo, jestliže se podaří eliminovat rizikové faktory, tj. pokud bychom se po celý život stravovali podle zásad správné výživy, udrželi si zdravou hmotnost a dostatečně se pohybovali, omezili kouření apod. Celých 60 % všech nemocí je pak způsobeno sedmi rizikovými faktory, které se navzájem negativně ovlivňují a jež lze velmi dobře ovlivnit preventivními opatřeními. Jedná se nadávku a obezitu, kouření, nadměrný příjem alkoholu, nezdravé dietní návyky, vysoký cholesterol v krvi, vysoký krevní tlak a nedostatek pohybu.

B. Nepřímé determinanty nepůsobí přímo na organismus, přesto však mají vliv na zdravotní stav, zejména celé populace; patří sem například kulturní tradice a hierarchie hodnot, politicko-ekonomický systém, role jednotlivce a sociální prostředí.

Na prevenci nemocí vynakládáme v České republice pouhý zlomek celkových nákladů na zdravotní péči (cca 1-3 %). Většinu prostředků spolývá léčba nemocí a jejich komplikací. Hlavním cílem péče o zdraví není léčení nemocí, ale podpora fyzického, duševního a sociálního blahobytu. To, že

„aktivní tvorba zdraví“ funguje, ukazuje výkonnost vrcholových sportovců. Před 20 lety profesionální fotbalista nebo hokejista začínal cca ve dvaceti a končil ve třiceti letech. Dnes mnozí hrají na vrcholné úrovni do 40 let. V minulosti hrál 10 let, nyní 20 let...

Podpora zdraví

Klíčovými prvky podpory zdraví se staly: prevence, zdravotní výchova, veřejné zdravotnictví, veřejná politika zohledňující zdraví, komunitní aktivity a tvorba celkové příznivé prostředí. Na zdraví lidí má pozitivní nebo negativní vliv řada faktorů – sociálních, biologických a ekonomických. Cesta ke zdraví nevede pouze přes „přilévání“ peněz do zdravotních služeb, ale vyžaduje účast celé společnosti, všech odvětví a všech úrovní veřejné správy na zlepšení zdraví celé populace.

Závěr

1. Zásadní chybou řady doposud předkládaných koncepcí bylo, že ignorovaly důležitost „determinant zdraví“, tedy faktorů, které ovlivňují zdravotní stav. Systém zdravotnictví, který neklade důraz na zdraví prospěšný život-

ní styl, nemůže vést ke zlepšení zdravotního stavu obyvatelstva.

2. Vzhledem k tomu, že se na zdravotním stavu populace v největší míře podílí životní styl, je neúčinná jakákoli reforma, která není zaměřena na jeho pozitivní změnu.

3. Ukazuje se, že ani rozvinuté společnosti zatím nedokázaly vyvinout takovou soustavu zdravotnictví, která by se pružně adaptovala na potřeby společnosti a přitom by se vyvíjela v rámci hospodárných proporcí. Značný růst specializace, farmakologický a přístrojový pokrok znamenají velký vzrůst výdajů společnosti na zdravotnictví. Vzniká otázka, nakolik je tento růst objektivně potřebný pro zdraví obyvatelstva a nakolik je vynucen předimenzovaností zdravotnické soustavy.

4. Samotná medicína je disciplinou jdoucí proti přírodnímu výběru; je umožňován život jedincům, kteří by za čistě přírodních podmínek neměli šanci přežít a předat svoji genetickou informaci dále. Je to projevem lidství, ale společnost bude muset řešit negativní důsledky.

5. Ministerstvo zdravotnictví by mělo být přejmenováno na ministerstvo pro léčení nemocných.

bez nadbytku tuků, solí i sacharidů), pracovní a životní prostředí, dodržování osobní a pracovní hygieny, partnerské a mezilidské vztahy a celkový způsob života. Míra odolnosti organismu je tedy určena poměrem mezi genetickou predispozicí a životním stylem. Jestliže životní styl neodpovídá biologickým dispozicím

člověka, dochází k poškození jeho organismu.

Literatura uvádí, že 80–90 % všech nádorů se rozvíjí vlivem zevních faktorů. Vznik asi 35–40 % nádorů souvisí se způsobem naší výživy. Rozvoji většiny nádorů se proto můžeme ubránit, je však nutné, abychom věděli, co podporuje jejich vznik a co mu naopak zabráňuje. Onemocnění s dominancí výživy (41 %). Onemocnění, kde

Inzerce A111009295



1 den pro sestru
edukační projekt Mladá fronta a. s.

Sestra jako specialista
v geriatрии

23. 5. 2011 Praha
Více na www.medical-services.cz

konference



**Přijďte se
seznámit
s novými
poznatky
v oboru.**



Registrační poplatek: 400 Kč – platba předem; 500 Kč – platba na místě

 **MEDICAL SERVICES**

Sestra  **ZDRAVOTNICKÉ NOVINY** 

Credit PLUS
Akce bude
ohodnocena 4 kredity

Mladá fronta a. s. Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany, tel. 225 276 434, e-mail: konferenceMS@mf.cz

 **MLADÁ FRONTA**

Z dějin porodnictví VI

Významné porodní báby

V minulém pokračování jsme představili středověké lékařské školy a knihy. Dnešní díl seriálu se věnuje především anatomii, která je spolu s pitvami pro porodnictví velmi důležitým oborem.

Vycházíme-li za znalostí tehdejších evropských poměrů, kdy ženy neměly ve společnosti rovnocenné postavení, pak i v těchto podmínkách se mezi nimi objevily takové, které si získaly slávu, věhlas a uznání tehdejších odborníků. Nutno ale říci, že v Českých zemích tomu tak bohužel nebylo.

Na francouzském královském dvoře

Jednou z nejvýznamnějších porodních bab byla patrně Francouzka Louise Bourgeois Boursier (1563–1636) narozená v Paříži. O babcitví se začala zajímat až poté, co sama porodila. Byla proškolená a vzdělávána svým manželem, ranhojičem a chirurgem. Studovala spisy Ambroise Parého, účastnila se i pitev a díky tomu získala představu o anatomii ženských pohlavních orgánů. Po pětileté praxi mezi pařížskou chudinou získala licenci.

Chodila nejen k porodům, ale vzdělávala také řadu dalších porodních bab. Měla obrovské znalosti a zkušenosti. Zнала například problematiku výhřezu pupečníku, porodu obličejovou polohou nebo vrozeného zúžení páne. Později působila více než čtvrt století na dvoře francouzského krále. Přivedla na svět všechny děti Marie Medicejské (1575–1642), francouzské královny, dcery velkovévody toskánského, od roku 1600 druhé manželky Jindřicha IV. Navarrského.

Madam Boursier se stala velmi vyhledávanou mezi pařížskou, ale i francouzskou aristokracií, pokles její slávy způsobilo až úmrtí princezny Marie de Bourbon-Montpensier na horečku omladnic v roce 1627. Je autorkou mnoha děl, mezi nejvýznamnější patří díky tomu, že jde o první učebnici pro porodní báby, kterou sepsala žena, „Observations diverses sur la stérilité, perte de fruit, foecundité, accouchements et maladies des femmes et enfants naiz etc.“ (Různá pozorování o neplodnosti, ztrátě plodu, plodnosti, porodech a nemocech žen a dětí). Druhé vydání této knihy z roku 1617 obsahovalo navíc dvě stati, a to „Zvláštní

kapitola o porodech a křtění dětí Francie pod králem Jindřichem IV. velmi slavné pověsti“ a „Pokyny mé dceři“. V roce 1625 vychází v Paříži „Récit véritable de la naissance de monseigneurs et dames, les enfants de France (Pravdivá zpráva o narození pánů a dam, dětí Francie) a v roce 1635 „Recueil des secrets etc. auquel sont contenues ses plus rares expériences“ (Sbírka tajemství, kde jsou obsaženy nejvýznamnější zkušenosti). Tato kniha se stala hojně překládanou do německého i holandského jazyka a citována byla také mnoha anglickými autory. V pozdějším věku madam Boursier přestala publikovat odborné věci a věnovala se především psaní svých pamětí.

Jinou Francouzku byla vrchní porodní bába Marguerite du Tertre (1638–1706), která se věnovala vzdělávání porodních bab na porodnickém oddělení ve špitále Hôtel Dieu v 70. letech 17. stol. Od roku 1677 pravidelně organizovala tříměsíční školící kurzy. Její spis „Instruction familier et très facile, faite par questions et réponses touchant les choses principales qu' une sagefemme doit savoir“ (Rodinné pokyny velmi snadné, prováděné otázkami a odpověďmi, týkající se všech základních věcí, které by porodní bába měla znát) schválila také místní lékařská fakulta. Madam du Tertre popisuje své zkušenosti s včestným lůžkem, vnitřním obratem na jednu nožku a věnuje se i problematice správného kojení.

Proti předsudkům i administrativě

Do britské a později i americké historie se nesmazatelně zapsala jiná žena, Anna Hutchinsonová (1590–1643), neteř anglického básníka a dramatika Johna Drydena. V roce 1634 přišla se svým mužem do Bostonu, kde začala působit jako porodní bába. Kromě své činnosti se angažovala i v pořádání náboženských shromáždění, bojovala za práva a rovné postavení žen. Kvůli předsudkům spojeným s porodem vrozeně poškozeného plodu (*anencephalus*) musela opustit Boston a přestěhovala se na Rhode Island. Bohužel i tam se dostala do sporu s místní administrativou. V roce

1643 byla spolu se svými čtrnácti dětmi zabita při útoku Indiánů. Její socha stojí před budovou soudu v Bostonu a její jméno nese také místní řeka, Hutchinson River.

S Boží pomocí a šikovnou rukou

Pravděpodobně neznámější a nejslavnější německou porodní bábou byla Justine Ditrich Siegemundin, někdy také nazývaná Siegemund, (1636–1705). Narodila se v Rohnstoku v rodině faráře. Také ona si prožila osobní zkušenost s porodními bábami a patrně ji to vedlo k přípravě na toto povolání. Studovala anatomii i fyziologii ženských pohlavních orgánů především z Graafovy knihy „De mulierum organis inservientibus“ (1672). Dvanáct let působila mezi chudými rolníky a předávala své zkušenosti dalším porodním bábám. Stala se nejprve městskou porodní asistentkou v Liegnitzu, později vedoucí konzultantkou. Ochranou ruku nad ní držel tehdejší braniborský panovník, kurfiřt Fridrich III., který ji v roce 1688 jmenoval brandenburskou dvorní bábou. V roce 1701, kdy bylo pruské vévodství povýšeno na království a Fridrich se stal králem Fridrichem III., z ní pak učinil nejvyšší pruskou dvorní bábou (*hofwebe-mutter*).

Dílo, které Siegemundin sepsala, mělo formu jejího dialogu s žáky ní Christinou. Vydáno bylo v roce 1690 a nazývalo se „Die Chur-Brandenburgische Hof-Webe-Mutter. Das ist: Einbochsthöherer Unterricht, von schweeren und unrechtstebenden Geburten, in einem Gespräch vorgestellt“ (Pruská a brandenburská královská vyhláška nejvyšší dvorní porodní asistentky). Sklidila za něj i kritiku, nejen kvůli formě, ale proto, že bylo psáno v němčině a ne v latině. Přesto byla patrně první porodní bábou, která popsala abnormální rotaci plodu a dirupci (umělé protřžení) vaku blan k zástavě krvácení u včestného lůžka. Teprve o několik let později bylo její dílo dočteno a vydáno v několika dalších vydáních a také překladech. A protože v tomto období kromě Paříže neexistovala žádná škola pro porodní báby, stala se publikace významným pomocníkem každé po-



Louise Bourgeois Boursier



Justine Ditrich Siegemundin

rodní báby. Svůj názor vyjadřuje ve své knize mj. takto: „S Boží pomocí a požehnáním pohybovat šikovnou rukou, na tom je založena veškerá má činnost.“

Na knihu Justiny Siegemundin navázala Anna Elizabeth Horenburgin. Díky tomu, že její otec byl vojenským ranhojičem, získala jisté zkušenosti a po smrti svého manžela se stala tzv. přísežnou *webe-mutter* v Braunschweigu. V roce 1700 jí v Hannoveru vyšel spis nazvaný „Unterricht für Hebammen“ (Zpráva pro porodní báby).

Jiná Němka, Barbara Widenmannin, se věnovala nejen porodnické praxi či zmenšovacím operacím, ale zaměřila se také na kojení a jejich onemocnění. V roce 1738 publikovala v císařském městě Augšpurku svou učebnici, „Kurzen Anweisung christlicher Hebammen“ (Stručný popis křesťanských porodních asistentek), její druhé vydání vyšlo v roce 1751.

Propopulační opatření v Evropě a posílení pozice porodních bab

Po skončení třicetileté války (1618–1648), která fakticky zasáhla většinu zemí tehdejší Evropy, dochází k posílení absolutismu a určité politické centralizaci. Jednotlivé země si začaly uvědomovat, že došlo ke zničení a ekonomickému zdevastování značné části populace tímto dlouhotrvajícím válečným konfliktem a že je třeba zavést určitá propopulační opatření. Jedno z nich se týkalo medicíny, hygieny a také porodů.

Významné místo mezi evropskými vědci a vzdělanci tehdejší doby zaujímal Gottfried Wilhelm von Leibniz (1646–1716). Tento německý matematik, filozof a vědec patřil spolu s francouzským filozofem, matematikem a fyzikem Reném Descartesem (1596–1650) a nizozemským židovským filozofem Baruchem Spinozou (1632–1677) k nejvýznamnějším racionalistům 17. století. Výrazně přispěl k rozvoji fyziky a techniky, ale předznamenal i myšlenkové pochody, které se později projeví mj. v biologii

a medicíně. V roce 1680 vydal spis, ve kterém uvádí medicínské postupy, jež by měly přispět ke zlepšení chodu německého státu. V roce 1696 vychází Behrensova publikace, nazvaná „*Medicus legalis*“, která obsahuje rozsáhlé lékařské a hygienické pokyny a předpisy.

V medicíně se objevují trendy začít vzdělávat vedle lékařů rovněž porodní báby. Změny, které byly zahájeny v tehdejší Německu, se začaly rozbíhat i v jiných evropských zemích. Například v Čechách se podle královského výnosu z roku 1651, který se týkal tří pražských městských obvodů, měly vedle doktorů medicíny, lékárníků a chirurgů zkoušet také porodní báby.

V holandském Amsterdamu zase byly ke zkoušce z praktického porodnictví (rok 1700) stanoveny okruhy, které měly adeptky řádně zodpovědět, teprve pak dostaly povolení praktikovat. Musely například:

1. Vyjmenovat názvy různých částí dělohy.
 2. Vyjmenovat seznam znamenají pro stanovení těhotenství.
 3. Popsat rozlišení diagnózy mezi těhotenstvím a zánětů hroznovou (*mola hydatidosa*).
 4. Popsat známky započetí porodu.
 5. Určit a popsat přípravu před samotným porodem.
 6. Popsat a vysvětlit uložení rodičky během porodu.
 7. Popsat průběh normálního porodu.
 8. Vyjmenovat opatření nutná pro abnormální uložení plodu v děloze.
 9. Popsat a stanovit stadium porodu, kdy má bába poučit rodičku, aby začala tlačit.
 10. Vědět jak postupovat, pokud blány zůstanou zachovány, ale rodička silně krvácí.
 11. Vědět jak postupovat při porodu, kdy již blány praskly, ale porod nepostupuje.
- Babcitví tehdejší doby z hlediska finančního nestálo na okraji společnosti. V případech, kdy se porodní báby angažovaly například při porodech členů panovnických rodin

Z HISTORIE

nebo docházely k jiným významným aristokratům, byly tyto ženy placeny často lépe než například osobní lékaři panovníků. Jedna z nejbohatších porodních bab, španělská *partera* Anna Devalos, údajně brala u každého porodu od císaře Leopolda I. (1640–1705) 1000 zlatých a císařovna jí platila ještě dalších 450 zlatých. Přitom Leopoldův osobní lékař dostával „pouze“ 1000 zlatých.

Boj s pověrami

O pověrách, věštbách a nejrůznějších praktikách, které provázely porod a šestinedělí odedávna, jsem psal již ve druhé části. Běžnou praktikou bylo například předvídaní počtu dalších dětí, které se ženě narodí, podle množství uzlů na pupeční šňůře. Stejně tak jsem se zmínil o zhlídnutí, tzv. *imagination*. Pohled těhotné na osklivé zvíře nebo zmrzačeného člověka mohl vést k porodu zrůdy. Toto s sebou bohužel nepřinášela jen lidová slovesnost, ale mnohdy se na takových názorech podíleli i zcela seriózní vědci, a to ještě v polovině 18. století.

V 17. století se v některých částech světa věřilo tomu, že žena může otěhotnět a porodit, aniž by mě-

la s mužem sexuální styk. Jedním z typických případů byl rozsudek parlamentu v Grenoblu ze 13. února 1637, který ve svém prvním řízení na základě svědeckví předvolané řady svědků a také vyjádření lékařů a porodních bab rozhodl, že žena-vdova, o které se jednalo, byla patrně oplodněna organickými substancemi a větrem plouvajícími zárodky, které jí oplodnily. Rozsudek byl ovšem nakonec 13. června téhož roku prohlášen za falešný a následně zrušen.

Jinou velmi bizarní historkou, ve které se dokonce angažoval anglický král Jiří I., se řešil případ, kdy žena, analfabetka Marie Toftová, prodělala údajně zhlídnutí králíkem. Následně potratila, dlouhodobě krvácela a asi po sedmi měsících porodila králíka a pak ještě několik dalších v následujících dnech. Věc, která vzbudila pozornost nejen veřejnosti, ale i královského dvora, byla nakonec dvěma věhlasnými porodníky, Manninghamem a Douglasem, posouzena jako podvod. Hlavní podíl na něm byl prokázán jedné ze sousedek, která Marii Toftovou pro vidinu snadného zisku přemluvila, aby si do pochvy vkládala maličké novorozené králíčky, které jí dodáva-

la, a Marie pak dělala vše, aby to vypadalo, že je sama porodila. Osvícené 18. století s sebou přináší také snahu o výraznější boj s pověrami. To je ale velmi obtížné, protože v porodnictví ještě existovala „řada neznámých“, jež čekala na svá objasnění, a hranice mezi pověrou a náboženstvím byla někdy velmi neztělná. Pověry týkající se například určité stravy, která se ženám doporučovala, měla někdy své ratio a jindy zase vůbec ne. Během porodu se, podle spisu „Moschion“, měla jíst například husí vejce. Obdobně to bylo i se zvyky mužů, kteří čekali, až jejich žena porodí. Například na Korsice nebyly po porodu ošetřovány ženy-šestinedělky, ale muži, kteří na několik dní ulehli a odpočívali. Tento zvyk také platil stejně jak v evropském Španělsku, tak v jihoamerické Brazílii, na Karibských ostrovech nebo v dalekém Japonsku. Ve Francii bývalo zvykem, že když žena slehne k porodu, má být na svobodu vypuštěna z klece ptáček. Na africkém ostrově Madagaskar zase žena musela říci před svým porodem muži o své případné nevěře, jinak by zemřela. A pokud se tak skutečně stalo, bylo to přisouzeno tomu, že žena muži lhala.

MUDr. Luděk Fiala

Pojmenování porodních bab v Evropě

Ve většině jazyků se v lidových názvech pro babice, porodní báby a asistentky objevují výrazy, které nějak souvisejí s těhotenstvím, porodem nebo péčí o novorozence, případně také označují životní zkušenost, moudrost, důvěryhodnost a spoluúčast žen, které se porody zabývají:

- **Čechy** – žena položná, bába pupkořezná, babička, porodní bába, nověji porodní asistentka (asistere – účastnit se),
- **Anglie** – midwife (prostředek, spoluúčast),
- **Německo** – hebamme; starší německé a staroněmecké výrazy: amm, ammfrau, amme (kojná, chůva), webe-mutter (matka kladoucí do plátýnka), hevana, hebende ahnfrau (pramáti), bademomen, bademutter (matka zajišťující koupání novorozence), hebemutter, nabelmutter (nabel = pupek),

- **Dánsko** – jordmor (matka země),
- **Holandsko** – vroedmoeder, vroedvrouwe, vroedwyf (moudrá žena),
- **Francie** – sage-femme (moudrá, opatrná žena), matrone, sommère, bonne mère, accoucheuse (accoucher = slehnouti)
- **Bretaň** – mamdigues (matka domu),
- **Portugalsko** – comadre (spolu s matkou), madrona,
- **Španělsko** – partera (od výrazu partus = porod nebo pario = plodit, rodit; tedy ta, která provází porodem),
- **Itálie** – commare, comare, lebatrici (zvedající),
- **Řecko** – omphalotomon (bába pupkořezná; omphalos = pupek, tome = řez), iatrina (lékařka), maia
- **Polsko** – położna,
- **Rusko** – akušerka, povivalnaja babka, povitucha.

Inzerce A111007406

Knižní novinky

z edice Aeskulap



Léčba pooperační bolesti

2. aktualizované vydání

Kniha přináší doporučení pro léčbu pacientů rozdělená podle předpokládané intenzity pooperační bolesti a rovněž nezbytná základní teoretická východiska. Rozsáhlá stať je věnována organizaci léčby pooperační bolesti v tuzemských podmínkách. Text je koncipován jako možné návody řešení modelových situací s tím, že konkrétní postupy jsou na rozhodnutí ošetřujícího lékaře.

Autoři: Jiří Málek, Pavel Ševčík a kol.

Doporučená cena 360 Kč*



Bariatrická a metabolická chirurgie

Nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch

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

Autoři: Martin Fried a kol., Doporučená cena 500 Kč*



MEDICAL SERVICES

komplexní informační servis ve zdravotnictví

AESKULAP



*sleva 15 % na
knihy.cz



Z HISTORIE

Choroby Vincenta van Gogha

Vedle tvůrčích muk a nepochopení současníků sužovala geniálního malíře Vincenta van Gogha řada zdravotních problémů, které poznamenaly nejen jeho soukromý život, ale i tvorbu.

Mnohé informace o soukromém životě Vincenta van Gogha historici čerpají z jeho bohaté korespondence s o čtyři roky mladším bratrem Theodorem, který pracoval v předních evropských galeriích. Bratr Vincenta podporoval nejen finančně, ale i morálně.

Jakkoli se mohly zdát životy seriózního galeristy a bohémského malíře na hony vzdálené, oba bratry vázalo velmi pevné citové pouto. Vincent se ve věku 37 let v hluboké depresi střelil do hrudníku a na následky tohoto zranění 29. července 1890 zemřel. Theodor van Gogh zemřel náhle asi půl roku po bratrově tragické smrti. Mnozí současníci byli pevně přesvědčeni, že Theo Vincentovu smrt neunesl.

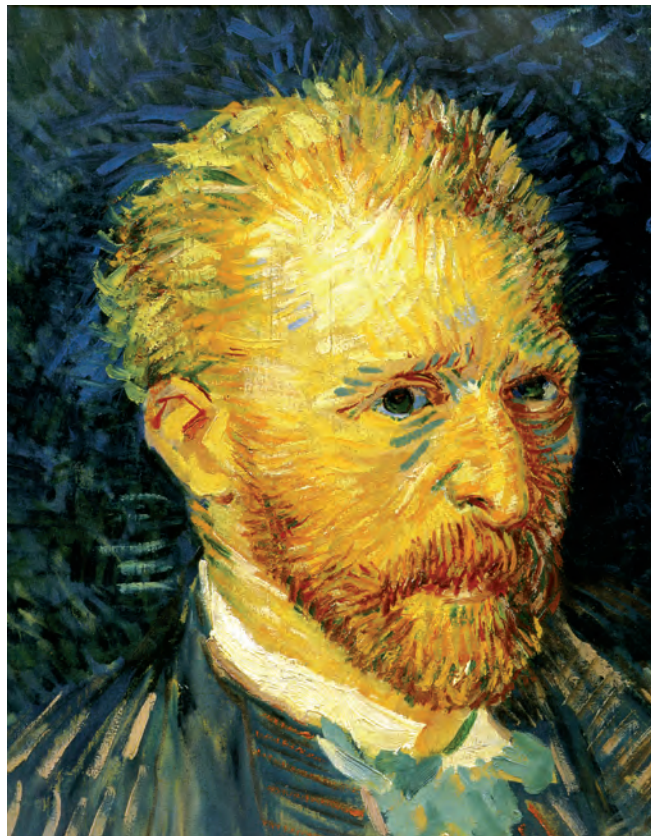
Absint, káva, tabák

Divoký životní styl Vincenta van Gogha se vzpíral všem zásadám zdravé životosprávy. Malíř byl vášnivý kuřák a sám nejednou přiznal, že jeho závislost na tabáku je opravdu silná. Dýmku měl v ústech dokonce i na smrtelné posteli. Další van Goghovu vášní byl alkohol a především absint obsahující thujon z pelyňku, který působí v nervovém systému jako antagonist receptorů pro kyselinu gama-aminomáselnou.

Stížnosti na špatné zažívání a časté nevolnosti souvisely zjevně aspoň zčásti s van Goghovými katastrofálními stravovacími návyky. Když tvořil, zapomínal na jídlo. Navíc se často celé dny zcela cíleně postil. V tomto ohledu je ale těžké určit, v čem můžeme spatřovat příčinu a co považovat za následky. Nevolnostmi sužovaný van Gogh se nejednou nedokázal najíst, i když se o to snažil. Silná káva, kterou pil stejně hojně jako alkohol, jeho zažívání určitě také neprosplávala. Lékaři vesměs hodnotili Vincenta van Gogha jako oběť soustavné podvýživy.

Pohlavní choroby

V dopisech bratru Theovi si Vincent stěžoval i na horečky, halucinace, noční můry, záchvaty celkové strnulosti a nespavost. Nevázaný život měl za následek nákazu pohlavními chorobami. Prokázána je van Goghova nákaza gonorrhoeou během pobytu v Haagu v raném období jeho



Autoportrét (1887)

tvůrčí dráhy. Pozdější nákaza syfilidou není jednoznačně prokázána, i když někteří lékaři a historici připisují část van Goghových zdravotních obtíží právě této chorobě. Po příjezdu do Arles v roce 1888, kde vytvořil jedno ze svých nejvýznamnějších pláten, si v jednom z dopisů bratrovi stěžoval na impotenci. Z následného dopisu malíři Émilovi Bernardovi lze usoudit, že tyto problémy byly u van Gogha trvalejšího rázu.

Otrava barvami

Milovníci van Goghových pláten, především těch z pozdějších fází jeho tvorby, jsou uneseni „pas-tózními tahy štětce“, kterými malíř nanášel tlusté vrstvy barev. Ve skutečnosti van Gogh někdy mačkal barvu na plátno přímo z tuby a nejednou používal prsty k dosažení žádoucího finálního efektu. Ruce měl neustále potřísněné barvami. Když mu to vadilo v práci, jednoduše čerstvou barvu z prstů olízl a zaschlou okousal. Přitom používal barvy, které obsahovaly širokou škálu toxických substancí. Podle některých léka-

řů van Gogha ohrožovalo především olovo.

Kolem Nového roku 1890 prodělal záchvat provázený silnými křečemi, který byl zřejmě vyvolán právě otravou z barev. Bratr Theo Vincenta v tomto období dokonce nabádal, aby na čas přerušil malování a věnoval se kresbě uhlím, s odůvodněním: „Všechny ty barvy jsou pro tebe nebezpečné.“ Otrava olovem by vysvětlovala i některé další van Goghovy zdravotní potíže, jako je nevolnost, bolesti břicha a impotence.

Chronický úpal

Během pobytu v jihofrancouzské Provence van Gogh trávil dlouhé dny malováním v plenéru. Neuchyloval se do stínu ani v poledním žáru letních dní. „A to nádherné letní slunce, jaké tu je!“ psal v jednom dopise z provensálského Arles bratrovi. „Bije ti do hlavy a nemám nejmenší pochyby, že dohání člověka k šílenství. Ale když jsem se tady do toho pustil, tak si to užívám.“ Podle některých lékařů byl následkem tohoto „užívání“ chronický úpal.

Bipolární porucha

Výstřední chování, jež vyvrcholilo tím, že si malíř uřízl ucho, zavdává podnět k úvahám o duševních chorobách, kterými van Gogh mohl trpět. Už od 40. let minulého století se těší popularitě teorie, podle které trpěl bipolární poruchou. Ta by vysvětlovala střídání období horečné tvorby, kdy umělec dokázal namalovat i několik obrazů za jeden den, s obdobími depresí a naprostého vyčerpání, kdy celé dny nevlazl štětec do ruky. Konzumace alkoholu a zvláště toxického absintu fáze depresí ještě prohlubovala.

Van Gogh je uváděn jako příklad na podporu populární teorie, podle které s sebou bipolární porucha nese určitou dispozici k umělecké tvorbě. K těm, kteří dokázali v manické fázi onemocnění tvořit a těžit při tom z desítek prožitků deprese, jsou řazeni například Ernest Hemingway, Robert Schumann, Edgar Allan Poe nebo Jackson Pollock.

Epilepsie a světelné halo

Vincent van Gogh přičítal své problémy epilepsii. Na stejné diagnóze se shodovali i dva van Goghovi lékaři – Felix Rey a Théophile Peyron. Ve 20. letech minulého století byla hojně uznávána teorie, podle které van Gogh trpěl epilepsií spánkového laloku. Tomu ale podle jiných odborníků neodpovídají některá prokazatelná fakta, například že od záchvatů malíři ulevovalo užívání bromidu. Ten potlačuje i projevy otravy absintem, jež van Goghovi zcela jistě rovněž hrozila. K léčbě epilepsie užíval rovněž digoxin a podle některých odborníků lze předpokládat, že nevládal správné dávkování léku. Projevům otravy di-



Slunečnice (1888)



goxinem je někdy přisuzováno světelné halo, podle kterého maloval kolem zdrojů světla. Velká záliba ve žluté barvě, patrná například ve slavných obrazech slunečnic, se někdy připisuje intoxikaci absintem, při níž bývá jedním z projevů žluté vidění.

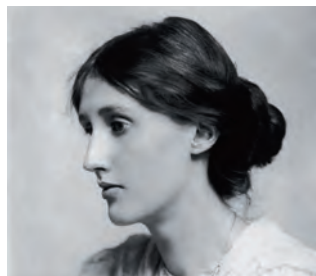
Akutní intermitentní porfyrie

Další chorobou, při níž pacient reaguje ústupem symptomů po podání bromidu, je akutní intermitentní porfyrie. Ve van Goghově případě mohly být příznaky této choroby ještě zesíleny podvýživou a nadměrnou konzumací absintu. Z lékařské literatury jsou známy případy pacientů s akutní intermitentní porfyrií, kteří byli sužováni podobnými příznaky, jaké se projevovaly u van Gogha, konkrétně křečemi, depresiemi a halucinacemi. Zdá se, že podobnými problémy trpěl i otec Vincenta van Gogha a mnohem mírnější projevy snad byly patrné i u Vincentova bratra Thea. Podstatně spořádanější životní styl Theodora van Gogha mohl přispět k tomu, že se u něj choroba nerozvinula tak jako u Vincenta. Mnozí odborníci však teorii o porfyrii odmítají s odvoláním na skutečnost, že se ve van Goghově korespondenci nenašla zmínka o změně barvy moči, která patří k typickým příznakům.

Vincent van Gogh ukončil svůj život sebevraždou. Sebedestruktivní tendence u něj byly patrné již mnohem dříve. Několikrát se pokusil otrávit vypitím terpentýnu používaného k ředění barev. Záchvat deprese, ve kterém si uřízl ucho, je sice některými lékaři vysvětlován jako neadekvátní reakce na urputný tinitus vyvolaný Ménièreovou chorobou, ale většina odborníků považuje tuto teorii za hodně přitaženou za vlasy. Doktor Paul Gachet, který o Vincenta pečoval během jeho pobytu v Provence, považoval van Goghovy problémy za „následek otravy terpentýnem a příliš intenzivního působení slunce na jeho nordický mozek“.

Kvíz: Slavní sebevrazi

Důvody pro odchod z tohoto světa mohou být různé. Ten, kdo na sebe vztáhne ruku, tak nemusí učinit úplně dobrovolně...



1. Nebyla z tohoto světa, říkali přátelé o spisovatelce a feministce Virginii Woolfové. Opustila ho 28. března 1941, v době, kdy u ní opět propukly hluboké deprese. Ve svém domě v Rodmellu napsala dojemný dopis na rozloučnou svému muži Leonardovi a...

a) usedla do oblíbeného houpačického křesla a spolykala prášky, které jí různí lékaři předepisovali proti nespavosti,
b) odeslala nakladateli nedokončený román s tím, že poslední kapitoly napíše pod rodmellskými útesy – z těch vzápětí skočila,
c) naplnila kapsy kameny a vkrácela do řeky Ouse.

2. Ruský hudební skladatel, autor symfonií, oper, klavírních koncertů a baletů Pjotr Iljič Čajkovskij zemřel v 53 letech a jako oficiální příčina jeho smrti se uvádí střevní onemocnění, snad tyfus nebo cholera, po vypití infikované vody. Neoficiální zpráva



však hovoří spíše ve prospěch sebevraždy otravou arzenem a nabízejí i motiv:

a) neschopnost splácet vysoké dluhy z hazardních her,
b) hluboká tvůrčí krize způsobená neopětovanou láskou k vdané šlechtice,
c) melancholie a deprese mající původ ve skrývané homosexualitě, jež byla tehdy v Rusku trestná; nedlouho před Čajkovského smrtí se provalil jeho poměr se synem jistého šlechtice, přítele cara Mikuláše II.

3. „Odcházíme oba blaženě neznámý druhý břeh. Vzpomeň občas na mne, buď šťastná a proveď se jenom z lásky. Já to udělat nemohu, a protože se také nemohu ubránit lásce, jdu s ním...“, napsala sedmnáctiletá baronesa Mary Vetserová své sestře Haně před tím, než 30. ledna 1889 stříla z revolveru v ruce korunního prince Rudolfa, syna rakouského císaře Františka Josefa I., ro-

zervala její krční tepnu. Druhým výstřelem poslal depresemi a bolestivou pohlavní chorobou sužovaný Rudolf na onen svět sám sebe. Tragédie se odehrála:

a) v Husarském chrámu v Mödlingu,
b) v loveckém zámečku Mayerling,
c) na zámku Laxenburg u Vídně.

4. Na život si sáhl v roce 399 před našim letopočtem i filozof, kterého obvinili, že nevěří ve stejné bohy jako ostatní, zavádí nové bohy a kazí mládež. Jako jeden z nejvýznamnějších myslitelů starověku se totiž přikláněl k názoru, že je jen jeden bůh, a za cosi božského považoval i vnitřní hlas svědomí. Vyrosováná porota 501 athénských občanů se většinou 280 hlasů vyslovila pro naplnění skutkové podstaty „bezbožnosti“, za což byl tenkrát jediný trest – smrt. Nezachránila jej ani plamenná obhajoba jeho žáků Platóna a Xenofóna. Byla mu sice nabídnuta možnost spásit se odchodem do vyhnanství, ale odmítl s tím, že takový krok by byl v rozporu s jeho občanskými postoji. Třicátý den po vynesení rozsudku smířené vypil pohár odvaru z jedovatého bohlehuva a zemřel. Kdo to byl?

a) Aristotelés
b) Plútarchos
c) Sókratés



5. Vynucenou sebevraždu spáchal také jeden z nejschopnějších a nejdůležitějších Hitlerových důstojníků, který se nešťastně a nepřímo zapletl do spiknutí, jež vyvrcholilo 20. července 1944 atentátem na vůdce. Ve snaze ochránit před trestním stíháním účastníka komplotu generála Dr. Hanse Speidela žádal osobní setkání s Hitlerem. Ten, povzbuzován ve svém podezírání tajemníkem NSDAP Martinem Bormannem, mu místo toho poslal své pobočníky, generálporučíka Wilhelma Burgdorfa a generálmajora Ernsta Maisela, kteří mu dali na výběr buď soudní řízení pro velezradu, nebo sebevraždu, jíž by procesu unikl. Aby zabránil negativním dopadům na svou rodinu v případě soudu, vybral si druhou možnost a 14. října 1944 prokousl poskytnutou kapsli s kyanidem. Jako oficiální příčina smrti byl uveden infarkt způsobený následky zranění ze 17. července 1944. Byl vypraven státní pohřeb, a to žehem, aby

Z HISTORIE

se německá vláda vyhnula případnému pozdějšímu obvinění z travičství. Jak se jmenoval tento polní maršál, proslavený jako velitel takzvané Divize duchů během tažení do Francie a dále v bojích o severní Afriku a považovaný za jednoho z nejlepších taktiků 2. světové války?

a) Erwin Rommel
b) Friedrich Paulus
c) Ferdinand Schörner

6. V typologii sebevražd se vyskytuje i zvláštní kategorie – sebevraždy cizí rukou, kdy sebevrah například drží v uzavřeném prostoru skupinu rukojmích, které ohrožuje střelnou zbraní, a při tom dbá na to, aby sám tvořil dobrý cíl pro zásah policejního ostřelovače... Nikdo už nezjistí, co se honilo hlavou českého krále-cizince Jana Lucemburského, když před osudovou bitvou, jíž se zúčastnil na straně francouzského krále Filipa VI. proti anglickému králi Eduardu III., pronesl k nemnoha českým spolubojovníkům toto šílené přání: „Jelikož jsem sám slepý, veďte mne tak daleko do bitevní vřavy, abych měl nepřítele na dosah meče.“ Bitva, v níž on i jeho druhové padli, se odehrála šestnáct dnů po králových padesátých narozeninách, 26. 8. 1346, mohlo tedy jít také o bilanční sebevraždu. Kde k bitvě došlo?

a) u Azincourtu
b) u Crécy-en-Ponthieu
c) u Lützenu

Ivana Staňková

Spisovatelé odpovědi: 1. c, 2. b, 3. c, 4. c, 5. a, 6. b

Osobnosti české medicíny vážně i nevážně

prof. MUDr. Jan Horbaczewski

(15. 5. 1854 Zarubnice u Tarnopolu – 24. 5. 1942 Praha)

Lékař ukrajinského původu. Od roku 1874 pracoval ve Vídni v ústavu pro patologickou a fyziologickou chemii, pak ve fyziologickém ústavu, po roce znovu v ústavu pro patologickou a fyziologickou chemii. Promoval ve Vídni v roce 1880, ihned po promoci se zde stal asistentem a seznámil se zde také s budoucím prezidentem Masarykem. Poté, co se v roce 1882 Karlo-Ferdinandova univerzita v Praze rozdělila na německou a českou část, byl ve věku 29 let roku 1883 pozván do Prahy, jmenován pro-

fesorem a pověřen vybudováním ústavu pro lučbu lékařskou v Kateřinské ulici, kde zahájil výuku lékařské chemie v češtině. Čtyřikrát byl zvolen děkanem pražské lékařské fakulty, v roce 1902/03 byl rektorem univerzity, v témž roce se stal dvorním radou, v roce 1910 doživotním členem Panské sněmovny ve Vídni a v roce 1917, na konci existence rakousko-uherské monarchie, byl dokonce ministrem zdravotnictví. V roce 1918 odstoupil a stal se profesorem Ukrajinské svobodné univerzity ve Vídni. V roce 1922 přechází s celou Ukrajinskou svobodnou univerzitou zpět do Prahy a pracuje v budově svého původního ústavu až do roku 1939.

Byl vynikajícím vědcem, ve svých 28 letech se proslavil tím, že jako první provedl laboratorní syntézu kyseliny močové, stále se zabýval především metabolismem dusíkatých látek. Jeho vědecká aktivita zasahovala do fyziologické chemie (tj. biochemie), farmakologie, toxikologie a soudní chemie, potravinářské chemie, a dokonce do biotechnologie. Ovlivnil ukrajinskou chemickou nomenklaturu. Dosáhl významných světových objevů. Napsal první českou učebnici „Chemie lékařská I-III“ (1904–1908). Patří k nejvýznamnějším představitelům první novodobé učitelské generace pražské lékařské fakulty. Vychoval řadu předních českých bioche-



miků – profesory Emanuela Formánka, Karla Černého, Antonína Hamsíka a Oktaviána Wagnera. Byl velmi náročným examinatorem. Řadu historek o něm zaznamenal již dr. Hlaváč-Alarich, z jehož archivu jsem převzal jednu na ukázkou.

Nedávejte zatky na stůl

Profesor Horbaczewski byl Ukrajinec a nikdy se nenačil dobře český, zvláště neuměl dobře vyslovovat dlouhé samohlásky a pronášel je zásadně krátce, s přízvukem na druhé slabice od konce.

Jednou přišel do chemických praktik a tu pozoroval, jak několik mediček provádí jednoduchou analýzu. Braly láhve s chemickými reagenty, odzátkovaly je, zátku položily na stůl (to profesor nesnášel, zátku má držet chemik vždycy v ruce) a analyzovaly. Rozkřikl se proto na studentky: „Slečný, kolikrát vám to mám říkat, abyste ty zatky nestrkaly na stůl. Především je to svinstvo a za druhé se stoly poleptají.“

Slečný se zatvářily uražené. To se ví, ony přece zatky na stůl nestrkaly, a kdyby ano, pak by to třeba bylo svinstvo, ale proč by proto měly být stoly poleptány?

MUDr. Svatopluk Kaš



Onkologie by měla být koncipována z pohledu pacienta

Marcela Svěráková
Foto: Leoš Chodura

„Možná nemůžu jezdit v takovém autě jako moji kolegové ze Západu, nemohu si dovolit oblékat stejné modely, ale můžu dělat stejně dobrou práci jako oni. A to považuji za fantastické,“ říká **doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc.**

Působí na Onkologické klinice 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze. Kromě péče o pacienty a výuky mediků se výrazně angažuje v oblasti preventivních aktivit a programů zaměřených na kvalitní edukaci onkologicky nemocných a jejich příbuzných. Je jednou z výrazných osobností medicíny, která se věnuje i osvětové činnosti.

Co vás vedlo k rozhodnutí dát se na medicínu?

Přivedl mě k ní zřejmě jakýsi „spasitelský“ komplex. Vždycky jsem měla představu, že bych měla v životě „něco“ významného učinit, stát se „svatou“, a zdálo se mi, že medicína je k tomu dobrá cesta. Ale na studiu medicíny jsem viděla ještě jiné přednosti. Především fakt, že i za socialismu to byl obor málo zatížený politikou. Myslím,

že řada studentů, kteří měli sklony studovat humanitní vědy, nakonec zvolila medicínu. To je za všech režimů nedeformovatelná disciplína a zároveň představuje určitou vnitřní svobodu, která je s touto profesí spojena.

Jak vzpomínáte na svá studia?

Promovala jsem v roce 1985 a měla samé jedničky. Řekla bych, že to asi byla známka nějaké „obsedantní neurózy“. Moje počínání snad ani žádné jiné racionemohlo mít. Rodiče mě za to kárali. Vysvětlovali mi, že pokud chce člověk něčeho v životě dosáhnout, musí se zaměřit určitým směrem, tomu se plně věnovat a ostatní věci nedělat tak naplno, protože se tím rozptyluje schopnosti. Za příklad mi dávali spolužáka mého tatínka, který měl na gymnáziu samé jedničky. Stal se učitelem v Děčíně, celý ži-

vot seděl na jedné židli až do důchodu a vlastně nic „pořádného“ nedokázal. To mě ale od samých jedniček neodradilo. K panu učiteli jsem pociťovala určitý obdiv, přestože jsem se s ním jako studentka nikdy nesetkala.

Usnadnil vám „červený diplom“ začátek profesní dráhy?

Za své studijní výsledky na medicíně jsem dokonce od tehdejšího ministra školství pana Vondrušky dostala pamětní vězu. Ale nijak zvlášť mi to vstup do praxe neusnadnilo. Moji rodiče se za mě skoro styděli a vůbec na ten ceremoniál nepřišli. A tak nějak se vyplnilo jejich varování.

Když před deseti lety umřel můj tatínek, jako nejstarší dcera jsem organizovala pohřeb a před kostelem vítala přicházející. Některé jsem znala, některé ne. Ke kostelu při-

cházel také takový úhledný dědeček a představil se mi se slovy: „Já jsem tatínkův spolužák, vy mě asi neznáte...“ A já si najednou uvědomila, že je to „ten“, o kterém jsem celý život poslouchala. Měla jsem velké nutkání toho člověka obejmout a říci mu: „Pane učitel, my jsem ti dva jedničkáři, kteří takhle dopadli, vy sedíte v Děčíně a já na poliklinice na Karláku.“ To jsem ale samozřejmě neřekla nahlas. Naopak jsem pana učitele přivítala a řekla mu, že o něm tatínek velmi často mluvil a že ho ráda poznávám. Ten oblouk se tak nějak sklenul a já nakonec „svůj vzor“ potkala. To už jsem ale věděla, že rodiče měli do určité míry pravdu, že jsem dopadla jako pan učitel. No, a když třeba tak trochu zehráám na studijní výsledky svých dětí, říkájí mi: „Mami, přece nechceš, abychom dopadly jako ty!“

Ale nakonec jste získala místo na prestižní klinice a věnujete se onkologii.

Moje cesta k onkologii byla trochu „klopotná“. Už při studiích jsem chodila jako pomocná vědecká síla na I. interní kliniku VFN. Zabývala jsem se hepatologií a chtěla tam po promoci pokračovat. Jenomže získat místo na klinice nebylo tak jednoduché. Nebyla to ani tak věc politická jako spíše genderová. Se mnou tam chodili tři moji spolužáci a ti místo na klinice dostali. Já musela nastoupit na interní oddělení nemocnice v Benešově, které vedl pan primář Havlík. Ráda na to vzpomínám, pracovala jsem tam krátce, ale hodně jsem se naučila. Byla to taková terénní medicína. A to také byla jediná doba, kdy se mnou byla spokojená i moje maminka, protože měla představu, že by se mělo začínat od píky. Pro mne ale bylo velmi komplikované dojíždění z Prahy.

Z benešovské nemocnice jste se pak přeci jen na vytouženou I. interní kliniku dostala.

K tomu mi možná tak trochu nakonec opravdu dopomohly studijní výsledky na medicíně, i když nepřímou. Měla jsem totiž za celý náš ročník přednést projev na promoci. Tenkrát to byl takový prefabrikovaný a dost otřesný text a já se ptala na příslušných místech, jestli bych ho mohla trochu pozměnit. Bylo mi řečeno, že ano, ale opravdu jen „trochu“. Tak jsem si text připravila a přečetla doma svému otci. Když uslyšel moji verzi projevu, téměř klečel na kolenou a zapřísahal mě, abych tam vrátila věty o straně a vládě. Kladl mi na srdce, že mám ještě dvě mladší sestry, které chtějí studovat, a kdybych udělala nějaký průšvih, mohlo by to pro ně mít nepříjemné důsledky. Řekl mi, že toto není to správné hrdinství. S tím jsem souhlasila a text měla připravený v původním znění. Jenomže pak jsem v tom stresu v Karolinu zpanikařila a přednesla projev podle své původní představy. Nemyslela jsem to nijak zle, ale už se stalo. Naštěstí si toho asi nikdo nevšiml, kromě pana profesora Dienstbiera. Ten za mnou po skončení ceremoniálu přišel a říkal mi, že jsem měla hezký projev, takový odvážný, a zeptal se, co chci po promoci dělat. Zmínil, že možná bude mít jedno volné místo, že se specializuje na léčbu Hodgkinovy choroby a prý kdyby mě to téma zajímalo, že bych u něj mohla pracovat. To pro mě byla velmi dobrá zpráva. Vždycky jsem chtěla dělat onkologii – považuji to za velký úkol. Takže když bylo místo volné, odešla jsem z Benešova a nastoupila

PŘEDSTAVUJEME

na I. interní kliniku VFN, kde jsem původně chtěla pracovat. Věnovala jsem se tam hematologii a absolvovala předatestační přípravu z interny.

Pak vaši profesní kariéru přerušilo mateřství. Jak moc náročný byl návrat zpět?

Na klinice jsem se seznámila se svým manželem. Postupně se nám narodily dvě starší děti a já si po mateřské dovolené řekla, že bude třeba, abych se v onkologii řádně vzdělala, a nastoupila jsem proto na nově vznikající onkologické oddělení Thomayerovy nemocnice v Krči, které vedla dnešní profesorka Jitka Abrahámová. Byla to „drsná“ škola, ale mě to od rozhodnutí stát se onkoložkou neodradilo. Připravila jsem se k atestaci z onkologie. Pak se mi ovšem naskytla příležitost pokračovat v hematologii, a tak jsem se vrátila na I. interní kliniku do VFN a připravila se i k atestaci z hematologie. Tu jsem stihla ještě před tím, než se mi narodilo třetí dítě a odešla jsem znovu na mateřskou dovolenou.

Když jsem pak uvažovala, co budu dělat po mateřské, uvědomila jsem si, že bych nechtěla od dítěte pospíchat do zaměstnání tak, jak jsem to musela udělat v prvních dvou případech. Atestace jsem měla hotové, a tak jsem chtěla nastoupit do práce na zkrácený úvazek. Na hematologii zkrácený úvazek nepřicházel v úvahu, tak jsem využila nabídku nastoupit na polikliniku na Jižním městě, kde bylo malé ambulantní onkologické centrum patřící pod ILF. Tam jsem postupně začala pracovat i na plný úvazek. U polikliniky byla dokonce školka, takže mám „čisté svědomí“, že jsme to s nejmladší dcerou docela dobře zvládly. Onkologické centrum ILF bylo po nějakém čase sloučeno s Onkologickou klinikou 1. LF UK a VFN, a proto od roku 2000 pracuji znovu zde.

Vzpomínáte na některé lékařské pedagogy?

Během svého studia na medicíně jsem potkala řadu osobností, kterých si dodnes velmi považuju. Řekla bych, že za studií si to člověk moc neuvědomuje a dělá si ze „starců“ – docentů a profesorů – spíše legraci. Teprve když sám stárne, docení zkušenosti, které od nich získal. Pak také oceňuje určitou historickou kontinuitu oboru, kterému se věnuje, a zjišťuje, že zde působili předchůdci, na jejichž práci navazuje.

Rozhodně bych chtěla vzpomenout na pana profesora Marka, který byl přednostou 3. interní kliniky 1. LF UK a VFN. Vážila jsem si ho už za svých studií. Vedle jeho vysoké od-

borné erudice si velice cením i jeho lidských kvalit. Dědala jsem u něj státnici z interny, hovořili jsme spolu o mých problémech s hledáním místa a on byl tak hodný, že mi po promoci poslal nějaké nabídky na místa, která byla volná. Šťastnou shodou okolností jsme se potkali po mé atestaci z onkologie. Ptal se mě, kde působím, vzpomínal, že jsem byla při studiu medicíny hodně úspěšná, a zmínil se o volném místě na hematologii, kam jsem posléze z Krče skutečně přestoupila. Na hematologii pracovala také dcera pana profesora. Vzniklo mezi námi hezké přátelství.

Váš manžel je rovněž lékař. Vnímáte to jako výhodu?

Musím říci, že manžel je můj velký vzor a zároveň i velký pomocník. Vážím si ho jako odborníka a kromě toho oceňuji, že má pro medicínu cit „od pánaboha“. Samozřejmě mě nepřekvapovalo, že když jsem se učila na atestaci z interny, uměl toho daleko víc než já, protože je internista. Ale když jsem se připravovala na atestaci z onkologie, trochu mě znepokojilo zjištění, že i zde jsou jeho znalosti opravdu obdivuhodné. On má v medicíně nesmírně široký záběr.

Musím také ocenit, že mi nejen umožnil vzdělávat se v oboru, ale že mě v tom podporoval. Já jsem ještě z té generace žen, které by dělaly „kariéru“ opravdu spíše v úvazkách. Avšak manžel mi umožnil neuvěřitelné věci. Mám řadu spolužaček, které byly velmi chytré, ale atmosféra v rodině nebyla příznivá tomu, aby se věnovaly práci lékařky naplno. Medicínu pak musely dělat v takové „osekané“ podobě. Kdyby nebylo mého muže, rozhodně bych nemohla dosáhnout toho, čeho jsem dosáhla. Je to pro mě asi nejdůležitější člověk jak v osobním, tak v profesním životě. Oba se naplno věnujeme medicíně, a máme tudíž vzájemné pochopení pro to, kolik času nám naše zaměstnání a aktivity s ním související zaberou. Myslím si, že partner s jinou profesí by pro mě asi tolik pochopení neměl.

Jak byste popsala úroveň zdravotní péče a její vývoj za poslední čtvrtstoletí, co se medicíně věnujete?

Nejdříve několik slov obecně. Pokud se má člověk v osmnácti letech rozhodnout, co bude dělat, může se mu stát, že se ve výběru povolání netrefí. Podle mého soudu má medicína tu přednost, že se v ní člověk může uplatnit nehlédě na typ povahy. Vědecký typ se může věnovat vědě. Když jste

„k lidem“, můžete dělat medicínu na ambulanci nebo u lůžka, když jste introvert, můžete pracovat třeba v laboratoři... To je myslím velká výhoda. Pro člověka, který není v době rozhodování nijak vyhraněný, jde o ideální obor.

Po roce 1989 se naskytly neuvěřitelné podmínky pro rozvoj zdravotnictví. Reálně se jevila možnost, že by si lékaři mohli polepšit z hlediska svých příjmů, ale pravděpodobně na úkor samotné medicíny, která by se měla rozvíjet. U nás se věc vyvinula tak, že se více investovalo do rozvoje medicíny, zato lidský faktor ve zdravotnictví byl bohužel značně podceněn. Dnes se to jeví jako velký problém, ale v tehdejší době to asi bylo dobře. Po roce 1989 jsme mohli velmi brzy v relativně nuzných podmínkách dělat medicínu na takové úrovni, jaká byla srovnatelná s úrovní v západoevropských zemích. Mohli jsme se vzdělávat stejně jako oni, jezdit na kongresy, používat stejné medikamenty, takže jsme poměrně rychle dohnali Evropu i svět třeba zrovna v onkologii, která je specifická v tom, že se rozvíjí skutečně velmi rychle. Je to obor, ve kterém není jednoduché „chytit vlak“ po delší přestávce, například po mateřské dovolené.

Považuji za ohromné štěstí, že jsem byla „postižená“ socialismem jen do svých osmadvaceti let. Po změně režimu se podmínky pro moji práci za velmi krátkou dobu srovnaly. Možná nemůžu jezdit v takovém autě jako moji kole-

gové ze Západu, nemohu si dovolit oblékat stejné modely, ale můžu dělat stejně dobrou práci jako oni. A to považuji za fantastické.

Jak hodnotíte současný systém onkologické péče u nás, zejména v souvislosti se vznikem akreditovaných onkologických center?

Problém vidím v tom, že se onkologie poněkud odlidšťuje. Hodně se zaměřuje na drahou léčbu, na přístrojové vybavení, ale lidé na obou stranách barikády, jak lékaři, tak pacienti, přicházejí tak trochu zkrátka.

Lékaři proto, že vznikl systém onkologických center, ve kterých je centralizována drahá onkologická léčba. Ta musí být pečlivě indikovaná a musí být rovněž zajištěn i lepší dohled nad ní. To považuji za chvalyhodné. Bohužel však došlo k tomu, že se onkologové rozdělili na dvě skupiny. Na ty „povolane“ z center a pak na terénní onkology „druhé třídy“. Ti sice mají stejné vzdělání, stejné znalosti a zkušenosti, jenom mají trochu jiný úkol v oblasti péče o onkologické pacienty. A tento úkol nebyl, podle mého soudu, dostatečně specifikován. Členěním onkologické péče bohužel do určité míry došlo k narušení vztahů mezi oběma skupinami onkologů. Práce terénních onkologů je do určité míry podceňována a chování onkologů z center není příliš vstřícné. A nakonec tím trpí pacienti.

Obava z toho, že práce terénního onkologa bude předmětem kriti-

ky, vede k tomu, že pacienti nejsou v dostatečné míře do onkologických center „referováni“. Tady vidím velký „dluh“ onkologie, který by se měl vyřešit. Určitě by z toho profitovali především nemocní, kteří by se mohli po úspěšné léčbě vrátit z centra do péče terénního onkologa. Bohužel dochází k situacím, že se za pacienty odeslanými do onkologického centra „zavře voda“. Na pravidelné kontroly stále dojíždějí do center, i když pro kvalitu jejich života by bylo vhodnější, kdyby se vrátili zpět domů k ošetřujícímu lékaři, který je dobře zná.

Vidíte nějaké řešení a východisko ze stávající situace?

Podle mého soudu by onkologie měla být koncipována především z pohledu pacienta, jeho potřeb a očekávání. Často se stává, že pacienti přicházejí zkrátka v tom směru, že ze stávajícího systému péče neprofitují. Má to několik důvodů.

Na léčbu v centrech jsou kladeny určité požadavky. Pacient se tam musí dostavit v „tu správnou dobu“ a dostat „tu správnou léčbu“. To by fungovalo v případě, kdyby úhrada léčby byla vázána na pacienta a centrum by „čekalo“, až tam pacient dorazí a přinese s sebou svoji diagnózu/indikaci včetně úhrady od pojišťovny. V současné době to funguje tak trochu v socialistickém duchu, kdy jsou naplánovány kvóty pacientů, kteří mohou být ošetřeni, na základě propočtu nějakých předchozích léčeb úplně jiných ▶



V našem oboru není snadné „chytit vlak“ po delší přestávce, například po mateřské.

PŘEDSTAVUJEME

pacientů. A tak dochází k paradoxním situacím, kdy do některého z center nepřijde takový počet pacientů, jaký je plánován, do jiného centra jich naopak přijde více a řada z nich pak musí čekat, až na ně dojde řada. Jsou to spíše organizační problémy, ale je třeba je řešit. Musím však na druhé straně říci, že onkologická léčba jako taková zaznamenala obrovský pokrok. Pacienty, které jsme dříve považovali za odsouzené k smrti, dnes můžeme dlouhodobě efektivně léčit, i když finanční náklady na onkologickou léčbu jsou velmi vysoké. Já však doufám, že ještě než umřu, zažiju nějaký významný pokrok v terapii nádorových onemocnění.

Vybrala jste si poměrně těžký obor medicíny. Kromě nutnosti vysoké odborné erudice léčba onkologických pacientů obnáší i jistou dávku frustrace z terapeutických výsledků...

Hlavní problém onkologa, který šel studovat medicínu s určitým „spasitelským komplexem“, je adaptovat se na situaci, že těch „spasitelných“ je relativně málo. Naopak si musí uvědomit, že i taková „drobečková“ politika může mít pro onkologicky nemocné velký význam. Zdravý člověk to asi nemůže ocenit, ale například zbavení se bolesti, únavy či zažívacích problémů při podávání některých léků je pro nemocného hodně důležité. Symptomatická léčba může být pacientem vnímána stejně jako záchrana života. Domnívám se, že tento postoj je v mé práci velmi důležitý. Je to opravdu náročný obor jak co do vyžadované odborné erudice, tak i počtu ošetřovaných pacientů. Bohužel terapeutické výsledky bývají relativně mizerné. Nelze tedy očekávat velkou satisfakci z hlediska léčebných výsledků ani vděčnost pacientů, popřípadě jejich příbuzných. V reálu je to tak, že zdraví je vnímáno jako určitá norma, a jakmile vzniknou nějaké problémy, jsou tu lékaři, od kterých se očekává, že to rychle dají do pořádku. To je ideální situace například v oboru fyzioterapie nebo chirurgie, kdy se provede nějaký zákrok a pacient je v relativně krátké době bez problémů a zdravý. To onkologie neumí. My umíme vy léčit zhruba 50 % pacientů, takže u nich ani jejich příbuzných moc velké nadšení nebudíme.

Pak je tu ještě jeden moment, a to určitý pocit, že za každý „průšvih“ musí být označen nějaký viník. Rakovina je považována za velký průšvih a lékař je první po ruce – zpravidla to „sčítá“ jak od pacientů, tak někdy i od příbuzných. Takže hostilita je zde dosti velká.



doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc.

Fakultu všeobecného lékařství UK v Praze absolvovala v roce 1985. Po atestaci z interního lékařství se věnovala klinické onkologii (atestace 1994) a hematologii (atestace 1998). V současné době pracuje na Onkologické klinice 1. LF UK a VFN. Její hlavní oblastí zájmu je karcinom prsu a jeho možnosti léčby, především s ohledem na mladé nemocné. V této oblasti publikovala přes 80 odborných sdělení, přednáší na tuzemských i zahraničních kongresech, věnuje se výuce mediků i postgraduálních studentů. Významně se angažuje i v edukačních projektech týkajících se onkologické problematiky, vztahu lékaře a pacienta a přípravy vzdělávacích programů pro pacienty i zdravotnický personál. V současné době je předsedkyní „Projektu 35“ a jednou ze zakladatelek o. p. s. Dialog Jessenius. Je členkou České onkologické společnosti ČLS JEP, České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP a Evropské onkologické společnosti. Je vdaná, její manžel profesor Vladimír Tesař je významný nefrolog. Mají spolu tři děti – Kristýnu, Adama a Žofii.

Komunikace s pacienty a jejich příbuznými je asi rovněž velmi náročná na psychiku lékařů, ale i sester. Čekárna před vaší ordinací je vždy plná, čekání není příjemné ani pro jednu stranu...

Zrovna nedávno jsem řešila takový případ mladé ženy s karcinomem prsu, svobodné matky se dvěma dětmi, která má už jen tatínka. Patientka má metastázy v mozku, což je snad ta nejhorší varianta, jaká se může přihodit. A jak pacientka, tak hlavně tatínek byli hrozně nepřijemní. Všechno bylo špatně, v čekárně nemůžu čekat a tak dále. Sestřička se jich bála, já z nich byla také nešťastná...

Po několika návštěvách jsem sebrala odvalu a s tatínkem si v klidu promluvila. Řekla jsem mu, že ať se mu to možná podle výsledků léčby nezdá, já se upřímně snažím, abych jeho dceři co nejvíce pomohla. Řekla jsem, že je mi jeho dcery hrozně líto, že se její nemoc vyvíjí nepříznivě. Zmínila jsem fakt, že mám v ambulanci velký počet pacientů a že se v té nepřilíh optimální situaci snažím udělat, co je v mých silách, ale choroba je opravdu mocná a já mám jen omezené možnosti.

No a za týden přišli opět na kontrolu a sestřička říkala: „Paní docentko, ta paní dneska přišla s jiným pánem, takovým hodným.“ To se mi moc nezdálo, protože jsem věděla, že nikoho jiného nemá. Byl

to tatínek, přišel s kyticí a moc se omlouval, že prý o tom přemýšlel a že to přehnal. Naše vztahy se „pročistily“ a najednou se všechno začalo dařit. Zdravotní stav dcery se podařilo stabilizovat, už přes rok je s dětmi doma a s pomocí tatínka vše zvládá. V onkologii má tedy kooperace s pacientem a jeho rodinou velmi důležité místo, ale ne vždy se to povede.

Co považujete za svůj největší profesní úspěch?

Mám asi trochu jiné ambice než řada mých kolegů. Myslím, že posy a tituly jsou spíše jen prostředkem k tomu udělat něco pořádného. Ráda bych působila na takové globálně světové úrovni. Musím říci, že si rozhodně cením některých svých terapeutických úspěchů. Toho, že jsem na něco včas přišla, něco odhalila nebo pomohla něčemu, co nikoho jiného nenapadlo. Mám ale v úmyslu více se věnovat oblasti dlouhodobých osvětových programů, které by směřovaly k určitému zrovnoprávnění vztahů mezi lékařem a pacientem. Ráda bych se zaslala o to, aby se zlepšila edukace nemocných, aby existovala nějaká možnost velmi rychle se zorientovat v diagnóze, která člověka vždycky šokuje a překvapí. Považuji za důležité, aby pacient měl určité penzum informací, na jejichž základě se může kvalifikovaně rozhodovat.

V oblasti preventivních a osvětových projektů již delší dobu působíte. O jaké aktivity se jedná?

První kroky v tomto směru už jsme učinili. Pro pacientky s karcinomem prsu jsme natočili DVD, na kterém najdou všechny potřebné informace. Považuji za šťastnou náhodu, že jsem se potkala s Michaelou Tůmovou, která pracuje jako sestra a má takový praktický a blízký vztah k pacientům. Mluvily jsme spolu o různých dobročinných aktivitách a já zmínila své plány s edukací, která by byla více přiblížena pacientům. Ona vymyslela formu DVD a založily jsme obecně prospěšnou společnost Dialog Jessenius, spolu s manželkou těžce nemocného pacienta a s další pacientkou. V edukačním materiálu se nám tak promítly čtyři pohledy: lékaře, sestry, pacientky a rodinného příslušníka. Paní Tůmová dává našemu snažení velkorysou podobu. Podařilo se jí získat ke spolupráci řadu známých osobností, například Helenu Třeštíkovou a Miloše Formana. Daří se jí rovněž ve fundraisingu. Já sama si kladu za zásluhu ani ne tak odbornou náplň DVD, kterou jsem měla na starost,

ale fakt, že se nám podařilo oslovit jak lékaře, tak i pacienty po celé republice. Tento projekt má ohromný dopad.

Vaší zásluhou se však pořádá i odborné sympozium „Prague onco“. Jaké je jeho specifikum?

Tuto odbornou akci považuji rovněž za „svoje dítě“. Je velmi úspěšná a vznikla spíše z takového mého „rozčarování“. Přednášela jsem před nějakým časem na Brněnských onkologických dnech a sklídila od svých kolegů tak trochu nefér kritiku za to, že se moje sdělení netýká samostatného výzkumu. Řekla jsem si, že z takových neúspěchů musím výtěžit něco pozitivního, a tak vzniklo sympozium Prague onco. První ročník jsem organizovala trochu osaměle, ale postupně jsem našla řadu spolupracovníků, kteří mi pomohli, a myslím, že jeho úroveň se bude stále zlepšovat.

Podíle se aktuálně na řešení nějakých výzkumných úkolů?

Aby mohl v tak malé zemi, jako je ta naše, existovat nějaký onkologický výzkum, musí zde fungovat určitá kooperace. U nás mohou fungovat výzkumné projekty v případech, kdy se spojí několik aktivit výzkumných center, teprve potom může vzniknout nějaký nezávislý výzkum. V našich podmínkách je to velký problém. Proto také vznikl „Projekt 35“. Bylo nám jasné, že jediné ve spolupráci s lékaři z celé republiky získáme podklady pro výzkum týkající se karcinomu prsu mladých žen do 35 let.

Vedle tohoto projektu se zabývám především problematikou léčby karcinomu prsu, zvláště prognostickými faktory různých typů nádoru se zaměřením na mladé ženy. A v poslední době se věnuji vyšetřování minimální reziduální choroby pomocí sledování cirkulujících a diseminovaných nádorových buněk. Tento úkol řeším ve spolupráci s imunologickou laboratoří Ústavu klinické biochemie 1. LF UK a VFN a Akademií věd. Projekt běží několik let a je docela úspěšný.

Jak trávíte volný čas, čím se nejlépe odreagujete od náročného práce?

Musím říci, že mám štěstí, že mám skvělého muže a děti. Moje práce mě baví. Děti odrůstají a já mám více času na čtení. Ráda poslouchám vážnou hudbu, preferuji operu. Kdysi jsem krátce studovala operní zpěv. Když si s manželem chceme udělat příjemný večer, jdeme do opery v Praze nebo jedeme do Vídně či Milána.

Světový den Červeného kříže

Na 8. květen připadá Světový den Červeného kříže. Česká národní společnost tohoto hnutí se ke Světovému dni připojila slavnostním shromážděním.

Datum 8. května nebylo pro slavnost Červeného kříže zvoleno náhodou. Nepřipomíná jen konec nejstrašlivější války v dějinách, ale jde také o výroční den narození Henriho Dunanta (1828–1910), iniciátora Ženevské konvence a zakladatele celosvětové humanitární organizace – Mezinárodního hnutí Červeného kříže a Červeného půlměsíce. Před 110 lety byla Dunantovi udělena vůbec první Nobelova cena za mír.

Nyní se ve 186 národních společnostech Červeného kříže, Červeného půlměsíce a Davidovy hvězdy sdružuje celkem 90 milionů lidí na

celé Zemi. Ročně poskytnou pomoc průměrně 250 milionům osob. Český červený kříž (ČČK) má v současnosti 50 tisíc členů a působí po celém území republiky. Hlavními projekty jsou propagace bezpříspěvkového dárcovství krve, výuka první pomoci dětí i dospělých, léčebné pobyty pro děti, poskytování pomoci při katastrofách, sociální služby či aktivity pro seniory.

Ocenění pro dětskou léčebnu

9. května proběhlo v Senátu Parlamentu ČR slavnostní shromáždění zasloužilých členů a dobro-

volníků ČČK i jeho kolektivních členů – Vodní záchranné služby, Horské služby, Svazu záchranných brigád kynologů, Skalní záchranné služby CHKO Broumovsko, České speleologické společnosti, MediClinic a České unie námořního jachtingu.

V průběhu slavnostního shromáždění byla udělena nejvyšší ocenění ČČK, jimiž jsou Medaile Alice Masarykové. Převzalo je celkem pět členů Červeného kříže. Nové nositele mají také vyznamenání ČČK Za dlouholetou práci a předány byly i Pamětní listy ke Světovému dni ČČK.

Letos v červnu si Český červený kříž připomene 80 let od založení jednoho ze svých zařízení, Dětské odborné léčebny Ch. G. Masarykové v Bukovanech, která poskytuje péči zhruba pěti stovkám malých pacientů ročně, tradičně zejména ze slabších sociálních vrstev. Mezi oceněnými vyznamenáním „Za dlouholetou práci“ byl i Ing. Jiří Grünbauer, dlouholetý člen ČČK a ředitel bukovanské léčebny.

Jana Jilková

Dejte tam jen „Kantorová, Poděbrady“

„Bezvadné je, když se dělá něco konkrétního pro lidi a dá se při tom něco naučit,“ říká Jindra Kantorová. Aktivní členkou Červeného kříže je tři čtvrtě století, třicet let byla předsedkyní místní organizace. Od letošního 9. května je nositelkou Medaile Alice Masarykové.

V Červeném kříži jste od roku 1936, to vám bylo osm. Kdy jste poprvé někomu poskytla první pomoc?

Jako holky jsme si hrály v kůlně. Dole v ní stála voda a nad námi sví-

tala lampa, která nebyla odizolovaná. V zápalu hry jsem se lampy dotkla – a dostala strašnou ránu. Přítelkyně mě chtěla odtrhnout a chytlo nás to obě. Byla jsem statnější a silnější, vzpamatovala jsem

se. Ona ne. Těsně před tím jsem se učila dávat první pomoc a opravdu jsem ji přivedla k vědomí.

Spolupracujete také s lékaři, mimo jiné v rámci iniciativy vaší organizace při odběrech krve. Jak s nimi jako Červený kříž vycházíte?

U nás v Poděbradách odjakživa moc dobře, vždycky nám pomáhali. A dokud to šlo, dávali nám, co mohli. Brašny jsme měly plné, protože nám do nich zdarma poskytovali materiál. Teď se lidi třeba na sportovních akcích pozastávají nad tím, že toho v brašnách zrovna moc nemáme, ale kde máme vzít tolik

Ubývá nám členů

Tři otázky pro prezidenta Českého červeného kříže RNDr. Marka Jukla, Ph.D.



Foto: Leoš Chodura

Kdo jsou vlastně nyní členové Českého červeného kříže? Změnilo se za posledních dvacet let radikálně profesní a sociální složení členů vaší organizace?

V současné době máme zhruba padesátitisícovou členskou základnu. Její sociální a profesní složení není cíleně zjišťováno, známe ale její věkovou strukturu a ta je hodně vypovídající – zhruba polovina našich členů je v produktivním věku, druhá polovina již v seniorském.

Profesionálních zdravotníků je přece jen mnohem více než padesát tisíc. Kam zmizeli z Červeného kříže?

Bývalo dobrým zvykem, že profesionální zdravotník byl zároveň členem Červeného kříže. Teď je v ČČK zdravotnických pracovníků mnohem

méně. Především nám ubyli se začátkem privatizace, dali přednost řešení svých existenčních zájmů. Odliv členů však způsobil také celospolečenský duch přisuzující význam a cenu jen tomu, co se dá vyčísřit penězi. Ono se obecně zapomnělo, že by i nás mohly stihnout pohromy většího rozsahu, nechci říct přímo války. Bohužel ubyli i těch, co ve větší míře dělali přednášky nebo výcvik laiků, působili v terénu, podíleli se na zdravotní výchově.

Samozřejmě nám zdravotníci i nadále odborně garantují hlavní činnost, ať již výuku či publikace první pomoci nebo například aktivity směřované ke zdravotně postiženým lidem. Ti, kteří zůstali nebo nově přicházejí, zato často chápou svůj vztah k činnosti Červeného kříže opravdověji než mnozí z dřívějších „masově zařazených“.

Základ ale tvoří laičtí členové. Je jejich počet stabilní?

Členů ubývá. Pokles počtu členů se sice nepohybuje v desítkách procent ročně, je však setrvalý, byť mírný. Staří lidé odcházejí, v důchodu už na tu práci nemají zprvu čas a pak třeba ani sílu. Mladí přicházejí, ne však v tak velkém počtu. Ale pořád je to půl na půl, produktivní věk a senioři. Není to katastrofální, určitě bychom ovšem uvítali větší zájem mladých lidí, hlavně do budoucna.

II

peněz, abychom je mohli každých pár měsíců doplňovat?

Co by dnes podle vás lékaři mohli pro Červený kříž udělat?

Bezvadné je, když se dělá něco konkrétního pro lidi a když se při tom dá něco naučit. Zrovna teď se jdeme domlouvat na chirurgické oddělení na polikliniku, aby nám jejich děvčata vycvičila ta naše. Tam to umějí perfektně, naučí naše holky i bezvadně fáčovat.

Vaše místní skupina ČČK má 600 členů, to je na dnešní poměry relativně hodně. Co by se mělo stát, aby se Češi zase hlásili do Červeného kříže?

Musí se začít od dětí a vymýšlet v Červeném kříži také něco pro ně. My se jako místní organizace před třemi lety obrátili na slovenské místní organizace a udělali pro děcka „handl červenokřížáků“. Prostě jsme si vzali jejich děti do rodin a poslali jim svoje. Přípra-

vili jsme jim tu program a soutěže. Byli nadšení a určitě si to ne nechali pro sebe.

Jako členky Červeného kříže jste si v Poděbradách prý založily i akademii třetího věku, je to tak?

Ano, roční vzdělávací kurzy. Máme tam i zdravotně, první pomoc... Ale bereme i muziku a zrovna se chystáme jet do divadla. Akademie se schází dvakrát do měsíce a na konci roku se dělají znalostní testy. Já jsem předsedkyně a u nás doma se to všechno schází. Může se přihlásit kdokoli.

Nerada bych ale zveřejňovala vaši adresu...

No, to raději ne. My také děláme zájezdy a nedávno mi jedna členka tady u pošty platila zálohu. Slyšel nebo viděl to, kdo neměl. Vyčítal si mě tady u vrátek a přepadl mě. Ale stejně... dejte tam „Kantorová, Poděbrady“. Dojde to, já jsem tu dost známá.

III



Jedna z letošních oceněných, paní Jindra Kantorová z Poděbrad, přebírá Medaili Alice Masarykové z rukou prezidenta ČČK Marka Jukla. | Foto: Leoš Chodura

I s Parkinsonem lze pokořit Říp

Už počtvrté vystoupali pacienti trpící Parkinsonovou nemocí v doprovodu svých příbuzných a přátel na horu Říp. Společným výstupem chtěli připomenout Světový den Parkinsonovy nemoci, připadající letos na 11. dubna, a upozornit tak na problematiku tohoto onemocnění.

Příčinou onemocnění je předčasně odumírání mozkových buněk, které produkují dopamin. Tím se výrazně narušuje přenos pověsí z mozku ke svalům, což se navenek projevuje omezeným pohybem, klidovým třesem, zpomaleností, poruchami rovnováhy nebo ztuhlostí svalů a řadou dalších příznaků. V České republice nemoc postihuje kolem 20 tisíc lidí. Přestože se onemocnění obvykle projevuje po 60. roku věku, lékaři každý rok diagnostikují i několik případů třicetiletých pacientů.

„Pro léčbu parkinsoniků máme k dispozici řadu přípravků, ale žádný z nich zatím bohužel nedokáže nemoc vyléčit,“ říká vedoucí lékař Centra extrapyramidových onemocnění v Praze doc. MUDr. Jan Roth, CSc. „Ani v pokročilých stadiích však nejsme bezmocní a můžeme použít některé neurochirurgické léčebné možnosti nebo zvolit moderní metodu podání léku pomocí enterální pumpy, kterou přípravek vpravujeme přímo do tenkého střeva.“

Den Parkinsonovy nemoci se po celém světě připomíná na výročí narození britského lékaře a chirurga Jamese Parkinsona, který

chorobu popsal jako první již v roce 1817. Ve světě trpí touto zatím nevléčitelnou nemocí kolem 4 milionů lidí. Výstup na horu Říp pořádá společnost Parkinson, jež

sdrhuje lidi s Parkinsonovou nemocí a upozorňuje na jejich problémy již od roku 1994.

Více informací:

www.parkinson-cz.net (red)



Foto: archiv společnosti Parkinson

Slavnostní křest v Luhačovicích

Publikace „Bariatrická a metabolická chirurgie – nové postupy v léčbě obezity a metabolických poruch“ z edice Aeskulap vydavatelského domu Mladá fronta, divize Medical Services, byla slavnostně pokřtěna v rámci 47. diabetologických dnů v Luhačovicích.



Předkládaná monografie autor-ského kolektivu pod vedením prof. MUDr. Martina Frieda, CSc., špičkového odborníka a mezinárodně uznávané kapacity v oboru, představuje první komplexní zpracování problematiky bariatrické a metabolické chirurgie v českém lékařském písemnictví.

Bariatrická chirurgie je dnes považována za nejúčinnější způsob léčby závažných stupňů obezity i provázejících metabolických onemocnění. Chirurgický zákrok představuje u obezích pacientů nejen prevenci, ale i skutečně vysoce efektivní léčbu již vzniklých onemocně-

ní přidružených k obezitě, jako je diabetes mellitus 2. typu, u něhož míra vyléčení (vymizení příznaků a možnosti vysazení inzulínu i jiných léků) dosahuje 57–95 % pacientů podle typu operace.

Účinnost těchto operací v léčbě metabolických onemocnění je ale prokázána i u lidí neobézních, a tak se postupně původní bariatrická chirurgie stává chirurgií metabolickou, která ovlivňuje absorpci živin a metabolismus přes změněnou auto-, para-, endo- a exokrinní činnost gastrointestinálního traktu.

(red)

Veřejné zdravotnictví potřebuje nové impulzy

Odborníci na problematiku veřejného zdravotnictví a zástupci grantových agentur se sešli na semináři „Budoucnost výzkumu v oblasti veřejného zdravotnictví“, který se konal jako součást evropského projektu STEPS (Strengthening Engagement in Public Health). Akci organizovala Česká společnost podpory zdraví ve spolupráci s MZ ČR.

Hlavním cílem projektu STEPS je zmapování aktuálního stavu výzkumu v oblasti veřejného zdravotnictví a podpora širšího zapojení neziskového sektoru do aktivit v oblasti veřejného zdravotnictví obecně a výzkumu zvláště.

Seminář byl uzavřen doporučeními, na kterých se shodli všichni účastníci:

1. Programy realizované v kontextu veřejného zdravotnictví by se měly větší měrou orientovat na primární prevenci, ovlivňování determinant zdraví a podporu zdraví; v tomto smyslu by měla být upravena pravidla dotačních titulů.

2. Pravidla přidělování prostředků z grantů a dotací je třeba přizpůsobit tak, aby na ně dosáhly neziskové organizace.

3. Účastníci se vyslovili pro obnovu institucionální základny výzkumu v oblasti veřejného zdravotnictví, které by napravilo rušení organizací zabývajících se výzkumem.

4. V intencích doporučení koordinátora projektu účastníci semináře podpořili myšlenku, aby na ministerstvu zdravotnictví byl pracovník pověřený problematikou výzkumu v oblasti veřejného zdravotnictví.

(red)

Nové výjezdové místo ZZS v Opařanech

Počátkem května bylo za účasti hejtmána Jihočeského kraje Mgr. Jiřího Zimoly, jeho náměstkyně Mgr. Ivany Stráské, ředitele Zdravotnické záchranné služby (ZZS) Jihočeského kraje MUDr. Marka Slabého, zástupců obcí, zaměstnanců i pacientů otevřeno v areálu Dětské psychiatrické léčebny Opařany (DPL) nové výjezdové místo Zdravotnické záchranné služby.

Realizace tohoto projektu podle původního nápadu ředitelky DPL Opařany MUDr. Ivy Hodkové začala v říjnu 2010. V předchozích letech totiž kromě horší dostupnosti ZZS v regionu také často docházelo k překládům pacientů z okolí ze sanit do vozů záchranné služby právě v blízkosti léčebny. DPL Opařany při rekonstrukci ubyto-

vacího zařízení v letech 2010–2011 nabídla prostory pro ZZS.

Poloha nového výjezdového místa je podle slov Ivany Stráské velmi výhodná. Nachází se uprostřed území Bechyňska, Bernarticka a Jistebnicka, které ZZS chtěla lépe pokrýt. Stanoviště výjezdového místa je hned při vjezdu do areálu DPL, má samostatný vstup branou a příjezdovou cestou, takže chod léčebny není nijak narušen. „Nabídlí jsme tak ZZS zpřístupnění přilehlého regionu. Za významný benefit považují fakt, že jsme přiblížili rychlou pomoc i pacientům a zaměstnancům naší DPL. Zvyšujeme tak kvalitu a bezpečí zdravotní péče, protože urgentní medicína se nevyhýbá ani dětským psychiatrickým pacientům,“ řekla ředitelka DPL Opařany Iva Hodková. (eta)



Foto: archiv DPL Opařany

Česká lékařská akademie v novém volebním období

Začátkem tohoto roku proběhla obměna rady České lékařské akademie (ČLA), do níž bylo nominováno devět členů. V březnu pak byl tajnou volbou vybrán nový předseda, který si určil svého zástupce.

Funkci předsedy prestižní lékařské organizace převzal po profesoru Cyrilu Höschlově, který byl iniciátorem vzniku ČLA a až do loňského roku stál v jejím čele, profesor Richard Rokyta, dosavadní místopředseda (na jeho postu jej nyní nahradil profesor Milošlav Kršiak).

Připravované akce v roce 2011

Jak uvedl ředitel ČLA Jiří Strejček, ke stěžejním akcím akademie bude v letošním roce opět patřit kongres, který proběhne stejně jako loni v Grandhotelu Pupp v Karlových Varech, tentokrát v termínu 20.-22. října.

Po příznivé odezvě lékařské veřejnosti na netradičně pojatý obsah

předchozího III. mezioborového kongresu (Emoce v medicíně) se organizátoři rozhodli pokračovat v nastoupeném trendu interdis-



Prof. Richard Rokyta. | Foto: Leoš Chodura

ciplinárních kongresů a zvolené téma dále rozvíjet v různých polohách. „Emoce v medicíně II“ tentokrát budou mít podtitul „Emoce v životním cyklu člověka“. Program v těchto týdnech vzniká ve spolupráci s Psychiatrickým centrem Praha a Sdružením praktických lékařů ČR.

V červnu by rovněž mělo proběhnout další z klubových setkání členů ČLA, jež bude poprvé otevřeno zájemcům z celé lékařské obce, tedy i studentům lékařských fakult, kteří tak dostanou možnost setkat se ve Faustově domě s žijícími legendami české medicíny.

Aktuální informace lze sledovat na webu ČLA:

www.medical-academy.cz/cia

(jass)

Nové přístroje pro děti ve VFN

Občanské sdružení Život dětem počátkem května slavnostně darovalo jednotce intenzivní a resuscitační péče Kliniky dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN Praha v prostorách kliniky Ke Karlovu 2, Praha 2, špičkovou zdravotní techniku, která pomůže zachraňovat životy nemocným novorozencům s nízkou porodní hmotností, donošeným novorozencům, kojencům a dětem.

Jedná se o následující přístroje: urgentní box složený z resuscitačního lůžka Eleganza 3XC, lékařského světlá Sola 300 a zdrojového mostu, hemodynamický monitor Lidco, dokovací stanice Alaris Docking Station 6+2, resuscitační lůžko Hill-Rom TotalCare SpozRT a infuzní technika - lineární dávkovače Alaris GH, to vše v celkové hodnotě 1 762 378 Kč.

Dary byly zakoupeny z výtěžku nedávného benefičního koncertu „Magická noc - Srdece pro děti“, který se uskutečnil na podporu projektu „Srdece pro děti“ v Tesla aréně v Praze a v přímém přenosu na TV Prima. Patronem kliniky pro benefiční koncert byl Karel Gott. Další prostředky přišly z výtěžku projektu rádia City „Rozsviňte s námi Prahu 2010“, z dražby unikátního faksimile „Knihy starého zemského, městského a jiného práva českého“ a z výtěžku GPA Golf Tour 2010.

(red)



Občanské sdružení Život dětem již jednotce intenzivní a resuscitační péče Kliniky dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN věnovalo zdravotnické přístroje a vybavení v celkové částce 20 348 991Kč.

| Foto: Leoš Chodura

ZE SPOLEČNOSTI

Pozvánka na kongres a tenisový šampionát

Prezident akce MUDr. Jan Kirchner zve na 41st congress and championship of the World Medical Tennis Society 2011, který se koná ve dnech 20.-26. srpna 2011 v Karlových Varech.

Tato akce již v České republice (rovněž v Karlových Varech) proběhla v roce 2002 a slavila velký úspěch. Zúčastnil se jí rekordní počet 420 delegátů celkem ze čtyřiceti zemí světa. Kongres se koná pod společenskou a odbornou záštitou Karlovarského kraje, města Karlovy Vary a děkana LF UK Plzeň doc. MUDr. Borise Kreuzberga, CSc. Program kongresu a šampionátu sestává z prezentací odborných přednášek a diskusí na téma „Prevence a léčba civilizačních chorob“, neméně významnou součástí je i samotné sportovní mistrovství

– světový tenisový turnaj lékařů-tenistů.

Oceníme, najdete-li si prostor a čas a jako lékaři či zapálení hráči tenisu se zařadíte mezi návštěvníky kongresu i šampionátu tím, že se přihlásíte k aktivní účasti v rámci odborného programu a přednesete vlastní přednášku, případně své poznatky představíte prostřednictvím posterové prezentace, nebo se přihlásíte jako aktivní účastník světového mistrovství lékařů-tenistů.

Více informací:
www.clts.cz/wmts2011

(red)

Pozvánka na Neuropsychiatrické fórum

Ve dnech 24. a 25. června 2011 se v Kaiserštejském paláci (Malostranské náměstí 23, Praha 1) koná 1. konference Neuro-psychiatrického fóra.

Cílem je vytvořit novou platformu akcentující společná témata neurovědních oborů. Konference je proto určena pro neurology, neurochirurgy, psychiatry a zástupce dalších neurovědních disciplín.

Tematické okruhy: afektivní a psychotické poruchy, extrapyramidová onemocnění, problematika demencí a degenerativních onemocnění

CNS, epileptologie, funkční neurochirurgie, bolest, somatoformní poruchy, poruchy spánku, klinická a experimentální neurofyziologie, farmakologie a další.

Jednacímí jazyky jsou čeština, slovenština a angličtina. Akce je ohodnocena 16 kredity ČLK.

Více informací: www.npforum.cz

(red)

Kurz extrapyramidových onemocnění

Neurologická klinika 1. LF UK a VFN v Praze, Hennerův nadační fond, profesor Evžen Růžička, docent Jan Roth a jejich spolupracovníci vás zvou k účasti na XII. ročníku kurzu „Extrapyramidová onemocnění“, který se koná ve dnech 19.-22. května 2011 ve Společenském domě v Luhačovicích.



Ve čtvrtek bude odborný program věnován základním příspěvkům k problematice Parkinsonovy nemoci a parkinsonských syndromů. Další dny kurzu se budou ve třech základních programových blocích

věnovat poruchám hybnosti z praktického diferenciatně diagnostického pohledu. Navazující specializovaná symposia se zaměří na detailnější problémy diagnostiky, léčby, různých specifických komplikací a závažných stavů u extrapyramidových onemocnění.

Akce je pořádána dle stavovského předpisu ČLK Č. 16 a účast lékařů bude ohodnocena 22 kredity.

Kontakt:
Conference Partners Prague, s. r. o.,
Sokolská 26, 120 00 Praha 2,
e-mail: epo@conferencepartners.cz

(red)

Kalendář akcí odborných lékařských společností – červen 2011

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.

Leukaemia and lymphoma

12.-14. 6. 2011/Ascona, Švýcarsko
Kontakt: www.eso.net/listEvents/2444_Leukaemia_and_Lymphoma.html

20th world congress for sexual health

12.-16. 6. 2011/
 Glasgow, Velká Británie
Kontakt: www.kenes.com/was

Drogové závislosti

Společný seminář Psychiatrické a Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN

15. 6. 2011/Praha
Místo konání: Posluchárna Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN Praha, Kateřinská 30
Pořadatel: Neurologická klinika 1. LF UK a VFN Praha
Kontakt: www.neuro.lfi.cuni.cz

13. onkogenetický den

15. 6. 2011/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Společnost lékařské genetiky ČLS JEP
Kontakt: MUDr. Anna Křepelová, CSc.; tel.: 224 435 992; e-mail: anna.krepelova@fnmotol.cz; www.slg.cz

Regionální setkání dermatovenerologů

15. 6. 2011/Hradec Králové
Pořadatel: Klinika nemocí kožních a pohlavních LF UK a FN Hradec Králové
Kontakt: doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.; e-mail: ettler@fnhk.cz

Dny intenzivní medicíny

15.-17. 6. 2011/Kroměříž
Pořadatel: Česká společnost anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny ČLS JEP
Kontakt: www.csarim.cz

12th EUPSA Congress

15.-18. 6. 2011/
 Barcelona, Španělsko
Pořadatel: European Paediatric Surgeons' Association
Kontakt: www.eupsa.com

11th international conference on malignant lymphoma

15.-18. 6. 2011/
 Viganello-Lugano, Švýcarsko
Kontakt: www.lymphcon.ch



Ilustrační foto: Shutterstock

2. motolský den pediatrické radiologie

Prenatální diagnostika
 16. 6. 2011/Praha
Místo konání: FN Motol
Pořadatel: Sekce pediatrické radiologie České radiologické společnosti ČLS JEP a Klinika zobrazovacích metod 2. LF UK a FN Motol
Kontakt: MUDr. Martin Kynčl; e-mail: martin.kyncl@fnmotol.cz; www.crs.cz

Dermatovenerologické kazuistiky

Seminář
 16. 6. 2011/Ostrava
Místo konání: FN Ostrava
Pořadatel: kožní oddělení FN Ostrava
Kontakt: MUDr. Yveta Vantuchová, Ph.D.; e-mail: yveta.vantuchova@fno.cz

Expozice chemickým látkám na pracovišti

Nanomateriály a nanotechnologie z pohledu hygieny práce – konzultační den SPL
 16. 6. 2011/Praha

Místo konání: Státní zdravotní ústav, budova č. 11, velká posluchárna
Pořadatel: Společnost pracovního lékařství ČLS JEP
Kontakt: RNDr. Jaroslav Mráz; tel.: 267 082 667; e-mail: jmrz@szu.cz; www.pracovni-lekarstvi.cz

14. setkání Klubu mladých onkologů Karcinom prsu

17.-19. 6. 2011/
 Fryšava pod Žákovou horou
Místo konání: Hotel Medlov
Kontakt: www.linkos.cz

Celorepubliková konference OSPDL

18.-19. 6. 2011/Seč
Místo konání: Hotel Jezerka
Pořadatel: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP
Kontakt: www.detsky lekar.cz

21st regional congress ISBT

18.-22. 6. 2011/Lisabon, Portugalsko

Pořadatel: International Society of Blood Transfusion (ISBT)
Kontakt: www.isbtweb.org/lisbon/general-info/

Po stopách zdraví a nemocí člověka a zvířat I seminář

21.-22. 6. 2011/Brno
Místo konání: Technické muzeum v Brně, přednáškový sál, 4. patro
Pořadatel: Česká farmaceutická společnost ČLS JEP
Kontakt: PharmDr. Martina Lisá, Ph.D.; tel.: 224 966 700; e-mail: lisa.martina@vfn.cz; www.cfs-cls.cz

Klinický výzkum v neurologii

Zkušenosti odjinud
 22. 6. 2011/Praha
Místo konání: Posluchárna Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN Praha, Kateřinská 30
Pořadatel: Neurologická klinika 1. LF UK a VFN Praha
Kontakt: www.neuro.lfi.cuni.cz

Skličkový seminář

22. 6. 2011/Praha
Místo konání: FN Na Bulovce
Pořadatel: Histopatologická sekce České dermatovenerologické společnosti ČLS JEP
Kontakt: doc. MUDr. Lumír Pock, CSc.; e-mail: lumir.pock@volny.cz

1st international conference „Notch targeting in cancer“

22.-24. 6. 2011/Mykonos, Řecko
Pořadatel: European Organisation for Research and Treatment of Cancer
Kontakt: www.eortc.be/Seminar/UnderAuspices.htm

25. olomoucké hematologické dny

Akutní a chronické leukemie, maligní lymfoproliferace, myelodysplastický syndrom a příbuzné choroby, chronická myeloproliferativní onemocnění, transplantace krvetvorných buněk, anemie, imunitní cytopenie, trombofilní a krvácivé stavy, transfúzní lékařství, laboratorní a experimentální hematologie, podpůrná péče, kvalita života
 22.-25. 6. 2011/Olomouc
Místo konání: NH Olomouc Congress
Pořadatel: Hemato-onkologická klinika LF UP a FN Olomouc, Česká hematologická společnost ČLS JEP, Společnost pro transfúzní lékařství ČLS JEP, nadace Haimaom
Kontakt: www.olhemdny.cz; prof. MUDr. Karel Indrák, DrSc.; e-mail: karel.indrak@fnol.cz

13th world congress on gastrointestinal Cancer
 22.-25. 6. 2011/
 Barcelona, Španělsko
Místo konání: International Convention Center
Pořadatel: European Society for Medical Oncology
Kontakt: <http://worldgicancer.com/WCGI/WGIC2011/index.html>

European Pancreatic Club
 22.-25. 6. 2011/
 Magdeburg, Německo
Kontakt: www.cgs-cls.cz

11. motilitní sympozium

Funkční poruchy horní části GIT
 23. 6. 2011/Brno
Místo konání: Výstaviště, kongresové centrum
Pořadatel: Interní gastroenterologická klinika a endoskopické centrum LF MU a FN Brno

Kontakt: Ing. Lenka Kopčáková; tel.: 724 556 767; e-mail: lkopcakova@bv.v.cz; www.motilitnismyposium.cz

19. kongres České společnosti hyperbarické a letecké medicíny

Hyperbarická medicína – bezpečnost, technické zabezpečení, kvalita, legislativa, organizace provozu, vzdělávání personálu; ověřené, nové a experimentální indikace; potápěčská medicína, potápěčská fyziologie; letecká medicína

23.–24. 6. 2011/Špindlerův Mlýn

Místo konání:

Interhotel Montana

Pořadatel: Česká společnost hyperbarické a letecké medicíny ČLS JEP, Rehabilitační ústav Hostinné, Centrum hyperbarické medicíny Městské nemocnice Ostrava

Kontakt: www.hbova.cz/centrum_hyperbaricke_mediciny

17. kongres ČPFS a SPFS

23.–25. 6. 2011/Plzeň

Místo konání: Parkhotel

Pořadatel: Česká pneumologická a ftizeologická společnost ČLS JEP, Slovenská pneumologická a ftizeologická společnost SLS

Kontakt: www.pneumologie.cz

Medicína a antifosfolipidové protilátky

symposium s mezinárodní účastí

23.–25. 6. 2011/Plzeň

Místo konání:

Šafránkův pavilon

Pořadatel: Sekce reprodukční imunologie České společnosti alergologie a klinické imunologie ČLS JEP, Gynekologicko-porodnická klinika LF UK a FN Plzeň

Kontakt: www.fnplzen.cz/apaplzen2011

5th Europaediatrics 2011

23.–26. 6. 2011/Vídeň, Rakousko

Pořadatel:

European Paediatric Association

Kontakt:

www.europaediatrics2011.org

10. setkání dětských alergologů a klinických imunologů

24.–26. 6. 2011/Telč

Místo konání: Telč-Krahučič

Pořadatel: Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP, Česká iniciativa pro astma

Kontakt: doc. MUDr. Vít Petru, CSc.; tel.: 257 272 017;

e-mail: vit.petru@homolka.cz;

www.csaki.cz

ADA 71st scientific sessions

24.–28. 6. 2011/San Diego, USA

Kontakt:

http://professional.diabetes.org/Congress_Display.aspx?

TYP=9&CID=82452

Management of Precancerous Lesions in the Stomach (MAPS)

27. 6. 2011/Porto, Portugalsko

Kontakt:

www.esge.com/maps-2011.html

BNOS 2011

Targeting Heterogeneity & Individualising Therapy

29. 6. – 1. 7. 2011/

Cambridge, Velká Británie

Místo konání: Homerton College

Pořadatel: British Neuro-

Oncology Society (BNOS)

Kontakt: www.bnos.org.uk/conference.html

(sta)

Pavel Rozsival (ed.) Trendy soudobé oftalmologie

Svazek 7



Rozsah: 225 stran

Cena: 690 Kč

ISBN: 978-80-

-7262-691-5

Vydavatel: Galén

Již sedmý svazek publikační řady postgraduálních textů „Trendy soudobé oftalmologie“ přináší informace o nových poznatcích z mnoha oblastí očního lékařství, které jsou jen málo dostupné v běžné literatuře a jsou předmětem zájmu jak lékařů, tak i jejich pacientů. Oftalmologové zde najdou odpovědi na problémy, s nimiž se setkávají ve své praxi, zpracované našimi předními odborníky, kteří se danou problematikou dlouhodobě zabývají.

Z obsahu: Systémová léčba suché formy věkem podmíněné makulární degenerace hemorheoferézy, Léčba pooperačních, posttraumatických a endogenních endoftalmitid, Zrakové vady u nedonošených dětí, Nový algoritmus v léčbě keratokonu, Příprava rohovky pro transplantaci účely, Autologní sérum v léčbě chorob postihujících povrch oka, Blefaroplastiky, Využití standardizované echografie v diagnostice uveálního melanomu, IFIS – syndrom „vlající“ duhovky, Suprachoroidální hemoragie – obávaná komplikace nitroočních operací.

Tomáš Hanuš a kol.

Urologie – lékařské repertorium



Rozsah: 208 stran

Cena: 299 Kč

ISBN:

978-80-7387-387-5

Vydavatel: Triton

Publikace zahrnuje celý obor urologie dospělých i dětí obou pohlaví. Zabývá se vrozenými vývojovými vadami, dysfunkcí a infekcemi močových cest, urolitiázou, benigní hyperplazií prostaty, traumaty i nádorovými onemocněními. Hesla jsou zpracována podle nejnovějších poznatků v oboru s důrazem na diagnostiku a léčbu. Repertorium je určeno lékařům všech odborností, kteří se s urologickým onemocněním mohou setkat u svých pacientů.

NOVÉ KNIHY

Jiří Řehák, Matúš Řehák a kol. Venózní okluze sítnice



Rozsah: 144 stran

Cena: 499 Kč

ISBN:

978-80-247-3480-4

Vydavatel: Grada

Publikace komplexně zpracovává problematiku druhého nejčastějšího vaskulárního onemocnění sítnice. Podobně jsou popsány techniky laserové fotokoagulace a metodika léčby těchto nemocných. Klinické jednotky jsou doplněny barevnými fotografiemi očního pozadí a výstupy z angiografického vyšetření sítnice.

Jana Tóthová

Úvod do transgenerační psychologie rodiny

Transgenerační přenos vzorců rodinného traumatu a zdroje jeho uzdravení



Rozsah: 256 stran

Cena: 389 Kč

ISBN: 978-80-

-7367-856-2

Vydavatel: Portál

První komplexní zpracování problematiky transgeneračního přístupu v oblasti psychologie v Česku i na Slovensku. Kniha je určena všem odborníkům z pomáhajících profesí, psychologům, terapeutům, lékařům i sociálním pracovníkům, kteří v rámci své práce vstupují do vícegeneračního prostoru rodin a hledají způsob jak porozumět transgeneračnímu rozměru psychických, somatických, emočních i duchovních aspektů aktuálních rodinných problémů.

Představuje nejen teoretické základy transgeneračního přístupu, ale i možnosti jeho terapeutických aplikací, čímž nabízí studentům psychologie, ale i dalších humanitních odborů chybějící perspektivu v rámci existujících psychologických směrů. Kniha vznikla díky možnosti provázet rodiny, které našly odvahu rozšířit chápání svého životního příběhu o jeho vícegenerační kontext, a je proto věnována také všem, kdo se rozhodli pátrat po genealogických kořenech svých osobních, vztahových či rodinných problémů.

Dawn Viers (ed.) Aktivity pro skupinovou psychoterapii



Rozsah: 152 stran

Cena: 225 Kč

ISBN: 978-80-

-7367-835-7

Vydavatel: Portál

Autorský kolektiv tvoří 41 amerických psychologů a psychotherapeutů, kteří zpracovali publikaci s důrazem na přehlednost a přesnou metodiku při terapeutické práci se skupinami. Každá kapitola podrobně popisuje použití jedné psychotherapeutické aktivity při skupinové psychoterapii. U každé aktivity je vymezen cíl i teoretický kontext, z něhož pochází, popsána instrukce, kterou je činnost vysvětlována klientům, a zahrnuta kazuistika, návrh, jak ji využít či rozvinout při další práci se skupinou, možné kontraindikace a odkazy na literaturu.

Kniha obsahuje i tabulky a obrázky, které lze kopírovat a rozdávat klientům. Některé aktivity slouží pro práci s jakoukoli skupinou, jiné se zaměřují na určité skupiny a další jsou zase orientovány na práci se specifickými tématem. Publikace je určena pro poradenské psychologie, terapeuty, výcvikové lektory, pedagogy a všechny, kdo pracují s menšími skupinami.

Svatopluk Káš

Slovník českých lékařů-spisovatelů



Rozsah: 301 stran

Cena: 300 Kč

ISBN:

978-80-7262-669-4

Vydavatel: Galén

Slovník českých lékařů-spisovatelů obsahuje více než 500 jmen lékařů, kteří byli v nějaké formě literárně činní mimo svou medicínskou odbornost. Hlavní pozornost je věnována básníkům, prozaikům i dramatikům, autorům vědecko-fantastické literatury a dalších literárních žánrů. Nechybí však ani autoři cestopisů, dětské či dobrodružné literatury a zejména autoři oblíbených lékařských memoárů nebo prací z historie medicíny. U každého jsou uvedeny stručné biografické údaje a bibliografie jeho díla.



Ilustrační foto: Shutterstock

Uznání atestace a nárok na 10. platovou třídu

Pracuji již 11 let na oddělení klinických laboratoří – biochemie a hematologie. Byla mi uznána atestace a byla jsem ohodnocena 10. platovou třídou. Podle nových předpisů mi bude třída odebrána a uznání specializace zrušeno, i když moje pracovní náplň zůstane beze změny. Mám vystudovanou SZŠ – obor zdravotní laborant – a pomaturitní studium z lékařské mikrobiologie – virologie, imunologie, parazitologie a bakteriologie. Na OKL provádíme mimo jiné i virologická a imunologická vyšetření. Má zaměstnavatel právo ode-



odpovídá
Mgr. Petra Maryšková
advokátní kancelář KMVS

brat mi 10. platovou třídu?

Zaměstnavatel zařazuje zaměstnance do platové třídy v souladu s § 123 odst. 2 zákona o zaměstnání podle druhu práce sjednaného v pracovní smlouvě a dle nejnáročnější

práce, kterou po zaměstnanci v rámci plnění jeho pracovních úkolů vyžaduje – pracovní náplně.

Pro sjednocení odstupňování jednotlivých prací dle jejich složitosti, odpovědnosti a namáhavosti je nařízením vlády č. 222/2010 stanoven tzv. katalog prací, který zároveň rozepisuje požadavky na výkon práce pro zařazení do

konkrétní platové třídy. V tomto katalogu prací se Vaše zaměstnání zdravotnického laboranta nachází v rozmezí 8.–11. třídy. Zároveň se musí zohlednit Vaše zatím dosažené vzdělání (předpokládám, že se jedná o vyšší odborné). Dle nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách, dosahujete nároku na 9.–10. platovou třídu.

Rozhoduje náplň práce, ne kvalifikace

S ohledem na výše uvedené je pro rozhodnutí o zařazení do 9., či 10. platové třídy nejdůležitější určit, jaký druh práce máte stanoven v pracovní smlouvě, ale zároveň jaká nejsložitější práce je po Vás vyžadována. Obec-

ně mohou říci, že pro zařazení do 10. platové třídy je katalogem prací vyžadováno provádění vysoce specializovaných vyšetření a měření bez odborného dohledu v oboru specializace. Pokud po Vás zaměstnavatel tuto vysoce specializovanou činnost nevyžaduje, bylo jeho právem přeházet Vás do 9. platové třídy.

Zaměstnavatel se tedy při určení platové třídy nemusí řídit nejvyšší dosaženou kvalifikací (atestací), ale náplní práce, kterou po zaměstnanci požaduje. Pro konkrétní určení platové třídy, kterou na základě Vámi zaslanych obecných údajů nemohu stanovit, Vám doporučuji porovnat konkrétní náplň Vaší práce s katalogem prací a věc projednat se zaměstnavatelem.

Praxe pro registraci vs. pracovní neschopnost a mateřská

Jsem všeobecná sestra, studium jsem ukončila v květnu 2004, do práce nastoupila v červnu 2004. Od 1. 9. 2006 jsem byla v pracovní neschopnosti před mateřskou dovolenou, nástup na mateřskou 12. 3. 2007. Splňuji podmínky pro registraci, případně co k ní schází? Počítá se do praxe i doba mateřské dovolené a pracovní neschopnosti?

odpovídá
PhDr. Michaela
Hofštetřová Knotková
náměstkyně ředitelky NCO NZO
pro úsek regulace nelékařských
zdravotnických povolání a výzkumu

Pokud jste získala kvalifikaci v oboru všeobecná sestra na střední zdravotnické škole, musíte nejprve splnit 3 roky výkonu povolání minimálně v rozsahu poloviny stanovené týdenní pracovní doby za celou profesní činnost; z této doby lze minimálně 1 rok výkonu povolání v příslušném oboru v rozsahu minimálně poloviny stanovené týdenní pracovní doby nebo 2 roky výkonu povolání v příslušném oboru v rozsahu minimálně pětiny stanovené

týdenní pracovní doby za období posledních 6 let započítat pro podání žádosti o vydání osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu.

V případě, že jste získala kvalifikaci v oboru všeobecná sestra na vysoké nebo vyšší odborné škole, musíte doložit 1 rok výkonu po-

volání v příslušném oboru v rozsahu minimálně poloviny stanovené týdenní pracovní doby nebo 2 roky výkonu povolání v příslušném oboru v rozsahu minimálně pětiny stanovené týdenní pracovní doby za období posledních 6 let od data podání žádosti o vydání osvědčení k výkonu zdravot-

nického povolání bez odborného dohledu.

Limit zápočtu – 6 měsíců

Jeden rok výkonu povolání v všeobecných sester, které získaly odbornou způsobilost na vysoké nebo vyšší odborné škole, lze nahradit praktickou zkouškou k vydání osvědčení (informace naleznete na www.nconzo.cz/registra – zkouška k vydání osvědčení). Tři roky výkonu povolání v všeobecných sester zkouškou nahradit nelze. Musí být splněny v celé délce.

Do výkonu povolání se dle § 4 odst. 2 zákona č. 96/2004 Sb. započítává doba dlouhodobé pracovní neschopnosti a mateřské dovolené, nejvýše však v rozsahu délky mateřské (nikoli rodičovské) dovolené. V souhrnu se však započte za mateřskou dovolenou i dlouhodobou pracovní neschopnost nejvýše 6 měsíců v jednom kalendářním roce. Pokud je trvání dlouhodobé pracovní neschopnosti nebo mateřské dovolené v jednom kalendářním roce kratší než 6 měsíců, bude Vám tato doba započtena ve skutečné délce.



ilustraci foto: apl.ning.com

Sponzorské dary a daně

Jaká pravidla platí pro danění sponzorských darů pro dárci i příjemce? Jsme malé regionální sdružení na podporu lidí s rakovinou a jeden z místních podnikatelů nám chce darovat 50 tisíc korun. Jakým způsobem si může tento dar odepsat z daní (v jaké výši) a musíme my tyto peníze přiznat a zdanit? Jaká je sazba?

odpovídá
Pavel Vítek
daňová a účetní kancelář DATES

Odpověď začnu z pohledu dárci, tedy osoby podnikatele. Je-li tento fyzickou podnikající osobou, pak si může uplatnit dar jako položku odečitatelnou od základu daně, a to až do výše 10 % ze svého základu daně, minimálně však 1000 Kč (§ 15 odst. 1 zákona 586/92 Sb., v platném znění). O částku 50 000 Kč tedy může snížit základ daně, pokud tento bude činit alespoň 500 000 Kč. Je-li však podnikatelem osoba právnická, činí limit pro odečet daru ze základu daně 5 % (§ 20 odst. 8 zákona 586/92 Sb., v platném znění).

Podmínky osvobození

Aby však podnikatel mohl dar odečíst, musí i obdarovaný splňovat kritéria uvedená v § 15 odst. 1, respektive § 20 odst. 8 zákona 586/92 Sb., o dani z příjmů, v platném znění. Především musí jít o právnickou osobu (mimo jiné), což z dotazu jasně nevyplývá (z pojmu „sdružení“ není jasné, jde-li o sdružení fyzických osob dle občanského zákona, nebo o sdružení zájmové, registrované ministerstvem vnitra). Z popisu činnosti sdružení pak vyplývá, že dar by byl použit pro účely sociální, popřípadě zdravotnické, čímž by byla splněna podmínka účelu daru.

Z pohledu příjemce dary obecně podléhají dani darovací. V tomto případě by však dar splnil podmínky § 20 odst. 4 písm. a) zákona 357/92 Sb., o dani dědičné, dani darovací a dani z převodu nemovitostí, v platném znění, a byl by tak od daně osvobozen. Osvobození je třeba uplatnit v daňovém přiznání, které příjemce podá do 31. ledna roku následujícího po roce, v němž byl dar přijat.

Absolutní moc zkoušejícího?

Studuji lékařskou fakultu a často se já i moji spolužáci setkáváme s vyslovenou šikanou ze strany zkoušejících - upravování pravidel během zkoušky, vyhazování za banality, jako jsou i drobné pravopisné chyby, zkoušení z velmi detailních znalostí, neukázání opraveného zkouškového testu... Stěžovat si vedení fakulty se bojíme. Máme nějaké jiné možnosti?



odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc,
advokátní kancelář
Kubica, Zajíc a partneři

jsou univerzitami přijímány další vnitřní předpisy, jako je třeba Opatření o organizaci státních zkoušek. Tyto studijní předpisy zpravidla poskytují prvotní možnosti jak předejít nebo odstranit případná pochybení či nespravedlnost

u zkoušek - přítomnost veřejnosti na zkouškách, opravné termíny, právo na komisionální přezkum, možnost stěžovat si u orgánů fakulty či univerzity apod.

V případě, že výše uvedené opravné mechanismy selžou nebo se bude jimi provedená náprava jevit jako nedostačující, může se student se svým nárokem obrátit na soud. Takový postup přitom studenti v poslední době skutečně začali využívat.

Vědomosti nepodléhají přezkumu

V závěru roku 2009 řešil Nejvyšší správní soud kauzu studenta pražské právnické fakulty, který neprospěl u státní zkoušky. Proti hodnocení státnicové zkoušky se písemně ohradil a požadoval jednak změnu klasifikace z „neprospěl“ na „dobře“, dále omluvu od

dvou zkoušejících a konečně zpracování procesního postupu státních zkoušek. Tuto žádost vyřídil děkan fakulty dopisem. Neúspěšný student považoval tento dopis za rozhodnutí a napadl jej žalobou, kterou Městský soud v Praze odmítnul jako nepřipustnou. Následnou kasační stížnost neúspěšného studenta zamítl Nejvyšší správní soud.

Soud v daném případě došel k závěru, že žaloba nebyla přípustná proto, že student se v daném případě domáhal změny klasifikace zkoušky. Konstatoval také, že student při konání státní zkoušky nemá právo na „výsledek“, nýbrž na „řádný proces“. Soud zároveň připustil, že „v závislosti na zjištěném porušení podmínek řádného procesu stanovených pro konání státní závěrečné zkoušky (či jiné zkoušky) by bylo možné např. z důvodu neúplného či chybného obsazení zkušební komise, případně jiného porušení pravidel stanovených právními či studijními předpisy, rozhodnout o anulaci příslušné zkoušky.“ Stručně řečeno soud konstatoval, že vědomosti uplatněné studentem při výkonu zkoušky nepodléhají přezkumu ve správním soudnictví. Naopak dodržová-

ní náležitého procesu spojeného s vykonáváním zkoušek přezkumu ve správním soudnictví podléhá.

Možnosti odvolání

V souvislosti s pocity nespokojenosti z vykonané ústní zkoušky na vysoké škole by řešením do

budoucná nepochybně mohlo být prosazení většího podílu písemných zkoušek oproti zkouškám ústním. Písemné zkoušky přinášejí řadu výhod - objektivní hodnocení, omezení šikan ze strany zkoušejících či poměrně snadnou přezkoumatelnost.

K Vašemu dotazu tedy shrnuji, že v případě přetrvávající nespokojenosti s šikanou ze strany zkoušejících doporučuji obrátit se v první řadě na vedení fakulty a v krajním případě na soud.



Ilustrace: Foto: Shutterstock

Záznam o preventivní prohlídce

Musí praktický lékař učinit záznam o preventivní prohlídce do zdravotnické dokumentace pacienta, aby byla možná kontrola vykazovaných výkonů pojišťovnou? V jakém rozsahu má být záznam proveden?

odpovídá
Mgr. Petra Maryšková
advokátní kancelář KMVS

Každé zdravotnické zařízení, včetně praktických lékařů, má povinnost vést zdravotnickou dokumentaci. Konkrétně je tato povinnost stanovena § 67b zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, jímž jsou zároveň ve spojitosti s vyhláškou č. 385/2006 Sb., o zdravotnické dokumentaci, vymezeny i povinné náležitosti této dokumentace, její uchování, nahlížení do ní a povinnosti při její likvidaci. Obecně řečeno musí být základem zdravotnické dokumenta-

ce údaje o pacientovi sloužící k jeho jasné identifikaci, informace o onemocnění pacienta, o průběhu a výsledku vyšetření, včetně provádění preventivních prohlídek, a o dalších významných okolnostech souvisejících se zdravotním stavem pacienta a s postupem při poskytování zdravotní péče.

Preventivní prohlídky je nutné rozlišovat podle věku pacienta a oboru, ve kterém jsou stanovovány (například praktické lékařství, stomatologie), proto nelze na prostoru této odpovědi jasně konstatovat, co vše má být obsahem zmiňované preventivní prohlídky.

Obecně však lze říci, že obsahem zápisu o provedení preventivní prohlídky by měly být informace o době úkonu, provedených předepsaných úkonech, nálezech, výsledcích a případně i léčbě. Povinné úkony při provádění preventivních prohlídek a jejich

časové rozmezí jsou konkrétně stanoveny vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ČR č. 56/1997 Sb.

Pojišťovna kontroluje odůvodněnost

Zanamenávání úkonů do zdravotnické dokumentace slouží mimo jiné i pro jejich vyúčtování poskytovatelem, tedy zdravotnickým zařízením, zdravotní pojišťovně, ale i pro potřebu pojišťovny posuzovat odůvodněnost léčebného procesu.

Pojišťovny při tom kladou zvláštní důraz na průběh léčebného procesu a předepisování léčivých přípravků, prostředků zdravotnické techniky a na to, zda poskytnutá péče odpovídá péči vyúčtované pojišťovně. Pokud kontrola zdravotnické dokumentace prokáže neoprávněnost nebo nesprávnost vyúčtování zdravotní péče, pojišťovna takovou péči neuhradí.

Pracovní poměr na dobu určitou a těhotenství

Jsem sestra, za měsíc nastupuji do nového zaměstnání. Chtěla bych si ale založit rodinu a nevím, jak tomu bude v případě, že otěhotním a budu mít uzavřenou pracovní smlouvu na dobu určitou (na půl roku). Budou se mnou



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

uzavřít pracovní poměr?

Pokud se naplní předpoklady, které tazatelka uvádí, tedy že s ní nový zaměstnavatel sjedná pracovní poměr na dobu určitou, například na půl roku (zde je podstatné, aby tato skutečnost byla takto výslovně uvedena v pracovní smlouvě), a následně s ní nebude dohodnuta změna pracovní smlouvy spočívající v prodloužení smlouvy, pracovní poměr skončí uplynutím šesti měsíců.

Skutečnost, že tazatelka v tu dobu bude těhotná, práce neschopná či snad již na mateřské dovolené, v takovém případě nehraje naprosto žádnou roli. Zákoník práce totiž ve svém § 48 odst. 2 jednoznačně uvádí, že pracovní poměr uza-

vřený na dobu určitou končí uplynutím sjednané doby, neskončí-li z jiného důvodu z těch, které zákoník práce pro skončení pracovního poměru zná.

Zaměstnavatel tedy nebude podnikat žádné kroky vedoucí k ukončení pracovního poměru (například dávat tazatelce výpověď apod.), neboť tak činit nemusí - pracovní poměr mezi ní a tazatelkou skončí bez jakéhokoli jeho úsilí pouhým uplynutím času, v daném případě šesti měsíců od začátku pracovního poměru.

„Kniha hlášení“ není totéž co zdravotnická dokumentace

Polemika s odpovědí na dotaz v právní poradně ZDN „Vedení a archivace zdravotnické dokumentace – hlášení sester“ (viz ZDN 9/2011).

Obávám se, že mezi tazatelkou a JUDr. Davidovou došlo k principiálnímu nedorozumění. Pod pojmem „Hlášení sester“ se v nemocniční hantýrce rozumí tradiční a mnohde stále ještě bohužel používaná kniha, v níž sestry souhrnně vedou řadu informací o vývoji zdravotního stavu pacientů, jejich potížích a projevech i o některých druhích léčby (obvykle antibiotika, opiáty, infuze apod.). Prostřednictvím této knihy se pak předávají i směny.

Porušení ochrany osobních dat

Je to chybný postup právě proto, že kniha hlášení se týká více pacientů současně, není tedy součástí zdravotní dokumentace žádného z nich, a její archivace tudíž nemá smysl. Je totiž těžké

si představit, že až se kniha za půl roku popíše, zaarchivuje se takovým způsobem, aby byla systémově provázána na chorobopisy všech pacientů, kteří v ní kdy byli zmíněni a mohou být snadno dohledáni.

Krom toho hlášení sester považující se otevřené na pracovním stole sesterny hrubě neodpovídá dnešním požadavkům na ochranu osobních dat.

Zdravotní záznamy patří jen do chorobopisu

Naprosto odlišnou věcí je ošetrovatelská dokumentace jako nedílná součást chorobopisu každého pacienta. Takto dotaz mylně pochopila JUDr. Davidová a na to odpovídá, samozřejmě správně, ale již mimo původní téma dotazu.

Co z toho plyne: Tzv. hlášení sester, pokud se ještě někde provozuje, může sloužit maximálně k organizačně-provozním záznamům (cosi jako provozní deník oddělení, resp. stanice) a nemá obsahovat žádné zdravotní údaje o pacientech. Ty všechny patří výlučně do chorobopisu a spolu s ním jsou pak podle pravidel chráněny a archivovány.

Lapidárně řečeno – pokud na porodnici praskne voda pacientce, má se to zapsat jen do chorobopisu, pokud praskne voda ve zdi, zaznamená se to jako provozní událost do hlášení sester. Hlášení sester tedy není zdravotnická dokumentace a žádná skartační ani archivační pravidla se tak na ni nemohou vztahovat.

MUDr. Milan Novák
PL Kosmonosy

NOVÉ KNIHY

Dieter Schlesak
**Capesius,
osvětimský lékárník**



Rozsah: 304 stran
Cena: 329 Kč
ISBN:
978-80-7432-090-3
Vydavatel: Paseka

Dr. Victor Capesius působil před válkou v Sedmihradsku jako lékárník a zástupce firmy Bayer. V roce 1944 se jako důstojník SS a vedoucí lékárny SS v Osvětimi setkává na rampě s bývalými klienty, kteří přijíždějí ve vězeňských transportech z jeho rodného města. Capesius je s chladnou hlavou posílá do plynové komory. Po válce vede spokojený život úspěšného obchodníka jako majitel lékárny v německém Göppingenu. Teprve v 60. letech před soudem vychází najevo, odkud Capesiusův nezadatelný majetek pochází... Kniha je dokumentárním románem o jedné ze skutečných temných postav holocaustu – jedné z těch, jejichž podíl na zločinech nebyl nikdy

potrestán. Zakládá se důsledně na faktech, dokumentech, dopisech a výpovědích očitých svědků. Autor v tomto silném, otřesném svědectví sází na autenticitu, jediným smyšleným románovým prvkem je tu postava židovského vězně Adama, který celý příběh čtenáři vypráví.

Úryvek:

Osamělý muž v cele; znovu a znovu se mu zdá, že nemůže být pravda to, z čeho je viněn, vždyť ten nynější proces je větší zlo než sama Osvětim a plyn, ten cyklon B. On ví, že u toho několikrát byl, ano, ví to, asi to tak muselo být, vzpomíná si – jen to nesmí nikdy přiznat! Byl to přece rozkaz, to člověk dělá automaticky... člověk je jen kolečko v tom soukolí, v té velké továrně na smrt, jako by si teprve teď uvědomoval, co se tam dělo, dělal to taky, nebo byl někým jiným? Také Roland říkal něco podobného, že to všechno ne on, ale někdo jiný, nějaká rozštěpená osobnost, osvětimská bytost: Roland; osvětimská bytost: Victor Capesius? Dělal to, a přesto o tom dodnes nevědí?

Inzerce A111009291

Deník E15 nyní také v prodeji

15 MINUT PRO
EKONOMIKU & BYZNYS



MLADÁ FRONTA



MLADÁ FRONTA



www.E15.cz

Zajímavé www stránky

– rakovina děložního čípku I.

Rakovina děložního čípku je závažná a život ohrožující onemocnění, které je asociované s infekcí lidským papillomavirem (HPV). Celosvětově jsou karcinomy děložního hrdla třetí nejčastější malignitou u žen. Epidemiologické studie naznačují, že v minulém roce na světě onemocnělo karcinomem děložního hrdla více než 530 tisíc žen a na tento nádor zemřelo přes 275 tisíc žen. Problematice této choroby budeme věnovat dva díly naší rubriky. Dnes se zaměříme na onemocnění jako takové, příště na relativně nově dostupnou prevenci – očkování proti HPV.

National Cancer Institute: Cervical cancer

www.cancer.gov/cancertopics/types/cervical

Webový portál amerického Národního onkologického ústavu (NCI)

poskytuje základní data o rakovině děložního čípku. Vedle definice a základních epidemiologických dat poskytuje i podrobný přehled patogeneze onemocnění včetně genetického základu, dále seznamuje čtenáře s možnostmi diagnostiky a současně moderní terapie. Podstatná část webu je věnována preventivním a screeningovým programům.

Cervix.cz www.cervix.cz/index.php?pg=pro-lekare

Cervix.cz je oficiální webový portál projektu s názvem „Program cervikálního screeningu v České republice“. Internetové stránky vznikly za účelem větší informovanosti laické i odborné veřejnosti o problematice rakoviny děložního čípku a jejího screeningu v Česku. Část webu pro odbornou



zdravotnickou veřejnost informuje například o epidemiologii karcinomu děložního hrdla v naší zemi a o přehledu legislativy spjaté s cervikálním screeningem, včetně databáze důležitých formulářů. V sekci aktuality se pak pravidelně zobrazují odkazy na články, které aktuálně vyšly na dané téma v různých odborných časopisech.

Cytopathology of the uterine cervix – digital atlas

<http://screening.iarc.fr/atlascyto.php>

Na webovém portálu organizace International Agency for Research on Cancer, jejímž cílem je díky schopnostem interdisciplinárního týmu podporovat mezinárodní spolupráci ve výzkumu nádorových onemocnění, nalezneme digitální atlas cytopatologických (i fyziologických) náleží děložního čípku. Fotografie s podrobným komentářem se zaměřují na popis normálních histologických, ale i patologických obrazů. Text je rozdělen na kapitoly: histologické vyšetřovací metody, normální buňky dě-



ložního cervixu, benigní buněčné modifikace, abnormální skvamózní buňky, abnormální glandulární buňky a ostatní maligní léze.

HPV and Cervical Cancer Curriculum

<http://screening.iarc.fr/cxaccurriculum.php?lang=1>

Na stránkách International Agency for Research on Cancer je zdarma k dispozici také e-learningový kurz, který lze použít pro vzdělávací kurzy nebo i samostudium. Odborníci zde systémem *slideshow* prezentují základní kapitoly z problematiky karcinomu děložního čípku. Z velké řady prezentací namátkově vybírám: kolposkopické

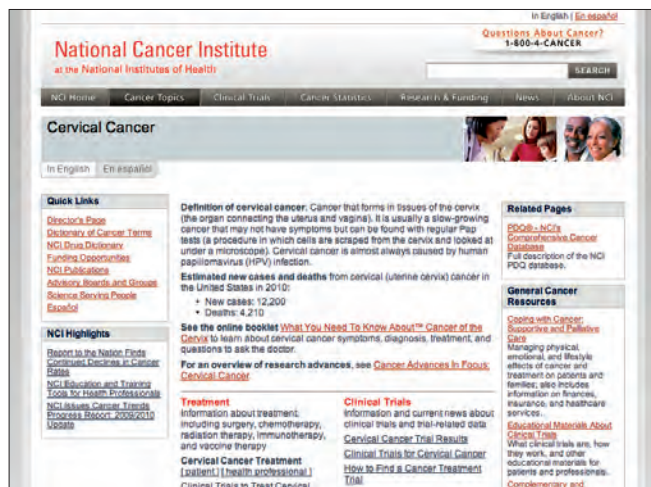
vyšetření, analýza a typizace HPV, role HPV, *staging*, algoritmus léčby, chirurgické postupy, strategické plánování pro prevenci rakoviny děložního čípku.

MRI and PET scans for primary staging and detection of cervical cancer recurrence

www.futuremedicine.com/doi/pdf/10.2217/whe.10.7

Článek od autorů pocházejících z několika londýnských nemocnic byl zveřejněn v roce 2010 ve *Women's Health*. Autoři popisují nádorové onemocnění děložního čípku jako jeden z nejčastějších nádorů u žen, s vysokou morbiditou a mortalitou. Zásadní pro stanovení optimální strategie léčby je znalost přesného stadiu nádoru, který nám umožňuje odhadnout prognózu pacientky. Autoři ve svém článku upozorňují, že kromě klinického vyšetření je pro stanovení stadiu důležitý i MRI nále, který je vhodný zejména pro studium invazivních forem nádorového bujení. Vyšetření pomocí PET v kombinaci s CT má zase klíčovou roli při sledování případné recidivy onemocnění či zjišťování uzlinových a vzdálených metastáz. Bližší popsána je i role difúzně vážené MRI. Článek obsahuje řadu fotografií.

MUDr. Michal Peříšek



Šéfredaktorka

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

Redakce

Olga Pavlíková, DiS. (Z domova, on-line)
tel. 225 276 374, e-mail: pavlikova@mzf.cz
Bc. Michaela Svobodová (on-line, Z domova)
tel. 225 276 176, e-mail: svobodovam@mzf.cz
Petra Klusáková, DiS. (Z domova)
tel. 225 276 388, e-mail: kluskova@mzf.cz
Květa Havlova, DiS. (Téma, Zahraníčí, Aktuality, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mzf.cz
PaedDr. Jaroslava Sladká (Aktuality, kongresy)
tel. 225 276 162, e-mail: sladka@mzf.cz
Mgr. Martin Cermák (Představujeme)
tel. 225 276 436, e-mail: cermak@mzf.cz
MUDr. Andrea Skalová (Lékařské listy)
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mzf.cz
PhDr. Jana Jilková (Pacientské listy)
tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mzf.cz

Spolupracovní redakce

Leoš Chodura, Mgr. Martin Caban,
Martin Ježek, Eva Pavlatová,
Vladimír Bohatová, Běla Nedorostová

Editor/korektor

Mgr. Martin Cermák

Grafika a technické zpracování

BcA. Pavla Ortová
tel. 225 276 455, e-mail: ortova@mzf.cz

Redakční rada Lékařských listů ZDN

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA
prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
MUDr. Ivan David, CSc.
prof. MUDr. Markéta Dušková, CSc.
doc. MUDr. Petr Hach, CSc.
prof. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
prof. MUDr. Karel Indrák, DrSc.
doc. MUDr. Bohuslav Komopásek, CSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. MUDr. Zdeněk Malý, CSc.
PharmDr. Radim Petráš
prof. Ing. Rudolf Poledník, CSc.
prof. MUDr. Jindřich Spínar, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková

INZERCE

fax 225 276 333
group sales manager
Ing. Lenka Míhulková,
tel. 602 710 477, 225 276 427,
e-mail: mihulkova@mzf.cz
sales manager
Věra Doleželová,
tel. 725 309 873, 225 276 359,
e-mail: dolezelova@mzf.cz
personální inzerce
Jiřina Hollá,
tel. 724 561 805, 225 276 393,
e-mail: holla@mzf.cz
webová inzerce
Andrea Metelková
tel. 725 773 027,
e-mail: metelkova@mzf.cz



generální ředitel
Ing. David Hurta
kreativní ředitel
René Decastelo

ředitel divize
Medical Services
Ing. Petr Němec
art director
Petr Honzátko

VÝROBA

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

MARKETING A DISTRIBUCE

ředitelka marketingu novin a časopisů
Hana Holková
brand manager Ing. Hana Matejíčková
produční marketingu Ondřej Hynek
vedoucí výroby a distribuce Soňa Staruhová
manažerka předplatného Zuzana Hrušková,
tel. 225 276 454, e-mail: hruskova@mzf.cz

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

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

DISTRIBUCE

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

Objednávky do zahraničí:
Mediaservis, s. r. o., odd. vývozu tisku,
Sazečská 12, 225 62 Praha 10
tel. 271 199 255, fax 271 199 902

Objednávky SR:
Mediaprint Kapa Pressegrasso, a. s.,
oddelenie inej formy predaja, P. O. Box 183
Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3
tel. +421 244 458 821
fax +421 244 458 819
e-mail: předplatne@abompkapa.sk
Smluvní vztah mezi vydavatelem a předplatitelem se řídí všeobecnými obchodními podmínkami pro předplatitele. Předplatné se automaticky prodlužuje. Doporučená cena 28 Kč / 1 € / 30 SK. Vydavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah inzerátů ani jiných materiálů komerčního povahy.

Tisk Europrint, a. s.
Číslo dano do tisku 12. 5. 2011
Přetisk jakékoliv šíření pouze se souhlasem vydavatele. Tiskový náklad je auditován firmou Deloitte Audit, s. r. o.

© Mladá fronta, a. s., 2011
Evidenční číslo MK ČR: E 15722
ISSN 0044-1996

Výběrová řízení

Zrušení výběrového řízení

ŘEDITEL FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA ruší výběrové řízení na obsazení funkce přednosty Chirurgické kliniky Fakultní nemocnice Ostrava, které bylo vyhlášeno ve Zdravotnických novinách č. 7 dne 11. 4. 2011.

ZDN A111009192

Primář

NEMOCNICE KYJOV vypisuje výběrové řízení na obsazení funkce
■ **primář transfuzního oddělení**

Požadavky:

- splnění předpokladů dle zák. č. 95/2004 Sb.,
- člen ČLK s platnou licencí vedoucího lékaře,
- občanská a morální bezúhonnost.

Přihláška k výběrovému řízení musí obsahovat:

- stručný životopis s přehledem dosavadní praxe,
- ověřené doklady o dosaženém vzdělání,
- výpis z rejstříku trestů (ne starší 90 dnů),
- doklad o zdravotní způsobilosti.

Přihlášky zasílejte na adresu Nemocnice Kyjov, sekretariát, Strážovská 1247, 697 33 Kyjov do 31. 5. 2011.

ZDN A111008804

Primář

JESSENIA, A. S., NEMOCNICE BEROUN vypisuje výběrové řízení na obsazení funkce
■ **primář radiodiagnostického oddělení** pro pracoviště radiodiagnostiky a magnetické rezonance

Požadujeme: VŠ lékařské vzdělání se specializovanou způsobilostí v oboru, nejméně 10 let praxe v oboru, licence ČLK pro výkon vedoucí funkce, zdravotní způsobilost a bezúhonnost podle zák. č. 95/2004 Sb., organizační a řídicí schopnosti a negativní osvědčení dle zák. č. 451/1991, strukturovaný životopis se zaměřením na odbornou praxi.

Písemné přihlášky zasílejte na sekretariát ředitele: Nemocnice Beroun, prof. Veselého 493, 266 56 Beroun 3, nebo e-mail: info@nember.cz, do 31. 5. 2011.

ZDN A111008801

Primář/Primářka

NÁMĚSTEK ŘEDITELE PRO LP MĚSTSKÉ NEMOCNICE V LITOMĚŘICÍCH vypisuje výběrové řízení na funkci
■ **primář/primářka chirurgického oddělení**

Zájemce o funkci musí splňovat podmínky způsobilosti podle zákona č. 95/2004 Sb. o lékařských zdravotnických povoláních a ČLK.

Nejméně 10 let praxe v oboru. Vítána atestace z oboru úrazové chirurgie (není podmínkou).

K přihlášce připojte ověřené kopie dokladů o vzdělání, platný výpis z rejstříku trestů a stručný životopis s uvedením údajů o dosavadním zaměstnání, prohlášení na ochranu osobních údajů podle zákona 101/2000 Sb. v platném znění.

Písemné přihlášky zasílejte nejpozději do 31. 5. 2011 na adresu: Městská nemocnice v Litoměřicích, sekretariát ředitele, paní Petra Lisá, Žitenická 18, 412 00 Litoměřice

ZDN A111008599

Volná místa

Asistent

PLDD V HOROMĚŘICÍCH přijme asistenta na částečný úvazek. Pozdější odprodej praxe v dohledné době.

Kontakt: 606 400 631

ZDN A111009147

Lékaři

NEMOCNICE KYJOV přijme lékaře pro obory:
■ urologie
■ ortopedie
■ anestezie a resuscitace
■ neurologie

Bližší informace pí Patočková, tel.: 518 601 211, 606 777 136

e-mail: michaela.patockova@nemkyj.cz
ZDN A111009077

Lékaři – Blízký východ

REHABILITATION PHYSICIANS (PHYSIATRISTS), ICU DOCTORS (INTENSIVISTS), EMERGENCY MEDICINE DOCTORS, ANESTHESIOLOGISTS, STAFF NURSE, ERGOTHERAPIST urgently needed for hospitals and clinics in the Middle East please do not hesitate to contact me if you require further information
jan.farda@brainhunters.net

ZDN A111009043

Fyzioterapeutka

ZAVEDENÉ REHABILITAČNÍ PRACOVISŤĚ – kvalitně vybavené, poblíž Ohrady na Žižkově, hledá na výpomoc šikovnou fyzioterapeutku, OSVČ s praxí.

Info na tel.: 605 015 204

ZDN A111009186

Lékař – Německo

ARTZT (ASSISTENZ ODER FACH) FÜR ANÄSTHESIOLOGIE UND OPERATIVE INTENSIVMEDIZIN für unseren Kunde – Lungenklinik in Deutschland. Mehr Information auf: www.optima-recruit.cz.

Kontakt person: Lenka Klusová, tel.: +420 739 571 561.

ZDN A111009034

Více pozic

NEMOCNICE ČESKÝ KRUMLOV, A. S.,

přijme na oddělení GPO
■ **lékaře s atestací II. stupně nebo se specializovanou způsobilostí v oboru GPO** – v případě nástupu bude vyplacen náborový příspěvek ve výši 100 000 Kč.

■ **lékaře s atestací I. stupně** – v případě nástupu bude vyplacen náborový příspěvek ve výši 70 000 Kč.

■ **lékaře v přípravě na atestaci** – v případě nástupu bude vyplacen náborový příspěvek ve výši 50 000 Kč.

■ **všeobecnou sestru se specializací pro perioperační péči nebo v přípravě na tuto specializaci na oddělení operačních sálů** – v případě nástupu bude vyplacen náborový příspěvek ve výši 20 000 Kč.

Výborné mzdové podmínky. Možnost ubytování. Bližší informace při osobním jednání.

Kontaktujte MUDr. Floriána, místopředsedu představenstva, tel.: 722 952 439, e-mail: jindrich.florian@nemck.cz nebo personální oddělení, tel.: 380 761 361, e-mail: marie.markova@nemckr.cz

ZDN A111008794

Auditor

NEMOCNICE S POLIKLINIKOU ČESKÁ LÍPA, A. S., přijme auditora kvality zdravotnické péče

PERSONÁLNÍ INZERCE



je přijímána na adrese:
Zdravotnické noviny
Mladá fronta a. s.
Mezi Vodami 1952/9
143 00 Praha 4 – Modřany

Jiřina Hollá
e-mail: holla@mf.cz
tel.: 724 561 805

Požadavky: minimálně středoškolské vzdělání, certifikát či osvědčení k výkonu auditorické činnosti výhodou, praxe v oboru auditorické činnosti, praxe ve zdravotnictví minimálně 3 roky, zodpovědnost, pečlivost, organizační schopnosti, morální a občanská bezúhonnost.

Strukturované životopisy s motivačním dopisem zasílejte do 31. 5. 2011 na adresu: NsP Česká Lípa, a. s., personální odd., Purkyňova 1849, 470 77 Česká Lípa nebo na e-mail: pavlina.simmerova@nemcl.cz

ZDN A111009022

Lékař

NEMOCNICE SLANÝ přijme lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru dětského lékařství s výhledem funkčního místa.

Velmi zajímavé finanční ohodnocení. Mzda bude sjednána individuálně. Možnost ubytování v areálu nemocnice, nástup možný ihned.

Nabídky zasílejte na ředitelství Nemocnice Slaný, e-mail: reditelstvi@nemocniceslany.cz, tel.: 312 575 110

ZDN A111007854

Nefrolog/internista

INTERNÍ A DIALYZAČNÍ CENTRUM SVITAVY přijme do pracovního poměru nefrologa nebo internistu. Nabízíme: nadstandardní platové ohodnocení, možnost služebního bytu.

Kontakt: Mgr. Norbert Nývlt, tel.: 731 155 311, e-mail: nyvlt@inmed.cz, www.inmed.cz

ZDN A111007710

Lékař/lékařka

MĚSTSKÁ NEMOCNICE V LITOMĚŘICÍCH přijme do pracovního poměru ■ **lékaře/lékařku bez specializace i se specializací** na oddělení ARO, chirurgie, neurologie, interny, urologie, ORL a patologie.

■ **lékaře/lékařku pro obor psychiatrie** s výkonem samostatné práce v ambulanci.

ZDN A111008594

ZDN A111009040

Hledám

Anestezioložka

ANESTEZIOLOŽKA KRÁTCE V DŮCHODU, 33 let praxe včetně svodné anestezie, ve všech operačních oborech, krátce i na lůžkách a u ZS, nabízí záskok na sálech, nejlépe Praha a Středočeský kraj, jednodenní operativa vítána, možný i záskok za PL. Zn. jakýkoli úvazek, e-mail: h.vlastimila@seznam.cz

ZDN A111009141

Různé

Lékařské praxe

OSTRAVA-MARIÁNSKÉ HORY, PRONÁJEM ZASÍŤOVANÝCH KANCELÁŘSKÝCH PROSTOR 87 M², vhodných pro lékařskou praxi (původně lékařská ordinace). Bezbariérový přístup, přízemí, klimatizace. Výborná dostupnost, zastávka tram MHD 70m. Cena 120 Kč/m²/měsíc bez energií (el., plyn, voda). Volejte na tel.: 603 146 415

ZDN A111007088

Lékařské praxe

ODKOUPIME ZA VÝHODNÝCH PODMÍNEK LÉKAŘSKÉ PRAXE různých odborností po celé ČR, zejména v Praze a okolí.

Kontakt: info@lekari-praha.cz, tel.: 775 495 350

ZDN A111007108

Ultrazvuk

PRODÁM UZ PŘÍSTROJ FUKUDA - TELLUS - UF750XT, vag. i abd. sonda, 5 let starý, výborný stav. Tel.: 244 464 192, 607 749 206

ZDN A111007771

KRANKENHAUS LINDENBRUNN

Das Krankenhaus Lindenbrunn in Copenbrügge verfügt über die Fachabteilungen Neurologie und (internistische) Geriatrie mit insgesamt 200 Betten. Durch enge Kooperation mit dem Sana Klinikum Hameln besteht ein Anschluss an ein großes Haus der Regelversorgung welches auch konsiliarisch betreut wird.

In unserer **Neurologischen Abteilung** (132 Betten) werden alle Erkrankungen des Fachgebietes mit dem Schwerpunkt der neurologischen Rehabilitation in den Phasen A-D diagnostisch und therapeutisch behandelt. Eine Schlaf-, Spastik- und Dysphagieambulanz sind angeschlossen.

Die Abteilung verfügt über eine moderne apparative Ausstattung zur Durchführung aller neurophysiologischen Untersuchungen, Spiral-CT und als Besonderheiten: Schluckdiagnostik (Videofluoroskopie und Endoskopie), Schlaflabor und differenzierte Neurootologie. Die Weiterbildungsermächtigung umfasst 3 Jahre; der Stellenplan 1-4-7.

Wir suchen zum nächstmöglichen Termin:

Assistenzärztin/Assistenzarzt

(gern auch mit Fachweiterbildung)

für die Klinik Neurologie und Klinische Neurophysiologie in Voll- oder Teilzeit

Wir bieten Ihnen:

- einen interessanten Arbeitsplatz mit Entwicklungsmöglichkeiten
- Vergütung nach Haustarifvertrag TV-Ärzte/VKA, zusätzlich eine monatliche Zulage
- optimale Arbeitsbedingungen (Arztassistenten, modernste EDV)
- individuelle Arbeitszeitmodelle in einem motivierten Team
- Bereitschaftsdienstentgelt nach Stufe II, in der Regel keine Notaufnahmen
- ruhiges Bereitschaftsdienstzimmer mit gehobener Ausstattung
- interne/externe Fortbildungsmöglichkeiten mit finanzieller Unterstützung, auch für Sprachkurse in Deutsch
- Nebentätigkeitserlaubnis nach Abstimmung
- Unterstützung bei der Wohnungssuche
- Umzugskostenübernahme nach Vereinbarung
- Unterstützung bei der Suche nach einem Kinderbetreuungsplatz

Copenbrügge liegt im Städtedreieck Hameln-Hildesheim-Hannover in landschaftlich reizvoller Umgebung. Die Stadt Hameln in 15 km Entfernung bietet einen hohen Freizeitwert und verfügt über alle weiterführenden Schulen.

Ansprechpartner für eine Kontaktaufnahme und weitere Informationen:

Prof. Dr. med. B. Hofferberth
– Chefarzt Neurologie und Klinische Neurophysiologie

Dr. med. M. Ullmann
– leitender Oberarzt Neurologie und Klinische Neurophysiologie

Krankenhaus Lindenbrunn, Lindenbrunn 1, D-31863 Copenbrügge
Telefon: +49 5156/782-291, E-Mail: ullmann@krankenhaus-lindenbrunn.de
Homepage: www.krankenhaus-lindenbrunn.de

Inzerce A111009128

Inzerce A111006417



Bezirk Niederbayern Bezirkskrankenhaus Straubing

Für die **zentrale Forensisch-Psychiatrische Klinik für Bayern** suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt eine/einen
- Assistenzärztin/Assistenzarzt.

Im Bezirkskrankenhaus Straubing werden Patienten behandelt, die gemäß den gesetzlichen Bestimmungen der §§ 81 und 126a StPO sowie 63 und 64 StGB untergebracht sind. Das Haus ist in 15 Stationen mit insgesamt 239 Behandlungsplätzen unterteilt, wobei die Unterbringung ausschließlich in Einzelzimmern erfolgt. Ziel des modernen sicherheitsorientierten Konzepts ist die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung und Rehabilitation psychisch kranker Rechtsbrecher.

Wir bieten:

- Geregelt Arbeitszeiten mit automatisierter Zeiterfassung
- Gezielte Förderung der individuellen Fortbildung durch Gewährung finanzieller Unterstützung und übertariflicher Fortbildungszeiten
- Einen teamorientierten und EDV-gestützten Arbeitsplatz
- Die Möglichkeit für Nebentätigkeiten im Rahmen von Begutachtungen
- Großzügige Unterstützung bei der psychotherapeutischen und forensisch-psychiatrischen Weiterbildung
- Die Bezahlung erfolgt nach dem TV-Ärzte/VKA mit allen sozialen Leistungen des öffentlichen Dienstes

Die Klinik ist aktives Mitglied des ostbayerischen Weiterbildungsverbundes und bietet in Zusammenarbeit mit den Bezirkskrankenhäusern Landshut, Mainkofen und Taufkirchen die Weiterbildungsinhalte des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie an. Interne Fortbildungsinhalte werden über das eigene Integrierte Fortbildungsprogramm (IFP) der Klinik vermittelt.

Aussagefähige Bewerbungen (Lebenslauf, Lichtbild, Zeugnisse etc.) richten Sie bitte binnen zwei Wochen schriftlich an:

Frau Ärztliche Direktorin Dr. med. Susanne Lausch
Lerchenhaid 32, D-94315 Straubing
Telefon 0049-9421-8005111, Fax 0049-9421-8005115

Inzerce A111009125

MAZDA. ODVÁŽNĚ JINÁ.



mazda

zoom-zoom
zoom-zoom
zoom-zoom



DOKONALE ZVLÁDNUTÉ ŘEMESLO SE PLATILO ZLATEM. TEĎ UŽ NEMUSÍ.

Co se může naučit výrobce automobilů od tvůrců tradičních japonských mečů? Přece dokonalé zvládnutí řemesla. Stejně jako tradiční řemeslná dovednost „Takumi“ je i výroba aut věcí umu a citlivého přístupu ke každému detailu.

Japonští mistři si předávali své zkušenosti z generace na generaci. Každý skutečný mistr přece vždy usiluje o rozvoj svých dovedností. A stejně tak se zdokonalují zaměstnanci Mazdy. Sledujte celý příběh na mazda.cz/pribehy.

Mazda se v celé své historii vzpírala konvencím a šla vlastním směrem, hledala originální řešení a přistupovala k vývoji vozů neotře. Výsledkem je překvapivě dostupný vůz nedostižných vlastností, s vysokým standardem kvality a bohatou výbavou. Jediný kompromis, který v Mazdě uznáváme, je cena.

<i>MAZDA3</i>	zvýhodnění	cena
Mazda3 HB CE 1.6	79 000 Kč	329 900 Kč
Akční model Mazda3 GT Edition	107 000 Kč	392 900 Kč



Kombinovaná spotřeba 4,4-7,6 l/100 km, emise CO₂ 119-175 g/km.
Nabídka je časově omezená a platí u participujících dealerů.

800 900 994
MAZDA.CZ