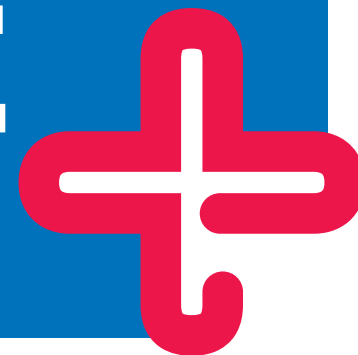


ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



CENA 28 Kč
PŘEDPLATNÉ 23 Kč
12/2011 ročník 60
Toto číslo vyšlo 13. 6. 2011



TÉMA ČÍSLA
Systém zdravotní péče
o seniory stále zavání
diskriminací

STRANA 15



PŘEDSTAVUJEME
prof. MUDr. Jana
Libigera, CSc., přednostu
Psychiatrické kliniky LF UK
a FN Hradec Králové.

STRANA 34



AKTUALITY
Tři dekády s AIDS: výročí,
které nikdo neoslavuje
Několik lékařských zpráv se
v roce 1981 zprvu jeví jako
kuriozita...

STRANA 24



Vladimír Kothera:
Stát chce „trestat“
pojišťovny za to, že
hospodaří efektivně.

Foto: Leoš Chodura

Menší pojišťovny se složí na VZP

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) dostane od svých menších konkurentů dar v hodnotě 3 miliard korun. Vláda rozhodla, že z účtu každé zaměstnanecké pojišťovny odčerpá 30 % jejich výdělků.

„Trest za dobré hospodaření“ – i tak je menšími zdravotními pojišťovnami popisován záměr ministerstva zdravotnictví „znárodnit“ tři miliardy korun a poslat je na účet Všeobecné zdravotní pojišťovny. Té totiž chybí větší rezervy k tomu, aby mohla proplácet péči v příštím roce. Každá pojišťovna odevzdá 30 % zůstatku ke konci loňského roku. Jenže zaměstnanecké pojišťovny jsou přesvědčeny, že na takové rozhodnutí vláda nemá právo.

„Otázkou se budeme zabývat nejen na svazu, ale i ve správních radách. Nevím, jak se k tomu postaví zástupci pojištěnců. Vůbec bych se nedivil, kdyby začali podávat žaloby na stát za to, že jejich peníze přesune někomu, kdo hospodaří

neefektivně,“ zlobí se šéf pojišťovny Metal-Alliance Vladimír Kothera, jehož organizace přispěje částkou ve výši 0,8 miliardy korun. MZ se však žalob neobává a pracuje již na novém způsobu přerozdělení tak, aby byl „spravedlivější pro pojišťovny, které mají větší množství těžce a dlouhodobě nemocných klientů“, jak uvádí mluvčí ministerstva Vlastimil Sršeň.

Trest pro prosperující organizace

Šéfové pojišťoven hovoří o rozhodnutí vlády jako o znárodnění a tvrdí, že zcela popírá princip konkurence. „Ministr tím navíc vysílá signál, že když si někdo vybere lépe hospodařící pojišťovnu, ve finále

bude jeho bonus do budoucna přerozdělen ve prospěch společnosti, která se na trhu neumí chovat efektivně,“ říká Vladimír Kothera. Jeho názor sdílí i Národní ekonomická rada vlády (NERV). „Nemyslím si, že jsou to peníze státu, jsou to fakticky peníze, které mají jít na zdravotní péči pojištěnců té které pojišťovny, ne celého systému,“ dodává pro Hospodářské noviny šéf pracovní skupiny Financování zdravotnictví NERV Miroslav Zámečník.

MZ soudní spory připouští

Samo ministerstvo si je vědomo, že takový krok může vyvolat ostrou kritiku a případné soudní spory.
(pokračování na straně 2)

Inzerce A111005921

110. výročí založení společnosti

RICHTER GEDEON
110 let tradice

110 let zkušenosti
v originálním výzkumu
vývoji a výrobě léků

Farmaceutická společnost
s globální působností

Moderní
léčba ve více
než 100 zemích

Kvalitní terapie po generace
od roku 1901

Menší pojišťovny se složí na VZP

(pokračování ze strany 1)

„Řešili jsme to a převážilo stanovisko, že jde o peníze určené na zdravotní péči, a to zůstane dodrženo. Právní pochybnosti jsou ale na místě,“ připouští dále pro HN náměstek MZ pro zdravotní pojištění Petr Nosek. „Vzhledem k tomu, v jaké situaci teď jsme, se usoudilo, že není optimální, aby 15 miliard korun leželo na fondech pojišťoven,“ tvrdí dále Nosek. Když se podle něj třetina přebytků přerozdělí rovnoměrně mezi všechny pojišťovny, žádá z nich by neměla skončit v minusu.

Princip solidarity

Koalice argumentuje principem solidarity. Podle ní se menším pojišťovnám vydělávají peníze lépe, protože mají „mladší, zdravější a méně nákladné“ pacienty. Proto se o své výděly mají s ostatními pojištěnci podělit.

Šéfy pojišťoven ale takové argumenty příliš nepřesvědčily. „Princip solidarity systému je přeci nastaven úplně jinak, a to na dvou pilířích: Prvním je přerozdělení všech finančních prostředků, což samo o sobě dává VZP v průměru o 6 tisíc korun více na jednoho pojištěnce, než má například pojišťovna Metal-Alliance. Druhý pilíř je pak postaven na nákladné péči. Taková míra solidarity je přeci dostatečná,“ uzavírá Kothera.

Michela Svobodová

Pojišťovny kritizují majetkovou odpovědnost

Zaměstnaneckým pojišťovnám se nelíbí věcný záměr, který určuje jejich fungování. Kritizují zejména spojení majetkové odpovědnosti manažerů a zvýšený vliv státu.

Nejdříve Svaz zdravotních pojišťoven přijal věcný záměr zákona, který určuje, jak se změní fungování zdravotních pojišťoven, s nadšením. Po několika týdnech se do něj ale pustil z opačného konce a označil jej za zma-

tečný. „Zásadním problémem tohoto přístupu je, že není patrné, kam chceme směřovat. Jestli k systému, kde bude mít rozhodující slovo stát, nebo naopak k systému, kde bude více pojišťoven, které si budou konkurovat.

Toto se prolíná celým záměrem a vzniká tak zmatečný stav,“ uvedl viceprezident svazu a šéf pojišťovny Metal-Alliance Vladimír Kothera. S větší odpovědností managementu souhlasí, ale stát by podle něj neměl zasahovat do

exekutivy tak, jak plánuje. Obavy lékařů z nebezpečného zvyšování kompetencí však považuje za zbytečné. „Chceme-li systém zefektivňovat, nemůžeme jít jinou cestou. Když ponecháme bezbřehý způsob, že se proplatí to, co lékař napíše, systém nikdy nebude efektivní,“ doplnil Kothera.

Prostor pro samostatnou politiku se spíše zužuje

Podobný názor má i šéf Oborové zdravotní pojišťovny Ladislav Friedrich. „Pokud budou zdravotní pojišťovny opravdu svéprávné a budou mít volnost pro svá rozhodnutí, je i majetková zodpovědnost na místě. Prozatím se ale prostor pro samostatnou politiku spíše zužuje a pak lze těžko požadovat zvýšenou zodpovědnost za věci, které mohou orgány pojišťovny jen těžko ovlivnit,“ uvedl Friedrich. Zvýšení pravomocí pojišťoven je podle něj nezbytné pro udržení konkurenceschopnosti. Ministerstvo zdravotnictví tuto kritiku odmítá jako účelovou a neobjektivní. „Účelově vytrhává některé body z kontextu návrhu věcného záměru zákona o zdravotních pojišťovnách. MZ neuvažuje o zasahování státu do exekutivy pojišťoven,“ brání se ministerstvo skrze své tiskové oddělení. (msvo)



Šéfové menších zdravotních pojišťoven Ladislav Friedrich a Vladimír Kothera mají starosti. | Foto: Leoš Chodura

Poslanci VV podpoří první fázi zdravotní reformy

Poslanci Věcí veřejných (VV) ve sněmovně podpoří první fázi reformy zdravotnictví. Po jednání s ministrem Leošem Hegerem (TOP 09) to oznámil zdravotnický expert VV Jiří Štětina.

První balíček zdravotnické reformy by poslanci měli dostat k projednání 14. června. „Měli jsme otevřené jednání. Myslím, že všechny sporné body jsme domluvili,“ řekl Štětina. „Teď už by nic nemělo stát v cestě tomu, aby byl zákon podpořen,“ dodal poslanec. Podle jeho slov se podařilo vyjasnit všechny sporné body, které

se minulý týden objevily na jednání špiček vládní koalice ve formátu K9.

Amalgámové plomby i nadále hradí ZP

První fáze zdravotní reformy počítá s růstem spoluúčasti pacientů. Do roku 2014 by měla stoupnout o 5%, tedy na 22%. Pacienti

však zatím nebudou platit za levnější amalgámové plomby, uhradí jim je i nadále zdravotní pojišťovna. Za kvalitnější amalgámové plomby v kapslích a bílé plomby mimo přední zuby pacienti platí již nyní.

Další rezervy, přibližně ve stejné výši jako navýšení spoluúčasti pacientů, chtějí politici hledat

v lékové politice, správě pojišťoven a například v lázeňství. Spoluúčast pacientů by příští rok měla stoupnout o jedno procento a v dalších dvou letech vždy o dvě procenta

Jeden ze sporných bodů jednání z minulé středy se podle Jiřího Štětiny týkal členů představenstev zdravotních pojišťoven, podrobnosti ovšem neuvedl. Ministr Heger prý Věcem veřejným slíbil, že právě tento zádrhel vyřeší nový zákon o zdravotních pojišťovnách, které vládě předloží do konce června.

V návrhu novely jsou další úsporná opatření včetně změn v lékové politice, změna zokoronového poplatku za položku na receptu na poplatek za celý recept, zvýše-

ní poplatku za den v nemocnici ze 60 na 100 korun a placení léků do částky 50 korun a podpůrných preparátů pacientem.

ČSSD s reformou nesouhlasí

Opoziční ČSSD reformu zdravotnictví kritizuje. Zásadně se staví zejména proti plánu rozdělit zdravotní péči na standard hrazený pojišťovnou a nadstandard placený pacientem. Předseda ČSSD Bohuslav Sobotka pohrozil, že strana se obrátí na Ústavní soud, jestliže koalice silou svých 115 hlasů prosadí ve sněmovně záměr rozdělit zdravotní péči. Podle ČSSD jde o protiústavní rozdělení zdravotnictví na péči o bohaté a o chudé. Stejná kritika zní i od odborářů. (op, ČTK)

Heger pohřbívá reformu. Proč?

Věci veřejné zdaleka nejsou jediným faktorem komplikujícím reformu zdravotnictví. Ba ani dominantním.

Ministru zdravotnictví Leoši Hegerovi se přestává dařit. Ač mezi ostatními ministry dosud působil jako zavilý a pilný reformátor s poměrně jasnou představou i časovým plánem, tato *image* se začíná rozpadat. A Heger se zdaleka nemůže vymlouvat jen na tristi situaci uvnitř vládní koalice.

Ano, Věci veřejné, dnes už zcela nepředvídatelný a v podstatě nahodile jednající koaliční partner, občas svými výstřely, zcela naslepo



Martin Čaban

pálenými do koaličních řad, zasahují i Hegerovy záměry. Loví politické body tu na odporu proti zvýšení toho či onoho poplatku, tu na záchraně úhrad za amalgámové plomby. To ale v podstatě nejsou

útoky na reformu, nýbrž jen populistické okopávání kotníků, které by Leoš Heger měl být schopen bez větší újmy ustát.

Ani na jedné z těchto věcí také reforma zdravotnictví nestojí. Její stěžejní částí jsou novely zákona o veřejném zdravotní pojiště-

ní a trojka „Julínkových“ zákonů o zdravotních službách, specifických zdravotních službách a zdravotnické záchranné službě. A tyto pilíře se Hegerovi drolí pod rukama kvůli jeho vlastnímu selhání, nikoli kvůli věčkařským populistickým křečím.

Hitparáda legislativních deviací

Takzvaná malá novela zákona č. 48/1997, o veřejném zdravotním pojištění, vypadala nadějně. Prošla standardním legislativním procesem, připomínkami, vládou a nakonec i prvním čtením v parlamentu. Zdálo se, že se podaří poměrně přirozenou cestou otevřít dveře rozdělení péče na standard a nadstandard a zničit nesmyslný paragraf poslankyně Fišerové. Řada otázek samozřejmě zůstávala otevřená, ale tak nějak se předpokládalo, že na ně odpoví následná diskuse a „velká“ novela téhož zákona. Místo toho se teď přímo ve sněmovně slepil „komplexní“ pozměňovací návrh, který by měl z „malé“ novely udělat jakousi novelu

„střední“; návrh, který svými 80 stranami z gruntu mění podstatu materiálu schváleného v prvním čtení, jenže na rozdíl od něj neprošel standardním legislativním kolečkem, především pak připomínkovým řízením. Není vůbec jasné, proč se Leoš Heger z ničeho nic rozhodl pro tento substandardní postup, který se v hitparádě legislativních prasárnicek nachází jen malý kousek pod „přílepky“, vůči nimž už vyrazil do boje i Ústavní soud.

Tetanus jako politická munice

Zatím se proti této poslanecké kreativě postavili dětští lékaři, jimž pozměňovací návrh zcela překopal systém nákupu očkovacích látek. Dá se předpokládat, že se jejich (ne zcela nepochopitelné) lamentace rády chytí i zmíněné Věci veřejné. Ohrožené děti a hrozba návratu tetanu do republiky, to už je solidní politická munice. Stejně tak lze čekat, že dětští lékaři nebudou poslední, kteří v neprodiskutovaném pozměňovacím návrhu na-

jdou nějaké mouchy. Hlavně však tento pokoutný postup činí Hegerovo reformní úsilí méně průhledným a důvěryhodným. A netřeba připomínat, že bez čitelnosti a schopnosti věrohodně přesvědčit veřejnost o potřebě změn je větší na reforem k ničemu.

Ani s trojicí „Julínkových“ zákonů se nevede. Podle všech časových plánů měly ležet 8. června na vládě a do konce měsíce ve sněmovně. Není tomu tak. Na vládu, bude-li tou dobou ještě jaká, se dostanou nejdříve na konci června. Když započítáme parlamentní prázdniny, opoziční obstrukce ve sněmovně a boj s levicovým senátem, může to snadno skončit tak, že jejich klíčové projednávání spadne do blízkosti voleb, konkrétně krajských. A to je pro každý reformní zákon těžké prokletí, ba téměř rozsudek smrti. Hegerovu reformu ještě nelze na základě těchto komplikací úplně odepsat. Ale jestli někdo vypsal sázkové kurzy na její dokončení a prosazení, tak ty teď letí prudce vzhůru.

Inzerce A111008385

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



Diag Human požaduje exekuce českého majetku v zahraničí

Rakouský a francouzský soud uznaly verdikt rozhodčího soudu z roku 2008, který firmě Diag Human přiznal nárok na odškodnění ve výši 10 miliard korun pro ušlý zisk za vyloučení ze soutěže o zpracování krevní plazmy. Česká republika chystá odvolání.

Již 16 let se táhne spor společnosti Diag Human s Českou republikou o odškodnění za zmařený obchod s krevní plazmou. Původně nárokováná částka 200 milionů vzrostla od 90. let již na 10,4 miliardy korun. Podnikatel Josef Štáva, který dosud spor se státem vedl, prodal firmu včetně 10miliardové pohledávky nejmenovaným zahraničním investorům. Podle Štávy se pohledávka vůči Česku stala na mezinárodních finančních trzích obchodovatelnou ve chvíli, kdy byl spor ukončen neplatným odvoláním státu vůči výsledku arbitráže ze srpna 2008, což nyní nezávisle na sobě uznaly dvě evropské soudní instituce.

Vídeňský a pařížský soud, u kterých Diag Human nárokovala zabavení majetku České republiky, podle právního zástupce firmy Jana Kalvody rozhodovaly na zá-

kladě „Newyorské úmluvy“ z roku 1958 o vzájemné vykonatelnosti rozhodčích nálezů. Společnost považuje rozhodnutí z roku 2008 za pravomocné, neboť v odvolacím řízení prý za stát jednala neoprávněná osoba, čímž se odvolání



Ilustrace: foto: susanlegalnurse.com

stalo neplatným. Štáva uvedl, že Diag Human zažalovala Česko i v USA, Velké Británii a dalších státech EU. Newyorská úmluva je přitom platná ve více než 140 zemích světa, ve všech se tudíž společnost může pokusit uplatnit své nároky.

Vláda: Arbitráž ještě neskončila

Česká republika chystá odvolání proti rozhodnutím vídeňského a pařížského soudu a stejně chce postupovat i v dalších státech. Podle ministra zdravotnictví Leoše Hegera zahraniční soudy rozhodčí nález neprověřovaly a jednaly v dobré víře, že arbitráž je již pravomocně ukončena. „Newyorská úmluva je postavena na jakési důvěře soudů, že to, co je jim předloženo, je věc, která je jednoznačná, jasná a hoto-

vá,“ prohlásil Heger. Podobně se pro média vyjádřil i právní poradce ministerstva Tomáš Sokol. Podle něj soudy v první fázi přijímají vše, co jim strana sporu předloží, a přistupují k podkladům jako k „pravým materiálům“. Teprve poté je na druhé straně, aby vyslovala námitky.

Podle pravidel „Newyorské úmluvy“ mohou být uznání a výkon rozhodnutí na žádost jedné strany odepřeny, pokud se nález nestal závazným, byl zrušen nebo jeho výkon odložen. Ministerstvo zdravotnictví spolu s Úřadem pro zastupování státu ve věcech majetkových chtějí v odvolacím řízení proti zahraničním verdiktům doložit, že odvolání z roku 2008 bylo regulérní, a arbitráž tedy stále běží. Tím by se poslední rozhodnutí zahraničních soudů nestala pravomocnými a exekuce by nebylo možné vykonat.

Umělecká díla v ohrožení

Rakouský soud nechal na základě nepravomocného rozhodnutí zabavit tři obrazy, které Česká republika zapůjčila na výstavu ve

Vídni. Díla jsou prozatím uschována v depozitním skladu soudu, kde zůstanou až do konečného verdiktu. Po rakouské zkušenosti začala Národní galerie stahovat všechny obrazy, které zapůjčila do francouzských výstavních síní. Společnost Diag Human si ce ve Francii nenárokovala konkrétní věci, ale rozhodnutí francouzského prvoinstančního soudu směřuje obecně proti českému majetku.

V souvislosti s exekucí českého majetku ve Francii se nejčastěji mluví o ohrožení historického Českého centra v Paříži. Vláda v této souvislosti kontaktovala francouzské ministerstvo zahraničí a požádala je o potvrzení, že budova je součástí velvyslanectví. Tím by se na ni vztahovala diplomatická imunita a i v případě potvrzení verdiktu by nemohla být zabavena. Vyjádření se však česká strana do uzavěrky tohoto čísla nedočkala. Zda tedy ČR přijde o svůj majetek v zahraničí, bude možné s jistotou říci až počátkem července, kdy vyprší čtyřtýdenní odvolací doba.

Flip Kút Citores

GRAF ZDN

SOUHLASÍTE S TÍM, ABY SE U ZUBNÍHO LÉKAŘE ZAVEDLA PŘÍMÁ PLATBA ZA BĚŽNÉ AMALGÁMOVÉ VÝPLNĚ?



ANO
17%

NE
83%

ODPOVÍDALO 518 RESPONDENTŮ (ZDROJ: ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA METAL-ALIANCE)

Onkologové žádají od pojišťoven pravidla pro poskytování a úhradu léčby

Onkologové letos dosud neobdrželi od plátců péče žádná pravidla, podle kterých by měli léčit své pacienty.

Žádný nemocný nemá uzavřenou smlouvu s lékařem či zdravotnickým zařízením, nýbrž je ve smluvním vztahu se zdravotní pojišťovnou. Plátců péče by proto podle onkologů měli jednoznačně specifikovat, kterým pacientům, jakou léčbu a v jaké výši uhradí. Místo toho pojišťovny poskytly komplexním onkologickým centrům finance odpovídající výši úhrad v roce 2009 snížené o 2 %. Onkologicky nemocní však díky moderní léčbě přežívají déle a přibývají i nově diagnostikovaní pacienti. Pro optimální léčbu všech nemocných podle standardů péče jsou tak stávající finanční

možnosti nabídnuté zdravotními pojišťovnami nedostatečné.

„Pausální hrazení nákladů bez ohledu na potřebu péče a bez ohledu na reálnou potřebu ze strany pacientů je v rozporu jak se zásadou solidarity, tak i stejného přístupu k péči,“ říká předseda České onkologické společnosti ČLS JEP (ČOS) profesor Jiří Vorlíček. Plátcům péče přitom onkologická společnost poskytla dokument „Zásady cytostatické léčby maligních onkologických onemocnění“ i předpovědi počtu pacientů s různými diagnózami, kteří budou v letošním roce onkologickou léčbu potřebovat, včetně odhadů

potřeby péče v jednotlivých regionech České republiky. Ze strany zdravotních pojišťoven ČOS na tyto zasláné materiály neobdržela žádnou reakci.

Rozhodovat musí pojišťovna, nikoli lékař

O tom, zda pacient dostane léčbu, nebo ne, podle onkologů nemůže rozhodovat lékař. „To se musí rozhodnout jinde, ať už to bude umožněno systémem kvality, nebo tím, že si pacienti budou platit levné léky, takže na ty drahé zbude z pojištění více peněz. Toto musí zorganizovat pojišťovny,“ zdůrazňuje profesor Vorlí-

ček. Onkologická společnost proto od zdravotních pojišťoven požaduje, aby vypracovaly jasná pravidla pro poskytování onkologické péče a komunikovaly se současnými i budoucími pacienty. „Lidé mají právo vědět, jakou péči, kolika pacientům, v jakém rozsahu a na kterém pracovišti jsou pojišťovny ochotny platit,“ dodává předseda odborné společnosti.

Podle slov ministra zdravotnictví Leoše Hegera se bude na základě úhradové vyhlášky pro příští rok platit za diagnózu (DRG), některé věci však z tohoto systému budou vyjmuty, pravděpodobně drahé léky pro centra. V této souvislosti budou muset být vypracovány jasné metodiky a pojišťovny by pak měly platit výkonově za konkrétní pacienty.

(asa, ČTK)

Nemocnice v Plzeňském kraji vykazují ztrátu 170 milionů

Všech šest nemocnic v Plzeňském kraji má letos vykázat ztrátu přibližně 170 milionů korun, tedy o více než 50 milionů vyšší než v loňském roce.



V současnosti Plzeňský kraj dokončuje pro ministerstvo zdravotnictví analýzu všech šesti nemocnic. Kraj nechce žádné zařízení prodávat ani pronajímat, neboť hledání strategického partnera by prý bylo příliš složité. Finanční a právní rozbor, který kraj vypracoval nad rámec pokynů ministerstva i Všeobecné zdravotní pojišťovny, se zabývá různými variantami omezení péče. Zprávu mělo zastupitelstvo projednávat v době uzávěrky tohoto čísla.

Kraj zatím nepřístupuje k výraznému snížení počtu akutních lůžek. Celkem jich ubude přibližně stovka, z toho 80 je zrušených v dokončované Klatovské nemocnici.

Rušení 10 tisíc lůžek

„Zděsilo nás ovšem vyjádření ministra, že by se v Česku mělo zrušit 10 tisíc lůžek, z toho ve fakultních nemocnicích jen 840, zato přes 9 tisíc v krajských a soukromých zařízeních,“ uvedl hejtman Plzeňského kraje Milan Chovanec (ČSSD). Podle něj hodně záleží na tom, jaký objem péče si od kraje pro příští rok objedná VZP. „Pokud bude peněz výrazně méně, bude muset k omezení péče dojít. Víze pojišťovny je minimalizovat ji ve Stodu a v Rokycanech. My si to nemyslíme a chceme diskutovat s okresy a obcemi,“ řekl hejtman. Po analýze bude proces transformace nemocnic v první třetině. „Po červnovém zastupitelstvu rozhodneme, co dál,“ dodal Chovanec.

Letošní ztráta krajských nemocnic se blíží 200 milionů Kč a tento trend

je podle hejtmána ve všech krajích. Plzeňský dostává na „normopacienta“ 22 tisíc Kč, průměr krajských nemocnic je 24 tisíc a fakultní nemocnice mají 36 tisíc Kč. Navíc od roku 2012 se má přejít na systém DRG (platby za diagnózu). „Plzeňský kraj je hendikepován nízkou hustotou zalidnění hlavně v příhraničí. Pokud tam stát chce nemocnice udržet, měl by navíc poskytovat nějakou stabilizační platbu,“ uzavírá hejtman. (ČTK, fkc)

Léčebny Pardubického kraje v plusu

Na rozdíl od pěti nemocnic Pardubického kraje, které loni skončily s celkovou ztrátou 171 milionů korun, měla ostatní zdravotnická zařízení bez lůžek akutní péče zřizovaná hejtmanstvím většinou ziskové hospodaření.

Výjimkou je jen Vysokomýtská nemocnice, jejíž výsledek činil přibližně minus 897 tisíc Kč. Mezi příspěvkovými organizacemi vysoce vyniká Rehabilitační ústav v Brandýse nad Orlicí, který minulý rok vydělal téměř 15 milionů Kč, jak vyplývá z údajů krajského úřadu.

Většina organizací převedla případné zisky do rezervních fondů nebo jejich část využily na odměny či pokrytí ztrát z minulých let. Kumulované ztráty, jež některá zařízení vykazují, jsou podle vedoucího ekonomického oddělení odboru zdravotnictví krajského úřadu Rudolfa Hlaváče spíše účetní položkou způsobenou například odpisy, nestojí za nimi nespáčené pohledávky dodavatelům. „V podstatě dluží sama sobě,“ uvedl Hlaváč. Pardubický kraj zařízení většinou nedotuje, někde přispěl na konkrétní účel, pokud jej sám vyžadoval. (ČTK, fkc)

Jihočeský kraj našel peníze na platy záchranářů

Jihočeští zastupitelé poslali Zdravotnické záchranné službě Jihočeského kraje 13,5 milionu Kč na zvýšení platů lékařů, které bylo s ministerstvem zdravotnictví vyjednáno v rámci protestní akce „Děkujeme, odcházíme“.

Na navýšení platů lékařů jihočeské záchranné služby chybělo v rozpočtu celkem 32 milionu korun, zbytek financí se nakonec našel v rezervách. „Vyšší mzdy se promítnou i do návrhu rozpočtu kraje na příští rok,“ upozornila překladatelka návrhu a náměstkyně hejtmána Ivana Stráská (ČSSD).

Nutná změna tarifu

Zdravotnická záchranná služba (ZZS) měla pro tento rok v rozpočtu 215 milionů korun. Dostala o 5 milionů méně, než navrhovala. Rozpočty záchranných v krajích se podle Stráské pohybují od 220 do 250 milionů korun. „Řada zásahů, které provedlo ministerstvo zdravotnictví nebo vznikly v souvislos-

ti s jinými zákony, měla dopad na rozpočet ZZS, tím pádem v konečné fázi i na rozpočet kraje,“ konstatovala náměstkyně. Připomněla, že po podpisu memoranda po akci „Děkujeme, odcházíme“ následoval krok v úhradové vyhlášce. Lékaři ze záchranky do ní nebyli zařazeni. Mzdy jsou přitom nejvyšší položkou v rozpočtu pří-

spěvkové organizace. Kmenoví zaměstnanci, kterých je přibližně 30 %, byli nařízením ministerstva přeřazeni do 11. tarifní třídy. Externí lékaři požadovali totéž, jinak odmítali od května sloužit.

Záchranná služba chtěla i nadále zachovat plný provoz na všech svých stanovištích, ale s kmenovými zaměstnanci by to nevyšlo. Externisté se s jihočeskou záchrannou službou dohodli na navýšení hodinové odměny zhruba o 30 %. Definitivní změnu platových tarifů zastupitelé schválili 31. května. (ČTK, fkc)

Pojišťovny: Nižší platby by neměly vést k omezení

Zdravotní pojišťovny odmítají tvrzení Krajské zdravotní, a. s., pod kterou spadá pět nemocnic Ústeckého kraje, že se kvůli nižším platbám od pojišťoven výrazně prodlouží čekací doby na plánované operace

Vedení Krajské zdravotní (KZ) tvrdí, že kvůli nižším úhradám pojišťoven nebudou mít do konce roku dostatek financí na 6500 hospitalizací a 49 500 ambulantních ošetření. Jednání pojišťoven s KZ potrvá

do konce června. V rámci vyjednávání tak Krajská zdravotní upozorňuje, že pokud pojišťovny budou trvat na snížení úhrad, nemusí být nakonec dostatek prostředků například ani na léky pro onkologicky

nemocné či pacienty s roztroušenou sklerózou. Představitelé pojišťoven však říkají, že KZ dostává dostatečně množství peněz, případně zmenšení objemu financí by tak podle nich nemělo vést

k výraznému omezení péče. Vliv na čekací doby na plánované operace by pak měl být jen minimální.

Optimalizace péče

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) dá tento rok KZ skutečně méně peněz. Podle mluvčí ústecké pobočky VZP Petry Friedlové KZ získá 98 % úhrady roku 2009 (který je referenčním obdobím pro její výpočet), což je v souladu s vyhláškou MZ. Vyhláška má podle ní přimět zdravotnická za-

řízení k optimalizaci péče a přenesení její části do ambulancí, jak je zvykem ve vyspělých zemích.

Mluvčí Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra Hana Kadečková uvedla, že ještě nemají s KZ uzavřenou smlouvu, nyní se o ní jedná. Návrh, který pojišťovna předložila KZ, podle ní nepočítá se snížením peněz na zdravotní péči, ale naopak s jejím navýšením. KZ podle tohoto návrhu údajně dostane dokonce o 5,4 milionu Kč více než loni. (fkc, ČTK)

Z DOMOVA

CEITEC a CESEB v Brně budou

Brněnská akademická obec mohla počátkem června oslavovat. Evropská komise totiž schválila projekt na vybudování Středoevropského technologického institutu (CEITEC) a na výstavbu dá přes 5 miliard korun.

Ministerstvo školství ČR schválilo ve stejné době také projekt CESEB – Centrum experimentální, systematické a ekologické biologie, který bude stát necelou miliardou. Za oběma akcemi stojí Masarykova univerzita Brno, instituce budou stát v areálu kampusu v Brně-Bohunicích.

Místo pro šest set odborníků

V roce 2014 by se již otevřený CEITEC měl stát významným evropským centrem vědy. Podle mluvčí CEITEC Petry Střítecké mají na ploše 25 tisíc metrů čtverečních vyrůst moderní laboratoře s unikátními přístroji, které bude využívat šest stovek našich a zahraniční odborníků.

Vědci v CEITEC se zaměří např. na nanotechnologii a mikrotechnologii, strukturní biologii, genomiku nebo výzkum mozku a lidské mysli. Proto zde budou vznikat vynálezy se širokým zaměřením, např. výzkumní vojenští roboti a nanoroboti, speciální hydrogely, které dokáží spojit nalomené kosti pomocí

injekční stříkačky, zubní náhrady keramických a kovových materiálů šité pacientovi přímo na

míru či samočisticí nátěry budov. Centrum vědecké excelence CEITEC je prvním podobným

schváleným projektem u nás. Předložila jej Masarykova univerzita s dalšími institucemi.



Vizualizace: A PLUS

Česká sbírka mikroorganismů

Cílem Centra experimentální, systematické a ekologické biologie (CESEB) je skloubení vědy a výuky zoologie, botaniky a experimentální biologie na jednom místě. Nová instituce, jejíž výstavbu bude hradit Masarykova univerzita z evropských fondů, bude sloužit pro tisíc studentů a zaměstná 250 lidí.

V CESEB budou ve třech budovách laboratoře a učebny, experimentální skleník, zahrady nebo univerzitní herbář. Ve čtvrtém pavilonu CEITEC budou pracovat mikrobiologové a má zde být ve sterilním prostředí umístěna Česká sbírka mikroorganismů. Podle vědeckého ředitele CESEB bude právě stěhování sbírky mikroorganismů velmi náročné, neboť musí být chráněna nejen ona sama, ale také lidé, kteří o ni budou pečovat.

Odborníci se v CESEB, jež bude otevřeno za dva roky, se chtějí orientovat na diagnostiku patogenních bakterií, komunikaci mezi buňkami nádorů, hybridizaci a mikroevoluci u rostlin a evoluční ekologii parazitů a jejich hostitelů.

Martin Ježek

Krize vrací sestry do nemocnic – zařízení hlásí plný stav

Katastrofické scénáře, o kterých se v souvislosti s počtem sester hovořilo před několika lety, jsou dávno pryč. Hospodářská krize donutila sestry vrátit se zpět do zdravotnictví, po restrukturalizaci jich dokonce bude na trhu zřejmě přetlak.

Česko trápí nedostatek sester. Nemocnicím chybí sestry, pracují v omezeném režimu. Takové a jim podobné titulky jsme mohli vidět v posledních letech téměř každý den. Jejich platnost, alespoň nyní, končí. Hospodářská krize přinutila sestry vrátit se zpět k původnímu oboru a většina zařízení hlásí plný stav. Mnohá již musí nabídky sester odmítat.

Uplatnění sester na trhu práce navíc může zhoršit chystaná restrukturalizace zdravotních lůžek. „Vrací se sestry, které si myslely, že už své povolání nikdy dělat nebudou. Byly třeba u farmaceutických firem, které nyní začaly

propouštět, takže hledají stabilní práci. A tou velká nemocnice řízená ministerstvem zdravotnictví určitě je,“ vysvětluje si nárůst zájemkyň vrchní sestra 2. interní kliniky Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou (FTNSP) Karolína Vaicová. Dodává, že by momentálně zřejmě měla problém přijmout další zájemkyni. Podle ředitelství sice v současné chvíli nemocnici chybí sedm sester na JIP a deset na standardních lůžkách, odpovídá to prý ale běžné fluktuaci. Podobný stav hlásí i FN Královské Vinohrady. „Sestry je dostatek, nové už se ani nepřijímají,“ popisuje situaci studentka

Lenka Dušátková, která ve FNVK absoluuje každoroční praxi.

ČAS: Ve velkých městech je situace stabilizována

To, že je ve velkých městech situace s počtem sester stabilizována, potvrzuje i Česká asociace sester (ČAS). Podle ní se ale jedná jen o přechodný stav. „Musíme si uvědomit, že máme stále klesající tendenci mladých, kteří se rozhodují ke studiu na zdravotnické škole. Proto bude sester opět postupně ubývat. Bohužel nám stárnou a nastane přirozený odliv kvůli odchodům do důchodu,“ domnívá se tisková mluvčí ČAS Ire-

na Kouřilová. Restrukturalizace lůžek sice potřebu sester sníží, na druhé straně však podle ní stoupne poptávka po sestřích v oblasti dlouhodobé péče. A čím si ČAS zájem sester vysvětluje? Důležitou roli přisuzuje ekonomické krizi, zdůrazňuje ovšem, že pozitivní vliv měly i motivační systémy, které ČAS podporovala.

Kraj Vysočina: Bojíme se přetlaku

Asociace sice tvrdí, že v menších zařízeních sestry chybí stále, podle zjištění Zdravotnických novin však takové tvrzení neplatí. „Sestry je i u nás dostatek. Vždycky nám utíkaly do fakultních nemocnic, najednou přestaly migrovat a přišly nové ročníky,“ popisuje aktuální stav Andrea Babišová z Bohumínské městské nemocnice. Teorii, že za návratem sester do zdravotnictví stojí ekonomická krize, potvrzuje také sestra Miluše Váňová z Nemocnice s poliklinikou Česká Lípa. „Hodně českolipských podniků se uzavřelo a sestry se rády vracejí do zdravotnictví,“ tvrdí.

Na Vysočině se dokonce začínají obávat, že sester bude příliš velký přetlak. V podstatě nikdy potíže s jejich nedostatkem neměly. Důvodem je hned několik zdravotnických škol v okolí, které každoročně „vypouštějí“ na trh desítky sester. „My máme opačný problém. Po restrukturalizaci bude skutečně moc sester; již nyní se tlačí na ty starší, které jsou v důchodovém věku, aby už odešly,“ tvrdí Hana Kabátová z Psychiatrické léčebny Jihlava.

Dostatek je i pomocného personálu

Krize pomohla naplnit také pomocný zdravotnický personál. „Stav máme zcela naplněný, a pokud někdo odejde, není problém jej nahradit,“ řekla Zdravotnickým novinám náměstkyně ředitelky FTNSP pro nelékařská zdravotnická povolání Lenka Hejzlarová. Její slova potvrzuje také Karolína Vaicová. „Jako sanitáře zaměstnáváme například i skláře z Vysočiny, který si doplnil kvalifikaci v certifikovaném kurzu,“ ilustruje.

Michela Svobodová

Heger nejdřív kňoural, pak se snažil přitvrdit

O možnostech dobrovolného komerčního připojištění, lepším fungování lékové politiky i „rituálním tanci“ ministra zdravotnictví Leoše Hegera jsme hovořili se stínovým ministrem zdravotnictví a středočeským hejtnem **Davidem Rathem** (ČSSD).

Ostře jste se pustil do reformy zdravotnictví. Kritizujete téměř vše, s čím ministerstvo přišlo. Můžete zmínit některé body, které jsou podle vás pro české zdravotnictví přínosné?

Nic přínosného jsem v plánech ministra nezaznamenal. Snad jen platonickou snahu sloučit dvě státní pojišťovny do jedné.

Jak hodnotíte změny ve vzdělávání lékařů? Komora má i přes dlouhodobou diskuzi k novele zákona výhrady.

Ministerstvo se drobnými krůčky vydalo správným směrem, ale bohužel systém vyžaduje výrazné zjednodušení a zlevnění pro uchazeče. Minulá vláda vytvořila pro mladé lékaře komplikovaný, dráhý a neprůchodný systém.

Odmítáte zvyšování spoluúčasti pacientů. Jak chcete zajistit, aby ve zdravotnictví byly potřebné peníze?

Stát má platit víc za své pojištění, a pokud to nebude stačit, bude se muset zvýšit povinné pojištění. V Německu to tak už udělal.

Platit si za operace v sobotu

V „Oranžové knize“ (tedy v programu ČSSD) píšete, že požadujete vybudování systému dobrovolného komerčního připojištění. Na co by se lidé mohli pojistit? Odmítáte přeci dělení péče na standardní a nadstandardní...

Už dnes je řada služeb nehrzených z pojištění a v průběhu času jejich počet přirozeně přibývá. Ne všechny novinky jsou vyhodnoceny jako nezbytné a natolik účinné, aby bylo potřebné je hradit z povinného pojištění. Tento stále se rozšiřující prostor je v budoucnu možné pokrýt komerčním připojištěním.

Například už současný systém ovšem umožňuje dohodu pacienta s lékařem a zdravotním zařízením, že může být třeba ooperován mimo běžný provoz, například v sobotu či neděli, pokud si to sám chce zaplatit. Tyto již dnes možné způsoby se ale málo nabízejí a málo využívají.



Foto: Leoš Chodura

Kdo by tuto sféru komerčního připojištění zajišťoval?

Z počátku jen zdravotní pojišťovny. Do budoucna by se pak vidělo, jestli by do tohoto segmentu mohly vstoupit i jiné pojišťovny.

Blíže nespecifikujete, jak byste postupovali proti korupci. Použil byste některé kroky, jež zvolil ministr zdravotnictví Leoš Heger?

Neekonomické chování je patrné v oblasti lékové politiky, zdravotnického materiálu a dodávek zdravotnických technologií, případně staveb. Nemyslím si, že by většina plýtvání byla způsobena korupčním chováním. Za poslední roky se výrazně svázalo chování farmaceutických firem vůči lékařům. Dnes si žádná větší společnost nemůže dovolit uplácat lékaře nějakými drahými dárky nebo luxusními zájezdy. To, co bylo možné před deseti lety, je dnes minimalizováno. Přesto se s léky plýtvá

a náklady na léky a zdravotnický materiál stále rostou. Zjednodušeně řečeno, farmaceutické společnosti vydělávají více než před deseti lety a současně výrazně redukovaly své náklady o to, co dřív poskytovaly lékařům. Přitom mi připadá, že společnost vůbec není čistší a čestnější.

V oblasti léků a zdravotnického materiálu lze neekonomičnost korigovat například předem známými objemovými limity, které jsou pojišťovny schopny na toto vynaložit. Současně je potřeba výrazně zjednodušit chaotický systém ve stanovení úhrad a cen léků a učinit ho logickým a předvídatelným. Totéž platí o zdravotnickém materiálu. V oblasti cen přístrojů a staveb je jediným řešením vyhlášovat výběrová řízení s maximální cenou, která je stanovena na podkladě nezávislé expertizy, jež vychází z porovnávání obvyklých cen u nás i v zahraničí. Nemám pocit, že by ministr Heger

chtěl použít některou z výše popsaných cest.

Rituální tanec Leoše Hegera...

Jak hodnotíte výsledky protestní akce „Děkujeme, odcházíme“? Dosáhla podstatné části svého cíle. Bohužel výsledek není stabilní, neboť pojišťovny platí nemocním za lékaře odděleně od plateb za veškeré výkony, tudíž kdokoli může tuto část opět škrtnout a budeme tak znovu na začátku.

Pod ostrou kritikou se v souvislosti s touto akcí dostala Česká lékařská komora, prý se chová příliš odborářsky. Jak hodnotíte aktivitu prezidenta ČLK Milana Kubka?

Komora hájila zájmy svých členů, což je logické, naopak nelogické by bylo, kdyby tyto zájmy nehájila.

Byla podle vás hrozba odchodu reálná?

Částečně ano. Kdyby ne, tak už dnes máme v mnoha nemocnicích nedostatky lékařů.

Jak podle vás zvládl situaci ministr zdravotnictví Leoš Heger?

Jeho výkon mi nepřipadá nijak mimořádný. Nejprve s lékaři souhlasil, ale kňoural, že na to nemá peníze. Když to nezabralo, zkusil přitvrdit, a v okamžiku, kdy viděl, že na tvrdý postup nemá sílu, začal ustupovat. Prostě rituální tance.

Záchranné služby ministr podvedl

Má Středočeský kraj problém se zajištěním platů lékařům zdravotnické záchranné služby? Poskytlí jste nějakou mimořádnou dotaci?

Ministr záchranné služby podvedl, protože tam se platy také navýšily, ale pojišťovny nezvedly úhrady ani o korunu, takže vše musí zaplatit kraj ze svého rozpočtu. Pro letošek jsme zvýšili dotaci o 14 milionů.

V poslední době se také hodně diskutuje o zvyšování pla-

ROZHOVOR

tů sester. Bylo jim to přislíbeno v podstatě již dvakrát, stále však jejich platy zůstávají velmi rozdílné. Máte přehled o tom, jak je tomu ve vašem kraji?

V našem kraji mají sestry různě vysoké platy podle nemocnice, ve které pracují. Každá má svoji kolektivní smlouvu, ze které tyto rozdíly vyplývají. Vzhledem k tomu, že nám pojišťovny platí méně než v předešlých letech, nelze očekávat zvyšování mezd v krajských nemocnicích. Na současné úrovni jsme schopni je udržet jen díky mimořádným dotacím z krajského rozpočtu, které nemocnicím posíláme. Kdybychom je nedotovávali, platy by šly strmě dolů

Chystá se restrukturalizace lůžek, provádíte analýzy? Víte, kolik lůžek budete moci zrušit ve vašem kraji?

V našem kraji zatím žádné rušení lůžek neplánujeme. Analýzy si ovšem provádíme.

Jednotlivé oblastní nemocnice jsou zastřešeny Krajskou nemocnicí Středočeského kraje. ODS kritizuje její fungování a tvrdí, že taková organizace je příliš drahá. Můžete uvést nějaké konkrétní opatření, kdy se díky tomuto propojení podaří ušetřit?

Za dobu existence koordinačního a kontrolního orgánu krajské nemocnice se podařilo ušetřit desítky milionů korun. Díky tomu nemocnice perou levněji, uklízejí levněji, vaří levněji, levněji nakupují právnické služby, mají výhodnější pojištění a levněji sezenou vybrané druhy léků a zdravotnického materiálu. Krajská nemocnice má obchodní oddělení, jež poptává jednotlivé druhy léků a materiálu s cílem získat co nejvýhodnější ceny. Kontrolu tohoto oddělení přitom provádějí jednotlivá obchodní oddělení jednotlivých nemocnic.

Platí pravidlo, že pokud obchodní oddělení určité nemocnice najde levnějšího dodavatele, toto zboží si nejen samo koupí, ale má povinnost na to upozornit centrální oddělení, které za tuto cenu začne nakupovat zboží i pro ostatní nemocnice.

Jaká je situace v privatizovaných nemocnicích? Jeden čas jste do nich poměrně často posílali kontroly. Je již situace stabilizována?

Není, kontroly posíláme nadále. Většinou vždy zjistí nějaké nedostatky, ale kvůli bezzubosti zákona s tím moc nenaděláme.

Přímý pohled

do českého
zdravotnictví

INZERCE

e-mail: obchod.ms@mf.cz

PŘEDPLATNÉ

tel. 800 300 302, e-mail: predplatne.mf@cpost.cz

ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



Přehled událostí ve zdravotnictví za uplynulé dva týdny



60 nových přístrojů v Komplexním kardiovaskulárním centru Fakultní nemocnice Plzeň

Kardiovaskulární onemocnění jsou v Evropě stále nejčastější příčinou úmrtí. Ani Česká republika není výjimkou. Komplexní kardiovaskulární centrum Fakultní nemocnice Plzeň ročně ošetří tisíce pacientů. Léčba chorob srdce a cév je jedním ze základních pilířů nemocnice. Dovybavení jejího kardiovaskulárního centra umožnila evropská dotace.



EVROPSKÁ UNIE
EVROPSKÝ FOND PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ
ŠANCE PRO VÁŠ ROZVOJ



Projekt „Modernizace a obnova přístrojového vybavení komplexního kardiovaskulárního centra FN Plzeň“ byl spolufinancován Evropskou unií z Evropského fondu pro regionální rozvoj.

Sít kardiovaskulárních center v České republice definovala Ministerstvo zdravotnictví ČR ve svém věstníku z prosince roku 2009. Na základě provedených auditů pracovišť, jež proběhly na podzim roku 2009, FN Plzeň získala status kardiovaskulárního centra nejvyššího stupně, tj. komplexního kardiovaskulárního centra (KKC). Nosnými pracovišti KKC jsou kardiologie a kardiochirurgie.

Tradice a kontinuita

Kardiologie má ve FN Plzeň dlouhou tradici, ale samostatné kardiologické oddělení vzniklo v objektu v Lochotíně až v letošním roce, a to k 1. 5. 2011. Kardiochirurgické oddělení zahájilo v Plzni provoz v roce 2002. Do KKC patří rovněž kardiologická lůžka 2. interní kliniky LF UK a FN Plzeň. KKC dále velmi úzce spolupracuje s dalšími pracovišti ve Fakultní nemocnici Plzeň, zejména

s její 1. interní klinikou, chirurgickou klinikou a klinikou zobrazovacích metod.

Prioritou projektu „Modernizace a obnova přístrojového vybavení komplexního kardiovaskulárního centra FN Plzeň“ financovaného z fondů EU je zkvalitnit komplexní péči o dospělé pacienty s nemocemi srdce a cév, především pak s poruchami srdečního rytmu, srdečním selháním a ischemickou chorobou srdeční. Projekt byl z 85 % financován Evropskou unií z Evropského fondu pro regionální rozvoj prostřednictvím Integrovaného operačního programu. Z celkové investice ve výši téměř 77 milionů Kč tak Evropská unie poskytla dotaci více než 65 milionů. Projekt byl určen jednak na nákup dosud chybějící techniky, jednak na obnovu části stávajících přístrojů. Pořízené přístrojové vybavení již začalo sloužit pacientům.

Pro kardiologii proběhly investice zaměřené na rozvoj arytmiologie, intervenční kardiologie, neinvazivní kardiologie a kardiologické intenzivní péče.

Zcela nový arytmiologický sál

Po dokončení rekonstrukce bude vytvořen zcela nový arytmiologický sál vybavený speciálním rtg systémem pro arytmiologii a 3D mapovacím systémem. Na tomto sále bude dále rozvíjen program implantací kardioverterů-defibrilátorů (ICD) a přístrojů pro srdeční resynchronizační léčbu (tzv. biventrikulárních ICD). Tyto přístroje přispívají ke zvýšení funkce srdce jako pumpy u pacientů se srdečním selháním a snižují riziko náhlé srdeční smrti. Na novém sále též bude s pomocí mapovacího systému CARTO rozvíjen program katetizačně prováděných radiofrekvenčních ablací pro poruchy srdečního rytmu.



Centrála monitorovacího systému Marquette. | Foto: Jiří Šindelář, FN Plzeň

V intervenční kardiologii nově zakoupené přístroje (přístroj k měření frakční průtokové rezervy a intravaskulární ultrazvuk) umožní zpřesnění dosud prováděné koronarografické diagnostiky (tj. zobrazení věnčitých tepen zásobujících srdeční sval). Plzeňské pracoviště ročně provádí kolem 2500 koronarografických vyšetření a zhruba v 1000 případech je diagnostický výkon spojen se zaváděním speciálních výztuží (stentů) do věnčitých tepen.

Plzeňské centrum v současné době provádí kolem 90 % všech koronarografických vyšetření přístupem přes tepnu ze zápěstí, čímž se řadí ke špičkovým pracovištím v České republice. Tento přístup nejen snižuje počet komplikací spojených s výkonem, ale významně zvyšuje komfort pacientů po výkonu. Díky tomu bylo na našem pracovišti v roce 2010 možné provést více než 700 výkonů v rámci jednodenní hospitalizace na kardiostacionáři, který byl uveden do provozu v roce 2009.

Zkvalitnění intenzivní péče

Další investice byly směřovány na jednotku intenzivní péče (JIP). Jak kardiologická, tak kardiochirurgická JIP byly vybaveny celkem 18 moderními monitory životních

funkcí včetně centrály (viz foto), čímž se významně zkvalitnila monitorace a péče o pacienty na JIP. Na kardiologickou JIP byl pořízen přístroj pro intravaskulární chlazení určený pro léčbu pacientů po srdečních zástavách, na kardiochirurgickou JIP pak několik dýchacích přístrojů pro pacienty vyžadující umělou plicní ventilaci. Pro potřeby neinvazivní diagnostiky byly nakoupeny echokardiografické přístroje včetně mobilního přístroje umožňujícího rychlou diagnostiku i u pacientů na jednotkách intenzivní péče, kardiochirurgických sálech nebo urgentním příjmu (viz foto).

Na kardiochirurgickém oddělení byla obnovena část kardioanesteziologické techniky na kardiochirurgických operačních sálech a dále byly nakoupeny přístroje umožňující krátkodobou i dlouhodobou srdeční podporu. Tyto přístroje jsou určeny pro nejtěžší případy, kdy srdce jako pumpa funguje velmi omezeně.

Po úplném dokončení realizace celého projektu (tj. do konce července 2011) tak dojde ke zkvalitnění komplexní péče o dospělé pacienty s chorobami srdce a cév z Plzeňského kraje a část pacientů z Karlovarského kraje.

doc. MUDr. Richard Rokyta, Ph.D.
primář kardiologického oddělení FN Plzeň



Echokardiograf VIVID S6. | Foto: Jiří Šindelář, FN Plzeň

Nenápadný půvab **bariatrie**

Přestože se o bariatrii v poslední době hodně mluví, zůstává z ní často v povědomí jen „bandáž žaludku“. Návštěva Chirurgické kliniky 2. LF UK a ÚVN v Praze nás však přesvědčila, že možností léčby konzervativním způsobem nevladatelné obezity je řada a pokrok v této oblasti jde stále kupředu.



by konzervativním způsobem nevladatelné obezity. Její autor se při naší návštěvě pracoviště bariatrické chirurgie v ÚVN pokusil nejprve stručně zhodnotit jednotlivé chirurgické metody léčby obezity v historickém kontextu i z pohledu jejich dalšího vývoje. Bariatrická chirurgie je chirurgickou léčbou obezity, jejíž počátky se datují do druhé poloviny minulého století. Obrovský rozvoj však zaznamenala až ve chvíli, kdy se začaly běžně používat miniinvasivní laparoskopické metody, které umožnily operovat obézní pacienty ve větší míře. Další rozvoj instrumentaria, jež je používáno při chirurgické léčbě obezity, umožnil provádět stále náročnější výkony. Metod vznikalo mnoho, ale v současné době je lze rozdělit na dvě základní skupiny – malabsorbční a restriktivní; používány jsou i postupy kombinující obě metody.

Foto: Leoš Chodura

Slavný Buñuelův film „Nenápadný půvab buržoazie“ stojí na zdánlivě banálním problému – alespoň jednou se pořádně a v klidu najíst. Neustálá snaha ukojit hlad a najíst se degraduje hrdiny (i přes jejich vysoké společenské funkce, gurmánské dialogy a zálibu v luxusu) do podoby odlidštěných biologických automatů. Pacienti střešovické chirurgické kliniky, kteří zde podstupují bariatrické výkony, by se jistě také rádi najedli – na rozdíl od zmíněných filmových hrdinů ale bez jakékoli pompy, pouze nechťejí být trýzněni pocitem, že s každým soustem nebezpečně stoupá jejich BMI, a tedy i výčet zdravotních rizik, plynoucích z těžké obezity. Jaké jsou možnosti volby přerušit „začarovaný kruh“ neustálého váhového přírůstku, bez neuváženého zásahu do organismu, navíc s efektivním a dlouhodobým výsledkem?

Orientace na sleeve gastrectomy

Hlavní bariatrickou metodou na střešovické chirurgické klinice je tubulizace žaludku – *sleeve gastrectomy*. U nemocných, kteří tuto metodu odmítají nebo na ni nejsou vhodní, se tu provádí v omezení míře plikace žaludku a u indikovaných pacientů, u nichž (zatím

v malém procentu) selhala metoda *sleeve gastrectomy*, je prováděna biliopankreatická diverze typu duodenálního *switchu*. Nikoli nepodstatnou částí tohoto bariatrického centra je i řešení komplikací po bariatrických operacích z jiných pracovišť – v poslední době je to především odstraňování žaludečních bandáží, jež selhaly. Znamená to, že pacienti jsou po 4–5 letech stejně obézní. Fakt, že bandáž po 5–10 letech selhává, je ostatně popsán v řadě studií, jak uvádí i prof. MUDr. Mojmír Kasalický, CSc., jenž se na Chirurgické klinice 2. LF UK a ÚVN této problematice dlouhodobě věnuje. Pokud porovnáme síť bariatrických pracovišť v Česku, pak soukromé kliniky a různá menší zdravotnická zařízení sice mohou mít dobré profesní obsazení, ale chybí zázemí velké nemocnice, jež poskytuje cenné služby při diagnostice i tímovém pokrytí služeb. Podobně jako ve VFN má i ÚVN v týmovém zabezpečení vedle chirurga, zabývajícího se bariatrickou léčbou obezity, také internistu, obezitologa, diabetologa, gastroenterologa, dále psychologa a nutričního specialistu. Vzhledem k přístrojovému vybavení nemocnice jsou rovněž k dispozici všechny nezbytné diagnostické metody. Výhodou tedy je,

že lze řešit komplikace a poskytnout maximální péči na jednom místě.

Metodické postupy „v kostce“

Pod vedením profesora Kasalického také vznikla monografie „Chirurgická léčba obezity“, která se snaží přístupným způsobem poukázat na současné možnosti léč-

Dominují restriktivní zákroky

Z čistě restriktivních metod je dobře známa adjustabilní **žaludeční bandáž**, která se v současnosti stále používá a dá se upravit přesně podle potřeb pacienta. Tato metoda ovšem od pacienta vyžaduje maximální spolupráci a není vhodná pro každého. Je to jediná

metoda, která je plně reverzibilní, její dlouhodobá úspěšnost ve vztahu k redukcii hmotnosti se pohybuje kolem 60 až 70 %.

Další restriktivní metodou, která je však ještě ve stadiu klinických zkoušek, je **žaludeční plikace**, kdy se žaludek zabalí do sebe, „jako když otočíte ponožku naruby a sešijete“. Vlastně se „žaludek vyplní žaludkem“. Jeho objem se tak výrazně zmenší, ale není stoprocentně jasné, zda tato metoda bude zcela reverzibilní. Je třeba vyčkat výsledků klinických studií.

Další restriktivní metodou, která je už ovšem kombinovaná s neurohormonálním efektem, je tubulizace žaludku – *sleeve gastrectomy*. Jde o restriktivně-hormonální postup, který už je ireverzibilní. Odstraňuje se při něm asi 85 % žaludku, ponechá se jen žaludek kolem malého zakřivení a v oblasti antra; objem ponechaného žaludku činí asi 120 ml. Dalším důležitým efektem této metody je, že v žaludku se nachází velká část receptorů a buněk, jež stimulují produkci hormonu grelinu („hormon hladu“) – po této operaci jeho hladina výrazně klesá (až o 60 %) a jeho pokles vydrží dlouhodobě. Grelin mimo jiné ovlivňuje pocit hladu skrz hypothalamus, kde sídlí centrum sytosti. Jeho nízká hladina při restrikcii stravy tak způsobuje, že pacienti nemají úporný pocit hladovění. Rovněž se pravděpodobně rychleji vyprazdňuje žaludek a do tenkého střeva odchází ne zcela natrávená strava, která zároveň stimuluje receptory v horní části žaludečního traktu, v dvanácterníku a horní části tenkého střeva, kde jsou další receptory ovlivňující meta-



Foto: archiv prof. Mojmíra Kasalického

ZAJÍMAVÉ PRACOVÍŠTĚ

bolismus inzulínu a slinivky. Tím dochází ke zlepšení inzulínové rezistence i příznivému ovlivnění hormonů tenkého střeva, které působí na metabolismus slinivky a zlepšuje se tak diabetes mellitus 2. typu, potažmo ho lze touto cestou téměř vyléčit. Oproti zahraničí držíme v tomto směru přímát – *sleeve gastrectomy* se v rámci všech bariatrických výkonů obecně ve světě pohybují kolem 8–9%, zatímco u nás jsou prováděny ve 35% případech.

Žaludeční bypass a biliopankreatická diverze

K dalším kombinovaným metodám patří žaludeční bypass (restriktivně malabsorbční metoda). Principem je přerušení žaludku těsně pod napojením jícnu na žaludek, pod kardií, kde se vytvoří malá kapsa o velikosti 25–30 ml a na tu se principem *Roux-en-Y* anastomózy napojí tenké střevo. Nevýhodou této operace je, že zaslepený zbytek žaludku zůstává ponechaný v dutině břicha, takže je nepřístupný dalším intervencím.

Čistě malabsorbční metodou je biliopankreatická diverze (BPD),

kteřá má dva typy – klasická dle Scopinara (BPD/S), nebo typ duodenálního switchu (BPD/DS). To je metoda, která odstraňuje dvě třetiny žaludku buď systémem resekcce 2. typu, nebo metodou *sleeve gastrectomy*, kdy se přerušuje dvanácterník za pylorem a našívá se klička tak, aby docházelo k míchání žluči a tráveniny 50–80 cm od konce. Cesta při trávení tuků a cukrů je tak velmi zkrácena.

Zatím ve stadiu klinických zkoušek je metoda **gastrické stimulace**, která je efektivní jen u některých pacientů.

Endoskopické postupy – uplatnění intragastrického balonu

Zbývá snad ještě popsat poslední z možných postupů, kdy jde ale ve skutečnosti jen o dočasnou pomůcku k hubnutí. Pacient si zárok hradí sám (stojí kolem 35 tisíc korun) a doporučuje se ke snížení hmotnosti, ideálně například o 10–15 kg před operací ke snížení rizika. **Intragastrický balon** může najít uplatnění i u lidí, kteří mají pouze nadváhu (např. BMI 30), chtějí zhubnout a jsou ochotni si za to zaplatit. Jak ale



Foto: Leoš Chodura

upozorňuje profesor Kasalický, předpokladem je absolutně zdravý žaludek, bez předchozí operace v oblasti epigastria. Těchto metod je mnoho – balony mohou být plněny fyziologickým roztokem nebo vzduchem. Uvedenou metodou se ovšem zabývají jen některá pracoviště.

Řešení diabetu pomocí bariatrie a EB

Podle profesora Kasalického byla možnost ovlivnění diabetu 2. ty-

pu skutečně potvrzena v rámci několika klinických studií – největší soubor vychází od profesora Nicolý Scopinara z Janovské univerzity. V jeho souboru nemocných, kteří se podrobili biliopankreatické diverzi, došlo k vyléčení DM2 ve 100% případů. Podle slov Mojmíra Kasalického je to ovšem za cenu velkého zásahu do zažívacího traktu, takže se začínají zkoušet jiné metody. Ukázalo se však, že všechny bariatrické metody u obézních pacientů, kteří mají

BMI vyšší než 40 a mají jako komorbiditu DM2, vedou po redukci 20 až 30 kg hmotnosti ke zlepšení diabetu nebo i k jeho úplnému vyléčení. I v souboru pacientů-diabetiků Chirurgické kliniky 2. LF UK a ÚVN došlo po *sleeve gastrectomy* během 24 měsíců v 70–71% případů k vyléčení a ve 29% ke zlepšení nemoci. U malabsorbčních operací údajně efekt nastupuje dokonce mnohem rychleji, uvádí se rozmezí několika týdnů.

Přišlo se na to vlastně empiricky, když po bariatrických výkonech u obézních diabetiků došlo k výraznému zlepšení diabetu 2. typu ještě před tím, než významně zredukovali svou hmotnost – nemohlo to tedy být v korelaci s váhovým úbytkem. Proto se začalo tímto směrem pátrat a nyní jsou podobně zaměřeny i další studie, jež se týkají například podrobnější identifikace receptorů v tenkém střevě.

Zdá se, že půvab bariatrie již nespočívá jen ve vylepšení zevnějšku, ale i v přesvědčivých postupech založených na důkazech a její další vývoj může přinést ještě mnohá překvapení.

Jaroslava Sládková

Inzerce A111010793

6. ročník celostátního projektu **NEMOCNICE ČESKÉ REPUBLIKY 2011**, zaměřeného na zvyšování kvality a efektivity služeb pacientům v nemocnicích (fakultní, krajské a městské). Sledování a hodnocení probíhá v těchto strategických oblastech:

FINANČNÍ ZDRAVÍ
MOTIVOVANÍ ZAMĚSTNANCI
SPOKOJENÍ PACIENTI
EFEKTIVNÍ PROCESY

NEJLEPŠÍ NEMOCNICE

Průzkumy „Spokojenost pacientů“ a „Spokojenost zaměstnanců nemocnic“
hlasujte od 1. března do 31. října 2011
(detaily viz www.nejlepsi-nemocnice.cz)

hlavní partneři		sponzor hlavního úseku		finanční partneři		sponzor		marketingoví partneři	
odborní partneři		partneři		hlavní mediální partneři		hlavní odborní partneři		realizační partneři	

Slovenští zdravotníci hrozí stávkou

Zástupci slovenských lékařů, sester, zubařů, lékárníků a dalších více než deseti profesních organizací se shodli na společném postupu proti připravovaným krokům vlády.

Pokud od kabinetu nezískají do 15. června záruky, že do zadluženého zdravotnictví půjde více peněz (zvýšením platby za státní pojištění, zrealněním plateb zdravotních pojišťoven a celkovým dofinancováním resortu), jsou připraveni vstoupit do dvouhodinové celostátní stávky.

Dlouhodobé upozorňování

„Jestliže naše požadavky nebudou splněny, přistoupíme k nátlakovým akcím. To znamená, že všichni na dvě hodiny přeručíme práci,“ potvrdil předseda Slovenského odborového svazu zdravotnictví a sociálních služeb (SOZZSS) Anton Szalay. Poté podle něho bude následovat podávání hromadných výpovědí. Těmi již v březnu pohrozilo Lekárske odborové združenie, svaz se jej nyní chystá plně podpořit.

Na neúnosnou situaci v resortu slovenští zdravotníci upozorňují již delší čas – v březnu na hodinu uzavřeli své ordinace ambulantní specialisté, v květnu pak před sídlem Národní rady SR protestovaly sestry. „Všechny profesní organizace přijaly společné požadavky, a to dofinancování zdravotnictví na rok 2011 tak, aby byla zabezpečená dostupná a kvalitní zdravotní péče pro občany, zvýšení plateb za státní pojištění v roce 2012 na 5,5 procenta a zrealnění plateb



zdravotních pojišťoven, aby bylo zabezpečeno adekvátní finanční ohodnocení zdravotníků,“ shrnul prezident Lekárskeho odborového združenia Michal Polician.

Směšné navýšení

Podobně jako české zdravotnictví čká i to slovenské řada změn. Ministr Ivan Uhliarik (KDH) kvůli nim čelí protestům nejen ze strany zmíněných zdravotníků, ale také pacientů a nemocnic.

Zástupci pacientů i někteří odbor-

níci upozorňují, že „účet za zadlužené zdravotnictví“ ministerstvo předloží právě nemocným. Zvýšit se mají doplatky za léky, poplatky ve zdravotnických zařízeních nebo odvody na zdravotní pojištění. Navíc se od léta začne rušit 150 nemocničních oddělení a 4 tisíce lůžek. Ministerstvo zdravotnictví si od tohoto kroku slibuje zlepšení finanční situace nemocnic.

Proti plánované restrukturalizaci se však postavili lékaři, jimž hrozí, že ztratí práci, i samotná zdra-

voznická zařízení, která přijdou o část zdrojů svých příjmů. Některé zdravotní pojišťovny se sice chystají od července zvýšit cenu za ukončenou hospitalizaci, ale jen na vybraných odděleních. Konkrétní údaje resort tají, podle slovenských médií by se však navýšení plateb mělo pohybovat okolo 3–5%, což je podle zástupců nemocnic nedostatečné. „Zdravotní pojišťovny dnes pokrývají naše náklady přibližně z 55 až 60 procent. I na těch nejvyšších úhradách proděláváme 15 procent. To je důvod, proč se nemocnice zadlužují. Hovořit o 3–5procentním navýšení je směšné,“ reagoval viceprezident Asociácie nemocnic Slovenska Peter Ottinger.

Omezení dostupnosti péče

Ačkoli se má k rušení lůžek ve slovenských nemocnicích přistoupit již za měsíc, zatím nikdo přesně neví, kterých zařízení by se to mělo týkat. Ministr má sice podle svých slov připravený seznam, nemocnice ani některé zdravotní pojišťovny jej však k dispozici nemají. „Nevědí o tom ani nemocnice, ani pacienti, ani lékaři. Je to velmi náhlé a radikální rozhodnutí,“ komentoval chystanou restrukturalizaci lůžek bývalý ministr zdravotnictví Richard Raší (Smer).

Proti rušení lůžek a oddělení podepisují pacienti i zdravotníci petice. Lidé se bojí, že se jim zdravotní péče příliš vzdaluje. Pacienti totiž budou muset cestovat do vzdálenějších nemocnic, navíc si budou muset na některé úkony připlácet. Předseda SOZZSS Anton Szalay však upozorňuje, že zhoršení v dostupnosti zdravotní péče nemocní pociťují již dnes, a proto je podle něho otázkou, jak bude řešena finančně nákladná léčba například onkologických pacientů.

Kromě rušení lůžek a oddělení má ministerstvo zdravotnictví také v plánu převést nemocnice na akciové společnosti, klást důraz na jednodenní chirurgii, zlepšit revizní činnost zdravotních pojišťoven, elektronizaci zdravotnictví nebo snížení cen léků na druhou nejnižší úroveň v rámci Evropské unie.

Přehledy o generické preskripci

Velmi diskutovanou součástí připravované reformy slovenského zdravotnictví je i generická preskripce, jež se má týkat asi 40% léčiv. Lékárník bude mít ze zákona povinnost na základě předepsané účinné látky nabídnout pacientovi nejlevnější preparát. Člověk bude moci zvolit lék s vyšším doplňkem. Napsat na recept konkrétní název přípravku bude možné jen v odůvodněných případech. „Předpokládáme, že tak jako v jiných zemích, kde generickou preskripci zavedli, dojde i u nás v důsledku snižování cen léků k výrazným úsporám,“ uvedla tisková mluvčí ministerstva zdravotnictví Katarína Zollerová s tím, že změna ve způsobu předepisování léčiv je zároveň protikorupčním opatřením. Lékaři však proti úpravě preskripce ostře protestují. Tvrdí, že dojde k narušení důvěry mezi nimi a pacienti. Slovenská lékařská komora dokonce začala šířit petici, již podepsalo na 3600 lékařů.

Ministerstvo zdravotnictví zareagovalo další úpravou návrhu – aby lékaři měli přehled, jaké přípravky lékárníci jejich pacientům vydali, budou jim zdravotní pojišťovny každý měsíc zasílat výpis těchto léků. „Tímto krokem jsme odstranili hlavní výhradu ze strany lékařů ke generické preskripci,“ doplnila Katarína Zollerová. (Zdroje: Pravda, SME) Květa Havlová

Německo má nového ministra zdravotnictví

Němečtí liberálové (FDP) v tichosti vyměnili osobu spolkového ministra zdravotnictví – namísto 38letého Philippa Röslera (původní profesí lékaře) do této funkce dosadili 35letého ekonoma Daniela Bahra.

Daniel Bahr se sice původně věnoval práci bankovního úředníka, ale později se v parlamentu začal zabývat zdravotnictvím a navazující sociální oblastí. Na ministerstvu zdravotnictví nyní pokračuje v záměrech přichystaných jeho stranickým kolegou.

Lékaři vs. pojišťovny

Připravena je například novella předpisů, která zpřísní stan-

dardy nemocniční hygieny, dále má také vzniknout zákon o právech pacientů, avšak nejvíce se v současné době diskutuje o zákonu ke strukturálnímu zajištění zdravotní péče – lékařské organizace i pojišťovny k němu mají kritické připomínky. Vedení ministerstva zdravotnictví chce touto normou mimo jiné zajistit vyrovnanější síť ordinací ve všech regionech.

Lékařská komora přitom tlačí na politiku s cílem alespoň částečně uvolnit pravidla pro povolování nových prací (nyní existují tzv. směrná čísla, podle nichž zástupci lékařů spolu se svazem pojišťoven schvalují nové ordinace). Zatímco komora trvá na tom, že lékařů je celkově nedostatek, svaz veřejnoprávních pojišťoven opakovaně zdůrazňuje opačný názor.

Okamžité starosti

Nový ministr se ovšem hned po svém nástupu do funkce musel vypořádat nejen s věčnými hádkami mezi lékaři a pojišťovnami, ale je také nucen urychleně řešit závažnou nákladu *E. coli* ohrožující obyvatelstvo. A aby starostí nebylo málo, ke 30. červnu v Německu zanikne pojišťovna City BKK. O ukončení jejího provozu rozhodl spolkový úřad pro pojištění z dů-

vodu její nesolventnosti a ministerstvo nyní naléhá na pojištěnce, aby si rychle zvolili náhradní pojišťovnu, jinak jim ji vybere jejich zaměstnavatel, důchodová pojišťovna (u seniorů) nebo úřad práce (u nezaměstnaných). Krach City BKK zjevně otřásl částí obyvatelstva i ostatními pojišťovnami – ty byly v minulosti zvyklé, že jim občasné finanční problémy pomůže vyřešit společný fond svazu pojišťoven, nyní se obávají toho, že by úřad pro pojištění mohl razantně urychlit zánik i dalších těchto institucí (všeobecná pojišťovna AOK je na tom zatím dobře – za první čtvrtletí má zisk přes půl miliardy eur).

(Zdroj: MZ SRN)

Vladimíra Bošková

WHO: O osudu viru neštovic se rozhodne za 3 roky

Rozhodnutí, kdy budou zničeny poslední známé vzorky viru pravých neštovic, bylo odloženo o další 3 roky. Informovala o tom Světová zdravotnická organizace (WHO). Debata o možném zničení vzorků probíhá bez konkrétního výsledku již několik desítek let.

Právě otázka případného zničení viru pravých neštovic rozdělila letošní Valné shromáždění WHO, jež probíhalo v druhé polovině května v Ženevě. Zatímco část zemí v čele s Íránem požadovala okamžité zničení vzorků, Spojené státy americké a Ruská federace, v jejichž laboratořích se virus neštovic nachází, chtěly rozhodnutí o osudu vzorků odložit o dalších 5 let. Shromáždění nakonec rozhodlo o tříletém odkladu.

Rozumná doba

Zastánci zničení viru argumentovali především obavami, že se vzorky dostanou do nepravých rukou, a skutečností, že současná technologie nevyžaduje pro vyvinutí účinné vakcíny živý virus. Podle Spojených států je však třeba pro výzkum očkovací látky proti pravým neštovicím, jež byly eradikovány před více než 30 lety, dalších bádání. Na jejich stranu se nakonec přidalo 27 zemí, opozici k návrhu o prodloužení doby,

než bude virus zničený, tvořilo pouze 7 států v čele s Íránem. „Odcházíme z jednání spokojeni, volání po okamžitém zlikvidování vzorků viru našťástí nakonec nebylo vyslyšeno,“ komentoval debatu zástupce amerického ministerstva zdravotnictví Nils Daulaire. „Za posledních deset let jsme učinili skutečně významný pokrok ve výzkumu viru. Myslíme, že 3 roky, o něž se rozhodnutí o osudu vzorků odloží, jsou rozumnou dobou,“ doplnil.

Nils Daulaire odmítl spekulovat o důvodech, které Írán vedly k požadavku na okamžité zničení viru pravých neštovic, Íránští delegáti odmítli jakýkoli kontakt s tiskem. „Vyzvali jsme všechny země, aby potvrdily, že v laboratořích nemají žádné vzorky viru pravých neštovic, případně že všechny vzorky, jež v minulosti měly, byly zničeny. Írán na výzvu nereagoval,“ poznamenal Daulaire. Debata o zničení viru pravých neštovic probíhá již více než 25 let. Vzorky jsou v současnosti v držení laboratoří v USA a v Rusku, které i přes probíhající studenou válku spolupracovaly na vymýcení této závažné choroby.

(Zdroj: Reuters)

(kha)

UNICEF zveřejnil ceny vakcín

Ve snaze snížit cenu očkovacích látek pro děti se Dětský fond OSN (UNICEF) rozhodl uveřejnit na internetu cenu, za niž vakcíny nakupuje.

Organizace doufá, že přinutí farmaceutické společnosti v rámci konkurence přehodnotit ceny očkovacích látek. Na svých internetových stránkách proto zveřejnila částky, za něž od jednotlivých výrobců nakoupila vakcíny v posledních 10 letech. Proti kroku UNICEF se již ohradily některé farmaceutické společnosti.

Leptší vyjednávací pozice

Dětský fond však deklaroval, že je rozhodnutý uveřejňovat ceny léků i v budoucnu. Doufá, že trans-

parentnost donutí jejich výrobce snížit částky, za něž léky nakupuje, a že se mu tak podaří zajistit očkování více dětem. „Transparentnost navíc zajistí partnerům UNICEF a vládám, jež nakupují vakcíny ze svých rozpočtů, více informací a tím pádem i lepší pozici při vyjednávání s výrobci,“ domnívá se Shanelle Hallová z UNICEF.

Organizace v loňském roce utratila 750 milionů dolarů za 2,5 miliardy dávek očkovacích látek pro děti v 99 zemích. Podařilo se jí tak

zajistit imunizaci pro 56 % světové dětské populace.

Krok vpřed

Seznam dodavatelů léčiv a jejich cen, který UNICEF uveřejnil, ukazuje velké rozdíly mezi cenami, za něž léčiva prodávají západní farmaceutické společnosti, a cenami, které organizaci účtují indičtí či indonéští výrobci. Zatímco některé léky kvůli vstupu nových společností na trh zlevnily, ceny jiných neustále rostou. Například ceny za vakcíny proti dětské obr-



Ilustrační foto: usaid.gov

ně, tetanu nebo spalničkám se od roku 2001 téměř zdvojnásobily. Některé očkovací látky, především ty, které vyrábí více společností a jsou na trhu již delší dobu, patří k poměrně levným – jedna dávka se pohybuje v řádu několika centů. Existují ovšem i vakcíny, u nichž se může cena jedné dávky vyšplhat až na 3,5 dolaru. U některých nemocí se navíc očkování musí opakovat.

Daniel Berman z organizace Lékaři bez hranic označil uveřejnění seznamů cen léčiv ze strany UNICEF za „skutečný krok vpřed“. „Pokud organizace a vlády nakupující vakcíny budou mít přístup k takovému druhu informací, budou moci nakupovat od výrobců, kteří očkovací látky prodávají za nižší ceny,“ uvedl Daniel Berman.

(Zdroj: AP)

(kha)

Chudší státy investují do dětí více než bohaté

Úroveň péče o dětské pacienty v Africe nesouvisí s ekonomickým postavením států. Vyplyvá to z nového výzkumu.

Zatímco relativně bohaté státy s ropnými nalezišti jako Súdán nebo Angola skončily ve zdravotní a sociální péči o nejmenší na konci pomyslného žebříčku, chudé země včetně Mozambiku, Tanzanie nebo Nigera obsadily přední místa.

Rozdíl mezi skutečností a proklamacemi

Autoři výzkumu s názvem African

Child Policy Forum (ACPF) se zaměřili především na porovnání částek, které vlády jednotlivých afrických států vydávají ze svých rozpočtů na péči o děti. Chtěli tak zjistit, jak se zemím daří plnit stanovený cíl zlepšení výživy dětí a zdravotní a sociální péče o ně.

Většina států nejněchudšího kontinentu však navzdory slibům poskytuje na péči o děti či jejich vzdělá-

vání ze svého rozpočtu v průměru 4–6 procent.

„Musím přiznat, že jsme byli výsledky velmi znepokojeni. Je velký rozdíl mezi tím, co pro děti v Africe slibujeme udělat, a tím, co pro ně skutečně děláme,“ komentoval výzkum ACPF jeden z jeho hlavních autorů David Mugawe.

(Zdroj: Reuters)

(kha)

ZAHRANIČÍ

Polsko musí zaplatit odškodnění

Evropský soud pro lidská práva ve Štrasburku nařídil polské vládě vyplatit odškodnění ve výši 45 tisíc eur ženě, jíž lékaři odmítli i přes podezření na genetickou vadu plodu provést odpovídající vyšetření.

Podle soudu došlo k porušení Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a svobod zakazující mučení a nelidské či ponižující zacházení. Žena, která v případě vypustovala pod iniciálami RR, otěhotněla v roce 2002. Při ultrazvukovém vyšetření v 11. týdnu těhotenství lékař pojal podezření, že dítě trpí Turnerovým syndromem. RR proto požadovala další vyšetření včetně amniocentézy a následných genetických testů, to však gynekolog odmítl. Během následujících 8 týdnů se se stejnou reakcí setkala u dalších 16 lékařů. Důvodem pro odmítnutí byla skutečnost, že na základě výsledků testů by žena mohla žádat o potrat.

Žena sice nakonec amniocentézu a genetická vyšetření podstoupila, výsledek potvrzující Turnerův syndrom u plodu však obdržela až ve 24. týdnu těhotenství. Její žádost o interrupci pak byla zamítnuta s tím, že plod je již natolik životaschopný, že by lékaři zákrokem porušili zákon. RR nakonec skutečně porodila dceru s Turnerovým syndromem. Léčiva na tuto nemoc jsou v Polsku hrazena ze zdravotního pojištění jen částečně, rodina se tak ocitla v těžké sociální situaci. Ženu navíc opustil manžel a ona zůstala sama se třemi dětmi.

Ponižující zacházení

RR se obrátila na soud v Polsku, který jí přikl odškodnění ve výši cca 400 tisíc Kč. S podporou organizace zabývající se právy žen pak podala žalobu i k Evropskému soudu pro lidská práva. Ten dospěl k závěru, že žena kvůli chování polských zdravotníků dlouhodobě prožívala pocity nejistoty a strachu, navíc v období těhotenství, což podle soudců odpovídá utrpení spojenému s krutým a ponižujícím zacházením.

Podobný případ se v Polsku odehrál před několika lety, kdy Evropský soud pro lidská práva nařídil vládě odškodnit ženu, jíž lékaři odmítli provést potrat, ačkoli jí po porodu hrozila ztráta zraku.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

ZAHRANIČNÍ ZKUŠENOST

Německá byrokracie?

Pohádka o kohoutkovi a slepičce

MUDr. Karel Dvořák vyjel na první pracovní zahraniční stáž před dvěma lety do Frankfurtu nad Mohanem. V laboratorní práci mu učarovalo špičkové vybavení pracoviště, ocenil administrativní výpomoc nižšího zdravotnického personálu i „sportovnější“ přístup ostřílených lékařů k začínajícím kolegům.

V jakém oboru a na kterém pracovišti nyní působíte?

Pracuji na 4. interní klinice 1. lékařské fakulty UK a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, věnuji se gastroenterologii a hepatologii.

Kdy a jak dlouho jste působil v Německu? Co bylo vaší prvotní motivací k práci v zahraničí?

V letech 2008 a 2009 jsem rok pracoval na univerzitní klinice ve Frankfurtu nad Mohanem. Mojí motivací bylo zkusit si práci v zahraničí, zjistit jak to funguje na špičkovém německém pracovišti a něco se tam naučit. Dále také poznat život v moderním evropském velkoměstě a v neposlední řadě oprášit od maturity nepoužitou němčinu.

Na jaké pracoviště a jakou pozici jste odešel?

Na interní kliniku Univerzity J. W. Goetheho ve Frankfurtu nad Mohanem, jako pracovník klinického výzkumu. Moje působení zahrnovalo zejména práci v laboratoři, různé analytické metody, jako je western blot, PCR, sekvenování DNA, mikro-RNA, práce s buněčnými kulturami a lyzáty buněk. Činnost to byla od mé dosavadní pozice dosti odlišná, v Praze jsem do té doby v laboratoři nepracoval.

Naplnily se vaše představy a očekávání, s nimiž jste do Německa odcházel?



Foto: Leoš Chodura

Nějaké výraznější představy jsem před odjezdem neměl, laboratorní prostředí pro mě bylo úplně nové. Podmínky k práci však byly výborné – dostal jsem vše potřebné, od vlastního pracovního místa s počítačem až po zvýrazňovače a jiné kancelářské potřeby.

Musel jste při přechodu na zahraniční pracoviště řešit nějaké administrativní problémy?

Německo je známo svou byrokracií, což se potvrdilo hned první den. Založit si německý účet a přihlásit se k pobytu zdaleka nebylo tak jednoduché. Připadal jsem si jako v bajce o kohoutkovi a sle-

pičce. Když jsem chtěl získat jedno potvrzení, vždy po mně chtěli nějaké další, a abych jej mohl získat, potřeboval jsem zase to první. Trvalo mi asi týden, než jsem se z tohoto bludného kruhu dostal. Potom už jsem však po zbytek pobytu žádné další potíže neměl.

Dostal jste se k jiným, pro vás novým odborným problémům, léčebným postupům, přístrojům?

Na klinice, kde jsem působil, jsou prováděny i transplantace jater, což s sebou přináší specifickou problematiku. K dispozici tam bylo rovněž několik diagnostických

přístrojů, které u nás nemáme: špičková ultrazvuková technika či takzvaný FibroScan, tedy zařízení k neinvazivní diagnostice jaterní fibrózy.

Jak vás přijali německí kolegové? Zažil jste nějakou negativní zkušenost spojenou s tím, že pocházíte z Východu?

Myslím si, že mě přijali jako standardního cizince. To, že jsem z Česka nebo z východní Evropy, nehrálo žádnou roli. Jsou zvyklí na pracovníky z celého světa, většinu výzkumu tam dělají cizinci. Klima na pracovišti je celkem přátelské, rozhodně maximálně korektní. Všichni jsou vstřícní a nikdo vám neodmítne pomoci. Večer tam ale na pivo se šéfem nepůjete, hierarchie je jasně daná.

Přístup nadřízených k zaměstnancům byl tedy bezproblémový?

Přednosta kliniky se vždy snažil vytvořit všem co nejlepší podmínky k práci. Velmi se tam dbalo na teoretický a praktický rozvoj mladých lékařů. Zažil jsem, že lékař a lékařka, kteří na kliniku nastoupili přímo po škole, byli přiděleni na ultrazvuk břicha, aby se jej po-

řádě naučili. To by se u nás nikdy nestalo. Tady se má za to, že si mladý lékař musí nejprve odpracovat několik let na oddělení, a teprve poté je mu umožněno naučit se něco dalšího.

Narazil jste na jazykové bariéry, například v odborné mluvě?

Výborná znalost jazyka je pro lékaře klíčová, pacienti ovšem vždy projevovali ochotu domluvit se, když poznali, že nejsem roditelý mluvčí. V lékařské hantýrce se také hodně používají zkratky a trvalo mi určitou dobu pochopit, co znamenají.

Jakým způsobem probíhá komunikace s pacienty – je hodně odlišná od naší praxe?

Komunikace s pacienty je vcelku podobná. Němci se možná více ptají, lékaři tam však zase mají větší autoritu.

V čem vidíte největší rozdíly mezi prací lékaře v nemocnici v Česku a v Německu? Lze například srovnat četnost služeb, počet zaměstnanců na oddělení či ve službě, platové podmínky co do kupní síly...?

Lékaři jsou v Německu bohatí a respektovaní lidé, i ti mladí si mohou dovolit platit drahý nájem nebo koupit nové auto. Ráno po službě chodí domů – musí. Maximálně mohou dělat něco, co vůbec nesouvisí s pacienty, například práci v laboratoři. Počet lékařů a sester na oddělení se v zásadě neliší od našich zvyklostí, ale administrativu lékařům usnadňují k tomu určené pracovníci. Propouštěcí zprávy se diktovaly na diktafon, k tomu určená úřednice je pak přepisovala a zajišťovala i další administrativu spojenou například s pojišťovnamy.

Jak se vám v Německu celkově žilo?

V Německu jsem se cítil velice dobře, sžít se s tamní mentalitou a životním stylem mi nedělalo žádné problémy. Dokonce bych řekl, že německá mentalita není od té české zas tak odlišná.

Jak byste tuto svou zkušenost shrnul a co jste si z ní odnesl pro svou další praxi? „Přivezl“ jste si zpět například jiné postupy, metody či styl práce s pacienty?

Některé postupy a přístup k pacientům jsou lokální a nepřenosné, ale celkově se mi potvrdilo, že pacienti jsou všude stejní a jejich nemoci se také chovají a léčí stejně. Vyjet do zahraničí je zkušenost, která za to rozhodně stojí, a doporučoval bych ji každému.

Petra Klusáková

Řecko se učí od Německa

Ministerští předsedové Řecka a SRN podepsali dohodu o vzájemné spolupráci, včetně oblasti zdravotnictví.

Letos odstartoval program spolupráce pod názvem „Klinické partnerství“ s výhledem až do roku 2013.

Německé know-how

Cílem tohoto programu je zlepšit v řeckém zdravotnickém systému kvalitu zdravotní péče pomocí německého know-how. V obou zemích

byla vybrána zdravotnická zařízení, jejichž odborníci se zaměří na stanovené oblasti. Například německá klinika v Marburgu a univerzitní klinika Ioannina (v hlavním městě řeckého správního regionu Epirus) se společně zaměří na hygienické standardy, organizaci operací či na patient management system.

K hlavním bodům spolupráce ve zdravotnictví dohodnuté na úrovni premiérů obou zemí dále patří řízení nemocnic, infekční onemocnění, léky, urgentní medicína a správná léčebná praxe v onkologii. Německo pro řecké zdravotníky zajistí poradenství a kurzy.

(Zdroj: MZ SRN)

(vía)

System zdravotní péče o seniory stále zavání diskriminací

V probíhající mediální kampani zástupci Diakonie Českobratrské církve evangelické upozorňují na řadu mýtů spojených se stárnutím a snaží se je vyvrátit. Jeden z našich největších církevních poskytovatelů zdravotně-sociální péče poukazuje také na problematiku situace v oblasti demence či umírání.



Ilustrace foto: Shutterstock

Senioři představují nejpčetnější skupinu klientů, o něž diakonie ve svých více než třiceti střediscích pečuje. Ke zdravotně-sociálním službám patří hlavně domácí ošetrovatelská služba, ale také hospice ve Valašském Meziříčí. Zdravotní péče je v diakonii podle jejího ředitele Davida Šourka jen doplňkovou činností. Organizace v současnosti zaměstnává asi stovku zdravotnických pracovníků, především sester. Zdravotní aspekt nicméně podle ředitele nelze od povětšinou sociální péče oddělit. „Snažíme se integrovat služby tak, aby si člověk, který je využívá, nemusel žádat jednu organizaci o sociální služby, jinou o zdravotní služby a další o poradenství. Řadu služeb doplňujeme navzájem tak, aby byl poskytnutý komplex přesně podle potřeb seniora,“ říká ředitel Šourek.

Stát si usnadňuje roli

Právě ucelená péče o seniory je ale ve státní sféře zatím spíše abstraktním, prázdňným pojmem. Jak David Šourek upozorňuje, „pokud ministerstvo zdravotnictví a ministerstvo práce a sociálních věcí nejsou schopna se domluvit, stát si tím usnadňuje roli. Navíc se financování stejné péče liší podle toho, zda je poskytována ve zdra-

votnickém, nebo sociálním zařízení. Mělo by se tedy konečně upustit od konkurenčního pojetí a vymyslet ucelený systém péče o seniory.“

Osob nad 65 let v populaci stále přibývá. Do roku 2050 jich v ČR bude kolem tří milionů. Jedním z mýtů o stárnutí české populace je teze, že se jedná o sociální problém. Není tomu tak. „Věkové indexy nevypovídají o skutečné ekonomické závislosti jednotlivých složek populace. Stárnutí populace je historicky zcela ojedinělou záležitostí. Nejde tedy o to, aby vznikla společnost pro ‚staré‘, ale společnost přátelská pro každý věk. Senioři volí, pracují a nakupují, jsou velmi dobrými zákazníky a konzumenty různých typů služeb,“ vyvrací nesprávné pojetí ředitel diakonie.

Obratem v systému péče o seniory by mohl být vznik integrovaných pracovních skupin, tzv. expertního panelu pro problematiku sociálně zdravotní péče, který vznikl při MPSV. Zástupci zdravotní a sociální sféry se zde společně snaží vyřešit vleklý problém kompetence, financí a hranic při poskytování dlouhodobé péče o seniory.

Diskriminace pacientů

Přestože i v poměrně vysokém věku polovina až dvě třetiny senio-

rů uvádí, že se těší zcela uspokojivému zdraví, vyžaduje zdravotní stav řady starších lidí dlouhodobé upoutání na lůžko. Problematika dlouhodobé péče je v Česku jakýmsi evergreenem. „Zákon o sociálních službách sice přinesl určité pozitivní změny v situaci, která byla předtím až neuvěřitelně chaotická, ale v této oblasti k výraznému zlepšení nedošlo. Takzvané ‚další pobyty ve zdravotnickém zařízení ze sociálních důvodů‘ jsou naprosto nefunkční, podfinancované, zatížené neúnosnou a nefunkční administrativou. V zařízeních sociálních služeb jsou sice některé výkony financovány ze zdravotního pojištění, ale není zde implementován komplexní ošetrovatelský proces, chybí tu adekvátní zdravotní dohled. Pacienti v těchto zařízeních, jejichž zdravotní problematika je často velmi komplexní, jsou diskriminováni. Navíc z finančních důvodů z některých zařízení odchází zdravotnický personál. Zákon o sociálních službách sice přinesl některá pozitivita týkající se kvality sociálních služeb, nicméně standardy kvality jsou právě pro problematiku dlouhodobé péče nefunkční a v mnohém nesmyslné, zejména tehdy, jsou-li interpretovány nekvalifikovaně, což mnozí takzvaní inspektoři činí. Dochází tak k absurdním situacím, kdy inspekce požaduje, aby člověk s pokročilou demencí rozuměl smlouvě či požárním směrnicím, samostatně bral léky a podobně,“ upozorňuje na paradoxy při implementaci zákona o sociálních službách předsedkyně České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

Přeměna akutních lůžek zahájena

Standardům dlouhodobé péče se příliš nepřiblížily léčebny dlouhodobé péče, na jejichž alarmující nedostatky poukazují většinou až média ve spojitosti s různými kauzami. Zástupci poskytovatelů hospicové péče zase poukazují na nedostatečnou spolupráci s ne-

mocnicemi. „Když už nám nemocnice pacienta pošle, je to spíš kvůli tomu, aby si nezakázala statistiky úmrtnosti,“ říká David Šourek. Za posledních pět let sice některé nemocnice převedly část akutních lůžek na lůžka následné péče, dosud však šlo spíše o výjimky. Velkou změnu na poli přeměny lůžek by ovšem mělo přinést již letošní léto. Redukce lůžkového fondu a vznik lůžek následné péče je však spíše „znouzectnost“ – resort chce hlavně získat prostředky, z nichž pokryje zvýšení platů zdravotnickému personálu. Asi polovina zrušených lůžek by měla být převedena na lůžka následné péče. Návrhy na přesný počet zrušených a převedených lůžek mají fakultní nemocnice předložit na ministerstvo zdravotnictví do začátku července. „V žádném případě by se nemocnice neměly střežlivě transformovat na jakási oddělení

druhé kategorie, pro akutní péči již nepotřebná. V některých oblastech je zapotřebí zajistit odborné a specializované kapacity v následné a dlouhodobé péči. Tato transformace by však měla vycházet z podrobné analýzy situace. To, co pravděpodobně v některých regionech chybí, jsou zařízení dlouhodobé péče, nikoli však ledajaká, ale kvalitní, zaměřená na určitou problematiku,“ upozorňuje docentka Holmerová.

Positivním obratem směrem k integrované péči o seniory je společný postup resortů zdravotnictví a práce a sociálních věcí. Minister Leoš Heger a Jaromír Drábek v dubnu tohoto roku podepsali „Memorandum o spolupráci na optimalizaci sítě zdravotních a sociálních služeb“. I zde je hlavním cílem „optimalizovat počty lůžek zdravotní a sociální péče na potřeby krajů a celé ČR“. Roztříštěný systém zdravotně-sociální péče musí být sjednocen a koordinovat veškeré aktivity. Pilotní projekt se právě rozjíždí v Jihomoravském kraji.

Petra Klusáková

Situace ve světě

Zahraniční pečovatelské organizace se nejčastěji přiklání k tzv. *nursing homes*, tedy ošetrovatelským domům, které dle typu pojištění poskytují buď krátkodobé rehabilitační nebo dlouhodobé pobyty ošetrovatelského charakteru. Navíc mají své *medical directors* (lékařské ředitele či zástupce), a to přímo kvalifikované v této problematice. V Nizozemsku řadu let existuje lékařská specializace pro ošetrovatelské domy, tzv. *nursing home physician*. V USA je v současné době 9 milionů lidí s potřebou asistence v dlouhodobé péči, 5 milionů lidí mladších 65 let s potřebou LTC (*long-term care* neboli dlouhodobé péče) žije v komunitách. Asi 70 tisíc aktivních pracovníků má těžkou disabilitu a vyžaduje asistenci k tomu, aby si udrželi své povolání a nezávislost. Každý, kdo je zaměstnán (kromě nepracujících důchodců, nepracujících postižených a dětí) a vydělává alespoň 1200 dolarů ročně, se může programu účastnit, výše pojištění činí 120–130 dolarů za měsíc.

Speciální pojistné ve výši 5 dolarů měsíčně je stanoveno pro studenty a nízkopříjmové skupiny. Zákon nazvaný CLASS přináší dobrovolný veřejný program, bez omezení nároku na jeho využívání (zúčastnit se může každý). Finanční prostředky v hotovosti jsou klientovi uvolňovány primárně na komunitní péči, ale je možné z nich hradit i ošetrovatelské domy.

CLASS se stal jedním z hlavních argumentů přijetí celé americké „Obamovy“ reformy zdravotnictví, protože v prvních pěti letech bude jenom akumulovat prostředky a nebude vyplácet žádné dávky. Hlavní výhodou bude zmocnění klienta, aby mohl svobodně rozhodnout, zda dávku uplatní u formálně, či neformálně pečujících institucí (jako je tomu nyní v České republice). Dále se lidem poskytují poradenské služby, které v sobě nesou prvek zaplacení proti riziku potřeby dlouhodobé péče. Program nevyžaduje žádné příjmy z veřejných prostředků a je finančně nezávislý.

(pek)



Foto: archiv Diakonie ČCE

Právo zemřít důstojně není respektováno

„Financování stejné péče o seniory se liší podle toho, zda je poskytována ve zdravotnickém, nebo sociálním zařízení. Mělo by se zde však opustit konkurenční pojetí a vymyslet ucelený systém péče o seniory,“ říká ředitel Diakonie Českobratrské církve evangelické **Mgr. David Šourek**.

Lze necitlivou péčí o umírající, takzvaně za plentou, také považovat za diskriminaci seniorů? Je ideální alternativou hospicová péče, například oproti LDN? Nejsm si jistý, zda přímo alternativou. Hospicová péče znamená doprovázení při umírání, snahou péče v LDN je nezřídka ještě vrátit pacienta do života. Dalším problé-

mem je, že financování stejné péče o seniory se liší podle toho, zda je poskytována ve zdravotnickém, nebo sociálním zařízení. Podle nás by se zde mělo opustit konkurenční pojetí a vymyslet ucelený systém péče o seniory. O tom se nyní hovoří více v rámci připravovaného zákona o dlouhodobé péči. Mluví se o možné redukci lůžek, a tak jsme velmi napjatí, co z toho pro nás vyplyne. Tím, že teď zdravotnická zařízení bojují o pacienty a klienty, nefunguje přílišná dostupnost mezi nemocnicí a hos-

picem. A když už nemocnice pacienta do hospice pošlou, pak jen proto, aby se jim nekazily statistiky úmrtnosti. Zde se tak trochu ukrývá odpověď na vaši otázku – pro seniory to určitým způsobem diskriminující je. Právo umřít důstojně, nemůžu-li umřít v kruhu svých blízkých, s nějakou podporou, je právo, které v nemocnicích není úplně respektováno.

Jakým způsobem probíhá vaše spolupráce s Českou Alzheimerovskou společností?

Týká se specializovaných zařízení nazvaných Vážka, určených pro lidi s demencí. Vznikala ve spolupráci právě s Alzheimerovskou společností a jsou jí také akreditována jako specializovaná zařízení.

Jak vnímáte takzvanou ordinaci turistiku seniorů?

Má několik příčin. Jednak to náš systém umožňuje, tak proč to nevyužít. Jednak si důchodce jde do čekárny zadarmo popovídat, zatímco kdyby šel do denního staci-

onáře, který je registrovanou sociální službou, musel by platit. Trochu to sice řeší regulační poplatky, ale otázkou je, zda právě ony jsou tou správnou cestou. Problém vnímáme i v tom, že hodně seniorů v Česku pořád ještě není ochotno za sociální služby platit. Taková myšlenka se jim přičítá, byt dostávají příspěvek na péči. To vede k tomu, že hledají alternativní variantu, která je jim umožněna – čekárna lékaře je spíš sociální záležitostí než otázkou nemoci.

(klu)

Příběhy zdravotně-sociální péče Diakonie Českobratrské církve evangelické

Spolu až do konce aneb Příběh manželů H. (příběh z hospice)

Paní H. byla přijata na hospicové lůžko se zhoubným novotvarem štítné žlázy. Její zdravotní stav byl stabilizovaný, paní H. se sama najeďla, v lůžku se posadila, zazvonila, když něco potřebovala. S péčí byla spokojená, stále se usmívala. 50 kilometrů odsud však po ní doma tesknili její manžel. Postupem času se zdravotní stav paní H. zhoršoval, přestala spolupracovat s ošetřovateli, špatně se orientovala a podobně. Manžel a rodina za ní pravidelně přicházeli. Před Vánocemi byl přijat manžel paní H., původně jen na několik dní, aby strávili vánoční čas spolu. Již zůstal.

Paní H. musela být na krátký čas hospitalizována v nemocnici pro akutní zhoršení stavu, jež nesouviselo se základním onemocněním. Mezitím manžel čekal v hospici a odloučení nesl těžce. Hospic mu nabídl odvoz do nedaleké nemocnice. Choť paní H. natrhal cestou kytičku. Okamžitě jej poznala a byla to pro oba slavnostní chvíle. Obrázek staršího muže u lože své umírající ženy se navždy vryje do paměti. Po návratu paní H. z nemocnice jim byl dopřán ještě krátký čas, ale manželčin zdravotní stav se dále zhoršoval. Na sklonku života většinu dní prospala, až v klidu, bez bolestí a v přítomnosti manžela zesnula.

Pan H. zůstal ještě několik měsíců v hospici na respitním lůžku – doma by se bezprostředně cítil sám, opuštěný. Když se uvolnilo místo v domově pro seniory v blízkosti bydliště, rozhodl se tam nastoupit. Po pár dnech se pak již mohl vrátit do vlastního domku, kde měl své zázemí. Svým novým přátelům v hospici udělal radost, když je po čase ještě několikrát navštívil.

Průvodkyně na cestě (z programu pro lidi s duševním onemocněním)

Na program, který pomáhá lidem s duševním onemocněním se zapojením do běžného života, se obrátila dcera paní Marty. Paní Marta žila ve svém domku na venkově. Po smrti manžela se však její zdravotní stav zhoršil. Byla hospitalizována v psychiatrické léčebně a po propuštění nebyla schopna bydlet samostatně. Přestala se stýkat s přáteli a sousedy, cítila se osamělá. Jak sama říká, neuměla se smát ani brečet, neměla chuť k jídlu, začala hubnout. Proto dcera navrhla, aby se matka přestěhovala na čas k ní do města.

U dcery se paní Marta zapojovala do péče o domácnost a o vnoučata. Chtěla však dělat něco také pro sebe – chodit na procházky, venčit psa, občas zajít na kávu nebo na koncert country hudby, kterou má ráda. Dobrovolnice Alena, se kte-

rou se paní Marta seznámila, byla klidná a mírné povahy. Společně se scházely každý týden po celý rok. Chodily na procházky a povídaly si. Marta oceňovala, že Alena je iniciativní a přiměje ji k různým aktivitám. Marta navíc začala docházet do stacionáře Diakonie, kde se účastnila denní psychologické skupiny. Často o svých pocitech mluvila s dobrovolnicí a byla ráda,

že tak může sdílet změny, které aktuálně prožívala.

Marta začala být veselejší, výřečnější, opět přibývala na váze. Při jedné dlouhé procházce přišla řeč i na to, zda Marta Alenu ještě potřebuje. Když pak Marta poprvé odvolala společnou schůzku s omluvou, že čeká návštěvu a musí péct a vařit, byl to další signál, že se zřejmě vrací k původnímu životu. Br-

zy poté se přestěhovala zpátky do svého domku na venkově. Obnovila kontakty s příbuznými a sousedy, znovu začala pečovat o zahrádku a přijímat návštěvy. Dnes už si Marta dokáže poradit sama. Ale určitě si někdy s Alenou zavolají – zůstávají přítelkyněmi. Dobrovolnice se pro Martu stala průvodkyní na cestě – na cestě zpátky domů.



Ilustrační foto: Shutterstock

Dochází k diskriminaci těch nejkřehčích pacientů

Předsedkyně České gerontologické a geriatrické společnosti ČLS JEP doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D., upozorňuje na nedostatečnou kvalitu péče o dlouhodobě nemocné pacienty, nekoordinovaný postup resortu při převodu lůžek z akutních na následná a možnost lékařů vzdělávat se v oboru medicíny dlouhodobé péče.

Jste členkou expertního panelu pro sociálně-zdravotní péči při MPSV. Proč vznikl?

Na potřebu řešit problematiku dlouhodobé péče jsme již dlouho upozorňovali při jednáních Rady vlády pro problematiku seniorů. V České republice již neúnosně dlouho trvá situace, kdy se zdravotnictví zaměřuje téměř výhradně na akutní zdravotní péči a sociální služby s komplexní zdravotní problematikou prakticky nepočítají. Dochází k několikeré diskriminaci těch nejkřehčích pacientů – lidí s omezenou soběstačností, a to v současné době zejména v důsledku chronických onemocnění. Dlouhodobá péče se však netýká jen těchto onemocnění a jen starších lidí; jsou stavy, kdy je potřeba i v mladším věku, například u lidí po poraněních mozku, s chronickými neurodegenerativními onemocněními či po cévních mozkových příhodách.

Čím se panel v současné době zabývá?

Expertní panel vznikl rozhodnutím tehdejšího vicepremiéra a ministra práce a sociálních věcí Petra Nečase a jeho činnost pokračovala i za dalších ministrů. Jedná se v podstatě o dobrovolnický poradní sbor složený z různých expertů na danou problematiku. Protože jsme chtěli přejít od diskusí ke konkrétnějším podkladům, připravily jsme s kolegyněmi Monikou Válkovou a Marií Korejsovou diskusní materiál, který poskytuje ucelený pohled na problematiku dlouhodobé péče v našem regionu. Materiál je k dispozici i na webu ministerstva práce a sociálních věcí. Magistra Válková za MPSV pokračuje s magistrem Roubalem za MZ na zpracování dat k problematice dlouhodobé péče. Je až neuvěřitelné, jak málo pozornosti bylo této problematice dosud věnováno. Přitom jde o velké téma, pro jehož řešení by měla být nalezena politická vůle a konsensus, protože se týká nebo se velmi brzy může týkat každého z nás.

Víte o tom, v jaké fázi je připravovaný zákon o dlouhodobé péči? Podílníte se na jeho vzniku?

Poté, co jsme v rámci expertního panelu vypracovali určité podklady a materiály, se vedla jednání mezi oběma resorty, která však již probíhala mimo panel. Jednání byla neveřejná, dokonce snad i utajená, a materiály nám už nebyly předány k diskusi. A i pro nás, kteří jsme v rámci expertního panelu řadu informací o dlouhodobé péči zpracovali a *de facto* tím jednání umožnili (neboť příslušné odbory MZ ani MPSV v tomto ohledu nic nepředložily), jsou průběh a výsledky dalších kroků tajné. Takže i pro mě bude věčný záměr zákona o dlouhodobé péči překvapením. Doufám, že ne nemilým.

Pomůže situaci vznik dalších lůžek následné péče? Nebo je řešením spíše vznik specializovaných nursing houses?

Domnívám se, že „nedostatek lůžek“ v České republice, jak to často slycháme, je trochu klišé. Neumíme říkat – a platí to zejména pro politiky – skoro nic jiného, než že pro staré lidi potřebujeme ústav, eventuálně že nebudeme mít na důchody. Osobně se domnívám, že počet lůžkových kapacit pro následnou péči v Česku je v podstatě dostatečný, i když se situace může lišit v jednotlivých regionech. Hovoří pro to i moje vlastní zkušenost. Naše rehabilitační a doléčovací oddělení zde v Praze má pravidelně volná lůžka, protože pacienty propouštíme přibližně po 3 až 5 týdnech a následně zajišťujeme služby terénní.

V Česku máme asi 4 procenta lůžek následné a dlouhodobé péče, a to ve zdravotním a sociálním resortu, pro osoby starší 65 let, což odpovídá evropskému průměru. Situace se samozřejmě liší region od regionu, někde například mají naprosto dostačující kapacitu lůžek či zařízení pro seniory a podobně, zpravidla nemají specializované služby. Podle mého názoru se ani tolik nejedná o otáz-



Foto: Leoš Chodura

ku kvantity jako spíše kvality. Pro mladší lidi nepotřebujeme tolik lůžek, potřebujeme spíše kvalitní a dostupné rehabilitační a doléčovací kapacity. Ani pro starší či nejstarší nepotřebujeme jen lůžka, ale celé spektrum geriatrických služeb, počínaje akutní geriatrickou péčí a konziliární službou v nemocnicích a konče doléčením a rehabilitací v léčebnách.

Pokud tedy nemá výrazně přibývat lůžek, má se péče o seniory přesouvat do jejich domovů?

V Česku chybí – a to velmi výrazně, ve srovnání s jinými zeměmi – služby terénní, ambulantní a semimurální (intermediární). Tedy komplexní domácí ošetřovatelská péče, které jsme si zvykli říkat *home care*. Jde ale také o komplexní *home help* – nikoli jen jednoduché pečovatelské služby, ale skutečně soubor všech možných služeb, které člověku pomohou zůstat v domácím prostředí – hlavně domácí asistence, využití moderních technologií pro podporu péče v domácnosti, pomůcky a flexibilní adaptace domácího prostředí

k péči. Dále chybí *case management*, tedy koordinace těchto služeb šitá pacientovi na míru. Dalším velkým problémem je podpora rodinných pečujících. Je to nejdůležitější článek v péči, sektor, který stále vynakládá většinu nákladů. U nás je to bohužel oblast naprosto opomíjená, rodinní pečující se předčasně vyčerpávají v důsledku zbytečných překážek, jakými jsou administrativní bariéry související například s příspěvkem na péči. Kdybychom výše uvedené služby zajistili alespoň na trochu slušné úrovni, nemuse-li bychom zřejmě uvažovat o rozšiřování lůžkových kapacit.

Nedávno jste upozornila na poměrně nový lékařský obor medicíny dlouhodobé péče. Může už i u nás lékař tuto specializaci získat?

U nás je medicína dlouhodobé péče oborem nástavbovým, určeným pro lékaře se specializací v jiných klinických oborech, kteří pracují na odděleních dlouhodobé péče. Jedná se o roční certifikovaný kurz. V současné době

se akreditují jak teoretické moduly, tak jednotlivá pracoviště pro praktickou výuku. Doufám, že již v krátké době nabídneme zajímavý vzdělávací kurz. Zatímco doménou geriatry jsou akutní oddělení a geriatrické léčebny, lékaři s nástavbou medicíny dlouhodobé péče by se měli uplatnit jak v péči následné, tak právě i v dlouhodobé. Domnívám se, že by tyto lékařské specializace, samozřejmě společně s rehabilitací a paliativní medicínou, měly zlepšit kvalitu naší následné a dlouhodobé péče. I zde je zapotřebí odbornosti a specializace.

Čemu konkrétně se lékaři v rámci medicíny dlouhodobé péče naučí?

Medicína dlouhodobé péče je „aplikovaná geriatry plus“. Vedle vlastní klinické geriatry se zabývá komplexním managementem geriatrických syndromů, nejčastějšími pacienty jsou přeci jen ti geriatři. Týká se ale také dalších situací s ohledem na vedení celého týmu dlouhodobé péče i otázek kvality, v této oblasti tolik důležité a dosud opomíjené, kterou je rovněž zapotřebí odborně podchytit. Lékaři této specializace budou mít předpoklady k tomu, aby se stali *medical directorem*, což je termín, který se používá nejen v zámoří, ale i v Evropě. Jsou to lékaři-konzultanti, kteří užce spolupracují s managementy zařízení dlouhodobé péče a *de facto* zde řídí poskytování zdravotní péče. Jejich partnery jsou kromě manažerů zařízení samozřejmě kvalifikované sestry, manažerky ošetřovatelských týmů.

Půjde tedy o odborné lékařské manažery?

Na odbornost není možné rezignovat, a to zejména v případě velké skupiny pacientů, kteří patří k těm nejkřehčím. Není možné říci, jak to opakovaně s hořkým úsměvem přirovnává kolega Zdeněk Kalvach: „Pro nedostatek pneumatik budeme jezdit jen na ráfcích nebo dřevěných kolech, pár mrtvých navíc nevaří.“ Následná i dlouhodobá péče potřebují kvalitu a odbornost, a to i s ohledem na lékařskou péči. Měli bychom podporovat vzdělání lékařů v potřebných tradičních oborech (geriatry, rehabilitace) i oborech nově vzniklých (paliativní medicína a medicína dlouhodobé péče). Nikoli na veškerou odbornost rezignovat, jak to bohužel nedávno ve svém stanovisku učinila Česká lékařská komora, která by měla být právě jedním z garantů kvality a odbornosti.

XV. pražské gerontologické dny 2011

Ve dnech 25.–27. května proběhlo v konferenčním centru GreenPoint v Praze setkání lékařů, psychologů, sociálních pracovníků i zástupců politické sféry zabývajících se problematikou stárnutí. Multidisciplinární charakter letošní konference odráží i její podtitul „Moderní dlouhodobá péče“.

Pořadatelem akce byly Česká alzheimerovská společnost a Česká gerontologická a geriatrická společnost ČLS JEP ve spolupráci s Gerontologickým centrem Praha 8 a Fakultou humanitních studií UK. Odborným garantem programu postaveného na čtyřech základních tématech (společenské aspekty dlouhodobé péče, medicínské aspekty dlouhodobé péče, demence, farmakoterapie a dlouhodobá péče) byla doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.

První den konference otevřelo 3. gerontofarmakologické sympozium zaměřené na farmakoterapii psychiatrických symptomů a poruch chování, současné možnosti prevence, především Alzheimerovy choroby (ACH), i stále aktuální polypragmaziie seniorů. V další části pak byly probírány otázky managementu demence v zařízeních dlouhodobé péče.

Přednášková vystoupení v následujících dnech se snažila pokrýt široké spektrum problematiky práce se seniorskou populací – informovala například o nových trendech v péči o lidi s demencí, několik příspěvků se věnovalo tématu komunikace mezi ošetřovateli a pacienty s kognitivním deficitem, faktorům ovlivňujícím soběstačnost a závislost v *seniu* či budoucím potřebám vybavenosti pro domovy seniorů. Poslední den byl tradičně vyhrazen workshopům.

Od případu Augusty D. k současnosti a vývojovým prognózám

Přednášku o možnostech prevence ACH a jiných demencí otevřela docentka Iva Holmerová krátkým exkurzem do historie, kterým demonstrovala prudký a stále pokračující nárůst neurodegenerativních onemocnění v celosvětové populaci. V roce 1907 doktor Alois Alzheimer (1864–1915) publikoval popis případu a pitevní nález dosud neznámého (vzácného) onemocnění, které proběhlo u jeho pacientky, 51leté Augusty D. Jednalo se o rychle progredující poruchy paměti, chování a celkové soběstačnosti. Jestliže v 19. století kosila lidstvo především infekční onemocnění, v následujícím



Profesor Pavel Weber. | Foto: Leoš Chodura

století získala neblahé prvenství onemocnění kardiovaskulární a onkologická. V 21. století pak jednoznačně dominují neurodegenerace.

V roce 2011 se už tedy v případě ACH zdaleka nejedná o vzácnou chorobu – globálně postihuje 35 milionů lidí, z toho v Evropské unii 7,4 milionu, v České republice pak 110–140 tisíc. Podle odhadů by se u nás v roce 2050 výskyt ACH měl pohybovat kolem 227 tisíc případů.

Jak uvedla docentka Holmerová, pokud by péče o lidi s demencí byla „státem“, pak by se jednalo o 18. největší světovou ekonomiku, a pokud by byla „firmou“, předčila by například Wal-Mart či Exxon Mobil... Socioekonomická zátěž, kterou ACH přináší, představuje v zemích EU průměrně 22–30 tisíc eur za rok na jednoho pacienta s demencí. Celkové náklady

ve všech zemích EU byly vypočteny na 130 miliard eur. Z toho 56 % připadá na neformální péči a 44 % na sociální, zdravotní a dlouhodobou péči. Přestože však jde o jedno z nejdražších onemocnění, investice do výzkumu, prevence i léčby jsou na výrazně nižší úrovni než u jiných chorob.

V této souvislosti existují tři linie řešení problematiky demencí, do nichž jsou v současnosti zapojeny státy EU – jedná se o Plány Alzheimer, Joint Programming (výzkum) a Joint Action (služby). V Česku se vytvoření Plánu Alzheimer věnuje usnesení vlády č. 711 ze dne 6. října 2010.

Boj s „epidemií 3. tisíciletí“ pokračuje

Onemocnění mozku a centrálního nervového systému je v současné době velkým problémem nejen geriatrické medicíny, ale i neuro-

logie, psychiatrie a celého zdravotnického systému. Jako „epidemie nového tisíciletí“ se dnes označuje řada diagnóz – nejčastěji metabolický syndrom spojený s plejádou onemocnění, která ovšem pacient může z velké části ovlivnit sám. V případě demencí jakéhokoli původu tomu tak není, přitom mohou postihnout kohokoli a ve věku nad 60 let se stávají „tichou hrozbou“ pro značnou část populace.

Hledání příčin demence

Nejčastější příčinou syndromu demence je ACH, na druhém místě jsou to vaskulární poruchy (výrazný kofaktor manifestace demence z jiných důvodů), následují neurodegenerace (frontotemporální demence /FTLD/, demence s Lewyho tělísky /LBD/ ad.) a na třetím místě jsou to „léčitelné“ demence a pseudodemence (hypotyreóza, normotenzní hydrocefalus /NTH/, deprese aj.), které tvoří asi 1 % z celkového počtu.

„Abeceda demence“ a její stadia

Syndrom demence spočívá v omezení soběstačnosti v instrumentálních a bazálních sebeobslužných aktivitách (ADL), je přítomna psychologická a psychiatrická symptomatologie a poruchy chování (BPSD), k nimž se přidružuje kognitivní porucha (*cognition*). Také jednotlivá stadia onemocnění mají svá označení: 1 (P) – potřeby v podobě poradenství, podpory, řešení právních otázek; 2 (PA) – trvalý dohled, programované aktivity, nefarmakologické metody; 3 (IA) – individualizovaná asistence, individualizované aktivity, ošetřovatelská péče a paliativní péče.

Diagnostika ACH – klasicky a nově

Základem diagnostiky ACH stále zůstává pečlivá anamnéza a testy MMSE (*Mini-Mental State Examination*), klinická a laboratorní vyšetření, doplněná o zobrazení mozku pomocí CT a NMR. Nově se (pro experimentální účely) používají neuropsychologické testy, jsou zjišťovány markery v mozkomíšním moku, využívají se modernější zobrazovací metody a součástí je i zobrazení hippocampu pomocí NMR.

Rovněž jsou klasifikována preklinická stadia ACH: I – asymptomatická cerebrální amyloidóza, II – asymptomatická cerebrální amyloidóza a markery počínající neurodegenerace, III – asymptomatická cerebrální amyloidóza, markery počínající neurodegenerace a subtilní kognitivní změny.

Rizikové faktory a možné mechanismy vývoje

Předpokládá se, že určitou roli při vzniku ACH hrají některé z genetických faktorů (APO E, PSEN 1, PSEN 2, APP, SORL 1), dále nepochybně věk, vaskulární rizikové faktory (ateroskleróza, diabetes, obezita, hyperlipidemie, hypertenze, metabolický syndrom či hyperhomocysteinemie) a jako přidružené příčiny jsou rovněž zvažována poranění mozku, *inflamm-aging*, deplece vitaminů a antioxidantů (zejména vitaminy B, C, D, E a karoteny) i přítomnost deprese.

Za možný mechanismus rozvoje ACH je považován zánik neuronů a jejich synapsí na straně jedné a zvyšování počtu senilních plaků a neurofibrilárních smotků na straně druhé. Senilní plaky vznikají agregací beta-amyloidu a neurofibrilární smotky se skládají z hyperfosforylovaného tau-proteinu. Dále je to přítomnost vaskulárních rizikových faktorů, je zvažován apoptotický úbytek buněk, mitochondriální dysfunkce, aktivace mikroglie; přetrvává také teorie působení volných radikálů jako produktů glykace, vznik neurotransmiterových poruch či role chronického zánětu. Může však jít i o zatím ne zcela přesně definovaný komplexní mechanismus.

Kauzální léčba zatím neexistuje

Současným léčebným možno- stem ACH a jiných demencí, které jsou založeny na důkazech, společně s doporučenými postupy se ve svém vystoupení podrobněji věnoval přístav oddělení geriatric FN Olomouc MUDr. Zdeněk Zábaj. Jak uvedl, k dispozici jsou dnes inhibitory cholinesteráz (iAChE) – donepezil (Aricept), rivastigmin (Exelon a Exelon patch) a galantamin (Reminil, který už však na našem trhu není) a jako necholinergní alternativa také antagonisty glutamátových NMDA receptorů memantin (Ebi-xa). K preskripčním novinkám

patří, že iAChE lze předepisovat i pacientům, kteří dosahují méně než 25 bodů (konkrétně 13–25 bodů) na škále MMSE, a memantin již pacientům v rozmezí 6–17 bodů. Nefarmakologické metody se pak zaměřují na trénování paměti a symptomatickou terapii dalších příznaků (antidepresiva, neuroleptika, úprava spánkového rytmu aj.). V podpůrné léčbě se používají deriváty *ginkgo biloba*, nootropika, scavengeny (vitaminy E, C), nigergolin, seleginin, estrogeny, statiny, imunosupresiva, modulatory alfa-sekretázy, implantace nervového růstového hormonu, monoklonální protilátky či imunoglobuliny. Jak ale autor zdůraznil, kromě Egb 761 z *ginkgo biloba* zatím pro uvedené podpůrné léky nejsou vědecké důkazy.

Možnosti prevence

Proti demenci lze částečně bojovat zdravou životosprávou, dietou bohatou na vitamíny a antioxidanty (vitamíny A, B, C, D a E), flavonoidy či používáním vhodných tuků (omega-3, omezení transmastných kyselin). Množí se také důkazy o pozitivním působení duševní, zejména tvořivé práce a fyzické aktivity. Preventivní medikace by měla být podávána nejlépe již před poruchou paměti, ale i v případě jejího selhávání. Zde doc. Holmerová uvedla jako nadějnou možnost použití antihypertenziva nitrendipinu, který je podle ní výzvou pro další výzkum v prevenci ACH. Důkazy o prospěšnosti podávání nitrendipinu u hypertenze byly přesvědčivě podány v jedné z nejvýznamnějších kardiovaskulárních studií 90. let Syst-Eur. Jednalo se o studii zaměřenou na vyhodnocení účinnosti farmakologické léčby izolované systolické hypertenze ve stáří. Otázka léčby tohoto typu hypertenze je důležitá, neboť izolovaná systolická hypertenze je ve stáří velmi častá – v obecné populaci se vyskytuje asi u 12 % lidí ve věku 70 let a u 25 % ve věku 80 let. V roce 2002 bylo vyhodnoceno pokračování studie Syst-Eur, které prokázalo i překvapivý efekt v prevenci nejen vaskulární demence. Jak autorka uvedla, léčba nitrendipinem může u 1000 starších pacientů s hypertenzí po dobu pěti let zabránit vzniku 20 případů demence.

Vitamin D u klientů dlouhodobé péče

MUDr. Martina Vlachová z Geriatrické kliniky 1. LF UK a VFN Praha informovala o současném pohledu na význam podávání vitamínu D u klientů dlouhodobé péče. Zá-

jem o tento vitamin podnítila recentní data, která dokazují, že jeho role je mnohem komplexnější a receptory pro vitamin D se vyskytují například i na myocytech, kardiomyocytech, endoteliálních buňkách, buňkách imunitního systému, neuronech či beta-buňkách pankreatu. Snížená koncentrace v krevní plazmě vede ke zvýšení krevního tlaku a hypertrofií levé komory prostřednictvím aktivace RAAS systému, zvyšuje periferní inzulinovou rezistenci, riziko vzniku roztroušené sklerózy, diabetu 1. typu, kolorektálního karcinomu nebo náchylnost k infekcím.

U klientů dlouhodobé péče je vitamin D klíčový zejména pro zachování kostní hmoty, svalové síly a prevenci pádů. Přitom jeho nedostatek u seniorů v dlouhodobé péči je prokazován až u 80 % jedinců. V současných doporučeních pro seniory, zejména s omezenou motilitou, v nutričním riziku nebo dlouhodobě pobývajících v rezidenčních zařízeních, je uváděno, že substituce by měla zahrnovat podávání minimálně 800 IU vitamínu D v kombinaci s 1200–1500 mg kalcia denně (nejsou-li kontraindikace). Používány jsou preparáty Vigantol, Calciferol a Caltrate. Jak autorka následně prezentovala na průřezových datech o současné praxi podávání vitamínu D klientům dlouhodobé péče, nebývá ve valné většině případů tato substituce příliš respektována. Podle údajů z mezinárodní studie SHELTER je z tohoto pohledu nejúspěšnější Finsko, Česko se pohybuje zhruba v polovině žebříčku a nejhůře v tomto hodnocení dopadl Izrael.

Nové pohledy na ovlivnění dyslipidemie

Prof. MUDr. Pavel Weber, CSC., z Kliniky interní, geriatry a praktického lékařství LF MU a FN Brno ve svém vystoupení upozornil na urychlující se proces rozvoje aterosklerózy podmíněných kardio- a cerebrovaskulárních komplikací u pacientů s dyslipidemií (DLP), hypertenzí a diabetem. Jak uvedl, především snížení hladin aterogenních lipoproteinů vede ke zpomalení, zastavení až regresi aterosklerotických lézí, a tedy redukci kardiovaskulární morbidity a mortality. Při neúspěchu známých režimových a dietních opatření je u DLP indikována farmakoterapie v podobě fibrátů, statinů, sekvestrantů žlučových kyselin (pryskyřice) či ezetimibu. Nově se k tomuto farmakologickému spektru přidává i kyselina nikotinová. Mechanismy, kterými tato látka modifi-

kuje profil plazmatických lipidů, dosud nejsou zcela objasněny. Kyselina nikotinová inhibuje uvolňování volných mastných kyselin z tukové tkáně, což může přispívat ke snížení plazmatických LDL-C, TC, VLDL, apo B, TG a Lp(a), stejně jako ke zvýšení HDL-C a apo A I. Závěrem lze říci, že se jedná o rozšíření portfolia, a tedy další možnou volbu pro selhání tradičních preparátů. Podrobněji se pak autor věnoval vysvětlení mechanismů působení jednotlivých farmakologických intervencí, zahrnujících také inhibiči lipogeneze v játrech *de novo*.

Klinické aspekty farmakoterapie ve stáří

K tradičně nejzájemavějším přednáškám, vztahujícím se k medicínské problematice stáří, patřilo vystoupení vedoucí lékařky ambulancí a poraden Kliniky gerontologické a metabolické LF UK a FN Hradec Králové MUDr. Boženy Juraškové, Ph.D. Nejprve předložila přehled faktorů, ovlivňujících účinky farmak v *seniu* – patří sem především polymorbidita, změna kognitivních funkcí, stav výživy a hydratace, ale i patientská neukázněnost a involuční změny. To vše by podle ní mělo vést k individuálnímu přístupu lékařů při preskripci. Jak dále v této souvislosti uvedla, poměrně častým jevem je zanedbání nežádoucích účinků léků a iatrogenity. Přitom „pouhé“ hlubší poznání příčin plynoucích z nevhodné a především přehnané medikace může vést k významnému zkvalitnění péče. Trend podávat co nejméně léků po nezbytnou dobu je mnohdy zásadou, ze kte-

ré pacienti výrazně profitují. Průměr přijímaných léků na jednoho seniora přitom představuje 4–6 různých léků denně.

K involučním faktorům, které ovlivňují farmakokinetiku, patří změny absorpce a biologické dostupnosti, distribuce léků v organismu, změny metabolismu v játrech a eliminace léků ledvinami. Jak autorka uvedla, vzhledem ke zvýšenému nebezpečí toxicity se nyní připravují i doporučení České nefrologické společnosti, v nichž by měla být zohledněna právě rizika pro seniorskou populaci. Eliminační schopnost ledvin (perfuze), klesá s věkem u všech lidí a dochází k hypoperfuzi způsobující (reverzibilní) snížení glomerulární filtrace. U seniorů se často zmenšuje pocit žízně a nekontrolované nasazování diuretik tuto situaci ještě výrazně komplikuje. K poklesu glomerulární filtrace dochází u dvou třetin seniorů; není však jasné, proč k ní nedojde i u zbylé třetiny. Z negativních vlivů, které souvisejí s involučními změnami ve stáří, pak doktorka Jurašková uvedla především rizika vzniku extrapyramidových příznaků, poklesu kognitivních funkcí, zácpy, močové inkontinence, hypotermie či hyponatremie. Tato rizika jsou dobře známa a je také zřejmé, které skupiny či interakce léků mohou zmíněné problémy vyvolat. V současnosti existuje program, který je schopen dané souvislosti vyhodnotit a upozornit na nevhodné interakce. Autorka sdělení tedy apelovala na využívání této možnosti pro eliminaci uvedených potíží.

EBM končí v 80 letech

MUDr. Jurašková následně na několika případech svých pacientů prezentovala dopad polypragmatie u seniorské populace. S trochou černého humoru dodala, že je překvapující, jaké „farmakologické náloze“ přežili lidé ve věkové kategorii 80–90 let. 87letý muž byl přijat pro slabost, malátnost, zvracení, opakované pády. Při příjmu byl apatický, bradypsychický, ne zcela dobře orientovaný. Objektivně byl při vědomí, aktuální klinický nálezh byl celkově „chudý“, pouze se známými dehydratace. Tento pacient ovšem užíval Geratam, Furon (půl roku bez kontroly), Helicid, Ultop, Digoxin, Anopyrin, Vazocardin... Závěr byl jednoznačný – iatrogeně navozená dehydratace, digitální intoxikace, následně dyspeptické potíže a rozvoj infekce močových cest. Podobně ilustrativním případem byla i 83letá pacientka s minerálním rozvratem, která měla předepsáno k užívání 15 léků denně.

Podle autorky je jediným řešením efektivní terapie *cave* na množství léků, zohlednění farmakokinetiky a farmakodynamiky, nezapomínat na lékové interakce (zatím se bohužel studovalo vzájemné působení nejvýše tří léků), podávat určité léky jen po nezbytnou dobu a nastavit permanentní kontrolu celkové medikace, nejlépe ve spolupráci s rodinou i dalšími odborníky, k nimž pacient dochází. Stále je také třeba počítat s tím, že EBM končí maximálně v 80 letech – farmaceutické studie již s touto věkovou kategorií nepočítají, a je tedy na místě shromažďovat data a zapojovat i zdravý rozum, mimo jiné také z forenzních důvodů. Podle zdrojů z USA se například ukázalo až u 20 % hospitalizovaných pacientů, že každý pátý akutní příjem byl vlastně zapříčiněn nežádoucími účinky léků. V závěrečné diskusi se všichni přítomní shodli, že je nezbytná pečlivá analýza medikací a velmi žádoucí je také spolupráce s klinickým farmakologem. Současně se podle pořadatelů zrodilo i nové téma pro příští odborné setkání, kterým by mohly být právě lékové podmíněné pseudodemence.

Letošní gerontologické dny měly na programu i řadu dalších velmi důležitých témat vztahujících se k sociální péči o seniory, protože stárnutí populace se stává závažným celospolečenským problémem, s jehož řešením zcela jistě nelze přilížit otálet. Sociálněpolitickému kontextu se proto budeme průběžně věnovat v dalších číslech Zdravotnických novin.



Docentka Iva Holmerová. | Foto: Leoš Chodura

ONKOLOGIE

Vědět je klíč – správné rozhodnutí ve správnou dobu

Vztah lékaře a pacienta u nás není zcela rovnoprávný, ale není to pouze chyba zdravotníka. Jen informovaný a poučený pacient se může stát partnerem svého lékaře.

V minulém roce jsme společně s obecně prospěšnou společností Dialog Jessenius vydali edukativní DVD pro pacientky, které jsou zaskočeny čerstvou informací o diagnóze karcinomu prsu. Hlavním důvodem byla vzájemná nespokojenost pacientů s vystěžením problematiky diagnostiky a léčby nádoru, ale i ošetřujících onkologů s ochotou pacientů aktivně spolupracovat v rámci rozhodovacího léčebného procesu.

Aby nemocný mohl učinit závažné rozhodnutí v rámci léčby zhoubného onemocnění, které pravděpodobně ovlivní další vývoj nemoci i jeho vlastní osud, potřebuje dostatek informací podaných srozumitelnou formou, se všemi současnými i budoucími pro a proti. To je náročné na trpělivost i čas ošetřujícího lékaře, který je za informovanost nemocného zodpovědný. Z toho důvodu rádi využijeme různé názorné pomůcky, jež nám práci usnadní, jako jsou letáky, brožurky, knihy nebo filmy. Žádná z nich ale nemůže nahradit konzultaci s lékařem, protože potřeby pacientů jsou rozdílné, a liší se tedy i jejich otázky.

Důvěra jako terapeutický spojenec

Zahájení léčby je vždy spojené se stresem a úzkostí, jež komplikují možnost zapamatovat si všechny informace, které nemocný bu-



ilustrační foto: Shutterstock

de potřebovat. Proto je výhodné, pokud pacienta doprovází někdo blízký, kdo všechny potřebné údaje také vyslechne. První setkání ošetřujícího onkologa a jeho pacienta je většinou klíčové pro vytvoření vztahu vzájemné důvěry, jenž je zapotřebí k tomu, aby onkologická léčba zdárně pokračovala. Počet nemocných v našich ordinacích vysoko přesahuje běžný evropský průměr, proto je třeba, aby pacient raději svoji otázku zopakoval, upozornil lékaře na to, že je nutné se k některému z témat vrátit, případně že mu něco nebylo jasné. Svým aktivním chová-

ním napomáhá tomu, aby nebylo opomenuto něco důležitého.

Korigování představ o „zázračných“ metodách

Onkologická léčba má, jak všichni dobře vědí, kromě pozitivních protinádorových dopadů také své nežádoucí účinky. Aby pacient nebyl zaskočen náhlými dopady léčby, je vždy nezbytné před jejím zahájením informovat nemocného o možných rizicích, obtížích a pocitech, které léčba může přinášet. V současné praxi pacient dokonce musí podepsat, že byl s touto informací seznámen.

Neúplné a často protichůdné zprávy, publikované nejčastěji na internetu, často vedou (především u mladé a střední generace) k neoprávněnému pocitu, že navrhovaná léčebná strategie není správná nebo alespoň není tou nejlepší dosažitelnou možností léčby. Senzační informace o zcela primitivních metodách, které vyléčí každý nádor, a příklady „zázraků“ mohou svou atraktivitou ve srovnání s dlouhodobou nepříjemnou chemoterapií nebo jinou onkologickou léčbou zlákat nemocné tak, že onkologickou terapii dokonce odmítnou.

Každý má právo na vlastní rozhodnutí. Naší povinností je nemocného podrobně informovat o důvodech, pro které doporučujeme absolvovat určitý léčebný postup, ale pokud i přesto trvá na své cestě, je důležité mu nabídnout, že jej budete, byť třeba jen jako pozorovatel, doprovázet i tam. Hrubé odmítnutí pacienta, který se nám jeví jako pomýlený, mu většinou zavře cestu ke klasické onkologické léčbě. Často se totiž stává, že průběh nemoci nebo průběh alternativní léčby nemocného předsvědčí o tom, že by měl své stanovisko přehodnotit.

Bez dialogu není cesty

Vztah mezi lékařem a pacientem je jeden z mnoha typů mezilidských vztahů a samozřejmě se také může dostat do krize a má i svoje rizika. Nedůvěra nebo pocit neadekvátních reakcí z jedné nebo druhé strany může dosud fungující vztah nabourat. Obě strany jsou jenom lidé a mají své lidské slabosti. Vhodné je však připomínky nebo pochybnosti verbalizovat, protože se nakonec většinou ukáže, že se jedná o pouhé nedorozumění. V případě, že se stala nebo by se mohla stát nějaká chyba, může včas dojít k její nápravě. I my lékaři jsme „jen“ lidé, i když v bílém často vypadáme málo lidsky. Žádný pacient by neměl o svých problémech či pochybnostech mlčet, jinak se vzácný vztah vzájemné důvěry, který často trvá mnoho let a díky němuž se lékař stává neodmyslitelnou součástí pacientova života, může zbytečně vytráct. Mluvte s námi, my pak budeme rádi mluvit s vámi. To je také u většiny z nás důvod, proč bez větší úhony přežíváme každodenní péči o často nezvladatelné množství pacientů.

doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc.
Onkologická klinika I. LF UK a VFN Praha

MOŮ vyšetřil 8 tisíc samoplátců preventivního programu

V květnu 2006 byl v Masarykově onkologickém ústavu v Brně zahájen projekt zaměřený na prevenci nádorových onemocnění. Důvodem vzniku „Preventivního onkologického programu pro každého“ byl záchyt zhoubných nádorů v časném, plně vyléčitelném stadiu.

Do konce dubna 2011 bylo v MOŮ provedeno celkem 8058 preventivních prohlídek – jednalo se o 3595 žen a 4463 mužů. 5275 pacientů bylo

ve věku mezi 40 a 65 lety, kdy rapidně narůstá riziko nádorového onemocnění. U 69 klientů se prokázala onkologická diagnóza, nejčastěji se

jednalo o nádor ledviny (14) a prostaty (14), dále šlo o zhoubné nádory GIT traktu, gynekologické nádory a maligní melanom.

Naštěstí se v naprosté většině jednalo o časná stadia, která jsou dobře léčitelná a jejichž prognóza je příznivá. Skutečný záchyt onkologických onemocnění bude podle předpokladů MOŮ vyšší, neboť značná část klientů byla dovyšetřována v místě bydliště. Ze předpokládat zhruba 2% záchyt nádorů.

Program odhalil i jiná onemocnění

Komplexní zdravotní prohlídka není pouze onkologická. Zahrnuje i preventivní kardiologický program, v jehož rámci byla u řady klientů zjištěna zvýšená hladina krevních lipidů, přičemž dotyční

o tomto nálezu předtím nevěděli, dále vysoký krevní tlak (u pětiny vyšetřených), jako alarmující se jeví i skutečnost, že více než tisícovka klientů má nadváhu nebo obezitu. U 10% vyšetřených byla stanovena diagnóza duševního onemocnění, nejčastěji se jednalo o deprese. Program je určen samoplátcům – jeho cena činí 4400 Kč a zahrnuje základní vyšetření (komplexní vyšetření onkologem, vyšetření krve a moče, pulmprevence, GIT prevence, gynekoprevence a prevence interních chorob). Podrobnosti lze nalézt na webových stránkách www.mou.cz v sekci Prevence – Preventivní prohlídky MOŮ. (asa)

Tajemství laboratorních myší

29. května byla na stránkách Nature Genetics zveřejněna publikace o původu laboratorních myší, na níž se podílel i český badatel prom. biol. Jaroslav Piálek, CSc., z Ústavu biologie obratlovců AV ČR (ÚBO) v Brně. Největší vklad do vývoje pokusných hlodavců přinesly tančící a barevné formy myší východní Asie.

Práce o myších populacích vhodných pro vědecké účely je výsledkem mezinárodní spolupráce Jacksonovy laboratoře v Bar Harboru, Severokarolínské univerzity v Chapel Hill, Arizonské univerzity v Tucsonu, Michiganské univerzity v Ann Arbor, Montpelliérské univerzity, Tchajwanské národní univerzity v Taipei a ÚBO.

Nenahraditelný objekt

Myši domácí kolonizovaly nová území Starého a Nového světa jednak aktivně (vlastní migrací), jednak pasivně (například lodní dopravou). Do druhé skupiny migrantů patří i takzvané tančící myši, které převáželi námořníci z Číny a Japonska do svých domovů jako domácí mazlíčky. Z vědeckého pohledu právě tato skupina myší hrála největší roli při odvozování klasických laboratorních kmenů, které se staly nenahraditelným objektem biomedicinských studií např. rakoviny, imunity či obezity. Od roku 1909, kdy byl popsán první laboratorní kmen, do roku 2002, kdy byl osekvenován první myší genom (rok po zveřej-

nění sekvence genomu lidí), byly výsledky výzkumu využívající laboratorní myši 13x oceněny Nobelovou cenou.

Cesta k hledání klasických kmenů

Navzdory velkému přínosu vědě jedno tajemství zůstávalo po celou dobu existence klasických laboratorních myší neodhaleno. Prvním kmenem myší, odvozeným křížením mezi bratrem a sestrou k dosažení genetické homogenity (inbrední kmen), se stal DBA (*Dilute Brown Non-Agouti*). Jeho vznik byl publikován roku 1909 a od té doby badatelé získali více než 200 inbredních kmenů.

Bohužel o původu klasických kmenů nebyly dochovány žádné podrobné údaje. Jedinou možností jak zjistit genetickou strukturu myších kmenů je celogenomová analýza velkého počtu diagnostických markerů reprezentujících jednoznačně populace myší, z nichž mohly být klasické kmeny odvozeny. Článek publikovaný v Nature Genetics toto tajemství odhaluje.

Myš domácí má 20 chromozomů a délka genomu přesahuje 2,7 miliardy párů bází. V publikaci byla zveřejněna data ze 198 vzorků zahrnujících 36 myší odchycených v přírodě, 62 kmenů recentně odvozených z přírodních populací (a se známou genealogií) a 100 klasických kmenů myší. První skupinu myší použili vědci pro diagnostiku genetických markerů tří forem myší: východoevropské *Mus musculus musculus*, západoevropské *M. m. domesticus* a asijské *M. m. castaneus*. Každý vzorek byl ge-

notypován na přítomnost 549 599 jednotlivých nukleotidových polymorfismů (*single nucleotide polymorphisms*, SNP) a 117 203 oligonukleotidů s proměnlivou intenzitou signálu pro detektor SNP (*variable intensity oligonucleotides*, VINO).

Nepostradatelná pomoc

Výsledky prokazují, že klasické laboratorní kmeny jsou odvozeny z malého počtu „tančících myší“, a mají tudíž omezený počet odlišných genetických variant (haplotypů). Do jejich genomů přispěly

všechny tři formy myší, i když různým dílem: *M. m. domesticus* 94,4 %, *M. m. musculus* 5,4 % a *M. m. castaneus* 0,2 %. Oproti tomu kmeny odvozené z myší odchycených v přírodě zachycují poměrně vysokou genetickou proměnlivost pozorovanou v přírodních populacích.

Jaroslav Piálek poukazuje i na praktickou stránku této studie: „Vzhledem k faktu, že laboratorní kmeny jsou stále dominantním modelem biomedicinských studií, přináší tato práce okamžitý efekt v možnostech cíleného plánování experimentů sloužících k asociativnímu mapování genů negativně ovlivňujících lidské zdraví.“

Odkaz na práci lze nalézt na:

www.nature.com/ng/journal/vaop/ncurrent/full/ng.847.html

Bližší informace: Ústav biologie obratlovců AV ČR, www.ivb.cz

Jaroslava Sládká



Portrét dvou poddruhů myší domácích obývajících evropský kontinent. Západoevropská forma (*Mus musculus domesticus*) je vlevo, východoevropská forma (*M. m. musculus*) vpravo. | Foto: Miloš Macholán

Vyšší prevalence potravinové alergie u astmatiků

Mezi dětmi s těžkým astmatem či ekzémem byla zjištěna vysoká prevalence potravinových alergií. Informuje o tom článek v časopise Journal of Allergy & Clinical Immunology.

Vědci z Mount Sinai School of Medicine se zaměřili na 228 dětí žijících v New Yorku, které se léčí s těžkým astmatem nebo ekzémem. U 28 % z nich zjistili výskyt alergie na potraviny, nejčastěji na vejce, arašidy a mléko. Prevalence potravinových alergií se přitom u amerických dětí pohybuje okolo 4 %.

Příčina neznámá

Autoři studie navíc u 71 % sledovaných dětí zjistili přecitlivělost na některou složku potravy, a tedy zvýšenou pravděpodobnost alergické reakce na ni. „Pokud lékaři mají v péči dítě s těžkou formou astmatu či ekzému, měli by u něho zvážit možnost potravinové aler-

gie,“ říká vedoucí výzkumu dr. Julie Wangová.

Potravinové alergie začínají být u dětí stále častějším problémem. Jen ve Spojených státech byly v roce 2007 registrovány 3 miliony školácků s některou z těchto alergií, před deseti lety bylo toto číslo o 18 % nižší. Příčina nárůstu počtu dětí s potravinovými alergiemi dosud není zcela známá. Podle jedné teorie je na vině zhoršená kvalita výživy dětí, jiná pak vidí problém v přílišné hygieně, při níž imunitní systém dětí není konfrontován s „běžnými“ mikroby a stává se tak citlivějším k jiným neškodným látkám, včetně některých složek potravy.

(Zdroj: Reuters)

(kha)

Stres neovlivňuje riziko vzniku RS

Stres nezvyšuje riziko vzniku roztroušené sklerózy, vyplývá to z výsledků studie uveřejněné v časopise Americké neurologické akademie.

„Věděli jsme, že stres může ovlivnit průběh choroby, bylo však potřeba potvrdit či vyvrátit, zda se přímo podílí i na vzniku roztroušené sklerózy,“ vysvětluje hlavní autor výzkumu dr. Trond Riise z Bergenské univerzity v Norsku.

Bez přímé souvislosti

Vědci sledovali dvě skupiny žen – první z nich, čítající 121 700 účastnic ve věku mezi 30 a 55 lety, od roku 1976, druhá skupina, již tvořilo 116 671 sester ve věku od 25 do 42 let, pak byla do studie zapojena

ve roce 1989. Účastnice měly hlásit vědcům každou stresující událost ve svém životě (soukromém i pracovním, včetně fyzického či sexuálního zneužívání v dětství). Do roku 2005 onemocnělo v první skupině roztroušenou sklerózou 77 žen, ve druhé autoři studie do roku 2004 zaznamenali 292 případů nemoci. „Jak je zřejmé, riziko roztroušené sklerózy je u mladých žen poměrně vysoké. Významný rozdíl v počtu pacientek mezi oběma skupinami je dán rozdílným věkovým spektrem

účastnic ve skupinách,“ podotýká Trond Riise.

Společně se svými kolegy se pak zaměřil na faktory jako věk, etnikum, počet porodů, tělesná hmotnost, na to, zda žena kouří, a na již zmíněnou míru stresu, kterému byla vystavena. Jak vědci zjistili, mezi stresem a rizikem onemocnění roztroušenou sklerózou neexistuje přímá souvislost, dokonce ani u účastnic, které uvedly, že byly v dětství či v dospívání týrány či sexuálně zneužívány.

(Zdroj: Medindia)

(kha)

Zdravotní péče o občany třetích zemí

Motto: Tato země nebude dobrým místem k životu pro nikoho z nás, dokud nebude dobrým místem pro všechny z nás. *(Theodore Roosevelt)*

Zdravotní péče o migranty je v České republice dlouhodobě na okraji zájmu. Největším kamenem úrazu je pro většinu z nich komerční zdravotní pojištění. Cizinci dlouhodobě pobývající v ČR jsou ze zákona povinni prokázat cizinecké policii při pobytové kontrole, že mají zajištěnou úhradu nákladů na zdravotní péči. Veřejné zdravotní pojištění se občanů třetích zemí (tj. mimo EU) týká jen tehdy, pokud v Česku mají trvalý pobyt (možno získat po 5 letech pobytu), nebo jsou zaměstnanci zaměstnavatele registrovaného v ČR, diplomaté či azylanti. Ostatní na veřejné zdravotní pojištění nedosáhnou.

Jedná se o živnostníky a podnikatele bez trvalého pobytu, rodinné příslušníky, studenty – celkem jde podle odhadů o 140 tisíc osob. Uzavírají drahou komerční pojistku, ta však pokrývá výrazně méně péče než veřejné zdravotní pojištění. Většina z těchto lidí proto zcela zanedbává prevenci a přicházejí až s akutními obtížemi. Doslova nepojistitelné jsou ve stávajícím systému nedonošené děti, děti s vrozenou vadou a chronicky nemocní a staří lidé. Komerční pojištění totiž není nárokové – ačkoli cizinci mají zákonnou povinnost si je zajistit, pojišťovny mohou rizikové zájemce odmítnout. Navíc se platí

jednorázově a na celou dobu pojištění předem. Pro mnoho migrantů je fakticky finančně nedostupné, jde o 1500–4000 Kč měsíčně, dražší je pro ženy.

V roce 2009 byla v ČR poskytnuta zdravotní péče 41 tisíc cizinců ze zemí mimo EU s celkovými náklady 210 milionů korun. Z toho 50 milionů korun nebylo zdravotnickým zařízením uhrazeno.

Mapování zdravotní péče o migranty

Podle sdělení MZ ČR z konce letošního května by se i na tyto cizince mělo vztahovat veřejné zdravotní pojištění, aby mohli čerpat zdravotní péči obdobně jako občané ČR. Do konce roku 2011 by ministr Leoš Heger měl předložit komplexní řešení zdravotní péče o lidi přicházející ze třetích zemí.

Situaci a potřeby migrantů v oblasti zdraví experti mapovali v rámci dvouletého projektu 1. lékařské fakulty UK „Středisko dalšího vzdělávání ve vstřícné zdravotní péči o občany třetích zemí“. S výsledky projektu na konci května seznámil závěrečný seminář připravený ve spolupráci

s Fakultní nemocnicí Královské Vinohrady.

„Obecným rámcem našeho projektu je 200 milionů migrantů, kteří se pohybují po celém světě. U nás bývala migrace minimální, v letech 1990–2006 ale stoupala na desetinásobek předchozího stavu. Naprostá většina těchto lidí přišla z ekonomických důvodů, za prací. 87 % cizinců u nás pracuje, z toho 78 % jako zaměstnanci a 22 % jsou podnikatelé. Téma migrace je v české politice okrajové a často emocionálně podbarvené. Veřejné zdravotnictví se otázkou imigrantů zabývá minimálně, málo se ví o jejich zdravotní situaci, neexistuje také řádná příprava zdravotníků na péči o cizince,“ uvedl manažer projektu MUDr. Petr Struk.

Za zásadní považuje umožnění účasti těchto lidí na veřejném pojištění. „Cizinci ze třetích zemí jsou většinou lidé mladšího středního věku, lze tedy očekávat, že příspěvky do systému veřejného pojištění platit budou. I v ostatních zemích EU jsou cizinci do systému zařazeni, tedy pokud v zemi pobývají legálně.“ Systém pojištění migrantů nutně potřebuje změnu rovněž proto, že se i kvůli němu cizinci paradoxně neléčí s nemocemi, u nichž nelze odmítnout léčbu. Hotově totiž

musejí platit například i terapii sexuálně přenosných nemocí nebo hepatitidy. Zdaleka ne všichni jsou však schopni za své léčby zaplatit.

Další čtyřprocentní menšina

Maximální počet migrantů, asi 444 tisíc, byl zaznamenán v květnu 2009, od té doby jejich počet klesá, zřejmě v souvislosti s hospodářskou krizí. K 31. prosinci 2010 žilo v ČR legálně 425 301 cizinců, to znamená zhruba každý dvacátý pátý obyvatel. Více než čtvrtina jich žije v Praze. Z celkového počtu tvořili 30 % Ukrajinci, 14 % Vietnamci a 6 % Rusové. „Zdravotníci musí být připraveni na kulturní odlišnosti cizinců, počítat s jazykovou bariérou a často i odlišnými představami o poskytování péče,“ uvedla Mgr. Karolina Dobiášová z Ústavu veřejného zdravotnictví a medicínského práva 1. LF UK.

Z hlediska zdravotního pojištění je důležité, že tito příchozí jsou v naprosté většině ekonomicky aktivní. Typický migrant v ČR je zdravý muž produktivního věku. Ekonomičtí migranti bývají po příjezdu obecně minimálně nemocní, za prací jdou především zdraví lidé. I pokud by ale nemocní byli, obávají se jít k lékaři, nebo se dokonce nechat hospitalizovat, ve strachu nejen z plateb, ale i o zaměstnání. Výrazně víc než majoritní populace jsou pak nemocní ve stáří.

U nás zatím obdobné výzkumy neexistují, ale podle studie britské Národní zdravotní služby (NHS) mají obyvatelé jedné z velkých

Zdraví migrantů podle oficiálních statistik

Od roku 2000 jsou sledovány některé údaje o spotřebě zdravotní péče, avšak pouze u nemocniční péče a jen u části cizinců. Nejnověji jsou k dispozici údaje z roku 2007. Ambulantní péče není sledována vůbec. U všech cizinců se sleduje výskyt TBC, AIDS a u všech cizinek potraty. Z informací o hospitalizaci cizinců v Česku a jejich příčinách můžeme alespoň orientačně usuzovat na míru a povahu akutních zdravotních problémů migrantů. Cizinci jsou nejčastěji hospitalizováni z důvodu poranění a otrav. V ČR existuje povinné hlášení pracovních úrazů, na které dohlíží orgány BOZP.

Úrazy

Státní úřad inspekce práce každoročně zaznamenává nárůst pracovních úrazů u migrantů. V roce 2007 utrpělo úraz 1182 cizinců. Jejich podíl na celkové registrované úrazovosti činil 2,8 %. Registrovaná úrazovost je však pouze špičkou ledovce. Část (menších) úrazů pravděpodobně unikne registraci, a to z důvodů uplatňování osvědčené strategie – nečinit zaměstnavatelům problémy. O úrazech v oblasti nelegálního zaměstnávání nejsou k dispozici žádné validní informace.


Incidence TBC

Celkový výskyt TBC v ČR je velmi nízký a průběžně klesá. V roce 2007 byla v Česku zaznamenána nejnižší incidence TBC za celou dobu sledování. Cizinci se na tomto počtu podíleli 17 %. I přes celkovou velmi nízkou incidenci nemocí je podíl cizinců na jejím výskytu významný a má tendenci se v průběhu let nadále zvyšovat.

Prevalence HIV/AIDS

Česko v rámci EU dlouhodobě patří k zemím s nejnižším výskytem nemocí (prevalence 0,1 % v roce 2005). Cizinci představují 20 % všech pacientů, u kterých byl HIV/AIDS diagnostikován. Podíl migrantů z Ukrajiny a dalších rizikových zemí výskyt HIV/AIDS v ČR dramaticky nezvyšuje.

Sexuálně přenosné nemoci

Jsou rovněž častější u cizinců. V případě syfilis tvoří jednu třetinu (32 %) všech nově diagnostikovaných případů. Nejčastěji se jedná o Ukrajince. Kapavka se naopak vyskytuje častěji u domácí populace. 



Manažer projektu Petr Struk. | Foto: Leoš Chodura

londýnských imigrantských čtvrtí střední očekávanou délku života 67 let. V sousední Belgravii je to přitom 83 let. Imigranti z jižní Asie mají o 50% větší riziko předčasného úmrtí na ischemickou chorobu srdeční a trojnásobně vyšší riziko onemocnění diabetem.

Nestěžují si na bolest

Největší národnostní skupinou migrantů v ČR jsou Ukrajinci, ke konci roku 2010 jich u nás dlouhodobě legálně pobývalo 124 tisíc, z toho 42% žen. Oproti pověstem o značném podílu vysoce kvalifikovaných Ukrajinců jich má VŠ vzdělání jen asi 10–15%, ostatní jsou většinou vyučení nebo se základním vzděláním. Do Česka přicházejí za prací hlavně ze zakarpatské oblasti, přibývá však Ukrajinců z centrálních a východních částí země. Jedná se o cyklickou migraci, jen malá část počítá s tím, že u nás zůstane navždy. Naprostá většina zde pracuje v dělnických profesích.

Velká část Ukrajinců je zapojena do klientského systému, odevzdávají až polovinu svého výdělku. Pracují neúměrně přesčas (10–12 hodin) i 7 dní v týdnu, běžně za velmi nevyhovujících podmínek, jsou unaveni až na pokraj sil. Podle průzkumu signifikantně více než Češi kouří a pijí alkohol. Nestěžují si na bolest, trpělivě ji snášejí. Právě jim bývá často poskytována neodkladná péče po těžkých úrazech na stavbách a provozech



ilustrační foto: Shutterstock

s naprostou nedostačující hygienou a ochranou práce.

Uzavřená komunita

Na základě mezivládních dohod v první polovině 80. let přijelo z Vietnamské socialistické republiky 35 tisíc lidí, většinou dělníci a studenti. Část z nich tu zůstala. Nyní k nám v rámci ekonomické migrace v naprosté většině přicházejí lidé z venkova a chudších provincií, což ještě zvětšuje

jejich kulturní šok. To se projevuje i v kontaktu se zdravotnictvím. Vietnamky u nás rodí v nemocnicích, ale podle vietnamské kultury se například ženy v šestinedělí nesmějí koupat a jinak (zcela pasivně) prožívají i samotný porod.

Oproti Ukrajincům mají Vietnamci mnohem větší tendenci usadit se v Česku natrvalo, podnikat a založit tu rodinu. V roce 2010 bylo v ČR hlášeno 60 tisíc Viet-

namců (z toho 40% žen) s dlouhodobým legálním pobytem. Vedle nich tu ovšem žije také na 10 tisíc Vietnamců zcela nelegálně. Nejvýznamnějším rysem vietnamské komunity u nás je její uzavřenost. Mladší generace Vietnamců, kteří se zde již narodili, se výrazně odlišuje především mírou zapojení do české společnosti.

Bariéry z obou stran

Polozí migrantů z hlediska jejich

zdravotních potřeb znesnadňuje jazyková a kulturní bariéra, sociální diskriminace (i získání dokladu může být úspěch), odlišná povaha jejich nemocnosti či problémy s pochopením našeho systému zdravotní péče. Typické pro migranty u nás je, že přicházejí k lékaři v pozdějším stadiu nemoci. Častěji než k ambulantním lékařům míří rovnou do nemocnice.

O vlastní bohaté zkušenosti s pacienty ze třetích zemí ze své praxe praktického lékaře v pražském Karlíně, kde žije poměrně velká čínská komunita, se podělil i doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D. Nejprve si k němu její příslušníci chodili pro různá potvrzení, postupně však začali přicházet jako pacienti s akutními onemocněními a nyní, po dlouhých letech, se již zajímají i o preventivní programy. Komunikuje s nimi anglicky, někteří přicházejí s dětmi, které už mluví česky, případně s tlumočníkem z čínštiny. V roce 2010 v jeho karlínské ordinaci tvořili cizinci 10% ošetřených a 5% registrovaných pacientů. Podle docenta Seiferta zatím ve zdravotní péči o cizince existuje řada bariér i na straně zdravotníků. Nejsou na ni připraveni, nemají zkušenosti a informace organizační ani odborné. Vnímají je tudíž jako skupinu pacientů, která jim přináší vyšší pracovní zatížení, často spojené s nejistou úhradou péče.

Jana Jilková

Unikátní operace srdce v Motole

Lékaři z Kardiologické a Kardiochirurgické kliniky 2. LF UK a FN Motol jako první v České republice katetrizačně implantovali srdeční chlopeň velmi rizikovému pacientovi pomocí torakotomie a následného zavedení nové chlopně přímo přes aortu do zúžené chlopně.

Operaci provedl tým kardiologů prof. MUDr. Josefa Veselky, CSc., s pomocí kardiochirurgů pod vedením doc. MUDr. Marka Šetiny, CSc., a anesteziologického týmu MUDr. Tomáše Vymazala.

Zkušenosti napříč obory

Standardním postupem u nemocných s aortální stenózou je chirurgická náhrada chlopně. Tato operace však může být pro pacienty s přidruženými chorobami riziková. Proto je v poslední době nahrazována zavedením nové chlopně do

místa zúžení přes stehenní tepnu. U pacientů, u nichž přístup k srdci přes tepenný systém není možný, bylo třeba najít inovativní systém spojující zkušenosti několika medicínských oborů.

„U tohoto pacienta bylo vzhledem ke stavu jeho tepenného řečiště vyloučeno, že by se nám podařilo novou chlopeň dopravit až do aortální pozice. Proto jsme zvolili alternativu, kterou známe z dlouhodobé spolupráce s chirurgy. Chirurgové otevřeli nemocnému hrudník a my jsme chlopeň zavedli př-

mo do aorty pod přímou kontrolou zraku i rentgenového přístroje. Operace proběhla úspěšně. Pacient je stabilizovaný a daří se mu dobře,“ komentoval zákrok přednosta Kardiologické kliniky 2. LF UK a FN Motol profesor Josef Veselka. „Vzhledem k náročnosti této metody budeme běžným pacientům i nadále implantovat chlopeň transfemorální cestou. Nyní však nabízíme šanci pro lepší život i nemocným s opakovanými operacemi srdečních vad,“ uzavřel.

(kha)

Akromegalií může v ČR trpět až 800 osob

V České republice je akromegalie diagnostikována u zhruba 400 pacientů. Odborníci však odhadují, že počet nemocných může být ve skutečnosti dvojnásobný.

Řada postižených o svém onemocnění netuší, přitom pokud akromegalie není diagnostikována a léčena včas, může způsobit řadu přidružených nemocí a snížit délku pacientova života.

Zpožděná diagnóza

Akromegalií způsobuje nadměrnou produkci růstového hormonu po ukončení růstu člověka (na rozdíl od gigantismu, kdy je hormon nadměrně vylučován ještě v období růstu). U postiženého kvůli nemoci dochází ke zvětšování koncových částí těla, zasažena je i většina vnitřních orgánů. Příznaky akromegalie se však neprojevují bezprostředně po jejím propuknutí, často proto bývá správná diagnóza stanovena i několik let po vzniku nemo-

ci. Onemocnění je možné odhalit na základě řady klinických a laboratorních testů. Zdrojem nadměrného vylučování růstového hormonu bývá většinou nezhoubný nádor podvěsku mozkového, pacient proto absolvuje i vyšetření na magnetické rezonanci.

Akromegalií je možné léčit chirurgicky, radiačně nebo medikamentózně. V České republice se na její léčbu specializují čtyři odborná centra: 3. interní klinika – klinika endokrinologie a metabolismu 1. LF UK a VFN v Praze, 2. interní klinika LF UK a FN Hradec Králové, 3. interní klinika LF UP a FN Olomouc, 2. interní klinika LF MU a FN u sv. Anny v Brně.

Český den akromegalie připadá na 14. června.

(kha)

Tři dekády s AIDS: Výročí, které nikdo neoslavuje

Zprvu se to jevílo jako kuriozita – několik lékařských zpráv v roce 1981 hovořilo o homosexuálních mužích z New Yorku a Kalifornie, kteří trpěli formami zápalu plic nebo rakoviny, jež jsou typické především u lidí s vážně oslabeným imunitním systémem.

Zdnešního pohledu je možné říci, že právě tyto zprávy byly prvními oficiálními zmínkami o AIDS, nemoci, která přerostla v jednu z největších pandemií, postihla více než 60 milionů lidí na celém světě a téměř polovinu z nich zabila.

Zmatení a nevědomost

Tehdejší odborníci nicméně netušili, s jakým problémem se potýkají, nevěděli, že za netypickými diagnózami několika mužů stojí právě AIDS, jenž byl v té době ještě zcela neznámou chorobou. První zpráva amerických federálních úřadů, která vyšla právě před 30 lety, zmiňovala „pět mladých mužů, aktivních homosexuálů, kteří trpí pneumocystózou, jež se téměř výlučně vyskytuje u imunosuprimovaných pacientů“. Podezření nejprve padlo na tehdy známý cytomegalovirus. O necelý měsíc později pak deník New York Times přinesl článek zabývající se skutečností, že u 41 gayů byl diagnostikován Kaposiho sarkom, do té doby poměrně vzácné onemocnění u jinak zdravých mužů. Ještě další dva roky trval intenzivní výzkum, než vědci v roce 1983 identifikovali jako příčinu onemocnění

ní virus HIV (viz „Kdo objevil virus HIV?“). Zásadním zjištěním byla i skutečnost, že trvá přibližně deset let, než po nakažení virem propukne samotná nemoc AIDS – potvrdily se tak obavy, že lidé nevědomky přenášeli HIV řadu let. Nakazily se tak statisíce osob po celém světě.

Vlna strachu

Poměrně záhy pak epidemiologové dokázali, že virus HIV není doménou pouze homosexuální komunity, ale že je šířen i heterosexuálním stykem, přenáší se z nakažené těhotné ženy na plod a je možné se jím nakazit i prostřednictvím infikovaných krevních transfuzí nebo injekčních jehel. Onemocnění s sebou přineslo novou vlnu strachu. Nejen mezi laiky, ale i profesionály. V době, kdy nebylo zcela jasné, jak k přenosu dochází, řada zdravotníků odmítala pacienty s HIV/AIDS ošetřovat. Bylo zaznamenáno několik případů, kdy se lékař nebo sestra nakazili virem HIV, když se omylem píchli o kontaminovanou jehlu či skalpel. Onemocnění dostalo svůj dnešní název (*Acquired Immune Deficiency Syndrome*) v roce 1982. Předcházelo mu několik jiných návrhů, mezi nimi i poměrně diskriminační GRID – *gay-related immune deficiency*.

Hledání mezi známými

AIDS s sebou téměř okamžitě přineslo i velmi silnou stigmatizaci. Pacienty často zavrhl nejen okolí, ale i jejich rodina, lidé se ve strachu z nákazy vyhýbali restauracím, o nichž věděli, že zde pracují homosexuálové, někteří rodiče odmítali nechat své děti chodit do školy s nakaženými spolužáky. Informace se k veřejnosti dostávaly poměrně nepřesné a kusé. Vzhledem k tomu, že úřady i sdělovací prostředky hovořily o tom, že se nemoc přenáší „tělesnými tekutinami“, ale nespécifikovaly kterými, se lidé obávali používat společné toalety nebo pít z veřejných fontánek.

AIDS se objevil v době, kdy veřejnost v podstatě žila v domněn



Ilustrační foto: Shutterstock

že všechny nemoci jsou již známé a nově objevené choroby jsou jen typem některého z již prozkoumaných onemocnění. I to přispělo ke skutečnosti, že společnost nebyla na HIV/AIDS připravená. A dá se říci, že nemoc poměrně zaskočila i odborníky. Původce hledali v již známých virech a bakteriích, uvažovalo se dokonce o vlivu chemikálií nebo drog.

V prosinci 1981 časopis *New England Journal of Medicine* uveřejnil dlouhý editorial věnovaný možným příčinám AIDS. Ani jednou v něm nebyla zmíněna možnost, že příčinou onemocnění může být zcela nový mikrob. Zanedlouho nato však byl jako původce nemoci identifikován virus HIV.

Krátký interval

V roce 1981 byla poměrně vzácná jakákoli antivirotika, žádná ze

známých však na AIDS nezabírala. Dnes existuje více než 30 léčiv, jež nemoc mění z rozsudku smrti na chronickou chorobu. Ačkoli si onemocnění před vývojem účinných léků vyžádalo mnoho lidských životů, je časový interval mezi začátkem výzkumu léčiv a jejich vývojem poměrně krátký. Epidemie AIDS rovněž znamenala změnu ve způsobu informování veřejnosti – způsobila téměř revoluci v edukaci, na školách začala probíhat přednášky o pohlavně přenosných chorobách. Rovněž se proměnil přístup zdravotníků – na rozdíl od předchozí praxe se lékaři při zjišťování anamnézy začali ptát i na sexuální orientaci a historii pacientů. Krevní banky zdokonalily kontrolu krevních konzerv.

Pokrok v prevenci

Po třicetiletém boji s AIDS jsou

dnes někteří odborníci optimističtí a tvrdí, že v krátké historii nemoci nebyla nikdy naděje na její vyléčení a zvládnutí blíže než v současnosti. Odkazují především na probíhající výzkum vakcíny proti HIV. „Za posledních několik let bylo dosaženo mnoha významných pokroků. Pokud na ně pohlédneme jako na celek, je jasné, že jsme velmi blízko k tomu, abychom pandemii AIDS konečně ukončili,“ prohlásil imunolog Anthony Fauci, který od roku 1984 stojí v čele amerického Národního institutu pro alergii a infekční choroby (NIAID).

Podle Fauciho patří k takovým zásadním objevům kromě již zmíněné práce na vakcíně proti HIV/AIDS rovněž důkaz, že mužská obřízka snižuje riziko infekce virem HIV až o 65%, či vývoj vaginálních gelů a léčiv, jež zabraňují přenosu nemoci z těhotné ženy na dítě.

Dvě klinické studie navíc dokázaly přínos antiretrovirotik v prevenci přenosu choroby. Podle výsledků jedné z nich se riziko u zdravých homosexuálních mužů, kteří berou kombinaci antiretrovirotik a mají nechráněný pohlavní styk s nakaženým partnerem, může snížit až o 44%. Druhá studie uveřejněná letos na jaře se zaměřila na heterosexuální páry, v nichž je jeden z partnerů HIV-positivní. Výsledky ukázaly výrazné snížení rizika nakažení u zdravého partnera, pokud začne užívat antiretrovirotika.

Jsmo blízko?

Podobně slibný je i výzkum zaměřený na objev vakcíny proti HIV. Klinické testy první z nich však její účinnost neprokázaly. „Testy prováděné v roce 2009 v Thajsku bohužel ukázaly pouze 31procentní efektivitu očkovací látky. Vědci však pracují na nových postupech,“ doplňuje Fauci, který je přesvědčený, že účinná vakcína bude k dispozici v nejbližší době. „Samozřejmě nevíme, jestli to bude letos, příští rok nebo za dva roky. Jisté však je, že jsme zaznamenali skutečný pokrok,“ říká. Oblastí, v níž je však třeba výrazného zlepšení, je podle ředitele Národního institutu pro alergii a infekční choroby přístup pacientů k potřebným léčivům v rozvojových zemích. „Ve státech s nízkými příjmy dosáhne na životně důležitou terapii stále jen okolo 30 až 40 procent nemocných,“ upozorňuje Anthony Fauci. Každoročně pak ve světě přibývá 2,7 milionu nově nakažených.

(Zdroje: Seattle Times, Medindia, AFP)

Květa Havlová

Kdo objevil virus HIV?

Za objev viru HIV byl v roce 2008 odměněn Nobelovou cenou za fyziologii a lékařství francouzský tým vědců Luca Montagniera a Françoise Barrérové-Sinoussiové. O prvenství objevu viru se však v minulosti přely dva týmy – zmínění Francouzi a americký profesor Robert Gallo se svými kolegy. Spor dokonce zasáhl do mezinárodní politiky obou zemí, řešit jej museli prezident Ronald Reagan a François Mitterrand, kteří se dohodli, že prvenství bude přičteno oběma týmům. Vědecká komunita se však nakonec přiklonila k tomu, že prvními objeviteli viru HIV byli Montagnier a Barrérová-Sinoussiiová.

HIV⁺ pacienti se potýkají s novým problémem – stárnutím

Pacienti trpící řadu let AIDS nyní řeší vážný problém – díky antiretrovirotikům mohou vést v podstatě plnohodnotný život, s přibývajícím věkem se však u nich začínají projevovat závažné vedlejší důsledky léčby, s nimiž v počátcích terapie nikdo nepočítal.

Jedním z takových nemocných je i 57letý Američan Lou Grosso, který se virem HIV nakazil před třiceti lety. V důsledku léčby trpí bolestmi kloubů, svalů, ale také například výpadky paměti. Před několika týdny u něho lékaři zjistili vážnou srdeční poruchu. Ze 14 léků, jež v současnosti užívá, jsou pouze 3 určeny na léčbu AIDS. „Lékaři se u mě vždycky zaměřovali primárně na AIDS, ale zatím to vypadá, že nakonec zemřu na infarkt. Moje tělo si nejspíš myslí, že je mu 80 let,“ říká Lou Grosso.

Novodobá krize

Na důsledky dlouhodobé terapie HIV/AIDS již upozorňují někteří odborníci, označují je za novodobou krizi v léčbě této nemoci. V době, kdy byly vyvinuty první léčivé přípravky proti AIDS, nikdo nepředpokládal, že pacienti budou žít tak dlouho, aby se u nich vedlejší efekty těchto léků projeví. Nedávno uveřejněná studie tvrdí, že 52 % HIV-positivních Američanů trpí nějakým typem poškození kognitivních funkcí. Poruchy ko-

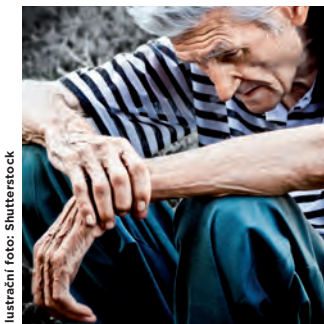
gnitivních funkcí se přitom obecně vyskytují asi u 10 % populace. Podle American Academy of HIV Medicine je u pacientů s HIV/AIDS starších 55 let třikrát vyšší riziko, že onemocní některou chronickou chorobou (např. hypertenzí, diabetem, osteoporózou nebo rakovinou), než u nenakažených jedinců starších 70 let.

„Problémy, s nimiž dnes HIV-positivní bojují, se ve srovnání s minulostí výrazně změnil,“ říká specialista na léčbu HIV/AIDS dr. Brad Hare ze Všeobecné nemocnice v San Franciscu. „Pro mnoho pacientů je to těžká životní situace – třicet let se potýkají s léčbou HIV/AIDS, a když se jim nemoc podaří dostat pod kontrolu, musejí čelit zcela novým zdravotním potížím. To se jim zdá nefér,“ doplňuje doktor Hare. Zatímco v začátcích epidemie AIDS na jeho oddělení umíraly desítky dvacetiletých nemocných, dnes je průměrný věk jeho pacientů 47 let. Podle amerického Centra pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) je čtvrtina celkového počtu HIV-positivních starší 50 let.

Psychické dopady dlouhodobé léčby

Lékaři i vědci se nyní snaží zjistit, které nemoci, jimiž starší pacienti s HIV/AIDS trpí, způsobuje virus, které jsou důsledkem léčby a které jsou přirozeným znakem stárnutí. Až do současnosti nebylo možné se na tyto aspekty zaměřit, starších lidí dlouhodobě léčených na HIV/AIDS bylo příliš málo. Odborníci však upozorňují ještě na jeden aspekt spojený s dlou-

hodobou léčbou HIV/AIDS. Stále větší počet starších pacientů totiž uvažuje o tom, že svou léčbu zcela přeruší. Těmito myšlenkami se zabývá i 64letá Vicki Davidsonová, která se virem HIV nakazila krevní transfuzí v roce 1986 a která v současnosti trpí řadou dalších chronických nemocí. Hlavním důvodem úvah o přerušení léčby je však podle Davidsonové sociální izolace a psychické problémy.



Ilustrace foto: Shutterstock

U lidí, kteří se dlouhodobě léčí kvůli HIV/AIDS, je až 13x vyšší pravděpodobnost onemocnění depresí než u ostatních lidí, jak vyplývá z výzkumu organizace AIDS Community Research Initiative of America. Podle nadace Terrence Higgins Trust jsou navíc starší HIV-positivní ve srovnání se zdravou populací častěji nezaměstnaní a potýkají se s horší finanční situací.

(Zdroj: The Australian)

Květa Havlová

V Česku letos 48 nově HIV-positivních

Ačkoli Česká republika patří ve srovnání s ostatními vyspělými státy k zemím s poměrně nízkým výskytem nakažených HIV/AIDS, počet nemocných neustále stoupá.

Zástupci organizací zaměřených na HIV⁺ pacienty i odborníci upozorňují na skutečnost, že v posledních letech začíná pomalu opadávat strach z nemoci, lidé se proto opět přestávají chránit.

O 11 méně

Letos již lékaři evidují za první 4 měsíce 48 nových případů infekce virem HIV, v dubnu zaregistrovali 13 nově

nakažených a 2 nemocné s AIDS. Jeden pacient chorobě podlehl, celkově za letošek zemřeli v důsledku AIDS dva lidé. Ačkoli loni za stejné období přibýlo o 11 nakažených více (tedy 59), není podle odborníků důvod k optimismu. Jak vyplývá z údajů Národní referenční laboratoře Státního zdravotního úřadu, virus HIV byl v České republice od roku 1986 do konce dubna

tohoto roku odhalen u 1570 občanů (u 1272 mužů a 298 žen). U 325 pacientů došlo k rozvinutí AIDS, 171 z nich onemocnělo podlehl. Téměř 87 % nemocných se nakazilo nechráněným sexem (1373 osob). Úřady rovněž od roku 1986 do konce roku 2010 evidovaly na českém území 334 HIV-positivních cizinců (234 mužů a 100 žen).

(Zdroje: ČTK, SZÚ)

(kha)

Evropská unie by měla začít řešit problematiku bolesti

Téměř tři stovky předních evropských odborníků a zástupců poskytovatelů zdravotní péče se 3. a 4. května sešly v Evropském parlamentu na kongresu nazvaném „Sociální důsledky bolesti“.

Konference „Sociální důsledky bolesti“ (Societal Impact of Pain, SIP 2011) se konala za podpory 85 národních a mezinárodních organizací, jež se zabývají problematikou bolesti a jejím řešením, a pod záštitou dvou českých europoslanců – MUDr. Milana Cabrnocha a MUDr. Jiřího Mašálky. Z odborného hlediska akci zaštitila European Federation of IASP chapters (EFIC), na organizaci kongresu se podílela společnost Grünenthal.

Road Map for Action

Výsledkem jednoho ze šesti workshopů, jež probíhaly druhý den

kongresu, je dokument s názvem „Road Map for Action“, který shrnuje hlavní úkoly, jež musejí evropské instituce, ale také vlády jednotlivých členských států EU vyřešit, aby byly schopné efektivně odvrátit negativní dopady bolesti na život pacientů, kteří jí dlouhodobě trpí. Především by se evropské země podle dokumentu měly zaměřit na těchto sedm konkrétních bodů:

1. Přijmout bolest jako faktor, který velmi významně limituje kvalitu života pacientů.
2. Zajistit dostupnost potřebných informací, diagnózy a managementu bolesti.

3. Zvýšit povědomí o zdravotních, finančních i společenských dopadech bolesti a možnostech jejího zvládnutí.
4. Zvýšit informovanost o důležitosti prevence, diagnózy a managementu bolesti.
5. Podporovat výzkum, který se na bolest zaměřuje.
6. Ustavit v rámci Evropské unie platformu, jež by sloužila k výměně a porovnání zkušeností s managementem bolesti.
7. Za pomoci výše zmíněné evropské platformy monitorovat trendy v managementu bolesti.

Podrobnosti k dokumentu „Road Map for Action“ najdete na internetových stránkách kongresu: www.sip-meetings.org

Ukazatel kvality péče

„Bolest ovlivňuje život každého obyvatele Evropské unie – ať už osobně nebo prostřednictvím někoho z jeho blízkých. „Road Map for Action“ zdůrazňuje klíčové postupy ve zvládnutí bolesti určené evropským institucím i vládám jednotlivých zemí a ilustruje potřebu zařadit sociální důsledky bolesti do zdravotnické politiky států Evropské unie,“ okomentoval dokument předseda workshopu, na němž „Road Map for Action“ vznikla, a zároveň poslanec Evropského parlamentu Jim Higgins. „Význam dokumentu spočívá především ve skutečnosti, že zmiňuje všechny

oblasti dané problematiky, na něž je třeba se zaměřit – od rozpoznání příčin bolesti přes zvyšování povědomí o ní a jejím řešení až po monitoring a porovnávání účinných postupů prostřednictvím platformy Evropské unie,“ doplnil Higgins. Jak vyplývá z údajů uveřejněných v publikaci „Prevalence, korelátory a léčba bolesti v Evropské unii“ (The prevalence, correlates and treatment of pain in the European Union), bolest každodenně trpí téměř 9 % obyvatel Evropské unie. Její prevalence pak roste s věkem a má velmi negativní dopad na kvalitu života pacientů. „Právě kvůli tak vysoké prevalenci a sociálnímu dopadu by bolest měla být řazena mezi nejvýznamnější ukazatele kvality zdravotní péče,“ uzavírá výkonný viceprezident společnosti Grünenthal dr. Alberto Grua. (akt)

Nealkoholická steatohepatitida

Nealkoholická steatohepatitida (NASH) je považována za nejčastější příčinu zvýšení jaterních testů a nejčastější chronické jaterní onemocnění v západním světě. Je také závažnější, než se v minulosti předpokládalo.

Nealkoholická steatohepatitida je součástí širší skupiny onemocnění, která jsou v anglické literatuře označována termínem *non-alcoholic fatty liver disease* (NAFLD). Ten nemá přesný český ekvivalent, může však být užít termín steatóza jater.

Co se týče prevalence, přesná data pro Českou republiku nejsou známa. Většina epidemiologických studií pochází ze Spojených států, kde se NAFLD vyskytuje u 10–15% neobézních jedinců a 70–80% obézních (BMI > 30), NASH pak u 3% neobézních a 15–20% obézních. NASH se vyskytuje ve všech věkových skupinách včetně dětí, prevalence se zvyšuje se stoupající tělesnou hmotností a rovnoměrně postihuje muže i ženy.

Diferenciální diagnostika je zcela zásadní

NAFLD zahrnuje spektrum chorob, jež jsou histologicky charakterizovány zejména velkokapénkovou steatózou a nejsou způsobeny alkoholem či jinými toxiny. Absolutní abstinence není u této diagnózy podmínkou, za bezpečné množství alkoholu bývá považováno 40 g/den u mužů a 20 g/den u žen.

Histologické změny v NAFLD sahají od prosté velkokapénkové steatózy jater přes nealkoholickou steatohepatitidu charakterizovanou přítomností známek výraznějšího zánětlivého poškození (Malloryho hyalin, *ballooning* a nekrózy hepatocytů) a fibrózou až po obraz jaterní cirhózy. Asociace velkokapénkové steatózy jater se zánětlivými změnami a fibrózou je známa již několik desetiletí, byla však po dlouhou dobu ignorována. Nyní je jasné, že



Zvýšené jaterní testy nebo obraz jaterní steatózy při ultrazvukovém vyšetření bývají objeveny při podezření na cholecystitidu. Když už se příznaky objeví, jsou většinou nespecifické. Pravděpodobně nejčastějším symptomem je únava, jež však dobře nekoreluje se závažností histologických změn. Dalším příznakem je dyskomfort v pravém podžebří. Menší část pacientů popisuje jiné příznaky jaterního onemocnění jako pruritus, nauzeu a nechutenství. Rozvoj ascitu, anasarcky, ikteru, krvácení z jícnových varixů nebo příznaků jaterní encefalopatie nastává při dekompenzaci jaterní cirhózy.

Fyzikální a laboratorní vyšetření

Nejčastějším příznakem jaterního onemocnění je hepatomegalie. Vzácně mohou být přítomny známky závažnějšího chronického jaterního onemocnění a jaterní cirhózy jako pavoučkové névy, palmární erytém, ikterus, otoky, *flapping* tremor a známky portální hypertenze.

Po přítomnosti NAFLD bychom měli cíleně pátrat u pacientů s ostatními chorobami, jež jsou součástí metabolického syndromu. Při fyzikálním vyšetření je nezbytné stanovit BMI a změřit obvod pasu. Diagnóza NAFLD vyžaduje vyloučení ostatních známých příčin jaterního postižení –

rozlišení prosté steatózy a NASH je zásadní. Zatímco prostá jaterní steatóza je benigní onemocnění, NASH progreduje až u 20% pacientů do jaterní cirhózy se všemi komplikacemi včetně hepatocelulárního karcinomu. Odlišit alkoholickou a nealkoholickou příčinu postižení lze pouze klinickým vyšetřením a pomocí anamnézy.

NAFLD je nyní považována za součást metabolického syndromu spolu s obezitou, hyperinzulinémií, periferní inzulinovou rezistencí, diabetem, hypertriglyceridemií a hypertenzí. Na druhé straně NASH není výlučně spojena s obezitou a část jedinců s touto chorobou má normální hmotnost.

Většina pacientů je asymptomatických

Stejně jako u dalších chronických jaterních chorob je většina pacientů s NAFLD asymptomatická. Jaterní postižení je diagnostikováno náhodně při běžném biochemickém vyšetření nebo při vyšetřování pro choroby typu arteriální hypertenze, diabetes či obezita.

Tab. 1 – Příčiny NAFLD

metabolický syndrom (inzulinová rezistence)
poruchy lipidového metabolismu
totální parenterální výživa
výrazný váhový úbytek
refeeding syndrom
iatrogenní
toxické postižení

Tab. 2 – Diagnostická kritéria metabolického syndromu (přítomny alespoň 3 z uvedených rizikových faktorů)

obvod pasu ≥ 102 cm u mužů a ≥ 88 cm u žen
glykemie na lačno $\geq 6,1$ mmol/l
triglyceridy $\geq 1,7$ mmol/l
HDL-cholesterol $\leq 1,0$ mmol/l u mužů a $\leq 1,3$ mmol/l u žen
hypertenze $\geq 135/80$ mmHg

(Definice metabolického syndromu podle NCEP ATP III)

Tab. 3 – Indikace jaterní biopsie u NAFLD

diagnozou si nejsme jisti
pacienti bez metabolického syndromu, u nichž NAFLD přesto zvažujeme
pacienti, u nichž náleží těžké steatohepatitidy změni léčebný postup (např. agresivní léčba obezitou)
podezření na těžkou steatohepatitidu nebo počínající cirhózu

nadměrného pití alkoholu, chronických virových hepatitid B a C, autoimunitního a polékového postižení a některých metabolických chorob (Wilsonova choroba, hemochromatóza a porfyrie).

Pro NAFLD/NASH je typický jen lehký (2–3x) vzestup transamináz s poměrem AST/ALT menším než 1. Poměr AST/ALT vyšší než 2 spolu s dalšími laboratorními parametry, jako je makrocytóza, ukazuje s vysokou pravděpodobností na alkoholické postižení. Vyloučit nadměrný abúzus alkoholu je složité, protože GGT bývá u NAFLD zvýšeno konstantně. Pomáhá opakovaná pečlivá anamnéza a údaje od rodiny.

Dále často nacházíme vyšší hodnotu ferritinu, který však souvisí spíše se zánětlivým postižením jaterního parenchymu než s vyšším obsahem železa v játrech, a u části pacientů s NAFLD mohou být v séru prokázány různé autoprotilátky (ANA, SMA, AMA), typicky v nízkých kolísajících titrech. Dále je doporučováno vyhledávat ostatní součásti metabolického syndromu (viz tab. 2).

Zobrazovací metody a biopsie

Sonograficky většinou nalezneme zvýšení echogenity jaterního parenchymu ve srovnání s parenchymem pravé ledviny, v pokročilejší fázi pak známky fibrózy či obraz cirhotické přestavby. Ostatní zobrazovací metody jako CT či MRI více informací nepřinesou.

Jaterní biopsie není k diagnóze NAFLD podmínkou, ale je i nadále zlatým standardem k rozlišení prosté steatózy od steatohepatitidy, fibrózy a cirhózy. Biopsie by měla být provedena zejména

za situací uvedených v tabulce 3. S pacientem je nezbytné dostatečně probrat přínos a rizika eventuelní jaterní biopsie. Lze jí odložit o několik měsíců a poté její přínos znovu zvážit s ohledem na dosavadní průběh onemocnění. Na její provedení bychom měli naléhat u obézních diabetiků starších 45 let, protože až u 2/3 z nich můžeme nalézt pokročilou jaterní fibrózu.

Jedinou terapií pozvolná redukce hmotnosti

Jedinou efektivní a dosud známou léčbou NAFLD a NASH je pomalá a pozvolná redukce hmotnosti, většinou doprovázená dalšími změnami životního stylu (úprava stravovacích návyků, pravidelná fyzická aktivita, úplná abstinence od alkoholu). Příliš rychlá redukce hmotnosti naopak vystavuje pacienty riziku progresu jaterního onemocnění až jaterního selhání. Doporučuje se snižování tělesné hmotnosti o méně než 10% za 6–12 měsíců s dodržováním zásad zdravé výživy (dostatek ovoce a zeleniny, vlákniny a komplexních sacharidů – škrobů, omezení masa, nasycených tuků a jednoduchých cukrů). Nejvhodnější fyzickou aktivitou je aerobní cvičení (kolo, rotoped, chůze), alespoň 3x týdně po 30 minutách. Přesvědčivý účinek farmakoterapie NAFLD zatím nebyl spolehlivě prokázán velkými randomizovanými studiemi. Jako nejslibnější se ukazují léky zlepšující inzulinovou rezistenci (biguanidy, gli-tazoni), dále je posuzován efekt vitamínu E, pentoxifylinu a ursodeoxycholové kyseliny.

Součástí léčby NAFLD je i dobrá kompenzace diabetu a léčba hyperlipoproteinémie. Nezapomínáme ani na pečlivé vyloučení potenciálně hepatotoxické medicíny (amiodaron, tamoxifen, dilatiazem, kortikosteroidy).

Prognóza

Prognóza onemocnění závisí na stupni zánětlivého postižení a fibrózy; je častou příčinou tzv. kryptogenní jaterní cirhózy. Významnou roli hrají také přítomné komorbidity – zejména součásti metabolického syndromu a s tím související kardiovaskulární komplikace. Léčba zahrnuje redukci hmotnosti a úpravu životního stylu, farmakoterapie se zaměřuje na jednotlivé složky metabolického syndromu.

konference

NEJEN PRO PEDIATRY
A DĚTSKÉ SESTRY

7. 10. 2011 Praha, Top Hotel

Registrujte se na www.medical-services.cz



Přijďte se seznámit
s novými poznatky
v oboru.



Pro lékaře

Odborný garant: prim. doc. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc.

9.00–9.45

registrace

9.45–10.00

úvodní slovo

10.00–10.30

Aktuální problematika péče o extrémně nezralé novorozence

– prim. doc. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc.

10.30–11.00

Následná péče o perinatálně ohrožené děti – doc. MUDr. Petr Zoban, CSc.

11.00–12.00

oběd

12.00–12.40

Specifika výživy nejen předčasně narozených dětí – MUDr. Petr Tláskal, CSc.

12.40–13.30

Aktuální problémy v očkování – doc. MUDr. Petr Pazdiora, CSc.

13.30–14.00

přestávka

14.00–14.30

Infekční nemoci v dětském věku – MUDr. Hana Roháčová, Ph.D.

15.00–15.30

Aktuální problémy v dermatologii – prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA

15.30–16.00

předávání certifikátů

Vzdělávací akce je pořádána dle stavovského předpisu č. 16. Akce bude ohodnocena 5 kredity.

Registrační poplatek: 600 Kč – platba předem, 700 Kč – platba na místě

Pro sestry

Odborný garant: MUDr. Petr Kašpar

Nový termín!

8.00–8.45

registrace

8.45–9.00

úvodní slovo

9.00–9.40

Vývoj psychomotoriky v postnatálním období – MUDr. Martina Kašparová

9.40–11.20

Jak včas rozpoznat patologii ve vývoji dítěte – PhDr. Tereza Nováková, Ph.D.

11.20–11.50

přestávka

11.50–12.30

Biopsychosociální potřeby dítěte – MUDr. Petr Kašpar

12.30–13.30

oběd

13.30–15.00

Riziko vzniku úrazů dětí a vybrané neodkladné stavy – Martina Eliášová

15.00–16.00

Praktická KPR u novorozence a dítěte* – Martina Eliášová

16.00–17.00

předávání certifikátů

* Prvních 60 zájemců, kteří uhradí registrační poplatek předem, bude mít možnost vyzkoušet si KPR prakticky!

Konference bude ohodnocena dle vyhlášky MZ ČR č. 321/2008 Sb. 4 kredity ČAS.

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

Kompletní informace naleznete na www.medical-services.cz

Credit PLUS
Akce bude
ohodnocena kredity



Situace je normální – všechno je špatně

Motto: A proto se nikdy nedávej ptát, komu zvoní hrana. Zvoní tobě.

(John Donne)

Klinický průběh rozšířené sebevraždy

Závěry sjezdu VV splníme! Ne o reformy, ale o posty tam šlo. Strana nového typu? Nedejte se vysmát. Pouze esence špatných vlastností těch zavedených a vyhlášených firm. Jen mimořádně vylouhovaná a oholená až na samu dřev. Koncentrát tragikomické chtivosti, nemravné obcování naivistů plných svazáckého zánícení s bezskrupulózními praktiky moci, kteří jako šachisté posunují své figurky k pečlivě naplánovanému cíli. Od obstrukce k destrukci. Něco to připomíná z naší smutné minulosti. Chystají se zničit koalici, vládu i sebe. Až mráz běhá po zádech, když sledujeme klinický průběh této rozšířené sebevraždy jako impozantní reality show. Znojenský *župní vedoucí* dokonce žádá trestněprávní postih novinářů, kteří útočí na VV. Chudák, zřejmě je vážně nemocný. Jenže první trestní oznámení za vyslovení politického hodnocení VV již padlo. Názozy u nás nejsou trestné 21 let. Doufejme. I dosud rozumně vyhlížející paní Peake ztratila poslední zábrany a zbytky sebereflexe, když o tropickém šílenství své zdivočelé strany pravila, že „VV byly příliš hodné a neměly ustupovat“. Chybí jen samolepka na hlavu: „Před použitím zatřepat!“

Dobře umístěný pěšec

Po krk ve skandálech obviňují druhé a sabotují každý den něco jiného. Hlavně aby ani na vteřinu neustalo jejich veřejné zmítání v hysterickém oblouku. Nemají médiím co jiného nabídnout než rotyku. Ano, médiím. S obcany se už nepočítá. Kdo by tu šmiru také sledoval. Ani chvilka bez trapných scén či opileckého blábolení, vyhrožování a parodií na špionážní brak. To je veškeré jejich zboží. Někdo nadává, jiný zvrací, ale VV jdou pevným krokem dál. Kam? To se teprve uvidí. Protože síly jsou rozloženy tak, že tam chtě nechtě musíme s nimi. Že mají ve sněmovně nejméně hlasů? To je příliš omezenéhle-

disko. Síla nemusí být dána jen počty. Někdy stačí výhodné strategické postavení. Dobře umístěný pěšec pak může vydat za královnu i se střelcem. Reforma zdravotnictví se minule zasekla na mrzkých třiceti korunách, tentokrát jsou tou bagatelou plomby. Přistě se kamenem úrazu stane kámen zubní. Že my ale máme smysl pro proporce! A jak to dopadne? Na to se neptejte Hegera. Zeptejte se Bárty, muže bez oficiální funkce. Ten tady rozhoduje. On a jeho manické fantazírování. Majitel strany, sám velký Zachránce Plomb, Timur a jeho parta. A velký guru v pozadí. Jako Mao C-tung či Teng Siao-pching. A co dala jeho pseudostrana politologické vědě? Poznaitek, že politika není ani souboj idejí, ani správa obce. Je to souboj tajných nahrávek. Kdo žádnou nemá, prohrává, kdežto kdo není nahráván, je nula. Štěnice jako pokračování politiky jinými prostředky.

Ministerské alternace

Zde je pár ilustrativních novinových titulků: *Vláda v rozkladu – věčka hrozí, že potopí reformu. VV chystají boj-kot vlády. Premiér pohrozil VV, že kvůli*



MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

obstrukcím půjdou z vlády. Kg se opět zasekla na Hegerově reformě. Nahnutý osud zdravotní reformy – VV na ní chtějí dále pracovat. No těbůh! A moudro týdne? Zde jest: „Chceme, aby definice zdravotního nadstandardu byla v rukou odborníků, nikoli úředníků,“

říká Velký Čaroděj. Úžasně! A co asi jiného? Pán bude zřejmě znalec. Typická demagogie VV probíhá v logice následující fiktivní scénky:

Všichni: „Tak dohodnuto. Pojedeme na dovolenou na Mallorku.“

VV (ubližené ječí a dupou): „Ale my chceme naprosto zásadně na Mallorku! Nebo odejdeme z vlády!“

Zdánlivě idiotská konverzace je ve skutečnosti geniální propagandistickou manipulací. Budí totiž v nepozorném posluchači falešný dojem, že ostatní to nechtějí a nebyť spasitelů z VV, jelo by se do p... Prčic.

Co mě fakt dostalo: Věci veřejné žádají důstojné zastoupení ve vládě. Požadavek je přitom dávno splněn. Odchodem Radka Johna poskočila míra důstojnosti jejich vládního zastoupení o dva řády.

Trocha užité lingvistiky: Slovo *veřejný* je odvozen od výrazu *veřej*, což je pohyblivá část dveří. Lze ji

otevřít a vstoupit. Anebo tudy také vypadnout. Jak kdo a jak kdy. VV nyní hovoří o *comebacku* Radka Johna. Ministři vnitra asi budou alternovat jako na divadle. Podle paní Peake si to však musí ještě nechat přes noc rozležet. Čili uvidíme, jak se vyspí. Závisí na tom osud země. Tak dobrou noc a hezké sny.

Velký Duch zakalil mysl bledých tváří

Nejen VV trousí (od slova „trus“) perly. Otvírám týdne, ohromujícím svou stupiditou až patologické hloubky, byl hysterický výkřik stárnoucí subrety, která si dupla nožkou řkouc, že veřejnoprávní rozhlas ji cenzuruje a nehraje její písně, jež prý jsou součástí národního bohatství. Zdá se, že představy o národním bohatství se mohou dosti vydatně lišit. Stejně jako o nestoudnosti. A můžeme pokračovat, praštější výkřiků je dost: Rath troubí do televize, že kvůli plombám budou umírat lidé, kdežto některé lékařské organizace se dohodly na společném prohlášení, kde vyzývají ministerstvo, aby dělalo to, co dělá, a nedělalo věci, které nedělá. „Uf, uf,“ řekl by Vinternetou, „Velký Duch zakalil mysl bledých tváří.“

Má to všechno něco společného? Určitě. Míru ujetosti a nehoráznosti, absolutní ztrátu zábran, zánik elementární soudnosti a slušnosti, výkony hodné skutečných sociopatů. Je to propad až na samé dno. Všechno je dovoleno, stud vyšel z módy. To nevěstí nic dobrého. Naše postkomunistická transformace neprobíhá. Dávno se zastavila. Země nevzkvétá. Trpí syndromem multiorgánového selhání. Hrouť se všechno: justice, policie, finance, úřady, armáda, politika, silnice, šumavské hvozdy, morálka, důvěra i naděje. Selháváme my sami. Kdo je nadán vnímavostí pro dějiny, může cítit jakýsi sesuv půdy. Stále rychleji. A my sedíme navrch. Lhostejně. Neschopně. Hloupě. Sebevražedně.

Rotačky ČNB – naše spása!

Co je to ta ve všech pádech skloňovaná reforma? Nic než návrat

běhu věcí zpět na vzestupnou křivku, k normálním poměrům. Znovu nahodit motory zalité vodou a vypumpovat vodu z podpalubí. Ale kdekdo se se zadkem ve vodě táže, proč má pumpovat zrovna on, když prý díru v lodi nezavinil. Než se vykecá, vyvzdoruje a vystávkuje, svou hloupou řeč již bublá do vody.

Odbory se rozhodly pro razantní odpor proti jakýmkoli změnám. Půjdou do politické stávky kvůli zásadní věci, s nimiž stojí a padá svět: stravenkám a jízdenkám. Zablokují dopravu. Nedostaneme se do práce. Nebude co jíst. Pomůžeme a odboráři s námi. Hurá! Jak mazaně vymyšleno. Přecházejí sami sebe. A pak kvapíkem zpět do socialismu, kde bylo o pracující tak dobře postaráno v nerozborné jednotě Státního plánovacího úřadu a politbyra. Problémy? Co my s tím máme společného? „Ať platí bohatí,“ citují velkého Klému. „Zásadně odmítáme...“ (dosad' cokoli, včetně špatného počasí). Řecko a Portugalsko – náš vzor. Odmítli uznat realitu a taky to jde. Zatím. Což jim stačí. Za hranice onoho „zatím“ nemyslí. Ať to řeší stát. Ovšem bez nás. Náš stát to není. Asi nějaký cizí. Paní Žitníková & spol. zase nepřipustí reformu zdravotnictví. Vždyť ono nemá chybu. Tedy vlastně má, ale jenom jednu: Stát pro něj netiskne dost peněz. Je třeba rozjet rotačky ČNB. Tím by se to napravilo. Vždyť je to tak snadné. Jdu k bankomatu, zadám PIN a dostanu. A nedostanu-li, půjčím si. Tak o co jde? Silně prožívaná přání zatemňují rozum. Jeli ovšem co zatemnit.

Však on to někdo zatáhne

Stejný postoj v resortu zaujali i odboráři z ČLK. To pěkně dokresluje schizofrenní argumentaci MUDr. Kubka, že komora musí být povinná kvůli ochraně pacienta. A za ochranu se jak známo platí. Tvrdě. Zejména za ochranu před ochráncem. Komora hovoří o sebeobraně lékařů a již vydala pastýřský list se základními články víry. Jde o rozměňování základní teze: Hlavně nic neměnit. Strážce nehybnosti. Nehybnosti ke světlým zítřkům. Pojistovny nemají do poskytování péče co mluvit. Jen zaplatit účty, ať už vzniknou jakkoli. Smlouvy privátních lékařů s pojišťovnami jsou nedotknutelné bez vazby k realitě. Je to nezczizitelné léno. Ani smrt nás nerozdělí.

Jde o proces, jenž proběhl v českém knížectví již v 11. a 12. století. Od funkčního a podmíněného



I dosud rozumně vyhlížející paní Peake ztratila poslední zábrany a zbytky sebereflexe, když o tropickém šílenství své zdivočelé strany pravila, že VV byly příliš hodné a neměly ustupovat. Foto: Isifa Image Service

NEJSEM SI JIST

propůjčení k trvalé a dědičné držbě aneb správce majitelem. A hlavně: Žádná soutěž. Žádná restrikce nekonečných řetězců odborného vyšetřování. Však on to někdo zatáhne. Přebytek zdánlivě přetížených odborných lékařů musí zůstat nedotčen. *Zachovej nám, Hospodine.* Představme si jakékoli jiné sdružení podnikatelů, kteří by se vytasili s takovými požadavky. Zavřeli by je blázince a pro jistotu ještě přikurtovali. Jistě, zdravotní péče je zvláštní druh živnosti. Ale základní principy zůstávají. Soutěž a nejistota. Velmi zdravé. Nic není tak úplně zaručeno. Úspěch není nárokový ani nezávislý na kvalitě. A efektivita je její součástí.

Anetičtí technokrati

Není žádným tajemstvím, že ani pojišťovny často nefungují, jak by měly. V řadě případů nejsou o nic lepší než některá zdravotnická zařízení. Někdy se chovají i dost neurvale. To však není důvod je systémově vyřadit z rozhodování o síti a o úhradě. Nikdo jiný to totiž dělat nemůže. Nezbyvá než s pojišťovnamí žít a kultivovat je. Zvýšit jejich odbornost, korigovat

motivaci. A při neplechách hned klepnout přes prsty. U některých je to nutné méně, u jiných zase více. A taky jak kdy.

Dobrym příkladem nyní může být VZP, která se rozhodla vzít šturmem psychiatrické léčebny pod chatrnou záminkou, že je v nich plno pacientů ze sociálních a nikoli zdravotních důvodů. Ředitelka odboru kontroly a revize dokonce poněkud výhružným tónem publikuje fantastický údaj 69 %. Je jen otázkou, ze kterého prstu pochází. Další otázkou je, jak u duševně nemocných ostře oddělit zdravotní a sociální aspekty, které tu představují dialektickou jednotu a hluboký vzájemný průnik. Pro laiky: Důvodem je rozvrat funkce orgánu, jemuž v odborné han-týrce (a někdy i s trochou nadsázky) říkáme mozek. Jen on nás činí sociálními bytostmi a jeho poruchy naopak bytostmi asociálními. VZP zaujala aneticko-technokratické stanovisko, že není její starostí, kam ti lidé, pro něž právě naši moudří předkové kdysi vybudovali léčebny, teď půjdou. Asi bude nutné postavit nějaké jiné léčebny, když se následná péče náhle považuje za péči sociální.

Papírová vojna

Není pravdou, že VZP nenabízí východisko. Nabízí. Přeměnit zdravotní lůžka na sociální. Transformovat prakticky celou následnou péči na sociální ústavy. Nejlépe ihned. Potom by však uvázla péče o akutní pacienty, které většina léčenben nemá nasmlouvané. Přesto je přijímá, protože není kam jít, kam je odvézt. Tyto své klienty by si VZP musela pochopitelně zajistit někde jinde. Kde? Její problém, její odpovědnost. Šach mat.

Problémem léčenben by ovšem bylo jak vyžít z almužny za sociální lůžko a jak s pacienty tohoto druhu uzavírat validní smlouvy. Prosekat se houštím složitě byrokracie, abych pak směl prodávat pod nákladovou cenou, to je přeci pitomost. Velkoryse nabízené východisko je tedy v reálu totožné s ekonomickou bilanční sebevraždou. Kritéria toho, co už je sociální, jsou vágní a metodika nebyla smluvním partnerům v rozporu s rámcovou smlouvou poskytnuta. Platí pocitové rozpoležení revizního lékaře, jakkoli může být v problematice naprostým laikem. Pokud se mu zdá, že se podle dokumentace u pacienta (na-

štěstí) dlouho nic dramatického neděje, ukáže palcem dolů. Samozřejmě od zeleného stolu. Je to papírová vojna. Ne tělo, ale papír jako důkaz. Pojmy se mísí s dojmy. Vše probíhá zajisté nezaujatě a objektivně. Jak také jinak. Do mysli se však vkrádá právní zásada starých Římanů: *Nikdo soudcem ve své vlastní věci.*

Pro peníze do blázince

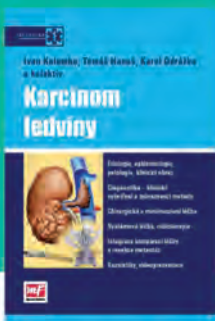
Protože do většiny ústavů sociální péče jsou psychiatři nemocní kontraindikováni a komunitní ambulantní péči zvládne jen jejich zlomek, vzniká začarovaný kruh nemožností. „Hlava XXII“ je zjevně oblíbenou četbou špiček VZP před spaním. Doufám, že klidným. Pokud dobře počítám, žádá VZP přesun zhruba 6900 pacientů. Kam? Prostě někam. Jinak na léčebny udeří. Tvrde zkruší tyhle zanedbávané a lidmi i Bohem zapomenuté popelky. Sebere jim peníze. Výborně. Tím se péče nepochybně mohutně zlepší. Léčebny jsou už dnes chudé jak kostelní myši, a pokud se VZP domnívá, že si tu finančně pomůže a zalátá svůj rozpočet, musí jít buď o velkou nevědomost, nebo o akt čiré-

ho zoufalství. Už sama myšlenka jít si pro peníze právě do blázince... Zkrátka to vnitřní finanční pnutí musí být opravdu nesnesitelné a pro soudnost devastující. Pokud by šlo o akciovku, radil bych každému majiteli akcií urychlený prodej. Pozor na druhou Sazku. Ale zaryjme do tohoto záhonku svůj rýč ještě hlouběji: Sledují-li ve VZP občas trošku veřejné dění, musí vědět, že zdravotně-sociální pomezí čekají velké legislativní změny. MZ a MPSV konečně po 20 letech úzkoprsého resortismu nacházejí společnou řeč o řešení již neudržitelného stavu. Z dupání okovanou botou po měkkém podbřišku těch nejslabších v mezičase, jen aby řeč nestála, nic dobrého nepojde. VZP jede v protisměru a ještě u toho houká. Zdá se, že trpí zvláštní imunitou vůči faktům. Hlavně když nechybí sebevědomí a pocit vlastní samozřejmosti. K tématu zde volně připojíme starý vtíp: *Dědek s babkou jednou autem, když se z rádia ozve hlášení dopravního vysílání: „Pozor, pozor! Na 42. kilometru dálnice D1 směrem na Brno jede jeden řidič v protisměru.“ Na to opáčí dědek: „Co povídají, že jeden! Koukej, bábo! Všichni tady jedou v protisměru!“*

Inzerce A111010488

Knižní novinky

z edice Aeskulap



Karcinom ledviny

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

Autoři: Ivan Kolombo, Tomáš Hanuš, Karel Odrážka a kol.

Doporučená cena 450 Kč



Hematologické kazuistiky nejen pro hematology

aneb jak nepřehlédnout leukemii v každodenní praxi

Publikace vychází ze zkušeností a každodenních kontaktů autorů s jejich pacienty. Cílem je zdůraznit příznaky krevních nemocí a ukázat jak se od nich lze dostat ke stanovení diagnózy i co všechno tento proces znesnadňuje. Dosud se totiž nezdá stává, že pacienti s krevními nemocemi jsou i při typickém klinickém obrazu nesprávně léčeni řadu měsíců. Mnohé z nich lze přitom při včasné zachytu velmi dobře léčebně ovlivnit, některé dokonce vyléčit zcela.

Autoři: Andrea Janíková, Michael Doubek

Doporučená cena 250 Kč*



komplexní informační servis ve zdravotnictví

*sleva 15 % na
knihna.cz



Z dějin porodnictví VIII

První profesoři porodnictví v Čechách – pražská porodnická škola

Minulý díl našeho seriálu pojednával o vzdělávání porodníků a učebních pomůckách pro ně, dnes se budeme věnovat výuce porodnictví a gynekologie na vysokých školách a také užívání porodnických kleští.

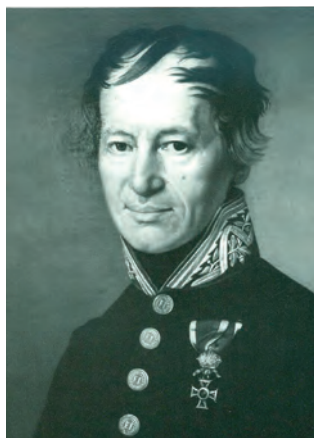
Prvním profesorem teoretického porodnictví na pražské lékařské fakultě byl v roce 1790 jmenován Ignatz (Hynek) Ruth, který se vzdělával ve Vídni u Crantze. Podle některých dobových pamětníků byl Ruth dobrým teoretikem, ale nepřilíh odborně zdatným praktikem. Navrhl a posléze zavedl praktickou výuku. Ruth se kromě přípravy studentů věnoval také výuce a přezkušování porodních bab.

Dalším významným představitelem pražské lékařské fakulty a také přednostou Všeobecné nemocnice se stal český lékař, porodník a sociální reformátor Jan Melič (uváděn také jako Johann Melitsch). Založil a od roku 1787 vedl soukromou ambulanci porodnic, která později byla rozšířena na nemocnici pro chudé. Zanikla pro nedostatek financí v roce 1803. Melič se zabýval i demografií, například v roce 1790 publikoval první úmrtnostní tabulky na území Čech. Podílel se též na tvorbě systému zdravotního pojištění pro méně majetné občany.

Na rozdíl od Rutha, který byl profesorem teoretického porodnictví, se Melič v roce 1792 stal profesorem praktického porodnictví. Vykonal nejen lékařskou praxi, ale věnoval se také přednáškám a praktickým cvičením a napsal řadu prací, jež se týkaly péče o ženu v těhotenství a při porodu. I přes neshody s profesorským sborem lékařské fakulty a také některými dalšími zdravotnickými autoritami byl jeho příspěvek ke zvýšení úrovně bab i lékařů nesporný. Melič však byl nakonec suspendován a v roce 1806 odešel do Vídně.

„Úvod k babení“

Významnou osobností českého porodnictví se stal Antonín Jungmann, bratr jazykovědce Josefa Jungmanna. V roce 1805 získal lékařský diplom a následně začal působit v Praze Na Františku u Milosrdných bratří, později přechází do porodnice zřízené v roce 1803 u kostela sv. Apolináře, jejíž sou-



Antonín Jungmann. | Foto: archiv UK

částí byl i nalezinec. V roce 1811 byl jmenován profesorem porodnictví na pražské lékařské fakultě, kde působil více než čtyřicet let. Říká se, že za tu dobu prošlo klinickou a porodnicí více než osm tisíc porodních bab.

Jungmann se intenzivně věnoval nejen rozvoji fakulty, ale také výuce. Porodním babám i studentům medicíny přednášel jak v češtině, tak i v němčině a podílel se na vybudování rozsáhlé knihovny. Jeho široké vzdělání a zájmy jej předurčily mimo jiné k tomu, aby se stal jakýmsi historikem pražské lékařské fakulty. Pod jeho vedením pražská porodnická škola získala evropský věhlas.

Pro vzdělávání porodních bab Jungmann připravil publikaci, která jim měla být nápomocna nejen při studiu, ale následně i v praxi. Učebnici nazval „Úvod k babení“. Poprvé byla vydána v roce 1804 a z velké části šlo o kompilaci prací německých autorů. Důležité ovšem bylo, že byla napsána česky, i když jazyk nebyl příliš obratný. V roce 1821 vychází upravené vydání knihy pod názvem „Umění babické“, kde v úvodu najdeme některé zajímavé názory a definice. Co se vybavení, které měla mít porodní bába k dispozici, týče, Jungmann říká:

1. *Kde v obyčejí jest řádně složená stolice (rozuměj porodnické křeslo).*

2. *Stříkačka ceynová prostředné velikosti, která k slušnému klistérování matky a dítěte se hodí, y také k vystřikování do materníku a k pokřtění potřebnému slauží, ženě venkovské jediná řádně zřízená stříkačka zadosti činí, aniž stříkačky křticí a mateční tak nazvané potřebuješ, jen když trubičku ceynovou nakřivenou dosti dlouhou máš, která ke stříkačce přidaná do matky k vystřikování dosáhne...*

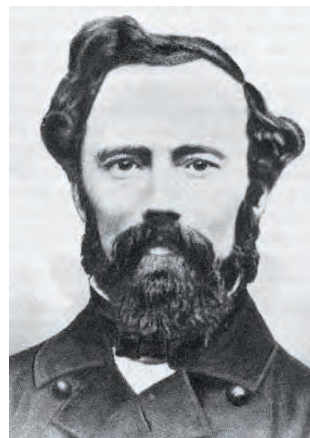
V roce 1838 byl Antonín Jungmann zvolen rektorem univerzity. Svou univerzitní dráhu ukončil v roce 1850. Za celoživotní zásluhy byl povýšen do rytířského stavu.

„Porodnictví pro lékaře“

Následovníkem Jungmannovým se stal Franz Alexander Wilhelm Kiwisch, Ritter von Rotterau, který se narodil v roce 1814 v Klatovech. Lékařskou fakultu v Praze absolvoval v roce 1837. Působil jako profesor porodnictví na univerzitách nejprve v bavorském Würzburgu a později v Praze, kde v roce 1850 nastoupil po profesoru Jungmannovi. Byl jedním z oponentů dr. Semmelweise. V roce 1852 vydal svou odbornou publikaci „Klinische Vorträge“ (Klinické přednášky). Předčasně zemřel v roce 1852 na tuberkulózu.

Po Kiwischovi nastupuje profesor Jan Streng, který v roce 1870 vydává svou publikaci „Učebná kniha o porodnictví pro babičky“. Po něm přebírá pomyslné žezlo Pražské porodnické školy jeho žák Václav Rubeška, který patří k zakladatelům moderního porodnictví a gynekologie u nás. Promoval v roce 1878 a po jednoroční vojenské službě nastoupil na asistent-ské místo na I. porodnickou kliniku v Praze.

Po studijní cestě v Německu se vrátil zpět do Prahy. V roce 1886 habilitoval a v roce 1897 se stal mimořádným profesorem gynekologie a porodnictví. Titul řádného profesora gynekologie a porodnictví získal v roce 1913. V letech 1898–1903 působil jako ředitel zemské porodnice a nalezince v Praze, od roku 1922 pak jako přednost nově



Franz Kiwisch von Rotterau

zřízené II. porodnicko-gynekologické kliniky. Ta vznikla z prostor původní babické školy v zemské porodnici.

Rubeška se věnoval výchově nejen mediků, ale také porodních babek. Napsal řadu odborných publikací. V roce 1893 vydal učebnici „Porodnictví pro babičky“, jež byla rozdělena do devíti oddílů. Jsou zde informace o pravidelném těhotenství, pravidelném porodu, šestinedělí, o novorozenci a také o první pomoci při náhlých neštěstích. Porodnictví pro babičky vyšlo ještě čtyřikrát, poslední vydání je z roku 1920. Pro studenty medicíny a lékaře napsal knihu nazvanou „Porodnictví pro lékaře“. Rubeška se zabýval jak gynekologickou, tak i porodnickou problematikou.

Nové operační a diagnostické postupy

Rubešovým nástupcem se stal profesor Karel Pawlik, další ze zakladatelů českého porodnictví. Promoval v roce 1873 na univerzitě ve Vídni a po ukončení studií pracoval jako asistent na gynekologicko-porodnických klinikách nejprve ve Vídni a pak i v Praze. V roce 1887 byl jmenován řádným profesorem a přednostou pražské I. gynekologické a porodnické kliniky, kde působil do roku 1913. Publikoval řadu

odborných děl v německém, anglickém i francouzském jazyce. Byl významným urogynekologem, jako první na světě provedl extirpaci močového měchýře, objevil a používal vlastní metodu cévkování močovodů.

Zavedl řadu vyšetřovacích metod a operačních postupů, jeho speciální předporodní vyšetření mělo pomoci lépe se zorientovat, jak je plod v děloze uložen: I. Pawlikův hmat určuje výši fundu dělohy a tím také velikost a současně i stáří těhotenství. II. Pawlikův hmat na základě zjištění hrbeťtu a drobných částí plodu pomáhá určit tzv. postavení plodu. III. Pawlikův hmat určuje krční rýhu plodu, tedy naléhající část, a také stupeň vstupu hlavičky (nejděle-li o konec pánevní) do porodních cest.

Porodnické kleště – historie a současnost

V jednom z předchozích dílů jsem zmínil rodinu Chamberlenů a jejich vynález. I když jejich kleště sloužily řadu desetiletí, byly používány v utajení a odborníci s nimi mohli být fakticky seznámeni až v roce 1818, kdy byla v pozůstatosti tohoto rodu objevena sbírka porodnických nástrojů včetně čtyř párů rodinných porodnických kleští.

Tou dobou se již však používaly jiné porodnické kleště prakticky v celé Evropě, a to díky Janu (Johannu) Palfynovi z Flander, který zveřejnil jejich použití v roce 1723. Holanďan Palfyn je díky tomu považován za „otce kleští“. Někdy se jim také říkalo „tahač hlavy“ či „železné ruce Palfynovy“. Šlo o jednodušší verzi nástroje než kleště Chamberlenů, prakticky to byly dvě jednoduché modifikované páky, které se přiložily na hlavičku. Patří do skupiny tzv. paralelních kleští.

V roce 1747 André Levret předložil model nových dlouhých kleští, jež měly 44 cm a byly opatřeny zámkem. Kromě zakřivení podle hlavičky měly navíc také zakřivení podle pánevní osy. Tyto kleště se rychle rozšířily po celé Evropě. Dovolovaly řešit především takový porod, kdy buď vážil pohyb hlavičky plodu, nebo rodička byla velmi vyčerpaná a neměla sílu vypudit

plod. Často však docházelo k poraněním jak plodu, tak i matky. Postupem času proto byla vypracována bezpečnější technika jejich používání.

V roce 1752 William Smellie zkonstruoval krátké, štíhlé kleště (délka 30 cm), které měly malé zakřivení podle páneve. Kleštiny měly okénka, jež byla navíc povlečena kůží, aby byl omezen tlak na hlavičku.

V 18. a 19. století po sobě řada významných porodníků zanechala nejrůznější modifikované porodnické kleště. Podle odborné historické literatury existovalo k roku 1849 asi 130 různých druhů a typů porodnických kleští (*forceps*) a asi 39 typů porodnických pák (*vectis*). Tyto nástroje byly používány pouze lékaři, porodní báby k nim neměly přístup, což platí fakticky dodnes. Zkušené a školené porodní báby proto v některých případech nahrazovaly porodnické kleště různými obraty a extrakcí plodu.

Indikace pro využití kleští

Porodnické kleště jsou nástrojem, který zesiluje, případně nahrazuje chybějící vypuzovací síly. Klešťový porod (*partus per forcipem*) nemůže být ani v současnosti považován za zastaralý porodnický postup. Ve vztahu k císařskému řezu se v žádném případě nejedná o konkurenční operační zákrok – oba mají své rozdílné porodnické indikace. Například v USA je využití porodnických kleští dokumentováno u více než 20 % porodů, ve Velké Británii či skandinávských zemích se kleště použijí asi v 15 % případů. Tedy mnohem častěji než u nás – v České republice se s použitím porodnických kleští rodí jen asi 2–3 děti.

Indikace pro ukončení porodu *per forcipem* jsou prakticky dvojího druhu. Buď jde o indikaci ze strany matky, což bývá nejčastěji prodloužená druhá doba porodní, slabá děložní činnost, nemožnost použití břišního lisu, případně krácení za porodu, nebo jde o in-

dikaci ze strany plodu, což bývá nejčastěji hrozící hypoxie, případně asfyxie plodu ve druhé době porodní.

Také pro použití kleští existují určité podmínky, za nichž lze úkon provádět. Musí jít o živý plod, žena má mít prostornou pánev a volné měkké porodní cesty. Vak blan musí být prasklý a porodní branka tzv. zašlá (tedy k porodu úplně připravená). Hlavička plodu pak musí být vstoupilá či fixovaná v pánevní šíři, při zvláště akutních stavech je za určitých okolností možné použít *forceps* i tehdy, pokud je hlavička plodu vstoupilá tzv. velkým oddílem a pevně fixovaná v pánevním vchodu. Pokud tomu tak není a hlavička se nachází volně nad vchodem a hrozí hypoxie, případně asfyxie plodu, je možné vykonat císařský řez.

Vakuumextrakce

Jakousi novější variantou, ale také konkurencí klešťového porodu je použití tzv. vakuumextraktoru

(VEX). Operační postup se nazývá vakuumextrakce a provádí se tak, že se místo kleští nasadí na hlavičku dítěte plastický zvon. Ten se k hlavičce přisaje díky vyvolanému podtlaku a následně se hlavička porodí tahem za zvon. Hlavní indikací použití vakuumextraktoru je vysílená, špatně tlačící nebo nespolupracující rodička. Zásadním rozdílem v indikaci mezi tímto postupem a klešťovým porodem je, že vakuumextrakce se neprovádí tehdy, když dojde k výraznější poruše zásobení dítěte kyslíkem, což bohužel bývá jednou z nejčastějších komplikací II. doby porodní vedoucí k nutnosti ukončit porod operační cestou.

Tyto výkony ještě ve druhé polovině 20. století tvořily základ tzv. porodnické optativy. Dnes však bohužel u mnoha mladších porodníků dochází k postupnému snižování erudice při jejich provádění, což v budoucnu povede ke ztrátě klasického porodnického umění – *ars obstetricia*.

MUDr. Luděk Flala

Z HISTORIE

Dělení porodnických kleští

- Podle pánevní roviny:**
 - východové – hlavička v pánevním východu (Simpson),
 - střední – hlavička v pánevní úžině nebo šíři (Kjelland, Breus, Shute),
 - vysoké – hlavička v úrovni pánevního vchodu (v současnosti se již neprovádí).
- Podle konstrukce:**
 - paralelní,
 - zkřížené.
- Podle možností rotace:**
 - rotační,
 - nerotační.
- Podle národnosti autorů jednotlivých kleští:**
 - anglické (Simpson, Smellie),
 - francouzské (Levret, Tarnier),
 - německé (Naegele).

Osobnosti české medicíny vážně i nevážně

prof. MUDr. Oldřich Starý, DrSc.

(15. 6. 1914 Plzeň – 14. 1. 1983 Bratislava)

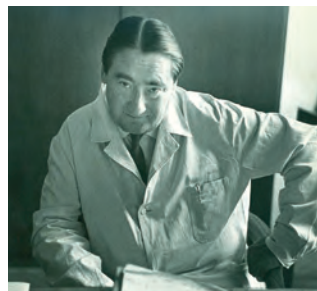


Foto: archiv UK

Významný představitel Hennerovy neurologické školy. Pocházel ze známé pražské rodiny, jeho otec byl rektorem Vysokého učení technického. Studium medicíny na pražské lékařské fakultě dokončil těsně před uzavřením českých vysokých škol v roce 1939. Nejprve nastoupil jako externí lékař na interní kliniku profesora Kristiána Hynka, po dvou letech přešel na neurologickou kliniku profesora Kamila Hennera jako pomocná vědecká síla. Za okupace byl neurologem sociálních útavů v Krči, což tehdy byla pobočka zavřeného neurologického kliniku. Od roku 1946 byl asistentem neurologické kliniku, habilitován byl v roce 1958 a profesorem neurologie jmenován v roce 1961.

Po odchodu akademika Hennera se stal přednostou neurologické kliniku a tuto funkci vykonával až do roku 1969. V letech 1966–1969 byl rektorem Univerzity Karlovy. V lednu 1969 spoluorganizoval pohřeb Jana Palacha a ve smuteční řeči jeho čin označil za „akt čistého srdce a neobyčejné lásky k pravdě, svobodě a demokracii“. Za normalizace byl ze všech funkcí odvolán, ale nepřestával být vědecky činný, pracoval jako neurolog v některých psychiatrických ústavech. Jeho hlavním zájmem byly diskopatie a kořenové syndromy, byl autorem monografie „Některé otázky pathogenese diskogenní nemoci“ (1959), v posledních letech se věnoval i psychofarmakologii. Byl členem mnoha zahraničních neurovědních společností, zajímal se i o kulturu, zvláště architekturu.

Jak se jmenuje starej

Na pražské ORL klinice profesora Karla Sedláčka se jeden starší asistent, působící zde již řadu let, ptal paní sekretářky, jak se jmenuje Starý křestním jménem. Sekretářka se domnívala, že se ptá po křestním jménu šéfa kliniku, tedy „starého“, a tak trochu doctěně odpověděla: „No přece Karel, to už byste po těch letech mohli vědět!“

A tak tehdejší rektor Univerzity Karlovy profesor MUDr. Oldřich Starý dostal jednou ke svému překvapení dopis, kde v záhlaví stálo „profesor MUDr. Karel Starý“.

Nová metoda vyšetřování kojenců

MUDr. Starý byl krátce po válce na brigádě, kde prováděl preventivní vyšetřování dětí v kojeneckém ústavu. Malých kojenců byly desítky a téměř všichni s normálním neurologickým nálezem. Na vyšetřovacím stole se ocitlo další dítě – podezření na opožděný vývoj. Lékař roční dítě běžně vyšetřil a pak chtěl slyšet i nějaké projevy hlasové. Děcko však mlčelo. „No tak, řekni nám něco,“ automaticky pokračoval doktor Starý. Děcko stále nic. „No tak říkej měsíce,“ pokračoval vyšetřující. Dítě stále pochopitelně nic. Tu se do toho vmísila sestra Hrnčířová. Také už unavená, chtěla pomoci: „No tak, nezdržuj a říkej panu asistentovi: leden, únor, březen, no dál, duben, květen...“

prof. MUDr. Ladislav Syllaba (16. 6. 1868 Bystřice u Benešova – 30. 12. 1930 Praha)

Jeden z nejvýznamnějších českých internistů, spolu s Josefem



Foto: archiv UK

Pelnářem žák profesora Josefa Thomayera, zakladatel vlastní internistické školy. Promoval v roce 1892 (promoce *summa auspiciis*). Po promoci nejprve externí lékař pražské Všeobecné nemocnice na interním oddělení polikliniky, absolvoval též řadu studijních cest (Vídeň, Štýrský Hradec, Mnichov, Padova, Curych, Basilej, Paříž, Berlín, Brusel). Od roku 1894 asistentem, v roce 1901 byl Thomayerem habilitován pro patologii a terapii nemocí vnitřních, podnikl další studijní cesty (Holandsko, Anglie, Turecko). V roce 1909 byl jmenován mimořádným profesorem, za války se stal přednostou interních oddělení vojenských nemocnic v Praze a Terezíně. Od roku 1919 byl jako řádný profesor přednostou I. lékařské (interní) kliniku, a to až do své smrti. Za války se angažoval v národním odboji, v letech 1918–1920 byl členem prvního Revolučního národního shromáždění. Stal se též osobním lékařem prezidenta T. G. Masaryka. Působil v mnoha českých i zahraničních odborných společnostech, byl nositelem francouzského řádu Čestné legie, jedním ze zakladatelů Purkyňovy společnosti a jejím předsedou, spoluzakladatelem časopisu Praktický lékař atd. Hlavní díla: „O pathogenese zhoubné chudo-

krevnosti“ (1901) a „Nauka o lékařském poklepu a poslechu“ (I. díl 1918, II. díl 1925).

Lingvista Syllaba

Svého profesora Syllabu měli jeho lékaři rádi a velmi si jej vážili. Ale i on od nich dostal přezdívku, jako skoro každý šéf kliniku. Sekundární mu mezi sebou říkali *antiquus*. Znělo to vznešeně, ušlechtilé, tak jak byl vznešený a ušlechtilý i sám pan profesor.

Samo sebou se o přezdívce dozvěděl. Měl smysl pro legraci (což je u představených vlastnost ne zcela běžná), a tak se smál. Dělal však, že se zlobí, a stěžoval si: „*Antiquus!* Kdyby mi říkali *starý*, no prosím, ale *antiquus* – oni mi říkají *starobylý!*“

Co je to kandidát?

Profesor Ladislav Syllaba při rigorózních zkouškách zásadně oslovoval všechny posluchače „pane kandidáte“. Jednou však jeden z těchto kandidátů projevil totální neznalost v celé interně. Byly takového stupně, že to všechny přítomné zarazilo.

Profesor se zamračil a ptal se: „Víte, pane, co to latinsky znamená *candidatus*?“

Medik ani toto nevěděl, ale ze zadu mu někdo napověděl: „Lesknoucí se, třpytící se...“

Syllaba to slyšel a dokončil: „No, vidíte to, pane. Je to zcela nedostatečné. A lituji, že jsem vám ani nemohl říci *pane kandidáte*. Ale opravdu ten lesk a třpyt zde žádný nebyl.“

MUDr. Svatopluk Káš

Z HISTORIE

Záhadná smrt Wolfganga Amadea Mozarta

Hudební skladatel **Wolfgang Amadeus Mozart** zemřel před 220 lety náhle, na vrcholu životních i tvůrčích sil. Bylo mu pouhých 35 let. I proto okolnosti jeho skonu vyvolávají nekonečnou řadu dohadů a spekulací.

Film Miloše Formana natočený podle divadelní hry anglického dramatika Petera Shaffera představuje fiktivní příběh střetu geniality z osobně-né Mozartem se závisí a neschopností personifikovanou jeho současníkem Antoniem Salierim. Shaffer se nechal inspirovat krátkým jednoaktovým Puškinovým dramatem „Mozart a Salieri“ z roku 1830. Jasně to dokládá, že nejruznější fámy o příčinách Mozartovy smrti kolovaly velmi záhy po skonu geniálního skladatele.

Zázračné dítě s podlomeným zdravím

Wolfgang Amadeus Mozart byl podobně jako jeho sestra Maria Anna „zázračné dítě“. Ambiciózní otec a vynikající hudební skladatel Johann Georg Leopold Mozart s oběma velmi tvrdě cvičil a podnikal s nimi náročná koncertní turné. Na zdraví dětí to nemělo dobrý vliv, byly často nemocné. Malý Wolfgang prodělal neštovic a břišní tyfus. Opakovaně jej postihovaly pneumonie a tonzilitidy. V pozdějším věku zřejmě trpěl revmatoidní artritidou a parodontózou.

Dobová šuška a mýty

Zdravotní problémy, které 5. prosince 1791 v jednu hodinu po půlnoci ukončily Mozartův život, začaly možná už během jeho poslední návštěvy Prahy, kde o pár měsíců dříve dohlížel na provedení své opery „La clemenza di Tito“. Doboví svědci si všimli, že Mozart byl během pražského turné nezvykle bledý a zasmušilý. Závažnější problémy jej postihly po návratu do Vídně. Navzdory tomu usilovně pracoval, mimo jiné řídil velmi úspěšná představení „Kouzelné flétny“ a komponoval koncert pro klarinet a zároveň i slavné, nedokončené „Rekviem d moll“.

V rozporu s příběhem Puškinovy jednoaktovky nebo Formanova filmu nebyl tajným objednatelům zhudebněné zádušní mše Salieri, ale hrabě Franz von Walsegg. Ten chtěl dílem utíct smrt své milova-

né manželky. Mnozí jej podezírají z toho, že si mši objednal v utajení, aby ji následně mohl vydávat za své dílo. Stejně tak patří do oblasti mýtů Puškinem a Shafferem naznačovaná možnost, že v pozadí Mozartovy smrti stály špinavé intriky Antonia Salieriho. Oba dramatici jen literárně zpracovali nepodložené fámy, které kolovaly v Vídní.

Ledacos napovídají okolnosti skladatelova pohřbu. Tělo geniálního skladatele skončilo 7. prosince 1791 po skrovném obřadu v hromadném hrobě na hřbitově sv. Marxe, jenž se nacházel za hranicemi tehdejší Vídně. Za rakví šlo jen pět lidí. Dva muzikanty provázeli Mozartovi blízcí přátelé skladatel Franz Xaver Süssmayr a baron Gottfried van Swieten. Pátým účastníkem pohřbu nebyl nikdo jiný než Antonio Salieri. Příběh o silné sněhové bouři, která většinu lidí zabránila v účasti na pohřbu, se nezakládá na pravdě. Jasně to dokládají dobové vídeňské meteorologické záznamy.

Rekviem pro sebe sama

Podle raných Mozartových životopisců, kteří skladatele znali a měli možnost mluvit s jeho blízkými, se Mozart pár týdnů před smrtí svěřil své manželce Constanze s předtuchou, že jej čeká brzká smrt, a rekviem si tak píše pro sebe. Skladatel se prý bál, že ho někdo otrávil. Traduje se, že jej manželka od pokračování v práci na rekviem odradila. Mozart se místo toho pustil do komponování kantáty pro vídeňskou zednářskou lož, jejíž úspěch při premiéře 18. listopadu 1791 mu nalil optimismus do žil. Cítil se lépe a obavy z otravy zapudil. Vyzvedl si archy s rozepsaným rekvielem z manželčiny úschovy a pokračoval v komponování. Už jej ovšem nedokončil.

O tom, že Constanze Mozartová takto vylíčila manželovy deprese a obavy, pochybuje málokterý historik. Nejedno se však zároveň domnívá, že její svědectví úplně neodpovídá skutečnosti. Podle některých odborníků měla



Constanze sklon přehánět a zveličovat kladné rysy svého zesnulého manžela. Stejně tak přeháněla při líčení ústrků, jimiž Mozarta častovalo okolí.

Dne 20. listopadu 1791 se Mozartův zdravotní stav zhoršil natolik, že musel ulehnout. Trápily jej bolesti, silné otoky a zvracení. Znovu se děsil možnosti, že se stal obětí neznámého traviče. Popis příznaků známe z životopisu, který napsal Georg Nikolaus von Nissen – druhý manžel Constanze Mozartové. Ten vycházel ze svědectví Mozartovy švagrové Sophie Weberové a její matky Cäcilie Weberové. Constanze Mozartová byla v době manželova úmrtí mimo Vídeň.

Otráven vlastní rukou?

Záznam v matrice uvádí jako příčinu Mozartovy smrti „těžkou miliární horečku“, což ovšem není nic víc než neurčitý popis symptomů. Hypotézám a spekulacím o příčinách Mozartovy smrti se tak nabízí široké pole působnosti. V lékařské a historické literatuře lze nalézt asi 120 různých teorií.

Podle jedné Mozart zemřel na trichinózu. Skladatel byl velkým milovníkem vepřových kotlet a měl je rád jen mírně propečené. Mohl se tak nakazit nebez-

pečným parazitem. Někteří historici a lékaři jsou přesvědčeni, že Mozarta zahubila těžká revmatická horečka. Další spekulují o Hensch-Schönleinově purpuru. Některé z příznaků odpovídají hemoragickým horečkám vyvolaným hantaviry. Na území Rakouska se dnes vyskytují hantaviry serotypů Puumala, Dobrava a Saaremaa, ale jak tomu bylo v Mozartových dobách, není jasné.

Nelze vyloučit ani otravu. Například se spekuluje o tom, že Mozart jako velký hypochondr užíval sloučeniny antimonu v takových dávkách, že si sám přivodil otravu tímto kovem. Jakékoli zdravotní potíže mohly být ještě zesíleny tehdy běžně praktikovaným pouštěním žilou. Ze soupisu nezaplacených účtů vyplývá, že Mozart dlužil svému lékaři nejméně za trojí puštění žilou provedené v posledních dvou týdnech skladatelova života. To představovalo ztrátu asi dvou litrů krve.

Tajemná epidemie mezi mladými muži

Nejnápadnějším příznakem Mozartových potíží byl silný otok rukou a nohou, který skladateli znemožnil pohyb. Sophie Weberová musela švagrovi narychlo ušít zvláštní župan, který se oblékal

zepředu. Mozart nebyl s to se na lůžku nadzdvihnout, aby si oblékl župan normálního střihu.

Z tohoto popisu onemocnění vyšli ve studii publikované v *Annals of Internal Medicine* i autoři jedné z posledních hypotéz o příčinách Mozartovy smrti. Richard Zegers z Amsterdamské univerzity, Andreas Weigel z Vídeňské univerzity a Andrew Steptoe z londýnské University College zkoumali, zda se na přelomu let 1791 a 1792 ve Vídni nějak výrazněji neměníla epidemiologická situace. Zjistili, že v té době umíralo významně více mladých mužů. Mnozí z nich za podobných příznaků, jakými trpěl Mozart. Nejčastější příčinou úmrtí byla tuberkulóza. Následovala kachexie a podvýživa. Na třetím místě už byly těžké edémy. V týdnech, které předcházely a následovaly Mozartovu smrt, byl vzestup podílu mladých mužů umírajících na onemocnění projevující se silnými otoky jasně znatelný.

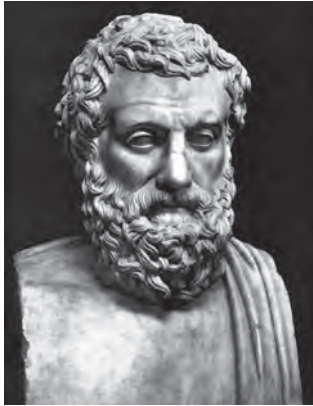
Poststreptokoková glomerulonefritida

Podle Zengerse a jeho kolegů mohla být zdrojem nákazy vojenská nemocnice. V létě roku 1791 skončila rusko-turecká válka, ve které se rakouská vojska zapojila do bojů na straně Rusů. Zprávy z bojišť na území Moldávie a Rumunska dokazují, že vojáci trpěli „zákopovou nefritidou“. Podle dobových zpráv ležela polovina rakouských vojáků v polních lazaretech. Chorobou se při pobytu na frontě nakazil dokonce i císař Josef II., který nemocí podlehl po návratu do Vídně dne 20. února 1790. Je celkem pravděpodobné, že navrátilci z války do Vídně chorobu zavlekli.

Podle Zengerse a spol. příznaky Mozartova onemocnění odpovídají streptokokové infekci, která vyvolala poškození ledvin poststreptokokovou glomerulonefritidou. V této souvislosti americký lékař Kenrad Nelson upozornil na fakt, že kožní miliární projevy Mozartovy choroby by bylo možné připsat na vrub impetigo, jaké vyvolává streptokok skupiny A, známý rovněž jako původce nefritidy. Zengerseova teorie připadá mnoha vědcům velmi přesvědčivá. Neméně početná skupina ji však sverpě odmítá. Zcela jistě to tedy není poslední hypotéza. Už proto, že k dispozici nejsou ostatky, které by bylo možné jednoznačně připsat Mozartovi. Jen jejich výzkum by mohl posunout spory o příčinách smrti geniálního skladatele ze sféry dohadů do oblasti hmatatelných důkazů.

Řekli o medicíně

Zdraví, nemoc a medicína jsou velmi bohatými oblastmi pro citáty a aforismy. Dokážete určit autory těch následujících?

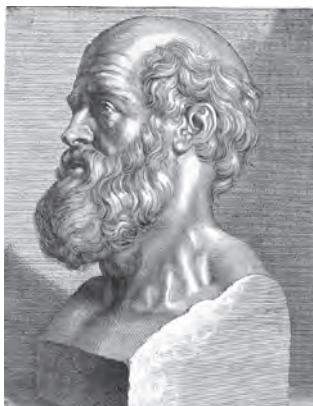


1. „Lidé nenávidí smrt neprávem, je to nejjistější obrana proti mnoha nemocem a svízelem.“ Tuto větu pronesl zakladatel antické tragédie (525–456 př. n. l.), autor děl, jakými jsou například „Oresteia“, „Sedm proti Thébám“ nebo „Peršané“. Jejich hrdinové jsou řečtí bojovníci a vojáci. Autor sám se zúčastnil bitvy u Marathónu a Salamíny. Jeho smrt je opředena legendou – údajně zemřel poté, co mu orel upustil na hlavu želvu.

- a) Sofoklés
- b) Aischylos
- c) Euripidés

2. „Provozování lékařství je boj a také fraška hraná třemi osobami: pacientem, lékařem a nemocí.“ To jsou slova nejvýznamnějšího antického lékaře (460–377 př. n. l.). Jako první poukázal na spojitost mezi způsobem života, zdravotního stavu a psychiky lidí. Odmítal pověry a primitivní „lékařskou magii“, položil základy medicíny jako vědeckého oboru.

- a) Hippokratés
- b) Asklépios
- c) Galén



3. „Medicína dělá lidi nemocnými, matematika smutnými a teologie hříšnými.“ Tato slova jsou připisována německému teologovi a reformátorovi, autorovi řady duchovních, politických a pedagogických spisů a zakladateli protestantismu (1483–1546). Do němčiny přeložil nejen Bibli, ale také například Ezopovy bajky.



- a) Martin Luther
- b) Mistr Eckhart
- c) Jan Kalvín

4. „Téměř každý člověk umírá na své léky, nikoli na svoji nemoc.“ Autora citátu, francouzského dramatika, herce, spisovatele a (1622–1673, vlastním jménem Jean-Baptiste Poquelin), provázelo téma nemoci v mnoha dílech. Jedna z jeho nejslavnějších her o nesnesitelném hypochondrovi se stala osudnou i autorovi v hlavní roli – málokdo v publiku totiž věděl, že dechberoucí scény, při kterých titulní postava předvádí záchvaty kašle a horečky, vůbec nejsou hrané. Nadšené ovace diváků, mezi nimiž nechyběl ani Ludvík XIV., si už dramatik neužil – o několik málo hodin později umírá. Jeho umělecké jméno bylo:

- a) Corneille
- b) Cyrano de Bergerac
- c) Molière

5. „Lékaři předepisují léky, o nichž toho málo vědí, proti nemocem, o nichž vědí ještě méně, lidem, o jejichž stavu nevědí vůbec nic.“ Takové mínění měl o lékařích Francois Marie Arouet (1694–1778), francouzský filozof, básník a spisovatel. V mládí byl známým pařížským autorem epigramů a posměšných pamfletů, kvůli kterým nakonec strávil 11 měsíců v Bastille, paradoxně



ovšem za text, který nepocházel z jeho pera. Satiry a posměšků na účet jiných se ovšem nevzdal, a tak se pro mnohé stal nepohodlnou osobou. Údajně měl vždy připraveného koně k útěku. Pařížský lid ho však miloval. Slávu mu přineslo již jeho první drama „Oidipus“, k jeho dalším dílům patří básnický epos „Henriady“, povídka „Prostáček“ nebo drama „Zaira“. Jeho pseudonym byl:

- a) Montesquieu
- b) Voltaire
- c) Montaigne



6. „Lékaři si myslí, kdovíjak nemocnému pomohli, když dali chorobě vhodné jméno.“ Na pamětní desce na počest autora tohoto citátu, německého filozofa a jednoho z nejvýznamnějších myslitelů Evropy (1724–1804), umístěné na univerzitě v Královci stojí tato věta: „Dvě věci naplňují mysl vždy novým a rostoucím obdivem a úctou, čím častěji se jimi zabývá: hvězdné nebo nade mnou a mravní zákon ne mně.“ Z jeho pera vzešla řada děl, nejvýznamnějším je „Kritika čistého rozumu“.

- a) Georg Wilhelm Friedrich Hegel
- b) Martin Heidegger
- c) Immanuel Kant

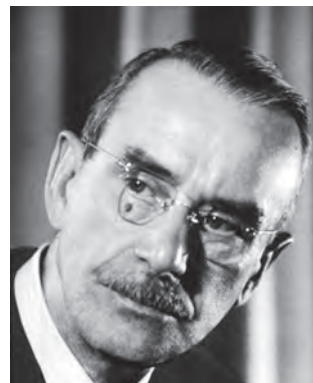
7. „Zdraví není vším, ale bez zdraví je všechno ničím.“ Německý filozof (1788–1860), autor uvedeného citátu, byl za svého života téměř neznámý, jeho filozofie však později ovlivnila řadu dalších autorů a dnes patří k nejvýznamnějším myslitelům 19. století. Při pobytu v Drážďanech napsal jedno ze svých stěžejních děl „Svět jako vůle a představa“. Původně se však mladý filozof měl stát obchodníkem a převzít živnost svého otce – i křestní jméno jeho rodiče vybrali tak, aby bylo stejné ve všech jazycích.



- a) Friedrich Nietzsche
- b) Arthur Schopenhauer
- c) Edmund Husserl

8. „Nemoc mívá zpočátku jen těžce rozeznatelné příznaky, ale dá se léčit. Když už příznaky pozná každý hlupák, bývá na léčeni pozdě.“ Tato slova pronesl nositel Nobelovy ceny za literaturu pro rok 1929 za román „Buddenbrookovi“. Byl německým prozaikem a esejistou (1875–1955), autorem desítek děl. V roce 1930 pronesl v Berlíně „Apel na rozum“ varující před vzestupem nacismu. O tři roky později odešel do exilu ve Švýcarsku, v roce 1936 získal československé občanství a nakonec emigroval do USA. Do Evropy se vrátil až několik let po válce. Svůj poslední román „Zpověď hochštaplera Felixe Krulla“ již nestihl dokončit.

- a) Thomas Mann
- b) Bertolt Brecht
- c) Lion Feuchtwanger



9. „Dnešní lékařská věda si ničeho tak neváží jako vleklých nemocí.“ Citát pochází z pera českého spisovatele, dramatika, filmového režiséra, původním povoláním lékaře pocházejícího ze Slezska (1891–1942). Stal se prvním předsedou Devětsilu, psal divadelní kritiky do Českého slova. Během okupace vedl spisovatelkou sekci ilegální odbojové organizace Výbor inteligence. To se mu však stalo osudným – 1. července 1942 byl popraven nacisty. Zůstala po něm řada děl včetně jednoho nedokončeného – šestisvazkových „Obrazů z dějin národa českého“, z nichž stihl napsat pouze první dva díly.

- a) Josef Čapek
- b) Vladislav Vančura
- c) Karel Teige



10. „Život je nemoc a smrt začíná narozením. Každé vydechnutí a každý tep srdce je zároveň tak trochu umíráním – malým krůčkem ke konci.“ Autorem tohoto poněkud pesimistického citátu je slavný německý spisovatel (1898–1970), jehož knihy, oceňované po celém světě a popisující především období 1. sv. války, byly v Německu po nástupu nacistů veřejně páleny a jejich spisovatel se ocitl na indexu zakázaných autorů. Nakonec emigroval do Spojených států. Jeho sestra však nacistické perzekuci unikla a zemřela v koncentračním táboře. Tato tragická událost spisovatele podnítila k napsání románu „Jiskra života“.

- a) Erich Kästner
- b) Stefan Zweig
- c) Erich Maria Remarque

Květa Havlová



Dělám, co si žádá den

Andrea Skálová
Foto: Leoš Chodura

Psychiatrická klinika LF UK a FN Hradec Králové byla navržena speciálně pro účely psychiatrické péče. Člověk má při vstupu do tohoto zařízení pocit, jako by se ocitl spíše v drahém sanatoriu nebo moderním ašramu než v nemocničních prostorách. To byl ostatně záměr tvůrců projektu – vytvořit prostředí, které bude působit příjemně a podporovat uzdravení. O unikátnosti tohoto pracoviště i o současné psychiatrii jsme si povídali s přednostou kliniky **prof. MUDr. Janem Libigerem, CSc.**

P psychiatrie vždy byla a je mým koníčkem, svou práci mám rád a těším se do ní. Na medicíně jsem sice uvažoval o interních oborech, lákala mě gastroenterologie, protože jsem ještě jako student pracoval coby pomocná vědecká síla u docenta Jaroslava Šetky na II. interní klinice v Praze, ale přitom jsem si stejně říkal, že by bylo dobré doplnit internu dalším oborem a moci tak pacientovi lépe porozumět. To dů-

kladnější porozumění jsem našel v psychiatrii, která je oborem s širším kontextem, kde se neuvažuje o nemocném orgánu, ale o nemocném člověku se všemi jeho vztahy. Chtěl jsem se vlastně věnovat psychosomatice. Psychiatrie mě přitahovala i proto, že hraničila s řadou mých zájmů z humanitní oblasti, kterých jsem se nechtěl úplně vzdát. Časem jsem ale dospěl k názoru, že pořádně může člověk dělat obvykle jen jednu

věc. A že psychiatrie mi jako obor bohaté stačí, i tak budu mít stále co objevovat.

V oboru pracujete od roku 1972. Co vše se od té doby zásadně změnilo?

V posledních 50 letech došlo k velkému pokroku především v oblasti neurovědního poznání mechanismů vzniku duševních poruch. Vývoj technologií jako CT, magnetická rezonance či pozitronová

emisní tomografie umožňuje zobrazit mozek a studovat procesy, jež se v něm odehrávají. To nám pomáhá pochopit mnohé o psychopatologii a také najít cesty jak cíleně a účinně do těchto dějů zasáhnout.

Dále nastal posun od pojetí psychiatrie jako pečovatelského oboru s malou terapeutickou perspektivou a dlouhodobými hospitalizacemi v léčebnách směrem ke komunitní péči. Tedy k extramurální

psychosociální léčbě, co nejbližší přirozenému prostředí pacienta. Ve srovnání s některými západoevropskými zeměmi je u nás zatím extramurální péče méně běžná, ale zase to umožňuje vyhnout se chybám, které nastaly při rychlé deinstitucionalizaci – vyprázdňování léčeben, v jehož důsledku se někteří pacienti ocitají v jakémsi vzduchoprázdnu, bez léčebného zázemí a s ním spojených jistot. Dnes chceme, aby hospitalizace

PŘEDSTAVUJEME

byla krátká, účinná a probíhala v důstojných podmínkách. Léčebny se zvolna transformují do zařízení se specializovanými odděleními a léčebnými programy s jasně vymezenými cíli, na pobyt v nemocnici navazuje docházení do denního stacionáře a podobně.

Jak by se měl tento trend vyvíjet dále?

Psychiatrie by v budoucnu mohla mít těžiště na psychiatrických odděleních nemocnic, ale vybudovat při okresních nemocnicích klinická oddělení, která poskytují psychiatrickou péči pro akutní pacienty, není jednoduché. Duševní nemoc je občas spojena s agitovaným chováním, malou kritičností nemocných a některé choroby jsou provázené možností ublížit sobě nebo druhým lidem. Vytvořit podmínky, ve kterých se pacienti budou cítit dobře, bez nadměrného omezení a aby přítom hospitalizace byla pro všechny bezpečná, je nesnadné. Psychiatrie sice nevyžaduje tak nákladné diagnostické technologie, je však náročná na množství vynaložené ošetrovatelské práce a lidského nasazení.

Jak byste celkově charakterizovali psychiatrii 21. století?

Důležitý je, stejně jako v celé medicíně, přechod od paternalismu k respektování autonomie pacienta. Paternalistický přístup spočívá v tom, že psychiatrii zaujímá roli autority, která je blízká roli rodiče-otce, jenž se o pacienta stará, chce jeho blaho a nemá pochybnosti o tom jak toho dosáhnout. Pacient by však měl starost a péči o své zdraví sdílet a žít tak, aby si je chránil. K tomu směřuje navázání a udržování nepaternalistického terapeutického spojení a vztahu mezi nemocným a jeho lékařem.

V psychiatrii je to nezdědka obtížné, protože se závažnými poruchami, jako jsou například psychózy, se často poji nedostatek náhledu na nemoc a nemocní nerozpoznají potřebu se léčit. A nejsou-li nebezpeční sobě nebo okolí, nelze je proti jejich vůli hospitalizovat, třebaže jeví známky duševní nemoci. Pacient v manické fázi bipolární poruchy není v právnickém slova smyslu sobě nebezpečný, obvykle nehrozí, že si fyzicky ublíží; může si ale škodit tím, že pod vlivem nemoci dělá dluhy, pouští se do pochybných vztahů, chová se rizikově. Takového pacienta bývá obtížné přesvědčit, že se má jít léčit ve chvíli, kdy se cítí mimořádně dobře, ač paradoxně v důsledku duševní nemoci.

Není to tedy dilema z hlediska práva, ale někdy vzniká etický pro-

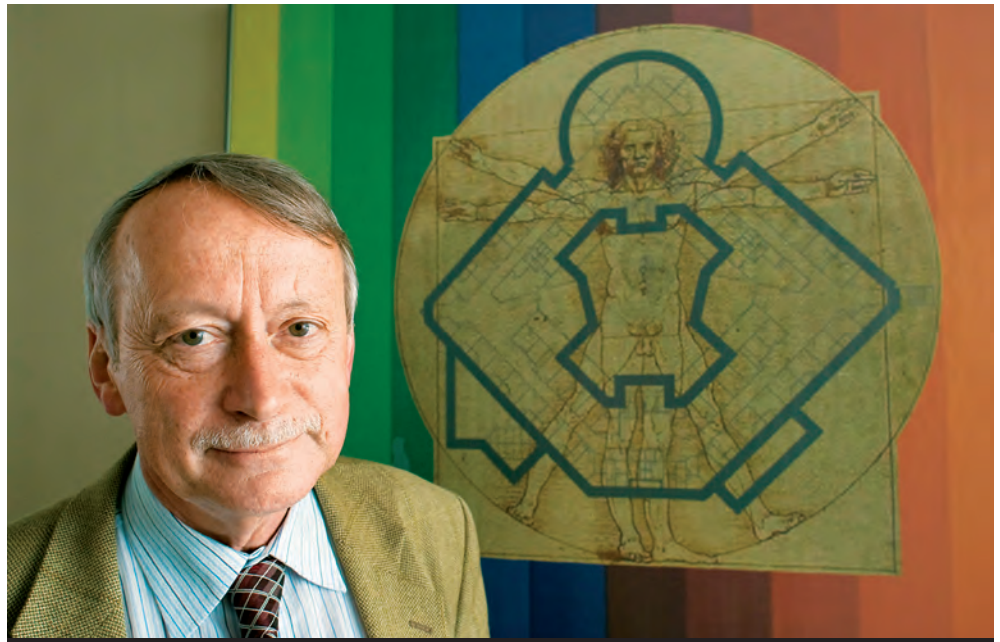
blém: Má medicína léčit a chránit před důsledky duševní nemoci pacienta, který to odmítá a má na své odmítání právo, nebo má zasáhnout proti chorobě, i když ji pacient jako nemoc neprožívá? Respektování autonomie pacienta může být někdy složité, ale pro psychiatrii je důležité, protože z ní snímá stigma oboru, který omezuje lidskou svobodu a ohrožuje důstojnost člověka. Činí ji pro lidi přijatelnější a bere tak v úvahu zplachet ideologií, jako byla antipsychiatrie, jež nepovažovala psychiatrii za medicínský obor, ale za represivní nástroj společnosti vůči lidem, kteří se chovají jinak než ostatní.

Pokrok v psychiatrické praxi vidím také v tom, že pacienti s chronickým onemocněním, jako je schizofrenie, nekončí dlouhodobě odloženi v léčebném zařízení, ale mohou žít kvalitnějším a důstojnějším životem, než bylo možné v minulosti.

Nová budova vaší psychiatrické kliniky byla navržena speciálně pro potřeby psychiatrie. Bylo obtížné projekt prosadit?

Prostředí naší kliniky bylo navrženo tak, aby pomohlo změnit představu o hospitalizaci na psychiatrii. Dostatek prostoru a světla má narušit stereotypní ideu omezení spojenou se „zavřením“ na psychiatrii. Naši snahou bylo, aby se pacienti na klinice necítili déletrvajícím pobytem omezení a zbavení nároku na prostředí, které nabízí základní pohodlí a blíží se jejich obvyklému zázemí. Sdílení pokoje se třemi až sedmi dalšími lidmi, společná hygienická zařízení i oddělení členěná podle pohlaví patří k minulosti psychiatrie. Původní psychiatrická klinika stála v areálu nemocnice ještě před rokem 1945, koncem války snad sloužila jako lazaret. A ačkoli prošla několikaletou renovací, držela si dlouhodobě charakter provizoria. Prostory působily stísněně, pokoje na mužském oddělení sloužily i osmi hospitalizovaným pacientům. Chyběly společenské prostory a místnosti pro léčebné výkony.

Psychiatrie se obecně považuje za obor, v němž nejde bezprostředně o život. Také se neopírá o přístrojově vybavení, které mění osud pacienta pomocí vyspělé, drahé techniky. Neudivuje proto, že se do ní investuje méně než do přístrojově náročných oborů a do oborů bezprostředně usilujících o záchranu života. Pravdou ale je, že psychiatrická péče umírájí oproti zdravé populaci v průměru o řadu let dříve. Jejich choroby jsou spojené s rizikem suicidia a život jim zkracuje i jejich nemocí ovlivněné chování.



Půdorys naší kliniky vychází z takzvané Vitruviovy postavy ideálních proporcí, vytvořené Leonardem da Vinci.

Současná psychiatrie dnes pro dobrou diagnostiku potřebuje vyspělou neurovědní techniku i technologii a vedle toho také hodně lidské práce. Je náročná na komunikaci, ošetrovatelskou péči poskytovanou zdravotníky schopnými empatie a trpělivosti. Prostředí zde může pomoci při snižování nedůvěry a napětí ze strany pacientů a také bránit rezignované rutíně ze strany zdravotníků. Je třeba říci, že když jsme přišli s představou vybudování nové budovy kliniky věnované psychiatrii, vedení nemocnice bylo vstřícné. Velké díky si zaslouží současný pan ministr a tehdejší ředitel FN Hradec Králové Leoš Heger.

Jak se tato unikátní vize konkrétně rodila?

Při přípravě projektu jsme se mohli inspirovat návštěvou některých nově postavených nemocničních psychiatrických oddělení v Bavorsku. Architekt Jan Hochman s námi opakovaně mluvil o svých i našich představách o stavbě. Naplánoval vytvoření světlých, barevně sladěných prostorů, které budou bezpečné pro pacienty i personál a nebudou v nemocných vyvolávat dojem odcizení a bezmoci. Doufali jsme, že prostředí ovlivní atmosféru mezi pacienty a bude při léčbě nápomocné. Toto se v mnoha ohledech podařilo. Zajímavostí je, že půdorys stavby zhruba vychází z takzvané Vitruviovy postavy ideálních proporcí, vy-

vořené Leonardem da Vinci. Myslím, že pan architekt by řekl, že ta stavba má duši. Prostory přitom nepředurčují jednoznačnou funkci, do budoucna proto bude možno do značné míry flexibilně profilovat oddělení podle potřeb pacientů a vývoje psychiatrické péče.

Ve výroční zprávě za loňský rok máte uvedeno, že narůstá počet hospitalizovaných pro úzkostné poruchy. Je to proto, že je těžká doba, nebo spíš lidé více chodí k psychiatrům...?

Uplatňují se oba faktory. Určitě je lepší dostupnost péče a o něco menší stigmatizace, zejména v oblasti takzvané malé psychiatrie, kam spadají právě úzkostné poruchy. Do budoucna bychom ale tyto pacienti raději viděli v denním stacionáři či jiných extramurálních formách léčby. Hospitalizace může jen obtížně, pokud vůbec, nahradit soustavou dlouhodobou psychoterapeutickou práci. Jenom kvalitních psychoterapeutů, zdá se, stále není dost. Navíc mnozí pacienti upřednostňují domněle rychlé řešení v podobě léku či pobytu v nemocnici před náročnější dlouhodobou ambulantní léčbou, spojenou třeba s návěkem dovedností jak řešit životní těžkosti či chronické konflikty. Systematická psychoterapie přitom pacientovi s úzkostnou poruchou může usnadnit opětovné získání kontroly nad svým životem účinněji než krátká hospitalizace.

Uvádíte také, že se prodlužuje průměrná délka hospitalizace. Je problematické to obhájit před vedením nemocnice?

Průměrná délka hospitalizace na naší klinice je ve srovnání s ostatními pracovišti stále poměrně krátká. V psychiatrických léčebnách je hospitalizace třikrát i čtyřikrát delší. Její prodloužení u nás na průměr 25 dnů může být dáno více faktory. Nejvíce asi tím, že se snažíme dotáhnout léčbu pacientů s vážnou duševní chorobou do zdárného konce. Myslím, že v minulosti jsme pacienty častěji posílali na doléčení do léčebny, dnes je propouštíme zpět domů, kdykoli je to jen trochu možné. Pacienti s duševním onemocněním mnohdy potřebují pobývat v nemocnici déle než nemocní s tělesným onemocněním – nejen pro diagnostiku nebo bezprostřední zdravotnický výkon, ale i k obnovení duševní rovnováhy a získání odstupu od zátěže a problémů ve svém běžném životě. Pokud depresivního pacienta propustíme příliš brzy, třeba za dva týdny, snadno se stane, že se za 14 dní vrátí zpátky. Snažíme se také při hospitalizaci dávat přednost pacientům, jejichž stav pobyt na klinice skutečně vyžaduje, a vyhnout se přijímání méně závažně nemocných, kteří nemusí být hospitalizováni nezbytně.

Jak je vaše klinika konkrétně napojena na extramurální péči?

Působí zde Centrum duševního zdraví, určené především pro pacienty s psychotickým onemocněním, dále je v Hradci občanské sdružení Labe pro rodiče a příbuzné pacientů a dobře se v posledních letech rozvíjí spolupráce s pardubickým sdružením Péče o duševní zdraví, které poskytuje takzvané případové služby, právní a sociální poradenství a v budoucnu snad bude moci některým chronickým pacientům nabízet i chráněné

bydlení. Aktivita těchto organizací navazují na hospitalizaci na klinice a na činnost nově zřízeného stacionáře pro pacienty s psychotickým onemocněním.

Máte na klinice zavedenou supervizi?

Supervize psychoterapeutického týmu funguje v Léčebně návykových nemocí v Nechanicích, která je součástí našeho klinického pracoviště a kde pracuje stabilní psychoterapeutický tým. Na klinice externí supervize psychoterapeutické a samozřejmě ani psychiatrické práce není a domnívám se, že ani není zapotřebí. Pracuje zde mnoho lékařů v postgraduální přípravě, kteří procházejí rotacemi předepsanými vzdělávacím programem specializační přípravy. Spolu s primářem Ivanem Tůmou cítíme zodpovědnost za odborné vedení mladších kolegů i metodický dohled nad prací všech lékařů kliniky. Pěstujeme prostředí, ve kterém se společně probírá jak pacienta léčit, jak s ním jednat, v týmu se rozvažuje terapeutický plán. Dnešní praxe je oproti minulosti přeci jen jiná. Vzpomínám, že když jsme sami kdysi pracovali na klinice jako sekundární lékaři, své nadřízené jsme viděli při práci s pacientem jen výjimečně.

Medicínské obory jsou dnes úzce specializované. Se kterými z nich

by psichiatrie měla nejvíce spolupracovat? Proč máme například stále zvlášť neurologii a psichiatrii? A co vlastně psychiatr léčí – mozek, nebo duši?

Neurologie měla k psichiatrii vždy blízko. Dnes mluvíme o neurověděch jako o teoretickém oboru, ale v budoucnu možná vzniknou klinické neurovědy, respektive medicínský obor neuropsychiatrie, který se bude zabývat onemocněním mozku komplexně. V psichiatrii jsou mnozí kolegové přesvědčeni, že duševní choroby jsou vždy a především onemocněním mozku, jiní je ale vnímají především jako nemoci vztahů. Obojí se ovšem překrývá. Jestliže mozek nefunguje správně, hrubě to naruší mezilidské vztahy. Narušené vztahy zase mohou vést k dysfunkci systémů a procesů v mozku. Mozek reaguje na věci, které se dějí kolem nás, na sociální prostředí i na psychologické vlivy, změnami třeba na úrovni molekulární exprese, na úrovni neurochemických a neurofyzilogických dějů i na úrovni morfologické. Dělitko mezi duševními pochody a mozgovými funkcemi je tedy trochu iluzorní.

Mnohé duševní choroby se též pojí s narušenými imunologickými pochody a genetikou. V léčbě duševních nemocí se navíc překrývají kombinace psychofarmak: antidepresiva, antipsychotika,

antiepileptika. Léčí se ještě diagnózy, nebo již individuální genetická výbava?

Neřekl bych, že léčíme genom. Geny se exprimují v interakci s prostředím a řada onemocnění se odvíjí od mnohočetných proměnlivostí v genetických sekvencích, které kódují aktivní proteiny nebo regulují jejich syntézu. Genetika a imunologie jsou určitě obory pro neurovědní bádání důležité. Životní příběhy a problémy se promítají i do exprese genů a do stavu naší imunity. Ovšem klinické obory se zkušeností pojmenované a léčit nemoci mozku či – chcete-li – duše nelze zredukovat na úroveň práce s genetickými nebo imunitními ději.

Co vás zaujalo v současném neurovědním výzkumu?

Jsou tři oblasti, které mi připadají velmi vzrušující. Jednak již zmíněná oblast genomického a proteomického výzkumu. Možnost studovat změny exprese genů a jejich translace do neurochemických procesů v mozku v závislosti na prostředí nám snad pomůže porozumět genetickým předpokladům psychopatologických dějů. Další atraktivní oblastí je studium neuroplasticity nervových struktur – považte jen, že morfologie mozku se mění neuroneogenezí při radostné fyzické aktivitě. Třetí zajímavou oblastí je

pro mne studium placebo efektu. Mám nyní rozečtenou publikaci italského neurovědce Fabrizia Benedettiho, podle kterého je placebo jakýmsi zastoupením či zvěcněním vztahu mezi lékařem a pacientem. Při působení placebo se v mozku odehrávají procesy, které lze znázornit pomocí neurovizuálních metod. Neurobiologie působení placebo, farmakodynamicky neúčinné látky, která přitom činnost mozku skutečně ovlivní, otevírá zajímavý přístup k neurobiologii mezilidských vztahů, především vztahu mezi lékařem a pacientem.

Je dnes psichiatrie pro mediky atraktivnější, nebo méně atraktivní než dříve?

Řekl bych, že je to stejné. Psichiatrie je vnímána jako těžký obor – některé studenty odrazuje, že je náročný na komunikaci, není spojen s lékařskými výkony v běžném slova smyslu a jen málokdy lze vidět výsledky práce okamžitě. Hodně záleží na učitelích, jak se mu podaří vzbudit u studenta o tento obor zájem a přesvědčit jej, že jde o intelektuálně i řemeslně zajímavé povolání.

Co se snažíte kromě základního psychiatrického vzdělání studentům předat?

Psichiatrie je obor činnosti, který pro svou praxi potřebuje nejen medicínské znalosti, ale také sociální a psychologické dovednosti. V rámci lékařské psychologie, která je samostatným studijním předmětem, se studenti učí o významu empatie, komunikace a vzájemné důvěry v terapeutickém vztahu. V psichiatrii se navíc učí účtět k pacientovi a chápaní, že duševně nemocný člověk není nějaký potrhák, že s ním lze a je třeba hovořit jako s partnerem a že i pacienta s psychózou je třeba respektovat. Snažíme se, aby se neudržovalo a nepřenášelo stigma psychiatrických pacientů, které vychází z předpokladu, že každý duševně nemocný je nevyzpytatelný a potenciálně násilnický jedinec.

Může být psychiatrem někdo, kdo trpí duševní poruchou? Přijal byste jej do svého týmu?

Určitě je dobře, když se psychiatrem stane zralá a vyrovnaná osobnost, protože se to promítá do terapeutického vztahu. Je pravda, že psychologii a psichiatrii si někdy jako obory svého zájmu vybírají lidé, kteří u sebe nebo ve svém bezprostředním okolí vnímají potřebu řešit nějaký problém. To si ce není úplně šťastné, ale také to není fenomén, který by psichiatrii dělal potíže. Někdy dokonce



prof. MUDr. Jan Libiger, CSc.

* 16. června 1948
v Ústí nad Labem

Na Fakultě všeobecného lékařství Univerzity Karlovy promoval v roce 1972. Z psichiatrie atestoval v letech 1976 a 1983. Disertaci na téma „Klinický význam prolaktinové odpovědi v psichiatrii“ obhájil v roce 1987, docentem byl jmenován v roce 1990, profesorem v roce 1995. Po promoci nejprve nastoupil do Psychiatrické léčebny Horní Beřkovice, kde působil 3 roky. Od roku 1975 pracoval na Psychiatrické klinice LF UK a FN Hradec Králové, postupně jako sekundární lékař, odborný asistent a docent. V letech 1990–1992 pobýval jako *visiting scholar* na Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research při Newyorské univerzitě v USA a v letech 1992–1999 působil jako primář klinického úseku Psychiatrického centra Praha. Od roku 1999 je přednostou Psychiatrické kliniky LF UK a FN Hradec Králové.

Je členem výboru České neuropsychofarmakologické společnosti, členem European College of Neuropsychopharmacology (ECNP), Asociace evropských psychiatrů (AEP), Evropské skupiny pro výzkum schizofrenie (EGRIS) a České lékařské akademie. Čtyřikrát obdržel Kuffnerovu cenu České psychiatrické společnosti ČLS JEP, mj. za monografii „Schizofrenie“ (1991) a „Doporučené postupy psychiatrické péče“ (2000). Je ženatý, má dvě dospělé děti.



V sesterně psychiatrické kliniky. | Foto: Leoš Chodura

PŘEDSTAVUJEME

vlastní zkušenost může být prospěšná. Psychiatrie je medicínský obor jako každý jiný, byť vyžaduje trochu jiný řemeslný fortel. Je spojená s hrozbou vyhoření nebo lépe řečeno vyhasnutí, protože míra angažovanosti osobnosti psychiatra je z povahy věci velká. Byl bych rád, kdyby v psychiatrii převažovali profesionálové, kteří jsou více soustředění na pacienty než na své duševní problémy.

Máte sám recept na to, jak si zachovat duševní rovnováhu?

Jsou to různé radosti, když si je obstarám. Posezení a popovídání si s přáteli, výlety na kole nebo turistika. Chodím s Turistickým akademickým klubem, hodně se tam zpívá a je to příjemná forma neprofesionálního společenského života.

Když to jde, rád čtu. Naposledy „Dobráky od přírody“ od Franse de Waala, předtím knížku „Deaf Sentence“ Davida Lodge a nějaké knihy Michaela Chabona. Mám rád třeba Douglase Adamse, jeho „Stopařova průvodce po galaxii“ si někdy doma předčítáme nahlas.

Čeho byste se rád dožil v medicíně, společnosti, politice...?

V politice jsem se už toho podstatného bohaté dožil. Vzdor všem problémům, které plní denní tisk, myslím, že posledních dvacet let je život úžasný a nese s sebou velký pokrok a pozitivní změnu. To, jak dnes vypadají nemocnice, medicínská péče, vztah k pacientům, jak vypadají města, obchody, lidský život, jak trávíme volný čas, to vše je nesrovnatelné s tím, jak svět a život vypadaly před 89. rokem. O mnoho skutečnější a barvitější.

Věnujete se manažerské, vědecké, publikační, léčebné a pedagogické činnosti. Jak to stiháte?

To je otázka na místě a nabízí se konvenční odpověď – není to vždy snadné. Vzpomínám, že jsem kdysi četl reflexi od Johanna Wolfganga Goetheho na téma, jak si má člověk v životě počínat: „Zkus činit svou povinnost a hned poznáš, co jsi zač. Co je ale tvá povinnost? To, čeho si den žádá.“ Všechno co jste vyjmenovala, se dá spojit v činnost, jež je zapotřebí, neztrácí ze zřetele svůj cíl, ale zároveň se podřizuje tomu, co od člověka žádá v jeho profesi i v životě každý jedinečný den se svými starostmi a potřebami.



Inzerce A111010781

Příručka, která vás naučí řeči osob s duševním onemocněním

Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje



Řada psychicky nemocných, kteří nemají práci, si ji už po zkušenostech s potencionálními zaměstnavateli, raději ani nehledá. Bojí se dokonce zajít si

i na úřad vyřídít podporu, příspěvky nebo se jít jen o čemkoli poradit. „Setkáváme se zde s nepochopením,“ tvrdí. „Chtěli bychom jim pomoci, ale nevíme jak,“ říkají zase úředníci, „často ani nechápeme, co vlastně potřebují.“

RADY, DÍKY KTERÝM ZLEPŠÍTE KOMUNIKACI

Příručka „Umíme se domluvit“ aneb Co potřebuje člověk s duševní poruchou při jednání na úřadě i jinde, která byla zdarma distribuována úředníkům veřejné správy a poskytovatelům sociálních služeb v Karlovarském kraji, však tuto situaci pomalu mění.

„Psychické choroby, jako jsou deprese, mánie, psychóza, úzkost,

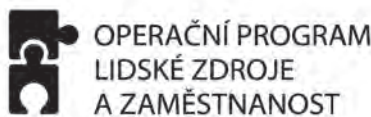
panika, obsese, hraniční porucha osobnosti či třeba agrese, totiž často omezují komunikační schopnosti člověka. Není schopen formulovat svoje požadavky, nebo kontrolovat svoje emoce a chování. Takový klient může svým „divným“ chováním v úřednicích vyvolat napětí, zmatek a možná i strach. Snaží se mu pomoci, ale nevědí jak. Brožura jim však nabízí východisko. S psychickými poruchami seznámuje formou příběhů. O tom, že to byla vhodná forma, nás přesvědčil zájem, který o ni kraj, ale i jednotlivá města a obce dosud projevíly,“ vysvětluje Mgr. Barbora Wenigová, ředitelka Centra pro rozvoj péče o duševní zdraví (CPRDZ). Příručka byla napsána jako součást projektu

„Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje“ a může být dobrým pomocníkem i pro rodiny či přátele pacientů.

NEDOSTATEK POCHOPENÍ VEDE K POCITŮM OSAMĚLOSTI

Neznalost projevů psychických onemocnění totiž vyvolává u zdravých lidí neopodstatněné obavy. Potvrdil to kvantitativní výzkum diskriminace pacientů s depresí a schizofrenií na území Karlovarského kraje, který jako součást projektu Rozvoj péče o osoby s duševním onemocněním na území Karlovarského kraje uskutečnilo loni CPRDZ. „Kamarádky ke mně přestaly chodit, nechťejí mi říct proč ne-

bo vypínají telefony.“ „Lidé se ode mne odvracejí, protože se jim zdám divná.“ „Chtěl jsem si zajít s kamarádkou na kávu, ale její přítel ji se mnou nepustil.“ To jsou některé z důvodů zvyšujícího se pocitu izolovanosti mnoha osob s duševním onemocněním. Za pomoci příručky by se snad mohly pomalu stávat zbytečné.



PODPORUJEME VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

Kyselárny ani hořkárnny neznám

Gynekolog, sexuolog a ředitel Společnosti pro plánování rodiny a sexuální výchovu **MUDr. Radim Uzel, CSc.**, má nejen vlastní zástěru, ale skutečně umí i vařit. K jídlu jej poutá mimořádně vřelý vztah, a to odjakživa.

Pokud se narodíte v roce 1940 ve Slezsku a k tomu v chudé rodině, nemusí vás čekat zrovna hlad, ale na luxusní pochoutky si počkáte. „Jsem dítě válečné generace. U nás doma býval jídelníček naprosto standardní, každý den v týdnu jsme měli stejné jídlo. V pátek postní, v sobotu rajská s knedlíkem a kouskem hovězího. Před Vánoce mi maminka vyráběla bonbony z cukru. Uvařila karamel a nalila ho na mramorovou desku, zatvrdlý nasekala na čtverečky. Zabalily se do ozdobně-

ho papíru a věšelo se to na stromček. Potravinové lístky pamatuju ještě jako kluk, na mě jako podvyživené dítě rodiče fasovali lístky navíc, byl jsem hodně vychrtlý... Měli jsme doma mravoučné říkánky vydané za Rakouska-Uherska, jmenovalo se to ‚Otesánek‘. Tam byla i básnička o vlkovi: ‚Je to strašný lesů pán, šelma je to překrutná, které lidské maso chutná, jak vám, děti, marcipán.‘ Vlastně jsem se bál, ale jak chutná ten marcipán, to pro mě byla záhada,“ vzpomíná doktor Uzel.

Po válce však dlouho nebyl dostatek ani mnohem samozřejmějších věcí, než je cukroví z mandlové hmoty. „Moc se toho koupit nedalo a navíc rodiče, oba farmaceuti, měli v porovnání s horníky u nás na Ostravsku málo peněz. Maminka však byla moc dobrá kuchařka a hodně si potpěla na sladké. Neexistoval nedělní oběd bez moučnicku.“ Hubeného kluka poslali do ozdravovny v Lázních Bělohrad, aby se tam trochu spravil. „Jídlo tam nebylo nijak zvláštní, ale jestli to bylo kolektivem, ne-

vím – já se tam ve svých dvanácti ‚rozežral‘. Poprvé v životě jsem tam jedl třeba jogurt, to my jako děti neznali.“

Být „zajezený“

„Kamkoli jsem přišel, hlásil jsem se na kurz vaření. Poprvé na lékařské fakultě v Brně. Pan profesor Halačka pořádal pro mediky v rámci výuky hygieny kurzy vaření a vzpomínám si, že nebyl jedlý olej – a to už bylo hodně, hodně dlouho po válce. Improvizovalo se, třeba majonézu jsme se učili dělat tak, že jsme koupili rybičky v oleji a slili ho. Na rybí salát to docela ušlo. Horší bylo, když v Brně rok v obchodech nebyla cibule, bez té si zkuste vařit!“

Zážitky hodné gurmety rozhodně nečekaly ani vojáka-absolventa. „Na vojně jsme měli dvě základní potraviny, jedné se říkalo nafta. Bylo to černé a mělo se to podobat kávě. Ta druhá byla Stalinovo maslo, podivný mazlavý tuk. K snídani jsme standardně mívali Stalinovo maslo na chlebu a hrnek té nafty na zapití.“

Jisté kulinární pocty se už ale přece jen blížily. „Po vojně jsem nastoupil na místo sekundáře v Ústí nad Orlicí a pak ve Františkových Lázních. Tam jsem byl ochutnávačem stravy. Připadlo to na mě jako na nejmladšího gynekologa, nikdo to nechtěl dělat. Ti starší už byli ‚zajezení‘. ‚Dobrá služka už musí být zajezená,‘ říkala moje babička za první republiky, když přijímala pomocníci do domácnosti. ‚Nesmí to být úplně mladé děvče, to pak úplně všechno sní.‘ To znamená pokud možno od dvaceti pěti let. Když jsem přišel do Františkových Lázní, všichni starší kolegové už zajezení byli, ale mě dělat ochutnávače stravy lákalo. Chodil jsem před vydáním oběda do nemocniční kuchyně ochutnat po talířku od všeho, co se mělo podávat pacientům, a potvrdit – no, použitelnost. Opravdu se to takhle ve zdravotnických zařízeních dělalo. Mělo to aspoň tu výhodu, že jsem si pak pro sebe mohl naordinovat jídlo, které mi nejvíc chutnalo. Závodní stravování tam totiž bylo děsné. Stěžovali jsme si, ale ředitel byl názoru, že závodní stravování neslouží k tomu, aby se člověk najedl, a už vůbec ne k tomu, aby si pochutnal, ale jen aby vydržel v práci.“

Sladké, to je ono!

„Teď už to vůbec vypadá ve Františkových Lázních úplně jinak, jezdím tam každý rok na týdenní rehabilitaci. Tak je tam spousta cukráren. Já mám strašně rád sladké, všechno. Sníst tak, na co mám chuť, vážím za měsíc sto

padesát kilo. Tak se musím dost haltovat. Do kafe si sypu umělé sladidlo, dietologové mi za to nedávají. Nedávno jsem kamsi cestoval s paní doktorkou Cajthamlovou, co v televizních pořadech vyhazuje lidem jídlo z ledničky, a ta když viděla, jak si dávám sladidlo do kafe, málem omdlela. Ale zapálila si cigaretu a to jsem byl zase na koni já!“

A proč tolik miluje sladkosti a vyjma cukru do kávy rád zapomíná, že cukr není zdravý? „Mít rád sladké je přirozená lidská vlastnost, i pračlověk měl chuťové buňky jako my a chodil na med. Všimněte si, že neexistují žádné kyselárny nebo hořkárnny, zato cukrárnny v nějaké formě provázejí lidstvo od starověku. Ostatně jsem hluboce přesvědčen o tom, že zdravé věci bývají zároveň hnusné. Co člověku přináší radost, je protizákonné nebo to jde na tloušťku. Jídlo je prý leckdy o moc lepší než sex, protože je ho víc a dá se konzumovat častěji, tenhle názor je stejně mužský jako ženský. Dobré jídlo uvolňuje endorfiny tak jako sport nebo orgasmus. Belgičtí výrobci čokolády mi věnovali tuhle plechovku. Je v ní zvláštní přípravek, vypadá jako hnědá barva. Ale je to čokoládová nátěrová hmota. Přiloženým štětečkem můžete natřít kteroukoli část lidského těla, neškodné je to i na sliznici. Uvnitř plechovky už je jen polovička? To jsem ale vyjedl lžičkou... Čokoláda je také sblížovací droga, hodně pralinek se daruje na svatého Valentina, i když zdravější než bonbon je k Valentinu darovat kondom. Ale ne na chuť...“

Všechno, co má nohy

Ne vždy se jde snadno dopátrat příčiny oblíbenosti a naopak neoblíbenosti až důvodu vzniku podminěného reflexu. I zvědavý ochutnávač Radim Uzel s tím má své zkušenosti. „Jako dítě jsem neměl rád květák a houby. Houby pochopím, v dospělosti můj odpor vůči nim ještě zesílil, protože jsem jako medik na praxi v nemocnici viděl tři lidi umírat na otravu houbami. S květákem je to u mě ale naprosto nevyzpytatelné. Nejspíš to bude tím, že košťaloviny při vaření silně páchnou. Zvláštní je, že tenhle odpor se snad i dědí – můj vnuk prchá z kuchyně, i když vaříme růžičkovou kapustu, kterou já mám moc rád. Ten odpor ke květáku a houbám mě přešel, teď už jím úplně všechno, jen už nemohu sníst, kolik bych chtěl. Nepreferuji ale ryby, ty se teď přitom všude v zahraničí hodně podávají. Když si mám vybrat mezi tatarským biftekem z lososa a ze svičkové, sáhnou po červeném



„Těsto na štrůdl musíte pořádně vypracovat!“ | Foto: Pavlína Váchalová, studio Appetito

KONÍČEK LÉKAŘE



Růži dr. Uzel nemodeloval, ale korpus a krém zvládl.

Foto: Pavlína Váchalová, studio Appetito

mase. Nechutná mi také dnes velmi módní sushi. Ale sním všechno, i v Číně, kde jedí prakticky vše, co má čtyři nohy a není to nábytek, a vše, co lítá a není to letadlo. Myslím, že to razniči, co nám tam nabízeli na ulici, bylo ze psa, ale nevadilo mi to.“

Kuchařka nad romány

„Rád vařím podle kuchařských knih a moje nejoblíbenější je ‚Muž v zástěře‘ od Achille Gregora, to je kuchařský cestopis s recepty, a také opomíjená kuchařská kniha od Jarmily Loukotkové. Mám

rád i romány od Loukotkové, ale ta kuchařka je ze všeho nejlepší – je to stejně jako knížka Achille Gregora kuchařka i s příhodami kolem jídla, třeba co vařila kterému svému mužskému. A dá se podle ní opravdu vařit! Rodinný poklad u nás bývala Sandtnerka, podle té se učila vařit moje maminka. Moje manželka pochází z ještě chudších poměrů než já a u nich se vařilo podle Ůlehlové-Tilschové. Ta u každé potraviny píše, co živí, co sytí a co chrání. To je smutek, člověku hořkne jídlo v ústech, když ví, že místo dobrého vepřového

s knedlíkem a se zelím požívá sytící, živící a ochranné látky. Za nepřekonatelnou klasiku pak považují kuchařky Viléma Vrabce.“

V kuchyni jako na sále

O vaření doktor Uzel rád čte, především je ovšem velmi zkušený praktik. Na rozdíl od řady žen-kuchařek mu při vaření neschází značná dávka trpělivosti. „Koupil jsem si ‚Kuchařku pro snoby‘ od doktora Macka, pustil jsem se podle ní do velice složitého receptu na přípravu bažantích prsíček a podařilo se, všem moc chutnalo. Já mám vůbec rád složité věci a nebojím se jich ani v kuchyni. Celý život jsem poměrně slušně operoval, možná i proto jsem docela šikovný i v té kuchyni... Španělské ptáčky jsou pro mě hračka, nakrájím plátky, okořením, naplním, sešiju... Párám se s tím, to ano. Před grilováním dávám kuřatům intramuskulární injekce marinády, krásně prolné masem, chvíli nechám proležet... Mám i kuchařské vynálezy, ale na patenták s tím nepoběžím. Tak třeba nudle do polévky samozřejmě vyrábím domácí. Ale když se mi je nechce dělat, koupím u řezníka bílou klobásu. Do vařící polévky pak jen

nožem vytlačujete kousky, tahle zavážka je moje specialita. A ty nudle? Jasně že z hrubé! Nesmíte osolit, těsto bylo neschlo. Krájím je ručně, ze strojku to máte jako z obchodu, zato moje nudle je každá originál.“

Na kuchařské stroje a různé „verky“ v kuchyni si vůbec moc nepotrpí. „Máme pomalu padesát let starý poctivý kovový mlýnek na maso, bezvadně mele. Ty věci teď z umělé hmoty – za rok to zdechne. Používám ještě tak mixér a lis na citrusy, ty rukama nikdy tak nevymačkáte. Ale potrpím si na kafe, koupil jsem automat na espresso a dám si tu práci speciální vrtulkou našlehávat mléko na kapučínku. Rád beru věci, jež zuleschtují výsledný produkt, ale než bych skládal, rozkládal a myl robota, radši si okurku na salát nastrouhám ručně.“

Řada žen vyhání muže z kuchyně, protože při vaření nadělají spoustu nepořádku a opouštějí pole působnosti pokryté horou nádobí. Ne tak systematick doktor Uzel. „Stůl i dřez mám pořád čistý! Omáčka bublá pod pokličkou? Jdu a zatím umyju všechno, co je ve dřezu. V tomto ohledu jsem s manželkou ve sporu, ona to všechno až na ko-

nec strčí do myčky. Já nemám rád ten nepořádek kolem.“

Štrúdl ničem nenahradíš

Majstrštyk, který už neumí takřka žádná hospodyně, je tradiční tažený závin s jablky. Pan doktor ho bravurně zvládá prakticky i teoreticky. „Peču tak dvě tři ‚nohavice‘, je báječný a hned pryč. Těsto na štrúdl zadělám z hladké mouky, přidám lžici octa, ať se dobře táhne, a pořádně vytluču o stůl. Vytahuju na ubrusu, opatrně a trvá to, těsto se nesmí potřhat. A ty tlusté konce se musí ustříhnout špičkami a vyhodit!“ Má i „štrúdlvočák“ zlepšovák. „Místo strouhanky na podsypávání (tedy té izolační vrstvy pod jablky) zásadně dávám mleté vlašské ořechy. A umíte zavařovat ořechy nasucho? My máme dva ořešáky na zahradě, a když je velká úroda... Nalouskat, nacpat do lahví, zavíčkovat, sterilovat!“ Celoživotní problém má však Radim Uzel s ochutnáváním během vaření, zejména když jde o sladké. „Nepomohla by mi ani osvědčená rada – zpívat. Já bych uždíboval mezi slokami. Smrtné nebezpečí jsou pro mě rauty. Musím ochutnat ode všeho a to je zhouba.“

Jana Jilková

Inzerce A111010451

Deník E15 nyní také v prodeji

15 MINUT PRO
EKONOMIKU & BYZNYS



MLADÁ FRONTA



MLADÁ FRONTA



www.E15.cz

„Češi Portrait Gallery“ úspěšně vydražena

1,4 milionu Kč ve prospěch o. p. s. Dialog Jessenius přinesla dražba fotografických portrétů. Vzniknou za ně edukační filmy o karcinomech.

Když letos v březnu zástupkyně obecně prospěšné společnosti Dialog Jessenius převzaly 46 fotografií v kolekci „Češi Portrait Gallery“ a nechaly je instalovat v Muzeu Kampa, samy netušily, jak obrovský zájem bude o dražbu portrétů současných českých osobností. Aukce portrétů, jejichž autorem je světznámý fotograf Pavel Brunclík, proběhla 2. června v Muzeu Kampa. Bravurně ji vedl Marek Eben a vydělala 1 410 000 Kč. Vy-

těžek je určen na vytvoření nových edukačních DVD zaměřených na onkologická onemocnění, například kolorektálního karcinomu. Navází na již vydané DVD „Rakovina prsu“. Postupně tak vzniká soubor filmových průvodců, který má laikům pomoci ke včasnému rozpoznání choroby a její následné léčbě. Na přípravě filmů spolupracují experti řady medicínských oborů, ale vystupují v nich i sami nemocní, kteří sdílejí své zkušenosti. DVD zdarma distribuují nemocnice a pacientské organizace. Výstava „Češi Portrait Gallery“ pokračuje v Muzeu Kampa do 12. června 2011. Je doprovázena výpravnou knihou s životními příběhy fotografovaných osobností. Fotografie opatřil texty Pavel Kosatík. Knihu prodává Muzeum Kampa, distribuuje ji Kosmas a koupit ji lze také prostřednictvím o. p. s. Dialog Jessenius. Více informací: www.dialog-jessenius.cz (II)



Meda Mládková pozoruje, jak je dražena její fotografie. | Foto: Tomáš Kuneš

Karvinská hornická nemocnice bude vzdělávat lékaře v ortopedii

MZ ČR udělilo Karvinské hornické nemocnici, a. s., akreditaci pro specializační vzdělávání v oboru ortopedie. Udělení akreditace znamená pro ortopedické oddělení vedle určité prestiže především možnost vzdělávat své lékaře a poskytovat praktickou výuku i pro lékaře z jiných zdravotnických zařízení.

„Díky akreditaci může naše pracoviště vzdělávat lékaře v celém oboru ortopedie,“ upřesňuje primář oddělení MUDr. Jiří Pešek. „Je to pro nás velké zadostiučinění a uznání, že svou práci děláme dobře a že ji můžeme učit i další lékaře.“ Akreditaci pro specializační vzdělávání získalo ortopedické oddělení Karvinské hornické nemocnice na devět let.

Ke značnému rozšíření ortopedických služeb došlo v KHN v roce 2008. Do té doby ortopedie sdílela společné prostory s oddělením

chirurgie páteře. Ty začaly kapacitně nevyhovovat a speciálně pro ortopedické výkony byl vybudován další operační sál. Odborným garantem ortopedie je prof. MUDr. Antonín Sosna, DrSc., jenž se vedle konzultací účastní také složitých zákroků.

V současné době tvoří ortopedickou skupinu tým osmi plně kvalifikovaných lékařů v oboru ortopedie a traumatologie pohybového ústrojí a dva lékaři v přípravě pro tento obor. Pracoviště ročně pro-

vádí více než 550 náhrad velkých kloubů a 1200 artroskopických, ortopedických a traumatologických výkonů.

Léčbou páteře a spinální chirurgii se zabývá specializovaný tým pěti lékařů. Na oddělení jsou ošetřováni hlavně pacienti s degenerativními onemocněními, deformitami páteře, akutními traumaty, nádorovými onemocněními a osteoporózou. Pracoviště provádí přes 300 těchto výkonů za rok.

(red)

Neuropsychiatrické fórum – nová mezioborová platforma

Ve dnech 24.–25. 6. 2011 proběhne konference, která má za cíl vytvořit novou mezioborovou platformu akcentující společná témata neurovědních oborů.

Cílovou skupinou jsou především mladí neurologové, neurochirurgové, psychiatři a zástupci dalších neurovědních disciplín. Konference bude zaměřena především klinicky, část prostoru bude věnována také preklinickému a základnímu výzkumu.

Témata:

Afektivní a psychotické poruchy, extrapyramidová onemocnění, problematika demencí a degenerativních onemocnění CNS, epileptologie, funkční neurochirurgie, bolest, somatoformní poruchy

a psychogenní poruchy pohybu, poruchy spánku, specifické poruchy chování, pervazivní a specifické vývojové poruchy, diferenciatní diagnostika poruch vědomí, psychiatrické komplikace neurologických onemocnění, poruchy vyvolané účinkem psychoaktivních látek, klinická a experimentální neurofyziologie, psychofarmakologie.

Akce je pořádána dle SP č. 16 ČLK a účast lékařů bude ohodnocena 16 kredity. Místem konání bude Kaiserštejnský palác, Malostranské nám. 23/37, Praha 1. Kontakt a více informací: www.npforum.cz (red)

Cévní chirurgie z mezioborového pohledu

31. května byla v Café Louvre pokřtěna kniha „Onemocnění viscerálních cév“ z nakladatelství Maxdorf (edice Jessenius). Jedná se o první souhrnné zpracování tématu viscerální ischemie v současné české odborné literatuře.

Autor nové publikace MUDr. Tomáš Vidim z chirurgického oddělení Oblastní nemocnice Kolín a 2. chirurgické kliniky – kliniky kardiiovaskulární chirurgie 1. LF UK a VFN Praha v úvodu slavnostního odpoledne uvedl, že jedním z důvodů pro vznik knihy bylo především to, že onemocnění cévního systému viscerálního řečiště často není správně diagnostikováno. „Přitom postižení viscerálních cév je provázeno vysokou morbiditou a ve svých akutních projevech také vysokou mortalitou. Chronická ischemie splachnických tepen je však dobře léčitelná a při

včasné diagnostice lze snížit fatální riziko nepoznaného onemocnění,“ dodal doktor Vidim.

Instrukční kniha nejen pro chirurgy

V publikaci je poukázáno především na nezbytnost mezioborové spolupráce. Týká se jak diagnostiky, na níž se podílejí gastroenterologové, angiologové i další interní a chirurgické obory, tak zejména léčby. Endovaskulární léčba je již samostatným oborem, a příslušná kapitola proto byla zpracována předním specialistou na tuto problematiku, stejně tak cévně-

chirurgická léčba. Kniha uvádí popis operačních přístupů spolu s obrazovou dokumentací, jež by měla být instruktivní pro všechny, kteří v daných oblastech neoperují příliš často.

Kmotr nové medicínské publikace, primář oddělení cévní chirurgie Nemocnice Na Homolce doc. MUDr. Petr Štádl, Ph.D., poděkoval celému autorskému kolektivu (spoluautory jsou MUDr. Miroslav Chochola, CSc., MUDr. Martin Maresch, Ph.D., a doc. MUDr. Jaromír Šimša, Ph.D.) za vytvoření užitečného průvodce po úskalích cévní chi-



urgie a ocenil její přínos k zaplnění dosud chybějícího místa v této oblasti. (Jass)

Setkání spinálních jednotek

16.–17. června 2011 se bude konat „VII. setkání spinálních jednotek“. Odbornou konferenci organizuje Hamzova odborná léčebna pro děti a dospělé v rámci pravidelných akcí České společnosti pro míšní léze ČLS JEP. 150 účastníků konferencí se sejde v hotelu Jezerka v Seči u Chrudimi.

Témata:

- míšní léze a jejich klinika,
- léčba akutní a navazující následná rehabilitační péče,
- psychosociální problematika.

Kontakt a více informací: www.hamzova-lecebna.cz (red)

Knihy oceněné nakladatelstvím Grada

Nakladatelství odborné literatury Grada Publishing, a. s., oslavilo dvacet let působení na našem knižním trhu slavnostním setkáním a předáním cen za nejúspěšnější tituly.



Autoři publikace „Hepatologie“ přebírají Cenu Grady 2010. | Foto: Grada Publishing

Grada začínala počítačovou literaturou, postupně se ale orientovala i na technickou, ekonomickou, sportovní a v neposlední řadě psychologickou a zdravotnickou oblast. Červené logo Grady nese již 4400 titulů ve více než 30 oborech.

30. května proběhlo v prostorách barokního refektáře Kláštera sv. Jiljí na pražském Starém Městě již

tradiční slavnostní setkání autorů nakladatelství s managementem firmy a jako každoročně bylo spojeno s předáváním nakladatelských cen Grady. Výjimečně, u příležitosti 20. výročí svého působení, Grada udělovala „ocenění za rozvoj odborného knižního fondu“. V průběhu slavnostního večera byla předána nejvýznamnějším dlouholetým autorům.

V oblasti zdravotnické literatury ocenění převzal prof. MUDr. Radomír Čihák, DrSc., autor řadě generací mediků důvěrně známých učebnic anatomie.

Komplexně o hepatologii

Prestížní titul „Cena Grady 2010“ v kategorii zdravotnické literatury získala „Hepatologie“ prof. MUDr. Jiřího Ehrmanna, CSc., prof. MUDr. Petra Hülka, CSc., a kolektiv autorů. Publikace představuje komplexní soubor aktuálních poznatků a informací. Na jejím vzniku se podílelo několik desítek autorů – předních osobností svých oborů. Monografie je určena především specialistům z oborů hepatologie, gastroenterologie a vnitřního lékařství, ale také pro obory chirurgické, dále pro odborníky na infekční lékařství či zobrazovací metody, patology a specialisty z oblasti aplikovaného výzkumu.

Celobarevnou publikaci doplňuje 315 obrázků a 110 tabulek.

Interdisciplinárně pojatá sexuologie

„Cenu Grady 2010“ v kategorii psychologické a psychiatrické literatury získala kniha „Sexuologie“, jejímž hlavním autorem je prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D. Interdisciplinárně pojatá monografie o lidské sexualitě byla sepsána předními odborníky z řad sexuologů, psychiatrů, psychologů, urologů, gynekologů, chirurgů a antropologů. Přináší komplexní pohled na somatosexuální i psychosexuální vývoj člověka od prenatálního období až po stáří. Obsahuje odpovědi na otázky týkající se sexuální orientace a sexuální identity, sexuálních dysfunkcí, parafilií, jejich diagnostiky a léčby, kulturně podmíněných odlišností i vrozených evolučních determinant lidského sexuálního chování. (red)

Zdravotníci se mohou vzdělávat ve Zlíně

Střední zdravotnická škola a Vyšší odborná škola zdravotnická ve Zlíně od letošního roku realizuje celoživotní vzdělávání nelékařských zdravotnických pracovníků.

Škola nabízí zdarma až do roku 2013 certifikované kurzy s cílem prohlubovat a zvyšovat úroveň odborných znalostí všeobecných sester, porodních asistentek i zdravotnických záchranářů. Stává se tak dalším bodem na mapě odborného vzdělávání v naší zemi.

Program celoživotního vzdělávání je plně hrazen z prostředků Evropského sociálního fondu. O aktivitě přesahující Zlínský kraj byl natočen krátký film. „Reportáž o certifikovaných kurzech se natáčela v prostorách Střední zdravotnické školy a Vyšší odborné školy zdravotnické Zlín, v Krajské nemocnici Tomáše Bati Zlín s ředitelem nemocnice Bohuslavem Škubalem, ale i s jinými významnými garanty kurzů. Záběry jsou také z nemocničních oddělení, kde probíhá praktická výuka, například ARO, rehabilitační oddělení, interní klinika, ale rovněž z hospice Citadela ve Valašském Meziříčí. Šestiminutová reportáž vystihuje přípravu certifikovaných kurzů a jejich realizaci ve spolupráci s Institutem postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví v Praze a s akreditovanými pracovišti,“ přiblížila ředitelka SZŠ a VOŠZ Zlín Marie Zvoníčková. Reportáž byla v premiéře uvedena v Praze na červnové výroční konferenci k projektům prohlubování vzdělávání lékařů a nelékařů pod záštitou ministra zdravotnictví Leoše Hegera. Aktuální termíny a přihlášky do všech certifikovaných kurzů organizovaných Střední zdravotnickou školou ve Zlíně najdete na internetových stránkách: www.szsvszlin.cz/kurzy (red)

Vyhlášení výsledků 12. studentské vědecké konference 1. LF UK

Konference se konala pod záštitou děkana 1. LF UK Praha prof. MUDr. Tomáše Zimy, DrSc., slavnostní předání cen proběhlo 8. června ve Faustově domě.

- V sekci **pregraduální práce – část teoretická** získali ocenění Lukáš Farhád Mirchi (Možná role genu Ankkv v patogenezi esenciální hypertenze u potkana) a Ahmed Chughtai spolu s Philippem Novotným (DAF-16/FOXO dependent regulation of gene expression of NHRs).

- V sekci **pregraduální práce – část klinická** uspěl Jaromír Hanuška (Charakterizace očních pohybů u zdravých osob).
- V sekci **nelékařské zdravotnické obory I** si diplom odnesla Jitka Laštovičková (Bariatrické operace a jejich vliv na vývoj hmotnosti a některé metabolické parametry).

- V sekci **nelékařské zdravotnické obory II** zvítězila Klára Burišková (Vývoj postojů obyvatel ČR k vlastnímu zdraví a zdravotní péči).

- V sekci **postgraduální práce – část teoretická I** byly uděleny ceny Mgr. Haně Kratochvílové (TMEM70 integrální protein vnitřní mitochondriální membrány), Mgr. Michaele Krupkové (Far-

makogenetická izolace genomické oblasti ovlivňující současně morfogenezi a metabolický syndrom) a MUDr. Jiřímu Benešovi (Effect of connexin40 deficiency on atrial activation in mice on ED12.5).

- V sekci **postgraduální práce – část teoretická II** byly jako nejlepší vyhlášeny práce Prakashe Shankarana (New ways to treat HIV/AIDS?), MUDr. Kateřiny Šebkové (Carnosine specific dipeptidases in *Caenorhabditis elegans*) a MUDr. Mag-

daleny Klánové (Mouse model of mantle cell lymphoma).

- V sekci **postgraduální práce – část klinická I** byli jako nejlepší vyhodnoceni MUDr. Renáta Bartáková (De novo malignity pro ortotopické transplantace jater – analýza 15 let trvání programu) a MUDr. Tereza Lamberská (Adaptace extrémně nezralých novorozenců v prvních minutách života).

- V sekci **postgraduální práce – část klinická II** cenu obdrželi



Redaktorka ZDN Jaroslava Sládká s oceněným Janem Kvasničkou. | Foto: Vladimír Brada

MUDr. Jan Šoupal (Porovnání glykemické variability s výskytem retinopatie a porušeným prahem vibračního citu u pacientů s DM 1. typu), Mgr. Iveta Šárová (Mapování zlomových míst na chromosomu 11 u akutní myeloidní leukemie) a Mgr. Alžběta Vondráčková (Identifikace dvou velkých deletcí na chromozomu 22q13.33 v kombinaci s bodovou mutací v genech TYMP a SCO2 u dvou pacientů s mitochondriálním onemocněním).

- Dále bylo uděleno **osm mimořádných cen**, a to Andree Špeldové, Bc. Janu Zemanovi, Bc. Tomáši Jindrovi, MUDr. Ondřeji Kodetovi, Mgr. Stanislavě Merjavé, MUDr. Adèle Planerové a MUDr. Janu Škrhovi jr. Cenu Zdravotnických novin si odnesl student 3. ročníku Jan Kvasnička za práci „Vliv vyřazení M2 muskarinových receptorů na srdeční funkce“ vedenou na Fyziologickém ústavu 1. LF UK. (Jass)

Psychologická diagnostika dětí a dospívajících

Stěžejními tématy mezinárodní konference nazvané „Psychologická diagnostika dětí a dospívajících. Výzkum, prevence a školní poradenství“, pořádané ve dnech 29. 6. – 1. 7. 2011 v Brně, budou otázky týkající se psychodiagnostických služeb a nástrojů s důrazem na eti-

ku, účelnost a věcnou správnost jejich užívání.

Hlavním pořadatelem a zároveň místem, kde se konference bude konat, je Fakulta sociálních studií Masarykovy univerzity, Joštova 10, Brno. Kontakt a další informace:

<http://pd2011.takeplace.eu/cs> (red)

Návrat po rodičovské a nárok na odstupné při reorganizaci



Ilustrace foto: Shutterstock

Pracuji jako fyzioterapeutka, smlouvu mám na dobu neurčitou a momentálně jsem na rodičovské dovolené. U mého zaměstnavatele dochází ke změnám a podle mých informací už mi po návratu z rodičovské nebudou moci nabídnout stejné místo na plný úvazek, ale jen na zkrácený. Pokud toto nebudu akceptovat, budu mít nárok na odstupné?

Úvodem je třeba říci, že česká právní úprava je při poskytová-

ní mateřské a rodičovské dovolené k rodičům poměrně vstřícná, zvláště ve srovnání se zeměmi jako Francie či USA. Zákoník práce výslovně konstatuje, že k prohloubení péče o dítě je zaměstnavatel povinen poskytnout zaměstnankyni i zaměstnanci na jejich žádost rodičovskou dovolenou. Rodičovská dovolená se poskytuje matce dítěte po skončení mateřské dovolené a otci od narození dítěte, a to v rozsahu, o jaký požádá, ne však déle než do doby, kdy dítě dosáhne věku 3 let.

Garance návratu

Pro posílení pozice zaměstnankyně či zaměstnance při návratu z rodičovské dovolené pak zákoník práce dále říká, že nastoupí-li zaměstnanec nebo zaměstnankyně po skončení rodičovské dovolené do práce, zařadí je zaměstnavatel na jejich původní práci a pracoviště. Zákoník práce konečně stanovuje, že není-li možné zařadit zaměstnankyni na její původní práci a pracoviště, protože původní práce odpadla nebo pracoviště bylo zrušeno, zařadí ji zaměstnavatel podle pracovní smlouvy. Tímto pracovním zařazením podle pracovní smlouvy se může rozumět třeba zařazení na jiný druh práce, pokud byl druh práce vymezen v pracovní smlouvě dostatečně široce, nebo zařazení na jiné místo výkonu práce, pokud místo výkonu práce bylo v pracovní smlouvě pojato dostatečně široce.

Pozice pro vyjednávání

Z Vašeho dotazu vyplývá, že zaměstnavatel má možnost Vás i po návratu z rodičovské dovolené zařadit jak na původní práci, tak i na původní pracoviště. Jiné, co by se po Vašem nástupu do zaměstnání z rodičovské dovo-



odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc
advokátní kancelář
Kubica, Zajíc a partneři

lené mělo změnit, je velikost pracovního úvazku. Sjednání rozsahu pracovního úvazku je přitom věcí Vaší dohody se zaměstnavatelem, nikoli záležitostí jednostranného rozhodnutí Vás či Vašeho zaměstnavatele. Pokud tedy budete trvat na zachování dosa-

vaného rozsahu pracovního úvazku, nemůže zaměstnavatel tento rozsah pracovního úvazku jednostranně změnit.

Pravidla vyrovnání

Co se týče Vašeho případného nároku na odstupné, pak je předně třeba konstatovat, že zaměstnavatel může ukončit pracovní poměr se zaměstnancem jen za zákonem stanovených důvodů. Jedním z těchto důvodů je i nadbytečnost. Jedná se o situaci, kdy se zaměstnanec stane nadbytečným vzhledem k rozhodnutí zaměstnavatele o změně jeho úkolů, technického vybavení, o snížení stavu zaměstnanců za účelem zvýšení efektivity práce nebo kvůli jiným organizačním změnám. V případě ukončení pracovního poměru (ať již výpovědí, nebo odchodem) z důvodu nadbytečnosti zaměstnanci přísluší odstupné ve výši nejméně trojnásobku průměrného měsíčního výdělku. Pro úplnost uvádím, že odstupné vyplácí po skončení pracovního poměru v nejbližším výplatním termínu, určeném pro výplatu mzdy, pokud se se zaměstnancem nedohodne na výplatě v den skončení pracovního poměru nebo v pozdějším termínu.

Pro úplnost uvádím, že odstupné zaměstnavatel vyplácí po skončení pracovního poměru v nejbližším výplatním termínu, určeném pro výplatu mzdy, pokud se se zaměstnancem nedohodne na výplatě v den skončení pracovního poměru nebo v pozdějším termínu.

Pokus o dohodu

Ohledně Vaší situace doporučuji při jednání se zaměstnavatelem trvat na zachování dosavadního plného pracovního úvazku, neboť z Vašeho dotazu je zřejmé, že zaměstnavatel má možnost Vás zařadit na původní práci i pracoviště. Bude však na Vašem rozhodnutí, zda budete skutečně požadovat zachování plného pracovního úvazku i s rizikem, že v takovém případě by zaměstnavatel mohl situaci řešit i rozhodnutím o reorganizaci a následnou výpověď pro nadbytečnost. Domnívám se však, že pokud ve Vašem případě nebude mít zaměstnavatel jiné důvody pro reorganizaci, nebude rozhodnutí o organizačních změnách zvažovat jen proto, aby Vás přiměl ke zkrácení pracovního úvazku. Pokud by Vám zaměstnavatel nakonec skutečně dal výpověď pro nadbytečnost, náleží Vám odstupné ve výši trojnásobku průměrného měsíčního výdělku. Snad jen pro úplnost uvádím, že v případě, že byste považovala případnou výpověď danou zaměstnavatelem za neoprávněnou, můžete se u soudu domáhat neplatnosti rozvázání pracovního poměru. Rovněž při nevyplacení odstupného se můžete svého nároku domáhat u soudu.

Nedostatek lékařů na pracovišti, ochrana před chybou z přetížení

Pracuji jako sekundární lékařka na interním oddělení nemocnice, které má 40 lůžek. Poslední dobou odešlo z různých důvodů několik kolegů a na celém oddělení jsme zbyli z lékaři. Pracuji nadčas, jsem unavená a přetížená. Výhled není nijak radostný, absolventi se nehlásí a zaměstnavateli nynější stav v podstatě vyhovuje, protože ušetří za mzdy. Já se ovšem čím dál víc obávám chyby z únavy,



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

už teď u sebe pozorují mnohem menší trpělivost při rozhovorech s pacienty nebo jejich příbuznými, stále hlídám čas a bojím se, abych stihla všechny „důležitější“ povinnosti.

Vůbec nevím, jak budeme situaci zvládat o dovolených. Nevím, jestli existuje nějaký limit pro počet lékařů na určitý počet lůžek na oddělení nebo něco podobného. Prosím, poradte, jak mám sama sebe ochránit před chybou

z přetížení, když zaměstnavatel na má upozornění na nevyhovující personální stav na oddělení nereaguje...

Povinné minimální počty zdravotnických pracovníků na jednotlivých typech zdravotnických pracovišť by měla stanovit vyhláška, kterou se stanoví požadavky na personální vybavení zdravotnického zařízení. Vydání takové vyhlášky sice předpokládá druhá věta § 12a odst. 2 zákona o péči o zdraví lidí, avšak Ministerstvo zdravotnictví ČR ji dosud nevydalo. Nicméně je známo, že

v současnosti ministerstvo tuto vyhlášku již připravuje, a dá se tedy očekávat, že vyjde v následujících měsících.

Kromě této, dosud nevydané vyhlášky upravuje určité normativy počtů zdravotnických pracovníků také vyhláška č. 134/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami. Ta však řeší tuto otázku pouze ve vztahu k úhradám z veřejného zdravotního pojištění.

Hlavně nemlčet

Pokud si tazatelka stěžuje na únavu, měla by se zabývat otázkou,

jak je to s pracovní dobou. Obecně řečeno jí zaměstnavatel nemůže nařídít průměrně více než osm hodin práce přesčas týdně a bez jejího souhlasu jí nemůže nařídít více než 150 hodin práce přesčas v kalendářním roce.

Tazatelka by také mohla využít ustanovení § 249 odst. 3 zákoníku práce. Jestliže by poměry na svém pracovišti mohla považovat za situaci, kdy nemá od zaměstnavatele vytvořeny potřebné pracovní podmínky, pak je povinna oznámit tuto skutečnost nadřízenému vedoucímu zaměstnanci. Takové prokazatelné oznámení by pro ni mohlo být důležité ve chvíli, kdy by skutečně vznikla nějaká škoda, ať na zdraví nebo na majetku. Byl by to pro ni nepochybně významný ochranný argument v případě požadavku na náhradu škody.

Způsobilost k aplikaci intravenózních injekcí

Před půlrokem jsem úspěšně ukončila bakalářské studium a registraci samozřejmě také mám. Nyní pracuji půl roku na interním oddělení a pan primář do seznamu sester pověřených aplikací intravenózních injekcí uvedl mé jméno s podmínkou absolvování kurzu o bezpeč-



Mgr. Lucie Neubertová
právníčka, KMVS,
advokátní kancelář, s. r. o.

né aplikaci těchto injekcí. Chápala bych, kdyby to vyžadoval dodatečně, v rámci celoživotního vzdělávání, ale podmiňovat tím mou kompetenci? Navíc jsem na oddělení jediná sestra bakalářka, a dochází proto k paradoxní situaci, kdy sestry s „pouhou“ re-

gistrací jsou na rozdíl ode mě kompetentní. Kurz v rámci celoživotního vzdělávání samozřejmě absolvuji, ale ráda bych věděla, zda tím lze podmínit mou způsobilost k aplikaci i. v. injekcí.

V souvislosti s tímto dotazem bych ráda upozornila na skutečnost, že od 14. března 2011 nabyla účinnosti nová vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických a jiných odborných pracovníků. Touto vyhláškou byla zrušena stávající vyhláška č. 424/2004 Sb., kterou se stanoví činnosti zdravotnických a jiných odborných pracovníků, a vyhláška č. 401/2006 Sb., jíž se mění vyhláška č. 424/2004 Sb. Také podle nové vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických a jiných odborných pracovníků, platí, že všeobecná sestra může bez odborného dohledu mimo jiné i podávat léčivé přípravky (kromě nitrožilních injekcí nebo infuzí u novorozenců a dětí do 3 let a s výjimkou radiofarmak). Nutno však dodat, že další konkrétní podmínky může stanovit standardní operační postup daného zdravotnického zařízení. Požadavek primáře tedy podle mého názoru je obhajitelný.

ilustrace foto: Shutterstock



Návštěva u lékaře v pracovní době

Zaměstnavatel nám slučuje vykonané návštěvy u lékaře tak, že sečte takto strávené hodiny v rámci daného měsíce a pak podle toho proplácí jeden nebo více dnů „průměrem“, i když po návštěvě lékaře v jednotlivých dnech jsem odpracoval více než polovinu denní směny. Je to tak správně?



odpovídá
Mgr. Kateřina Götzová
advokátní kancelář KMVS

stanoví, v jakých situacích zaměstnanci při nepřítomnosti na pracovišti náleží pracovní volno s náhradou mzdy nebo pouze pracovní volno, a to po dobu jeho nepřítomnosti na pracovišti.

Nezbytná doba

Pracovní volno s náhradou mzdy či platu se poskytne na nezbytně nutnou dobu, bylo-li vyšetření nebo ošetření provedeno ve zdravotnickém zařízení, které je ve smluvním vztahu ke zdravotní pojišťovně, zaměstnanec si zvolil, je nejbližší jeho bydliště nebo pracoviště a je schopné po-

třebnou péči poskytnout – ovšem pouze v případě, pokud vyšetření nebo ošetření nebylo možné provést mimo pracovní dobu. Bylo-li vyšetření nebo ošetření poskytnuto v jiném než nejbližším zdravotnickém zařízení, dostane zaměstnanec pracovní volno na nezbytně nutnou dobu; náhrada mzdy nebo platu mu však přísluší nejvýše za dobu, po kterou by trvalo vyšetření nebo ošetření podle předchozí věty. Pokud je zaměstnanec podle výše uvedeného poskytnuta náhrada mzdy nebo platu, bude se její výše rovnat průměrnému výděлку. To znamená, že pokud byl zaměstnanec v rámci jednoho dne u lékaře například tři hodiny, za které mu náleží náhrada mzdy nebo platu, za tyto tři hodiny mu bude poskytnuta náhrada ve vyšší průměrné mzdy či platu – tedy nikoli za celý den, v němž lékař navštívil.

Čerpání dovolené v nepřetržitém provozu

Pracuji v nepřetržitém provozu. Když čerpám dovolenou ve státní svátek, je placená jako „normální“ a odečítá se z celkového nároku na dovolenou, nebo mi zaměstnavatel za čerpání ve státní svátek poskytuje nějakou kompenzaci?



odpovídá
JUDr. Klára Trnková
advokátní kancelář KMVS

tento den se do dovolené nezapočítává a neodečítá se tedy z výměry dovolené. S ohledem na tuto skutečnost bude náhrada ušlé mzdy posuzována dle ustanovení § 115 odst. 3 zákoníku práce; za tento svátek, který připadl na obvyklý pracovní den, v němž

tazatel nepracoval, je zaměstnavatel povinen poskytnout náhradu mzdy ve výši průměrného výděлку za mzdu ušlou v důsledku svátku.

V případě, že v době čerpání dovolené připadne svátek na den, který je jinak obvyklým pracovním dnem,

Poloviční pracovní úvazek a nárok na stravenky

Pracuji na poloviční úvazek, každý den strávím na pracovišti 4,5 hodiny. A v tom je právě kámen úrazu. Zaměstnavatel mi odmítá poskytovat stravenky s tím, že na stravenku vzniká nárok až při odpracování 6 hodin denně;



odpovídá
Mgr. Petra Maryšková
advokátní kancelář KMVS

kdybych však prý těch 6 hodin pracovní doby proseděla v čekárně u lékaře, nárok na stravenku bych také neměla. Má zaměstnavatel pravdu?

Zaměstnavatel je v souladu s § 236 zákoníku práce povinen umožnit zaměstnancům stravování. Vnitřním předpisem zaměstnavatele či kolektivní dohodu lze upravit, jakou formou bude stravování poskytováno, a zároveň zde lze stanovit i základní podmínky pro poskytnutí, nejsou-li však tyto záležitosti upraveny pro určitý okruh zaměstnavatelů zvláštním právním předpisem (organizační složka státu, státní příspěvkové organizace, příspěvkové organizace zřízené územními samosprávnými celky). Pro určení, kdy vzniká nárok na stravenku, je tedy nutné upřesnit, zda je tazatelka zaměstnána soukromým zaměstnavatelem, či například příspěvkovou organizací.

Státu stačí odpracovat 3 hodiny denně

Pokud je tazatelka zaměstnaná u soukromého zaměstnavatele, platí pro určení nároku na stravenky vnitřní předpis nebo kolektivní smlouva. Zde musí být vymezeny i podmínky poskytování stravenek, včetně nároku za odpracovanou dobu, výši finančního příspěvku či poskytování v době dočasné pracovní neschopnosti. Počet odpracovaných hodin v jednom pracovním dni, nutných pro vznik nároku na stravenku, tedy tazatelka nalezne v těchto dokumentech.

V případě, že tazatelka je zaměstnána u organizační složky státu či státní příspěvkové organizace, je nárok na stravenky upraven vyhláškou č. 430/2001 Sb., o nákladech na závodní stravování a jejich úhradě v organizačních složkách státu a státních příspěvkových organizacích. § 5 odst. 3 uvádí, že zaměstnavatel poskytuje zaměstnanci příspěvek na stravné, pokud v jednom pracovním dni odpracuje alespoň 3 hodiny. V tomto případě by proto nárok na stravenku vznikl. Kolektivní smlouvy toto právo často dále zpřesňují a upravují, nikoli však již v neprospěch zaměstnance.

SERVIS

Zajímavé www stránky – synkopy

Synkopa je obvykle definována jako náhlá, krátkodobá ztráta vědomí a posturálního tonu s následnou spontánní úpravou. Faktem přitom zůstává, že synkopa je pouze symptomem, nejde o onemocnění jako takové. Diagnostické nebezpečí spočívá zejména v tom, že se často může vyskytovat u pacientů bez závažnějšího organického postižení; může však být i projevem řady různých závažných patologických stavů.

ESC: Guidelines on diagnosis and management of syncope

www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/syncope.aspx

Portál Evropské kardiologické společnosti (ESC) nabízí pravidelně aktualizované, konsenzuálně přijaté doporučené odborné postupy stran diagnostiky a terapie synkop. Výše uvedený odkaz nás zavede na stránku, kde je možné si stáhnout kompletní text v .pdf formátu, ale také v podobě powerpointové prezentace či verze pro kapesní počítače a mobilní telefony. Struktura textu je členěna na definici, klasifikaci a patofyziologii synkop, další kapitoly pojednávají o eko-

nomických otázkách, dopadech na kvalitu života, popisují algoritmus doporučených vyšetření a podrobně pojednávají o terapeutickém přístupu u reflexních synkop, srdečních arytmii a dalších typů synkop. Specificky se autoři zaměřují na synkopy u seniorů a dětských pacientů.



HRS: Tilt Table Test

www.hrsonline.org/patientinfo/symptomsdiagnosis/hearttests/tilttabletest

Test na nakloněné rovině je jedním z diagnostických postupů u pacientů s anamnézou prodělané synkopy. Webový portál Heart Rhythm Society (HRS) přináší aktuální informace z oboru arytmiologie pro zdravotníky, část webu je však určena i laické veřejnosti. A právě zde si pacienti mohou přečíst, jak probíhá výše uvedený vyšetření a jaký má význam.

Videoprezentace Tilt Table Test

<http://heart.emedtv.com/tilt-table-video/tilt-table-test-presentation-summary-video.html>

Internetové stránky eMED TV obsahují řadu edukačních videí



z různých medicínských oborů. Výše uvedený odkaz nás zavede na animaci, jež srozumitelnou angličtinou prezentuje základní pojmy, které umožní pochopit princip a význam testu na nakloněné rovině v souvislosti s diagnostikou synkop.

Is it possible to accurately differentiate neurocardiogenic syncope from epilepsy?

www.cardiologyjournal.org/en/darmowy_pdf.phtml?indeks=97&indeks_art=1351

Častým diferenciálnědiagnostickým problémem, s nímž se lékaři akutních příjmů setkávají, je jak odlišit, zda byl stav bezvědomí způsoben synkopou, nebo epileptickým záchvatem. Článek pub-

likovaný v polském **Cardiology Journal** je jedním z řady těch, jež se zabývají právě odlišením zmíněných dvou nozologických jednotek. Autoři analyzují jednotlivá specifika klinického stavu, ana-



mnestických údajů a přínos různých komplementárních metod (EEG, neuroobrazovacích vyšetření či laboratorních nálezů).

Postural syncope: mechanism and management

www.mja.com.au/public/issues/187_05_030907/vad10040_fm.html

Webový portál The Medical Journal of Australia pojednává specificky o posturální synkopě, která je charakterizována přechodnou ztrátou vědomí způsobenou snížením cerebrální perfuze u typicky stojícího nemocného. Autoři se v textu zaměřují na jednotlivé možné příčiny, diagnostiku a léčbu.

MUDr. Michal Pelíšek



ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

www.zdn.cz
Číslo 12/2011, ročník 60

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

Redakce
Olga Pavliková, DiS. (Z domova, on-line)
tel. 225 276 374, e-mail: pavlikova@mf.cz
Bc. Michaela Svobodová (on-line, Z domova)
tel. 225 276 176, e-mail: svobodovam@mf.cz
Petra Klusáková, DiS.
tel. 225 276 388, e-mail: kluskova@mf.cz
Květa Havlová, DiS. (Téma, Zahraničí, Aktuality, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mf.cz
PaedDr. Jaroslava Sladká (Aktuality, kongresy)
tel. 225 276 162, e-mail: sladka@mf.cz
Mgr. Martin Cermák (Predstavujeme)
tel. 225 276 436, e-mail: cermak@mf.cz
MUDr. Andrea Skálová (Lékařské listy)
tel. 225 276 418, e-mail: skalova@mf.cz
PhDr. Jana Jilková
tel. 225 276 432, e-mail: jilkova@mf.cz

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

Editor/korektor
Mgr. Martin Cermák

Grafika a technické zpracování
BcA. Pavla Ortová
tel. 225 276 455, e-mail: ortova@mf.cz

Redakční rada Lékařských listů ZDN
prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA
prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc.
MUDr. Ivan David, CSc.
prof. MUDr. Markéta Dušková, CSc.
doc. MUDr. Petr Hach, CSc.
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
prof. MUDr. Karel Indrák, DrSc.
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. MUDr. Zdeněk Malý, CSc.
PharmDr. Radim Petrás
prof. Ing. Rudolf Poledník, CSc.
prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková

INZERCE
fax 225 276 444

group sales manager
Ing. Lenka Mihulková
225 276 427, 225 276 299
e-mail: obchod.ms@mf.cz
personální inzerce
tel. 225 276 299
e-mail: personalni.inzerce@mf.cz
webová inzerce
Andrea Metelková
tel. 725 773 027
e-mail: metelkova@mf.cz

generální ředitel
Ing. David Hurta

kreativní ředitel
René Decastello

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

ředitel divize Medical Services
Ing. Petr Němec

art director
Petr Honzátko

MARKETING A DISTRIBUCE
ředitelka marketingu novin a časopisů
Hana Holková
brand manager Ing. Hana Matejíčková
produční marketingu Ondřej Hynek
vedoucí výroby a distribuce Soňa Starhová
manažerka předplatného Zuzana Hrušková,
tel. 225 276 454, e-mail: hruškova@mf.cz

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

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

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

Objednávky SR:
Mediaprint Kapa Pressgrosso, a. s.,
oddelenie inej formy predaja, P. O. Box 183
Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3
tel. +421 244 458 821
fax +421 244 458 819
e-mail: predplatne@abompkapa.sk

Smluvní vztah mezi vydavatelem
a předplatitelem se řídí všeobecnými
obchodními podmínkami pro předplatitele.
Předplatné se automaticky prodlužuje.

Doporučená cena 28 Kč / 1 € / 30 Sk

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

Tisk Europrint, a. s.
Číslo dáno do tisku 9. 6. 2011
Přetisk a jakékoliv šíření
pouze se souhlasem vydavatele.
Tištný náklad je auditován
firmou Deloitte Audit, s. r. o.

© Mladá fronta a. s., 2011
Evidenční číslo MK ČR: E 15722
ISSN 0044-1996

Kalendář akcí odborných lékařských společností – červenec, srpen 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.



ilustrační foto: iStockphoto.com

20th annual meeting of the European Society for Pediatric Clinical Research

30. 6. – 2. 7. 2011/Brno

Místo konání: Národní centrum ošetřovatelství a nelékařských zdravotnických oborů

Pořadatel: Pediatrická klinika LF MU a FN Brno

Kontakt: www.cpsjep.cz, www.med.muni.cz

14th world conference on lung cancer

3.–7. 7. 2011/

Amsterdam, Nizozemsko

Místo konání: RAI Exhibition and Convention Center

Kontakt: www.2011worldlungcancer.org

Neonatal Surgery Course

11.–15. 7. 2011/

Oxford, Velká Británie

Místo konání: St Anne's College

Kontakt: prof. Paul Johnson; e-mail: pjohnson.pa@nds.ox.ac.uk; www.nds.ox.ac.uk

Eurasian forum on melanoma & skin tumors

22.–23. 7. 2011/

Moskva, Ruská federace

Kontakt: e-mail: reg@eafo.info; www.eafo.info/actions/10000210

International Paediatric Endoscopic Surgery Workshop

26.–29. 7. 2011/

Leeds, Velká Británie

Místo konání:

The Leeds Teaching Hospitals
Pořadatel: British Association of Paediatric Endoscopic Surgeons

Kontakt: e-mail: parmjit.jajuha@leedsth.nhs.uk; www.bapes.org.uk

SCOPE summer school 2011

28.–31. 7. 2011/

Cambridge, Velká Británie

Pořadatel: Specialist Certification for Obesity Professional Education (SCOPE)

Kontakt: www.scope-online.org

Best of ASCO Miami

29.–30. 7. 2011/

Miami, Florida, USA

Místo konání: Hyatt Regency Miami

Kontakt: <http://boa2011.asco.org/bestofASCOMiami.aspx>

41st congress and championship of the World Medical Tennis Society

20.–26. 8. 2011/Karlovy Vary

Místo konání: Grandhotel Pupp

a Tennis Club Gejzírpark Karlovy Vary

Pořadatel: Czech Medical Tennis Society
Kontakt: www.congressprague.cz

28th congress of the Scandinavian Association of Urology

24.–27. 8. 2011/

Tampere, Finsko

Místo konání: Tampere Hall

Kontakt: www.scaur.org/Congress.html

3rd Central European congress on obesity (CECON)

25.–27. 8. 2011/

Olštýn, Polsko

Kontakt: <http://konferencje.termedia.pl>

16th world congress of the International Federation for the Surgery of Obesity and Metabolic Disorders

31. 8. – 3. 9. 2011/

Hamburg, Německo

Místo konání: Congress Center Hamburg

Kontakt: www.ifso2011.de

(sta)

NOVÉ KNIHY

Pavel Kožený, Jiří Němec, Jana Kárníková, Miroslav Lomíček

Klasifikační systém DRG

Rozsah: 208 stran

Cena: 540 Kč

ISBN: 978-80-247-2701-1

Ydavatel: Grada



Snahou autorů je popsat klasifikační systém DRG jako jeden z nástrojů, který je často používán ve vyspělých státech a ovlivňuje nejen alokaci zdrojů. V Česku již určitou zkušenost s použitím DRG máme a převládá názor, že jde o systém užitečný a perspektivní jak pro klasifikaci, tak pro zapojení do úhradových mechanismů. Národní referenční centrum považuje tuto publikaci za příspěvek k zavádění klasifikačního systému DRG, a to zejména pro její komplexnost z pohledu popisu systému jak obecně, tak v podmínkách České republiky. Jsou zde uvedeny některé již dosažené výstupy v ob-

lasti implementace DRG a přiložené CD navíc obsahuje některé statistiky, jež Národní referenční centrum zpracovává z dat všech zdravotních pojišťoven. Více o knize: www.nrc.cz

Anna Strunecká, Jiří Patočka
Doba jedová

Rozsah: 296 stran

Cena: 279 Kč

ISBN: 978-80-7387-469-8

Ydavatel: Triton



Jak se zorientovat v nepřehledné oblasti rad a pokynů k životnímu stylu, ovládané reklamou, zájmy trhu a zisků? Jak poznat, které potraviny, nápoje, kosmetické výrobky, léky či potravinové doplňky, plošně doporučené jako zdraví prospěšné, nám ve skutečnosti škodí? Nakolik kontraproduktivní je snaha o bezvadně čistou domácnost? Mezinárodně uznávaní odborníci v oblasti biomedicíny a toxikologie

s bohatými zkušenostmi v publicistice shrnují fakta o působení aditiv ve vodě a potravinách, nikotinu, cholesterolu, aspartamu, glutamátu, o roli hormonů a vitamínů v těle, toxinech v životním prostředí... Cítilivě zvažují „pro“ a „proti“ v názorech na nejrůznější látky, ale i předměty, jež nás obklopují a provázejí (doslova „od kolébky ke hrobu“ (mikrovlonné trouby, pružinové matrace, kuchyňské nádobí, amalgamové plomby, podprsenky...)). Neváhají přitom přiznat, že protichůdné postoje odborníků nebo nedostatek relevantních informací vyplývají z absurdity doby, v níž žijeme. Autoři rozebírají i příčiny a dopad melaminového skandálu v Číně a značnou pozornost věnují kontroverzím kolem očkování, například teorii o souvislosti mezi obsahem hliníku ve vakcínách a zvýšeným výskytem autismu u amerických dětí. Hodnotí přínosy a rizika vakcinace proti chřipce, včetně „prasečí“, způsobené virem A/H1N1, nebo proti rakovině děložního hrdla a radí rodičům jak přispět k bezpečné imunizaci svých potomků. Každá z kapitol je doplněna odkazy na populární i odbornou literaturu.



Das Städtische Klinikum Görlitz gGmbH ist das größte Schwerpunktversorgungs-Krankenhaus, Gesundheitsmarktführer und der größte Arbeitgeber der Region Ostsachsen. Unser Haus verfügt über 585 stationäre Betten sowie 65 tagesklinische Plätze in 16 Fachkliniken, 2 Instituten und 4 Tochter-GmbHs. Jährlich werden ca. 70.000 Patienten stationär und ambulant versorgt.

Zur Verstärkung unseres Ärzteteams suchen wir ab dem 01.10.2011 für unsere Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit Vollversorgungsauftrag eine/n

Leitende/-n Oberärztin/-arzt (Fachärztin/-arzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Fachärztin/-arzt für Psychiatrie/Psychotherapie)

Die 2004 in einem neuen Gebäude eröffnete Klinik und Tagesklinik ist gemeindenah orientiert und wird nach modernsten Gesichtspunkten geführt. Sie verfügt über 72 Betten sowie 20 tagesklinische Plätze. Eine Institutsambulanz ist an die Klinik angeschlossen. Die Vorgaben der PSYCH-PV sind erfüllt. Der Chefarzt ist voll weiterbildungsberechtigt.

Ihr Profil:

- abgeschlossene Facharzt-Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychiatrie/Psychotherapie
- mehrfache Erfahrung in den wichtigsten klinischen Bereichen des Faches
- Engagement, Empathie sowie die Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit
- Offenheit gegenüber neuen Entwicklungen unseres Fachgebietes

Wir erwarten:

- Bereitschaft zur Leitungstätigkeit (u. a. Chefarzt-Vertretung)
- organisatorisches Geschick
- teamorientierten Arbeitsstil
- ausgeprägten Sinn für wirtschaftlichen Ressourceneinsatz

Wir bieten:

- Vergütung nach dem Tarifvertrag VKA-Ärzte
- großzügige Unterstützung bei der Fort- und Weiterbildung
- Möglichkeiten zivil- und strafrechtlicher Gutachterstellung
- betriebseigenen Kindergarten sowie ein betriebliches Altersversorgungswerk

Für weitere Fragen und Auskünfte steht Ihnen der Chefarzt, Herr Priv.-Doz. Dr. med. habil. Thomas Reuster, unter der Telefonnummer +49 (0) 3581/371801 gern zur Verfügung.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung. Diese richten Sie bitte innerhalb von zwei Wochen nach Erscheinen der Ausschreibung an:

Städtisches Klinikum Görlitz gGmbH
Personal-Abteilung/HR-Str. 1-3, D-05228 Görlitz

Předplatte si ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



Předplatné na rok pouze za **590 Kč**



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku **predplatne.mf@cpost.cz**, uveďte své **jméno** a **doručovací adresu**. Do předmětu napište kód **ZDN 0611 (varianta 1 nebo 2)**. 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 0611 (varianta 1 nebo 2)**



Pošlete SMS na číslo 900 09 06

ve tvaru **ZDN ABO 1 (2) jméno, příjmení, adresa, lekářská specializace** předplatitele. Cena SMS je 6 Kč včetně DPH. Službu provozuje goNET s. r. o. Technicky zajišťuje MobilBonus s. r. o. Help line 777 717 535 po-pá 9.00-17.00.

Tato akce je určena pouze pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Všeobecné dodací podmínky naleznete na www.mf.cz. Svoji objednávkou dává předplatitel společnosti Mladá fronta a. s. souhlas se zpracováním poskytnutých údajů k jejím marketingovým účelům a prohlašuje, že se seznámil s poučením o ochraně osobních údajů uveřejněným na www.mf.cz. Poskytnutí údajů je dobrovolné. Upozorňujeme předplatitele na práva poskytovatele údajů vyplývající ze zákona č. 101/2000 Sb.

VSTUP NA KONFERENCI + KNIHA NEJEN PRO CESTOVATELE

konference

Sestra jako specialista v geriatrii
16. 9. 2011 Praha, Top Hotel
Registrujte se na www.medical-services.cz

Přijďte se seznámit s novými poznatky v oboru.

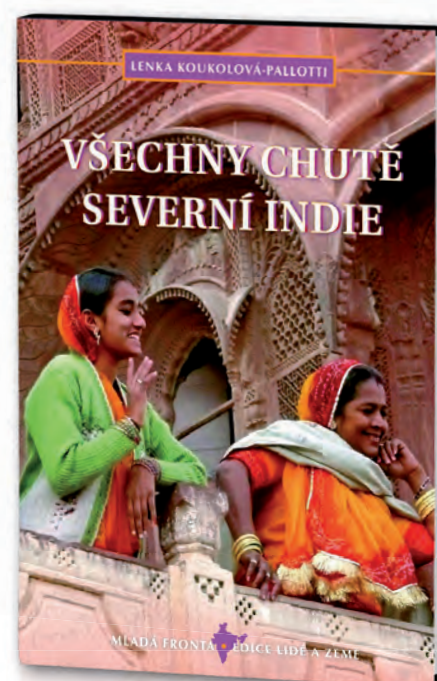
Odborný garant: Mgr. Ondřej Doskočil, Th.D.
Konference bude ohodnocena dle vyhlášky MZ ČR č. 321/2008 Sb.
Registrační poplatek: 400 Kč – platba předem, 500 Kč – platba na místě
Kompletní informace o přihlášení na www.medical-services.cz

Více informací na www.medical-services.cz



Varianta 1

vstup na konferenci Sestra jako specialista v geriatrii + skvělá kniha Všechny chutě severní Indie



konference

NEJEN PRO PEDIATRY A DĚTSKÉ SESTRY
7. 10. 2011 Praha, Top Hotel
Registrujte se na www.medical-services.cz

Přijďte se seznámit s novými poznatky v oboru.

Sekce pro lékaře
Odborný garant: prim. doc. MUDr. Zbyněk Straňák, CSc.
Vzdělávací akce je pořádána dle stavovského předpisu č. 16. Akce bude ohodnocena 5 kredity.
Registrační poplatek: 600 Kč – platba předem, 700 Kč – platba na místě

Sekce pro sestry
Odborný garant: MUDr. Petr Kašpar
* Prvních 60 zájemců, kteří uhradí registrační poplatek předem, bude mít možnost vyzkoušet si KPR prakticky!
Konference bude ohodnocena dle vyhlášky MZ ČR č. 321/2008 Sb. 4 kredity ČAS.
Registrační poplatek: 400 Kč – platba předem, 500 Kč – platba na místě

Více informací na www.medical-services.cz



Varianta 2

vstup na konferenci Nejen pro pediatry a dětské sestry + skvělá kniha Všechny chutě severní Indie

Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 10. 7. 2011.

Výběrová řízení

Více pozic

DĚKANKA FAKULTY ZDRAVOTNICKÝCH VĚD UNIVERZITY PALACKÉHO V OLOMOUCI

vypisuje výběrové řízení na obsazení míst akademických pracovníků:

■ Přednostka/přednostka Ústavu společenských a humanitních věd

Předpokládaný nástup:

od 1. září 2011.

Požadovaná výše úvazku: úvazek ve výši 1,0.

Kvalifikační požadavky:

- VŠ vzdělání v příslušném nebo blíže příbuzném oboru,
- akademický titul Ph.D. nebo CSc.,
- minimálně 5 let odborné praxe,
- zkušenosti s přímým vedením pracovního týmu výhodou,

- osvědčení a čestné prohlášení dle zákona č. 451/1991 Sb., v platném znění,
- výpis z rejstříku trestů max. 3 měsíce starý,
- osobnostní a profesionální předpoklady pro řízení týmu pracoviště včetně manažerských dovedností,
- zdravotní způsobilost.

K vlastnoručně podepsané přihlášce na místo akademického pracovníka je třeba doložit:

- vyplněný osobní dotazník UP,
- fotokopie dokladů o dosažené kvalifikaci,
- profesní životopis s podpisem,
- přehled o vědecké a publikační činnosti,
- písemný návrh koncepce rozvoje pracoviště ve vzdělávací, tvůrčí a výzkumné oblasti,
- osvědčení a čestné prohlášení dle zákona č. 451/1991 Sb., v platném znění,
- výpis z rejstříku trestů max. 3 měsíce starý.

■ Odborná asistentka/ odborný asistent s vědeckou hodností pro Centrum výuky odborných předmětů

Předpokládaný nástup: od 1. září 2011.

Požadovaná výše úvazku: úvazek ve výši 0,2 (tj. 8 hodin týdně).

Kvalifikační požadavky:

- magisterské VŠ vzdělání v nelékařských zdravotnických oborech nebo v oboru všeobecné lékařství,
- akademický titul Ph.D. v oboru fyziologie,
- minimálně 3 roky odborné praxe,
- pedagogická praxe v oboru výhodou,
- publikační a vědecká činnost výhodou,
- osobnostní a profesionální předpoklady pro pedagogickou a vědeckou činnost,
- zdravotní způsobilost.

K vlastnoručně podepsané přihlášce na místo

akademického pracovníka je třeba doložit:

- vyplněný osobní dotazník UP,
- fotokopie dokladů o dosažené kvalifikaci,
- profesní životopis s podpisem,
- přehled o vědecké a publikační činnosti.

■ Odborná asistentka/ odborný asistent bez vědecké hodnosti pro Centrum výuky odborných předmětů

Předpokládaný nástup: od 1. září 2011.

Požadovaná výše úvazku: úvazek ve výši 0,4 (tj. 16 hodin týdně).

Kvalifikační požadavky:

- magisterské VŠ vzdělání v nelékařských zdravotnických oborech nebo v oboru všeobecné lékařství,
- minimálně 3 roky odborné praxe,
- pedagogická praxe v oboru výhodou,
- státní zkouška ze somatologie a didaktiky somatologie výhodou,
- osobnostní a profesionální předpoklady pro pedagogickou a vědeckou činnost,
- zdravotní způsobilost.

K vlastnoručně podepsané přihlášce na místo akademického pracovníka je třeba doložit:

- vyplněný osobní dotazník UP,
- fotokopie dokladů o dosažené kvalifikaci,
- profesní životopis s podpisem,
- přehled o vědecké a publikační činnosti.

■ Odborný asistent/ odborná asistentka bez vědecké hodnosti pro Ústav společenských a humanitních věd

Předpokládaný nástup: od 1. září 2011.

Požadovaná výše úvazku: úvazek ve výši 0,5 (tj. 20 hodin týdně).

Kvalifikační požadavky:

- VŠ vzdělání v příslušném nebo blíže příbuzném oboru se zaměřením na výuku metodologie vědy, etiku, filozofii, sociologii a výzkum v nelékařských zdravotnických oborech,
- minimálně 3 roky odborné praxe,
- pedagogická praxe v oboru výhodou,
- studium doktorandského programu výhodou,

- vzdělání v oboru speciální pedagogika výhodou,
- osobnostní a profesionální předpoklady pro pedagogickou a vědeckou činnost,
- zdravotní způsobilost.

K vlastnoručně podepsané přihlášce na místo akademického pracovníka je třeba doložit:

- vyplněný osobní dotazník UP,
- fotokopie dokladů o dosažené kvalifikaci,
- profesní životopis s podpisem,
- přehled o vědecké a publikační činnosti.

Přihlášky zašlete do 30 dnů od zveřejnění výběrového řízení dne 13. června 2011 ve Zdravotnických novinách, nejpozději do 12. července 2011, na Děkanát FZV UP, personální referát, tř. Svobody 8, 771 11 Olomouc.

ZDN A111010734

Odborní asistenti

DĚKAN LÉKAŘSKÉ FAKULTY UNIVERZITY PALACKÉHO V OLOMOUCI vypisuje výběrová řízení na obsazení míst:

■ Porodnicko-gynekologická klinika 2 odborní asistenti nebo asistenti s úvazkem 0,10.

■ I. interní klinika – kardiologická 1 odborný asistent nebo asistent s úvazkem 0,05.

Pro výuku vnitřního lékařství – kardiologie – výuka v lékařských oborech – všeobecný směr i zubní lékařství.

■ II. interní klinika – gastroenterologická a hepatologická 1 odborný asistent nebo asistent s úvazkem 0,25.

Kvalifikační požadavky: atestace z vnitřního lékařství I. nebo II. stupně, případně zařazení do předatestační přípravy z vnitřního lékařství, zájem o vědecko-výzkumnou práci, lékařská praxe v gastroenterologii, hepatologii a diabetologii vítána.

■ III. interní klinika – nefrologická, revmatologická a endokrinní 2 odborní asistenti nebo asistenti s úvazkem 0,10.

KZ Krajská zdravotní, a.s.
přijme
radiologického asistenta

Požadujeme:
SŠ, VOŠ, VŠ vzdělání, odborná a zdravotní způsobilost k výkonu nelékařského zdravotnického povolání dle zákona č. 96/2004 Sb., trestní bezúhonnost

Nabízíme:
odpovídající finanční ohodnocení, možnost ubytování, zaměstnanecké výhody
Místo je vhodné i pro absolventy.

Pracoviště:
Ústí nad Labem, Děčín, Most

Písemné nabídky zasílejte na adresu:
Krajská zdravotní, a. s., personální a mzdové oddělení, Sociální péče 3316/12A, 401 13 Ústí nad Labem, email: radka.sauerova@kzcr.eu

Inzerce A111010737

KZ Krajská zdravotní, a.s.
přijme do pracovního poměru
LÉKAŘE

Obory uplatnění:
• chirurgie • interna • oddělení intenzivní medicíny • emergency
• gynekologie • dětské odd. • oční odd.
• psychiatrie • patologie ad.

Požadujeme:
• VŠ vzdělání – všeobecné lékařství, odborná způsobilost v souladu se zákonem 95/2004 Sb.
• zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost
• schopnost týmové práce, zájem o obor, specializovanou způsobilost

Nabízíme:
• perspektivní práci na moderních pracovištích vybavených špičkovými přístroji
• možnost dalšího vzdělávání a profesního růstu
• zaměstnanecké výhody
• možnost ubytování

Místo výkonu práce:
Masarykova nemocnice v Ústí nad Labem, o. z., Nemocnice Teplice, o. z., Nemocnice Děčín, o. z., Nemocnice Most, o. z., Nemocnice Chomutov, o. z.

Mzdové podmínky:
absolvent po zařazení do oboru 24 500 – 26 000 Kč, lékař: 34 000 – 50 000 Kč
Možnost individuálního přístupu, smluvní mzdy

Písemné nabídky zasílejte na adresu:
Krajská zdravotní, a. s. – Nemocnice Chomutov, o. z., personální a mzdové oddělení, Kochova 1185, 430 12 Chomutov
Kontaktní osoba: Ing. Alena Bezaniuková, tel. 474 447 566, e-mail: alena.bezaniukova@nspcv.cz

Inzerce A111010736

MONITORING

International CRO based in the Czech Rep and Slovakia is looking for **CRA and CTA.**

Good command of written and spoken English. Previous experience in clinical trial monitoring is preferred but not required. Please send your CV on:

Plachka Anezka, Bucharova 12, budova C, 158 00 Praha 13

Inzerce A111010969

Perfect Clinic, klinika plastické a estetické chirurgie, hledá sestru pro svou nově otvíranou pobočku v Liberci.

Praxe instrumentářky vítána, znalost německého jazyka výhodou. Nabízíme velmi moderní prostředí a garanci dobrého jména kliniky. Podmínkou je absolvování osobního pohovoru v termínech 16. nebo 23. 6. v Praze.

CV a foto zasílejte na info@perfectclinic.cz. O termínu pohovoru budete následně informováni.

Inzerce A111010649

PERSONÁLNÍ INZERCE

Kvalifikační požadavky: VŠ vzdělání v oboru, předpoklady pro pedagogickou a vědeckou publikační činnost, znalost světového jazyka, práce s PC, morální bezúhonnost.

Přihlášky s příloženým osobním dotazníkem, životopisem, fotokopie dokladů o kvalifikaci a přehledem vědecké a publikační činnosti zašlete do 30 dnů po zveřejnění výběrových řízení ve Zdravotnických novinách na Děkanát LF UP, personální referát, tř. Svobody 8, 771 26 Olomouc.

ZDN A111010648

Lékaři

KLINIKA TRANSPLANTAČNÍ CHIRURGIE IKEM, Vídeňská 1958/9, 140 21 Praha 4, vypisuje výběrové řízení na obsazení místa:

■ Lékař chirurg (2 místa)

se zaměřením na transplantační, cévní a břišní chirurgii. Vhodné pro čerstvé absolventy lékařské fakulty a lékaře před první atestací z chirurgie.

Dále vypisuje výběrové řízení na obsazení místa:

■ Lékař s atestací z cévní chirurgie

Přihlášky se strukturovaným životopisem zasílejte na e-mail: dash@ikem.cz

ZDN A111010551

Lékařský ředitel

ŘEDITEL NEMOCNICE S POLIKLINIKOU V SEMILECH vypisuje výběrové řízení na obsazení místa:

■ Lékařský ředitel

na částečný pracovní úvazek.

Požadavky: specializovaná způsobilost dle zákona č. 95/2004 Sb., licence ČLK pro výkon odborného zástupce. K přihlášce doložte: osobní dotazník, strukturovaný životopis, kopie dokladů o dosaženém vzdělání, výpis z rejstříku trestů, doklad o zdravotní způsobilosti.

Přihlášky zasílejte do 1. 7. 2011 na adresu: Nemocnice v Semilech,

3. května 421, 513 31 Semily. Obálku označte heslem „Výběrové řízení“.

ZDN A111010567

Primář

NEMOCNICE KYJOV vypisuje výběrové řízení na obsazení funkce:

■ Primář plicního oddělení

Požadavky:
 • splnění předpokladů dle zákona č. 95/2004 Sb.,
 • člen ČLK s platnou licenci 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 než 90 dnů),
 • doklad o zdravotní způsobilosti.

Přihlášky zasílejte do 20. 6. 2011 na adresu: Nemocnice Kyjov, sekretariát, Strážovská 1247, 697 33 Kyjov

ZDN A111010562

Odborný asistent

DĚKAN LÉKAŘSKÉ FAKULTY UK V PLZNI vypisuje výběrové řízení na obsazení místa:

■ Odborný asistent – Chirurgická klinika

K přihlášce je třeba přiložit doklady o VŠ vzdělání, odborné kvalifikaci a délce praxe v oboru, profesní životopis. Přihlášky do výběrového řízení přijímá 30 dnů od data zveřejnění osobní odd. Děkanátu LF UK v Plzni, Husova 3, 306 05 Plzeň.

ZDN A111010397

Technik

PARDUBICKÁ KRAJSKÁ NEMOCNICE, A. S., vypisuje výběrové řízení na pozici:

■ Technik oddělení centrálního nákupu investičního majetku

Požadujeme:
 • SŠ/VŠ vzdělání nejlépe technického směru,
 • zkušenost a praxe v oboru zdravotnické techniky vítána,

- organizační, komunikační a řídicí schopnosti,
- znalost práce na PC,
- morálně volní vlastnosti,
- bezúhonnost.

Vášim úkolem bude:
 • zajišťovat materiálně-technické podmínky v oblasti pořizování investic,
 • správa agendy dané oblasti,
 • příprava podkladů pro výběrové řízení dle zákona č. 137/2006 Sb.,
 Nástup dle dohody.

Písemné přihlášky s životopisem zasílejte nejpozději do 30. 6. 2011 na e-mail: eva.mojziskova@nemocnice-pardubice.cz

ZDN A111010404

Volná místa**Sestra**

PERFECT CLINIC, KLINIKA PLASTICKÉ A ESTETICKÉ CHIRURGIE, hledá sestru pro svou nově otvíranou pobočku v Liberci. Praxe instrumentářky vítána, znalost německého jazyka výhodou.

Inzerce A111010086

**Ilmtalklinik Pfaffenhofen GmbH**

hledá pro své nemocnice Pfaffenhofen a Mainburg k rozšíření tamních ošetrovatelských týmů od července 2011 kvalifikované

**ošetřovatele / zdravotní sestry**

Naše kliniky leží v jižním Německu (Horní Bavorsko), asi 40 km na sever od hlavního města spolkové země Bavorsko Mnichova.

- Nabízíme vám jistá a trvalá pracovní místa v našich dvou provozovnách (s přibližně 600 zaměstnankyněmi a zaměstnanci) s pevným a jistým příjmem
- V první fázi vašeho pracovního nasazení v rámci našich ošetrovatelských týmů vám nabízíme souběžné jazykové kurzy k rychlému získání znalosti německého jazyka. Určité základní znalosti němčiny nebo angličtiny jsou vítány
- Budeme vám nápomocni při získání úředního uznání vaší kvalifikace
- Pomůžeme vám při hledání ubytování, resp. vám nabízíme bydlení v cenově výhodných bytech v našich zaměstnaneckých bytovkách
- Již v první fázi zapracování (cca 3 až 5 měsíců) až do uznání vaší kvalifikace bude váš hrubý měsíční plat činit cca 1750,- eur
- Po úspěšném ukončení jazykového kurzu a úředním uznání vaší kvalifikace bude váš hrubý měsíční plat činit cca 2050,- eur

V případě zájmu se prosím obraťte na paní Julii Hansovou (německy, rusky nebo anglicky), Ilmtalklinik GmbH Pfaffenhofen, e-mail: julia.hans@ilmtalklinik.de, nebo telefonicky na čísle 0049 8441 79-1028.

Písemné žádosti (pokud možno v angličtině nebo němčině) zasílejte na adresu

Ilmtalklinik GmbH Pfaffenhofen
 Personalabteilung
 Krankenhausstr. 70
 D-85276 Pfaffenhofen
 Německo

Nabízíme velmi moderní prostředí a garanci dobrého jména kliniky. Podmínkou je absolvování osobního pohovoru v termínech 16. nebo 23. 6. v Praze. CV a foto zasílejte na e-mail: info@perfectclinic.cz O termínu pohovoru budete následně informováni.

ZDN A111010649

Zdravotnický laborant

NESTÁTNÍ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ V Kladně přijme zdravotnického laboranta/ku do biochemické laboratoře. Atestace podmínkou

Blíže informace: Ing. Monika Malcová, tel.: 777 733 414.

ZDN A111010636

Psycholog, psychiatr, koterapeut

KLINIKA ESET PŘIJME:

- klinického psychologa s atestací a psychoterapeutickým vzděláním pro práci v ambulanci a denním stacionáři pro dospělé – úvazek 1,0
- psychiatra na pozici vedoucího lékaře oddělení a stacionáře – úvazek 1,0
- koterapeuta večerních skupin – nutný psychoterapeutický výcvik (alespoň započatý) a klinická praxe – úvazek 0,3–0,4

Strukturované CV zasílejte na adresu: Klinika ESET, Vejvanovského 1610, 149 00 Praha 4, e-mail: klinikaeset@volny.cz, tel./fax: 242 485 855.

ZDN A111010641

Sestry

KLINIKA ESET PŘIJME:

- sestru pro práci v ambulanci a denním stacionáři organických poruch
- psychiatrickou sestru pro práci ve vlastním prostředí pacienta (terén)

Vítáme psychoterapeutický výcvik (alespoň započatý), u terénní sestry je nutný psychiatrické vzdělání (VŠ, VOŠ psychiatrická sestra) a registrace.

Nabídky s profesním CV zasílejte na adresu: Klinika ESET, paní Renata Konopásková, Vejvanovského 1610, 149 00 Praha 4, e-mail: klinikaeset@volny.cz, tel./fax: 242 485 855.

ZDN A111010632

Lékaři – Velká Británie

PRACOVNÍ UPLATNĚNÍ PRO MLADÉ LÉKAŘE – CHIRURGOVÉ DO VELKÉ BRITÁNIE

Více na www.optima-recruit.cz Tel.: +420 739 571 561, L. Klusová.

ZDN A111010645

Lékař/lékařka

KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, A. S., přijme lékaře/lékařku do Diabetologického centra.

Požadujeme:

- VŠ vzdělání lékařského směru dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- ukončený interní kmen,
- trvalý zájem o obor diabetologie a endokrinologie,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- znalost práce na PC (Word, Excel),
- motivovaný přístup k práci.

Nabízíme:

- nástupní plat dle vzdělání a praxe,
- možnost profesního růstu na moderně vybaveném pracovišti,
- příjemné pracovní prostředí,
- 5 týdnů dovolené,
- zaměstnanecké výhody (např. příspěvek na stravování, příspěvek na penzijní nebo životní pojištění),
- Nástup možný ihned.

Inzerce A111010542

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

ZDN A111010587

Lékař

NEMOCNICE TÁBOR, A. S., přijme do pracovního poměru lékaře pro oddělení plicní a TBC.

Požadujeme:

VŠ lékařství, specializovanou způsobilost v oboru pneumologie a ftizeologie, akceptujeme zařazení v oboru specializačního vzdělávání, případně absolventa, plný pracovní úvazek.

Nabízíme:

mzdové ohodnocení podle stupně vzdělání, finanční náborový příspěvek, v případě potřeby možnost ubytování na ubytovně Nemocnice Tábor, a. s., dobré podmínky pro další vzdělávání.

Nemocnice Tábor, a. s., má akreditaci MZ ČR v oboru pneumologie a ftizeologie – I. stupeň. Nástup dle dohody.

Blíže informace podá: MUDr. Kamil Kleňha, primář oddělení plicní a TBC, tel.: 381 606 400, e-mail: kamil.klenha@nemta.cz Písemné nabídky zasílejte na adresu Nemocnice Tábor, a. s., kpt. Jaroše 2000, 390 03 Tábor, personální oddělení, tel.: 381 608 210, elektronicky na adresu: iva.glatzova@nemta.cz

ZDN A111010558

Lékař

PANOCHOVA NEMOCNICE TURNOV

přijme lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru geriatry či absolventa se zájmem o zařazení do specializačního vzdělávání v oboru geriatry – medicína dlouhodobé péče nebo vnitřní lékařství a všeobecné praktické lékařství, následně s perspektivou dalšího specializačního vzdělávání v oborech medicína dlouhodobé péče, paliativní medicína a léčba bolesti.

Nabízíme nadstandardní platové podmínky a možnost ubytování.

Informace: prim. MUDr. Pospíšil tel.: 608 053 603.

ZDN A111010541

Lékař/lékařka

MĚSTSKÁ NEMOCNICE OSTRAVA, P. O., přijme do pracovního poměru

- lékaře/lékařku na oddělení ARO
- lékaře/lékařku na oddělení urgentního příjmu

Požadujeme: lékaře se specializovanou způsobilostí nebo ve specializační přípravě, zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 96/2004 Sb.

Nabízíme: zvýhodněné platové podmínky, stabilní zaměstnání v největší nefakultní nemocnici v ČR, možnost dalšího profesního růstu, zaměstnanecké benefity, zprostředkování výhodného ubytování

Informace pro ARO prim. MUDr. Kučera, tel.: 596 194 221
Informace pro urgentní příjem: prim. MUDr. Svrčina, tel.: 596 194 441, 606 628 282

Žádosti zasílejte na adresu: Městská nemocnice Ostrava, p. o., Nemocniční 20, 728 80 Ostrava, e-mail: jana.aserova@mnof.cz

ZDN A111010536

Lékař

PRACOVNÍŠTĚ PREVENTIVNÍ KARDIOLOGIE IKEM, Vídeňská 1958/9, 140 21 Praha 4, přijme lékaře.

Požadujeme: atestaci – interna, kardiologie, angiologie nebo interní kmen a zařazení k další atestaci, flexibilitu, znalost anglického jazyka, práci s PC. Nástup k 1. 9. 2011.

Příhlášky se strukturovaným životopisem zasílejte na e-mail: dash@ikem.cz

ZDN A111010547

Lékař/farmaceut

SOUKROMÁ FIRMA SE SÍDLEM V PRAZE přijme na plný pracovní úvazek lékaře nebo farmaceuta pro zpracování odborných textů o léčivech.



Kraj Vysočina ve spolupráci se Spojenou akreditační komisí, o. p. s., Johnson & Johnson, s. r. o., Project HOPE – Česká republika, o. p. s., a Českou asociací sester, o. s., vyhláší 4. ročník celostátní soutěže

„Bezpečná nemocnice“

Celostátní soutěž s názvem „Bezpečná nemocnice“ je učena pro lůžková zdravotnická zařízení, která mají sídlo na území naší republiky. Vyhlášení soutěže bude uveřejněno ve Zdravotnických novinách, na webových stránkách kraje Vysočina a na webových stránkách všech spolupracujících subjektů. Do soutěže jsou přijímány jak projekty již realizované, tak i projektové záměry.

Projekty přihlášené do soutěže je možno přihlásit do následujících sekcí:

SEKCE 1: Technicko-provozní oblast

SEKCE 2: Ošetrovatelsko-medicínská oblast

Termín pro podávání projektů: 1. 6.–15. 10. 2011

Adresa pro podávání projektů: Krajský úřad kraje Vysočina, Odbor zdravotnictví, Žižkova 57, 587 33 Jihlava

Kontaktní osoba: Ing. Soňa Měrtlová

Označení projektů: Zalepená obálka s označením: „NEOTVÍRAJÍ – soutěž Bezpečná nemocnice.“

Označení sekce

Povinné údaje:

1. Název projektu
2. Označení sekce, do které je projekt přihlašován
3. Název předkladatele
4. Sídlo a adresa předkladatele
5. Kontaktní osoba (jméno a příjmení, telefon, e-mail)
6. IČ předkladatele
7. Abstrakt (stručný výňatek projektu)

Kritéria pro hodnocení projektu:

1. Kvalita projektu zaměřeného na oblast bezpečí zdravotní péče
 - přínos pro zvyšování kvality a bezpečí
 - finanční efektivita vztahovaná k míře přínosu pro zvýšení kvality a bezpečí
2. Projekt obsahuje:
 - analýzu stávajícího stavu
 - zdůvodnění intervence řešené projektem
 - popis řešení
 - vyhodnocení účinnosti řešení (hodnoceno věcné zdůvodnění i písemná prezentace projektu)

3. Využitelnost projektu v jiných zařízeních

Projekt bude zaslán ve dvojnásobném písemném vyhotovení a dále v elektronické verzi na adresu: mertlova.s@kr-vysocina.cz

Projekty budou předloženy hodnotící komisi, která určí jejich pořadí na základě bodového ohodnocení jednotlivých kritérií.

Vítězné projekty budou odměněny cenou hejtmana kraje Vysočina.

Společnost Johnson & Johnson, s. r. o., ocení projekt s nejvyšším hodnocením poroty mimořádnou finanční cenou ve výši 100 tis. Kč určených na odborné vzdělávání.

Vítězné projekty budou prezentovány na 5. ročníku celostátní konference „Dny bezpečí“ 23. ledna 2012.



PERSONÁLNÍ INZERCE

Přednost mají uchazeči s praxí a dobrou orientací ve farmakoterapii. Výhodou je práce v malém kolektivu a flexibilní pracovní doba.

Nabídky s krátkým CV zasílejte na e-mail: skop@aislp.cz

ZDN A111010393

Lékař ARO

NEMOCNICE JINDŘICHŮV HRADEC, A. S., hledá lékaře na anesteziologicko-resuscitační oddělení.

Nabízíme: práci v dynamickém kolektivu na moderním akreditovaném pracovišti s adekvátním mzdovým ohodnocením, pro absolventy možnost získání atestace bez smluvního závazku, dále pak získávání praktických zkušeností na víkendových službách pod vedením atestovaného kolegy.

Velice se těšíme i na zkušené kolegy s atestací.

Naše nemocnice se nachází v malebném prostředí jihočeského kraje. Okolí poskytuje možnost relaxace pro celou rodinu, jako příklad uvádíme lázně, krásné prostředí České Kanady, lyžařské vleky a cyklostezky.

Bližší informace: tel.: 384 376 134, e-mail: sekretariat@hospitaljh.cz

ZDN A111010344

Fyzioterapeut

MĚSTSKÁ POLIKLINIKA PRAHA přijme vedoucího fyzioterapeuta s osvědčením z MZ, VŠ, znalost práce na PC. Nástup od července 2011.

Tel.: 222 924 214, e-mail: v.partlova@prahamp.cz

ZDN A111010273

Farmaceut

SVITAVSKÁ NEMOCNICE, A. S., přijme: farmaceuta s odbornou způsobilostí dle zákona č. 95/2004 Sb. Praxe vítána.

Nabízíme podporu v dalším vzdělávání v oboru. Bližší informace p. Hromádková, tel.: 461 569 313.

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

ZDN A111009581

Psychiatr

SVITAVSKÁ NEMOCNICE, A. S., přijme: lékaře na psychiatrické oddělení. Možnost získání služebního bytu. Nabízíme podporu dalšího vzdělávání v oboru Bližší informace prim. MUDr. Kovářová, tel.: 461 569 341, e-mail: kovarova@nemsy.cz

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

ZDN A111009576

Různé**Ordinace**

PRONAJMEME LÉKAŘSKÉ ORDINACE ve druhém patře budovy s bezbariérovým přístupem na adrese: Plzeň, Lochotínská 18, výhodná poloha v centru města, snadné parkování. V přízemí je umístěna lékárna, v prvním patře lékařské ordinace.

Info na tel.: 604 225 533, 604 220 720.

ZDN A111010801

Gynekologie - lékařská praxe

PŘENECHÁM LÉKAŘSKOU PRAXI V JIŽNÍM NĚMECKU, přímo na hranici se Švýcarskem (krajské město), za výhodných podmínek, na prodej v lednu 2012.

Velmi dobře zařízená praxe, více než 20 % privátních klientů, málo služeb, nízké výdaje, všechny školy na místě.

Podnikavost a velmi dobré znalosti německého jazyka jsou předpokladem vašeho úspěchu.

Kontakt: e-mail: info@lkc.ch

ZDN A111010531

Přístroje

SLEZSKÁ NEMOCNICE V OPAVĚ PRODÁ vyvolávací automat SCOPIX LR 5200 s laserovou tiskárnou, výrobce AGFA, cena dohodou, a navigační systém pro ortopedické operace OrthoPilot, typ FS 100, zcela funkční, nepoužívaný, výrobce Aesculap AG, cena dohodou.

Kontakt: Andrej Jevsejev, tel.: 553 766 193, 724 486 698.

ZDN A111010389

Ultrazvuk

PRODÁM UZ PŘÍSTROJ FUKUDA - TELLUS - UF750XT, vag. i abd. sonda, 5 let starý, výborný stav.

Kontakt: Tel.: 244 464 192, 607 749 206.

ZDN A111007773

Inzerce A111010492





FACHARZT/-ÄRZTIN FÜR RADIOLOGIE

20 WOCHENSTUNDEN

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

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

Ab sofort suchen wir eine/n **Facharzt/-ärztin für Radiologie** (20 Wochenstunden).

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

Anforderungen:

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

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

Wir bieten eine Teilzeitstellung im Ausmaß von 20 Wochenstunden.

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

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

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



Land NÖ | NÖ Landeskliniken-Holding

2010

DIVADLO KOMEDIE

2011

Týden Rakouské sezóny

19. - 25 června 2011



Peter HANDKE: Spílání publiku 2010 • Ödön von HORVÁTH: Víra, láska, naděje • Arthur SCHNITZLER / David JAŘAB: Touhy a výčitky
Joseph ROTH / David JAŘAB: Legenda o svatém pijanovi • Karl KRAUS: Poslední chvíle lidstva • Peter HANDKE: Podzemní blues

VŠECHNY INSCENACE RAKOUSKÉ SEZÓNY V JEDNOM TÝDNU • PLES RAKOUSKÉ SEZÓNY • SOUTĚŽ O ZÁJEZD DO VÍDNĚ A JINÉ CENY

blíže informace na www.prakomdiv.cz nebo v obchodním oddělení — tel.: 224 238 271, e-mail: obchodni@prakomdiv.cz

Divadlo Komedie, Jungmannova 1, Praha 1, tel.: +420 224 222 484-5, www.prakomdiv.cz

mediální partneři:

RESPEKT

RADIO 1
57,9 MHz

KamvPraze.cz

PRAGUEOUT.CZ
Prague Out - Prague - Prague

divadlo.cz

A2

Činnost Pražského komorního divadla v Divadle Komedie podporuje hlavní město Praha v roce 2011
příspěvkem ve výši 14 500 000,- Kč – 887 000,- Kč = 13 613 000,- Kč

PRAHA
PRAHA
PRAHA
PRAHA