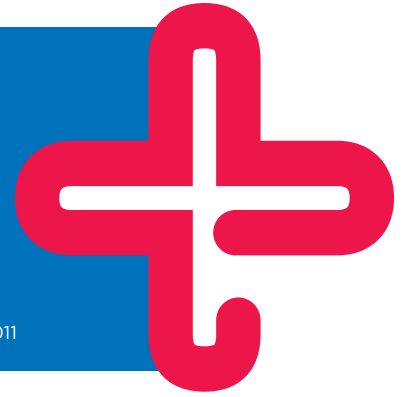


ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



CENA 28 Kč
PŘEDPLATNÉ 23 Kč
17-18/2011 ročník 60

Toto číslo vyšlo 12. 9. 2011



REPORTÁŽ

Polní chirurgická nemocnice v akci – společné cvičení s jednotkou radiační, chemické a biologické ochrany.

STRANA 12



PŘEDSTAVUJEME

prof. MUDr. Karla Smetanu, DrSc., staršího a mladšího – otce a syna lékaře a výzkumníky.

STRANA 32



NÁZORY

Generická preskripce ano, či ne? Zeptali jsme se odborníků reprezentujících jednotlivé segmenty resortu zdravotnictví.

STRANA 8



Heger navzdory opozici opět triumfoval

Ministr zdravotnictví Leos Heger může být spokojen. Po přehlasování senátního veta zákona o veřejném zdravotním pojištění prošly minulou středu sněmovnou i další tři normy – zákony o zdravotních službách, o specifických zdravotních službách a o zdravotnické záchranné službě.

Zákony se nyní bude zabývat senát, kde dominuje opozice. Očekávaný scénář je tedy stejný jako v případě tzv. prvního pilíře reformy zdravotnictví – novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, která nyní čeká už jen na podpis prezidenta republiky.

První z řady norem, které minulý týden prošly třetím čtením, byl zákon o zdravotních službách, který nahrazuje původní právní úpravu zdravotní péče a podmínek jejího poskytování, jež je dosud zahrnuta v zákoně o péči o zdraví lidu a v zákoně o zdravotní péči v nestátních zdravotnických zařízeních. Současně však vzbuzuje nejvíce roz-

paků na straně opozice i odborné veřejnosti.

Podle ministra zdravotnictví Leosa Hegera (TOP 09) jsou zákony ze 60. let minulého století zastaralé a nevhodné pro současné moderní zdravotnictví. Schválená norma podle něj poprvé přesně definuje, co jsou zdravotní služby a co je zdravotní péče.

Rath: Předkladatelé se báli slova zdravotník

Právě problematika terminologie a definic byla při projednávání druhé části reforem jedním z nejvíce kritizovaných aspektů zákona o zdravotních službách. Poslanci a hejtmanovi středočeského kraje Davidu Rathovi (ČSSD)

vadilo především nadužívání termínu „poskytovatelé služeb“.

„Ministerstvo zdravotnictví degraduje lékaře a sestry na jakési poskytovatele služeb, zdravotní péče už není nazývána péčí, ale službou. Službou je cokoli. Takže když lékař operuje, transplantuje srdce, nejde o zdravotní péči, ale o jakousi službu. Služby přitom poskytují třeba i pracovníci vykiččených domů,“ uvedl provokativní přírůbek Rath, podle kterého se předkladatelé báli rovněž slova pacient. „Pacient už není člověk, který potřebuje péči a potřebuje pomoc, ale jen jakýsi příjemce té služby, jakýsi zákazník,“ konstatoval.

(pokračování na straně 2)

Pro tvorbu nových registrů poskytovatelů jsme se rozhodli po nátlaku krajů.

Foto: EIS Robert Zlatohrávek

Inzerce A111005922

110 let zkušenosti v originálním výzkumu, vývoji a výrobě léků

Kvalitní terapie po generace od roku 1901

110 let zkušenosti v originálním výzkumu, vývoji a výrobě léků

Farmaceutická společnost s globální působností

Moderní léčba ve více než 100 zemích

110. výročí založení společnosti



RICHTER GEDEON
110 let tradice

Sněmovna přehlasovala senátní veto – péče se rozdělí

Poslanecká sněmovna minulé úterý hravě přehlasovala senátní veto novely zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, která zavádí velmi diskutované rozdělení péče na standard a nadstandard. Pro normu v původním znění hlasovalo 103 ze 177 přítomných poslanců.

Kritizovaná novela zákona o zdravotních službách tedy definitivně poputuje k podpisu prezidenta republiky. První část reformy zdravotnictví přináší řadu změn, které podle opozice tvrdě dopadnou především na peněženky pacientů. Novela zavádí tzv. nadstandardní péči, na kterou si lidé budou moci legálně připlácet, zvyšuje také poplatky za pobyt v nemocnici z 60 na 100 korun a pacienti si začnou hradit léky do 50 korun. Nově by se naopak neplatilo 30 korun za položku na receptu, ale za celý recept.

Novela se týká také stanovování cen a úhrad léků. Počítá se zavedením aukcí na léky, jež budou v kompetenci Státního ústavu pro kontrolu léčiv. Ten bude vytvářet seznam hrazených léků. Pro lékaře i pacienty by předepsání léčiva mimo tento seznam nemělo být výhodné – úhrada z veřejného zdravotního pojištění by byla nižší a pacient by si doplatil více.

Novela řeší i důsledky zvýšení daně z přidané hodnoty. Zaměstnanecké zdravotní pojišťovny budou muset vrátit třetinu zůstatků na svých účtech do systému veřejného zdravotního pojištění. Celkově by tímto mechanismem mělo přitéci zhruba 5,4 miliardy korun.



Foto: EIS - Eduard Erben

Žaloudík: Změny jsou nekonzumovatelné

Zamítavé stanovisko horní komory přišel poslancům tlumočit senátor Jan Žaloudík (ČSSD), který novelu označil za nesolidně připravenou. „Naše námítky se v obecné rovině týkaly především solidnosti, důvěryhodnosti a užitečnosti připravovaných změn. Ovšem i faktické nekonzumovatelnosti a možné zneužitelnosti některých navrhovaných ustanovení. Je třeba připomenout, že novela se týká ve skutečnosti zákonů šesti, má mnoho tematických rovin a představuje málo přehlednou změň opatření zásadních i velmi podružných, souvisejících spolu jen málo nebo vůbec,“ zdůvodňoval senátní veto Žaloudík.

Definice standardu a nadstandardu podle profesora Žaloudíka právem budí obavy z dezinterpretace, zneužití a trvalého poškození

ekvivalentní medicíny v České republice. „Některá ustanovení v tomto kontextu jsou v praxi nereálná a zavádějící, a to jak pro pacienty, tak pro zdravotníky,“ vysvětloval postoj senátorů Žaloudík.

Kubek: Obávám se lidové tvořivosti

Za „nepřehledný nepořádek“, který české zdravotnictví nezlepší ani o „tisícinu milimetru“, označil novelu středočeský hejtman, poslanec a stínový ministr zdravotnictví za ČSSD David Rath. Za chaotické označil především změny v lékové politice. „Na jedné straně je sice bohužel myšlenka elektronických aukcí s cílem ušetřit možná správná, ale tak jako u řady věcí, když máte správnou myšlenku a špatně ji provedete, může být výsledek daleko horší, než když jste tu věc vůbec neaplikoval,“ kritizoval ministra zdravotnictví Rath,

podle kterého nový systém povede jen k dalšímu strmému nárůstu doplatků na léky.

Změny týkající se stanovování cen a úhrad léků považuje za nedotažené i prezident České lékařské komory (ČLK) Milan Kubek. „Ty změny jsou bohužel velmi chaotické a nedotažené. Jde o velice citlivou a důležitou oblast, protože za léky se utráčí 80 miliard korun a zasloužily by si samostatný zákon o úhradách,“ řekl novinářům po skončení hlasování Kubek.

Kritika ČLK se dotýká i zavedení nadstandardů. „Naši zásadní výhradou je, že zákon nedefinuje, jak budou standardy, respektive nadstandardy tvořeny. Není zde definován ani mechanismus, ani jasná odpovědnost, takže se můžeme obávat poměrně velké míry lidové tvořivosti,“ tlumočil obavy ČLK Kubek.

Opozice podá ústavní stížnost

Bezprostředně po hlasování opozice avizovala podání ústavní stížnosti. Obě opoziční strany jsou toho názoru, že dělení na péči „pro chudé a bohaté“ je v rozporu s Listinou základních práv a svobod (článek 31). Napadnout chtějí i poplatky. Podle Davida Ratha již stráničití právníci začali na stížnosti pracovat. „Předpokládám, že ústavní stížnost budeme podávat

v nejbližších týdnech, maximálně měsících, protože to musí napsat kvalitně,“ sdělil Rath.

Heger: Standard se nesníží

Ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) s odůvodněním podání ústavní stížnosti nesouhlasí. Podle něj předloha není v rozporu s Listinou, neboť rozdělení péče současný standard nesníží. „Ústavnosti celého procesu, který definuje ekonomicky náročnější nadstandard ve vyhlášce, byla věnována velká péče. Řekl bych, že dosud jsou v seznamu výkonů s bodovými hodnotami definovány všechny výkony, které se hrají z veřejného zdravotního pojištění, a dodnes nedošlo k nějakému ústavnímu zpochybnování této záležitosti. To, co bylo až dosud definováno, že pacient potřebuje, zůstává a k tomu se připojuje cosi, co je možno nazvat jakýmsi luxusem, na který si pacient připlatí. Nezaplatí celý ten luxus, pouze rozdíl mezi variantou základní a nárokovou, která je hrazena ze zdravotního pojištění, a variantou ekonomicky náročnější,“ argumentoval Heger.

Šťastný: Je to průlom

Poslanec a předseda zdravotního výboru Boris Šťastný (ODS) považuje za rozdílné od opozice novelu za průlomovou. „Poprvé v historii naší země budeme schopni definovat nárok pacienta,“ uvedl. Podle něj sice Listina základních práv a svobod říká, že každý má právo na ochranu zdraví a občané mají na základě veřejného pojištění právo na bezplatnou zdravotní péči za podmínek, které stanoví zákon, ale zákon prý tyto podmínky zatím nestanovil, a nárok na „bezplatnou“ zdravotní péči tedy dosud nikdy nebyl zákonem přesně definován.

Filip Kút Citores

Heger navzdory opozici opět triumfoval

(pokračování ze strany 1)

Podle Hegera zákon přesně specifikuje, co je a co není zdravotní služba a kde se bude používat termín zdravotní péče, a to podle jednoduchého a lehce pochopitelného klíče.

„Je škoda, že kritici terminologie si zákon opravdu řádně neprostudovali. Samozřejmě, že pokud lékař bude transplantovat, je to zcela jednoznačně zdravotní péče,“

uvedl Heger na pravou míru Rathova slova.

Spory okolo přeregistrace

Pravděpodobně největší pohoršení u odborné veřejnosti vzbudil bezprostředně před třetím čtením pozměňující návrh poslanců Marka Šnajdra (ODS) a Jiřího Štětiny (VV), na základě něhož se budou muset všechna zdravotnická zařízení v horizontu tří let přeregis-

trovat. Dopad pozměňovacího návrhu pocítí nejvíce především soukromí lékaři – ambulantní specialisté, kteří se také prostřednictvím svého sdružení ještě před projednáváním tohoto zákona ve druhém čtení obrátili na poslance otevřeným dopisem, ve kterém je žádali o jeho nepřijetí.

Česká lékařská komora tuto povinnost považuje za „byrokratický nátlak“ a předpokládá další odpor ze strany lékařů. Mnohem ostřeji se

proti kontroverznímu pozměňovacímu návrhu postavil David Rath, který jej opakovaně expresivně označil za „obludnou buzeraci“, jež přinese 16 tisícům lékařů jen další náklady a nejistotu.

Heger: Rozhodli jsme se po nátlaku krajů

I podle ministra Hegera byl tento pozměňovací návrh od počátku sporný. „Ministerstvo zdravotnictví vedlo velkou diskusi, zda je to opravdu nutné, a naslouchalo hlasům, které říkaly, že to bude jenom zbytečná administrativní

zátěž. Ta situace dlouho byla 50 na 50, ale nakonec ministerstvo zdravotnictví podlehl velmi výraznému tlaku krajů,“ konstatoval Heger. Podle ministra kraje ovládané hejtmany ČSSD trvaly na tom, aby tvorba nových registrů obsahovala renovované údaje těch původních.

Heger však všechny oponenty ujistil, že lékařům bude během 36 měsíců stačit podat pouze upřesňující informace a získají plný nárok na registraci.

Filip Kút Citores

Potrava pro úředního šimla

Zdravotnická zařízení zřejmě čeká přeregistrace. Je to nesmysl. Lékaře naštve a ničemu nepomůže.

Dalo by se čekat, že s reformou zdravotnického systému dopadnou i na lékaře některé nepříjemné povinnosti, dejme tomu administrativního charakteru. Jenže povinnou přeregistraci všech zdravotnických zařízení, s níž počítá zákon o zdravotních službách v podobě, v jaké prošel poslaneckou sněmovnou, tímto letným argumentem obhájit nelze. Jakási „oběť pro reformu“, můžeme-li tomu tak pateticky říkat, by totiž byla obhajitelná v případech, že by měla nějaký jasně viditelný smysl. To o přeregistraci v žádném případě neplatí. Požadavek, jak je v zákoně formulován, se naopak jeví v lepším případě jen jako bezúčelná potrava pro úředního šimla, v horším jako zástěrka pro záměry, o nichž se nahlas raději nemluví.

Na nátlak krajů, či přes jejich odpor?

Připomeňme, že o tomto kroku uvažoval už ministr Tomáš Julíněk. Lékaři mu to rozmluvili, stejně jako jeho nástupkyni Daniele Filipiové. A co je ještě komičtější, rozmluvili jej i Leoši Hegeřovi, takže vládní návrh zákona, který do sněmovny doputoval, s přeregistrací nepočítal. Jenže kde se vzal, tu se vzal, na scéně se objevuje poslanec Marek Šnajdr z ODS, druhdy Julínkův náměstek, se svým pozměňovacím návrhem, který přeregistraci do návrhu zákona vrátil. A náměstek ministra Hegeřa Martin Plíšek z TOP 09 se za ně hned bije jako lev. Prý jsou prospěšné pro pacienty, neboť bude „zkontrolováno, zda se skutečně poskytují zdravotní služby v souladu se zákonem“.

Nemáme od takového kontrolování náhodou krajské úředníky, ministerské úředníky, Státní zdravotní ústav a bůhví jaké ještě jiné instituce? A nefungují-li tyto instituce tak, jak mají, je skutečně třeba kvůli tomu zavalit papírováním doktory?

S jiným argumentem zkusil přijít Plíškův nadřízený Hegeř. V poslanecké sněmovně řekl, že sám přeregistraci nechtl, nicméně podlehl „velmi významnému tlaku krajů“, které si ji prý přály. Jen připomeňme, že středočeský hejtman David Rath označil přeregistraci za „obludnou buzeraci“. Rath je sice mezi hejtmany poněkud samorost a nemá velký



Martin Čaban

problém změnit názor jen proto, že jej napadne vhodná rétorická figura, ale ani jiní představitelé krajů se k přeregistracím nijak nadšeně nehlásí. Navíc se nezdá pravděpodobné, že by „tlaku krajů“ podléhal zrovna poslanec Šnajdr,

kteřý je autorem pozměňovacího návrhu. Ani z této strany se tedy jasně odpovědi na otázku „proč“ nedočkáme.

Naštvou a nepomohou

Dále ministr prohlásil, že lékaři budou mít na přeregistraci tři roky. To ovšem není pravda. V paragrafu 121 odstavci 5 schváleného znění zákona je jasně na-

psáno, že o „udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb“ musí lékař požádat do devíti měsíců od nabytí účinnosti zákona, tedy do konce září 2012. Tři roky bude platit současná registrace. Na vyřízení lejšter je času o dost méně.

Pravda, poslanec za Věci veřejné Jiří Štětina prosadil do zákona větu, jež by měla všem držitelům současně registrace zaručit, že po dodání lejšter dostanou registraci novou. To může některé lékaře uklidnit, ale zase to z celé věci dělá už úplně zbytečnou úřednicinu. Pokud by přeregistrace byla využita k pročištění sítě zdravotnických zařízení třeba od duplicit nebo nadbytečných ordinací, bylo by to tvrdé, ale mohla by se chlubit alespoň nějakým účelem. Takto už nemá smysl vůbec žádný.

Sečteno a podtrženo, přeregistrace nejsou podepřeny jediným solidním argumentem, který by je ospravedlnil. Lékaře právem naštvou a ničemu nepomohou. Alespoň ničemu užitečnému.

Inzerce A111012925

LINET PŘINÁŠÍ PRECIZNÍ A SPOLEHLIVÉ ŘEŠENÍ PRO ÚČINNOU PREVENCI PROLEŽENIN

KOMPLIKUJÍ LÉČBU, ZVYŠUJÍ NÁKLADY NA LÉKAŘSKOU PÉČI A VYŽADUJÍ NAMÁHAVÉ POLOHOVÁNÍ PACIENTŮ. SPRÁVNĚ, REČ JE O DEKUBITECH. POKUD HLEDÁTE EFEKTIVNÍ ŘEŠENÍ PROBLÉMŮ SPOJENÝCH S JEJICH PREVENCÍ A LÉČBOU, JEDNO PRO VÁS MÁME – UNIKÁTNÍ AKTIVNÍ MATRACI PRECIOSO, KTEROU VYVINUL PŘEDNÍ SVĚTOVÝ VÝROBCE ZDRAVOTNICKÝCH LŮŽEK LINET.

Systém Precioso vznikl na základě řady odborných studií a důsledného dlouhodobého testování. Jeho klíčovým prvkem je klinicky ověřený 7,5minutový interval eliminace tlaku – aktivní matrace dosahuje svého léčebného a preventivního účinku díky postupnému vypuštění všech vzduchových válců právě na tento časový úsek, přičemž mezi prázdnými válci jsou vždy dva nafouklé. Takové řešení zajišťuje jak neustálou optimální oporu pacientovi, tak účinné prokrvení všech ohrožených tkání, a nabízí proto nástroj pro vysoce účinnou prevenci a hojení dekubitů II. a III. stupně.



Systém Precioso vám přinese méně námahy, více bezpečí, komfortní léčbu a garanci kvality předního světového výrobce.

Intuitivní a přehledné ovládání systému má na starosti připojená jednotka, pomocí které lze volit mezi třemi provozními režimy. Alternační (terapeutický) mód zajišťuje postupné odstraňování tlaku z celého těla pacienta. Statický mód nafouknutím všech válců poskytne pevnou a stabilní oporu během péče o pacienta a po třiceti minutách se automaticky přepne zpět do alternačního módu. Transportní mód

usnadňuje přesun pacienta na lůžku – po odpojení od kompresoru vydrží matrace nafouknutá 24 hodin. Koncovka přírodní vzduchové hadice navíc funguje i jako ergonomicky tvarovaný ovladač funkce CPR. Po jeho uvolnění dojde k rychlému vypuštění vzduchu ze systému, a proto je možné zahájit účinnou CPR v minimálním čase.

LINET, spol. s r. o., Želečnice 5, 274 01 Slaný, ČR, tel.: +420 312 576 111, fax +420 312 522 668, e-mail: info@linet.cz, www.linet.cz



V motolské nemocnici osvobozovali rukojmí

Fakultní nemocnice v Motole v rámci aktivního řízení rizik zrealizovala začátkem srpna nácvik osvobození rukojmí ve spolupráci s protiteroristickou jednotkou Útvaru rychlého nasazení Policie ČR (UNR).

Nad nemocniční heliport postupně přilétly 4 policejní vrtulníky, z nichž se slanilo 40 příslušníků zásahové jednotky vyzbrojených potřebných arzenálem. Cílem akce bylo osvobození zdravotníků – rukojmích na dětském příjmu. Podle připraveného scénáře na příjmu zemřelo dítě, rodina to neunesla, opatřila si zbraně a napadla zdravotníky v nemocnici. „Scénáře mohou být různé, důležité je, abychom situaci vyřešili. Zatím jsme v české nemocnici nic takového nezažili, ale v roce 1990 jsme prováděli zákrok v Piešťanské nemocnici, kde byl pachatel s granátem,“ říká ředitel UNR plukovník Libor Lochman.

Do přízemí slaňovat nebudeme

FN Motol je podle jeho slov první českou nemocnicí, kde takové cvičení již poněkolkrát probíhá. Naplánována jsou i další cvičení, při nichž se bude trénovat pohyb jednotky ve sklepeních a po budově. „Heliport jsme využili proto, abychom si mohli procvičit všechny možnosti. Samozřejmě, pokud by rukojmí bylo v přízemí, byl by nesmysl slaňovat 12 pater,“ vysvětluje Libor Lochman.

„Dnes je bohužel taková doba, že tam kde je větší kumulace lidí, může dojít i k napadení. Prvotní zásah samozřejmě zajišťuje místní policie, poté mohou nastoupit

krajské zásahové jednotky. My jsme schopni být na místě do 40 minut,“ dodává velitel.

Nejrizikovější jsou dětská úmrtí

Nemocnice jako veřejná budova je v současném světě zatížena dilematem „vstřícnost a otevřenost versus bezpečný prostor pro nemocné a jejich příbuzné“. Podle mezinárodních zkušeností je uvedena příprava nezbytná i pro zdravotnické provozy. Vedení motolské nemocnice proto vítá možnost návratu této krizové situace před podzimním reauditem kvality Spojenou akreditační komisí ČR.

„Agresivita společnosti obecně stoupá a zdravotníci se stále častěji stávají terčem útoku ze strany pacientů nebo jejich rodinných příslušníků, zejména mají-li poruchu osobnosti. Takové případy pak někdy musíme řešit ve spolupráci s ochrankou nebo policií. Spouštěčem konfliktu často bývá rozpor mezi očekáváním a reálnou situací, ale také špatná komunikace. Konflikty vznikají nejvíce v souvislosti s dětským úmrtím na urgentním příjmu nebo při porodu a týkají se také problematiky transplantací,“ vysvětluje náměstek úseku pro kvalitu a organizaci FN Motol Petr Kolouch, proč bylo jako místo činu zvoleno právě oddělení urgentního příjmu.



Foto: Policie ČR

Pomáhá i kamerový systém

Vedení nemocnice se snaží své zaměstnance na rizikových odděleních vzdělávat, neboť má za to, že informovaný zdravotník může pomoci zasahující složce a nebude reagovat tak, aby situaci ještě více zkomplikoval. „Bereme to jako součást řízení kvality, nicméně jsme v tomto trochu průkopníky.

Samozřejmě je to také otázka zdrojů,“ dodává náměstek Kolouch. Bezpečnost v motolské nemocnici pomáhá zajistit i postupná instalace kamerového systému a nouzových tlačítek sloužících pro přivolání centrální ochrany, stejně jako nouzová telefonní čísla, která mají zdravotníci k dispozici.

Andrea Skálová

Nemocnice ve Vrchlabí vypověděla smlouvu s VOZP

Soukromá Česko-německá horská nemocnice Krkonoše ve Vrchlabí 24. srpna vypověděla rámcovou smlouvu Vojenské zdravotní pojišťovně (VOZP). Ředitel nemocnice a senátor za ČSSD Vladimír Dryml uvedl, že důvodem je „skandální chování vedení této prazvláštní pojišťovny“.

Podle Drymla pojišťovna nutí nemocnici poskytovat zdravotní péči pro její pojištěnce za směšně nízké ceny. „Úhrady od pojišťovny nepokryjí ani polovinu nákladů nemocnice na léčbu pacientů Vojenské zdravotní pojišťovny,“ řekl Dryml s tím, že vrchlabská nemocnice loni poskytla těmto klientům péči za necelé dva miliony korun. Pojištěnci VOZP nyní budou ve vrchlabské nemocnici ošetřováni jen v režimu nutné a neodkladné péče. Dryml z celé situace viní kromě konkrétní pojišťovny také ministra zdravotnictví Leoše Hegera, který podle něj nedokáže chování pojišťoven usměrnit. „Ministr Heger svou úhradovou vyhláškou úmyslně snižuje dostupnost a kvalitu poskytované zdravotní

péče, zejména pro střední a malé nemocnice v krajích,“ uvedl ředitel Vrchlabské nemocnice.

Pojišťovna: Ředitel Dryml jedná účelově

VOZP ale kritiku nemocnice odmítá. „Vojenská zdravotní pojišťovna ČR hraďí tomuto zdravotnickému zařízení zdravotní péči plně a bezplatně, v souladu s platnými právními předpisy, což ve svém vyjádření deklarovalo i Ministerstvo zdravotnictví ČR, na které se pan ředitel obrátil se svou stížností,“ sdělila ve svém stanovisku mluvčí pojišťovny Stanislava Jelenová, která navíc zpochybňuje způsob, jakým ředitel nemocnice smlouvu s pojišťovnou rozvázal. Podle mluvčí VOZP tímto způsobem smlouvu ani vypovědět ne-

že. „MUDr. Dryml si je nejen jako ředitel nemocnice, ale i bývalý vysoký státní úředník (náměstek ministra zdravotnictví) jistě vědom toho, že smlouvu lze vypovědět pouze způsobem a za podmínek v této smlouvě stanovených,“ podotkla Jelenová.

„Ze strany pana ředitele a senátora jde s největší pravděpodobností o účelový výklad dané situace, který je neslučitelný se současnou ekonomickou situací nejen ve zdravotnictví, ale i v celém národním hospodářství,“ dodala mluvčí. Pojišťovna je podle ní v případě ukončení smluvního vztahu přpravena zabezpečit svým pojištěncům plnohodnotnou zdravotní péči v jiných smluvních zdravotnických zařízeních v daném regionu.

Petra Klusáková

Bohumínská městská nemocnice chce prodat dluhy pacientů

Bohumínská městská nemocnice prodá soukromé firmě dluhy pacientů, kteří nezaplatili regulační poplatky. Dlužná částka přesáhla 400 tisíc korun.

Nemocnice se k tomuto kroku rozhodla proto, že dlužníci na výzvy nemocnice k uhrazení poplatků většinou nereagují. Soukromá firma bude dlužné částky vymáhat. Lidé však ještě mají poslední šanci do konce srpna dluhy uhradit, uvedl ředitel nemocnice Vojtěch Balcárek. Nejvíce peněz dluží pacienti za hospitalizaci, kdy musejí uhradit poplatek 60 korun za jeden den pobytu v nemocnici. Ten se hraďí až po ukončení léčení. Nemocnice má v řadách bývalých pacientů celkem 645 dlužníků, průměrný dluh na osobu činí 638 korun.

Městští exekutoři nezabrali

„Na dluh upozorňujeme naše pacienty zasláním dvou upomínek. Zároveň jim u vyšších dlužných částek nabízíme možnost splátkového kalendáře. V posledních třech letech však o něj požádalo pouhých pět lidí,“ doplnil ředitel. Protože ani na druhou upomínku mnozí dlužníci

nereagovali, dohodla se nemocnice s městem a poslala přímo do domácností dlužníků i městské vymahače. Ani to se však nesetkalo s patřičným efektem. Za tři měsíce se jim podařilo od dlužících pacientů vymocit jen 2000 korun.

Dluhy převezme firma

Zdravotnické zařízení se nyní rozhodlo, že dluhy odprodá soukromé firmě za jejich plnou hodnotu. „Dlužníci měli několik možností jak své dluhy zaplatit. Bohužel toho využilo minimum z nich. Vyčerpali jsme tak všechny své kroky a není možné být tolerantní donekonečna. Vymáhání nám navíc ukládá zákon, a pokud to nebudeme dělat, hrozí nám sankce,“ vysvětlil Balcárek. Záměr nemocnice už posvětil i radní města. „Do budoucna nevylučuji, že obdobně budeme postupovat i u jiných pohledávek města, například u pokut nebo nájemného,“ doplnil starosta Bohumína Petr Vícha (ČSSD).

(klu, ČTK)

Nedůsledné sledování péče se lidem může vymstít

Ředitelky Koalice pro zdraví **Jany Petrenko** jsme se zeptali na probíhající reformy ve zdravotnictví, jak by měla vypadat komunikace mezi pacientem a jeho lékařem a jak se dívá na budoucnost elektronického zdravotnictví u nás.

Jsou podle vašeho názoru reformy zdravotnictví nutné?

Pokud vím, v Česku se diskutuje o reformě zdravotnictví již 18 let a všichni odborníci se vždy shodli na tom, že tato reforma je nutná, ale obvykle se v této diskusi dále nedostali. Za ta léta se zdravotnictví všude ve světě ubírá vpřed a už jen z logiky pokroku v diagnostice a léčbě je nutné, aby se hrálo podle tomu odpovídajících pravidel.

Nejlépe to minulý rok v předvolební diskusi o reformě shrnul David Rath, když se rozhlédl po sále a s úsměvem řekl: „Všichni se tedy známe, neřekneme si nic nového.“ Zde se nediskutuje a nehledají se řešení, ale vedou zákopové války. Mám dojem, že ti, kteří souhlasí s nezbytností reformy, tím myslí, že se mají zreformovat všichni ostatní kromě nich samotných. Naučili se v tom „chodit“ a mám podezření, že jim to celkem vyhovuje.

Proč se podle vás lékaři tak brání reformám či změnám?

Nemyslím si, že se to týká všech. Brání se ti, kteří si v rámci stávajícího systému našli zaběhnutý způsob získávání výhod a mají obavu z toho, že by o ně přišli.

Věříte, že reformy skutečně zlepšit postavení pacientů?

Ano. Návrh zákona poprvé komplexně řeší postavení pacienta v systému, jeho práva a povinnosti, a dává mu především záruky na slušné a důstojné zacházení.

Lékaři však namítají, že pacienti mají už dnes možnosti jak se bránit proti případnému nedodržování svých práv, jen je málo využívají. Do jaké míry tedy zákon může pomoci změnit i samotné chování lidí?

Většina věcí v tomto zákonu není pro mnoho lékařů, kteří se řídili a řídí zdravým rozumem, logikou a empatií vůči pacientům, ničím novým. Bohužel je však mezi nimi ještě hodně takových, kteří se tvrději řídí jenom literou zákona, a proto je důležité, aby ta práva by-

la v zákoně uvedena. Nový návrh obsahuje i některá práva, o nichž většina pacientů nevěděla – například právo na vyžádání konzultační služby od jiného poskytovatele péče, přítomnost osoby blízké (zde je důležité, že to jsou také osoby určené pacientem), na zákaz podávání informací bez ohledu na legální vztah pacienta a tazatele, právo znát jména personálu či přijímat návštěvy s ohledem na zdravotní stav. Slyšela jsem o případech, kdy bylo příbuzným řečeno, aby přišli druhý den v době návštěvních hodin, a pacient mezitím zemřel.

Samozřejmě, že je to všechno o přístupu jednotlivců. Je třeba vzdělávat obě strany. Jestliže chceme ve zdravotnictví něco zlepšit, je nutné, aby se obě strany chovaly korektně a vzájemně se respektovaly. Pacienti respektují, že lékaři vědí, jak jim mohou pomoci a že jim pomáhají. Ale ne vždy lékaři vnímají pacienta jako člověka, který je postižen nemocí. Pacient může trpět bolestmi a někdy má pocit, že je závislý jen na dobré vůli lékaře a ošetřujícího personálu. Lidský přístup a laskavé slovo mu může pomoci překonat strach. Vnímám stížnosti lékařů i pacientů stejným způsobem a většinou jsou oprávněné. Chce to zlepšovat a kultivovat prostředí patřičnou osvětou a vzděláváním.

Na jaké úrovni je v současnosti dle vašeho názoru komunikace mezi pacienty a lékaři? V čem by se měla změnit a zlepšit především?

Podle vyjádření prezidenta České lékařské komory Milana Kubka v jedné diskusi o zdravotnictví se většina stížností pacientů, jež přicházejí na ČLK, týká hlavně špatné nebo nedostatečné komunikace ze strany lékaře. Změny navrhované novým zákonem by značně zlepšily postavení pacienta ve zdravotnickém systému – ač to ČLK vidí jako zbraň namířenou jen proti ní. Myslím, že většina pacientů si velice váží práce svých lékařů a korektní jednání obou stran by mohlo jen zlepšit vztahy a posílit vzájemnou důvěru.

Jaká opatření byste udělala, kdybyste se na den stala ministryní zdravotnictví? Jak byste řešila současnou problematickou situaci ve zdravotnickém systému?

Okamžitě bych podala demisi. Myslím, že je to jeden z nejtěžších resortů, a obdivuji každého, kdo má odvahu ujmout se jeho řízení. Ministerské návrhy změn jsou podle mého názoru dobrým začátkem a je skutečně nutné, aby se ve zdravotnictví přestalo plýtvat. Žel zde neexistuje možnost postihu špatného managementu nemocnic, který za miliony nakupuje přístroje, jež jsou pak využívány jen pár hodin měsíčně. Je nutné změnit a racionálně využívat akutní lůžka, propojit financování některých sociálně-zdravotních lůžek s resortem práce a sociálních věcí a zajistit lepší kontrolu využívání (potažmo zneužívání) péče.

Důležitým zdrojem příjmu by mohla být daň z cigaret a alkoholu, jež by šla přímo do zdravotnictví a mohla by do jeho rozpočtu přinést několik miliard ročně. Je naprosto logické, že když si pacienti ničí své zdraví cigaretami a alkoholem, měli by přispívat na nákladnou léčbu, která pak většinou musí následovat. Máme sice solidární pojištění, ale proč by se mělo solidárně přispívat na odstraňování následků onemocnění u lidí, kteří si své problémy přivodí sami a dobrovolně?

Lze lidi přimět, aby se více starali o své zdraví a nepodceňovali prevenci?

Říká se, že můžete přivést koně k vodě, ale nemůžete jej donutit, aby pil. Stejně tak je těžké nutit veřejnost, aby se starala o své zdraví, hlavně když celé generace vyrůstaly v přesvědčení, že starost o jejich zdraví je povinností lékařů a státu. Myslím, že je tu málo dostatečné osvěty a povědomí o tom, že jsme všichni zodpovědní za své zdraví a následky si neseme sami. Například jsem měla sousedku, jejíž hlavním zdravotním problémem bylo nejméně 30 kg nadváhy a veškeré zdravotní komplikace

s tím spojené. Nevím, jak to dělala, ale pravidelně jezdila do lázní ještě s několika kamarádkami. Když se vrátila, pobaveně se smála, že se paní doktorka diví, že v lázních vždy přibere. Ptala jsem se jí, jak vlastně ta její léčba v lázních vypadá. Popsala, že ráno jde plavat, pak má masáž a kúru, po dietním obědě si schrupne a pak se s kamarádkami sejdou v cukrárně či kavárně, kde se příjemně baví a cpou vším, na co mají chuť. Nechácala jsem, proč jezdí do lázní, aby tam ztloukla. Řekla jsem jí, že kdybych já byla její doktorka, obejdu odpoledne cukrárny a kavárny, a pokud bych ji tam našla nad talířem zákusků nebo obložených chlebíčků, asi bych ji nechala sbalit si kufr a poslala domů pro nedodržení léčebného režimu. Na to mi odpověděla, že to může říci jen takový blbec, jako jsem já. Moje přesvědčování o tom, že si vlastně v lázních zdraví ničí, jí připadalo naivní. Věřím, že na její místo by určitě patřili lidé, kteří se skutečně chtějí jet léčit.

Faktem je, že o prevenci se mluví, ale pokud nevymyslíme atraktivní programy, které by pomohly vyprovokovat lidi k tomu, aby se více starali o své zdraví, asi se toho moc nezmění.

Co si v této souvislosti myslíte o možnosti, že by lidé, kteří si prokazatelně poškozuji své zdraví, platili vyšší pojistné?

Když se někdo zraní při adrenalinovém sportu nebo sám sebe poškozuje, měl by buďto platit vyšší pojistné, nebo se komerčně připojistit. Jak se máme podívat do očí pacientům s těžkým onemocněním, kteří si sami nezavinili, a říci jim, že sice existuje efektivní léčba, která by mohla značně zlepšit jejich zdravotní stav a kvalitu jejich života, ale není na ni dostatek financí? Přitom se ze solidárního rozpočtu utratí kolem 7 miliard jenom na léčbu přímých následků kouření.

Pacienti jsou zvyklí spíše mlčky přijímat péči, která jim je poskytována. Proč?



Foto: archiv

Vzhledem k tomu, že až do nedávné doby byli pacienti pouze pasivními účastníky při poskytování péče o jejich zdraví, je nutné, aby si začali uvědomovat vlastní odpovědnost za své zdraví a také aby více sledovali, jaká péče se jim poskytuje. To nelze provést ze dne na den. Chce to cílenou kampaň většiny složek ve zdravotnictví a bude ještě nějakou chvíli trvat, než lidé pochopí, že nedůsledné sledování péče se jim později může vymstít.

Jaký je váš názor na elektronické zdravotnictví a proč se mu podle vás lékaři tak brání?

Vzpomínám si, že již ministryně Milada Emmerová se pokoušela řešit putování pacientů a nadužívání péče papírovými zdravotními knížkami. Jejich tisk stál miliony a nakonec zůstaly někde ve skladu. Dříve či později sem elektronické zdravotnictví přijde. Otázka, proč se mu lékaři brání, má možná několik odpovědí: obava z něčeho nového a z toho, že by je někdo mohl lehce kontrolovat. Předpokládám, že generace dnešních pětaticátníků si časem v medicíně vynutí elektronické nástroje všeho druhu. Ať se jim bráníme, jak chceme, znamená to zlepšení a zefektivnění péče.

Proč je tedy služba Elektronických zdravotních knížek neustále cílem různých spekulací?

Nezažila jsem v tuzemsku žádnou diskusi, která by nezačala spekulacemi o tom, jak je to možné zneužít – namísto toho, aby se diskutovalo, jak je možné to využít a zlepšit. Nevím, čím to je, že místo hledání dobrého řešení se vždy spekuluje o možnostech zneužívání. Elektronické zdravotní knížky představují v podstatě jenom technické vylepšení zdravotních knížek paní exministrky Emmerové. Doufám, že si většina lidí uvědomí jejich pozitivu a přestanou spekulovat o tom, kdo a jak to bude zneužívat. Zneužít lze totiž cokoli, ale naštěstí zde existují zákony a doufám, že u většiny lidí také etické a morální zábrany.

Tvrzení VZP je zavádějící

Reakce výboru České onkologické společnosti ČLS JEP (ČOS) na článek „Centrová péče není omezována“ publikovaný dne 4. července 2011 v In-foservisu VZP č. 14.

Všeobecná zdravotní pojišťovna ve svém článku nazvaném „Centrová péče není omezována“, zveřejněném v informačním kanálu pro smluvní partnery VZP, prezentovala meziroční nárůst počtu pacientů, kterým byla v letech 2007 až 2010 posky-



prof. MUDr. Jiří Vorlíček, CSc.
předseda výboru České onkologické společnosti ČLS JEP

Na druhé straně nepodání této léčby u indikovaných pacientů by znamenalo postup *non lege artis*. Výsledky podávání biologických léků jsou průběžně sledovány a dosavadní data z klinických registrů České onkologické společnosti ČLS JEP ukazují, že výsled-

ky terapie u nemocných léčených v rámci komplexních onkologických center České republiky jsou nejméně stejně dobré jako v registračních studiích.

Nárůst incidence i prevalence

Pro oblast onkologie byl uveden nárůst počtu pacientů z 1541 v roce 2007 na 4499 v roce 2010 a nárůst nákladů z 504 994 Kč na 1 486 766 Kč, což pro oba parametry znamená 2,9násobek za 4 roky. Počáteční výrazný nárůst byl způsoben zejména zaváděním cílené biologické léčby v nových indikacích. Na rostoucím počtu pacientů se však podílí i zvyšující se incidence (počet nově vzniklých případů dané nemoci za určité časové období) nádorových onemocnění

a v důsledku zlepšených výsledků léčby i rostoucí prevalence (celkový počet nemocných s konkrétní diagnózou k určitému datu) lidí s pokročilým nádorovým onemocněním. K nárůstu počtu pacientů i nákladů řádově kolem 10 % tedy dojde i při zachování současného rozsahu poskytované péče. Mezi lety 2009 a 2010 činil meziroční nárůst 9 % v počtech pacientů a 7 % v nákladech.

Rovněž zcela nezávisle sbíraná a validovaná data Národního onkologického registru ukazují na setrvale narůstající zátěž onkologickými onemocněními v české populaci, počet nově diagnostikovaných pacientů s nádorem činil v roce 2008 celkem 72 742 a oproti roku 1998 tak narostl o 28 %, průměrný meziroční nárůst dosáhl 2,5 %. V roce 2008 u nás žilo celkem 418 887 osob, u kterých bylo v daném roce nebo dříve diagnostikováno onkologické onemocnění. Tento vývoj je dán řadou objektivních faktorů, mimo jiné také demografickým stárnutím populace. Jde o celospolečenský problém, který vyžaduje konceptní řešení; zpochybňování nebo odmítání tohoto prostého faktu není racionální.

Nárůst počtu pacientů se týká i všech častých diagnóz, jejichž léčba v pokročilých stádiích spadá do tzv. centrové péče. Dle populačních dat tak v roce 2011 očekáváme 7125 nově diagnostikovaných zhoubných nádorů prsu u žen, 8573 zhoubných nádorů tlustého střeva a konečníku, 6785 zhoubných nádorů plic a 3389 zhoubných nádorů ledvin. U všech těchto diagnóz setrvale narůstá incidence (meziročně 2-4 %) i prevalence (meziročně 5-7 %).

Ekonomické rozhodnutí se nesmí přenášet na lékaře

Vysvětlení, proč je tvrzení VZP zavádějící, je jednoduché. Pokud je prokazatelný průměrný meziroční nárůst počtu pacientů za poslední 4 roky v desítkách procent a stejně je tomu logicky u nákladů, pak nelze tvrdit, že náklady v tomto roce mají být na úrovni roku 2010. V takovém případě by totiž v letošním roce nedostali všichni pacienti nevhodnější péči, kterou specializovaná onkologická centra nabízejí. Nestalo by se tak ani v případě, kdy by meziroční nárůst pacientů činil opět „pouhých“ 10 %. Systém zálohových plateb totiž znamená, že pracoviště nemůže v daném okamžiku léčit všechny pacienty, kteří léčbu potřebují, ale jen takový počet, jaký si zdravotní pojišťovna finančně objedná. V případě letošního roku to tedy bude stejný počet pacientů jako v roce 2010. Data o přepokládaném nárůstu počtu onkologicky nemocných

pacientů má Česká onkologická společnost ČLS JEP k dispozici a opakovaně je nabízelá zástupcům zdravotních pojišťoven při vzájemných jednáních. VZP však zvyšování počtu pacientů ve svých plánech nezohlednila. Je plně v kompetenci a zodpovědnosti VZP a ostatních plátců péče, aby definovali kritéria, podle kterých budou identifikováni pacienti, jimž nebude v letošním roce proplácena, a tedy ani poskytována léčba přesahující finanční objem roku 2010. Toto čisté ekonomické rozhodnutí ovšem nemůže být v žádném případě přenášeno ani na ošetřující lékaře, ani na vedení jednotlivých zdravotnických zařízení.

Současný zcela nevyhovující systém zavedla VZP v roce 2009. Do tohoto roku platil proaxi ověřený systém, kdy pojišťovny platily náklady za reálný počet pacientů, kterým byla léčba poskytnuta podle smluvních podmínek. Od roku 2009 si navíc VZP pro své pacienty neobjednává, a tedy ani nehradí část péče, pro kterou ministerstvo zdravotnictví určilo vyšší a podmínky úhrady z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Výbor ČOS souhlasí s názorem uvedeným v článku, že úspor v systému se má dosáhnout nikoli omezením nákladné péče, kterou si pacient nemůže sám hradit, ale vyšší spoluúčastí na péči, jež není nákladná. Realizace tohoto návrhu je ovšem opět v moci pojišťoven, nikoli smluvních zdravotnických zařízení či lékařů.

Zmátení hodnot

Ministr zdravotnictví Heger se vyjádřil k nákladům na léčení kuřáků a k přínosům, které tyto lidé formou odvodů různých daní přispívají do státního rozpočtu. Konstatuje, že přínos kuřáků pro státní rozpočet je cca desetkrát vyšší, než kolik stojí jejich léčení. A k tomu se vyjádřil „neomylný“ prognostik Kalousek, když pravil, že on si to myslel již dávno.

V mnoha lidech tyto informace jistě vyvolaly velmi rozpačité reakce. Ne snad proto, že by zpochybňovali nebo souhlasně přikyvovali těmto údajům. Ale proto, že jsou – stejně jako já – udiveni způsobem uvažování politiků.

Kouření do osnov?

Copak je možno lidské zdraví a s ním spojené utrpení a tragedie lidí poměřovat s bilancemi příjmů a výdajů? V tržní společnosti zřejmě ano. Ve společnosti, kde se většina tradičních hodnot (čest, pravda, láska, zdraví apod.) přepočítává na peníze, a proto jsou

také všechny na prodej, se těmto zvráceným úvahám nelze divit. Neboť sama tato společnost je nemocná svou zmatenou hierarchií hodnot. A tak by nás ve světle uvedených úvah našich politiků ani nepřekvapilo, kdyby se výuka kouření zavedla jako povinný předmět do osnov základních škol, abychom si vychovávali co nejvíce uvědomělých občanů, kteří budou pravidelně přispívat do schodkových veřejných rozpočtů svými kuřáckými daňovými příspěvky. Někomu se může zdát tato úvaha přehnaná, ale vždyť naše spo-

lečnost stejným způsobem nahlíží i na další společenské jevy naší doby. Také o nezaměstnanosti naši politici hovoří především ve vztahu k nákladům, které v podobě podpor v nezaměstnanosti vznikají ve veřejných rozpočtech. A už vůbec se nezabývají sociálními, psychologickými, rodinnými a jinými dopady tohoto společenského jevu.

Kde zůstal člověk?

Ano, v tržní ekonomice je člověk především pracovní silou a ta je výrobním faktorem, který se dá koupit, má svou cenu, tedy je



ilustrační foto: Shutterstock

vším jako o pracovní síle, o lidech v postproduktivním věku především v kategorii nákladů na jejich péči a o nemocných pak především v kategorii nákladů na jejich léčení. Ale kde zůstal člověk? Člověk jako lidská bytost?

Velký humanista J. E. Purkyně kdysi řekl, že úkolem každé společnosti je morální zušlechťení jednotlivce. A takže se, jak tato společnost morálně zušlechťuje jednotlivce? Když tento vidí, že je především pracovní silou pro zaměstnavatele, poplatníkem pro státní kasu nebo jejím výdajem jako důchodce, nemocný či nezaměstnaný? Je tato společnost vůbec pro lidi? Ale vždyť lidé jsou subjekty této společnosti, ne jejími objekty. Vidíme však, že pozvolna, nenápadně se toto postavení člověka ve společnosti posouvá právě do oné roviny objektu společenských vztahů. A to je nebezpečné pokřivení společenských hodnot a vztahů.

JUDr. Ing. Jaroslav Staněk, CSc.

Ohrozí reformní návrhy „hospodářskou soutěž“ v lékárnách?

Před nedávnem se v médiích objevila razantní vyjádření Úřadu na ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS), který se ústy svého předsedy vyjádřil k projednávání novele zákona o veřejném zdravotním pojištění, jež obsahuje ustanovení o zákazu slev a bonusů v souvislosti s výdejem léčiv hrazených ze zdravotního pojištění.

Není to poprvé, co se do hledáčku tohoto úřadu dostalo lékárenství, které je zřejmě v očích jeho úředníků sektorem, kde hrozí zcela mimořádné riziko ohrožení „hospodářské soutěže“. Tento termín dávám v souvislosti s tímto oborem zdravotnictví do uvozovek zcela záměrně a dále se pokusím dokázat proč.

Myšlenkové schéma ÚOHS zmínil jeho předseda jasně: Lékární jsou subjektem hospodářské soutěže jako každý jiný maloobchod a soutěží o svého „zákazníka“ tím, že mu při výdeji léků na předpis poskytují slevy, bonusy a jiná protiplnění tak, aby nalákaly co nejvíce těchto „zákazníků“ a vydělaly co nejvíce. Tečka. Je toto ale opravdu smyslem, cílem a úkolem lékárenství?

Co očekáváme od lékárníka

Tvrzení předsedy ÚOHS vychází z fikce, že užívání léků na předpis je autonomním rozhodnutím člověka, podobně jako se rozhodne koupit si rohlík nebo pračku. Je ale zřejmé, že tomu tak není. To, že budeme užívat konkrétní léky na předpis, vychází z toho, že lékař vyhodnotí náš zdravotní stav, diagnostikuje nemoc a nasadí lék na její léčbu. Pacient pak přichází s předpisem do lékární a od lékárníka se očekává, že:

- pacientovi vysvětlí a zopakuje, k čemu předepsaný lék slouží, lék mu vydá, eventuálně i připraví,
- pacienta informuje, jak jej má užívat, na co si má dát pozor vzhledem k dalším lékům, které již užívá, eventuálně i potravinám, které konzumuje,
- vysvětlí eventuální nežádoucí účinky a upozorní na ně pacienta.

K tomuto základu přistupují další aktivity. Zejména u chronicky nemocných jde o neustálé posilování a udržování jejich motivace léky nadále užívat, odborně tomu říkáme posilování adherence k léčbě.

Nyní stručně o dalších oprávněných očekáváních:

Stát oprávněně očekává, že lékárníci odborně naplní výše uvedené činnosti (a krom toho i mnoho dalších – například garanci správně uchovávaných léčiv, garanci léčiv s prokazatelným původem apod.). Projevem těchto očekávání je příslušná legislativa, která definuje lékární jako typ zdravotnického pracoviště, lékárníky jako zdravotníky a lékárnickou komoru jako samosprávného garanta odbornosti a etiky lékárníků (nikoli lékáren).

Pacient oprávněně očekává, že pokud platí zdravotní pojištění stejným způsobem na kterémkoli místě státu, budou mu také kdekoli vydána léčiva za stejných podmínek a se stejným doplatkem, ať už v Praze nebo v Dolní Lhotě. Důkazem tohoto očekávání jsou průzkumy veřejného mínění, ve kterých občané této republiky opakovaně velkou většinou vyjadřují názor, že ceny léčiv na předpis by měly být všude stejné. Lékárníci a provozovatelé lékáren oprávněně očekávají, že za svou práci budou adekvátně odměněni. Vzhledem k tomu, že odměna za jejich práci pochází z přírážky na vydaná léčiva, očekávají, že stát transparentním a spravedlivým způsobem zhodnotí terapeutickou hodnotu každého léčiva a stanoví mu maximální cenu a úhradu ze zdravotního pojištění, a to tak, aby lékárníci nebyli nuceni výsledek této činnosti dále cenově „vylepšovat“.

Lékařská péče a Evropská unie

Je s podivem, že ÚOHS iritují legislativní návrhy, které pouze reflektují normy fungování lékárenství a poskytování lékařské péče v naprosté většině států Evropské unie. Za normální se považuje:

- že ceny léčiv hrazených z veřejných prostředků jsou ve všech lékárnách stejné, čímž nedochází k diskriminaci pacienta – plátce zdravotního pojištění,
- že je zajištěna rovnoměrná dostupnost lékařské péče na celém území státu, a to pomocí různých nástrojů (minimál-



Ilustrační foto: Leoš Chodura

ní vzdálenost jedné lékárně od druhé, minimální počet obyvatel připadající na jednu lékárně, posuzování potřebnosti otevření nové lékárně apod.),

- že jednotlivé státy mají pravomoc omezit vlastnictví lékáren tak, že vlastníky lékáren mohou být pouze lékárníci.

Takto fungující lékárenství se přitom v západní Evropě těší vysoké důvěře a spokojenosti tamních občanů. Podoba lékárenství jakožto oboru zdravotní péče přitom v nedávné době byla opakovaně obhájena i před Evropským soudním dvorem, nejvyšší soudní instancí Evropské unie. V této souvislosti je žádoucí ocitovat několik výroků z rozsudků tohoto soudu (pocházejících z řízení C-171/07, C-172/07 a C-531/06):

- „Soudní dvůr zdůrazňuje velmi zvláštní povahu léčiv, jejichž léčebné účinky je podstatně odlišují od ostatního zboží. Tyto léčebné účinky způsobují, že jsou-li léčiva užívána v případech, kdy to není nezbytné, nebo jsou-li užívána nesprávně, mohou vážně poškodit zdraví, aniž by si toho mohl být pacient při jejich podávání vědom.“
- „Naadměrné nebo nesprávné užívání léčiv vede k plýtvání finančními zdroji, které je o to škodlivější, že si farmaceutické odvětví žádá značné výdaje a musí uspokojovat stále narůstající potřeby, zatímco finanční prostředky, které lze věnovat na zdravotní péči, nejsou

neomezené, a to nehledě na použitý způsob financování.“

- „Nelze popřít, že cílem lékárníka je, podobně jako u jiných osob, snaha o dosažení zisku. Má se však za to, že jakožto profesní odborník nebude lékárník provozovat lékárně pouze v zájmu čistě ekonomických cílů, nýbrž také se zřetelem na odborné hledisko. Jeho soukromý zájem na dosažení zisku je tak mírněn vlivem jeho vzdělání, odborných zkušeností a odpovědnosti, kterou nese, neboť případné porušení zákonných nebo etických pravidel nejen že snižuje hodnotu jeho investice, ale poškodí též jeho vlastní profesní existenci.“
- „Osoby, které nejsou lékárníky, již z povahy věci nemají na rozdíl od lékárníků vzdělání, zkušenosti a odpovědnost, které by byly rovnocenné vzdělání, zkušenostem a odpovědnosti lékárníků. Za těchto podmínek je třeba konstatovat, že neposkytují stejné záruky jako lékárníci.“
- „S ohledem na svůj prostor pro uvážení může mít členský stát za to, že hrozí, že méně omezující pravidla k zajištění profesní nezávislosti lékárníků, jako je systém kontrol a sankcí, budou v praxi porušována vzhledem k tomu, že zájem na dosažení zisku není u osoby, která není lékárníkem, mírněn rovnocenným způsobem jako u nezávislých lékárníků a podřízenost lékárníků co by zaměstnanců ve vztahu k provozovateli by jim mohla ztížit možnost odporovat pokynům vydaným tímto provozovatelem.“

Jako lékárník plně souhlasím s těmito výroky, které (na rozdíl od tvrzení ÚOHS) pravdivě odrážejí realitu mé profese. Smyslem mé práce je napomáhat nemocným lidem ke správnému a bezpečnému užívání léčiv a garantovat jim poskytování kvalitně uchovávaných a pravých (nikoli padělaných) léčiv. Stále věřím, že toto by mělo být i v zájmu celé společnosti.

Realita neregulovaného lékárenství

Stát klade na lékárenství prostřednictvím zákonů řadu oprávněných požadavků a povinností, ať už to jsou požadavky na vzdělání farmaceutů a farmaceutických asistentů, na technické vybavení a chod lékární, povinnost pečlivě dokládat a evidovat každou činnost. To je v pořádku. Na druhé straně ale vrhl lékárně do zcela neregulovaného prostředí, kde „trh měl vyřešit vše“. Že nevyřešil, je dnes zcela evidentní. Ano, lékárně je mnohem více než před dvaceti lety, ale jsou rozmístěny velmi nerovnoměrně, koncentrovány do center měst a kolem nemocnic a poliklinik, chybějící či skomírající v mnoha dalších oblastech.

Ceny léčiv hrazených z veřejných prostředků jsou státem nepřetržitě revidovány a jsou dnes téměř nejnižší v celé Evropské unii. Tento složitý mechanismus tvorby cen, který neumí srozumitelně vysvětlit ani odborník, přesto není schopen zabránit cenovému chaosu pro pacienta. Lékárníci místo toho, aby se s odbornou erudicí věnovali pacientům, stále dokola vysvětlují nevysvětlitelné – proč jsou doplatky na léčiva v různých lékárnách různé a proč se pořád mění. Lékárníci „osekávají“ objektivně potřebné, ale nerentabilní činnosti, například přípravu léčiv. Lékárníci-zaměstnanci, zejména v řetězových lékárnách, jsou pod neustálým tlakem, aby „brali ohled“ na přípravky, které jsou pro provozovatele těchto řetězců obchodně atraktivní, protože si s jejich výrobci dojednali nadstandardní obchodní podmínky.

Takto tedy vypadá realita neregulovaného lékárenství a „hospodářské soutěže“. Ten, kdo na něm trpí nejvíce, je pacient. Současné legislativní návrhy jsou jen malým krůčkem k normálnímu lékárenství západní Evropy. Bylo by asi příliš odvážné očekávat, že to pochopí i úředníci ÚOHS. Jiných, skutečných problémů v mnoha sektorech naší ekonomiky mají ale k řešení víc než dost.

PharmDr. Kamil Hrubý, lékárník

Generická preskripce ano, či ne?

Ministr zdravotnictví Leoš Heger stáhl svůj návrh, podle něhož by lékaři předepisovali místo konkrétních léčiv pouze účinné látky. Předseda Výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR Boris Šťastný se této myšlenky nevzdává a s odkazem na programové prohlášení vlády hodlá ministra k jejímu zavedení přesvědčit. Na názor na generickou preskripci jsme se zeptali odborníků reprezentujících jednotlivé segmenty resortu zdravotnictví.

MUDr. Zorjan Jojko

předseda Sdružení ambulantních specialistů ČR



V souvislosti s původní myšlenkou MZ ČR zavést generickou preskripci (GP) by Rada Sdružení ambulantních specialistů ČR, o. s., (SAS) ráda upozornila na to, že:

- Léky nelze považovat za prosté zboží s možností zcela volné záměny.
- Vznikne-li situace, kdy bude hrozit, že pacient při každé návštěvě v lékárně dostane jiný lék, a nebude-li pacient farmakologicky vzdělaný, ztratí ve velmi krátké době všichni jeho ošetřující lékaři přehled o tom, co kdy a jak užíval. Naprostá většina pacientů nebude u lékaře schopna vyjmenovat léky, které v poslední době užívala. Hrozilo by i nebezpečí, že pacienti začnou preparáty se stejnou účinnou látkou brát současně a dojde k toxickému účinku léků. K takovým případům dochází již dnes např. u psychofarmak stejně generické substance.
- Lékař je ten, kdo nese plnou odpovědnost za léčbu pacienta včetně eventuálních nežádoucích účinků léků, musí tedy mít plnou záruku, že pacient dostane opravdu přesně to, co mu bylo předepsáno.
- U pacientů existuje řada genových mutací, které vedou i k různým reakcím na příměsí hlavních účinných látek léků. Je mimo jakoukoli možnost lékárníka takováto rizika včas identifikovat a vyhnout se jim.
- Zdravotnické zařízení by, ačkoli je k tomu vázáno smlouvou se zdravotní pojišťovnou, ztratilo tímto krokem jakoukoli možnost kontroly nákladovosti své preskripce.
- Uvažované úsporné opatření by do značné míry znamenalo

vznik potřeby nových finančních výdajů na straně zdravotnických zařízení a je otázkou, zda tyto výdaje nebudou vyšší, než možná uvažovaná úspora. Myslíme tím hlavně vyvolání potřeby nákladů na změnu naprosto veškerého softwaru všech zdravotnických a lékárenských zařízení.

Pokud by se o zavedení GP mělo uvažovat, povinnou součástí jejího plnění by muselo být:

- Zajištění finanční kompenzace vzniklých vícenákladů zdravotnickým zařízením.
- Přejmenování všech léků tak, aby se jmenovaly stejně a odlišovaly se jen názvem společnosti za názvem účinné látky (např. za pomlčkou nebo v závorce). I zde je ale třeba určit, kdo by přejmenování platil a tyto výdaje kalkuloval proti případné úspoře.
- Stanovení pravidla, aby při výdejích všech léků ve všech lékárnách byl trvale osobně přítomen plně erudovaný lékárník (nikoli jen laborant). Zákonem by muselo být určeno, že za nežádoucí účinky vydaných léků není odpovědný předepisující lékař, ale právě lékárník.

Rada SAS považuje za nesporné, že požadovaného ekonomického efektu lze dosáhnout daleko jednodušeji. Se zavedením GP důrazně nesouhlasí a protestuje proti němu. Jako lékaři odmítáme odpovědnost za výsledky léčby včetně nežádoucích účinků léků či jejich kombinací, pokud by byl zrušen náš přímý vliv na to, který konkrétní lék bude pacient užívat. Odmítáme falešný argument, že by GP mohla odstranit korupci a přinést úspory.

P. S.: Neprosazovat generickou preskripci beru jako součást zájmu trvat na elektronických aukcích, nikoli jako ústup. Jedno, nebo druhé, nějak si ale neumím představit obojí najednou. Volí-li MZ ČR aukce, logicky neprosazuje generickou preskripci.

Mgr. Marek Hampel

předseda představenstva Grémia majitelů lékáren



Stručně vyjádření Grémia majitelů lékáren k zavedení generické preskripce zní ANO. Hned ale musím dodat, že za nezbytné považuji jasné stanovení podmínek a pravidel vztahů v trojúhelníku „lékař – lékárník – pacient“. Stát má v lékárních investován obrovský odborný potenciál a zatím jej, podle mého názoru, nevyužívá dostatečně. Nepochybuji o tom, že z hlediska odbornosti jsou kolegyně a kolegové lékárníci na zavedení systému generické preskripce plně připraveni.

V této souvislosti musím důrazně odmítnout v médiích se opakující spekulace, že zavedení systému generické preskripce by přeměnilo komerční aktivity výrobců léčiv od lékařů, kteří léčiva předepisují, k lékárníkům, kteří by konkrétní lék vybrali a vydali pacientovi. Na rozdíl od lékařů se lékárníci v České republice již téměř dvě desetiletí pohybují v podmínkách trhu. V nich je jakákoli „stínová korupce“ ve směru „výrobce léčiv – pacient“ z logiky věci nemožná.

Uprímně řečeno nerozumím tomu, proč lékaři u nás *a priori* odmítají celý systém generické preskripce. V mnoha evropských zemích totiž funguje už desítky let k naprosté spokojenosti především pacientů, ale i lékařů a lékárníků. Vždy totiž záleží na tom, jak je celý systém ve vztazích lékařů, lékárníků a pacientů nastaven. To, že čeští lékaři odmítají diskusi o parametrech celého systému generické preskripce, ve mně – mírně řečeno – budí rozpaky. Nechápu, čím je tento jejich odmítavý postoj motivován. Bojí se snad ztráty svého dosavadního dominantního postavení ve výše uvedených vztazích? Současná diskuse o zavedení či nezavedení generické preskripce

v ČR je podle mého názoru pouze bouří ve sklenici vody. Ve Štrasburku totiž 19. ledna letošního roku byla přijata směrnice o poskytování a financování příhraniční zdravotní péče, podle které má být rozhodujícím pro výdej léčiva v lékárně ne komerční název léku, ale mezinárodně nechráněný název (tzv. INN), což je účinná látka. Podle této směrnice budou muset všechny státy EU přejít na systém generické preskripce, reálně totiž vznikne tzv. evropský recept. A na něm bude uvedena jen a pouze účinná látka.

MUDr. Luděk Fiala

ambulantní specialista v oboru gynekologie a porodnictví



Kdybych měl jako lékař tu možnost, určitě bych nejprve panu ministrovi položil dotaz, proč od této představy ustoupil. Je to z důvodu, že návrh zatím ještě není administrativně zpracován a připraven či má nějaké legislativní nedostatky, nebo se ukazuje, že eliminace korupce, jež má být hlavním důvodem, tímto způsobem zřejmě není tak efektivní, jak se původně myslelo?

V běžné praxi v tuto chvíli vidím v souvislosti s generickou preskripcí dva problémy:

Prvním je, že pokud lékař pouze napíše „generikum“, a o léku jako takovém rozhodne lékárník, snižuje se tím odpovědnost lékaře za léčbu. Dosud předpokládáme, že lékař by měl nést plnou odpovědnost za léčbu pacienta, měl by tedy také znát (neříkám, že tomu tak je vždy, ale to je jiný problém) vedlejší účinky příslušného léku v souvislosti s jinými léky, jež pacient užívá, či s jinými onemocněními, pro která je pacient léčen. V praxi to funguje tak, že pokud si lékař některými účinky či interakcemi jednotlivých léků není jist, stejně

je konzultuje s příslušnou lékárnou. Tím je v zásadě naplněna část zmiňovaného programového prohlášení vlády, a to formou, kterou zná každý lékař i pacient. V případě, že lékárná příslušný lék předepsaný lékařem nemá, navrhne lékárník pacientovi obdobný preparát a ten jej buď přijme, nebo nikoli a jde si vyzvednout předepsaný přípravek do jiné lékárně.

Druhým problémem je, že pokud se má odstranit zmíněná korupce v předepisování léků lékaři a omezit lobbistický vliv farmaceutických firem, v zásadě se nestane nic, protože se vliv přesune z lékaře a příslušného zdravotnického zařízení na lékárníka a lékárně.

Pokud se na závěr jen lehce dotknou problému (již řadu měsíců šeptaného mezi odborníky i mezi pacienty), že některé lékárně využívají pro svůj odbyt spíše zahraniční nežli tuzemské pacienty, můžeme se jako lékaři v rámci plánované léčby dostat do ještě komplikovanějších situací než jsou tyto, spojené s generickou preskripcí.

Ing. Jindřich Graf

ekonom



Rozumný člověk – a věřím, že i rozumný politik – provádí změny v zavedeném systému jen tehdy, očekává-li od nich prospěch. Na podporu generické preskripce byly vedením ministerstva zdravotnictví uváděny dva důvody. Dosažení úspor veřejných prostředků a odstranění korupce.

Myslí to ministerstvo vážně? Generická preskripce veřejnému zdravotnictví neušetří ani korunu. V České republice máme již 15 let zavedený systém, který sto procentně zajišťuje všechny úspory, jež v zemích s jiným systémem může generická preskripce přinést. Již od poloviny 90. let se výše úhrady za léky stanovuje za účinnou látku bez ohledu na název a cenu konkrétního léku. Pro zdravotní pojišťovnu a tím pro veřejné zdravotnictví je zcela lhostejné, zda lékař předepíše balení 30 x 500 mg léku X s cenou 100 korun, či léku Y stejného složení

s cenou 200 korun. Pojišťovna v obou případech zaplatí částku stanovenou pro tuto účinnou látku, tedy naprosto stejnou. Elektronické soutěže či jakékoli jiné soutěže o nejnižší cenu léku stejného složení nevyžadují zavedení generické preskripce. Již několik let zákonem umožněná generická substituce může splnit totéž. Tuto skutečnost nepochybně zná i ten nejnižší postavený úředník odboru farmacie ministerstva zdravotnictví.

Druhým důvodem pro generickou preskripci je údajně odstranění korupce. Chce tím ministerstvo říci, že zdrojem korupce v lékové sféře je běžný lékař, předepisující svému pacientovi potřebný lék? Chce tím ministerstvo říci, že pokud o léku pro pacienta nebude rozhodovat lékař, nýbrž lékárník, veškerá korupce zmizí? Má ministerstvo pro toto tvrzení relevantní podklady?

Jsou-li argumenty pro zavedení generické preskripce vyvráceny a navíc by generická preskripce přinesla složité právní problémy, je třeba ocenit prozření ministerstva a jeho odvahu (byť značně opožděnou) odmítnout nesmyslný bod vládního programu. Proč má předseda zdravotního výboru poslanecké sněmovny jiný názor, musí vysvětlit on sám. Věřme, že tak učiní přesvědčivým způsobem.

MUDr. Jan Jelínek

Sdružení praktických lékařů ČR



Princip by nebyl špatný, ale obávám se, že při současném tlaku farmaceutických firem na preskripci právě jejich preparátů se jen změní ten, na koho budou „tlačít“. Podle legislativního provedení to budou buď lékárníci a distributoři, nebo SÚKL či MZ ČR.

Generická preskripce má svá úskalí. Je nutno připomenout, že shoda generika s originálem nemusí být stoprocentní, tedy ne každé generikum může pacientovi vyhovovat. Jde vlastně jen o definovanou podobu účinku, která se musí držet v určitých mezích. Pokud pacient postupně dostane v průběhu léčby v lékárnách pestrou paletu generik (já budu předepisovat stále totéž, ale lékárníci budou vydávat podle cen a stavu trhu), výrazně poroste pravděpodobnost, že se nakonec setká s medikací, která mu vyhovovat nebude.

Dovedu si také představit, jak budou narůstat různé „věrnostní programy“ a „zákaznické kartičky“ pro stálé klienty lékáren, které budou založeny třeba právě na vydávání stále stejného preparátu při chronické léčbě určitou účinnou látkou – tedy bonus od lékárníka a ne samozřejmost od lékaře.

Třeba to vidím hodně černě, ale já bych takovouto změnu svázal i s možností zdravotních pojišťoven uzavírat s klienty individuální smlouvy a s nastavením systémů tak, aby měl pacient skutečný zájem i na ekonomičnosti své léčby. Zatím pacienta zajímá jen poplatek a doplatky na léky, případně zdravotní pojišťovnou nehrázené výkony. Myslí si, že kdyby byl pacient motivován k ekonomické (ne horší!!!) léčbě, odpadla by alespoň polovina důvodů pro zavádění generické preskripce. To mi ale po zkušenostech s předchozími pokusy o reformu zdravotnictví připadá skoro jako sci-fi.

Mgr. Michal Hojný

Česká lékárnická komora



Generická substituce (GS) a generická preskripce (GP) jsou velmi často prezentovány jako významné rozšíření kompetencí lékárníka nad rámec jeho vzdělání na straně jedné a rudý hadr pro předepisující lékaře na straně druhé. Je na místě zamyslet se, jestli tomu tak opravdu je, nebo zda se náhodou nejedná jen o nástroje, které mohou při správném nastavení přispět ke snížení nákladů pacientů a zdravotních pojišťoven (ZP) na léčivé přípravky (LP), bez ohledu na dopady na další články léčivého řetězce.

Jaká je tedy aktuální situace v České republice?

Legislativní jasno pro GS nastalo 1. ledna 2008. Do té doby byla legislativně řešena pouze možnost náhrady v případě, nebyl-li předepsaný LP v lékárně dostupný: „Není-li v lékárně k dispozici předepsaný léčivý přípravek a s ohledem na zdravotní stav pacienta je nezbytné okamžité vydání léčivého přípravku, může lékárník předepsaný léčivý přípravek nahradit jiným léčivým přípravkem...“ (Vyhláška č. 255/2003 Sb., kterou se stanoví správná lékárenská praxe.) GS se přitom již dříve

uplatňovala důsledně v rámci ústavní péče (i na úrovni *me too drugs*), a to bez nejmenších problémů. Díky ošetření GS (od roku 2008) ve dvou různých zákonech (o léčivech a o zdravotním pojištění) sice není úplně jasné, zda je farmaceut vždy povinen informovat pacienta o možných alternativách k vydávanému LP (§ 83 zákona o léčivech), nebo reagovat až na žádost pacienta a vydat LP s nižším doplatkem (§ 32 zákona o veřejném zdravotním pojištění), ale jinak je celkem zřejmé, že GS lze zrealizovat v těchto případech:

- Není-li na receptu od lékaře uvedeno „Nezaměňovat“.
- Souhlasí-li pacient.
- Je-li vydána stejná léčivá látka, ve stejné cestě podání, lékové formě a se stejnou účinností a bezpečností.
- Při rozdílném množství léčivé látky je nutná úprava dávkování.
- GS se vyznačí na receptu.
- Nabízený LP má nižší doplatek.

Co vlastně GS přinesla a nepřinesla?

Nepřinesla nárůst hlášených nežádoucích účinků na SÚKL, z čehož lze usuzovat, že v praxi probíhá bez výraznějších obtíží. Bezpochyby přinesla posílení spoluodpovědnosti pacienta v péči o vlastní zdravotní stav a dále úsporu financí formou nižších doplateků na straně pacienta. Motivace ke GS na straně lékárníka totiž neexistuje.

Útěchou nám pak může být, že dle průzkumu společnosti Factum Invenio respektuje naše návrhy na GS celkem 72 % pacientů (viz www.factum.cz). U příležitosti uvedení GS do praxe ČLnK v roce 2008 vytvořila manuál pro členy (viz www.lekarnici.cz), který se stal velmi často citovaným dokumentem i mezi odbornou veřejností. Kromě respektování zákonných omezení týkajících se ekvivalence přípravků doporučuje opatrnost u:

- Léčiv s úzkým terapeutickým indexem (aminofylin/teofylin, warfarin, antiepileptika, imunosupresiva, hormony štítné žlázy, antiarytmika, tricyklická antidepresiva).
- Lokálně působících lékových forem.
- Specifických případů (modifikované lékové formy, inhalační aplikátory atd.).

Velmi diskutovanou otázkou je také odpovědnost. GS v rámci jedné účinné látky je v podstatě bez specifického rizika, lékárníci jsou

nicméně odpovědní za správnou dispensaci. Léčbu, a tedy účinnou látku, předepisuje lékař. Pokud má povědomí o možném poškození pacienta v případě výdeje jiného než předepsaného LP, je jeho povinností uvést na recept formulaci „Nezaměňovat“.

A jaká je realita roku 2011?

Ve snaze najít ve vysychajícím prameni zdrojů zdravotního pojištění poslední zlatáky přichází do hry opět oblast lékové politiky. Přestože náklady na předepisovaná léčiva představují pouhých 16 % celkových nákladů na zdravotnictví z prostředků pojištění. Přestože léčivé přípravky jsou na tak nízké cenové hladině, že se stávají čím dál více předmětem reexportních aktivit a Česká republika se stává referenční hladinou pro země, které chtějí snížit svoje „lékové“ náklady.

Mantinelem pro diskusi s politiky je (v tomto případě bohužel) v roce 2010 přijatá koaliční smlouva. Ostatně posuďte sami: „Zavedeme generickou preskripci a substituci u léků hrazených plně nebo částečně z veřejného zdravotního pojištění.“ Co na tom, že GS již máme 3,5 roku zavedenou... Ke cti ministru zdravotnictví ale slouží, že k problematice GP svolal pracovní setkání zástupců pojišťoven, lékařské a lékárnické komory a odborných společností. Co bylo jejich výstupem, už je známo – GP je v českých podmínkách v tuto chvíli mrtvý nástroj lékové politiky.

Část připomínek, které ČLnK do diskuse přinesla, ale jarní snahu o zavedení GP myslím přežije. Zde je pár z nich:

- Dosud nebyla provedena ani analýza očekávání a přínosů již realizované GS. Nelze tedy zjistit, zda bylo dosaženo všech možností, které GS přináší, a zda by její podporou nebylo možné dosáhnout cílů vkládaných do GP. Tyto cíle musí být MZ ČR pojmenovány jasně, bez zástupných důvodů.
- Při snaze zavést GP neexistovala ani rámcová představa o pravidlech realizace. Pojem samotný pak byl logicky tím již zmiňovaným pomyslným rudým hadrem pro část předepisujících lékařů.
- GP je bezesporu spojena s větší náročností při dispensaci léčiva v lékárně – potřeba rozsáhlejší edukace pacienta při změně terapie, nutnost využít elektronické sdílení kompletních údajů o farmakoterapii. Větší pracnost a odborná úroveň = lo-

gický požadavek na vyšší odměnu. Toto v přenesené míře platí také pro GS.

• GP je racionálním důvodem ke změně názvu (obalu) LP s výraznější vizualizací generického názvu látky. Lepší orientace podpoří *compliance* pacienta. Kéž by tato myšlenka nezapadla a byla uskutečněna i bez souvislosti s GP.

• GP ani GS nemohou fungovat bez patřičné motivace lékárníků a lékařů. Opakovaně zmiňovaný list ZP, bez cukru fungovat také nebude.

• Při poklesu cen po tendrech ZP se zvyšuje riziko paralelního exportu s následným výpadkem na trhu v ČR, čili identický problém jako v případě právě projednávaných e-aukcí. Proč ale nepřistoupit k soutěži, kde vítězí ten, kdo nabídne plátcí větší zpětný bonus?

• Velkým rizikem je překotné zavedení GP bez dopředu promyšlených následných kroků.

Potěšující je, že nutnost motivace lékárníka k provádění GP a GS nebyla při jednáních k tématu GP nikým zpochybňována. I to je bezpochyby výsledkem víceletého působení představitelů ČLnK na zástupce MZ ČR a ZP.

Závěrem si dovoluji osobní pohled. Zvítězí-li někdy v budoucnu (politická) snaha zavést GP do praxe, nechtějí jako volitelný, dobrovolný nástroj pro lékaře, lékárníka i pacienta. Bude-li existovat motivace na jejím provádění, jistě si najde své příznivce a může to být vedle současně prováděné GS respektující volbu pacienta nejelegantnější cesta s minimem mediálních atak a k pacientovu prospěchu.

MUDr. Boris Šťastný

ředseda Výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR



Jsem dlouhodobým zastáncem generické preskripce, jejíž požadavek je obsažen jak v programu ODS, tak v programovém prohlášení vlády. Úsporu vidím především v tom, že pacient v lékárně by si zvolil léčivý přípravek sám a velmi pravděpodobně by zvolil ten ekonomicky méně nákladný. Pan ministr Heger bohužel od této věci prozatím ustoupil, avšak hodlám ji s ním nadále konzultovat.

Být ambulantním specialistou přichází s věkem

Gynekolog a porodník **MUDr. Luděk Fiala** se kromě svých pacientek v nestátním zdravotnickém zařízení MEDA věnuje také profesi revizního lékaře Zdravotní pojišťovny Ministerstva vnitra ČR.

Kde jste s medicínou začínal

Začínal jsem na gynekologicko-porodnickém oddělení v nemocnici s poliklinikou v tehdejší OÚNZ v Gottwaldově, dnes je to Krajská nemocnice Tomáše Bati ve Zlíně. Po atestaci jsem odešel do gynekologické ambulance v Napajedlech. Ještě před listopadem 1989 jsem jako gynekolog odcestoval do Angoly, protože jsem měl pocit, že potřebuji vidět svět i medicínu trochu jinými očima, než jaký nám nabízel tehdejší totalitní režim. Pak přišel listopad 1989 a najednou všechno bylo jinak, v něčem snadnější, v něčem jiném zase komplikovanější.

Proč jste si vybral právě gynekologii?

Gynekologii a porodnictví jsem si vybral proto, že už moje babička mi (nevím proč) předpovídala, že budu ženským lékařem, možná to bylo jen její přání. Tak jsem to nějak cítil ve svém nitru, a když jsem po promoci tuto nabídku dostal, neváhal jsem ani chvíli. Z komplexní oblasti gynekologie a porodnictví vnímám především porodnictví jako úžasný obor. Na druhé straně je ale velmi komplikovaný a náročný, protože se nestaráte jen o jeden život, ale o dva, mnohdy i více.

V současné době stále více vnímám, že práce lékařů především v rámci porodnictví není ze strany pacientek či jejich rodin dostatečně oceněna. Lidé si najdou řadu informací na internetu, ale neuvědomují si, že jde často o informace zcela zkrácené, ba dokonce nepravdivé, mnohdy poskytované laiky. Kvůli tomu je pak občas těžké vysvětlit pacientkám i jejich nejbližším, že těhotenství a porod na jedné straně nejsou nemocí, ale přesto mohou přinášet řadu nejrůznějších komplikací. A to je pro zodpovědného lékaře i celý porodnický personál velká zátěž.

Vybrali jste si dráhu ambulantního specialisty. Co se vám na této profesi líbí nejvíc?

Někdy mám pocit, že být ambulantním specialistou tak nějak přichází s věkem. Už mnohdy nemáte sílu sloužit pohotovost-

ní služby, které jsou v porodnictví zvláště namáhavé. Chcete si vytvořit svou klientelu pacientek, jež vám důvěřují, a chcete se o ně starat. Současně tak ale přijdete o ty nádherné pocity z operačního nebo porodního sálu, o to vzrušení a stres, jež mohou být pro lékaře velmi důležité a motivující. Někteří nemocniční lékaři tvrdí, že práce v ambulanci je těžká rutina. Ta je ale i na oddělení a zvláště mladší kolegové vědí, že se jejich každodenní práce skládá mnohdy spíše z administrativy než z opravdového léčení a péče o pacientky. Ale to vše je jen úhel pohledu. Je to jako kdekoli jinde. Někdo chce dělat profesi sám za sebe (nebo – chcete-li – „na sebe“), jiní chtějí mít jistotu měsíčního výděлку a nemuset se starat o řadu věcí, jež v soukromé praxi musíte každodenně řešit. To pochopitelně neplatí jen v medicíně, ale ve světě podnikání jako takovém.

Jak moc nákladné bylo zařízení ambulance?

Po listopadu 1989 bylo relativně snadné se stát ambulantním lékařem. Privatizovala se řada zdravotních středisek a poliklinik

a většinou je získali lékaři, kteří v nich pracovali, ať už ordinace nebo i celá zařízení. Dnes je situace jiná. Vybudování ordinace takzvané na zelené louce znamená mít nejen dostatečný finanční kapitál, ale taktéž jistotu, že získáte odpovídající klientelu a rovněž smlouvy s jednotlivými zdravotními pojišťovnami.

Jak moc těžké je získat smlouvu s pojišťovnou?

Zdravotní pojišťovny v současné době většinou nechtějí uzavírat nové smlouvy, pokud nejde o specifickou situaci. Sám to vím dobře, protože v jedné zdravotní pojišťovně zároveň působím jako revizní lékař pro gynekologii a porodnictví. Je to ale samozřejmě dáno lokalitou – v naší zemi stále existují místa, kde lékaře určitých odborností zoufale potřebují, jinde je jich zase relativní nadbytek.

Čím vším dnes musí být ambulantní gynekolog vybaven?

K pořízení vlastní ordinace nestačí jen licence a zkolaudované nebytové prostory vhodné pro ordinaci, ale především smlouvy s pojišťovnami. A pak příslušné přístroje

ve a nástrojové vybavení. U gynekologa to není jen kolposkop na podrobnější vyšetření především čípku děložního, ale samozřejmě především vyšetřovací křeslo a pak případně i ultrazvukový přístroj. Dnes je již zcela běžné počítačové vybavení včetně softwaru, který vám umožní vést evidenci a také doklady nutné k vyúčtování pro zdravotní pojišťovny. I když i dnes znám lékaře, kteří ještě vše evidují a vyplňují ručně a počítač prostě nepoužívají.

Většina gynekologických ordinací je dnes vybavena gynekologickými zrcadly na jedno použití, za které si pacientky připlácejí, musíte ovšem mít také část zrcadel kovových, vhodných ke sterilizaci, takže tím pádem musíte vlastnit i svůj sterilizátor. Ke kovovým zrcadlům je třeba mít některé běžné nástroje, jako je háček na extrakci IUD (nitroděložního tělíska), peán, kochřík například na aborty polypu, kleštičky na minibiopsii (odborně punch biopsii), případně další, dle zaměření ordinace. A z těch větších, jak jsem již zmínil, je to kvalitní kolposkop, v současnosti není výjimkou i digitální, s malou obrazovkou, aby pacientka mohla sama sledovat

svůj čípek, případně drobné výkony na něm, a pak především ultrazvukové zařízení.

Pokud gynekologická ordinace v současné době nemá ultrazvukový přístroj, případně nejde o přístroj odpovídající kvality, má řada pacientek pocit, že to prostě není ta správná ordinace, kam by měly chodit. Toto vybavení již zcela běžně považují za standard, tudíž lékaře bez ultrazvukového přístroje mají za tak trochu neplnohodnotného.

Celkově je tedy nutné vycházet z toho, že jiné pořizovací náklady na svou ordinaci má kožní lékař a jiný stomatolog nebo gynekolog.

Kolik času vám zabere administrativa?

Administrativa se odvíjí především od toho, jak celou evidenci vedete. Zda užíváte počítač, či ji provádíte manuálně. Znám kolegy, kteří si toto všechno dělají sami, jinde vše zajišťuje sestra a lékař pak jen soubor překontroluje a potvrdí. Do některých zařízení zase přichází jednou za měsíc určený pracovník IT nebo pověřený správce systému, který data stáhne a zašle na příslušné pojišťovny.

Složitější pak většinou bývá spíše následné jednání s pojišťovnami, a to především v případech, že jsou zjištěny nesrovnalosti nebo je překročena četnost některých vyšetření a tím pozdrženo jejich následné proplacení.

Součástí administrativy je samozřejmě rovněž vybírání poplatků. Zpočátku byly vnímány s jakousi nechtí a možná u některých přinášely i pachut v ústech, ale dnes je to již zcela zaběhlý systém, který se vám promítne také v rámci vyúčtování, pokud užíváte nějaký softwarový program (například PC Doktor). Tam systém po zadání diagnózy sám automaticky určí, zda jde o vyšetření s poplatkem, či bez něj. Speciální jsou pak některé typicky gynekologické poplatky, respektive úhrady za některé služby, jako je například platba za poskytnutí postkoitální antikoncepce.

Pracujete také jako revizní lékař. Je to pro vás jistá výhoda?

Myslím, že jako revizní lékař mám tu výhodu, že si uvědomuji provázanost systému evidence pacientek u lékaře a následně pak v příslušných zdravotních pojišťovnách. Proto vím, že některé výkony prostě nemohou vykázat jinak, než je dáno vyhláškou. A je pak mou věcí, zda i přesto výkon provedu, protože jej cítím jako nezbytně nutný pro zdraví pacientky a také pro svůj odborný klid,

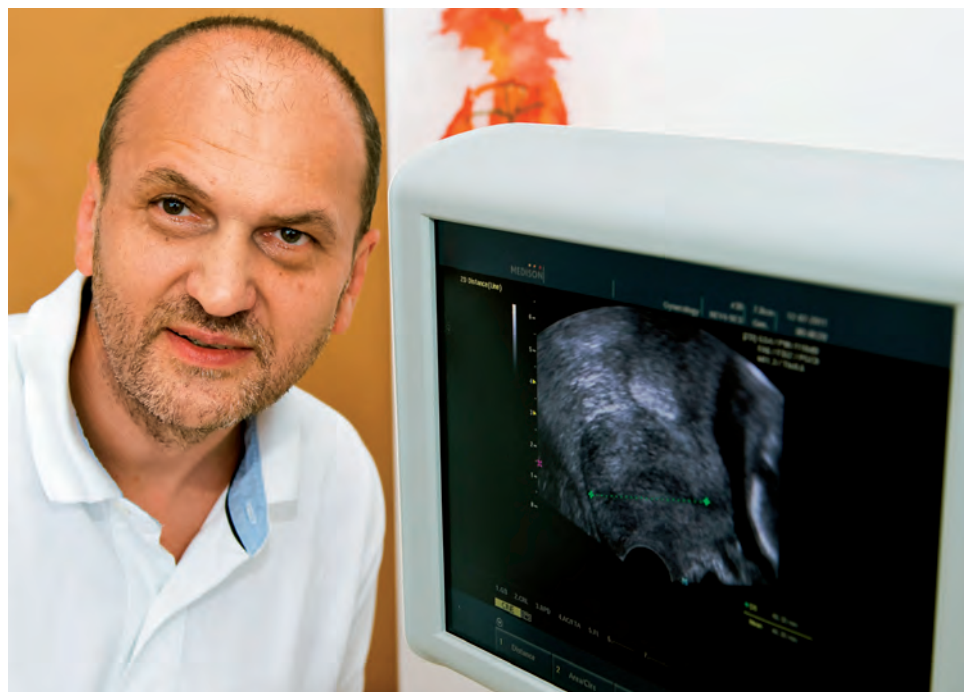


Foto: Leoš Chodura

AMBULANTNÍ SPECIALISTÉ



Foto: Leoš Chodura

protože neudělat jej by mi přišlo neobdobné a neetické. Pak ale následují vlastně dvě varianty. Bud jej ve zdravotní pojišťovně obhájím, nebo se o to ani nesnažím a nedám jej zdravotní pojišťovně ani pacientce k úhradě. Ale výsledek si v počítači do zprávy za-

znamenujím, abych měl při další kontrole pacientky srovnání dřívějšího a současného nálezu. Typickým příkladem v gynekologii je například časté, mnohdy nadbytečné vykazování ultrazvukových vyšetření nebo kolposkopických a cytologických vyšetření v běž-

né (rozumějme nespecializované) ambulanci.

Jaké máte zkušenosti se spoluprací s praktickými lékaři a s nemocničním sektorem?

Spolupráce s jinými kolegy, ať již jsou to praktičtí lékaři či jiní spe-

cialisté nebo i kolegové z lůžkových zařízení, je přesně taková, jací jsou sami lékaři. Známe řadu skvělých, velmi erudovaných praktických doktorů, kteří jsou ve své ordinaci schopni i bez speciálních přístrojů diagnostikovat řadu závažných onemocnění. Známe také řadu skvělých nemocničních lékařů, kteří k pacientkám přistupují tak, jako by o ně pečovali již dlouho a nejen po dobu pobytu na jejich oddělení.

Gynekolog má profesní nevýhodu (dá-li se to tak nazvat), že u řady urologických či chirurgických případů je pacientka nejprve poslána k němu, protože se tak nějak primárně vychází z toho, že jde o ženu, a je tudíž třeba vyloučit například těhotenství, mimoděložní těhotenství, případně některá gynekologická onemocnění. Také v případech, kdy se jedná třeba o urologické onemocnění těhotné pacientky, se občas stane, že urolog žádá, aby zodpovědnost za léčbu převzal gynekolog, neboť on má vědět nejlépe, jaké léky pacientka může či nemůže během gravidity užívat. Samozřejmě, občas i praktický lékař pošle svou pacientku nejprve ke gynekologovi,

než vůbec zahájí diagnostická vyšetření, protože chce mít jistotu, že nejde o onemocnění spadající do kompetence gynekologa.

Pozorujete, že se některé výkony přesouvají z nemocnic do ambulancí?

Trendem v gynekologii, ale není to jen v našem oboru, je takzvaná jednodenní chirurgická péče. Tím máme na mysli řadu drobnějších operačních výkonů, jež se dříve dělaly v rámci hospitalizace, kdy ženy zůstávaly po několika dnech na lůžku a ještě další dny pak byly v domácí péči v pracovní neschopnosti. Před mnoha lety se prvním takovým výkonem, který přešel z lůžkové do ambulantní péče, stalo přerušování raného těhotenství (miniinterrupce), kdy pacientky dopoledne šly k výkonu a odpoledne odešly domů, nenastaly-li komplikace. Dnes se již v rámci jednodenní gynekologické chirurgie provádí řada výkonů, samozřejmě včetně přerušování těhotenství, zákroků na čípku, ale i některých složitějších operací. Obdobné změny se dotkly také porodnictví.

Markéta Mikšová

Inzerce A111011511

Artesa navyšuje úrokové sazby!

Všechny vklady ze zákona pojištěny až do výše 100 000 eur

S platností od 01. 06. 2011

Proč Artesa?

- * vklady pojištěny u Fondu pojištění vkladů dle zákona o bankách
- * internetové bankovníctví
- * jsme moderní spořitelní družstvo s historií od roku 1999

až
4,0 %
p.a.



Artesa, spořitelní družstvo
www.artesa.cz

Politických vězňů 21
110 00 Praha 1

volejte zdarma
800 128 836


INVESTUJTE VÝHODNĚ A S GARANCÍ

Polní chirurgická nemocnice v akci

„Aktivujte polní nemocnici pro akutní příjem raněných, aktivujte chemickou jednotku,“ povel, který se rozlehl areálem Nových kasáren v Hradci Králové, odstartoval dynamickou ukázkou hromadného příjmu raněných po útoku radioaktivní bombou, která zasáhla vojenský konvoj.

Koncem června poprvé proběhlo společné cvičení královéhradecké polní nemocnice a liberecké jednotky radiací, chemické a biologické ochrany pod

názvem „Medical Man 2011“. Na programu byla imitace hromadného příjmu raněných, jejich dekontaminace, selekce dle závažnosti poranění a následné ošetření.

Nácvik nových postupů a sebranosti

Jednalo se v první řadě o výcvik sebranosti jednotlivých složek nemocničního personálu a nácvik

nových postupů společně s chemiky. V následujících dnech (po ukončení oficiálního cvičení) byla tato týmová spolupráce při bojové akci prezentována nejprve pozvaným představitelům resortu ministerstva obrany a zástupcům veřejné správy, poté i široké veřejnosti v rámci „dne otevřených dveří“. Šlo o jednu z mála možností vidět na území naší republiky v chodu plně vybavenou vojenskou polní nemocnici s částí nemocničního koridoru, který byl nasazen v misích v Iráku a Afghánistánu.

Jak uvedl velitel Nemocniční základny Armády ČR plk. gšt. prof. MUDr. Jan Österreicher, Ph.D., „nemocnice byla tentokrát – zejména z úsporných důvodů – postavena jako brigádní úkolové uskupení ROLE 2, tedy především pro provádění primární chirurgie“. V daném případě se jednalo o 6. polní nemocnici, která stála od dubna 2007 do prosince 2008 v Afghánistánu. Jen pro představu – klasická polní nemocnice má zhruba sto deset kontejnerů a spolu s nezbytným logistickým zázemím zaujímá plochu několika fotbalových hřišť. Variabilita je tedy značná a vychází z konkrétních potřeb na bojišti.

Důmyslná, logisticky nezávislá „stavebnice“

Polní nemocnice je založena na stavebnicovém systému s důrazem na samostatnost jednotlivých součástí. Pro rozvinutí využívá kombinovaný systém stanů a kontejnerů. Všechny tyto prvky jsou řešeny s možností vzájemného propojení do funkčních celků,

které mohou pracovat i samostatně. Podstatu polní nemocnice tvoří nemocniční koridor rozdělený na jednotlivá odborná pracoviště (area) vybavená speciální zdravotnickou technikou. Zařízení dále obsahuje specifickou logistickou techniku, která zajišťuje nepřetržitý chod a činí tak polní nemocnici zcela logisticky nezávislou (jen při uvedeném cvičení byla nemocniční počítačová síť propojena kabely, které měřily dohromady tři a půl kilometru). Jak dodává prof. Österreicher, „zdejší pacienti nemají v rukou papíry a žádanky. Do souboru každého ošetřovaného se sypou informace z laboratoří, operačního sálu nebo jednotky intenzivní péče.“

Polní nemocnice je tedy plně mobilní vlastními silami a obsahuje také prostředky pro zabezpečení ochrany proti zbraním hromadného ničení na úrovni jednotlivce.

Systém dekontaminace vyžaduje přesnost

Celý průběh cvičení v Hradci Králové byl ukázkou prověřování schopností a práce zdravotníků ve ztížených podmínkách, srovnatelný snad jen s prací v traumacentru, kde zrovna probíhá příjem zraněných z hromadné havárie (zde ovšem bývá zázemí fakultní nemocnice a neohrožující vnější prostředí).

Scénář nácviku otevřel příjezd sanit se zraněnými vojáky, kterých se před polní nemocnicí ujali chemici v ochranných oblecích. Ti je nejprve zbavují radiace a teprve pak je dekontaminované předávají k ošetření zdravotníkům



Vojáci, kteří nebyli zranění, se dekontaminují sami.



Překládání právě přivezených raněných na pohyblivý pás.

ZAJÍMAVÉ PRACOVISŤE



Průběh dekontaminace.

plní nemocnice. Před vstupem zraněného kontaminovaného vojáka odkládají svrchní oděv, aby se zbytečně nekontaminoval první stan. Zraněný je šetrně přeložen na speciální lehátko, je prvotně ošetřen a na pohyblivém pásu odeslán do druhého stanu.

Mezi druhým a třetím stanem je výstupní dozimetrická kontrola – ověřuje se, zda byl proces dekontaminace úspěšný (unikátní dekontaminační přístroj obsluhuje vyškolená sestra). Mezi těmito vstupními stany je pomyslná čára – hranice mezi nečistou a čistou částí. Teprve ve třetím stanu pacienta zabaleného ve fólii přebírá zdravotnický personál,

aby jej transportoval do polní nemocnice. Mezitím se venku formuje skupina nezraněných vojáků – odkládají zbraně a sami se dekontaminují. Po dekontaminaci jdou dále – před prvním stanem odkládají prostředky individuální ochrany a masku do odpadového pytle. V prvním stanu se svlékají a opět mezi druhým a třetím stanem procházejí výstupní dozimetrickou kontrolou.

Zachránit co nejrychleji co nejvíce životů

Zcela zásadní roli sehrává „třídící lékař“, který musí patřit k nejzkušenějším členům zdravotnického týmu. Prioritou je zachránit

co nejvíce raněných. Ty selektuje podle závažnosti poranění. Vojáci, kteří mají zranění neslučitelná se životem (například ztrátová poranění, těžké poranění mozku nebo masivní krvácení), musí uvolnit místo těm s lepší prognózou, u nichž je reálná naděje na záchranu. Beznadějní pacienti jsou označováni jako *hold* (čekající) a snahou je zajistit jim i v těchto podmínkách co nejdůstojnější odchod. Dostávají utišující prostředky a zůstávají s nimi psycholog či kaplan.

U těžce raněných je pak okamžitě zajišťována stabilizace životních funkcí a probíhá finální transport – jsou předáni na operační sál ne-

Simulace zranění neslučitelného se životem (*hold*).

bo jednotku intenzivní péče, kde jsou k dispozici ventilovaná lůžka. Pod zelenou celtou se tak skrývá špičkové zdravotnické vybavení – potřebné zobrazovací přístroje i kompletně zajištěný operační sál se zkušeným týmem, schopným rychlého rozhodování.

Nedílnou součástí cvičení, které se má co nejvíce přiblížit realitě, jsou proto i nasimulovaná zranění, jejichž ošetření je třeba neodkladně vyhodnotit. Provádí je zkušený maskér a figuranty jsou studenti Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany. Tato simulace byla demonstrována například u pacienta s poraněním břicha, který byl převezen na

operační sál. Nebylo jasné, zda se jedná o natržení sleziny, poškození slinivky břišní či žaludku. Přítomný lékař proto navrhl otevřít dutinu břišní, zastavit krvácení a přímo na sále provést revizi... Výjimkou nejsou ani dálkové konzultace s Ústřední vojenskou nemocnicí či zajištění transportu do vlasti.

Práce zdravotníků ve vojenských misích ovšem zahrnuje i ošetřování civilistů z řad místních obyvatel, což podle slov jedné ze sester, která má za sebou zkušenosti z Afghánistánu, také není vždy snadné – například máte-li před sebou člověka, který se snad nikdy v životě nemyl...
Jaroslava Sladká



Dekontaminovaný raněný voják je dopraven na operační sál.



Jednotka intenzivní péče v polní nemocnici.

USA stále hledají řešení kritického nedostatku některých léčiv

Americké federální úřady hledají společně se zástupci farmaceutického průmyslu a lékaři způsob jak vyřešit kritický nedostatek životně důležitých léčiv, jako jsou například některá antibiotika či léky na rakovinu.



Ilustrační foto: Shutterstock

„Současná situace je neudržitelná,“ upozorňuje prezident Americké společnosti klinické onkologie (ASCO) dr. Michael Link. „Je naprosto nehorázné, že léky, jež zachraňují lidské životy a stojí jen pár dolarů, jsou pro pacienty nedostupné.“

Jen v letošním roce se na pomyslném seznamu kriticky nedostatkových léčiv objevilo více než 180 přípravků, mezi nimiž jsou například léky na dětskou leukemii, rakovinu prsu či kolorektální karcinom nebo nejrůznější infekce.

Ceny některých z nich se zvedly až dvacetinásobně, klinické testy experimentálních přípravků musely být pozdrženy nebo prodlouženy, protože často vyžadují pro srovnání i starší druhy léčiv, jež se však v současnosti nedaří sehnat.

Zásoby pro případ teroristických útoků

Nejvíce situace dopadá na pacienty, kteří se tak ocitají v nejistotě, jak a zda bude probíhat jejich léčba. Pětašedesátiletá Diane Nomikosová patří k nemoc-

ným, kterých se nedostatek léčiv v amerických nemocnicích a lékárnách přímo dotýká. Když si šla k lékaři vyzvednout Doxil, jenž užívá kvůli rakovině vaječníků, odešla s nepořízenou. „Řekli mi, ať jdu domů a počkám, až dorazí další dodávka léků. Cítím se být v ohrožení života. Kdo ví, co se stane, když léky nedostanu,“ obává se žena.

Administrativa prezidenta Obamy zvažuje zřízení centrálních skladů některých onkologických léčiv. V případě potřeby by byla distribuována do zdravotnických zařízení. Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí (CDC) již v současnosti vytváří zásoby antibiotik a dalších přípravků, ty jsou však určeny pro případ teroristických útoků nebo přírodních katastrof.

Posílení pravomocí FDA

Dr. Richard Schilsky z Chicagské univerzity upozorňuje na skutečnost, že odhadnout počet lidí, u nichž bude v daném roce diagnostikována rakovina, není nijak složité. „Rozhodně jsme schopni vypočítat, jak velký objem léků budeme potřebovat, aby

je dostal opravdu každý pacient,“ říká doktor Schilsky.

Demokratičtí i republikánští zákonodárci nyní spolupracují na legislativě, jež by Úřadu pro kontrolu léků a potravin (FDA) umožnila nařídít farmaceutickým společnostem, aby vždy dopředu varovaly, pokud se objeví předpoklad, že dojde ke zpoždění dodávky léčiv, jež vyrábějí. Demokratická senátorka za Minnesotu Amy Klobucharová uvedla, že za snahou o udělení této pravomoci stojí zjištění, že úřad loni dokázal předejít 38 případům nedostatku určitých léčiv, protože díky potřebným informacím dokázal dopředu zajistit jejich náhradu. „Nemohu říci, že by farmaceutické společnosti byly z návrhu zákona nadšené, ale je jasné, že FDA potřebuje na zvládnutí takových situací dostatek času,“ zdůvodňuje senátorka.

Zasahují i lékaři

Řešení kritické situace se snaží najít také samotní lékaři. Skupi-

na onkologů již založila neziskovou farmaceutickou společnost, jež by měla – jak doufají – v brzké budoucnosti zajistit dodávky chybějících léčiv. Podle dětského onkologa George Tidmarsh, který stojí v jejím čele, by mohla v případě potřeby léky i sama vyrábět. „Zatím usilovně jednáme s FDA. Nynější situace však musí být okamžitě vyřešena,“ zdůrazňuje odborník.

Většinou je podle kontrolního úřadu nedostatek léčiv způsoben kapacitními problémy či nejrůznějšími zdržením na straně výrobce, nebezpečnou kontaminací některých léčiv, jež odhalí úřady či inspekce samotných společností, ale také ztrátou zájmu farmaceutické firmy o produkci určitého léku kvůli nízkému zisku. „Nedostatek léků je velmi závažným problémem našeho zdravotnictví a na jeho řešení aktivně pracujeme,“ ujišťuje náměstek ministryně zdravotnictví Howard K. Koh.

(Zdroj: New York Times)

Květa Havlová

V Německu vzniká registr endoprotéz

V SRN existují registry dat sloužící ke zkvalitňování zdravotní péče (např. registr onkologických nemocí) převážně na úrovni jednotlivých spolkových zemí. Proto vzbuzuje velkou pozornost právě započaté budování celonárodního registru umělých kloubních náhrad.

Iniciátory založení registru endoprotéz jsou odborná ortopedická společnost, německá všeobecná pojišťovna AOK a Institut pro kvalitu ve zdravotnictví (partnerem jsou však i firmy vyrábějící endoprotézy). Nemocnice a pojišťovny budou ze společných podkladů pro účtování příslušných operací odvádět data do registru a poté je společně s účastí nezávislých expertů hodnotit s cílem zkvalitnit tento druh zdravotní péče.

Ročně se v SRN provádí kolem 400 tisíc náhrad kloubů, přičemž asi 35 tisíc pacientů musí z různých důvodů podstoupit reoperaci. Například pokud se v roce 2009 uskutečnilo 148 tisíc výměn kolenních kloubů, pak 11 tisíc pacientů muselo podstoupit nový zákrok. Iničiátory vzniku národního registru uvádějí, že v některých zemích zavedení podobného registru zkvalitnilo péči a snížilo procento reoperací.

Anonymní zápis

Na tiskové konferenci lékaři a zástupci pojišťoven informovali, že převod dat pacientů o jejich léčbě do registru probíhá na dobrovolné bázi: pacient by musel poskytnout písemný souhlas před zákrokem a stejně tak i pro lékaře a nemocnice je účast v projektu dobrovolná. Přestože je zanesení informací o léčbě do registru podmíněno souhlasem pacientů, data se nejprve převedou na speciální pracoviště, které je zakóduje, takže konkrétní nemocní nejsou identifikovatelní a pro výzkumníky zůstanou v anonymitě. Tato zvýšená ochrana osobních dat je v německých předpisech týkajících se (nejen) zdravotnických registrů jednou z hlavních zásad, přesto anonymizace citlivých údajů kvalitu výzkumu nesnižuje. Dlouhodobé zkušenosti ukazují, že větší na pacientů se poskytnutí souhlasu k převodu dat do registrů nebrání.

(Zdroj: AOK)

(vla)

Spor o délku pracovní doby

Rakouská lékařská komora společně s ministerstvem sociálních věcí chtějí prosadit zkrácení služeb lékařů ve zdravotnických zařízeních.

V současnosti rakouští nemocniční lékaři pracují minimálně 49 hodin týdně. Na běžnou pracovní službu vychází 32 hodin, ale s koncem týdne se toto číslo zvyšuje. V průměru ovšem ve skutečnosti pracují 60 hodin týdně, a pokud si kolegové například vybírají dovolenou, v individuálních případech se týdenní pracovní doba někdy zvýší až na 72, či dokonce 80 hodin.

O tuto statistiku se opírá prezident lékařské komory Walter Dorner a ministr sociálních věcí Rudolf Hundstoffer (sociální demokracie), kteří chtějí prosadit zkrácení lékařských pracovních služeb v ústavech.

Právo na odpočínuté lékaře

Letos by zmínění partneři chtěli prosadit novelu zákona týkající se pracovních podmínek. Už získali předběžný souhlas strany svobodných i zelených, lidovci však návrh odmítají a varují před „unáhlenými závěry“. Také někteří zemští hejtmani poukazují na problémy, jež by krácení týdenní pracovní doby přineslo, zejména v menších nemocnicích s nižším počtem lékařů, a uvádějí, že rozhodně nejsou k dispozici finanční prostředky na posílení stavu personálu. Vedení LK a ministerstvo sociálních věcí ovšem protiargumentují jednak tím, že pacienti mají právo na „odpočínuté“ lékaře, jednak

ujištěním, že celkově by se délka pracovní doby neměnila. Změny se mají týkat spíše organizace práce v nemocnicích. Jednotlivé pracovní služby by byly flexibilnější – kratší a častější – nebo by se nově řešilo zajištění provozu o víkendech. Namísto dnešní běžné týdenní zátěže 32 hodin (bez víkendů) by nové pojetí pracovní služby čítalo jen 25 hodin. Maximální týdenní pracovní doba by se však nezměnila, ujišťují lékaři i sociální demokraté skeptické lidovce a hejtmany. Snížení pracovní zátěže v nemocnicích při průzkumech podpořily tři čtvrtiny lékařského stavu.

(Zdroj: ÖAK)

(vla)

Začíná slovenské „Děkujeme, odcházíme“

Až 4 tisíce slovenských lékařů by k 1. říjnu mohly podat výpověď v rámci akce podobné české kampani „Děkujeme, odcházíme“. Zdravotnictví by přitom ohrozil odchod i jen několika stovek.

Lékařské odbory začaly o případném odchodu zdravotníků mluvit již v dubnu letošního roku, daly však vládě čas na splnění svých podmínek. Nyní se lékaři rozhodli napodobit své české kolegy a vymocí si změny ve zdravotnictví a zvýšení platů hromadným podáním výpovědí.

„3827 lékařů ze slovenských nemocnic svým podpisem deklarovalo, že jsou připraveni podat výpověď, pokud nebudou splněny jejich, a tedy naše požadavky,“ uvedl předseda Lékařského odborového združení Marian Kollár. „Předpokládáme, že podobný bude i počet výpovědí.“

Socioložka Monika Čambálíková však pro deník Pravda uvedla, že si není jistá, zda bude mít akce požadovaný výsledek. „Na Slovensku je jiná ekonomická situace a také například jiné chápání standardu. Ačkoliv jsou platy

slovenských lékařů nižší než českých, nejsou zas tak špatně ohodnoceni, vezmeme-li v úvahu průměrný příjem u nás,“ domnívá se socioložka.

Akciovky stále trnem v oku

Podle Mariana Kollára se chystají odejít především zdravotníci z velkých fakultních nemocnic, připojili se však i lékaři z některých nemocnic fungujících jako akciové společnosti. Odbory to považují za jasný důkaz, že ani tato zařízení nepracují tak, jak proklamuje ministr zdravotnictví Ivan Uhliarik. „Ministr stále vyzdvihuje velké akciovky, které jsou však financovány jiným způsobem než malé. Ty dokonce kvůli nedostatku finančních prostředků chtějí přistoupit k pětiprocentnímu snížení platů,“ upozorňuje zástupce odborů Roman Procházka.

„Zdravotní péče bude moci být poskytována jen do výše úhrad zdravotních pojišťoven, které jsou však v současnosti výrazně nižší než skutečné hodnoty výkonů. To bude znamenat reálné snížení množství, případně kvality poskytovaných služeb nebo zvýšení doplatků ze strany pacienta či snížení počtu lékařů, respektive jejich platového ohodnocení,“ upozornil Marian Kollár a opětovně vyzval k zastavení převodů nemocnic na akciové společnosti, jež by měly být dokončeny již v říjnu letošního roku a podle odborů probíhá příliš rychle.

Slovenské ministerstvo zdravotnictví nicméně tvrdí, že postupuje podle původních plánů a v souladu se zákonem, který poslanci schválili tak, aby akciové společnosti mohly reálně fungovat od 1. ledna 2012. „Znamená to, že potřebné právní úkony je nutné při-



Ilustrační foto: Shutterstock

jmout co nejdříve,“ poznamenala tisková mluvčí resortu Katarína Zollerová.

Pacienti nás chápou

Vedle ukončení procesu transformace zdravotnických zařízení slovenští lékaři požadují také dodržování zákoníku práce, změnu systému financování resortu a zvýšení platů. Jak zdůrazňují, všechny požadavky tvoří jeden celek. „Výpovědi budeme podávat a nestáhneme je, dokud nebudou všechny splněny,“ ujistil předseda Lékařského odborového združení.

„Z etického hlediska by lékaři měli zvážit, zda jsou kvůli požadavku na vyšší platy ochotni hromadně opustit své pacienty, především

novorozence a lidi plně odkázané na jejich péči,“ podotkla mluvčí ministra Uhliarika. Na otázku deníku Pravda, zda je resort na případný odchod lékařů připraven, však neodpověděla.

Odbory tvrdí, že pacienti jejich postup chápou a lékaře v nátlakových akcích podporují, o čemž údajně svědčí i právě probíhající „Petičia občanov za zachovanie verejného zdravotníctva“. „Petice je důkazem, že si pacienti velmi dobře uvědomují, že to nejsou lékaři, kdo si bere pacienty jako rukojmí, jak se snaží tvrdit ministr Uhliarik, ale že pacienti i lékaři jsou na jedné lodi a musejí bojovat za záchranu zdravotnictví,“ uzavřel Marian Kollár.

(Zdroj: Pravda, ČTK)

Květa Havlová

Australané se obávají e-dokumentace

Nedůvěra australských lékařů i pacientů v elektronické zdravotnictví může podle pozorovatelů vážně ohrozit zamýšlený systém e-health, do něhož tamní vláda hodlá investovat až 500 milionů dolarů.

Pro zavedení e-health, respektive systému elektronické dokumentace pacientů, australské ministerstvo zdravotnictví vyčlenilo 466 milionů dolarů. Slibuje si od něho zamezení plýtvání v podobě zdvojených vyšetření či zbytečně předepsaných léčiv, ale také zvýšení bezpečnosti pacienta a kvality péče díky okamžitému přístupu lékařů ke kompletní anamnéze nemocného.

Odborníci varují před „drahou zbytečností“

Z výsledků průzkumu agentury Newspoll však vyplývá, že až polovina Australanů zvažuje, že se k systému elektronického zdravotnictví, který by měl být spuštěn již v červenci příštího roku a bude dobrovolný, nepřipojí. Nejčastějším důvodem je obava z nedostatečného zabezpečení a případného

zneužití citlivých údajů v elektronické podobě – tu v průzkumu zmínilo 41 % respondentů.

Zcela přesvědčení o bezpečnosti elektronické dokumentace, tak jak ji zamýšlí zřídit vláda, nejsou ani někteří odborníci v oblasti informačních technologií. Prezident Australasian College of Health Informatics Terry Hannan upozorňuje, že na zabezpečení systému

je třeba ještě zapracovat. Navíc se domnívá, že pochybuje-li o důvěryhodnosti e-health téměř polovina občanů, může se stát, že se systém stane drahou, ale poněkud zbytečnou záležitostí. „Myslím, že je nutné zamyslet se nad otázkou, co bude vláda dělat s něčím, čeho se odmítá zúčastnit více než 40 procent lidí,“ podotýká Terry Hannan.

Mukesh Haikerwal, který se jako IT specialista podílel na vytváření programu e-health pro australskou vládu, je přesvědčený, že elektronická dokumentace bude chráněna dostatečně. V reakci na výzkum nicméně uvedl, že je důkazem, že kabinet čeká při vysvětlování nutnosti a důležitosti systému ještě mnoho práce. „Je důležité, aby lidé pochopili, že elektronická dokumentace je mnohem bezpečnější, než když například jedna ambulance faxuje jinému pracovišti výsledky testů,“ je přesvědčen Mukesh Haikerwal.

(Zdroj: Australian)

(kha)

Inzerce A111014394



KONFERENCE A SEMINÁŘE PRO NELÉKAŘSKÉ OBORY

Přihlášky a podrobný program konferencí a seminářů na
www.aesculap-akademie.cz
+420-271 091 666, aesculap-akademie.cz@bbraun.com

Témata, termíny a místa konání v roce 2011

Role nelékařských povolání v léčbě pacientů s onkologickým onemocněním
16. 9. 2011 Olomouc • 5. 10. 2011 Mladá Boleslav • 3. 11. 2011 Hradec Králové
2. 12. 2011 Brno • 7. 12. 2011 Liberec

Cerebrovaskulární onemocnění jako výzva pro nelékařská povolání
20. 10. 2011 Pardubice • 1. 11. 2011 Písek • 23. 11. 2011 Tábor • 14. 12. 2011 Kolín

Možnosti nelékařských profesí v péči o pacienty s kardiovaskulárním onemocněním
13. 9. 2011 České Budějovice • 21. 9. 2011 Kladno • 23. 9. 2011 Jablonec
27. 9. 2011 Náchod • 4. 10. 2011 Jihlava • 11. 10. 2011 Zlín • 26. 10. 2011 Most
16. 11. 2011 Znojmo • 30. 11. 2011 Ostrava

Podává Aesculap Akademie ve spolupráci a pod záštitou České asociace sester v rámci projektu MZ ČR a ESF EU. Příjemci podpory jsou všichni zdravotničtí pracovníci v ČR s výkonem práce mimo území hl. města Prahy.







Prohlubování a zvyšování úrovně odborných znalostí nelékařských zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků ve zdravotnictví se zaměřením na odborné profesní vzdělávání a na vzdělávání v manažerských dovednostech. e-mail: info@vzdelavani-zdravotniku.cz, www.vzdelavani-zdravotniku.cz

Za kratší dobu u nás stihneme více práce

Když Endokrinologický ústav získal z Evropského sociálního fondu prostředky do projektu „Pokročilé vzdělávání zaměstnanců v klinické a molekulární endokrinologii“, vybrala jsem si stáž v endokrinologickém centru jedné z největších londýnských nemocnic.

Londýnskou stáž jsem si vyřizovala sama, vše jsem si našla přes internet, včetně ubytování a dopravy. Kontaktovala jsem lékařku a studijní referentku z endokrinologického oddělení Barts and The London



MUDr. Hana Hrušková

Endocrinology Centre, v prostorách Nemocnice sv. Bartoloměje v centru Londýna. Napsala jsem jí, že se připravuji k atestaci z diabetologie a endokrinologie, tehdy jsem byla rok po škole. Po jejím svolení jsem měla kontaktovat sekretářku a o dalším postupu se domluvit s ní.

Komunikace bohužel vážla a čekala jsem téměř půl roku na odpověď. Pak jsem ještě čekala, než se uvolní místo stážisty, což se stalo až za dalšího půl roku. Nemohla jsem uvěřit, že by bylo tolik zádatelů o stáž. Na místě jsem pak ale viděla, že se tam stážisté střídají jako na běžícím pásu. V den mého příjezdu končil stáž mladý endokrinolog z Pákistánu. V předstihu jsem podala žádosti do ubytovacích zařízení v rámci nemocnice a 2 týdny před odletem naštěstí jedno odpovědělo kladně.

Oddělení pro deset pacientů a sedm lékařů

Sv. Bartoloměj je univerzitní nemocnicí, nachází se v centru Londýna u katedrály sv. Pavla a jde o nejstarší nemocnici ve Velké Británii, založenou ve 12. století. Nemocnice se kromě jiného pyšní několika specializovanými centry, například špičkovou pediatrií, centrem reprodukční medicíny, koronární jednotkou, a také heliportem.

Moje stáž probíhala v endokrinologickém centru, na oddělení Garrod Ward, které je určeno pro deset dospělých, výhradně endokrinologických pacientů. Zároveň zde probíhaly funkční testy a ambulantní kontroly nových urgentních pacientů. Na oddělení pracuje sedm konzultantů, tedy specializovaných endokrinologů s anglickou atestací v oboru, konzultantů je na přepočít sk-

ro jako pacientů, jeden konzultant má v péči dva, maximálně tři pacienty na lůžku. Nejsou přítomni na oddělení po celou dobu, docházejí pouze na vizity nebo pokud si mladí lékaři opravdu nevědí rady. Za mé přítomnosti

působily na oddělení dvě lékařky v prvním roce praxe, dále jeden lékař ve třetím a dva lékaři ve specializačním vzdělávání, tedy s více než čtyřmi roky praxe. Běžně však mladí lékaři komunikovali s konzultanty jen po telefonu či e-mailem, jelikož potřebují oficiální schválení prakticky všeho, co se s daným pacientem dále děje. To samozřejmě výrazně zdržuje a komplikuje práci. Práce na oddělení končila mnohdy až kolem sedmé či osmé hodiny večer.

Aktivní lékař i pacient

Pracovní doba začíná o půl deváté vizitou. Mezi hospitalizovanými byli například pacienti po transsfenoidální resekci adenomu hypofýzy či po operacích štítné žlázy a příštítných tělísek. Dále pacienti se suspekci na endokrinologické onemocnění k dovyšetření (feochromocytom, inzulinom, hypo- či hyperkortizolismus, hyperkalcemie a další). Probíhají zde i předoperační přípravy a kontrolní rehospitalizace. Na oddělení nukleární medicíny jsme měli pacienty přijaté k terapeutickému i diagnostickému podání radiojodu.

Pouhé dva dny v týdnu, přesněji v pondělí odpoledne a úterý dopoledne, pracují konzultanti a lékaři ze specializačního programu před atestací na ambulancích. Pondělní ambulance trvají běžně do osmé či deváté večer. Přicházejí například pacienti se syndromem polycystických ovaríí, předčasným ovariačním selháním, primární hyperparatyreózou, akromegalií, prolaktinomy, hypopituitarismem, strumou či rakovinou štítné žlázy.

Každý pacient je velmi pečlivě vyšetřen, anamnéza se, podobně jako u nás, zaměřuje na nynější onemocnění. Velmi oceňuji lid-

nají čtyři: Radiologický meeting, kde jsme si prohlíželi výsledky CT a magnetické rezonance. Neurochirurgický meeting, kde jsme se dozvěděli, jaké operace probíhaly v minulém týdnu a jaké jsou plánovány na další. Dalším bylo setkání s patologií, onkologií a pracovníky nukleární medicíny. Na konci týdne probíhal *case meeting*, kde mladí lékaři, včetně mě, uváděli několik zajímavých kazuistik z posledního období.

U nás endokrinologická rutina, v Anglii praktik

Z odborného hlediska pro mě bylo zajímavé, že jsem v ambulanci neviděla jediného pacienta s autoimunitní tyreoiditidou. Tito pacienti jsou na rozdíl od české praxe plně v kompetenci praktických lékařů, na ambulanci endokrinologa přicházejí pouze v případech, kdy se stav komplikuje. Běžný český endokrinolog na spádu ošetřuje 90 až 95 procent pacientů s onemocněními štítné žlázy. Také při stabilizaci ostatních onemocnění, například prolaktinomu či syndromu polycystických ovaríí, přenechávají péči o pacienta praktickému lékaři. Zašlou mu dopis s podrobným popisem terapie, doporučí postup sledování. Dopis praktikovi píšou po každé návštěvě pacienta na klinice, samozřejmě ho pouze nadiktují na diktafon, který předávají své sekretářce ke zpracování.

O administrativu se starají sekretářky a sestry, včetně objednávání. Recepty se na londýnské klinice vydávaly jen výjimečně, v naprosté většině případů je do dopisu pro praktického lékaře doporučena účinná látka a dávkování, recept vydává praktický lé-

kař. Všechna tato opatření velmi urychlují práci v ambulanci a jistě i přispívají k dobrému dojmu. Lékař nepromrhá většinu času „tukáním“ do počítače, ale má klid na rozhovor s pacientem.

Jak se pacient dostane na endokrinologii

V Anglii mají praktičtí lékaři (GP = *general practitioners*) velkou tradici, spolupráce mezi nimi a nemocnicemi je na denním pořádku. Pokud má praktický lékař podezření na nějakou endokrinologickou komplikaci a žádá o vyšetření pacienta, pošle zprávu do endokrinologického centra. Této zprávy se ujme administrativní aparát a pacientovi zašle poštou termín kontroly. Říkájí, že do šesti týdnů, moje zkušenost jsou spíše dva měsíce.

Pokud jde o urgentní případ, je pacient vyzván, aby se dostavil na oddělení Garrod Ward. Poté, co je vyšetřen, odchází a lékař nadiktuje na diktafon krátkou zprávu o tom, že pacienta přijal, co vyšetřil, co je výsledkem a jaká jsou jeho doporučení. Kontrolu doporučí individuálně dle potřeby daného pacienta, a pokud se stav stabilizuje, léčba je úspěšná, nemocný se předává zpět praktickému lékaři.

Jak nemocnice šetří

Zdejší úzus praví, že si nemocnice nemůže dovolit psát recepty, protože na to nemá. Princip je takový, že recept píše pouze praktický lékař. Trochu překvapivé pro mě bylo, že třeba až s týdenním odstupem dostane praktický lékař v dopise od nemocnice informaci, jakou látku má pacientovi předepsat. Samozřejmě, že v urgentních případech podá pacientovi lék sama nemocnice.



Foto: archiv Hany Hruškové

ZAHRANIČNÍ ZKUŠENOST



Nemocnice sv. Bartoloměje v Londýně. | Foto: archiv Hany Hruškové

Nákladná je také hospitalizace. Po operaci jsou pacienti propuštěni na naše poměry dost rychle do domácí péče. Zažila jsem tam i takové, kteří se na oddělení s komplikacemi vrátili. Nemohu zobecnovat, třeba je to na interně nebo anesteziologicko-resuscitačním oddělení jinak, ale ve srovnání se standardním postupem u nás jsou tam nemocní i po operacích na lůžku kratší dobu. Mohu srovnat hospitalizace stejných diagnóz v Anglii a na 3. interní klinice 1. LF UK a VFN, kde jsem také stážovala. U nás bylo žádoucí, aby pacient odcházel z nemocnice zdrav.

Dalším příkladem šetření nemocnice je indikace k sonografickému vyšetření štítné žlázy. Je to vyšetření drahé a nepatří do běžné praxe, dokonce ani po operacích pro karcinom ve štítné žláze. Oblíbenější jsou scintigrafická vyšetření.

Drahá administrativa

Pro lékaře je jistě příjemná úspora času díky početnému administrativnímu aparátu nemocnic. Lékař v rámci provozu ambulance nadiktuje do diktafonu za den třeba patnáct zpráv pro praktického lékaře, na konci dne odevzdá nahrávku sekretářce a ta ji do druhého dne přepíše. O to už se lékař

nestará, papírování, posílání dopisů nebo objednávání pacientů jde úplně mimo něj. Samozřejmě je to dražší varianta. Na oddělení se v průběhu hospitalizace vede dokumentace pouze písemná, na konci lékař nadiktuje do diktafonu krátce a stručně epikrízu s doporučením a další práce je také na sekretářkách. Další úlevu od administrativy přinášejí tzv. *code* manažeři, zaměstnanci nemocnice, kteří se starají o správné kódování diagnóz. Každý týden přicházejí na jednotlivá oddělení, kde kontrolují, zda jsou pacienti správně zakódováni, a vymýšlejí strategii kódování. U nás se tomu musí věnovat lékař.

Ručně psaná dokumentace

Naopak dokumentace k pacientovi je dost obsáhlá. Každý den při vizitě jeden z mladých lékařů kvůli zpětné kontrole zaznamená do slovně konzultací mezi pacientem a konzultantem. Přesně napíše, o čem se bavili, co lékař vyšetřoval a navrhl. To u nás není běžné. Pro mě bylo obtížné se v ručně psané dokumentaci orientovat. Po někom nelze text téměř přečíst a mnoho zásadních informací bylo zaznamenaných uprostřed de-

sítek stran, takže se v tom špatně hledalo. Dokumentace tak působí chaoticky. Problém mi první týden dělaly také odborné zkratky. V anglicky mluvících zemích se v medicíně používají zkratky na cokoli. My řekneme „objem erytrocytu“ a oni v rychlé diskuzi o nějaké anamnéze pronesou „em-sí-ví“, jdou dál a vy si říkáte, co by to mohlo být? Aha, objem erytrocytu, a uteče vám zbytek věty. Nebo „ai one two three“ bylo označení pro jod-123. Ale je to o zvyku, druhý týden už jsem byla v obraze.

Džiny na pracovišti zakázány

Přes rok jsem stážovala na specializovaném endokrinologickém pracovišti 3. interní kliniky 1. LF UK a VFN, kde jsou zároveň ošetřováni i spádoví interně nemocní pacienti. V běžném provozu jsme byli tři lékaři, a když to přehodím do anglického systému, konzultanty jsme tam měli dva a vždy nám byli k dispozici. Určitě byli na oddělení déle než ti angličtí, kteří udělají *ward round* a poté jsou k zastížení převážně jen na telefonu či e-mailu.

Práce na oddělení bylo stále překvapivě hodně, vedle práce o paci-

enty bylo potřeba každý den připravovat seznam úkolů. Tabulku s hospitalizovanými pacienty a jejich plánem, pacienty, kteří opustili oddělení s neúplnými výsledky, plány k interdisciplinárním meetingům. Jednalo se o tabulky se jmény pacientů a s informacemi, které se musejí prodiskutovat. Konzultanti měli stále nespěch, maximálně jsme se pozdravili, zeptali se mě, odkud jsem, na jakou specializaci se připravuji, popřáli, ať se mi u nich líbí, a to bylo tak asi vše. I mladí lékaři na oddělení měli stále co na práci, k dispozici měli tři počítače a neustále se střídali. U nás ovšem podle mě za kratší dobu stihneme více práce, a to i s administrativou.

Na rozdíl od českých lékařů se na pracovišti dodržuje *dress code*. Lékaři nosí slušivé obleky s kravatou a lékařky nejčastěji sukně či pouzdrové šaty, černé boty na nízkém podpatku a koženou brašničku přes rameno, kde mají zápisky, fonendoskop, *pager* a osobní věci. Džiny jsou zakázány. Při vyšetřování pacienta se dbá na odložení páskových hodinek ze zápěstí a vyhrnuté rukávy. Bílé pláště ani přezůvky jsem za celou stáž neviděla.

zapsala Petra Klusáková

Inzerce A111014519



MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY



Tato konference se koná pod oficiální záštitou
1. místopředsedy Senátu Parlamentu ČR
MUDr. Přemysla Sobotky

Středoevropská odborná konference
„Efektivní nemocnice 2011“ (6. ročník)
aneb Setkání ředitelů ve zdravotnictví.

Konference se také zúčastní
1. náměstek ministra zdravotnictví ČR - MUDr. Vladimír Pavelka,
náměstek pro zdravotní péči - MUDr. Vítězslav Vavroušek, MBA
a obchodní rada ambasády USA - p. Stuart Schaag

Hlavní témata konference:
- Finance a nemocnice
- Řízení lidských zdrojů

29. - 30. 11. 2011
Clarion Congress Hotel Praha-Vysočany
program a přihláška viz www.nejlepsi-nemocnice.cz

hlavní partneři

spozor hlavní ceny

finanční partner

marketingoví partneři

ELEKTRONICKÁ ZDRAVOTNÍ KNÍŽKA				<p>Vítězná nemocnice obdrží od společnosti LINET hi-tech intenzivní nemocniční lůžko a vzdělávání zdravotnického personálu v celkové hodnotě 300 tisíc Kč.</p>											
						<p>Pročujeme pro zdravější svět</p>									
<p>spozor</p>		<p>odborní partneři</p>		<p>partneři</p>		<p>hlavní mediální partneři</p>		<p>hlavní odborný partneři</p>		<p>realizační partneři</p>		<p>mediální partneři</p>		<p>organizátor</p>	
<p>podporujeme</p>		<p>hlavní realizační partneři</p>													

AKTUALITY

Pioglitazon a riziko karcinomu močového měchýře

U diabetiků 2. typu léčených jedním z thiazolidindionů bylo zjištěno mírné riziko vzniku karcinomu močového měchýře. Lze ho však omezit vhodným výběrem pacientů k léčbě, jejíž účinnost i bezpečnost by nyní měla být u každého z nich pravidelně přehodnocována.



Na mírné zvýšení rizika karcinomu močového měchýře u diabetiků užívajících pioglitazon ukazují údaje získané z různých zdrojů (výsledků klinických, preklinických a epidemiologických studií, spontánních hlášení a závěrů jednání odborné poradní skupiny pro diabetes a endokrinologii). Z nedávno dostupných klinických studií (*Kaiser Permanente Northern California cohort study*, *French CNAMTS cohort study*, *GPRD case control study*) vyplynulo, že k malému zvýšení rizika (relativní riziko 1,12–1,33) vzniku uvedeného karcinomu došlo zejména u pacientů léčených dlouhodobě a s vysokou kumulativní dávkou.

Dle výsledků metaanalýzy randomizovaných kontrolovaných klinických studií byl výskyt karcinomu močového měchýře zjištěn u 19 z 12 506 pacientů na pio-

glitazonu (0,15%) a u 7 z 10 212 pacientů, kteří pioglitazon neuzívali (0,07%). Zatím není jasné, zda se karcinom může vyvinout již po krátkodobé léčbě, nebo pouze v případě dlouhodobé a vysoké dávkované léčby.

V souladu s doporučením odborné poradní skupiny pro diabetes a endokrinologii rozhodl Výbor pro humánní léčivé přípravky (CHMP) Evropské lékařské agentury (EMA), že pro některé pacienty s diabetem 2. typu je užívání pioglitazonu důležité, protože prostřednictvím jiné léčby nedosahuje dostatečné kompenzace svého onemocnění. CHMP rovněž požádal držitele rozhodnutí o registraci pioglitazonu, aby provedl panevropskou epidemiologickou studii, která by přinesla podrobnější informace o riziku karcinomu močového měchýře.

Současná doporučení

Pro lékaře zatím bylo vypracováno šest pokynů, které by měli dodržovat u pacientů indikovaných k léčbě pioglitazonem:

- působí dobrou kompenzací diabetu; přínosy léčby převyšují její možná rizika.
- Pioglitazon nemá být podáván pacientům, kteří mají aktuálně nebo v anamnéze karcinom močového měchýře, případně mají zjištěnou hematurii nejasného původu.
- Léčba pioglitazonem má být přehodnocována každých 3–6 měsíců. Pokud není kompenzace diabetu adekvátní, má být léčba přípravkem ukončena.
- Před zahájením léčby pioglitazonem má lékař zhodnotit možné rizikové faktory karcinomu močového měchýře (vysoký krevní tlak, kouření, některé léky ap.).
- Pioglitazon je třeba podávat s opatrností (tj. co nejnížší účinné dávky) u starších nemocných, kteří mají primárně zvýšené riziko karcinomu močového měchýře i srdečního selhání.

Jsou připravovány doplňkové textové informace o pioglitazonu (SPC, příbalová informace) ve vztahu k možnému riziku karcinomu močového měchýře. Lékaři by měli být o všech změnách a nových doporučeních informováni dopisem.

(Zdroj: Státní ústav pro kontrolu léčiv) (Jass)

Pandemická chřipková vakcína – omezení aplikací u mladistvých

Koncem července vydal Státní ústav pro kontrolu léčiv doporučení Evropské lékařské agentury o omezeném používání vakcíny Pandemrix u dětí a mladistvých do 20 let. Důvodem jsou vzácné případy výskytu narkolepsie v této věkové kategorii.

Výbor pro humánní léčivé přípravky (CHMP) Evropské lékařské agentury (EMA) ukončil hodnocení rizika narkolepsie u očkovaných vakcínou Pandemrix s tím, že celkově převažují její přínosy nad riziky. Současně ale dospěl k názoru, že u dětí a mladistvých osob do 20 let by tato vakcína měla být použita pouze v případě, že imunizace proti H1N1 (i v letošní sezóně se jedná o hlavní chřipkový kmen) je potřebná (např. u osob se zvýšeným rizikem komplikací chřipky) a nejsou dostupné doporučené sezónní trivalentní chřipkové vakcíny.

Švédské a finské epidemiologické studie

Na vztah mezi podáním vakcíny Pandemrix a narkolepsií poukázala

ly epidemiologické studie z Finska a Švédska. U očkovaných mladších 20 let bylo v těchto dvou státech zjištěno 6–13x zvýšené riziko narkolepsie bez kataplexie, což přibližně odpovídá nárůstu o 3–7 případů narkolepsie na každých 100 očkovaných. Toto riziko ale nebylo zaznamenáno u dospělých starších 20 let a rovněž nebylo potvrzeno v žádné jiné zemi. Přesto jej na základě uvedených šetření nelze vyloučit.

Mechanismus vyvolání narkolepsie není jasný. Zdá se, že vakcína pravděpodobně ovlivňuje genetické nebo environmentální faktory, které následně mohou zvýšit riziko uvedeného onemocnění, zřejmě za spoluúčasti ještě dalších faktorů. Zvažuje se také skutečnost, že zvýšený výskyt narko-

lepsie ve dvou zmíněných zemích mohl být ovlivněn expozicí specifickým infekcím, především horních cest dýchacích (včetně H1N1) v dětském věku. V EU bylo zahájeno několik iniciativ s cílem dalšího výzkumu možných mechanismů.

Držitel rozhodnutí o registraci vakcíny Pandemrix, společnost GlaxoSmithKline, nyní provádí retrospektivní kohortovou studii v Kanadě, kde byla široce používána stejná H1N1 vakcína Arepanrix. Farmaceutická firma také byla požádána o provedení dalších neklinických i klinických studií za účelem bližšího objasnění vztahu mezi očkováním Pandemrixem a vznikem narkolepsie.

(Zdroj: Státní ústav pro kontrolu léčiv) (Jass)

Extrakraniální radiochirurgie již rok v MOÚ

Již přes rok lékaři v Masarykově onkologickém ústavu (MOÚ) používají extrakraniální radiochirurgii při ozařování nádorů v plicích, játrech a břiše. Podle přednosty Kliniky radiace onkologie MOÚ prof. MUDr. Pavla Šlampa, CSc., je u některých nemocných úspěšnost léčby až devadesátiprocentní.

Extrakraniální radiochirurgie umožňuje pomocí složitých trojrozměrných výpočtů přímo ozářit nádor v těle bez poškození či ozáření dalších orgánů. Lze ji však použít jen u malých nádorů do 4 centimetrů a není vhodná pro všechny druhy rakoviny. Metoda se také používá jen v případě, že v orgánu nejsou více než tři metastázy. „Za uplynulý rok jsme tuto metodu použili u čtyřiceti pacientů, u některých se úspěšnost léčby pohybuje mezi 60 a 90 procenty,“ upřesňuje profesor Šlampa.

Prvenství v ozařování

Podle ředitele MOÚ prof. MUDr. Jiřího Vorlíčka, CSc., má ústav s radiochirurgií velké zkušenosti, za posledních 7 let zde takto bylo léčeno 140 pacientů. Před rokem v MOÚ jako první u nás ozářili nádor mimo

hlavu pacienta. Šlo o jaterní metastázu a také kostní metastázy v obratlích. „Od loňského podzimu provádíme radiochirurgii nádorů mimo mozek pacienta lineárním urychlovačem – X-nožem. Nemocný je ozařován během třech až osmi sezení,“ dodává profesor Šlampa. Brněnská Klinika radiace onkologie má dvě pracoviště – jedno v areálu MOÚ, druhé pak na Pekařské ulici v Brně. Oddělení byla vybavena různými přístroji a technologiemi od různých výrobců. Zavedení jednotného datového informačního systému umožnilo, že si technika na obou pracovištích začala „rozumět“. Byly tak odstraněny organizační problémy a v MOÚ ušetřili desítky milionů korun, jež by museli investovat do nákupu dalších nových zařízení.

Martin Ježek

Není estrogen jako estrogen

Léčba estrogenu je již dlouhou dobu známa jako metoda řešení potíží spojených s klimakteriem.

Syntetické estrogenu ve formě tzv. HRT (*hormonal replacement therapy*), při níž se používá kombinace estrogenu a gestagenu, a ERT (*estrogen replacement therapy*) s využitím čistých estrogenu (u žen po hysterektomii) prošly zpočátku obdobím velkého rozmachu následovaného poměrně prudkým pádem, z větší části způsobeným mylnou interpretací výsledků některých studií, hlavně ve Spojených státech. Svou roli zde sehráli zvláště senzacechtiví novináři, kteří vytrhli některá fakta ze souvislosti a z estrogenu tak udělali strašáka žen naší doby.

Mýty kolem fytoestrogenů

V poslední době s potěšením zjišťují, že některé dezinformace stran syntetických estrogenu jsou uváděny na pravou míru a estrogeny se opět vrací zpět na místo, které jim v léčbě klimakterických potíží náleží. Pořád ale existuje



ilustrace: foto: archiv

skupina žen, pro které je hormonální léčba estrogenu kontraindikovaná. Jedná se například o některé pacientky s onkologickým onemocněním, např. rakovinou prsu. Rakovina prsu často postihuje ženy právě v období klimakteria a v důsledku léčby základního onemocnění pak tyto pacientky mnohem častěji trpí akutními klimakterickými příznaky (návaly potu či horka). V ordinaci si často stěžují, že je to trápí, ale že to

musí vydržet, protože žádná jiná možnost není. Neexistuje nic, co by mohly užívat.

Po mém dotazu, proč si to myslí a jestli slyšely například o možnosti léčby fytoestrogenu, tedy estrogenu rostlinného původu, se mi pravidelně dostává stejné odpovědi – někdo z ošetřujících lékařů jim řekl, že všechny estrogenu jsou nebezpečné, a že pokud je budou užívat, onemocní se jim vrátí. Najdou se sice i osvícení lékaři, kteří

vědí, že není estrogen jako estrogen, a fytoestrogeny doporučí, ale pak stačí jeden nebo dva další neosvícení, kteří ani nestačili zaregistrovat existenci více druhů estrogenových receptorů (pravda, víme o nich teprve necelých 20 let), a všechny snahy těch, kteří sledují nejnovější poznatky, jsou pryč. Díky odlišné afinitě fytoestrogenů k estrogenovým receptorům alfa a beta jsou tyto bezpečné i v případech, kdy jsou syntetické estrogenu kontraindikované.

Existuje například řada studií dokládajících příznivý vliv isoflavonů (fytoestrogenů obsažených převážně v sóji a jeteli) na snížení rizika rakoviny prsu. Studie rovněž dokládají, že v případech, kdy žena rakovinou prsu již někdy onemocněla, může doplňování fytoestrogenů ve stravě nebo ve formě doplňků stravy vést ke snížení rizika recidivy onemocnění.

Dalším mýtem je kontraindikace fytoestrogenů u žen se zvýšeným

rizikem tromboembolie. Ani zde není důvod léčbu odírat. Fytoestrogeny nezvyšují riziko tromboembolické nemoci. Působí přesně opačně – mají antiagregační účinky na trombocyty.

Pro ženy s onkologickým onemocněním a tromboembolickou nemocí někdy ani nemáme jinou alternativu než použití fytoestrogenů. Je pochopitelně jasné, že ERT a HRT je účinnější a že v populaci existuje asi 10–12% lidí bez enzymatické výbavy na zpracování fytoestrogenů, u nichž tento způsob léčby příliš úspěšný nebude. Zbylým 88–90% naopak mohou pomoci.

Než svým pacientům některé informace poskytnuté jinými kolegy zpochybníme nebo některé možnosti nedoporučíme či přímo zakážeme, zkusme se nejdříve vžít do jejich situace. Pro naši práci není důležité, aby všichni věděli vše, ale abychom byli ochotni přijímat nové informace ku prospěchu našich pacientů a v případě nejasností se uměli s dotazem obrátit na odborníky na danou problematiku nebo se alespoň sami pokusili dohledat fakta.

MUDr. Pavel Turčan

Centrum Medioli, s. r. o., Olomouc

Inzerce A111012335



Mezi nejčastější příznaky klimakteria patří návaly horka a potu, bušení srdce, kolísání krevního tlaku, nervozita, změny nálad, podrážděnost, poruchy spánku, občasné závratě, brnění v končetinách a mohou se vyskytnout i bolesti na hrudi. Později se mohou objevit infekce močových

JAK NA KLIMAKTERIUM?

Klimakterium sice není nemoc, ale neměli bychom jej brát na lehkou váhu.

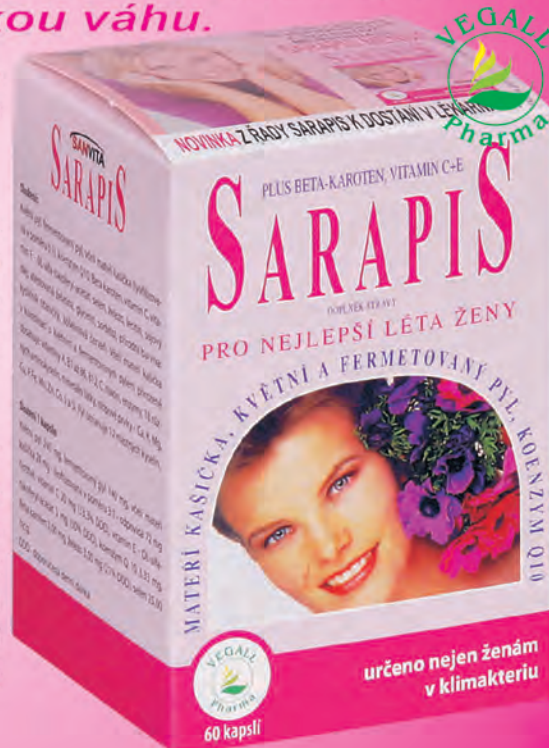
cest, únik moči, suchost sliznic a kůže, pálení v očích, zvýšená tvorba vrásek, zhoršení zraku, osteoporóza (řídnutí kostí), ateroskleróza, infarkty myokardu a mozkové mrtvice. Ženy v reprodukčním věku před těmito obtížemi chrání estrogenu, ale po „přechodu“ tato ochrana mizí.

Ženy, které již prošly obdobím klimakteria, většinou znají vhodné doplňky stravy. Často je to

právě **SARAPIS**, oblíbený preparát se včelími produkty, vitaminy aj.

Doplňek stravy **SARAPIS** je k dostání v lékárnách a je vhodným podpurným prostředkem nejen v období klimakteria.

Podrobnější informace získáte na www.vegall.cz, nebo na bezplatné lince: **800 100 140**, kde můžete získat i kontakty na gynekology, kteří mají v této oblasti dlouholeté zkušenosti.



7. 10. 2011 Praha,
Top Hotel

konference

NEJEN PRO PEDIATRY A DĚTSKÉ SESTRY



Sekce lékařů:

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.

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

oběd

Specifika výživy nejen předčasně narozených dětí - MUDr. Petr Tláškal, CSc.

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

přestávka

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

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

předávání certifikátů

10.30 - 11.00

11.00 - 12.00

12.00 - 12.40

12.40 - 13.30

13.30 - 14.00

14.00 - 14.30

14.30 - 15.00

15.00 - 15.30

Sekce sester:

Odborný garant: MUDr. Petr Kašpar

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 - 10.10

přestávka

10.10 - 11.40

Jak včas rozpoznat patologie v motorickém vývoji dítěte

- PhDr. Tereza Nováková, Ph.D.

Biopsychosociální potřeby dítěte - MUDr. Petr Kašpar

oběd

Riziko vzniku úrazů dětí a vybrané neodkladné stavy - Martina Eliášová

Praktická KPR u novorozence a dítěte* - Martina Eliášová

předávání certifikátů

11.40 - 12.20

12.20 - 13.20

13.20 - 14.50

14.50 - 15.50

15.50 - 16.30

Vzdělávací akce je pořádána dle stavovského předpisu č. 16.

Akce bude ohodnocena 5 kredity ČLK.

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

Konference bude ohodnocena dle vyhlášky

MZ CR c. 321/2008 Sb. 4 kredity POÚZP a ČAS.

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

Změna programu vyhrazena

Registrujte se na www.medical-services.cz

Credit PLUS

Akce bude
ohodnocena kredity

**MEDICAL
SERVICES**



Postgraduální
medicína

**ZDRAVOTNICKÉ
NOVINY**

Sestra



synlab czech: největší soukromý poskytovatel laboratorních služeb v ČR

Laboratoře synlab czech jsou součástí největší laboratorní sítě v Evropě, která je suverénní jedničkou na trhu laboratorních služeb v Německu, Rakousku, Švýcarsku, Itálii, Maďarsku, Česku, na Slovensku a v dalších státech nejen Evropy.



Společnost zaměstnává v celé Evropě více než 4 tisíce zaměstnanců, z toho v ČR více než 800 ve 12 laboratořích.

synlab czech zajišťuje **nejširší nabídku rutinních diagnostických metod** v oborech biochemie, hematologie, imunologie, infekční sérologie, bakteriologie, virologie, parazitologie, diagnostiky TBC a molekulární biologie.

synlab czech zároveň **nadstandardně garantuje komplexní spektrum specifických metod** pro diagnostiku v oboru alergologie, imunologie, TBC-diagnostiky, parazitologie, PCR-diagnostiky, genetiky, virologie, bakteriologie, monitorování hladin antibiotik a přípravu autovakcín.

Laboratoře **synlab czech** jsou držitelé různých **certifikátů kvality**, např. certifikátu ISO 9001:2008, ISO 15189:2007. Zároveň jsou akreditovány s platností v celé Evropské unii.

„Na základě dostupnosti moderních technologií dokážeme garantovat výjimečnou rychlost provedení testování, předat výsledky v elektronické formě a garantovat vysokou kvalitu výsledku vyšetření díky vysoce kvalifikovanému personálu. V neposlední řadě **vše podtrhuje kvalita laboratorních služeb**, která je kontinuálně podrobována celému spektru akreditačních a certifikačních procesů,“ dodává generální ředitel společnosti synlab czech **Ing. Miroslav Herden**.



Foto: archiv synlab czech

Inzerce A111013714

Knižní novinky
z edice
Aeskulap

AESKULAP



Etické problémy v onkologii

První česká monografie věnovaná této problematice komplexně pojednává o všech aspektech souvisejících s etikou v onkologii – věnuje se mj. etickým kodexům a doporučením, právům pacientů, otázce second opinion, otázkám umírání a smrti, eutanazii, komunikaci a vztahu lékař – pacient, sdělování nepříznivých informací, pravdě a naději, klinické pastorační péči a alternativní medicíně.

Autorka: MUDr. Marie Opatrná

Doporučená cena 300 Kč



Alzheimerova demence v praxi

Konsenzus psychiatricko-neurologicko-geriatrický

Kniha je psána jako jednoduchý a praktický „návod“ především pro ambulantní psychiatry, neurology a geriatry, ale i lékaře dalších oborů, kteří přicházejí do styku se seniory a zajímá je problematika demencí.

Autoři: MUDr. Vanda Franková, doc. MUDr. Jakub Hort, Ph.D.,

doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D., doc. MUDr. Roman Jiráček, Ph.D., MUDr. Martin Vyhnaněk

Doporučená cena 200 Kč



MEDICAL SERVICES

komplexní informační servis ve zdravotnictví

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

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



MLADÁ FRONTA

Pradaxa v prevenci cévní mozkové příhody a systémové embolie

Vážená paní doktorko,
Vážený pane doktore,

Společnost Boehringer Ingelheim si Vám dovoluje oznámit, že přípravek Pradaxa (dabigatran etexilát) byl schválen Evropskou lékovou agenturou (EMA) v indikaci „Prevence cévní mozkové příhody a systémové embolie u dospělých pacientů s nevalvulární fibrilací síní (FS) s jedním nebo více rizikovými faktory“.*

Pradaxa je prvním převratným přípravkem v prevenci cévní mozkové příhody a systémové embolie u pacientů s FS po více než 50 letech:

- Pradaxa 150 mg 2x denně je jediným perorálním antikoagulanciem s prokázanou významně vyšší účinností ve snížení rizika cévní mozkové příhody a systémové embolie ve srovnání s dobře kontrolovaným warfarinem.
- Pradaxa 150 mg 2x denně významně snižuje relativní riziko cévní mozkové příhody a systémové embolie o 35 % ve srovnání s dobře kontrolovaným warfarinem se srovnatelným výskytem závažného krvácení.
- Pradaxa 150 mg 2x denně snižuje výskyt intrakraniálního krvácení o 59% ve srovnání s dobře kontrolovaným warfarinem.
- Na rozdíl od warfarinu Pradaxa nevyžaduje rutinní monitoraci antikoagulačního účinku nebo úpravu dávky, má nízký potenciál pro lékové interakce a účinek není ovlivněn stravou.
- Pradaxa 110 mg 2x denně je indikována hlavně pro pacienty starší 80 let (podrobné informace v SPC). Pradaxa 110 mg není horší než dobře kontrolovaný warfarin ve snížení rizika cévní mozkové příhody a systémové embolie a je účinnější ve snížení výskytu závažného krvácení.

Pradaxa – edukace

Boehringer Ingelheim si Vám dovoluje nabídnout edukační materiály o přípravku Pradaxa. Byly vytvořeny k poskytnutí praktických informací jak přípravek správně používat. Zahrnují souhrn údajů o přípravku (SPC), doporučení pro předepisující lékaře se základními informacemi k přípravku, které by měly minimalizovat riziko krvácení, a výstražnou informační kartu, kterou by měl obdržet každý pacient, jemuž bude přípravek předepsán.

K dispozici jsou dva edukační materiály pro přípravek Pradaxa pro každou ze schválených indikací:

- Prevence cévní mozkové příhody a systémové embolie u dospělých pacientů s nevalvulární fibrilací síní (FS) s jedním nebo více rizikovými faktory (viz výše).
 - Primární prevence žilních tromboembolií u dospělých pacientů po elektivních totálních náhradách kyčelního nebo kolenního kloubu
- Pro vyžádání edukačního balíčku o přípravku Pradaxa prosím kontaktujte regionálního zástupce společnosti Boehringer Ingelheim nebo nám zavolejte na telefonní číslo 234 655 111. Výše uvedené informace k přípravku si můžete stáhnout také z webových stránek: www.boehringer-ingelheim.cz/odbornici

Informace o dávkování přípravku Pradaxa

V prevenci cévní mozkové příhody a systémové embolie u dospělých pacientů s nevalvulární fibrilací síní (FS) s jedním nebo více rizikovými faktory (viz výše):

- Doporučená denní dávka je jedna tvrdá tobolka **150 mg dvakrát denně**.
- Pro vybrané skupiny pacientů, např. pro pacienty starší 80 let, je definovanou denní dávkou jedna tvrdá tobolka **110 mg dvakrát denně** (více informací v SPC).

V primární prevenci žilních tromboembolií u dospělých pacientů po elektivních náhradách kyčelního nebo kolenního kloubu:

- Doporučená denní dávka **jsou dvě tvrdé tobolky 110 mg jednou denně**.
- Pro vybrané skupiny pacientů, např. pro pacienty se středně těžkou poruchou funkce ledvin (CrCl 30–50 ml/min) nebo pacienty starší 75 let, jsou definovanou denní dávkou dvě tvrdé tobolky **75 mg jednou denně** (více informací v SPC).

S přátelským pozdravem za společnost Boehringer Ingelheim

Dr. Vlastimil Školník

MUDr. Helena Hofmanová




Boehringer Ingelheim, spol. s r. o., Na Poříčí 3a/1079, 110 00 Praha 1 – Nové Město, tel: +420 234 655 111 e-mail: infocz@boehringer-ingelheim.com, www.boehringer-ingelheim.cz

* Rizikové faktory: cévní mozková příhoda, tranzitorní ischemická ataka nebo systémová embolie v anamnéze, ejekční frakce levé komory < 40%, symptomatické srdeční selhání třídy II či vyšší podle klasifikace NYHA, věk ≥ 75 let či věk ≥ 65 let spojený s jedním z následujících onemocnění: diabetes mellitus, ischemická choroba srdeční nebo hypertenze.

Zdroje: 1. SPC Pradaxa 75 mg, 110 mg, 150 mg tvrdé tobolky 08/2011. 2. Connolly SJ et al. N Engl J Med 2009; 361: 1139–1151. 3. Connolly SJ et al. N Engl J Med 2010; 363: 1875–1876.

Zkrácená informace o přípravku PRADAXA

Složení: Jedna tvrdá tobolka obsahuje 75/110/150mg dabigatranu etexilátum.

Indikace: Primární prevence žilních tromboembolií u dospělých pacientů, po elektivní náhradě kyčelního nebo kolenního kloubu. Prevence cévní mozkové příhody a systémové embolie u dospělých pacientů s nevalvulární fibrilací síní s jedním nebo více následujícími rizikovými faktory: cévní mozkové příhoda, tranzitorní ischemická ataka nebo systémová embolie v anamnéze; ejekční frakce levé komory < 40%; symptomatické srdeční selhání tř. 2 či vyšší dle klasifikace NYHA; věk ≥ 75 let; věk ≥ 65 let spojený s jedním z následujících onemocnění: diabetes mellitus, ischemická choroba srdeční nebo hypertenze.

Dávkování a způsob podání:

Primární prevence žilních tromboembolií u dospělých pacientů po elektivní náhradě kyčelního nebo kolenního kloubu: Doporučená dávka je 220 mg 1x denně. Perorální léčbu je třeba zahájit během 1-4 hodin po ukončení operace podáním 1 tob. po 110 mg, poté je nutno pokračovat 2 tob. 1x denně po celkovou dobu 10 dnů po elektivní náhradě kolenního kloubu a 28-35 dnů po náhradě kyčelního kloubu. Snížená dávka 1 tob. po 75 mg během 1-4 hod. po ukončení operace a dále 2 tob. po 75 mg 1x

denně po dobu 10 dnů po náhradě kolenního kloubu a po dobu 28-35 dnů po náhradě kyčelního kloubu: věk nad 75 let, střední stupeň renální insuficience (CrCL 30-50 ml/min), současně podávání amiodaronu, chinidinu nebo verapamilu. U pacientů s CrCL 30-50 ml/min a současně léčených dabigatran etexilátem a verapamilem - zvážit snížení dávky na 75 mg denně.

Prevence cévní mozkové příhody a systémové embolie u dospělých pacientů s nevalvulární fibrilací síní: Doporučená denní dávka je 300 mg (1 tob. po 150 mg 2x denně). Léčba musí být dlouhodobá. Dávka 220 mg (1 tob. po 110 mg 2x denně) - věk 80 let a vyšší, současně užívání verapamilu. Zvážit dávku 220 mg (1 tob. po 110 mg 2x denně): věk 75 až 80 let, pokud je riziko tromboembolie nízké a riziko krvácení vysoké; jedinci s gastritidou, ezofagitidou nebo s gastroezofageálním refluxem; CrCL 30-50 ml/min a současně vysoké riziko krvácení. Tobolku polykat celou, neotvírat, protože tím může být zvýšeno riziko krvácení.

Kontraindikace: Hypersenzitivita na léčivou nebo pomocnou látku přípravku, těžká porucha funkce ledvin (CrCL < 30 ml/min), klinicky významné krvácení, organická léze s rizikem krvácení, porucha hemostázy, porucha funkce jater nebo jaterní one-

mocnění ovlivňující přežití, souběžná léčba systémově podávaným ketokonazolem, cyklosporinem, itakonazolem a takrolimem.

Zvláštní upozornění: Nedoporučuje se podávat pacientům s dvojnásobným zvýšením hodnot jaterních testů nad horní hranici normy. Faktory spojené se zvýšenou plazm. koncentrací dabigatranu: CrCL 30-50 ml/min, věk ≥ 75 let, hmotnost < 50 kg, současně podávání silných inhibitorů glykoproteinu P (např. amiodaronu, chinidinu, verapamilu). Dabigatran v dávce 150 mg 2x denně byl spojen s vyšším výskytem závažných gastrointestinálních krvácení. Pozorováno u pacientů 75 let a starších. Riziko tohoto krvácení zvyšuje podávání kys. acetylsalicylové (ASA), klopidogrelu nebo nesteroidních protizánětlivých léčivých přípravků (NSAID). K prevenci možno podat PPI. Opatrně podávat u pacientů se zvýšeným rizikem krvácení. Faktory zvyšující riziko krvácení: věk ≥ 75 l., CrCL 30-50 ml/min., současně podávání silných inhibitorů glykoproteinu P, hmotnost < 50 kg, ASA, klopidogrel, NSAID, poruchy koagulace, trombocytopenie, funkční defekty krevních destiček, aktivní vředová choroba, nedávné gastrointestinální krvácení, nedávná biopsie nebo závažné zranění, nedávné intrakraniální krvácení, chirurgický výkon

v oblasti mozku, míchy nebo oka, bakteriální endokarditida. Akutní chirurgický a jiný výkon: léčbu dočasně přerušit; pokud je to možné, výkon odložit nejméně o 12 hod. Nedoporučuje se podávat u pacientů podstupujících anestezii s pooperačním ponecháním epidurálně zavedeného katétru

Interakce: Nefrakcionovaný heparin, nízkomolekulární heparin a deriváty heparinu, (fondaparinux, desirudin), trombolytika, antagonisty receptoru GPIIb/IIIa, tiklopidin, prasugrel, dextran, sulfinpyrazon, rivaroxaban a antagonisté vitamínu K - souběžně podávání nebylo zkoumáno a může být zvýšené riziko krvácení. Současné podávání ASA, klopidogrelu, NSAID může zvýšit riziko krvácení. Dabigatran etexilát a dabigatran nejsou metabolizovány v systému cytochromu P450, proto nejsou předpokládány související lékové interakce. Silné inhibitory glykoproteinu P: amiodaron, verapamil, chinidin, ketokonazol, klarytromycin - pečlivě sledování, k identifikaci zvýšeného riziko krvácení možno použít aPTT a dTT testy. Vyhnout se současnému podávání se silnými induktory glykoproteinu P (třezalka tečková, karbamazepin, rifampicin).

Nežádoucí účinky: Nejčastěji hlášeným je krvácení (závažné nebo

velké v klinických studiích hlášeno pouze vzácně). Hlášeny jako časté: snížení koncentrace hemoglobinu (prim. prevence žilní tromboembolie), anémie, epistaxe, gastrointestinální poruchy - krvácení, bolest břicha, průjem, dyspepsie, nauzea.

Zvláštní opatření pro uchovávání: Uchovávat v původním obalu, aby byl přípravek chráněn před vlhkostí.

Datum poslední revize textu: 08/2011.

Držitel rozhodnutí o registraci: Boehringer Ingelheim International GmbH, Ingelheim am Rhein, Německo.

Registrační č.: Pradaxa 75 mg EU/1/08/442/001-2; Pradaxa 110 mg EU/1/08/442/005-006,014; Pradaxa 150 mg EU/1/08/442/011,012.

Indikace: Primární prevence žilních tromboembolií u dospělých pacientů, po elektivní náhradě kyčelního nebo kolenního kloubu - přípravek je částečně hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Indikace: Prevence cévní mozkové příhody a systémové embolie u dospělých pacientů s nevalvulární fibrilací síní - přípravek není hrazen z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Před podáním se seznamte s úplnou informací o přípravku.

Zlepšení prevence mozkových cévních příhod novými léky proti srážení krve

Fibrilace síní je jedním z největších medicínských problémů současnosti. Je to dáno dvěma faktory:

- kvantitativně (jedná se o nejčastěji se vyskytující poruchu srdečního rytmu, trpí jí miliony osob na celém světě),
- rizikem velmi závažných komplikací (zejména mozkové mrtvice vedoucí ke smrti nebo k trvalé těžké invaliditě).

Mozková mrtvice (tzv. cévní mozková příhoda, iktus) je přibližně stejně častá jako srdeční infarkt (infarkt myokardu), ale bohužel mnohem hůře léčitelná a i přes pokroky současné medicíny má obvykle velmi závažné následky. Ještě důležitější než u infarktu je proto prevence. A u nemocných s fibrilací síní (kteří jsou téměř všichni rizikem mozkové mrtvice ohroženi) je nejúčinnější známou prevencí iktu tzv. antikoagulační (protisrážlivá)

léčba (pacienti často lidově nazývaná „ředění krve“).

Hledání svatého grálu

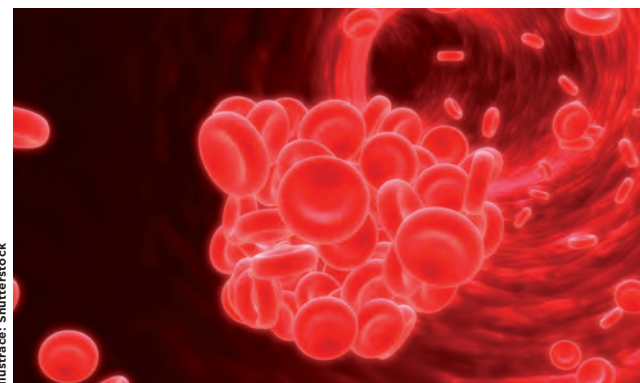
Antikoagulační léčba se u nás i ve světě používá přes 50 let. Po celou tuto dobu se k ní používají léky ze skupiny tzv. antagonistů vitamínu K (warfarin či deriváty kumarinu). Tyto látky (někdy též ve vysokých dávkách používané jako jed na hubení hlodavců) jsou velice účinné, mají však dvě zcela zásadní nevýhody:

- medicínskou (kolísání hladiny, riziko zesílení nebo naopak zeslabení účinku řadou potravin, nebezpečné interakce s mnoha léky, atd.),
- praktickou (nutnost pravidelných krevních odběrů ke kontrole účinnosti léčby - tzv. Quickův test).

Po celých 50 let proto medicínský výzkum hledal lék, který bude srovnatelně účinný a přitom bezpečně-

ší než warfarin a/nebo účinnější při srovnatelné bezpečnosti jako warfarin. Současně by měl být praktický pro užívání - tedy bez nutnosti častých kontrolních odběrů krve. Nyní se zdá, že toto „hledání svatého grálu“ antikoagulační léčby je konečně korunováno úspěchem. Farmaceutické firmy vyvinuly několik velmi slibných léků, které jsou příslibem, že by postupem času mohly nahradit málo oblíbený warfarin. Prvním z těchto léků je **dabigatran (firemním názvem Pradaxa)**, který je právě nyní (se zpožděním několika měsíců proti USA a Kanadě) uváděn na evropský trh. Kromě toho, že je prvním lékem z této nové skupiny, má dabigatran jednu zcela unikátní výhodu: dvě různé dávky (110 a 150 mg v tabletech) lékařům umožňují „ušít“ léčbu konkrétnímu pacientovi na míru:

- pro nemocného, který má mírně vyšší riziko krvácivých kompli-



ilustrace: Shutterstock

kací při spíše nižším riziku iktu je vhodná dávka 2x 110 mg denně (stejně účinná a bezpečnější než warfarin),

- pro nemocného s vyšším rizikem iktu a menším rizikem krvácení je vhodná dávka 2x 150 mg denně (stejně bezpečná a účinnější než warfarin).

Přejí tomuto novému léku (i všem jeho následovníkům, které lze

očekávat v nejbližších cca 2-3 letech), aby se vynikající výsledky dosažené na souboru 18 tisíc nemocných ve studii RE-LY (a na dalších 14 tisících pacientech ve studii ROCKET-AF pro druhý takový lék rivaroxaban) potvrdily i v dlouhodobé praxi a pacienti tak měli k dispozici léky účinnější, bezpečnější a praktičtější než warfarin.

prof. MUDr. Petr Widimský, DrSc., FESC

19. 10. 2011 Praha,
Clarion Congress
Hotel Prague

konference

ZHOUBNÝ NÁDOR A TROMBÓZA – MEZIOBOROVÝ POHLED



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

Odborný garant: doc. MUDr. Petra Tesařová, CSc.

Předsedající: prof. MUDr. Václav Monhart, CSc., prof. MUDr. František Kölbl, DrSc.

Program:

- 13.30 - 14.00** registrace
14.00 - 14.15 úvod
14.15 - 14.45 **Trombofilní stav u hematologických malignit – patofyziologie, vliv nových léků a současná doporučení pro profylaxi**
– doc. MUDr. Ivan Špička, CSc.
14.45 - 15.15 **Kontroverze v prodloužené profylaxi v onkogynekologii** – prof. MUDr. Lukáš Rob, CSc.
15.15 - 15.45 **Profylaxe žilní trombózy a plicní embolie u urologických a onkurologických výkonů**
– MUDr. Michaela Matoušková
15.45 - 16.15 přestávka
16.15 - 16.45 **Problematika TEN v chirurgických oborech se zaměřením na onkochirurgii**
– prof. MUDr. Zdeněk Krška, CSc.
16.45 - 17.15 **Nízkomolekulární hepariny v prevenci a léčbě tromboembolické nemoci u onkologicky nemocných** – prof. MUDr. Jan Kvasnička, DrSc.
17.15 - 17.30 **Tromboembolické komplikace u pacientů s nádorovým onemocněním a jejich vztah k příčině úmrtí** – MUDr. Marek Grega
17.30 - 19.00 volná diskuse a občerstvení, předávání certifikátů

Vzdělávací akce je pořádána dle stavovského předpisu č. 16 a bude ohodnocena 4 kredity ČLK.

Registrační poplatek: 100 Kč – platba předem, 150 Kč – platba na místě

Změna programu vyhrazena

Registrujte se na www.medical-services.cz

**MEDICAL
SERVICES**

Hlavní partner



Záštita



**ZDRAVOTNICKÉ
NOVINY**

Postgraduální
medicína

Pooperační stavy v plastické chirurgii

Precizně provedená operace, dodržení doporučeného pooperačního režimu pacientem a patřičná péče o projizvené tkáně jsou předpokladem ke konečnému velmi dobrému výsledku jakékoli plastickochirurgické operace.

Již z dob prvobytně pospolného řádu jsou – prostřednictvím archeologických vykopávek – známy první pokusy o chirurgickou činnost. Ve starém Egyptě, později v Řecku (Hippokratova doba) a v Římě (Galenos) se šířilo léčitelství, prvořadě bylo zachránit život nebo vyléčit nemoc. Vývoj primitivní medicíny byl velmi pomalý. Teprve koncem 19. století, s novými poznatky z problematiky anestezie, asepse, antiseptiky a sterility a s Roentgenovým objevem paprsků X, byly položeny základy moderní medicíny. V rámci rozvoje chirurgické operativy byly čím dál více uplatňovány techniky, jež umožnily snížit náročnost operací a tím i riziko komplikací.

V posledních letech je úkolem operativy kteréhokoli chirurgického oboru nejen vyléčit pacienta, ale také minimalizovat následky operace. V plastické chirurgii, v oblasti kosmeticko-estetických operací, se zdokonalují vlastní operační postupy a narkóza stále méně zatěžuje organismus. S pomocí nejmodernějších přístrojů se zkracuje doba zákroku a zvyšuje se jeho efektivita. V posledních letech používáme operační laser, ultrazvuk u tzv. harmonického skalpelu, endoskopické jednotky, tukovou tkáň nám pomáhají odstraňovat mikrovibrace. Nové biokompatibilní materiály se uplatňují u nejrozličnějších typů implantací, kmenové buňky umožňují rychlejší regeneraci tkání. Pro urychlení hojení a jizvení tkání se aplikují

účinné celkově působící léky. Pozitivně ovlivnit povrchové tkáně je možno aplikací různých masť a gelů a také některými typy fyzikálního vlnění.

Problematika „stárnoucího obličej“

Obecné principy hojení a jizvení tkání platí pro kteroukoli tělesnou oblast či orgán. Na příkladu operativního řešení problematiky tzv. stárnoucího obličej je patrné, že nejde jen o to oblast dobře odoperovat, ale také bez komplikací zahojit a položit tak základ k vytvoření pouze nenápadných jizev.

Po 40. roce věku postupně dochází k projevům souboru typických potíží, pro které se vžil po-

jem „stárnoucí obličej“. Stav je charakterizován tvorbou mnohčetných vrásek na rtech, bradě, kolem víček a na čele. Dalším projevem je prohlubování rýh oblastí nosolící a nad kořenem nosu, kosmeticky a často i funkčně ženy obtěžuje přítomnost nadbytků a převisů kůže víček. V této oblasti navíc vznikají i typická vyklenutí, kterým se říká tukové prolapsy neboli váčky. Snížení kožní pružnosti celého obličej se zhoršením přirozeného napětí svalové tkáně závěsného systému tváří a krku způsobí uvolněnost a pokles kůže této krajiny. Popsaný stav může být vystupňován mírnou atrofií rtů, poklesem obočí, tvorbou světle hnědých pigmentací a venektazií.



Ilustrační foto: Shutterstock

U popsáných příznaků je nejčastěji prováděným výkonem tzv. rekonstrukce obličej. V jedné době, během asi 4,5 hodin, je proveden klasický facelift, plastika horních víček, transkonjunktivální plastika dolních víček, úprava oblasti nad kořenem nosu a nosolící rýh, redukce podbradku a plošný laser vrásek, zejména centrální třetiny obličej. Při této operaci též můžeme zvětšovat rty, případně endoskopicky upravovat čelo nebo oblast krku. Popsaný výkon je samozřejmě možno rozdělit i na několik etap a ope-rovat ve více dobách.

Faktory úspěchu a efektivity

Úspěch plastickochirurgického zákroku, a tedy spokojenost pacientky závisí na správném stanovení optimálního postupu léčby „stárnoucího obličej“. Kombinací popsáných operačních technik v jedné době se docílí maximální efektivity procedury, doba nutné pooperační péče (obvykle 2-3 týdny) zůstává nezměněna. Určení správného postupu terapie, precizně provedený operační zákrok, dokonalé technické zázemí plastickochirurgického pracoviště, spolupráce pacienta s lékařem a jeho dobrý celkový zdravotní stav patří mezi nejdůležitější faktory ovlivňující výsledek léčby. Péče o operovanou oblast v pozdním pooperačním období by měla být samozřejmostí.

Vlastní odborná péče o pacienta trvá podle rozsahu výkonu obvykle 2-3 týdny. Po odstranění stehů, kdy jsou všechny preparované tkáně chirurgicky zhojeny, nastupuje fáze jizvení a přestavby jizevnatého vaziva, jež trvá nejméně dalších 6 měsíců. Vazivové buňky, které způsobují jizvení ve všech tkáních, kde chirurg operoval, se tvoří v době, kdy preparované tkáně nemají dostatečné prokrvení po operaci. Takto vzniklé vazivo je pevná, zcela nepružná a tuhá tkáň. V některých situacích může způsobit i tvarovou deformitu oblasti a tím zne-

hodnotit kosmetický výsledek operace. V dalších měsících, přibližně od 8. týdne po operaci, dochází k postupné přestavbě tohoto jizevnatého vaziva. Proces přestavby trvá dalších asi 6 měsíců, ale jde o velmi individuální záležitost. Zevní projevy jizvení se zmírňují – jizva měkne, bledne, napětí a tlak v místě sešití kůže a preparace tkání se zmenšují, až zmizí.

Péče o projizvené tkáně

Pozitivním způsobem je možno popsané jizvení ovlivnit několika způsoby:

1. Léčba medikamentózní – aplikací preparátů urychlujících vstřebávání otoků a modřin (např. Aescin dražé – předepisuje lékař). **Podpůrná terapie** – užívání přípravků systémové enzymoterapie typu Wobenzym nebo Phlogenzym.

2. Léčba tzv. biolaserem – jde o opakovanou aplikaci laserového paprsku o nízké energii na jizvu. Zrychlí se tak rychlost prorůstání cévních kapilár do jizevnatého vaziva a tím se jizva rychleji znenápadní.

3. Aplikace speciálních masť (např. Contratubex) **či silikonových preparátů** (např. DermatrixSiGel, silikonový gel) rovněž pozitivně ovlivní prokrvení jizvy kůže.

4. Tlakové masáže, které se provádějí buď v rozsahu pouze viditelné jizvy, nebo plošně v rozsahu celého operačního pole. Pozitivně se díky nim mění prokrvení oblasti – tím je výrazně ovlivněno celkové množství vznikajícího vaziva a urychlena jeho přestavba. Každý pacient si tyto masáže může provádět sám dle rady svého operátora. Technika masáže: Bříško prstu nebo celá dlaň (podle velikosti plochy) se přiloží na projizvenou oblast. Silným tlakem, bez pohybu ruky nebo prstů, se po dobu 30 sekund tlačí na stanovenou oblast. Tento postup je nutno provést 15-20x za 24 hodin, intervaly nemusí být pravidelné.

prim. MUDr. Vlastimil Višek, CSc.

Inzerce A111014336



15. Česko-slovenský psychiatrický sjezd
12.–15. 10. 2011, Hotel Voroněž I, Brno



Pořádá:
Psychiatrická společnost České lékařské společnosti J.E. Purkyně
Česká psychiatrická společnost o. s.

Spolupořádá:
Psychiatrická společnost SLS
Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno

Zástitky:
World Psychiatric Association
prof. MUDr. Jiří Mayer, CSc., děkan LF MU Brno
MUDr. Roman Kraus, MBA, ředitel FN Brno
Bc. Roman Onderka, MBA, primátor statutárního města Brna
Mgr. Michal Hašek, hejtman Jihomoravského kraje

www.csps2011.cz

TRENDY A PERSPEKTIVY MEDICÍNSKÝCH OBORŮ GASTROENTEROLOGIE VIII

Refluxní choroba – současné přístupy

S tím, jak byla reflexní choroba znovu objevována a stoupal její „výskyt“, se o ní začalo psát jako o nemoci 21. století, nebo dokonce třetího tisíciletí. Hlavní příčinou refluxní choroby jsou poruchy motility, které působí patologický gastroezofageální reflux.

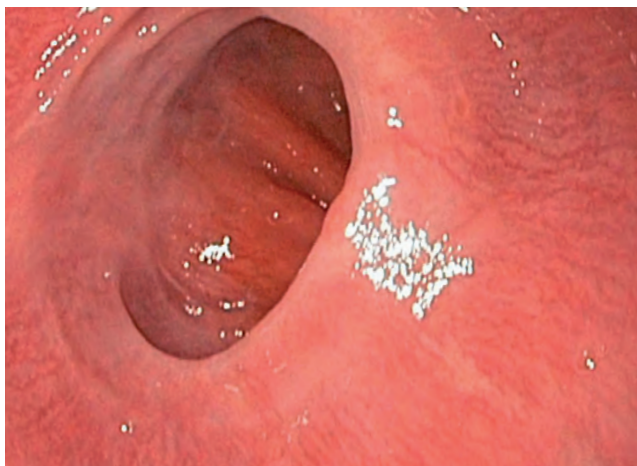
Refluxní choroba nebyla onemocněním neznámým, ale znalosti o ní – a zejména o její účinné léčbě – se začaly prohlubovat koncem minulého tisíciletí. Přispěl k tomu jistě i vývoj tehdy nových léků, prokinetik, antagonistů H₂ receptorů a inhibitorů protonové pumpy. Roli v její stoupající „popularitě“ rovněž hrála nejen zlepšená diagnostika, ale i fakt, že infekce *Helicobacter pylori* působí zánět a při něm dochází k útlumu tvorby kyseliny chlorovodíkové. Po eradikaci bakterie dochází k „odbrzdění“ tvorby HCl s nástupem její větší produkce.

Při poruchách motility, jež jsou hlavní příčinou onemocnění, dochází ke snížení tonu dolního jícnového svěrače (způsobenému buď přechodnými relaxacemi, nebo častými a déle trvajícími relaxacemi, případně rovněž snížením tonu), dále k porušení samočisticí schopnosti jícnu, dysmotilitě jícnu a dysmotilitě žaludku (opožděná evakuace). Do jícnu se dostává refluxát, který může obsahovat kyselinu chlorovodíkovou, pepsin, žluč a pankreatický sekret. K poruše obranných mechanismů je ještě přiřazována nedostatečná lumenální očista, změněná tkáňová rezistence a postepiteliální porucha mikrocirkulace. K potížím přispívá přítomnost hiátové hernie, která se vyskytuje u 50–90 % nemocných s refluxní chorobou.

Refluxní choroba mimo jícen – extraezofageální

Refluxní choroba postihuje buď jen jícen (refluxní choroba jícnu), nebo se dostává i mimo jícen – pak se hovoří o refluxní chorobě mimojícnové. Příčinou je extraezofageální reflux, což je stav, kdy dochází k průniku (duodeno)gastričního obsahu nad úroveň horního jícnového svěrače a kdy reflux působí obtíže nebo komplikace v laryngu, faryngu, respiračním traktu a ústní dutině.

Etiopatogeneze refluxní choroby mimojícnové se podstatněji neliší od choroby jícnové. Za nej-



Fibroidní zjizvení v distálním jícnu způsobené chronickým refluxem.

Foto: kolumbus.fi

důležitější příčinou se považuje nedomykání horního jícnového svěrače. Podmínkou je pochopitelně i nedomykání svěrače dolního. Závažným faktorem je nejen chemické složení refluxátu, ale též délka jeho expozice na sliznici jednotlivých orgánů. Roli může hrát rovněž spánkový reflux. Při normálním kontaktu kyselého obsahu s jícnovým epitelem se objevuje nepříjemný příznak – pyróza, zvýší se vylučování slin s větší koncentrací bikarbonátů a tím pádem i častost polykání. Je to odezva sloužící k neutralizaci a odstranění refluxátu z jícnu.

Noční reflux – původce závažných komplikací

Ve spánku klesá frekvence polykání i tvorba slin a odpadá výrazný vliv gravitace na odstranění refluxátu. Ukazuje se, že pacienti s refluxní chorobou mají dlouhé noční epizody kyselého refluxu. Dlouhodobý kontakt kyselého obsahu s jícnovým epitelem výrazně porušuje normální bariéru a dochází k rozšíření intercelulárních prostorů, kterými pak do hloubky pronikají vodíkové ionty, jež způsobují nejen slizniční poškození, ale rovněž vyvolávají bolestivé pocity kontaktem s autonomním nervovým systémem.

Pacienti s komplikovanými formami refluxní choroby jícnu (např.

erozivní ezofagitida) mají daleko delší kontakt kyselého obsahu vleže ve spánku než osoby s méně významnou formou refluxní choroby jícnu. Dále se poukazuje na to, že nemocní s Barretovým jícnem mají opakované epizody spánkového refluxu. Epidemiologické studie uzavírají, že noční pyróza je signifikantním rizikovým faktorem pro adenokarcinom jícnu. Nejsignifikantnějším prediktorem poškození jícnové sliznice je reflux v poloze na zádech či reflux bipoziční (v poloze na zádech a vestoje). Z výše uvedeného vyplývá, že čas kontaktu sliznice jícnu s kyselým obsahem je rozhodujícím faktorem komplikované refluxní choroby jícnu a noční reflux se objevuje u pacientů s vážnými komplikacemi.

Pestrost přidružených onemocnění

Extraezofageální refluxní choroba se může manifestovat různými nemocemi podle cílového orgánu, kam proniká refluxát. Při postižení hrtanu, průdušnice, průdušek a plic je možno nalézt např. laryngitidu, laryngotracheitidu, *asthma bronchiale*, chronickou obstrukční bronchopulmonální chorobu nebo recidivující bronchopneumonie. K nemocem hltnu se řadí chronická faryngitida, hyperplazie kořene jazyka, obstrukční *sleep*

apnoe syndrom, a dokonce i karcinom hltnu.

Při poškození nosu a vedlejších dutin je nalézána chronická rhinosinusitida a epifaryngitida (*postnasal drip*). Mohou se vyskytnout recidivující sinusitidy. V ústní dutině vznikají účinkem kyseliny dentální eroze. Je-li postiženo ucho, objevuje se chronická nebo recidivující akutní otitida.

Diagnostika – důležitost správné anamnézy

Ke stanovení diagnózy extraezofageální refluxní choroby neexistuje jednoduchá a specifická diagnostická metoda. Stejně jako u klasické refluxní choroby jícnu není korelace mezi tíží příznaků a tíží onemocnění i vnímáním příznaků, což může být dáno též rozdílným prahem bolesti.

Pro diagnózu je zásadní správně odebraná anamnéza. Vyšetření instrumentálním nebo přístrojovým je dávana přednost dle výchozí odbornosti. Využívá se ezofagogastroduodenoskopie, laryngoskopie, videokymografie, videolaryngoskopie, vyšetření tekutiny z bronchoalveolární laváže, 24hodinová dvoukanálová pH-metrie, 24hodinová impedance (*multichannel intraluminal impedance, MII*), *high-resolution* manometrie (HRM), rtg vyšetření (polykací akt, rtg vyšetření jícnu a žaludku a duodena s kontrastní látkou), měření pH v oblasti orofaryngu (Restech Dx-pH systém), Peptest (detekce pepsinu).

Praktičtí lékaři mají vlastní strategii, užívají diagnosticko-terapeutický test s inhibitory protonové pumpy. Je prováděn po zhodnocení anamnézy a eventuálně dostupných vyšetření. Spočívá v nasazení inhibitoru protonové pumpy v dostatečné dávce zejména u nemocných mladších 45 let s epizodickými obtížemi bez chronického charakteru při normálním somatickém nálezu. Pacient nesmí mít alarmující příznaky (hubnutí, hemateméza, meléna, anémie, dysfagie, odynofagie). Pracovní diagnóza je pak stanovena na základě typické symptomatologie. Pozitivní terapeutický test diagnózu podporuje. Další vyšetření jsou třeba, pokud potíže trvají déle než 6 týdnů, nebylo dosaženo odpovědi na adekvátní léčbu, nemocný je starší 45 let, má patologický fyzikální nálezu nebo se objevují alarmující příznaky.

Refrakterní refluxní choroba

Další diskutovanou oblastí je refrakterní refluxní choroba jícnu, která je definována jako stav, kdy i přes maximální léčbu (tj. podá-

vání inhibitoru protonové pumpy v plné dávce 2x denně) refluxní symptomy přetrvávají nebo se objeví nové a selhává hojení ezofagitidy. Je však možné, že část pacientů s refrakterní refluxní chorobou jícnu není dostatečně vyšetřena, dostatečně léčena (inhibitor protonové pumpy jen 1x denně) nebo je lék nesprávně užíván (mělo by se tak dít nalačno, 30–60 minut před jídlem, nejlépe ráno, kdy je většina protonových pump aktivních). I řádně podávaná léčba však selhává u 25–42 % pacientů, kteří jsou pak označovani jako „obtížně léčitelní“. U nich často jedna dávka inhibitoru protonové pumpy nemusí potlačit sekreci ve všech protonových pumpách, proto má být podávána druhá dávka večer; tento způsob podání je úspěšný u další čtvrtiny pacientů. Případně je možno zkusit jiný inhibitor protonové pumpy. Zejména tam, kde jsou jasné příznaky poruchy motility jícnu i žaludku (regurgitace, pocity nadmutí, časně sytosti a postprandiální plnosti), nebo při mimojícnových projevech, je pak vhodné přidávat prokinetikum. Prokinetika jsou nesporně nejlogičtější léčbou, neboť příčinou RCHJ je porucha motility.

V poslední době je užíván zejména itoprid v dávce 3x 50–100 mg. Při nálezu erozivní ezofagitidy musí být vyloučena další onemocnění a to ezofagitida poléková, ezofagitida infekční, kožní onemocnění, hypersekrece (Zollingerův-Ellisonův syndrom), genotypový rozdíl (acid-inhibiční účinek inhibitorů protonové pumpy závisí na genotypu) a ezofaginální ezofagitida. Při negativním endoskopickým nálezu přichází diferenciálnědiagnosticky v úvahu v první řadě špatná interpretace symptomu, dále achalázie, porucha evakuace žaludku (gastroparéza), noční vzestup acidity, tzv. funkční pyróza a non-acidní reflux.

Léčebné možnosti – chirurgie až nakonec

V současnosti přetrvává základní názor, že pacient s příznaky refluxní choroby, jícnové i mimojícnové má být řádně vyšetřen a dlouhodobě sledován při léčbě. Ta musí být komplexní a sestávat z opatření režimových i dietních. Medikamentózní terapie má dva základní pilíře: inhibitory protonové pumpy a prokinetika; často jsou užívány v kombinaci, vždy však musí být jejich dávka dostatečná. Prvním krokem v léčbě je vždy přístup konzervativní, nikoli chirurgický.

prim. MUDr. Karel Lukáš, CSc.

4. interní klinika I. LF UK a VFN Praha

Erbitux hrazen jako léčba první linie u mCRC

Erbitux (cetuximab) od 1. července získal úhradu pro léčbu pacientů s metastazujícím kolorektálním karcinomem (mCRC) v první linii a stal se tak první cílenou biologickou látkou se známým prediktivním faktorem v této linii léčby. Díky tomuto rozhodnutí mohou onkologové podat personalizovanou léčbu svým pacientům s mCRC, jejíž účinnost lze předpovědět na základě stavu mutace onkogenu KRAS.

Onkogen KRAS je jedním z přenašečů v signální cestě receptoru pro epidermální růstový faktor (epidermal growth factor receptor, EGFR). Při jeho mutaci dochází ke kontinuální aktivaci signální cesty nezávisle na aktivaci nebo inhibici receptoru. Přítomnost mutace KRAS v nádoru je spojována s negativní prognózou onemocnění a jedná se o negativní prediktivní marker v souvislosti se standardní léčbou i s terapií inhibitory EGFR.

Významný přínos v kombinované léčbě

Na základě klinických studií CRYSTAL a OPUS, které byly pře-

zentovány na kongresu ASCO 2008, bylo doporučeno rutinní testování mutace KRAS, neboť právě u nádorů s nemutovanou formou KRAS bylo prokázáno statisticky významné prodloužení přežití bez progresu pacientů s mCRC. Prestižní odborný časopis Journal of Clinical Oncology letos přinesl aktualizovanou analýzu studie fáze III CRYSTAL. Analýza zahrnovala hodnocení celkového přežití (OS) podle stavu mutace onkogenu KRAS u nemocných s metastazujícím kolorektálním karcinomem (mCRC) a prokázala, že přidání cetuximabu (Erbitux) ke standardní chemoterapii (FOLFIRI) u pacientů s nemutovaným

typem KRAS vedlo k významnému prodloužení celkového přežití o 3,5 měsíce ve srovnání se samotným režimem FOLFIRI. CRYSTAL jako jediná dosud provedená studie prokázala významný přínos v celkovém přežití u cílené léčby v kombinaci se současnou standardní chemoterapií (FOLFIRI) v první linii léčby metastazujícího kolorektálního karcinomu.

Efektivní podání nákladné terapie

V duchu prediktivních faktorů a rostoucího významu personalizované medicíny se neslo i nedávné XIX. pracovní setkání fóra onkologů a zástupců zdravotních

pojišťoven, které proběhlo 27. května v Brně (viz www.linkos.cz/odbornici/org_info/Forums_2011.php). „K indikaci cílené léčby je třeba znát cílený prediktor... V případě podané cílené léčby bez diagnostikovaného prediktoru by terapie neměla být proplacena,“ shrnul jeden z hlavních závěrů pracovního setkání přednosta Kliniky komplexní onkologické péče Masarykova onkologického ústavu prof. MUDr. Rostislav Vyzula, CSc. Cílená léčba, u níž je znám prediktivní faktor, a je tedy možné určit, který z pacientů bude z této léčby profitovat, vnáší do financování zdravotního systému úspory, protože v takovém přípa-



Karcinom tlustého střeva.

Ilustrace: topnews.net.nz

dě bude tato nákladná léčba podána efektivně.

Schválení úhrady cetuximabu v první linii léčby mCRC je dobrou zprávou pro všechny. Pro plátce, kteří získávají jistotu, že podávaná léčba je využita efektivně. Pro lékaře, kteří díky prediktivnímu markeru dokáží lépe předvídat léčebný přínos pro pacienta. A především pro samotné pacienty s divokým typem onkogenu KRAS, kterým se tímto rozhodnutím otevírá možnost být léčeni prokazatelně účinným přípravkem již v první linii léčby mCRC.

Inzerce A111013270

ERBITUX
CETUXIMAB

Blocks EGFR – opens new options

Nově úhrada I. linie léčby mCRC

ERBITUX – individualizovaná léčba pro maximální účinnost*

Merck Serono Oncology | Combination is key™

ERBITUX® 5 mg/ml infuzní roztok – Zkrácená informace o přípravku

Léčivá látka: cetuximabum. **Složení:** 5 mg cetuximabu v 1 ml infuzního roztoku. **Indikace:** K léčbě pacientů s metastazujícím kolorektálním karcinomem (mCRC) exprimujícím receptor epidermálního růstového faktoru (EGFR) a vykazujícím gen KRAS divokého typu. Používá se v kombinaci s chemoterapií na základě irinotekanu nebo FOLFOX4 a/nebo jako samostatná látka k léčbě pacientů, u kterých selhala léčba na základě oxaliplatinu a irinotekanu a u pacientů, kteří nesnáší irinotekan. V kombinaci s radiační terapií k léčbě pacientů s lokálně pokročilým spinocelulárním karcinomem hlavy a krku a/nebo v kombinaci s chemoterapií na bázi platiny k léčbě opakovaného a/nebo metastazujícího onemocnění. **Dávkování a způsob podání:** ERBITUX® je podáván 1x týdně. Úvodní dávka je 400 mg/m², následující týdenní dávky jsou každá 250 mg/m². Pacienti musí být premedikováni antihistaminiky a kortikosteroidy. **Kontraindikace:** U pacientů se známou závažnou přecitlivělostí na cetuximab nebo radiační terapii. **Nežádoucí účinky:** Hypersenzitivní reakce: Mírné až středně závažné reakce zahrnují příznaky jako je horečka, třesavka, nevolnost, vyrážka nebo dušnost. K těžkým formám dochází obvykle v průběhu nebo do 1 hodiny po ukončení úvodní infuze. Mezi příznaky patří rychlý nástup obstrukce dýchacích cest (bronchospasmus), kopřivka a/nebo hypotenze. Výskyt závažných reakcí z přecitlivělosti vyžaduje úplné a trvalé přerušení léčby cetuximabem. V kombinaci s lokální radiační terapií se objevily nežádoucí účinky, které jsou pro radiační terapii typické: mukositida, radiační dermatitida a dysfagie nebo leukopenie, převážně ve formě lymfocytopenie. **Kožní reakce:** Zahrnují zejména akneiformní vyrážku a/nebo poruchy nehtů (paronychieum). **Interakce:** V kombinaci s infuzemi fluoropyrimidinů se zvyšuje četnost výskytu srdeční ischemie, včetně infarktu myokardu a městnavého srdečního selhání, stejně jako četnost výskytu syndromu ruka – noha. **Léková forma a balení:** Infuzní roztok. Balení obsahuje jednu 20 ml lahvičku s obsahem 100 mg cetuximabu. **Uchování:** Uchovávejte v chladničce (2 – 8°C). **Držitel rozhodnutí o registraci:** Merck KGaA, 64293 Darmstadt, Německo. **Registrační číslo:** EU/1/04/281/003. **Datum poslední revize textu:** 06/2011. Výdej přípravku je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků zdravotního pojištění k léčbě metastazujícího kolorektálního karcinomu (mCRC) v první linii v kombinaci s režimy FOLFIRI a FOLFOX4. V léčbě druhé linie mCRC v kombinaci s irinotekanem po selhání cytotoxické léčby zahrnující irinotekan nebo oxaliplatinu; v monoterapii, pokud nelze kombinovat s irinotekanem. V léčbě třetí a dalších linií mCRC v monoterapii, pokud nebyl cetuximab použit v předcházející léčbě. V kombinaci s radiační terapií k léčbě pacientů s lokálně pokročilým spinocelulárním karcinomem hlavy a krku. Před předepsáním se seznamte s úplnou informací o přípravku.

* Van Cutsem E, et al. J Clin Oncol 2011 Apr. 10.1200/JCO.2010.33.5091

Úplnou informaci o přípravku obdržíte na adrese:
Divize Merck Serono, Merck spol. s r.o., Na Hřebenech II 1718/10, 140 00 Praha 4
Tel.: +420 272 084 211, Fax: +420 272 084 307, erbitux@merck.cz, www.erbitux.cz,
www.erbitux-international.com

Merck Serono

Merck Serono is a
division of Merck

MERCK

Kolaps zdravého rozumu

Motto: Některé lidi musíme užívat jen ve velmi malých dávkách.

(Jean de La Bruyère)

Přestože se zviřený prach potyčky již dávno usadil, věnujme ještě pozornost ukoptěné červencové mikrode-monstraci na Palackého náměstí – v retrospekci inspirované autentickými výroky samotných odborářských vůdců tak, jak je reprodukovaly přední servery.

Trochu si provětrat plíce

„Víme dobře, že 90 % lidí je proti reformám. Chceme žít a pracovat v klidu a ne se bránit pitomým reformám,“ řekl šéf odborové centrály Zavadil. Samovolně se dostává úvaha, zda tomu muži nepřeskočilo v hlavě. Ne, bez urážky, myslím to úplně doslova. Otočila se mu kauzalita do polohy koncem pánevním. Přeci reformy se dělají právě proto, abychom mohli v klidu žít a pracovat. Jsou předpokladem. Zmatený odborář o tom hovoří jako o dvou zcela různých věcech. Je to v logice výroku: „Nemám čas se zdržovat pitomým poklopem, vždyť musím nejprve čurat.“ Mimochodem, je-li údajně 90 % lidí proti reformám, je divné, že se místo 9 milionů dostavilo jen 500 zle rozkacených podivínů. Ať dělá, co dělá, mně vychází pět setin promile.

„Ať už nám přestanou lhát a říknou, co to skutečně bude stát, abychom si ka-

zdy mohli spočítat, kolik peněz budeme potřebovat na to, abychom v tomto státě mohli slušně žít,“ vzkázal vládě. „Nevyprávějte nám taďy pohádky, pane ministře, nebalamtuje lidi,“ dodal už úplně nepochopitelnou větu. Je to jednak paranoia

(nic nám netají, není totiž co), jednak rouhání. Vzhledem k ekonomickým kalamitám v jiných evropských zemích, provázeným opravdovou nejistotou a dlouhodobou nezaměstnaností mladých lidí (Španělsko 45 %), a vzhledem k úplně nejmenším sociálním rozdílům z celé EU se tu máme jako prasata v žitě, která vši silou tahají za státní cecky. „Hajzle! Hovado! Jdi do prdele!“ řvala na respektovaného slušňáka, do-centa Hegera, lůza utřená ze řetězu, aniž měla tušení proč. Jakýsi pošahaný idiot dokonce ječel: „Chce to revoluci, to už se nedá vydržet. Vyhodíme politiky a znárodníme zdravotnictví.“

„Když to nemůžeš vydržet, tak to pusť,“ říkával mi můj táta, když jsem se jako dítě vztekal. Jsou stejně vygumovaní jako fotbaloví rowdies. Hulákají mimo téma, jen aby si provětrali plíce a necílenou agresivitu.



MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

Dobře vyvinuté exempláře svého druhu

Ministr řekl několik slušných vět, ale byl ukřičen a donucen odejít. „Tohle není místo pro diskusi, diskutovat jste s námi měl dříve a jinde,“ odpověděl mu s krajní arogancí boss Jaroslav Zavadil.

„Viděli jsme klasickou aroganci moci,“ komentoval to ostrovtipně jiný boss, Bohumír Dufek, a to na adresu ministra(?!). Byl tam vůbec? Poslouchal ušima? Ne, zřejmě jen zacvičil povinnou orální sestavu, zajistil si pohodlnou existenci a mohl jít na pivo. Zdá se, že odboráři trpí afazií nebo přinejmenším mají našprtáno několik sémantických polotovarů jako z Orwellovy „Farmy zvířat“ a ty používají úplně bez ohledu na jejich smysl a případnost. Jen lomozí, metají kozelce k ukojení části radikálního členstva a rochní se ve vlastním slovním průjmu. Lituji skutečně, normální a poctivé odboráře, kterým tento slaboučkový výkon stačí. Být to vesnický fotbal, toho pána by určitě vypískali a hnali kolem hříště lafkou od plotu.

„Reakce jsou spontánní,“ vysvětlila animální chování davu předsedkyně

zdravotnických a sociálních odborů Dagmar Žitníková, která se od sprostoty lůzy nedistancovala, ale omlouvala ji slovy, jimiž vskutku vydatně posunula latku trapnosti. Zuříme plebejsky, na český způsob, neznajíce způsoby jiné. Co je to „spontánně“? Stáhnul-li si na Palackého náměstí gaitě, protože se mi chce na velkou, jde nepochybně o spontánní chování. Ovšem hrubě patologické a značí poruchu čelního laloku. Závěr: Ne vždy a všude se lze chovat spontánně. My, normální, se chováme podle určitých norem a pokud možno po zralé úvaze. Technická poznámka odborníka: Nástroj k oné zralé úvaze se nazývá mozek a bývá zpravidla umístěn v hlavě.

Dalo by se vlastně říci, že odboroví bossové Zavadil, Dufek, Žitníková a další jsou v jistém smyslu velmi reprezentativní. Dobře vyvinuté exempláře svého druhu. Ve vycpaném stavu by byly ozdobou každé sbírky. Což jít a tenhle konzervační proces podstoupit dobrovolně? Je nejvyšší čas.

Finanční profanace svátosti zdraví

Co horšího, paní Žitníková se rovněž dopustila hluboké filozofické úvahy. Nelíbí se jí název zákona o zdravotních službách. Služby jsou něco, co je zpoplatnitelné. Což je sice nesmysl, slovo „služby“ zpoplatnitelnost nikterak neimplikuje, neboť i poslední pomazání je služba, ale budiž. Držme stopu jako ohaři a pojďme dále po podivných zákrutách myslí. Reforma prý tím pádem povede k vnímání zdraví jako zboží. Zase ten podvod se slovy. Nemluvíme tu o zdraví, ale o péči o něj. Tedy právě o službách. Opravdu to není totéž. Zdravotní služby ovlivňují zdraví z pouhých 20 %. Jde o základní orientaci ve slovníku, abychom verbálním smogem neznečišťovali veřejný prostor. Zdravotní péče je malou podmnožinou množiny zdraví. Nelze ztotožnit servis automobilu s automobilem samým. Jak tohle nepochopíme, budeme si pořád plést pojmy s dojmy a zesměšňovat se bizarními vývody. Je jisté možné donekonečna meditoval, kolik andělů se vejde na špičku jehly. Plané mudrování nás však nevytrhne. O vnímání tu nejde. Ať si každý vnímá, co je mu líbo. Hlavně jde o ty služ-

by alias péči. Totiž aby fungovaly a abychom na ně měli. Čehož podmínkou je právě reforma. Na název nezáleží ani zbla, neboť pod každým jménem růže voní stejně, jak napsal velký Alžbětinec již v 16. století. A to už je nějaký flák času. Možná je to tím, že moudrost nestárne, kdežto pošetilost umírá mladá.

Samozřejmě, že je péče o zdraví zpoplatnitelná. Jak by ne? A ne málo. Je to čím dál tím větší páška. Což je mimochodem jádro pudla. Jde ovšem o velmi zvláštní zboží prodávané za specifických podmínek finančních i etických. Je z valné většiny placeno solidárním pseudopojišťovenským systémem. Ve vyspělých zemích zhruba ze 75–80 %. Zbytek platí pacient přímo nebo z připojištění. Pořád nechápu, co je na tom tak pohoršlivého, či dokonce nemravného. Opravdu nejsme v situaci, kdy si můžeme dovolit nekoukat na korunu a být tak cimpřlich, abychom hloubali, co by jak mohlo snad možná být někdy někým přecitlivějším vnímáno, jen aby svátost zdraví nebyla znesvěcována něčím tak špinavým a přízemním, jako jsou peníze. Vždyť nás zdravotní služby všechny živí. Všichni to děláme za peníze. Nejde o žádnou sprostárnu. Je to standard. Tedy pokud je bereme legálně, nikoli „nadstandardně“. Jinak řečeno, přesvatá bohyně Zdraví se musí chtít nechtě naučit nějak obcovat s bohem Mamonem. Může to být italské manželství, může lézat nádobí, ale rozvést se prostě nemohou. Nejde to, jsou tu přece děti. Přes veškerou zvláštnost a etickou citlivost tohoto zboží není možné se nad tím rozněžňovat natolik, aby naší pozornosti unikla základní ekonomická pravidla. Jejich ignorování se už zkoušelo za bolševika. A ne v žádné laboratoři, ale neeticky rovnou na živých lidech a bez anestezie...

Zde je váš Rhodos!

Toto není žádná filipika proti odborářům. Alespoň ne proti všem. Odbory mají své skutečné úkoly, jasně odlišené od politických stran. Předmětem starosti odborů tudíž rozhodně nejsou systémové reformy, ale ochrana zaměstnanců, jejich konkrétních pracovních podmínek a mzdová vyjednávání. A dále samozřejmě vše, co souvisí se zákoníkem práce. Pokud tedy akceptujeme legitimitu ústředního zájmu odborů, tj. snahu o udržení monopolu tč. zaměstnaných proti konkurenci tč. nezaměstnaných. A tady je ta past: Čím tužší zákoník práce, tím nižší kvalita práce



„Tohle není místo pro diskusi, diskutovat jste s námi měl dříve a jinde,“ odpověděl ministři s krajní arogancí odborářský boss Jaroslav Zavadil. | Foto: Leoš Chodura

NEJSEM SI JIST

a její produktivita, a tudíž nižší hospodářský růst s vyšší nezaměstnaností, zejména dlouhodobou, k jejímž zvládnutím ovšem scházejí prostředky (viz nižší hospodářský růst). Národní zájem je přesně opačný. Totiž minimální nezaměstnanost a prosperita země. Zde, milé odbory, je vaše arena. Zde je váš Rhodos, zde si zaskákejte. Zde si vyjednejte nějaký kompromis, s nímž sice určitě nebudete spokojeni, ale který přeci jen úplně nezruinuje zemi v globální konkurenci. Do reformy zdravotnictví, školství a financí však, prosím, nemluvejte. Nemáte na to gebír, jak říkala moje babička. Schází vám mandát. A brýle ke korekci těžké myopie.

Deviantní fanatismus

Provařený hradní mluvka, pan Hájek, muž placený z našich daní za to, aby soustavně a závažně diskreditoval instituci úřadu prezidenta republiky, opět exceleoval. Tentokrát diletoval v oboru sexuologie. Prohlásil, že homosexuálové jsou *deviantní spoluobčané*. Nikomu tu neupírám právo na názor, je však nutno odlišit názor od prosté neznalosti. Je to učebnicová záležitost. Pán neví, pán nezná, pán neumí. Hlavně že plká. Hlavní záhadou je, proč se vůbec k happeningu gayů vyjadřuje. Homosexuál není, tak co se do toho s... stará. Žij a nech žít. To je stará dobrá liberální zásada. Pan Hájek ale není liberál ani náhodou. Takovým se jen staví. Prý je také konzervatívec, což moc nejde dohromady. Že by ten příslovečný



„Reakce jsou spontánní,“ vysvětlují animální chování davu odborářů.

Foto: Leoš Chodura

Nečasův kočkopes? Homosexuálita je ovšem velmi konzervativní záležitost, jsouc zde od úsvitu věků. Je to velmi silná a dlouhá tradice. Jinak nutno podotknout, že sex není ani levicový, ani pravico-vý. Rozum do hrsti, proboha! Taková totální ideologizace obvykle vede k totalitnímu myšlení. *Dále od Hradu dále, ať se nestane neštěstí nenadálé*. Útočiště tam totiž stále více nacházejí nebezpeční podivní a jsou stále hlučnější.

Pod heslem konzervativismu se dají úspěšně propašovat úplně jiná témata, některá dokonce jako dozvuky středověku: xenofobie (s výjimkou trapného obrozenec-kého panslavismu), antisemitismus, antifeminismus, kracionismus, odpor k NATO, EU, homosexuálům, kosmopolitismu

(pardon, to je bolševický a nacistický termín, dnes se říká multikulturalismus), ochráncům životního prostředí, moderní hudbě, modernímu umění (Hitlerova *entartete Kunst*, zvrhlé umění), moderní architektuře a jakékoli jinakosti vůbec. Která další odlišnost se právě zapisuje na černou listinu nepřátel? Nevím, nejsem si jist. Ale děsí mě to. Tohle všechno jsou postižené dětičky, zrůdičky, jež se rodí vždy tam, kde spolu skupinově obcují tyto úchylinky: ujetá hysterie, zastuzená omezenost, deviantní fanatismus, šokující neosvícenost, prachobyčejná hloupost, zakomplexovaná malichernost, pošetilá umanutost, nepochopitelná zášť a agresivní antiliberalismus. Známe okamžiky v his-

torii, kdy takové ideologie vládly národům a bylo zle. Moc zle. Mám z toho šimráni v zádech.

Zbrusu nový větrný mlýn

Vřele proto doporučuji Správě pražského Hradu, aby některým jeho obyvatelům *statim* zakoupila kalendář za účelem zjištění, který rok píšeme. Ve zvláště úporných případech bude zřejmě nutno zdůraznit století. Aby se tu neodejelo nakonec neinspiroval nějaký psychotik a nezačal kolem sebe z ničeho nic střílet ve jménu spásy lidstva. Nebo – držme se při zemi – aby nešlo o dělostřeleckou přípravu k překvapivému založení nové politické strany zvláštního ražení. Mám nyní konkrétně na mysli horizont neceých dvou let.

Politici úchylové bohužel stále více určují témata veřejného diskursu. Uměle vyvolávají naprosto zbytečné konflikty, dokonce až na mezinárodní úrovni, a to kvůli blbosti, pro blbost a z blbosti. Konflikty založené na problému, který vůbec, ale vůbec neexistuje. Hlavně, že má Václav Klaus svůj další větrný mlýn, zbrusu nového fiktivního nepřítele, nový ismus, jakých se prý děsí. Na světě je čerstvý klausismus. Mám na mysli neologismus „homosexualismus“.

Co je na tom všem tak tragikomické: Evropa se bortí, burzy padají, Amerika je finančně na dně, Česko pak mnohem dál, totiž v p..., barák nám hoří nad hlavou, ale my řešíme kůrovce a homosexuály. Výborně! Je to jako spor o záchodky ve Zvonokosích. Jde jen

o to obsadit roli Eulálie Čubíkové. Já bych věděl i bez castingové agentury... Mimochodem mě napadá: Což takhle geneticky upravit kůrovce tak, aby se stali homosexuálními? Přestali by se množit a vyřešily by se tím dva problémy jednou ranou.

Ja napewno głosuję za

Po dlouhé době tu zas jednou udělíme cenu Smrt mozku. Z nekončného zástupu skvělých kandidátů vybíráme již vícenásobného laureáta: Chronický parlamentní brepta a profesionální vykradač pojmů (vzpomeňme jen na nebožku „neziskovou nemocnici“), poslanec David Rath (ČSSD), je pachtatelem následujícího výroku: „Vy prostě nemáte na tom ministerstvu co dělat, a aby vás lidi neměli za darmožrouty a darmochleby, tak prostě úředníci přepsali stávající terminologii na terminologii jinou, asi s představou, že to bude velká legrace, až se to spustí, protože najednou si všichni přestanou rozumět. Je to asi tak, jako kdybychom si úředně odhlasovali, že u nás přestává platit čeština a budeme mluvit třeba polštinou, aby byla nějaká legrace.“

Proszę pana, ja napewno głosuję za. Jest to język wspaniały i bardzo dowcipny. Polacy například mówią: *Gówno lepiej obejść, jak ruszyć*. My, Slované, si určitě rozumíme. Snad jen kdyby někomu unikl význam slova *ruszyć*, tak je odvozeno od slova *ruch* čili pohyb. Pokud by na tom ctihodný poslanec mermomocí trval, mám takových legrací ještě spoustu.

Inzerce A111014520



s řadou odborných kreditovaných kongresů, symposií a seminářů s mezinárodní účastí.

Veletržní část „Týden zdravotnictví v Brně“ proběhne od 18. do 21. října. Odborná veřejnost se zde na jediném místě seznámí s produkty dodavatelů z tuzemska i zahraničí a získá možnost snadno porovnat jejich nabídku. Totéž platí pro uživatele kompenzačních a rehabilitačních pomůcek, pro něž je brněnský veletrh tradičním exkluzivním místem setkání a výběru potřebného sortimentu. I letošní veletrh plní svoji proexportní funkci. S podporou Ministerstva průmyslu a obchodu ČR bude realizována obchodní mise potenciálních partnerů českých společností z Ázerbájdžánu a Kazachstánu.

Veletrh MEDICAL FAIR BRNO / REHAPROTEX je jedinečný zejména svou rozsáhlou vzdělávací složkou, pro niž brněnské výstaviště skýtá ideální podmínky. V jeho kongresových sálech proběhnou desítky odborných kongresů a sympozií, seminářů, prezentací a diskusních setkání.

Brno křížovatkou středoevropského zdravotnictví

Pod názvem *Týden zdravotnictví v Brně* se na brněnském výstavišti uskuteční Mezinárodní veletrh zdravotnické techniky, rehabilitace a zdraví MEDICAL FAIR Brno Central Europe / REHAPROTEX společně

Tisíce odborníků z řad lékařů, sester i managementu zdravotnických zařízení budou jednat o široké škále témat od nejnovějších léčebných postupů až po problematiku elektronizace zdravotnictví a financování zdravotní péče, které jsou zejména v této době středobodem pozornosti odborné i pacientské veřejnosti. Kongresová část „Týden zdravotnictví v Brně“ potrvá od pondělí 17. října až do soboty 22. října.

Zvláštní postavení ve veletržní nabídce zaujímá REHAPROTEX jako největší středoevropská přehlídka kompenzačních, protetických, ortopedických a rehabilitačních pomůcek. Její součástí bude tradiční projekt „Pro Váš úsměv 2011“ vyhledávaný lidmi se zdravotním postižením z celé České republiky. Prezentaci nestátních neziskových organizací s humanitárním zaměřením, nadací, občanských sdružení, chráněných dílen a jejich projektů opět doplní Čajovna, Internetovna a prostor pro sportovní vyžití handicapovaných návštěvníků. Program přednášek a workshopů bude mít každý den jiné zaměření: úterní téma „Zdravotnictví“ ve středu vystřídají „Sociální služby“, ve čtvrtek dojde na „Pracovní uplatnění a volnočasové aktivity pro lidi s postižením“ a v pátek na „Seniors“. Problematika seniorů bude zároveň zvýrazněným tématem letošního ročníku veletrhu.

Další informace naleznete na www.medicalfair.cz



Záhadná smrt Edgara Allana Poea

Slavný americký spisovatel, zakladatel žánru moderní detektivky a hororu, opustil svět za záhadných okolností.

Spisovatel na ulici

Dne 3. října 1849 našel baltimorský tiskař Joseph Walker ležet před Ryanovou hospodou blouznícího muže. Z nesouvislého blábolení pochopil, že by se neznámý pobuda mohl jmenovat Edgar Poe a že se dovolává lékaře Josepha Snodgrasse. Snodgrass muže jménem Edgar Allan Poe skutečně znal, ovšem nikoli jako zbědovaného tuláka, nýbrž jako známého spisovatele, s nímž čile korespondoval. Ke Snodgrassově údivu byl oním pobudou skutečně jeho přítel Poe. Nechal proto spisovatele převést do Washington College Hospital, kde se jeho ošetřujícím lékařem stal John Moran.

Zdá se, že nikdo ani v nejmenším nepochyboval o tom, co se Poeovi stalo. Snodgrass popsal spisovatelův stav jako „zvířecí intoxikaci“ a Moran jej umístil do pokoje se zamřížovaným oknem určeného pro opilce. Svou roli jistě sehrál i fakt, že Poe byl oblečen do špinavého, ošuntělého kabátu a kalhot obdobného vzhledu i kvality. Košili měl potrhanou a ušmudlanou. Obut byl do špinavých ošlapaných škrpálů, na hlavě měl nasazen potrhaný slaměný klobouk. Oblečení mu nepadlo a zjevně nebylo jeho. Vlasy měl rozčuchané, tváře špinavé a neoholené.

Spisovatel se z deliria nikdy neprobral natolik, aby dokázal vysvětlit, co se s ním stalo. Jisté je, že 27. září se vydal na cestu z Richmondu do New Yorku, kam však nedorazil. Poeova zavazadla zůstala v Richmondu. Nikdo neví, kde celý týden pobýval ani co se s ním dělo. Zemřel 7. října 1849 v pět hodin ráno.

Brutální „kupování hlasů“

Podle některých teorií se Poe stal obětí tehdejšího čachrování s volebními hlasy. V den, kdy byl nalezen před Ryanovou hospodou, lokál sloužil jako volební místnost. Byla to náhoda? Podle mnohých Poeových životopisců nikoli. Tehdejší „kupování hlasů“ mělo podstatně brutálnější podobu, než je tomu dnes. Gangy najatých rváčů, často s tichým souhlasem místního šerifa a policie, chytaly osamě-

lé muže, které pak „zpracovávaly“ výpraskem, vězněním, hladem, alkoholem a drogami. Takto „přesvědčené“ voliče poté podvodníci vozili od jedné volební místnosti k druhé a nechávali je odevzdávat hlasovací lístky ve prospěch politické strany, která si u nich tento typ „podpory“ zaplatila.

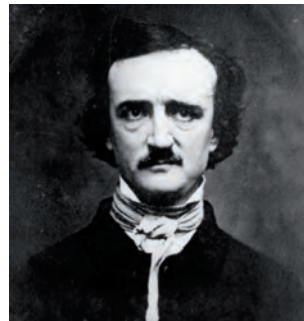
Mohl se spisovatel stát obětí gangu „nákupčích hlasů“? Pokud by to gangsteři přehnali s koktejlem drog, mohl Poe snadno upadnout do deliria, z něhož se už neprobral. V té době špatně snášel alkohol a větší množství destilátu mu mohlo rovněž výrazně přitížit.

Aby podvodníci kupčící s hlasy snížili riziko odhalení, převlékali „voliče“ mezi volbami v jednotlivých volebních místnostech do jiných šatů. To by vysvětlilo, proč byl Poe oblečen do šatů, jaké by na sebe sám dobrovolně nikdy ne-

vzal. Na druhé straně se však zdá, že byl v Baltimoru příliš známou osobností a každý jen trochu soudný „nákupčí hlas“ by si rozmyslel jakýkoli pokus zatáhnout spisovatele do tak špinavých čachrů.

Alkoholik, či abstinent?

Edgar Allan Poe se těší pochybné slávě vyhlášeného alkoholika a narkomana. Jeho úmrtní list se nedochoval, ale eufemistické formulace o tom, že zemřel na následky nadměrné konzumace alkoholu, se objevily již v jeho nekrolozích. Mnozí z autorů se odvolávali na svědectví dr. Snodgrasse. Obdivovatelé Edgara Allana Poea takový obraz spisovatele nesou těžce a snaží se jej líčit v příznivějším světle. Podle nich ošetřující lékař Moran na Poeovi žádné známky opilosti nezjistil a Snodgrass byl v tomto ohle-



du silně podjatý. Patřil k čelným představitelům abstinentského hnutí a Poea uváděl při každé příležitosti jako typický odstrašující příklad. Podle Poeových zastánců byl spisovatel na sklonku svého života členem abstinentského spolku „Sons of Temperance“, kam byl vstup povolen jen lidem, kteří prokazatelně neměli problémy s alkoholem či drogami.

Není však pochyb o tom, že Poe neměl k drogám a alkoholu daleko. Pocházel z rodiny alkoholika, jeho bratr se upil k smrti. Budoucí spisovatel vyrůstal v adoptivní rodině a jeho irská chůva mívala ve zvyku tišit děti kouskem chleba namočeným v kořalce. Poe se sám přiznal k opilectví v době, kdy po těžké chorobě zemřela jeho manželka Virginie. „Jen Bůh ví, jak často a jak moc jsem pil,“ napsal Poe ve vzpomínce na toto životní období. V té době se zřejmě pokusil o sebevraždu nadměrnou dávkou opiové tinktury.

Pověsti Edgara Allana Poea jako alkoholika a narkomana výrazně přispěl nekrológ „Smrt Edgara Allana Poea“, který vyšel v New York Tribune. Autor se podepsal jako Ludwig a vyličil Poea jako brilantního podivína a vznětlivého muže vidícího ve všech jen nepřátele. Podle Ludwiga se Poe často potloukal po ulicích v alkoholickém deliriu. Autorem nekrológu byl vydavatel Rufus Wilmot Griswold, který měl s Poem dlouhodobé spory. Mnozí proto označují Griswoldův nekrológ za „cílenou posmrtnou popravu Poeovy dobré pověsti“.

Epileptik, nebo diabetik?

Kolem záhadné Poeovy smrti se zákonitě vyvíjela řada teorií. Například americký neurolog Carl Bazil publikoval v Archives of Neurology názor, že Poe byl stížen epilepsií. Podle Bazila byla v polovině 19. století epilepsie celkem běžně zaměňována za projevy nadměrné konzumace alkoholu nebo užívání drog. Vzhledem k tomu, že mnohé ze „záchvatů“ spisovatele postihly zjevně v situacích, kdy nebral opium ani nepil alkohol, považuje Bazil teorii o jeho epilepsii za cel-

kem pravděpodobnou. Přesvědčivé popisy prožitků typických pro epileptiky nachází Bazil i v mnohých Poeových povídkách včetně slavných děl jako „Předčasný pohřeb“ nebo „Jáma a kyvadlo“.

Asi čtvrt roku před smrtí Poe prodělal choleru a počátkem října 1849 byl zřejmě ještě dosti zesláblý. Proto někteří historici a lékaři nevyklučují, že v chladném a sychravém podzimním počasí těžce nastydl a podlehl pneumonii. V roce 1968 Herbert Arnstov z Washingtonské státní univerzity publikoval teorii, podle které Poe vykazoval symptomy diabetického komatu a byl zřejmě diabetik. V roce 1996 zase získal velký ohlas článek otiskovaný v americkém listu New York Times, jehož autoři s odvoláním na amerického neurologa Henryho Wildea dokazují, že Poe mohl zemřít na encefalitidu vyvolanou virem vztekliny. Lékař Roger A. Francis z Nevada Regional Medical Center se však v zevrubné analýze možných příčin Poeovy smrti shrnutých nedávno ve studii v časopise Journal of Death and Dying přiklání k názoru, že smrt amerického spisovatele má souvislost s dlouhodobou a nadměrnou konzumací alkoholu.

Nenašel klid ani po smrti

Jistotu o příčinách Poeovy smrti zřejmě nebudeme mít nikdy. Příliš by asi nepomohla ani exhumace spisovatelova těla. Spisovatel byl původně pochován v hrobu bez náhrobku. Došlo k tomu v důsledku nešťastné souhry náhod, když se jeho náhrobek z bílého mramoru rozbil během přepravy při vykopání vlaku. Teprve v roce 1875 byl postaven nový náhrobek a pod něj bylo pochováno tělo vyzvednuté z hrobu evidovaného pod číslem 80. V roce 1864 však na hřbitově došlo k otočení slocupků s čísly hrobů o 180°, a ty proto nestály v hlavách dřívějších hrobů, nýbrž v jejich nohou. A tak hrobníci omylem otevřeli hrob devatenáctiletého vojáka Philipa Moshera. Podle druhé verze si omyl vzápětí uvědomili a napodruhé již exhumovali správné ostatky. Podle druhé verze byl pod náhrobkem Edgara Allana Poea pochován muž oblečený do vojenské uniformy, vysoký 178 centimetrů. Poe byl přitom pochován v civilních šatech a měřil jen 173 centimetrů. A tak tajemství halí nejen okolnosti smrti Edgara Allana Poea, ale i místo jeho posledního odpočinku. Na působivosti děl, jako je „Havran“, „Zánik domu Usherů“ nebo „Vraždy v ulici Morgue“, to však nic neubírá. Spíše naopak...

Jaroslav Petr



Leží pod náhrobkem v Baltimoru skutečně spisovatelovo tělo? | Foto: Wikimedia

Interna jako srdeční záležitost

Letos 28. srpna uplyne 180 let od narození významného českého internisty a vlastence Jana Bohumila Eiselta.

„A co bych měl říci o jeho povaze? Znal jsem ji lépe než jiní, tuto povahu ryzí, šlechetnou, neboť od dávných let spojoval nás poměr přátelský...“ To napsal o profesoru Bohumilu Eiseltovi (1831-1908) významný český experimentální fyzik Čeněk Strouhal (1850-1922). Ve vzpomínce, která v Časopise pro pěstování matematiky a fyziky vyšla několik měsíců po Eiseltově smrti 22. srpna 1908, připomněl také to, že „jeho rodina jest lékařskou v eminentním slova smyslu – otec byl lékař, oba synové, Artur a Rudolf, jsou lékaři, a i jeho zet, náš Maixner, jest lékařem...“.

Tatínek Bohumila Eiselta Jan Nepomuk Eiselt (1805-1868) patřil k průkopníkům lékařské prevence a hygieny. Působil jako městský hygienik (tehdy se říkalo „fyzik“) v Poličce a později v Táboře, Jičíně a Hradci Králové. Veškerý volný čas věnoval ochotnickému divadlu a v Táboře patřil k iniciátorům vzniku městského divadla (vybudovali ho tam ze spodního patra městské sýpky). V Hradci Králové byl historicky prvním nositelem čestného občanství města. Je také autorem historických spisů. Profesor Emerich Maixner (1847-1920) známý také jako Emerich Maixner z Roblínova, byl žák a zet Bohumila Eiselta. Položil základy českého interního lékař-

ství, především biochemie a hematologie. Zabýval se i kardiologií a plicními chorobami. Založil klinickou laboratoř těchto oborů a v roce 1887 se zasloužil o vznik II. české lékařské kliniky v Praze. Působil jako přednosta I. interní kliniky (v letech 1902-1918) a v letech 1878-1897 byl vedoucím redaktorem Ottova slovníku naučného.

Boj o českou kliniku

Jan Bohumil Eiselt přišel na svět v Poličce. Studoval gymnázium v Jindřichově Hradci a posléze v Jičíně, kde maturoval. Na Karlo-Ferdinandově univerzitě v Praze vystudoval logiku, fyziku a lékařství. V roce 1856 dosáhl doktorátu z lékařství a chirurgie a složil rovněž magisterské zkoušky v oboru porodnictví. Do roku 1859 byl asistentem na klinice profesora Hally, v roce 1861 se habilitoval v oboru speciální patologie a terapie nemocí vnitřních, o dva roky později připojil habilitaci z auskultace, perkuse a diagnostiky prsních chorob. Patologií a terapií nemocí vnitřních přednášel česky až do rozdělení fakulty v roce 1883. Už v roce 1866 byl jmenován mimořádným profesorem kliniky nemocí prsních. Když mu v roce 1871 byly povoleny přednášky v češtině pro celé vnitřní lékařství, požá-



dal o řádnou profesuru, ale nebylo mu vyhověno. Teprve po deseti letech, s odchodem profesora Jaksche do penze, se mu dostalo řádné profesury a současně stannul v čele I. české lékařské kliniky (I. interní kliniky Všeobecné fakultní nemocnice v Praze). O to, kdo se stane Jakschovým nástupcem, svedli v roce 1881 čeští a němečtí profesori ostrý a úporný boj. Fakt, že přednostství dosud německy vedené oborové specializace. Tato práce se nadlouho stala základem české odborné lékařské literatury, přesto nejde o čtení suché. Půvabnou češtinou se tam například píše o „vynálezu“ pánské ochrany: „Anglický lékař Condon navrhl pro muže ochran-

odborný záběr, tak schopnost poutavě demonstrovat. Ačkoli němečtí kolegové dali po Eiseltově mimořádné profesuře vyhlásit jeho přednášky za nepovinné, posluchačů mu neubýlo. Hýřil energií a ke svému pracovišti měl „srdeční“ vztah – když mu nabídl řádnou profesuru v Charukově, odmítl a mezi důvody hrála roli i skutečnost, že s jeho odchodem by osiřela jediná česky vedená lékařská katedra. Na klinice se Eiseltovi mimo jiných zásluh podařilo zlepšit podmínky pro ošetřovatelky, když jim vymohl samostatnou místnost. Do té doby sdílely pokoj s nemocnými, kde měly své lůžko – byly tak neustále k dispozici a neměly vůbec žádné soukromí.

Dílo ho přežilo

Přednostou kliniky Eiselt zůstal 21 let, až do svého odchodu do penze. Plánoval vydat se spoluautory rozsáhlou odbornou práci shrnující poznatky z oboru vnitřního lékařství, ale nakonec zrevidoval „jen“ pět svazků „Odborné pathologie a terapie“, šestý zůstal nedokončen. V každém svazku je u každé kapitoly uveden autor, byla jich řada – podle oborové specializace. Tato práce se nadlouho stala základem české odborné lékařské literatury, přesto nejde o čtení suché. Půvabnou češtinou se tam například píše o „vynálezu“ pánské ochrany: „Anglický lékař Condon navrhl pro muže ochran-

Z HISTORIE

Eiseltův večer

U příležitosti 140 let od zahájení výuky v českém jazyce na 1. interní klinice 1. LF UK a VFN pořádá Spolek lékařů českých č. 125 ve spolupráci s 1. interní klinikou a Ústavem hematologie a krevní transfuze Praha Eiseltův večer. Uskuteční se 24. října 2011 v Praze v Lékařském domě, koordinátorem je prof. MUDr. Marek Trněný, CSc. Vedle hlavní přednášky zazní ještě tři další, na téma metabolismu železa a patogeneze a léčby přetížení železem.

ný prostředek, zpočátku ze slepého střeva skopců robený, jenž měl chránit před zánětem hnisotocným. Přezuvník tento obdržel jméno vynálezce, které tím bylo zneuctěno tak, že musel si je změnit.“

Bohumil Eiselt navrhl a za podpory Jana Evangelisty Purkyně založil první české lékařské vědecké periodikum – Časopis lékařů českých (1862) a působil jako jeho první odborný redaktor. Stál u zrodu Spolku českých lékařů, byl členem Královské české společnosti nauk a dalších vrcholných vědeckých institucí. Pamětní desku Jana Bohumila Eiselta z červeného kamene naleznou návštěvníci Hellichovy ulice v Praze na Malé Straně na domě čp. 455. Text na ní připomíná, že slavný lékař žil v domě, který stával na místě nynějšího objektu a v němž zemřeli i „oba Dienzenhofferové, tvůrci barokní krásy Prahy“.

Ivana Staňková

Osobnosti české medicíny vážně i nevážně

prof. MUDr. Miloslav Matoušek, DrSc.

(29. 8. 1900 Domažlice – 1. 4. 1985 Praha)

Historik lékařství, profesor sociálního lékařství a dějin lékařství na univerzitě v Olomouci. Po maturitě na reálném gymnáziu v Domažlicích vystudoval medicínu na pražské lékařské fakultě, kde promoval v roce 1927. Po krátkém působení jako praktický lékař v různých místech se v roce 1928 stal externistou II. gynekologické kliniky, následně operačním elémem a v letech 1931-1935 zde byl asistentem. Poté měl soukromou praxi

v Praze, současně byl i vedoucím lékařem radiumtherapeutického ústavu. Po příchodu Němců byl zatčen a vězněn na Pankráci, v Dachau a Buchenwaldu. Po válce pracoval jako člen Zemského výboru. V roce 1947 byl habilitován pro dějiny lékařství. V letech 1948-1952 byl velvyslancem ČSR v Itálii, pak vedoucím odboru ministerstva zahraničních věcí. V roce 1955 byl jmenován profesorem, hodnost doktora lékařských věd obdržel za práci „Fysiolog František Mareš a jeho idealistická filosofie“; od téhož roku se na Univerzitě Palackého v Olomouci věnoval dějinám lékařství, kabinet pro dějiny

lékařství vedl 20 let až do svého odchodu do důchodu. Vedle mnoha menších monografií jsou významné jeho „Stručné dějiny českého lékařství“ (1947) a „Malý biografický slovník čs. lékařů“ (1964).

Sváteční veterinář

Profesor Matoušek v Olomouci přestál dělat praktickou medicínu a věnoval se cele historii lékařství. Nicméně před vánočními svátky v roce 1970 přiznal se pan profesor, že fušoval do medicíny, a to dokonce do veterinární. Jeho asistenti byli udiveni, profesor proto ochotně poskytl další podrobnosti: „Měli jsme ve vaně kapra.

A nejednou se nám zdál být takový divný, zřejmě se mu přestalo na světě líbit a vypadalo to, že dlouho nevydrží. No a tak jsem musel zasáhnout.“

Asistent MUDr. Milan Slavětinský se pln hluboké úcty zmohl na otázku: „A, pane profesore, tedy, jaksi... čím?“

Profesor si zapálil svou nezbytnou lulkou a odvětil: „Vypustil jsem skoro vanu, kapříkovi jsem napustil čerstvou vodu s kyslíkem a to byste koukal, jak se mu ulevilo, zkrátka vykurýroval jsem ho!“

A pan asistent koukal.

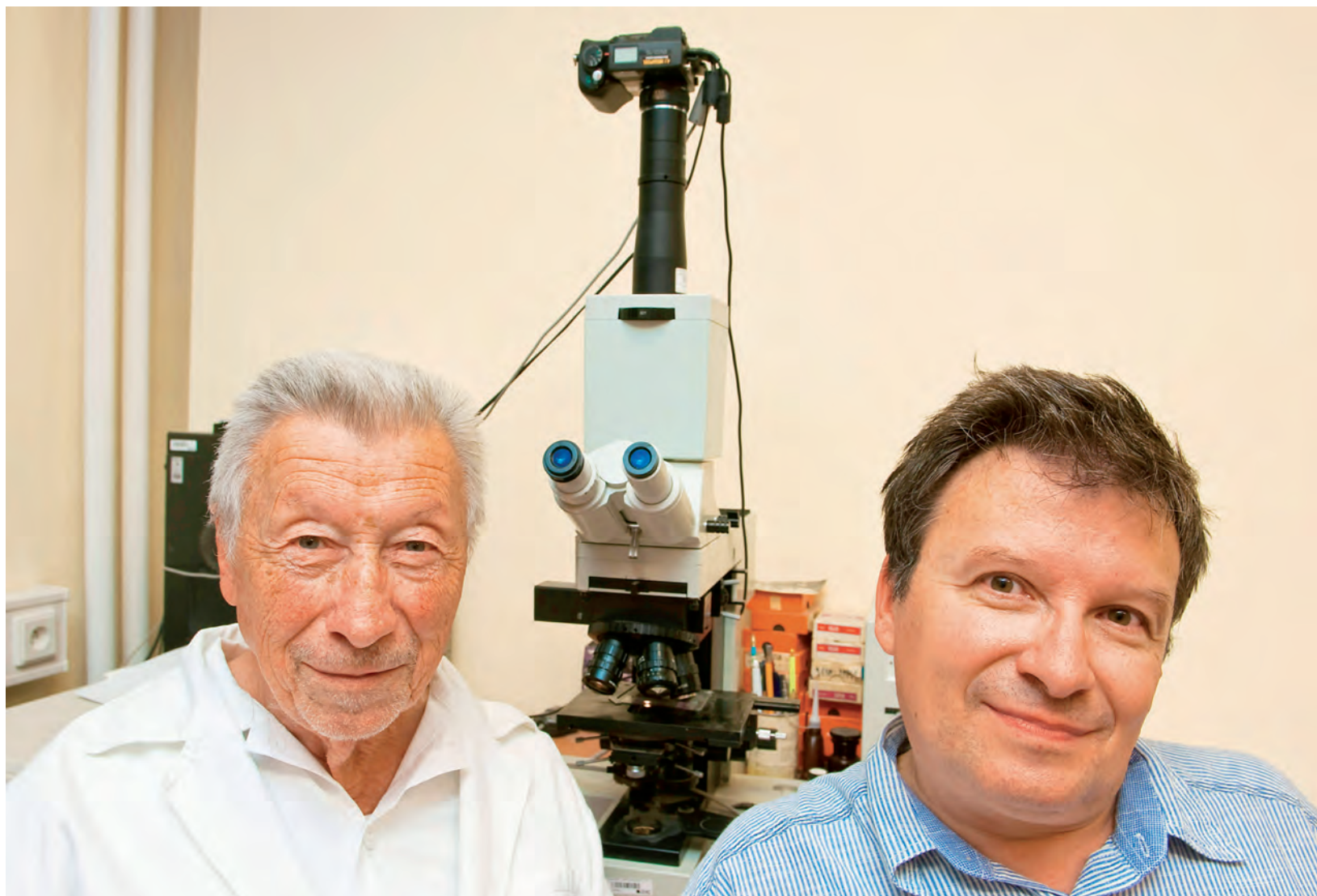
Májová

Bylo jaro, měsíc máj. Zasedal profesorský sbor olomoucké lékařské fakulty. Mluvil se o morálce a chování studentstva. Jeden z přítomných si trpce postěžoval, že když šel večer podél koleje, stál tam na schodišti jakýsi pár, velmi



důvěrně a blízce do sebe zahleděný. Neviděli, neslyšeli, nepozdravili. Rozvinula se rozsáhlá diskuse, až do debaty zasáhl profesor Matoušek: „A koho jste myslel, že na těch schodech snad najdete? Mě nebo,“ a ukázal na nestora profesorského sboru, „tady kolegu Vejvodského?“ A bylo po debatě.

MUDr. Svatopluk Káš



Vidět další rozsvícená okna

Jana Jílková
Foto: Leoš Chodura

„Syn dohání čas pro vlastní práci časně ráno. Já pracuji o pár budov níž. Přicházím později a cestou se strašně rád dívám na svítící nebo v létě otevřená okna jeho pracovny,“ říká profesor Karel Smetana starší. Dosažené vědecké a pedagogické hodnosti otce hematologa a syna anatoma jsou tak jako jejich jméno a příjmení stejné. Oba svůj život zasvětili teoretické medicíně.

Všechno má svůj **řád**

„V naší rodině jsem prvním článkem medicínské tradice. Můj otec i bratr pracovali jako elektromontéři a ve své profesi byli uznávanými odborníky. Mě ještě na střední škole zaujala kniha o objevech, mezi nimi byla i kapitola o tepajícím srdečním svalu v ‚průtokovém‘ kultivačním systému. K rozhodnutí přihlásit se na lékařskou fakultu mne stimuloval vynikající učitel na gymnáziu, pan profesor Oswald. Předal mi i základní zna-

lost jak psát vědecké pojednání,“ začíná své vyprávění **prof. MUDr. Karel Smetana, DrSc., st.**

Co stálo za vaším rozhodnutím věnovat se cytologické hematologii a vůbec teoretické medicíně?

Hned po příchodu na lékařskou fakultu mne zaujal mikroskop a mikroskopická technika. Měl jsem štěstí, že na Ústavu pro histologii a embryologii LF UK v Praze, který

tehdy vedl profesor Jan Wolf, byly i „staré“ přístroje a mikroskopy, jež jsme všelijak sestavovali a pak je zprovozňovali. Jisté „kultivství“ a smysl pro improvizaci, charakteristické pro Čechy, přivádělo o mnoho let později v úžas některé mé kolegy na zahraničních pracovištích. Ti když neměli připravený přístroj a reagentie, čekali na servis. Ale ještě k těm začátkům – nevhodnějším předmětem pozorování i nejnázem dostupným byla vlastní krev. Pod mikroskopem byl obraz krvinek fascinující a na krevních buňkách bylo možné sledovat jejich vývoj od nezra-

lých až po zralé buňky se specifickými znaky a funkcemi.

Jak vzpomínáte na začátky své vědecké práce a kdo byl vaším vzorem? Pamětníci vzpomínají na 60. léta jako na konečně uvolněnější a vědě zaslíbené...

Hraní s různými metodami pro pozorování krevních buněk, včetně jejich vývoje, začalo přinášet nové poznatky nejen o krevních buňkách, ale i o buňkách obecně. Měl jsem opět štěstí, že ústav vedla vědecká osobnost profesora Wolfa. Měl pro metodiky velké pochopení a nechal mne hrát si podle mé-

ho. Další štěstí bylo, že mne hlava tehdejší hematologie, profesor Miloš Netoušek, svedla dohromady s klinicky zaměřeným hematologem a pozdějším přednostou pražské I. interní kliniky profesorem Františkem Heřmanským. Profesor Netoušek byl tak laskav, že přednesl mou vědeckou prvotinu na mezinárodní hematologické konferenci v Berlíně, kam jsem nemohl jet, protože v té době jsem skládal státní zkoušku z chirurgie. Tím jsem se také ocitl v kruhu vynikajících hematologů, se kterými mne pojilo velké přátelství. Bohužel daní za to, že pobýváte déle

PŘEDSTAVUJEME

na světě, je, že přečkáte i většinu svých přátel. Scházejí mi.

Kdy jste začal sám vyjíždět do zahraničí?

Ještě na fakultě jsem byl zařazen do skupiny studentů, kteří byli vysláni na vědeckou výpravu do Polska. Pro mne to byla velká příležitost seznámit se s vynikajícím cytologem a histologem profesorem Juliuszem Zweibaumem a jednou z vedoucích evropských hematologických autorit, profesorem Włodzimierzem Lawkowiczem. Ve Varšavě jsem vždy polovinu dne pobýval na ústavu u Zweibauma a druhou polovinu u Lawkowicze. Strašně rád vzpomínám na profesora Zweibauma, který mne „zavíral“ do knihovny se zásobami tehdy u nás vzácných potravin, hlavně šunky a másla, a dával mi za úkol seznamovat se s jednotlivými buněčnými orgány v bohaté zásobné knihovně. Z uložené látky mne pak „zkoušel“. Při té příležitosti mi také dal za úkol seznámit se s literaturou o jadéru a zaspokulovat si o jeho funkci. To mne tak zaujalo, že jsem si zvolil jadéru jako hlavní předmět svého zájmu.

Pracoval jste i v Houstonu, to asi ani v liberálních 60. letech nebylo běžné...

Od návratu z Varšavy jsem si hrál s jadérem a metodami k jeho vizualizaci. Dalším šťastným řízením osudu přijel na pozvání profesorky Heleny Raškové profesor William Krivoy, který tehdy působil u profesora Harrise Busche – tehdejšího přednosty biochemického a farmakologického ústavu s klinickým oddělením na Baylor College of Medicine v Houstonu. Profesor Krivoy navštívil náš ústav, seznámil se s našimi metodami a přivezl mi pozvání profesora Busche k účasti na výzkumu jadéru. Ten právě vytvořil pracovní skupinu ke studiu jadéru se zaměřením na nádorové buňky, chyběl mu ale morfolog. My v Praze shodou okolností publikovali jednoduchou metodu k vizualizaci jadéru v krevních buňkách včetně těch, kde předtím jadéru nebyla s jistotou prokazována. Ptal se mě, kdy přijedu, a já žertem odpověděl „na apríl“. Oficiální pozvání k příjezdu do Houstonu a nástupu do laboratoře pak přišlo opravdu k prvnímu dubnu.

Po řadě těžkostí a komplikací jsem se tam dostal a rychle se zapojil do týmu. Svěřili mi samostatný úsek a překvapivě rychle se začaly kumulovat výsledky. V rámci tohoto týmu byly vypracovány metody k izolaci funkčních jadérek z buněk a postupně také byly ob-

jasňovány funkční a strukturální charakteristiky jadérekových komponent v nenádorových i odpovídajících nádorových buňkách včetně krevních – leukemických – buněk. Díky tomu jsem také byl jmenován nejprve mimořádným a později řádným profesorem na Baylor College of Medicine.

S profesorem Buschem mne pojila nejen komplementarita biochemika a morfologa, ale i velmi úzké přátelství. Máme společně mnoho publikací a dohromady jsme také napsali dodnes populární první obsáhlou monografii o jadéru. V Praze jsem pak v práci na jadéru pokračoval. Vytvořili jsme s mými spolupracovníky, nyní profesory Raškou a Hozákem, školu, která si získala velký mezinárodní respekt, v Praze se konaly a konají mezinárodní konference o buněčném jádru a jadéru. Já se zaměřil hlavně na krevní buňky nemocných s různými poruchami krvetvorby a na to konto jsem přešel do Ústavu hematologie a krevní transfuze.

K jakému zásadnímu poznatku o nukleolu jste ve své vědecké práci dospěl?

Svůj význam mají jednoduché, ale citlivé cytochemické metody pro vizualizaci nukleových kyselín a klíčových proteinů strukturálních komponent jadra a jadérka. Význam jistě má také námi navržená morfologická a funkční klasifikace jadérek. Ta byla využita k vypracování nukleolárního testu i pro stanovení aktivity lymfocytů. Tato stále upřesňovaná klasifikace nukleolů mimo jiné umožňuje hodnotení klidového nebo proliferativního stavu buněk na úrovni jednotlivé buňky a pomáhá rovněž sledovat efekt zevního prostředí na buňku včetně účinku různých terapeutických zásahů.

Některé další studie přispěly k objasnění abnormalit krevních buněk včetně buněk leukemických. Svého času jsme na základě přítomnosti reverzibilně klidových a neaktivních jadérek zpochybnili představu o zvýšené proliferativní aktivitě myeloblastů u akutních leukemií. U abnormálních nezralých červených krvinek jsme ukázali, že při anemii u myelodysplastického syndromu dochází k předčasné ztrátě biosyntetické aktivity jadérek. Ta pak přispívá k předčasnému vyžívání, a dokonce k předčasné smrti těchto nezralých červených krvinek s následnou refrakterností anemie. U tohoto syndromu v jeho časných fázích bylo dále prokázáno, že některé z progenitorů bílých krvinek obsahují jadérka stejného charakteru, jako mají leukemické

buňky v pozdních stádiích tohoto syndromu, který přechází do akutní leukemie.

Na čem ve své laboratoři v Ústavu hematologie a krevní transfuze pracujete nyní?

Hrají si s nukleolární asynchronií, pochopitelně s pomocí klinických lékařů. V jednom jádře leukemické buňky jsou přítomna aktivní a spící jadérka. Tento fenomén by mohl přispívat k odolnosti leukemických buněk vůči našim terapeutickým zásahům. Výsledky spolu s dalším typem asynchronie ve vyžívání jadéru a jádra leukemických buněk budou právě nyní v srpnu předneseny v Lotyšsku na mezinárodní konferenci o buněčném jádru. Podle mého názoru je zkrátka jadéru ústředním řídicím orgánem buňky, který se účastní všech základních procesů a stavů buňky. Odpovídá rovněž za proliferativní i klidový stav buňky, délku jejího života a nakonec i za její smrt.

Musel jste se kvůli práci něčeho významného v životě vzdát?

Trochu se stydím za zanedbávání své rodiny, veškerou tíhu a starost o ni nesla na svých bedrech moje manželka. Někdy to byly zapeklité situace včetně velmi skromných podmínek. Svého času jsme dokonce vykonávali i domovnictví. Na syna jsem neměl moc času. Jsem proto velice šťastný, když vidím jeho úspěchy. Mám také radost, že jeho – byť základní – výzkum je orientován k využití výsledků v klinické medicíně. Měl podobně jako já štěstí na dobré učitele, našel si však svoji vlastní cestu včetně tématu svého bádání. Musím přiznat, že každou jeho publikaci čtu s velkou pozorností a mnohdy mě stimuluje i pro

moji práci, vzdor odlišnosti řešené problematiky. Zaujala mne například kvantifikace hodnocení výsledku cytochemických metod pomocí počítačové analýzy obrazu. Tu jsem pak využil i já. Kdybych byl mladší a stále si nehrál s krevními buňkami a jinými metodickými přístupy, docela by mne bavila práce v jeho laboratoři. Syn dohání čas pro vlastní práci časně ráno, přichází do práce kolem šesté. Já pracuji ve stejné ulici o pár budov níž. Přicházím později a cestou se strašně rád dívám na svítící nebo v létě otevřená okna jeho pracovny.

Jak rád trávíte svůj volný čas?

Mým koníčkem byl a je mikroskop a cytologie a většinu času – i volného – jsem trávil v ústavu. Po letech jsme se zmožili na malou dřevěnou chatu, tak k tomu přistoupilo drobné kutilství a houbaření. Na chatu jsme ale jezdili a jezdíme velmi málo. Teď je mým koníčkem také můj vnuk, věnuji mu více času než kdysi synovi.

Vypadá to, že i třetí generace Smetanů zaslaví svůj život medicíně?

Vnučkovi – Karlovu synovi – je devět. Původně chtěl být hematologem a zkoumat krevní buňky, ale moc ho zajímá i osobní hromadná doprava včetně jízdních řádů. Poměrně dost toho ví jak o krvinkách, tak o té dopravě, čerpá ale z jiných zdrojů, než jsou rodiče nebo prarodiče.

Máte nějaké své osobní krédo?

Bylo vyjádřeno v úvodu jedné z mých obecných přednášek a v překladu z angličtiny zní asi takto: „Trpícím lidem v nemoci by mělo být pomozeno, a to i s přispěním základního výzkumu.“ S pro-

fesorem Buschem jsme se shodli na mottu naší monografie o nukleolu („The Nucleolus“): „The book is dedicated to the concept that there is Order in the Universe.“ Všechno má zkrátka svůj řád.

prof. MUDr. Karel Smetana, DrSc., st.
* 28. října 1930 v Praze

Lékařskou fakultu hygienickou UK absolvoval v roce 1955. Po promoci pracoval jako asistent v Histologickém ústavu LF UK. Poté přešel do Laboratoře pro výzkum ultrastruktury buněk a tkáně ČSAV (1962–1984), kde posléze vedl oddělení cytologie a krevní morfologie. Opakovaně pobýval na pracovních pobytech v zahraničí, zejména na Baylor College of Medicine v texaském Houstonu, kde byl v roce 1970 jmenován řádným profesorem. Vědeckou hodnost doktora lékařských věd obhájil a získal na UK v roce 1967, kdy mu také byla přiznána kvalifikace vedoucího vědeckého pracovníka ČSAV, profesorem byl jmenován v roce 1989. V letech 1984–1990 byl ředitelem Ústavu hematologie a krevní transfuze, do roku 1993 také vedoucím subkatedry hematologie a krevní transfuze IPVZ. Hematologii přednáší i na Jihočeské univerzitě.

Nadále pracuje v Ústavu hematologie a krevní transfuze. Věnuje se problematice buňky, buněčného jádra, jadérka a maligních buněk. Spolu s prof. Harrisem Buschem je autorem klasické monografie oboru „The Nucleolus“, jeho práce jsou součástí mezinárodních monografií a skript, v prestižních světových časopisech oboru uveřejnil více než 300 původních statí. Byl vědeckým sekretářem Mezinárodní pracovní skupiny pro výzkum buněčného jádra, členem rady guvernérů Evropské společnosti pro buněčnou biologii, lektorem UNESCO, předsedou České hematologické společnosti ČLS JEP a místopředsedou České histochemické společnosti. Je čestným členem ČHS ČLS JEP i České lékařské společnosti JEP, Slovenské hematologické a transfuziologické společnosti, České histochemické společnosti a České a Slovenské biologické společnosti. Je nositelem dvou desítek uznání a ocenění za vědecký přínos.

Je ženatý, má syna Karla, který pokračuje v rodinné tradici.





Anatomie dnes není pouze studium mrtvého těla

„Pro studium medicíny jsem se rozhodl někdy v šestnácti. Otec mě k ní rozhodně nepřemlouval, ale doporučoval mi literaturu, někdy i vysoce odbornou, a moje námitky, že tahle knížka je jen v angličtině nebo polštině, suše odbyl, abych si ji přeložil, což mě od čtyřby neodrazovalo,“ říká **prof. MUDr. Karel Smetana, DrSc., ml.**

Medicína byla díky otcovu vlivu jedinou vaší volbou?

Přiznám se, že napřed mě víc lákala přírodovědecká fakulta, konkrétně zoologie – velmi mě zajímala entomologie a potom herpetologie. Choval jsem doma nejrůznější hady, populární u nás byl i slepýš Josef nebo žába, která napodobovala zvuky, a tak se bytem o půlnoci rozléhal třeba řev motorky. Jako jeden z mála v Čechách jsem tehdy rozmnožil mloka axolotla mexického. Problém však byl o s vajíčky, měl jsem jich několik tisíc a bylo mi jasné, že mláďata neuživím. Oklikou jsem se dostal k člověku, který by je mohl potřebovat k pokusům. Mně to přišlo líto, já měl spíš radost, že je chovám, ale chtěl jsem se s ním setkat. Byl to tehdy ještě velmi mladý asistent Miloš Grim, nynější přednosta Anatomického ústavu. Vyprávěl mi, co s nimi bude dělat, a já u toho chtěl být. Tak jsem sem jako šestnáctiletý začal chodit a líbilo se mi to tak, že jsem chtěl něco podobného jednou taky dělat. Začal jsem proto studovat na Fakul-

tě všeobecného lékařství Univerzity Karlovy a od druhého ročníku jsem tu už pracoval jako pomocná vědecká síla, od třetího ročníku pak jako asistent na část úvazku na Anatomickém ústavu. Jsem s tímto ústavem svázaný skoro čtyřicet let a tvořím tu už téměř inventář.

Museli jste opakovat nějakou zkoušku?

To ne, ale ulovil jsem dvě trojky, z psychiatrie a oftalmologie. Oba ty předměty jsem přitom docela uměl, obzvláště oftalmologie mě hodně zajímala, nějakou dobu jsem chodil na oční kliniku. Bez těch dvou trojek bych byl absolvoval s vyznamenáním, ale kvůli hořkosti z nich jsem se nenechal přezkoušet.

Odjakživa se věnujete teoretické medicíně – nechybí vám přímý kontakt s pacienty?

Já o kontakt s pacienty nepřišel, celý život dělám na společných věcech s kliniky. Úplně na začátku jsem – navzdory té trojce – spolupracoval s oftalmologem, například s docentkou Šárkou Pitrovou. S ní a s pracovníky Ústavu makromolekulární chemie ČSAV jsem vyvíjel český typ intraokulární čočky. Dostal jsem se až k profesorovi Otto Wichterlemu, což pro mě byla pro promoci ohromná škola. Díky tomu jsem stále chodil na oční kliniku a ve hře byla vedle anatomie i atestace z očního. Dospěl jsem

až ke „kolečku“, tam však nastal pracovněprávní problém se zařazením, a tak jsem zůstal v anatomickém ústavu.

Takže to bylo období oční. Potom jsem měl – a mám dosud – období otorinolaryngologické. Hodně jsem spolupracoval s profesorem Janem Betkou z kliniky ORL v Motole, řešíme otázky molekulární onkologie nádorů hlavy a krku. Tato spolupráce trvá již dvacet let. Máme společně postgraduální studenty, první z nich, doktor Plzák, teď habilitoval.

V posledních pěti letech také velmi intenzivně spolupracuji s Dermatovenerologickou klinikou 1. LF UK a VFN, s panem profesorem Jiřím Štorkem. Věnujeme se kožním nádorům včetně melanomu. V centru pozornosti anatomie je normální, nepoškozené tělo a vývojová biologie, ale vždycky jsem se snažil vnášet do toho hodně praktických medicínských prvků.

Které osobnosti vědeckého světa vás nejvíce ovlivnily?

Samozřejmě tehdejší asistent, dnešní profesor Grim, toho znám už od těch zmíněných mlků a naše životy se od té doby stále prolínají. Považuji se za jeho žáka a jsem tomu velmi rád. Velmi mě také ovlivnil imunolog a básník Miroslav Holub. Významný vliv na mě měl profesor Wichterle a jsem velmi hrdý na to, že ačkoli jsem lékař-anatom a on byl polymerní chemik, seděl v komisí,

kteřá mě habilitovala. Často jsme se stýkali i mimopracovně a byl to okouzující člověk. V Ústavu makromolekulární chemie ČSAV jsme vymysleli takovou „hračku“ – vysoce molekulárně definované hydrogely – z takových těch „wichterlovských“ gelů. Implantovali jsme je zvířatům a sledovali jejich imunitní odpověď. Další, kdo mě hodně ovlivnil, byl pan profesor Betka, díky němuž jsem se začal zabývat biologií nádorů hlavy a krku.

Jaké podmínky mají dnešní začínající vědci ve srovnání se začátkem 80. let? A jak se změnila atmosféra, v níž pracujete?

Já na své začátky ve vědě vzpomínám rád. Atmosféra byla v něčem horší, ale v něčem i lepší než teď. Režim nás tehdy dokázal otrávit povinnou účastí na schůzích ROH a podobně. Ale vědeckou práci jsme dělali, protože nás to bavilo, i když za ni bylo málo peněz. Přes spoustu problémů nebyla svázaná tak velikým množstvím předpisů a zákazů jako teď, kdy je všechno složité a sešněrované právními normami. Než se člověk v mém oboru dostane k tomu, aby vůbec mohl začít pracovat, musí mít odrazující množství nejrůznějších souhlasů. Jen pro práci s lidským materiálem musíte projít celou škálu etických komisí, vyplnit horu různých formulářů. Když chci sáhnout na laboratorní zvíře, byť jsem lékař, musím mít – a mám – dvousemestrální studium se zkouškou v oboru zacházení s laboratorními zvířaty. Pro každý pokus na zvířeti musím vyplnit formulář s nepředstavitelnými detaily.

Do „devizové“ ciziny jsem se poprvé dostal až po roce 1989, ale už tehdy tam tyto věci byly řešeny mnohem racionálněji. Tady je to dovedeno do absurdit formátu švejkoviny. I to zhoršuje atmosféru, ve které pracujeme. Jistě teď není problém vycestovat na dlouhodobý studijní pobyt, výrazně lepší než tehdy je vybavení laboratoří – je prakticky srovnatelné se zahraničím, i když asi přijdou horší roky. Kvantum možností a aktivit, jimž se teď mladí lidé mohou věnovat, je však paradoxně i nevýhodou – jsou mnohem rozptýlenější, než jsme bývali my.

Přinejmenším ocenění za svou práci máte horší než vaši zahraniční kolegové. Může se to v dohledné době změnit?

Pracovníci základního výzkumu – univerzity, akademie věd nebo třeba ústavů Maxe Plancka – budou vždycky placeni hůře než klinici, to platí v Německu, Velké Británii i ve Spojených státech. Ono to není úplně špatně. Odpovědnost

klinika, včetně trestní, je nepoměrně větší než moje. Mně může zahynout kultura nebo mi umře myš, ale rozhodně kvůli tomu nemám takové výčitky svědomí, jako když klinickovi zemře pacient. A podmínky pro práci? Teď bylo období klidu, protože v systému, kdy existovaly výzkumné záměry a národní výzkumná centra, měli ti opravdu dobří podmínky srovnatelné s tím, co je kdekoli na Západě. Teď po škrtech je jasné, že většina výzkumných záměrů letos končí, podobně je to i s národními výzkumnými centry. Do základního výzkumu poteče mnohem méně peněz, řada týmů se rozpadne. Jistě, ti nejlepší se zase chytí. Ale vědu nedělají jen ti nejlepší, je to pyramida. Spousta práce se udělá i v těch „horších“ laboratořích. Špička ledovce se bez základny neobejde. Negativní i pozitivní zároveň je, že budou vznikat velká centra. Budou potřebovat velmi kvalitní pracovníky, ale ti nebudou přibývat. Mezi vědci tak u nás vznikem velkých center nastane rozsáhlé „stěhování národů“.

Myslíte si, že za útlumem základního výzkumu je nedočkavost a snaha stáhnout peníze tam, kde se rychle obracejí?

Spíš krátkozrakost. V systému s výzkumnými centry a výzkumnými záměry se Akademie věd ČR i vysoké školy dovedly v krátké době přístrojově i metodicky vybavit. Za dobu fungování „záměrů a center“ se ztrojnásobilo publikování v impaktovaných časopisech – tak raketový nárůst úspěšnosti výzkumu v zemích na západ od nás nikdy nenastal. Stejně se zvedla citovnost těch prací.

Považuji za krátkozraké, že se bude velmi intenzivně podporovat zejména aplikovaný výzkum. Objev, který nejvíce posunul vědu, ale také ekonomikou, ať už šlo o polovodiče, biotechnologie nebo molekulární genetiku, vznikly na bázi kvalitního základního výzkumu. „Praktické“, tedy finanční a ekonomické výsledky, přišly za dvacet let po těchto objevech. Navíc u nás řada lidí jako aplikovaný výzkum chápe i návrh jiného tvaru reflektoru škodovky. Prostředky, které mohly jít do základního výzkumu a mohly pak přinést ekonomicky velmi efektivní věci, půjdou fakticky do firemního vývoje. Důraz jen na krátkodobý zisk nás vrhne zpátky. Prioritní by měla být podpora základního výzkumu, z kterého potom může vzejít něco aplikovaného, co bude opravdu nové, inovativní a ekonomicky výhodné. Přímý zisk to ale určitě nepřinese do tří či pěti let, jak se nyní požaduje.

Vždyť i vyvinout nový lék trvá deset let...

Možná to bude tím, že u nás nemáme jiný farmaceutický průmysl než výrobce generik. Nemáme prakticky žádný významný farmaceutický ani firemní biotechnologický výzkum. U nás se klade důraz třeba na strojírenský průmysl a tam je vývoj daleko rychlejší.

Co považujete za svůj dosud největší úspěch?

Spolu s kolegy z Ústavu makromolekulární chemie AV ČR a Kliniky popáleninové medicíny 3. LF UK jsme vyvinuli nové způsoby pěstování kožních buněk a jejich využití pro léčbu popálených. Za to jsem dostal v roce 2002 cenu Česká hlava, jsem její první laureát. Ale nejmilovanější je vždycky to poslední dítě. V současné době se intenzivně věnujeme fibroblastům – vazivovým buňkám – v nádorech. Ve stromatu nádorů ovlivňují biologické chování nádorů včetně jejich lokální agresivity a metastazování. Spolu s dermatovenerology, otorinolaryngology a molekulární

mi genetiky jsme charakterizovali geny, jež jsou u těchto fibroblastů odpovědné za stimulaci růstu nádorových buněk, a domníváme se, že toto by mohla být jedna z cest jak přinutit nádorové buňky, aby začaly diferencovat. Nádorové buňky, pokud nejsou ve svém prostředí, diferencují rychleji než buňky zdravé. V této oblasti mám s kolegy několik patentů.

Zároveň si myslím, že tyto poznatky by mohly sloužit k regulaci hojení ran. České vědě se podařilo zachytit raketový nástup experimentů s kmenovými buňkami. Tady patříme ke světové špičce. Naše laboratoř v Anatomickém ústavu 1. LF UK participuje na práci Národního výzkumného centra pro buněčnou terapii a tkáňové náhrady profesorky Evy Sykové, ačkoli já se trošku odchytil. Mě kmenové buňky začaly zajímat hlavně z onoho negativního hlediska. Obecně je pohled na kmenové buňky takový, že se dají použít k rekonstrukční medicíně. Nádorové kmenové buňky jsou zároveň zodpovědné za to, co páchá nádor. My se držíme kmenových buněk v nádorech, i když některé výsledky našeho výzkumu lze využít pro hojení.

Dnešní anatomie je vědecký obor, ale je zde i její aspekt pedagogický. Jak mezi nimi „přepínáte“?

Pro mě to těžké není, ale je to jeden z handicapů anatomie. U nás přetrvává tradiční dělení na anatomii a histologii a zvláště tu ještě stojí buněčná biologie. Anatomie pedagogická je jak známo makroskopická a ohromný strašák pro studenty. Výzkumná je pak považována jako buněčná biologie hodně propojená s molekulární biologii. Kvůli této schizofrenní pozici náš obor není příliš atraktivní pro absolventy vysokých škol. Oni sem ochotně přijdou na postgraduální studium, ale když jej úspěšně absolvují, zase odcházejí. Například mladé přírodovědce děsí, že by se museli naučit anatomii, aby ji sami mohli učit.

A naši absolventi? Mladý lékař po promoci nepůjde až na výjimky dělat teoretický obor, ale většinou půjde raději léčit, v tomto ohledu jsme na tom stejně jako kolegové na Západě. Teoretické obory v anglosaských zemích jsou obsazeny absolventy přírodovědeckých fakult zejména z asijských zemí, pro něž je tato pozice společensky prestižní a anglicky dnes umí každý. U nás je pro tuto imigraci překážkou jazykový problém – čeština. Anatomie prochází personální krizí. To je problém, který může tento (pro výuku lékařství tak zásadní) obor ohrozit.



S výjimkou stomatologie se snižuje i počet zájemců o studium medicíny. Kdo ji teď vlastně přichází studovat?

Na medicínu se již v řadě případů nehlásí intelektuální elita z maturitních ročníků. Má to svoji logiku. Kdo absolvuje třeba ekonomický obor, může být jednou ředitelem banky či železnic a má mnohem rozmanitější uplatnění než po medicíně, jejíž studium je navíc velmi

dlouhé a obtížné. Finanční ocenění po promoci je přitom horší a trvá hodně dlouho, než se lékař dostane na rozumnou platovou úroveň. A to nemluví o postgraduálním studiu k získání atestace a licence. Mladí lidé si vybírají spíš obory, kde je po kratším studiu méně práce s menší právní odpovědností. To teď platí po celém světě. Posluchači přicházejí na naši fakultu s velmi nedostačujícími

PŘEDSTAVUJEME

základy a navíc velmi málo rozvinutou paměť, zejména dlouhodobou. Základní a střední školy učí informace najít a nějakou dobu s nimi pracovat, pak je ovšem můžete zvesela zapomenout. To v medicíně rozhodně nejde. Když chirurgovi přivezou na sál raněného, nemůže se jít podívat na web, co s ním má udělat. Ne, na studenty si nenaříkám, učím velmi rád a mám pocit, že s mladými tak rychle nestárnu. Ale deptá vás, když v posluchárně vidíte, že lidé, které to opravdu baví, ubývá.

Máte nějaké osobní krédo?

Co se týká práce, tak aby v práci byla pohoda, aby sem lidé chodili rádi a těšili se sem. Ono se toho tak i víc udělá, než když se prská důtkami a mřská fousama!

Co vás nejvíce baví kromě práce?

Baví mě pěstovat tilandsie, to jsou tropické rostliny z čeledi bromelií. Rostou od Floridy až po jih Brazílie, třeba i na telefonních drátech. Nevyžadují velkou péči, stačí je jednou týdně postříkat. Pěstujeme je v létě na zahradě a v zimě jsou v kuchyni na zácloň. Mám jich pětadvacet druhů a jsem docela pyšný na to, že se mi daří pěstovat i druh, který neprosívá ani v botanické zahradě.

prof. MUDr. Karel Smetana, DrSc., ml.

* 6. května 1958 v Praze

Od dob pregraduálního studia na Fakultě všeobecného lékařství UK (kde promoval v roce 1983) působí v jejím Anatomickém ústavu, kde se zabývá vědeckou a pedagogickou činností. Absolvoval krátkodobé studijní a vědecké pobyty na univerzitách v Liverpoolu, Kyotu a Ulmu. Habilitován byl v roce 1995, profesorem byl jmenován v roce 2003.

Věnuje se buněčné a vývojové biologii se zaměřením na glykobiologii, biologii kmenových buněk, buněčnou terapii a kancerogenezi. Je autorem 170 publikací, na jeho práce se odvolává 800 citací. Výsledky jeho práce v oblasti výzkumu kmenových buněk jsou předmětem osmi patentů a využívají se při biologické léčbě nádorů. Je vědeckým sekretářem České anatomické společnosti a České histochemické a cytochemické společnosti a členem České lékařské akademie. Je nositelem řady ocenění za svou práci, mj. prvním laureátem Národní vědecké ceny Česká hlava (2002) a laureátem Ceny ministra školství, mládeže a tělovýchovy ČR za výzkum, vývoj a inovace (2010). Je ženatý, má syna Tadeáše Karla.




Kardiotechnicka/Kardiotechnik Perfusionist

Volne pracovní místa.

Nabízíme:

- Ruznorodou práci na operacním sale
- Platovy podmínky podle platovy schemy mesta Viden

Zadame:

- Samostane a zodpovedne ovladani pristrojove techniky mimoteloveho krvniho obehu, pri srdcovecnevnik chirurgickych operacich
- Ovladani pristrojove techniky podporych pristroju krevniho obehu

Ocekavame:

- Ukoncene vzdeleni v odboru Diplomovana Kardiotechnicka/ Diplomovany Kardiotechnik
- Pripravenost na spolupraci v smisenem multiprofesionalnim timu
- Vysokou socialni kompetenci
- Pripravenost na pracu v nadcasovych pracovnich hodinach

Upozorneni: Zadost o Pracovni povoleni v Rakousku zaslete prosim na Ministerstvo Zdravotnictvi Rakouske republiky www.bmg.gv.at.

Vasi pisomnou Prihlasku se Zivotopisem a Fotografii zaslete prosim na:

Allgemeines Krankenhaus Wien – Medizinischer Universitätscampus, Abteilung für medizinische, therapeutische und diagnostische Gesundheitsberufe, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien, Österreich, Frau Oberassistentin Margit Vasicek, Telefon: +43/1/40400/1303, E-Mail: post_akh_amt@akhwien.at

KONÍČEK LÉKAŘE

Čas na rybách se nepočítá

„Jan Werich říkal, že čas strávený na rybách se do délky života nepočítá. Nelze než sklonit se nad stručností a hloubkou této myšlenky,“ říká **MUDr. Antonín Weinhöfer**, praktický lékař z Blanska, jehož celoživotním koníčkem je právě rybaření.

Kluci na pytláče

Rybaření mě lákalo už jako malého kluka. Žil jsem na vesnici a jako všechny děti tenkrát jsme trávili spoustu času venku, s kamarády od nás. S nimi jsem ještě na začátku obecné školy mimo jiné klukovské zábavy začal chytat na pytláčku. Nepřipadali jsme si jako zloději, v té době a ještě k tomu jako děcka, prostě jsme tenkrát ani moc nevnímali, jestli existuje nějaké organizované rybaření, nebo ne. Pravdou ale je, že rodiče mi tuto činnost soustavně zakazovali. Já byl jinak dítě dost poslušné, v této věci ovšem neuspěli. Kouzlo rybaření bylo silnější než rodičovské domluvy a výhrůžky.

V naší vesnici byl jen potok a malý rybníček, bahňák. Tam jsme začínali, chodili jsme na to, co tam plavalo: malé rybičky, karsa, hrouzci a línici. Výpravy na ně jsme podnikali několik let a stále nás to bavilo. Později jsme rozšířili pytlácké teritorium na okolní vody – Svratku, Bobravu a rybníčky kolem. Nejlepší pytláčení bylo na Vysocině u strýčka, tam jsme chodili na rybníky, které byly daleko lépe zarybněné. Na ryby jsem se tam vydával s bratrancem. To jsme pořád pilně pytláčili a o nějakém rybářském lístku, který rybář musí mít, jsme stále ještě neměli ani tušení.

Při pytláčení na půvabné říčce Rokytne jsem jednoho dne s ohromením pochopil, že řeka je součástí přírody, je nádherná a že jenom pytláčení ryb není vše, co se mi u řeky líbí.

Osm úhořů a moudrý porybný

To už mi bylo asi osm, když nás při pytláčení načapal porybný.



Foto: archiv Antonína Weinhöfera

Přiznali jsme se mu, že jsme chytili osm úhořů. Mysl si, že se nejen pokoušíme pytláčit, ale ještě si vymyslíme, takový úlovek se mu zdál vyfantazírovaný. Po jeho zhlédnutí uvěřil. Zachoval se moudře a po poučení, jak se má chovat u vody, nám povolil volně chytat ryby v revíru, který měl na starosti.

Nedlouho poté jsem si pořídil rybářský lístek, oficiální povolení k chytání ryb. Často už jsme chytali i se zkušenými rybáři a spoustu věcí jsme od nich pochytili, a tak pro nás nebylo těžké složit příslušné zkoušky. Daleko větším problémem bylo sehnat udice a další rybářskou výbavu.

Etika u vody dnes zůstává stranou

Mým prvním větším úlovkem byla parma. Té mi bylo líto, tak jsem ji

pustil. Ona měla radost a já také, ale zlatá rybka to nebyla a tři přání mi nesplnila. Snad jen to, které se mi splnilo, aniž by mě tenkrát napadlo – aby mi láska k rybaření vydržela celý život.

Později, když jsem dostudoval medicínu a už jsem byl zaměstnaný, jsem chodil na ryby docela často, byla to pro mne výborná relaxace po práci v ordinaci. Při chytání ryb jsem pozoroval přírodu i její proměny a těšilo mě poznávat, jak žijí ryby.

Podstatou mého koníčku pro mě nikdy nebylo jen chytit ryby a přinést je domů. Jeho přínos pro mě je mnohem větší než jen úlovek – sledování přírody, počasí, vychutnání si ticha kolem mne. Za desítky let, po které rybařím, se ale z mého hlediska podstatně zhoršila situace pro slušné rybáře. Rybářů také podstatně přibýlo, jde se doslova „za masem“ a etika u vody zůstává stranou. Přitom pokud by se všichni chovali podle rybářských řádů, rybaření by mohl být vynikající relax.

Zakrmit vodu není fair play

Každý druh ryby vyžaduje určitý způsob lovu a každý rybář má své oblíbené způsoby rybaření. Na lososovité ryby mám rád muškaření a na kaprovité zase lov na položenou, to je rybolovná metoda, která v různých modifikacích umož-

ňuje ulovení mnoha velkých ryb. Jde v podstatě o předkládání nástrahy na dně. Je to stará metoda, ale i dnes převládající způsob lovu kapra. Neexistuje jedna jediná osvědčená nástraha na ryby. Dříve jsme si vystačili s chlebem, rohlíkem, těsty, žízalami. Teď je v obchodech pro rybáře obrovský výběr nástrah rostlinných i živočišných.

V posledních dvou desetiletích bývá součástí návnady i zakrmování. Na určité místo se dá větší množství krmiva, dělá se to za účelem „přitažení ryby“. Úspěch je větší. Ryby, které jdou za krmivem, se tu více shromažďují. Já však patřím ke konzervativním rybářům a nemám tenhle způsob lovu rád. Vždycky dávám rybě šanci a snažím se ji chytit v původní, nezakrmené vodě.

Na všechny úlovky jsem hrdý, ať je ryba malá či velká. Přelstil jsem ji návnadou a to je pro mne hlavní. Tím samozřejmě nechci říci, že bych neměl radost z většího úlovku.

Ryby a falešná humanita

Na některých vodách se teď i u nás rybaří formou „chyt a pusť“. Přišlo to z Kanady, z lovu lososů. Tam se za tento způsob lovu plaví méně, ale rybář je nenápadně sledován, a pokud rybu nepustí, je tvrdě potrestán. U nás se tento přístup zavádí na soukromých vo-

dách také, zvláště u lososovitých ryb. Dochází při něm ale k popíchní ryb a častějšímu úhynu poté, co jsou vráceny zpět. Mám obavu, že to rybáře a naše ochránce přírody nezajímá.

Jednoduchý recept je nejlepší

Ryby jím rád, i moje manželka je má ráda. Preferuji jednoduchou přípravu. Ty orace, které vidím v televizi, pak rybě odeberou všechny její chutě. Jednoduchý recept je nejlepší: první den porce ryby nasolte a potřete citronovou šťávou. Nechte v chladu a druhý den rybu opláchněte, znovu pokapejte citronem a hustě posypte kmínem. Pak už jen stačí rybu opět na šmelcu, přepuštěným másle. K rybě pijeme vždy bílé víno.

Akční ratlík na rybách

Mít psa u vody záleží na rozhodnutí každého rybáře, já ho na ryby nevodím. Zažil jsem příhodu, kdy s sebou dva rybáři měli své psy. Jeden byl ratlík a druhý štěňátko foxteriéra. Dlouho se nic nedělo, pak se ale pomalu začalo zvedat čihátko. V ten moment po něm oba psi skočili a zapletli se do vlasce. Foxteriéra jsme vysvobodili hned, ale ratlík byl tak vzteklý, že se nás snažil kousnout. Po delší chvíli nám nezbylo nic jiného, než přitáhnout mu vlasce kolem krku, a když začal lapat po dechu a roztáhl nohy, začali jsme ho vysvobozovat, ale vždycky jen chvíli, protože brzy byl velmi akční. Trvalo nám dlouho, než jsme ratlíka z vlasce vysvobodili.

Jan Werich, rybář a filozof

Na ryby v posledních letech chodím nejčastěji sám. Měl jsem staršího kamaráda, vynikajícího rybáře, to byl ideální společník. Někdy jsme seděli, mlčeli, a bylo nám dobře. Jeden se dovedl vcítit do nálady druhého. To je pak fantastické. Uповídaní lidé nejsou při rybaření vhodnými partnery, to je pak lepší být u vody sám. Podotýkám, že samotář nejsem. Mnohým z nás byl vzorem pan Werich, vynikající člověk a filozof – u nás nedocenený. Říkal, že čas strávený na rybách se do délky života nepočítá. Tato myšlenka je absolutně přesná a nelze k ní nic dodat, jen se sklonit nad její stručností a hloubkou. Kdyby mi teď mnou chycená zlatá rybka chtěla splnit tři přání, přál bych si, aby u nás nebyli sobci a zloději a všem pak hodně zdraví a znovu zdraví.



Foto: archiv Antonína Weinhöfera

ZE SPOLEČNOSTI

Zemřel prof. Vladimír Pacovský

Dne 4. 8. 2011 zemřel po delší nemoci ve věku 83 let bývalý prorektor Univerzity Karlovy, děkan Fakulty všeobecného lékařství a emeritní přednosta 3. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze **prof. MUDr. Vladimír Pacovský, DrSc.**

Vladimír Pacovský se narodil 22. července 1928 v Praze. Promoval 15. prosince 1952 na Lékařské fakultě UK v Praze a nastoupil na III. interní kliniku, kde pracoval nepřetržitě až do poslední doby. Habilitován byl 1. července 1963 s prací „Metabolické tubulární syndromy“. Profesorem vnitřního lékařství byl jmenován k 1. lednu 1969. Byl členem ČSAV a v letech 1987–1989 předsedou Kolegia lékařských věd ČSAV. Od

1. října 1970 převzal po profesoru Josefu Charvátovi řízení III. interní kliniky tehdejší Fakulty všeobecného lékařství UK a FN II, kterou vedl do 1. října 1990. Od roku 1980 byl 5 let prorektorem Univerzity Karlovy v Praze. Od roku 1985 byl děkanem FVL UK a i po listopadu 1989 byl akademickým senátem potvrzen ve funkci až do konce svého řádného funkčního období. V roce 2003 odešel do důchodu, na kliniku

však docházel ještě poměrně nedávno každý týden.

Získal řadu ocenění akademických i státních, českých i zahraničních. Byl mj. dlouholetým předsedou České internistické společnosti ČLS JEP a prezidentem Světového internistického kongresu. Publikoval 11 monografií a přes čtyři sta vědeckých prací. Je autorem řady vysokoškolských učebnic (mj. moderní celostátní učebnice „Vnitřní lé-



Foto: Karel Mešter

kařství pro lékařské fakulty“ z roku 1986). Těžištěm jeho odborného zájmu byla (vedle interního lékařství jakožto celku) endokrinologie, geriatric a ošetřovatelství. Významně se zasloužil o vznik gerontologie a geriatric

jako samostatného oboru, o realizaci vysokoškolského studia ošetřovatelství u nás a o vznik tzv. univerzit 3. věku. V podmínkách českého zdravotnictví prosazoval koncepci diferencované péče – od intenzivní přes standardní až po následnou. Jako žák akademika Charváta sám vychoval řadu svých následníků, většinou široce zaměřených internistů, ale i představitelů dalších oborů – patří k nim nejen celá současná 3. interní klinika 1. LF UK a VFN, ale i mnoho významných lékařů a přednostů jiných klinik, nemocnic a ústavů.

Profilový rozhovor s profesorem Pacovským si můžete přečíst v ZDN 31–32/2008 nebo na webové adrese: www.zdn.cz/rozhovory/predstavujeme/372711

(mč)

V Čerčanech vzniká Vzdělávací centrum paliativní péče

Činnost vzdělávacího centra bude zahájena na podzim tohoto roku. Jeho hlavním záměrem je zvýšení informovanosti odborné i laické veřejnosti v oboru paliativní péče a současně snaha odstranit tabu, jež pro mnohé z nás paliativní péče dosud představuje.

Toto edukační centrum je jediné svého druhu ve Středočeském kraji a v Praze, v některých dalších oblastech České republiky již podobná vzdělávací zařízení úspěšně fungují.

Nabídka kurzů vzdělávacího centra paliativní péče při Hospici Dobrého pastýře:

15.9. Paliativní péče – typy a triky pro klinickou praxi (MUDr. Ondřej Sláma)

21.9. Specifika paliativní ošetrovatelské péče (Mgr. Monika Marková)

27.9. Paliativní péče – hospice a umění doprovázet (MUDr. Marie Svatošová)

18.10. Syndrom vyhoření – burn-out – a jeho prevence (PhDr. Šárka Dynáková)

26.10. Prvky kinestetiky v ošetrovatelské péči (Mgr. Jitka Dresslerová)

9.11. Komunikace s problematickým pacientem (doc. PhDr. Jan Kožnar, CSc.)

16.11. Péče o klienty po cévní mozkové příhodě (Mgr. Jitka Dresslerová)

Kontakt: Vzdělávací centrum paliativní péče při Hospici Dobrého Pastýře, Sokolská 584, 257 22 Čerčany. Kontaktní osoba: Ing. Věra Ziková, projektová manažerka, tel.: 317 777 381, 733 676 752, fax: 317 700 903, e-mail: zikova@centrum-cercany.cz

Více informací: www.centrum-cercany.cz

(red)

Pozvánka na Lékárnické dny

Sekce lékařství České farmaceutické společnosti ČLS JEP vás zve na XXVII. lékárnické dny, které se konají ve dnech 14.–16. října 2011 v Měšťanské besedě v Plzni. Hlavními tématy letošního setkání jsou farmakoterapie v endokrinologii a současné lékařství.

Program:

- Hormony – fyziologické poznámky (doc. MUDr. Zdeněk Wilhelm, CSc., Fyziologický ústav LF MU Brno)
- Hormony štítné žlázy v léčbě (MUDr. Hana Grégrová, 2. interní klinika LF UK a FN Plzeň)
- Pohlavní hormony – jejich úloha, regulace a léčebné užití (prof. MUDr. Pavel Trávník, DrSc., Repromeda Brno)
- Hormony hypofýzy a jejich terapeutické využití (prof. MUDr. Josef Marek, DrSc., 3. interní klinika 1. LF UK a VFN Praha)
- Steroidy a neuropsychiatrická onemocnění (prof. RNDr. Richard Hampel, DrSc., Endokrinologický ústav Praha)

- Plzeň – město vojenského zdravotnictví, lékařství a farmacie (doc. PhDr. Karel Král, CSc., FaF VFU Brno)
- IPLP v pediatrii – terapie šitá na míru (Mgr. Sylva Klovrová, Nemocniční lékárna FN Motol Praha)
- Inovované receptury individuálně připravovaných léčivých přípravků a zkušenosti s používáním v lékařské praxi (PharmDr. Zbyněk Sklenář, Ph.D., Mgr. Kateřina Horáčková, Lékárna Na Rohožníku Praha)
- Novinky ve farmakovigilanci léčiv ovlivňujících endokrinní systém (MUDr. Petra Vacková, Oddělení farmakovigilance SÚKL)

- Cenová a úhradová regulace léčiv 2012 (Mgr. Martin Mátl, Lékárna Centrum Teplice)
- Elektronický recept u nás a ve světě (PharmDr. Stanislav Havlíček, prezident ČLnK)

Akce je hodnocena 20 body v systému kontinuálního vzdělávání ČLnK.

Kontakt: PharmDr. Pavel Grodza, předseda sekce lékařství ČFS, Lékárna Panacea, Jičínská 54, 742 58 Příbor, tel.: 556 722 061, e-mail: panacea@iol.cz

Více informací a on-line přihláška: www.lekarnickedny.cz

(red)

Pozvánka na 2. česko-saské dny

Oddělení ortopedie, traumatologie a rekonstrukční chirurgie ÚVN Praha a Anatomický ústav 1. LF UK Praha pod patronací děkana 1. LF UK prof. MUDr. Tomáše Zimy, DrSc., a ředitele ÚVN Praha prof. MUDr. Miroslava Zavorala, Ph.D., pořádají 2. česko-saské dny na téma „Zlomeniny patní kosti“.

Symposium se koná v sobotu 8. října od 9 do 15 hod. v Anatomickém ústavu 1. LF UK Praha, U nemocnice 3, Praha 2.

Program:

1. Anatomie patní kosti a operační přístupy.
2. Vývoj a anatomie dětské patní kosti.

3. Diagnostika, klasifikace a léčba zlomenin patní kosti.

4. Zlomeniny patní kosti u dětí a dospívajících.

5. Konzervativní léčba zlomenin kalkanea u dětí a dospělých.

6. Operační léčba zlomenin patní kosti.

7. Postupy při léčení zlomenin patní kosti.

8. Hřebování zlomenin patní kosti.

9. Využití peroperačního 3-D rtg při otevřené osteosyntéze nitrokloubních zlomenin patní kosti.

10. Osteosyntéza patní kosti – technické detaily a triky.

11. Miniinvasivní operace.

12. Artrioskopicky asistovaná perkutánní osteosyntéza intraartikulárních zlomenin patní kosti.

13. Artrioskopicky asistované osteosyntézy zlomenin patní kosti.

14. Operační léčení zlomenin patní kosti – augmentovat, nebo neaugmentovat?

15. Osteosyntéza zlomenin patní kosti konvenční zápěstní dlahou.

16. Mediální a kombinovaný přístup v řešení zlomenin kalkanea – střednědobé výsledky.

17. Modifikace metody léčení zlomenin patní kosti.

18. Otevřené a komplexní zlomeniny patní kosti.

19. Komplexní poranění zadonoží.

20. Zlomeniny patní kosti u diabetiků.

21. Patologická zlomenina patní kosti – kauzistika.

22. Použití zevního fixátoru Poldi VII v řešení infektu patní kosti.

23. Operační léčba komplikací a následků zlomenin patní kosti.

Akce je ohodnocena 5 body ČLK.

Organizační zajištění: Ortopedické centrum, s. r. o.

Více informací: www.ortopedicke-centrum.cz

(red)

PRÁVNÍ PORADNA

NOVÉ KNIHY

David Korpas
Kardiostimulační
technika



Rozsah:
208 stran
Cena: 360 Kč
ISBN: 978-80-
-204-2492-1
Vydavatel:
Mladá fronta,
edice Aeskulap

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

V úvodních kapitolách je stručně nastíněna historie a vývoj kardiostimulace, jsou též zmíněny základy srdeční anatomie a fyziologie včetně poruch srdečního rytmu a základy kardiostimulační techniky.

Zvláštní část se věnuje léčbě farmakologické. V kapitole „Kardiostimulační režimy“ je čtenář obeznámen s mezinárodním kódováním, výběrem režimu pro jednotlivé diagnózy a popisem režimů doplněným ukázkami EKG. Další části příručky se věnují indikacím pro léčbu implan- tabilními systémy a dále implan- tabilními elektrodám. V kapitole „Kardiostimulační systémy“ jsou přijatelným způsobem vysvětleny základní parametry kardiostimulace, řízení rytmu pomocí senzorů, diagnostické možnosti a možnosti elektrofyzikologického vyšetření přes kardiostimulátor. Nechybí ani kapitoly týkající se časování kardiostimulátorů a dále implantabilních kardioverterů-defibrilátorů – vysvětlena je konstrukce, detekce, re- detekce, speciální algoritmy pro rozlišení tachykardií, antitachykardická terapie, určení defibrilačního prahu a diagnostické možnosti. V kapitole „Srdeční resynchronizační terapie“ jsou vysvětleny principy CRT, zvláště- nosti časování a rovněž diagnostické možnosti.

V závěrečných částech publikace je zmíněna problematika implantace, explantace a výměny přístrojů a elektrod včetně kontrol pacientů s implantátem a možnosti jejich dálkového sledování.

Přímé dodávky léčiv

Představme si situaci, kdy do ordinace praktického lékaře přichází reprezentant farmaceutické společnosti, přináší léky a předá je lékaři, který je pak používá v rámci poskytování zdravotní péče nebo je vydává přímo svým pacientům. Jsou takové přímé dodávky léčiv, v profesní hantýrce označované jako „batožení“ (z angl. *backpacking*), podle českého práva přípustné?



odpovídá
Mgr. Petr Samec
právní kancelář DLA Piper

Na úvod je nutno připomenout, že oblast humánních léčivých přípravků je právními předpisy přísně regulována. To platí i pro distributorův léčivých přípravků, jejichž předepisování a výdej široké veřejnosti. Všechny stupně distribučního řetězce podléhají státní kontrole, aby bylo zaručeno, že je s léčivými přípravky zacházeno v souladu se zásadami správné distribuční praxe. Z pohledu českého práva je pilířem právní úpravy zákon č. 378/2007 Sb., o léčivech, ve znění pozdějších předpisů, na který pak navazuje celá prováděcích předpisů. V obecnější rovině pak nelze opomenout též zákon o péči o zdraví lidí č. 20/1966 Sb. ani zákon o ochraně veřejného zdraví č. 258/2000 Sb.

Důležité pojmy

Zákon o léčivech pracuje s širokým pojmem zacházení s léčivými, který zahrnuje i distribuci léčivých přípravků. Distribucí léčivých přípravků se rozumí všechny činnosti sestávající z obstarávání, skladování a dodávání léčivých přípravků, včetně jejich dodávání v rámci Evropské unie a vývozu do třetích zemí a včetně příslušných obchodních převodů, a to bez ohledu na skutečnost, zda jsou tyto činnosti prováděny za úhradu, nebo zdarma.

Za distribuci se nepovažuje výdej léčivých přípravků, jejich prodej prodejcem vyhrazených léčivých přípravků a jejich používání při poskytování zdravotní péče, jakož i distribuce transfuzních přípravků zařízením transfuzní služby a distribuce surovin pro další výrobu zařízením transfuzní služby. Do distribuce nespadá ani dovozy léčiv ze třetích zemí. (Viz § 5 odst. 5 zákona o léčivech.) Pokud jde o samotné dodávání léčivých přípravků, zákon o léčivech tento pojem blíže nespecifi-

kuje. Z definice distribuce můžeme dovodit, že se jedná o úplatný či bezúplatný převod vlastnického práva k léčivým přípravkům z dodavatele (distributora, popř. výrobce) na odběratele. Podobně tomu bude i podle zákona o dani z přidané hodnoty, který dodání zboží definuje jako převod práva nakládat se zbožím jako vlastník (viz § 13 odst. 1 zákona č. 235/2004 Sb., o dani z přidané hodnoty, ve znění pozdějších předpisů).

Způsobilí odběratelé

Podle § 77 odst. 1 písm. c) zákona o léčivech je distributor povinen distribuovat léčivé přípravky pouze následujícím subjektům:

- jiným distributorům,
- osobám, které jsou oprávněny vydávat léčivé přípravky nebo prodávat vyhrazené léčivé přípravky,
- osobám poskytujícím zdravotní péči, jde-li o medicínální plyny nebo infuzní roztoky,
- zdravotnickým zařízením, jde-li o radiofarmaka,
- lékařům, jde-li o imunologické přípravky za účelem očkování,
- držitelům rozhodnutí o registraci (a jejich pověřeným obchodním zástupcům), jde-li o reklamní vzorky léčivých přípravků,
- zařízením transfuzní služby nebo krevním bankám, jde-li o transfuzní přípravky,
- lékařům, kteří je přímo použijí při poskytování zdravotní péče, a to pouze léčivé přípravky pro moderní terapii.

Z výše uvedeného vyplývá, že dodávky léčivých přípravků přímo nemocnicím či lékařům jsou při-

puštěny pouze u výslovně vyjmenovaných léčiv. Zásobování všemi ostatními léčivými přípravky by měly obstarávat výlučně lékárny. Toto distribuční schéma (distributor – lékárna – zdravotnické zařízení), které je zavedeno i v dalších členských státech EU, má v první řadě garantovat bezpečné zacházení s léčivými a zachování jejich jakosti. Zároveň reguluje výdej léčiv pacientům přímo ze strany lékařů, čímž dochází k omezení nej- různějších marketingových aktivit farmaceutických společností zaměřených právě na lékaře.

V praxi to znamená, že kromě citovaných zákonných výjimek nesmí na doprovodné dokumentaci k dodávkám léčivých přípravků v žádném případě figurovat zdravotnické zařízení, respektive lékař. Ve vztahu k distributorovi musí být odběratelem lékárna, která pak vystupuje jako dodavatel vůči zdravotnickému zařízení. Vynechání tohoto mezičlánku je zásadně nepřipustné. Za této situace nabytí v významu lékárny umístěné přímo v areálech zdravotnických zařízení, které výrazně usnadňují logistiku dodávek léčiv do těchto zařízení.

Je lékař oprávněn vydat pacientovi léky?

Shora nastíněný distribuční model se promítá i do způsobu zacházení s léčivými přípravky ze strany lékaře. Zákon o léčivech v této souvislosti rozlišuje mezi (i) výdejem léčivých přípravků, (ii) jejich používáním při poskytování zdravotní péče a (iii) vybavením pacienta léčivými přípravky.

Výdejem léčivých přípravků se rozumí jejich poskytování široké veřejnosti na základě lékařského předpisu, popř. na vyžádání, pokud jde o léky, jejichž výdej není

vázán na lékařský předpis. Léčivé přípravky jsou oprávněny vydávat v zásadě pouze lékárny. Jiná zdravotnická zařízení (nemocnice, praktičtí lékaři, atd.) mohou vydávat pouze určitá léčiva, jako jsou imunologické přípravky za účelem očkování, krevní deriváty, transfuzní přípravky, radiofarmaka atd. (viz § 82 odst. 2 zákona o léčivech). Obecně lze říci, že lékař může pacientovi vydat ten léčivý přípravek, který mu distributor může dodat přímo do ordinace.

Používání léčivých přípravků při poskytování zdravotní péče znamená jejich podávání pacientovi při výkonu této péče, a to jak při hospitalizaci, tak ambulantně. Vybavení pacienta léčivými přípravky znamená poskytnutí potřebného množství léčivých přípravků při propuštění z ústavní péče, při překladi do jiného zdravotnického zařízení nebo při poskytnutí zdravotní péče praktickým lékařem, praktickým lékařem pro děti a dorost, lékařem vykonávajícím pohotovostní službu či lékařem zdravotnické záchranné služby. Takto však lze vybavit pacienta pouze v případě, že zdravotní stav pacienta nezbytně vyžaduje bezodkladné užívání léčivého přípravku a vzhledem k místní nebo časové nedostupnosti lékárenské péče není možný včasný výdej léčivého přípravku na lékařský předpis. Lékař tedy může vybavit pacienta léky pouze při splnění výše uvedených podmínek.

Sankce

Na základě výše uvedeného lze dospět k závěru, že přímé dodávky léčivých přípravků do nemocnic a ordinací praktických lékařů jakož i následný přímý výdej či vybavení pacienta léky jsou přípustné pouze pro omezený okruh léčiv, která jsou pokryta zákonnou výjimkou. Všechny ostatní léky musí být dodávány a vydávány prostřednictvím lékáren. Pro úplnost je třeba dodat, že přímo lze dodávat a vydávat i vzorky léčivých přípravků, pro které jsou však stanovena speciální pravidla.

Účast na nedovolených přímých dodávkách léčivých přípravků bude kvalifikována jako porušení zákona o léčivech jak ze strany distributora, tak z pohledu zdravotnického zařízení. Za tento správní delikt může Státní ústav pro kontrolu léčiv udělit pokutu až do výše 1 milionu Kč. Zároveň by se mohlo jednat o nedovolenou podporu předepisování, dodávání, prodeje a výdeje léčivých přípravků v rozporu se zákonem č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy, ve znění pozdějších předpisů.



Přihlaste svého kandidáta!

Sestra roku 11



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

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

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

Titul Sestra roku je
udělován ve třech
kategoriích:

- Sestra v nemocniční a ambulantní péči
- Sestra v sociální péči
- Sestra ve výzkumu a vzdělávání

Redakce časopisu
Sestra tradičně uděluje
mimořádnou cenu:

- Čestné ocenění
za celoživotní dílo
v ošetrovatelství

Uzávěrka přihlášek nejpozději do 30. 11. 2011

Stručná pravidla soutěže

Soutěž je určena sestřím, porodním asistentkám, sestřím domácí a sociální péče a dalším nelékařským zdravotnickým pracovníkům, kterým se jejich profese stala spíše posláním než pouhým zaměstnáním. Kandidáty navrhuji jejich kolegové, nadřízení, lékaři, zástupci odborných společností i pacienti.

PRŮBĚH SOUTĚŽE:

Navrhovatel zašle kompletně vyplněnou přihlášku spolu s motivačním dopisem následujícím způsobem:
– e-mailem na adresu sestraroku@mf.cz
– vložení na www.sestraroku.cz
– v obálce označené heslem „Sestra roku 2011“ na adresu redakce

časopisu Sestra, Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4. Akceptovány jsou pouze přihlášky doručené nejpozději do 30. 11. 2011. Formulář přihlášky do soutěže najdete v titulech Sestra, Zdravotnické noviny, na internetových stránkách www.sestraroku.cz. Též si o něj můžete napsat na e-mail: sestraroku@mf.cz

Soutěž probíhá ve dvou kolech. V prvním kole vybere nezávislá první odborná porota pro každou kategorii tři finalisty. Druhé kolo proběhne na slavnostním galavečeru v únoru 2012 v Praze. Navrhovatelé mají možnost účastnit se tohoto večera spolu s finalisty. V tomto závěrečném kole vybere vítěze druhá odborná porota složená z významných osobností našeho lékařství, ošetrovatelství, zástupců sponzorů, poli-

tické sféry a výherců uplynulých ročníků soutěže Sestra roku.

PODMÍNKY ÚČASTI V SOUTĚŽI:

Soutěžící musí splňovat hlavní kritérium soutěže, kterým je nadstandardní přístup při zvládnání náročných situací, vykonání výjimečného činu v každodenní ošetrovatelské praxi nebo intenzivní činnost směřující ke zkvalitňování vzdělávacího systému apod. Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na www.sestraroku.cz. V případě dotazů pište na adresu sestraroku@mf.cz nebo využijte webového diskusního fórum.

Partneři



Mediální partneři



www.sestraroku.cz



Přihlašuji kandidáta do soutěže
Sestra roku 2011 v kategorii:

- Sestra v nemocniční a ambulantní péči
 Sestra v sociální péči
 Sestra ve výzkumu a vzdělávání

(vybranou kategorii označte křížkem)

Navrhovatel

Jméno a příjmení navrhovatele
Kontaktní adresa, PSČ
E-mail Telefon

Soutěžící

Jméno a příjmení soutěžící(ho)
Kontaktní adresa, PSČ
E-mail Telefon
Obor, ve kterém soutěžící působí
Funkce
Pracoviště (název zařízení včetně oddělení)
.....
Nejvyšší dosažené vzdělání, kvalifikace
Registrovaná sestra: ano ne Počet let ve zdravotnictví
Publikační činnost
Přednášková činnost
Jazykové schopnosti
Zahraniční stáže

Základní informace o soutěži

Popis aktivit kandidáta odpovídajících hlavnímu kritériu soutěže musí být k přihlášce přiložen na zvláštním papíře ve formě motivačního dopisu. Rozsah tohoto sdělení by neměl přesahovat jednu normostranu (tj. 30 řádků).

Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na www.sestraroku.cz. Soutěžící i navrhovatel berou na vědomí, že s nimi mohou být pořizovány fotografické snímky, videozáznamy a rozhovory v rámci dokumentace akce, které mohou být přiměřeně využity organizátorem soutěže pro účely prezentace této akce a reklamu spojenou s ní a dalšími ročníky této akce, a s pořizováním ta-

kových záznamů souhlasí. Navrhovatel má povinnost informovat soutěžícího o jeho nominaci, přičemž soutěžící musí s nominací, údaji uvedenými na přihlášce i pravidly soutěže souhlasit. Bez souhlasu soutěžícího nesmí navrhovatel přihlášku odeslat.

Odesláním přihlášky do soutěže uděluje navrhovatel i soutěžící v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. souhlas se zpracováním zde poskytnutých osobních údajů společností Mladá fronta a. s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany, jakožto správcem a zpracovatelem, za účelem zařazení do databáze správce a dalšího marketingového zpracování, tj. nabízení výrobků a služeb, a za účelem obchodních sdělení prostřednictvím elektronických prostředků podle zákona č. 480/2004 Sb., a to

po dobu deseti let od udělení souhlasu. Souhlas se zpracováním osobních údajů uděluje soutěžící i navrhovatel dobrovolně a mohou jej kdykoli bezplatně na adrese správce odvolat.

Mladá fronta a. s., Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4-Modřany.

Odesláním přihlášky do soutěže se zavazujeme dodržovat bez výhrad pravidla soutěže.

Kde jste se o soutěži dozvěděli?

NOVÉ KNIHY

Michael Ruse
Charles Darwin
 Filozofické aspekty
 Darwinových myšlenek

Rozsah: 408 stran
 Cena: 395 Kč
 ISBN: 978-80-200-1901-1
 Vydavatel: Academia



Charles Darwin je nejen architektem moderní evoluční biologie a jeho dílo „O vzniku druhů“ je více než jen biologickou teorií. Je to soubor principů, které mají obrovský dopad na zásadní filozofické otázky jak v oblasti vědění (epistemologie) a morálky (etiky) a náboženství. Právě touto filozofickou povahou Darwinových myšlenek se zabývá kniha odborníka na historii a filozofii darwinismu Michaela Ruseho.

Niall Ferguson
Válka světa

Rozsah: 776 stran
 Cena: 595 Kč
 ISBN: 978-80-200-1658-0
 Vydavatel: Academia

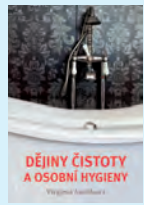
Dvacáté století, od konfliktů, jež zvěstovaly příchod 1. světové války,



po dozvuky války studené, je jednoznačně nejkrvavějším stoletím v dějinách lidstva. Jak vysvětlit ten ohromný rozsah a intenzitu násilí v době, kdy na tom byla většina lidí díky vědeckým a ekonomickým pokrokům lépe než kdykoli předtím? Proč se pokrok zvrhl v genocidu? Ferguson hledá řešení paradoxu věku nenávisťi, pátrá po vysvětlení, co se to s naší dobou vlastně stalo.

Virginia Smithová
Dějiny čistoty a osobní hygieny

Rozsah: 460 stran
 Cena: 465 Kč
 ISBN: 978-80-200-1885-4
 Vydavatel: Academia



V posledních desetiletích 20. a na počátku 21. století ovládly mysl Evropanů „hygienické ideály“ importované z USA. Evropský trh zaplavily nejrůznější přípravky k údržbě bezchybně čisté domácnosti i těla zbařeného všeho „nečistého“ (koncept „BO“ = *body odour*,

tedy zbavení lidského těla všech přirozených pachů). V době, kdy má mnoho lidí jediný a dostatečný důvod k osobní hygieně, nadřazený všem jiným (předvádět se), se hygiena a kosmetika stávají atributem globalizace a významným ekonomickým faktorem. Současně se objevují první náznaky odmítnutí tohoto trendu, vymykajícího se lidské přirozenosti a ve svých důsledcích silně ohrožujícího přírodu.

Zatímco legislativa 19. století, diktovaná představami zdravotní policie, se snažila chránit lidské životy a uchovat lidské zdraví, legislativa 21. století se musí snažit zachránit zdraví a život Země. Ostatně hlavním nepřitelem civilizace přestává být špína, stávají se jí mikroorganismy natolik zocelené hygienickými přípravky, že je proti nim i nadmíru čistotné lidstvo bezmocné.

Eva Davidová a kol.
Kvalita života a sociální determinanty zdraví u Romů v České a Slovenské republice

Rozsah: 256 stran
 Cena: 279 Kč
 ISBN: 978-80-7387-428-5
 Vydavatel: Triton



Studie pracovníků Zdravotně sociální fakulty Jihočeské univerzity v Českých Budějovicích prezentuje výsledky dlouhodobého výzkumu životního stylu, kvality života a zdraví romské populace v rámci většinové společnosti ve vybraných regionech České a Slovenské republiky.

Výzkum byl realizován na základě projektu zadaného Grantovou agenturou ČR a probíhal v letech 2007–2008 ve vybraných romských rodinách z Jihočeského, Moravskoslezského, Košického a Prešovského kraje. Základní poznatky z výzkumu a závěry doporučené a použitelné v praxi tvoří tištěnou část publikace. Tu doplňuje příloha na CD, jež obsahuje výsledky statistického zkoumání v podobě četných analýz, grafů a tabulek, včetně komentářů a interpretací.

Přínos studie lze vidět především v aktuálnosti a závažnosti jejího tématu a jeho kontextové šíři, v bohatství dat a nových poznatků týkajících se romské problematiky, pluralitě informačních zdrojů a pestrosti použitých výzkumných technik. Nezanedbatelnou hodnotu má česko-slovenská paralela pohledu a snaha poskytnout efektivní doporučení, postupy a návrhy opatření směřující ke sblížení romské

minority s majoritou při důrazu na osvětu a vzdělání.

Ken Evans, Maria C. Gilbertová
Úvod do integrativní psychoterapie

Rozsah: 176 stran
 Cena: 249 Kč
 ISBN: 978-80-7387-446-9
 Vydavatel: Triton



Publikace je průvodcem po bohatém a mnohdy nepřehledném terénu „integrace v psychoterapii“.

Přístupnou, čtivou formou poskytuje informace o filozofickém zázemí, historii a výzkumu integrativního hnutí v psychoterapii. Autoři seznámí čtenáře s vlastním konceptem integrace, založeným na ústřední myšlence dialogismu a spoluutváření psychotherapeutického vztahu, ve kterém integrují gestalt terapii a vztahovou psychoanalýzu. Jedná se o platformu vhodnou pro integraci humanistických, psychodynamických a experienciálních směrů. Cennou částí knihy je podrobně zpracovaná kazuistika psychotherapeutické práce, na níž jsou ukázány jak teoretické koncepty, tak zásady praktického přístupu při práci s klientem.

**FAKULTNÍ
NEMOCNICE
OSTRAVA**

KARDIOVASKULÁRNÍ ODDĚLENÍ FN OSTRAVA
 ve spolupráci s Českou asociací sester
 Moravskoslezského regionu
 pořádají

V. KONGRES KARDIOLOGICKÝCH SESTER
 s mezinárodní účastí

20.–21. říjen 2011
 Clarion Congress Hotel Ostrava

<http://www.fno.cz/kongresy-a-seminare>

Kalendář akcí odborných lékařských společností – září 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.

Srdeční selhání.

Očkování proti chřipce

Vzdělávací seminář Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

17. 9. 2011/Brno

Místo konání: Kancelář veřejného ochránce práv

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.svl.cz

Srdeční selhání.

Očkování proti chřipce

Vzdělávací seminář Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

17. 9. 2011/Karlovy Vary, Březová

Místo konání: Hotel Starý mlýn

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.svl.cz

Pediatrický den

Kardiologie v dětském věku, genetik, dětská endokrinologie, sexuálně přenosné nemoci u dětí

17. 9. 2011/Ostrava

Místo konání: Hotel Imperial

Pořadatel: Klinika dětského lékařství LF OU a FN Ostrava

Kontakt: doc. MUDr. Michal Hladík, Ph.D.; tel.: 597 373 515;

e-mail: michal.hladik@fno.cz; www.cpsjep.cz

15th world congress of psychiatry 2011

Our heritage and our future

18.-22. 9. 2011/

Buenos Aires, Argentina

Místo konání: Sheraton Hotel and Convention Center

Kontakt:

www.wpa-argentina2011.com.ar

Mikrobiologická kontrola léčiv

Odborná stáž

20.-21. 9. 2011/Praha

Místo konání:

SÚKL, Šrobárova 48

Pořadatel: IPVZ

Kontakt: PhDr. Eva Morávková;

tel.: 261 092 458;

e-mail: moravkova@ipvz.cz;

www.ipvz.cz

Seminář pro asistentky ve farmacii

Základy medicínského práva, základy farmaceutického marketingu, firemní kultura a interní komunikace, jednání v komuni-



Ilustrační foto: Shutterstock

kačně a společensky náročných situacích, profesionální image, společenská etiketa

20.-21. 9. 2011/Praha

Pořadatel: Androsa

Kontakt: www.androsa.cz

Regionální setkání dermatovenerologů

21. 9. 2011/Hradec Králové

Pořadatel:

Klinika nemocí kožních a pohlavních LF UK a FN Hradec Králové

Kontakt: doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.; e-mail: ettler@fnhk.cz;

www.lfhk.cuni.cz/dermat

Srdeční selhání.

Očkování proti chřipce

Vzdělávací seminář Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

21. 9. 2011/České Budějovice

Místo konání:

Budova Medipont

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.svl.cz

Skříčkový seminář

21. 9. 2011/Praha

Místo konání: FN Na Bulovce

Pořadatel: histopatologická sekce České dermatovenerologické společnosti ČLS JEP

Kontakt: doc. MUDr. Lumír Pock, CSc.; e-mail: lumir.pock@volny.cz; www.lfhk.cuni.cz/dermat

Funkční geriatrické vyšetření

Specializační odborná stáž – metody komplexního hodnocení zdravotního stavu a zdravotního postižení, klasifikace postižení a nejčastější rizikové faktory dysability, ztráta soběstačnosti a její kompenzace, rehabilitační potenciál

21.-22. 9. 2011/Praha

Místo konání: Geriatrická klinika

1. LF UK a VFN, Londýnská 15

Pořadatel: IPVZ

Kontakt: Mgr. Eva Chárová;

tel.: 261 092 461; e-mail:

charova@ipvz.cz; www.ipvz.cz

3. kongres klinické mikrobiologie a infekčních nemocí

HIV/AIDS a ostatní sexuálně přenosná onemocnění, infekce v dětském věku, tuberkulóza, rezistence vůči ATB, antivirotikům, antimykotikům, antiparazitikům, přírodně ohniskové nákazy, infekce GIT

21.-23. 9. 2011/Plzeň

Místo konání: Parkhotel

Pořadatelé: Společnost pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP, Společnost pro lékařskou mikrobiologii ČLS JEP, Společnost infekčního lékařství ČLS JEP, Ústav mikrobiologie LF UK a FN Plzeň

Kontakt: www.kmin2011.cz

6th scientific and annual meeting of the European Society of Coloproctology (ESCP)

21.-24. 9. 2011/Kodaň, Dánsko

Místo konání:

Tivoli Congress Center

Kontakt: www.escp.eu.com

3rd musculoskeletal sonography course for rheumatologists

21.-24. 9. 2011/Praha

Místo konání:

Hotel Crowne Plaza

Pořadatel:

Revmatologický ústav Praha

Kontakt: MUDr. Jakub Závada;

tel.: 234 075 427;

e-mail: zavada@revma.cz;

www.congressprague.cz/msrc2011

Srdeční selhání.

Očkování proti chřipce

Vzdělávací seminář Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

22. 9. 2011/Ostrava

Místo konání: Hotel Imperial

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.svl.cz

Infekční dermatózy dětského věku

22. 9. 2011/Ostrava

Místo konání: FN Ostrava

Pořadatel:

kožní oddělení FN Ostrava

Kontakt: MUDr. Yveta

Vantuchová, Ph.D.; e-mail:

yveta.vantuchova@fno.cz;

www.lfhk.cuni.cz/dermat

ICT ve zdravotnictví 2011 – 5. ročník

Odborná konference a výstava o elektronickém zdravotnictví, informačních a komunikačních technologiích jako nástrojích pro efektivní organizaci zdravotnictví, prevenci, diagnostiku a léčbu, monitorování zdravotního stavu a minimalizaci zdravotních hendikepů pacienta

22. 9. 2011/Praha

Místo konání:

Malostranský palác

Pořadatel: Vydavatelství IDG

Kontakt: <http://eventworld.cz>

POCT ve zdravotnických zařízeních

Pracovní den

22. 9. 2011/Olomouc

Místo konání: Rotunda FN Olomouc

Pořadatelé: Česká společnost klinické biochemie ČLS JEP, Laboratoř dědičných metabolických poruch FN Olomouc

Kontakt: Bc. Miroslava Kapustová;

tel.: 588 443 232; e-mail:

miroslava.kapustova@fnol.cz;

www.cskb.cz

Krčský chirurgický den

Kolorektální karcinom

22. 9. 2011/Praha

Místo konání:

Hotel Chateau St. Havel

Pořadatelé: Chirurgická klinika

1. LF UK a Fakultní Thomayerovy

nemocnice v Krči, Česká chirurgická společnost ČLS JEP

Kontakt: doc. MUDr. Vladimír

Visokai, Ph.D.; MUDr. Ludmila

Lipská, Ph.D.; tel.: 261 082 632;

e-mail: vladimir.visokai@ftn.cz;

ludmila.lipska@ftn.cz;

www.chirurgie.cz;

www.cgs-cls.cz

Srdeční selhání.

Očkování proti chřipce

Vzdělávací seminář Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

22. 9. 2011/Hradec Králové

Místo konání: Nové Adalbertinum

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.svl.cz

Etické, duchovní a právní aspekty v paliativní medicíně

Specializační kurz

22.-23. 9. 2011/Rajhrad u Brna

Místo konání: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa

Pořadatel: IPVZ

Kontakt: Andrea Malá; tel.: 261 092 442; e-mail: mala@ipvz.cz; www.ipvz.cz

15. Novákyv traumatologické dny

Trauma management, fórum experimentální traumatologie, poranění dolní končetiny, poranění páneve, workshopy

22.-23. 9. 2011/Brno

Místo konání:

Hotel International

Pořadatel:

Klinika traumatologie LF MU a Úrazové nemocnice Brno

Kontakt: Bc. Martina Vlaháčková; tel.: 603 870 040; e-mail:

vlahacova@ortopedicke-centrum.cz; Miroslav Koleč; e-mail:

koles@ortopedicke-centrum.cz; www.ortopedicke-centrum.cz

Euro-Notes 2011

5th joint European notes workshop

22.-24. 9. 2011/Frankfurt

nad Mohanem, Německo

Kontakt: www.esge.com/

euro-notes-2011.html

19. výroční sjezd České oftalmologické společnosti ČLS JEP

22.-24. 9. 2011/Ostrava

Místo konání:

Vysoká škola báňská - Technická univerzita Ostrava

Pořadatel: Česká oftalmologická společnost ČLS JEP, Oční klinika FN Ostrava

Kontakt: MUDr. Petr Mašek, CSc.; e-mail: petr.masek@fnspo.cz;

Bc. Lucie Šafránková;

tel.: 495 217 146; 739 433 626;

e-mail: safrankova@nucleus.cz; www.nucleus.cz

19. kongres k sexuální výchově

Cíle, obsah, metody a právní aspekty sexuální výchovy, prevence sexuálně přenosných chorob s důrazem na HIV/AIDS, neplodnost a její léčba

22.-24. 9. 2011/Pardubice

Místo konání: Huďební sál

pardubické radnice

Pořadatel: Společnost pro plánování rodiny a sexuální výchovu, Sexuologická společnost ČLS JEP, Pedagogická fakulta Univerzity Hradec Králové

Kontakt: Mgr. Zuzana Prouzová; tel.: 224 231 524, 606 917 488;

e-mail: planrod@centrum.cz;

www.planovanirodiny.cz,
www.sexuologickaspolecnost.cz

10. kurz magnetické rezonance

MR zobrazování centrální nervové soustavy – 2. část: záněty mozku a páteře, cévní postižení, degenerace mozku a páteře, postižení bílé hmoty, epilepsie, neurokutánní syndromy, MR zobrazování u dětí

22.-24. 9. 2011/Brno

Místo konání: Hotel Myslivna

Pořadatel: Radiologická klinika LF MU a FN Brno, MR sekce Radiologické společnosti ČLS JEP

Kontakt: doc. MUDr. Marek

Mechl, Ph.D.; tel.: 532 233 008; e-mail: marek@mechl.cz;

www.crs.cz

25th annual meeting of the European Society for Vascular Surgery

22.-25. 9. 2011/Atény, Řecko

Kontakt: www.esvs.org/?vis=28

10. cerebrovaskulární seminář

Novinky v diagnostice, léčbě a sekundární prevenci cévních mozkových příhod, interaktivní seminář vedoucích komplexních cerebrovaskulárních a ik-tových center České republiky

23.-24. 9. 2011/Pardubice

Místo konání:

Golf Resort Kunětická Hora

Pořadatel:

cerebrovaskulární sekce České neurologické společnosti ČLS JEP

Kontakt: www.mhconsulting.cz

16. opařanské dny

Současná pedopsychiatrie v denní praxi

23.-24. 9. 2011/Opařany

Místo konání:

Dětská psychiatrická léčebna

Pořadatel: sekce dětské a dorostové psychiatrie Psychiatrické společnosti ČLS JEP, Asociace dětské a dorostové psychiatrie ČR

Kontakt: prim. MUDr. Ludmila Viktorová; tel.: 381 204 211;

e-mail: dploparany@dploparany.cz; www.dploparany.cz

Euroson School 2011

Sonografie hrudníku

23.-24. 9. 2011/Praha

Místo konání: FN Motol

Pořadatel: European Federation of Societies for Ultrasound in Medicine and Biology (EFSUMB)

Kontakt: doc. MUDr. Miroslav Roček, CSc.; tel.: 224 438 100; e-mail:

miroslav.rocek@lfmotol.cuni.cz;

Drahomíra Kovaříková;

tel.: 603 887 297;

e-mail: eurocongress@grbox.cz;

www.eurocongress.cz;

www.crs.cz

ECCO and ESMO Congress 2011

European multidisciplinary cancer congress

23.-27. 9. 2011/

Stockholm, Švédsko

Pořadatel: European Cancer Organisation (ECCO), European Society for Medical Oncology (ESMO)

Kontakt: www.ecco-org.eu/Conferences-and-Events/2011-Stockholm-Congress/page.aspx/217

Srdeční selhání. Očkování proti chřipce

Vzdělávací seminář Společnosti všeobecného lékařství ČLS JEP

24. 9. 2011/Olomouc

Místo konání: aula Právnické

fakulty UP Olomouc

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.svl.cz

X. celostátní sjezd ČSKB

Vyšetření mozkomíšního moku a laboratorní diagnostika v neurologii, hodnocení laboratorních testů v neonatologii, pediatrii a geriatii, nové markery kardiovaskulárního rizika, biochemická genetika aneb když genetik používá biochemické testy, laboratorní diagnostika anemii, „-omické“ metody – současnost a perspektivy, pojetí kvality jako integrované činnosti lékařů, analytiků, laborantů a vedení ZZ

25.-27. 9. 2011/Plzeň

Místo konání:

kongresové centrum Parkhotelu

Pořadatel: Česká společnost klinické biochemie ČLS JEP

Kontakt:

prof. MUDr. Jaroslav Racek, DrSc., Monika Šenderová;

tel.: 224 942 575, 224 942 579;

e-mail: sjezdcskb2011@cbttravel.cz;

www.sjezdcskb2011.cz

18. kongres České internistické společnosti ČLS JEP

25.-28. 9. 2011/Praha

Místo konání: Top hotel

Pořadatel:

Česká internistická společnost ČLS JEP ve spolupráci s dalšími odbornými společnostmi a interní sekci České asociace sester

Kontakt:

www.vnitrnilekarstvi.cz;

www.gsymposion.cz

3rd biennial Asian-Pacific HPBA congress

27.-30. 9. 2011/

Melbourne, Austrálie

Kontakt:

www.aphpba11.com;

www.cgs-cla.cz

CME course about occupational diseases

28. 9. – 1. 10. 2011/Riga, Lotyšsko

Pořadatel: European Forum on Occupational Health (EFOH)

Kontakt: www.efoh.eu

Symposium Palacos 2011

29.-30. 9. 2011/Třeboň

Místo konání:

Hotel Zlatá hvězda

Pořadatel:

Heraeus Medical GmbH

Kontakt:

www.congressprague.cz

55. sjezd slovenských a českých revmatologů

Biologická léčba zánětlivých revmatických chorob, monoartritida, kloubová manifestace

u vybraných endokrinních onemocnění, infekční a reaktivní artritidy, pediatrická revmatologie, aktuální problémy u di-

fuzních nemocí pojiva, psoriatická artritida, metabolická arthropatie, význam biomarkerů pro hodnocení aktivity a prognózy onemocnění

29. 9. – 1. 10. 2011/Piešťany

Místo konání: Společenské centrum SLK, Kúpeľný ostrov

Pořadatel: Slovenská reumatologická spoločnosť SLS, Česká revmatologická společnost ČLS JEP

Kontakt: Soňa Kozáková; e-mail: secretarysma@ba.telecom.sk;

Gabriela Hajdušíková;

e-mail: hajdusikova@nurch.sk;

www.srs-sls.sk

7. hradecké vakcinologické dny

Novinky v očkování, složení vakcín a vliv adjuvantních látek, očkování chronicky nemocných, doporučená očkování v dospělosti, očkování proti meningokokovému a pneumokokovému nákazám, vakcinace proti klíšťové encefalitidě, očkování u preventabilních importovaných nákaz, komunikace očkovacího lékaře s pacientem a rodičem

29. 9. – 1. 10. 2011/

Hradec Králové

Místo konání:

kongresové centrum Aldis

Pořadatel: Česká vakcinologická společnost ČLS JEP, Fakulta vojenského zdravotnictví Univerzity obrany, Vakcinační centrum, Sdružení pro klinické hodnocení očkovacích látek

Kontakt:

www.vakcidny2011.cz

1. konference nemocničních gynekologů a porodníků

Perinatologie, onkogynekologie, urogynekologie, minimálně invazivní chirurgie, ultrazvuk a fetální medicína

30. 9. – 2. 10. 2011/Praha

Místo konání: Hotel Diplomat

Pořadatel: sekce gynekologů a porodníků lůžkových zařízení České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP

Kontakt:

e-mail: sngp2011@guarant.cz;

www.cgps.cz;

www.konference-sngp.cz

Diseases of the Abdomen and Pelvis

An interactive course in diagnostic imaging preliminary program

29. 9. – 2. 10. 2011/

Mykonos, Řecko

Kontakt: e-mail: info@idkd.org; www.idkd.org

17. beskydský ORL den

Chirurgie nosu a spodiny lebeční

30. 9. – 1. 10. 2011/Ostravice

Místo konání: Hotel Sepetná

Pořadatel: ORL klinika FN Ostrava, Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP

Kontakt:

doc. MUDr. Pavel Komínek, Ph.D.; e-mail: pavel.kominek@fno.cz;

http://otolaryngologie.cz

19. brněnské dny praktického lékařství

Epidemiologie nádorových onemocnění – situace u nás a ve světě, onkologické preventivní prohlídky, genetika a nádory, nádorové markery, karcinom kolorekta – plíc – ledvin – prostaty, nádorová onemocnění kůže, vedlejší účinky protinádorové terapie

30. 9. – 1. 10. 2011/Brno

Místo konání:

aula kampusu MU Bohnice

Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP, Klinika interní, geriatry a praktického lékařství LF MU a FN Brno

Kontakt:

prof. MUDr. Hana Kubešová, CSc.; e-mail: hkubes@med.muni.cz; www.svl.cz

7. bojnická AT konference

Polytoxikomanie, nelátkové závislosti, nové možnosti léčby závislosti

30. 9. – 2. 10. 2011/Bojnice

Místo konání:

Hotel Pod Zámekem

Pořadatel: Sekcia drogových závislostí Slovenskej psychiatrickej spoločnosti SLS

Kontakt: http://snncls.cz

SERVIS

Zajímavé www stránky

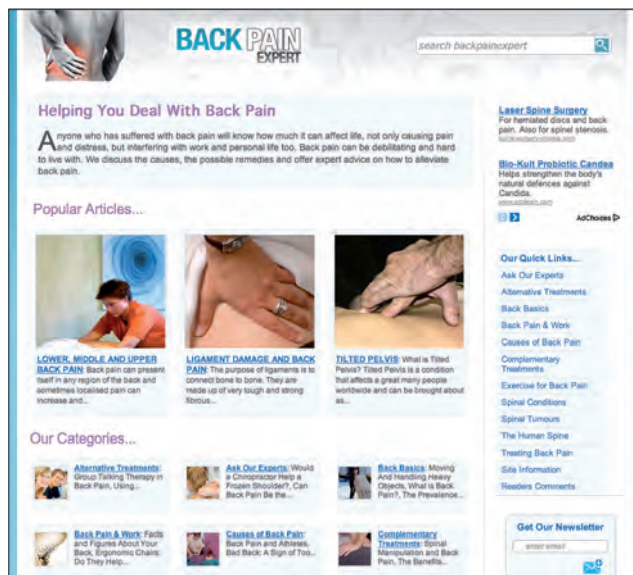
– bolest IV (vertebrogenní bolesti)

Každý ze čtenářů se nepochybně někdy setkal s pacientem, který trpěl akutním nebo chronickým vertebrógenním syndromem. Tímto zcela běžným onemocněním se diagnosticky a terapeuticky zabývá multidisciplinární tým odborníků, počínaje praktickým lékařem přes konzervativní obory (neurologie, radiologie, rehabilitace, balneoterapie, algeziologie, psychologie) až k oborům intervenčním (neuro- a spondylochirurgie, ortopedie).

Dnešním představením některých laických i odborných stránek jistě nevyčerpáme všechny aspekty tohoto nejen medicínského problému, proto se k tématu ještě někdy vrátíme.

Back Pain Europe

www.backpaineurope.org
Odkaz nás zavede na stránky projektu Evropské komise, který je věnován výzkumu a tvorbě doporučených postupů dle *evidence based medicine* pro diagnostiku, léčbu a prevenci akutních i chronických vertebrógenních potíží. Byly ustanoveny čtyři pracovní skupiny složené ze specialistů z několika zemí Evropské unie,



jejichž společné úsilí bylo završeno tvorbou již zmíněných *guidelines*. Na webu si tak můžete prostudovat celkem čtyři doporučené postupy věnované problematice akutního a chronického vertebrógenního syndromu, prevenci bolestí dolních zad a dále tématu bolestí pánevního pletence. V sekci „Odkazy“ si lze přečíst další aktuální články věnované problematice bolestí zad.

Back Pain Expert

www.backpainexpert.co.uk
Tento web patří do skupiny internetových portálů určených převážně laické veřejnosti (pacientům, jejich rodinám). Struktura webu je rozdělena do několika kapitol, kde je shromážděno

větší množství edukačních textů, videoprezentací a ilustrací, jež se k tématu vztahují. Jde například o základy anatomie a fyziologie páteře se zaměřením na jednotlivé struktury, které ji tvoří, o problematiku základních poznatků o příčinách a rizikových faktorech vertebrógenních onemocnění, ale také o náhled na diagnostické a terapeutické postupy, prevenci a cvičení. Na webu nechybí ani články zaměřené na popis účinků a vedlejších projevů některých z běžně používaných léků.

Spine Universe

www.spineuniverse.com
Server Spineuniverse.com má dvě části: jednu určenou laické



veřejnosti (s rozбором základní terminologie, upozorněním na možné závažné příčiny bolesti a edukacími materiály), druhá je pak věnována odborníkům ve zdravotnictví (sekce „For spine professionals“). Ta obsahuje množství odborných textů, videoprezentací a animací jednotlivých diagnostických a léčebných postupů. Web je velmi přehledný a graficky dobře zpracovaný, může se tak stát kvalitním zdrojem informací a inspirace pro pacienty i jejich lékaře.

Postgraduální medicína. Autorka se v článku velmi podrobně věnuje viscerovertebrální a vertebróviscerální problematice, popisuje varovně „červené praporky“ v diagnostice vertebrógenních potíží, věnuje se ale i „žlutým praporkům“ (psychosociálním faktorům, jež zvyšují riziko vývoje nebo přetrvávání chronické bolesti a dlouhodobé disability zahrnující ztrátu zaměstnání asociovanou s vertebrógenními problémy).

MUDr. Michal Peříšek

Bolesti zad z pohledu internisty

www.zdn.cz/clanek/postgraduální-medicína-priloha-bolesti-zad-bolesti-dolního-useku-patere-low-back-pain-z-pohledu-internisty-454149
Na našem webu (ZDN.cz) je zveřejněn článek MUDr. Hany Jarošové z pražského Revmatologického ústavu, který vyšel v časopise



www.zdn.cz
Číslo 17–18/2011, ročník 60

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

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

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

Editor/korektor
Mgr. Martin Čermák

Grafika a technické zpracování
BcA. Pavla Ortová
tel. 225 276 455, e-mail: ortova@mzf.cz

Redakční rada Lékařských listů ZDN
prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA
prof. MUDr. Jaroslav Blažoš, 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 Konopáček, CSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. MUDr. Zdeněk Malý, CSc.
PharmDr. Radim Petráš
prof. Ing. Rudolf Poledník, CSc.
prof. MUDr. Jindřich Špíner, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková

INZERCE
fax 225 276 444

group sales manager
Ing. Roman Polma
225 276 427
e-mail: obchod.ms@mzf.cz

personální inzerce
tel. 225 276 299
e-mail: personalni.inzerce@mzf.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 Honzáček

MARKETING A DISTRIBUCE
ředitelka marketingu novin a časopisů
Hana Holková
brand manager Ing. Hana Matejčíková
produční marketingu Ondřej Hýnek
vedoucí výroby a distribuce Soňa Starhová
manažerka předplatného Zuzana Hrušková,
tel. 225 276 454, e-mail: hruskova@mzf.cz

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

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

DISTRIBUCE
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 Pressegrasso, a. s.,
oddelenie inej formy predaja, P. O. Box 183
Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3
tel. +421 244 458 821
fax +421 244 458 819
e-mail: predpladne@abompkapa.sk

Smluvní vztah mezi vydavatelem a předplatitelem se řídí všeobecnými obchodními podmínkami pro předplatitele. Předplatné se automaticky prodlužuje.

Doporučená cena 28 Kč / 1 €

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

Tisk EUROPRINT a. s.
Číslo dáno do tisku 8. 9. 2011
Přetisk a jakékoliv šíření
pouze se souhlasem vydavatele.
Tiskový náklad je auditován
firmou Deloitte Audit, s. r. o.

© Mladá fronta a. s., 2011
Evidenční číslo MK ČR: E 15722
ISSN 0044-1996

PERSONÁLNÍ INZERCE

Výběrová řízení

Ambulantní pohotovostní péče

MĚSTO LOUNY OZNAMUJE, že v souladu se zákonem č. 137/2006 Sb., o veřejných zakázkách, v platném znění, bylo vyhlášeno výběrové řízení na provozovatele:

■ **Ambulantní pohotovostní péče v oboru praktický lékař pro děti a dorost**

■ **Ambulantní pohotovostní péče v oboru praktický lékař pro dospělé**

pro území správního obvodu města Louny s rozšířenou působností. Více informací na www.isvus.cz nebo www.mulouny.cz.

ZDN A111014260

Primář/Zástupce primáře

ŘEDITEL PARDUBICKÉ KRAJSKÉ NEMOCNICE, A. S., vypisuje výběrové řízení na obsazení vedoucích míst:

■ **Primář neurochirurgického oddělení**

■ **Zástupce primáře neurochirurgického oddělení**

Kvalifikační požadavky: VŠ vzdělání lékařského směru, specializace v oboru neurochirurgie, minimálně 10 let praxe v oboru, licence ČLK pro výkon primáře a splnění předpokladů pro výkon funkce dle zákona č. 451/1991 Sb. Manažerské schopnosti, občanská a morální bezúhonnost.

Písemné přihlášky doložené strukturovaným profesním životopisem, ověřenými fotokopiemi dokladů o kvalifikaci a výpisem z rejstříku trestů (ne starším 3 měsíců) zasílejte nejpozději do 30. 9. 2011 v obálce označené „výběrové řízení“ na adresu: Pardubická krajská nemocnice, a. s., personální oddělení, Kyjevská 44, 532 03 Pardubice.

ZDN A111013826

Primář

ŘEDITEL PSYCHIATRICKÉ LÉČEBNY HORNÍ BEŘKOVICE vypisuje výběrové řízení na pozici:

■ **Primář oddělení návykových nemocí**

Požadujeme:
● specializační způsobilost v oboru návykové nemoci

nebo psychiatrie + osvědčení pro výkon funkce primáře, případně doložení žádosti o toto osvědčení,
● schopnost pracovat samostatně,
● morální a občanskou bezúhonnost - výpis z rejstříku trestů.

Nabízíme:

- nadstandardní platové ohodnocení,
- zařazení a ohodnocení dle nařízení vlády č. 564/2006 Sb., o platových poměrech zaměstnanců ve veřejných službách a správě,
- hlavní pracovní poměr na dobu neurčitou,
- možnost dalšího vzdělávání,
- zaměstnanecké bonusy (možnost nadstandardního ubytování, penzijní připojištění, stravování s příspěvkem zaměstnavatele v areálu léčebny, 6 týdnů dovolené).

Přihláška uchazeče musí obsahovat následující ověřené doklady: doklad o ukončení studia na lékařské fakultě (diplom), doklad o získání specializované způsobilosti v oboru psychiatrie, licenci ČLK pro výkon funkce primáře, doklad o bezúhonnosti (ne starší 3 měsíce).

Přihlášku spolu s požadovanými doklady, strukturovaný životopis a návrh koncepce oddělení zašlete nejpozději do 23. 9. 2011 na osobní oddělení PLHoB.

V případě zájmu nás kontaktujte na e-mailu: stella.hanikyrova@plhberkovic.cz a případně na telefonu: 416 808 211, pí Hanikyřová.

Poskytnutím svých osobních údajů dáváte souhlas s tím, aby je Psychiatrická léčebna Horní Beřkovic zpracovávala a uchovávala v databázi uchazečů pouze pro účely nábory a výběru zaměstnanců v souladu se zákonem č. 101/2000 Sb. Poskytnutí údajů je dobrovolné. Souhlas s jejich zpracováním a uchováním můžete kdykoli odvolat. Současně tím potvrzujete, že poskytnuté osobní údaje jsou pravdivé a přesné.

ZDN A111013832

Primář/Primářka

ŘEDITELKA ROKYCANSKÉ NEMOCNICE, A. S., vypisuje výběrové řízení na obsazení funkce:
■ **Primář/primářka interního oddělení**

Požadavky:
I. a II. atestace v oboru interna nebo specializovaná způsobilost v oboru, minimálně 10 let praxe v oboru, organizační a řídicí schopnosti, morální a občanská bezúhonnost. Další specializace a znalost související legislativy výhodou.

Přihlášku se strukturovaným profesním životopisem, stručnou představou o výkonu funkce, fotokopiemi dokladů o dosažené kvalifikaci, výpisem z rejstříku trestů ne starším než 3 měsíce a čestným prohlášením o zdravotní způsobilosti zašlete do 30. 9. 2011 v obálce s označením „Výběrové řízení“ na adresu:

Rokycanská nemocnice, a. s., personální oddělení, Voldušská 750, 337 22 Rokycany

ZDN A111013812

Vedoucí výuky jazyků

DĚKAN LÉKAŘSKÉ FAKULTY UNIVERZITY PALACKÉHO V OLOMOUCI

vypisuje výběrové řízení na obsazení funkce:

■ **Vedoucí Centra pro výuku cizích jazyků**

Nástup do funkce dle dohody.

- Kvalifikační požadavky:
- VŠ vzdělání v příslušném nebo příbuzném oboru,
 - minimálně 10 let odborné praxe,
 - předpoklady dle zákona č. 451/1991 Sb., v platném znění (lustrace),
 - zdravotní způsobilost a bezúhonnost,
 - osobnostní a profesionální předpoklady pro řízení odborného a vědeckého týmu pracoviště,
 - aktivní znalost nejméně jednoho světového jazyka,
 - znalost práce na PC.

K vlastnoručně podepsané přihlášce je třeba doložit:
● vyplněný osobní dotazník,
● fotokopie dokladů o dosažené kvalifikaci,
● profesní životopis s uvedením přehledu o vědecké a publikační činnosti,
● osvědčení a čestné prohlášení dle zákona č. 451/1991 Sb., v platném znění,
● výpis z rejstříku trestů ne starší než 3 měsíce,
● písemný návrh koncepce vývoje pracoviště.

Přihlášky zasílejte do 30 dnů po zveřejnění ve Zdravotnických novinách na Děkanát LF UP,

personální referát, tř. Svobody 8, 771 26 Olomouc.

ZDN A111013614

Přednosta - více pozic

DĚKAN LÉKAŘSKÉ FAKULTY UNIVERZITY PALACKÉHO V OLOMOUCI A ŘEDITEL FAKULTNÍ NEMOCNICE OLOMOUC vypisují výběrové řízení na obsazení funkcí:

■ **Přednosta Kliniky plicních nemocí a tuberkulózy**

■ **Přednosta III. interní kliniky - nefrologické, revmatologické a endokrinnologické**

■ **Přednosta Dětské kliniky**

■ **Přednosta Kliniky nukleární medicíny**

■ **Přednosta Ústavu soudního lékařství a medicínského práva**

■ **Přednosta I. chirurgické kliniky**

■ **Přednosta Oční kliniky**

■ **Přednosta Otolaryngologické kliniky**

■ **Přednosta Urologické kliniky**

■ **Přednosta Kliniky ústní, čelistní a obličejové chirurgie**

Nástup do funkce od 1. 1. 2012.

- Kvalifikační požadavky:
- VŠ vzdělání v příslušném nebo příbuzném oboru,
 - specializace v oboru v souladu se zákonem č. 95/2004 Sb., v platném znění,
 - vědecko-pedagogický titul profesor nebo docent,
 - minimálně 10 let odborné praxe,
 - předpoklady dle zákona č. 451/1991 Sb., v platném znění,
 - zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb., v platném znění,
 - osobnostní a profesionální předpoklady pro řízení odborného a vědeckého týmu pracoviště, vč. manažerských dovedností,
 - aktivní znalost nejméně jednoho světového jazyka,
 - znalost práce na PC,
 - pro přednosty společných pracovišť LF UP a FNO - licence ČLK pro výkon funkce vedoucího lékaře - primáře.

K vlastnoručně podepsané přihlášce je třeba doložit:
● vyplněný osobní dotazník,
● fotokopie dokladů o dosažené kvalifikaci,

- profesní životopis s uvedením přehledu o vědecké a publikační činnosti,
- osvědčení a čestné prohlášení dle zákona č. 451/1991 Sb., v platném znění,
- fotokopie licence ČLK pro vedoucího lékaře - primáře,
- výpis z rejstříku trestů ne starší 3 měsíců,
- písemný návrh koncepce vývoje pracoviště.

Přihlášky zasílejte do 30 dnů po zveřejnění ve Zdravotnických novinách na Děkanát LF UP, personální referát, tř. Svobody 8, 771 26 Olomouc.

ZDN A111013611

Vedoucí lékárník

NEMOCNICE S POLIKLINIKOU ČESKÁ LÍPA, A. S., vyhláší výběrové řízení na obsazení funkce:

■ **Vedoucí lékárník**

- Kvalifikační požadavky:
- odborná způsobilost v oboru dle zák. 95/2004 Sb.,
 - specializovaná způsobilost v oboru,
 - praxe v oboru,
 - organizační, komunikační a řídicí schopnosti.

Nabízíme:
● manažerská smlouva,
● nadstandardní finanční ohodnocení,
● možnost ubytování,
● práci v příjemném pracovním prostředí.

Přihláška musí obsahovat:
● strukturovaný životopis,
● doklady o dosaženém vzdělání (notářsky ověřené),
● platný výpis z rejstříku trestů (ne starší 3 měsíců),
● osobní dotazník (na vyžádání zašleme),
● písemný souhlas s nakládáním s osobními údaji v rámci výběrového řízení,
● vízi rozvoje oddělení lékárny v NsP Česká Lípa do roku 2013.

Vlastnoručně podepsanou přihlášku zasílejte nejpozději do 15. října 2011 (včetně) na adresu: NsP Česká Lípa, a. s., Mgr. Pavlína Simmerová, ved. odd. ŘLZ, Purkyňova 1849, 470 77 Česká Lípa. Obálku označte „NEOTVÍRAT - výběrové řízení - vedoucí lékárník“. Vyhlášovatel si vyhrazuje právo kdykoli výběrové řízení zrušit a to i bez udání důvodu.

ZDN A111013656

Volná místa

Lékař/Lékařka

NEMOCNICE

NOVÉ MĚSTO NA MORAVĚ, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE, Žďárská 610, 592 31 Nové Město na Moravě, přijme do pracovního poměru na oddělení ortopedie lékaře/lékařku se specializovanou způsobilostí nebo absolventa. Blíže informace najdete na www.nnm.cz, sekce kariéra.

ZDN A111014473

Dermatolog

PRO KOŽNÍ ZAŘÍZENÍ V PRAZE 8 hledáme lékaře, i v předatestační přípravě. Tel.: 603 222 123.

ZDN A111014328

Lékař/Lékařka

MĚSTSKÁ NEMOCNICE

NÁSLEDNÉ PĚČE (PRAHA 9) přijme na lůžk. odd. lékaře/-ku. Splněný interní základ podmínkou, atestace (interna nebo geriatry) výhodou.

Nabízíme klidnou práci v malém kolektivu, velmi dobrou dopravní dostupnost (přímo u metra), motivující plat. ohodnocení (smluvní plat možný) a benefity. Část. úvazek možný. Kontakt: dr. Andrlová, tel.: 284 000 855, e-mail: andrlova@mnnp.cz

ZDN A111014358

Lékaři

PRACOVNÍ UPLATNĚNÍ PRO LÉKAŘE – SPECIALISTY

do Holandska a Belgie. Více na www.optima-recruit.cz Tel.: +420 739 571 561, L. Klusová

ZDN A111013627

Praktický lékař/lékařka

DYNAMICKÁ ORDINACE

PL HLEDÁ LÉKAŘE/KU. Dobrá znalost AJ podmínkou. Více na webu: www.young.co.cz/nabor

ZDN A111014268

Lékaři

ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA JIHMORAVSKÉHO KRAJE, P. O.,

nám. 28. října 23, 602 00 Brno,

přijme lékaře pro svá pracoviště v okresech Brno město, Blansko, Břeclav, Hodonín, Vyškov a Znojmo.

Požadavky:

VŠ vzdělání – lékařská fakulta, specializace v oboru urgentní medicína nebo anesteziologie a intenzivní medicína, chirurgie, vnitřní lékařství, všeobecné praktické lékařství, dětské lékařství; možné jsou i jiné odbornosti chirurgického a interního typu zaměřené po prokázání odpovídajících schopností k výkonu práce. Zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost. Uživatelská znalost práce s PC, znalost AJ nebo NJ výhodou.

Nabízíme:

dobré pracovní podmínky, pracovní poměr na dobu neurčitou, platové zařazení dle vládního nař. 564/2006 Sb. + příplatky. Nástup možný ihned. Přihlášky s životopisem zašlete na adresu organizace nebo e-mail: info@zssjmk.cz, tel.: 545 113 203.

ZDN A111014246

Lékař/Lékařka

VSETÍNSKÁ NEMOCNICE, A. S., nabízí pracovní příležitost na pozici lékaře/-ky na oddělení neurologie.

Požadavky:

- specializovaná způsobilost, uvítáme však i lékaře/-ku s odbornou způsobilostí v přípravě na specializaci,
- bezúhonnost a zdravotní způsobilost,
- schopnost samostatně pracovat, odpovědnost, pečlivý a zodpovědný přístup k práci, profesionální přístup k pacientům.

Nabízíme:

- odpovídající mzdové ohodnocení,
- příspěvek na ubytování,
- penzijní připojištění,
- týden dovolené navíc,
- zvýhodněné stravování,
- smlouvu na dobu neurčitou,
- pracovní pozici v akreditované a certifikované nemocnici.

Strukturované životopisy zasílejte na adresu Vsetínské nemocnice, a. s.,

odbor řízení lidských zdrojů, Nemocniční 955, 755 32 Vsetín, případně e-mailem: pavlica.m@nemocnice-vs.cz Informace na tel. číslo 571 818 130 – vedoucí odboru řízení lidských zdrojů.

ZDN A111013905

Vedoucí fyzioterapeut /fyzioterapeutka

NEMOCNICE BLANSKO přijme vedoucího fyzioterapeuta/fyzioterapeutku rehabilitačního oddělení. Požadujeme osvědčení o způsobilosti k výkonu povolání bez odborného dohledu v kategorii fyzioterapeut, specializovanou způsobilost v oboru léčebná tělesná výchova, min. 5 let praxe v oboru, občanskou bezúhonnost, zdravotní způsobilost, organizační a řídicí schopnosti pro koordinaci činnosti fyzioterapeutů v lůžkové a ambulantní části vč. zajištění komerčních rehabilitačních programů. Nabízíme platové ohodnocení v 12. platové třídě dle NV č. 564/2006 Sb., pracovní

Inzerce A111014206



Unternehmensgruppe

KLINIKUM MAGDEBURG gemeinnützige GmbH

Akademisches Lehrkrankenhaus der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
zertifiziert nach den Regeln der Kooperation für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (KTQ - GmbH) Registrier-Nr.: 2010-0097 K

www.klinikum-magdeburg.de

An der Klinik für Gefäßchirurgie unter der Leitung von PD Dr. med. habil. Jörg Tautenhahn suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen/eine

Facharzt/-ärztin für Chirurgie mit fortgeschrittener Weiterbildung Gefäßchirurgie oder

Assistenzarzt/-ärztin in fortgeschrittener Weiterbildung zum/zur Gefäßchirurgen/-in Stellenausschr. ID ext. 49_2_2011

Unser Angebot:

Die Klinik für Gefäßchirurgie und Phlebologie umfasst 21 stationäre Betten und ist „Anerkanntes Gefäßzentrum der DGG.“ Unter Anwendung modernster diagnostischer Möglichkeiten werden in der gefäßchirurgischen Klinik alle konventionellen Operationsmethoden der extrakraniellen Gefäße, der peripheren Gefäße, Dialyseshuntis sowie der Aorten Chirurgie – außer extrakorporalem Kreislauf – durchgeführt. Ebenso gehören moderne minimalinvasive Operationsverfahren, endovaskuläre Prothesenimplantationen und perkutane transluminale Angioplastien und Stentimplantationen sowie Veneneingriffe zum Repertoire der Klinik. Im Bedarfsfall steht uns eine mit modernsten Geräten und Apparaten ausgestattete Intensivtherapiestation zur Verfügung. Weitere Informationen zu unseren Kliniken und Instituten finden Sie selbstverständlich auf unserer Homepage www.klinikum-magdeburg.de

Ihr Profil:

Als Assistenzarzt/-ärztin für Gefäßchirurgie oder Facharzt/-ärztin für Chirurgie befinden Sie sich in einer fortgeschrittenen Weiterbildung zur Gefäßchirurgie und verfügen über umfassende fundierte Kenntnisse und Erfahrungen im operativen Bereich sowie in der Duplex- und Dopplersonographie. Sie sind Teamplayer und haben Spaß daran, sich selbst, die Klinik für Gefäßchirurgie und damit das gesamte Klinikum weiter zu entwickeln?

Dann sind wir gespannt darauf Sie kennen zu lernen!

Chefarzt Dr. Tautenhahn freut sich auf Ihre Bewerbung und beantwortet Ihnen vorab unter der Nummer +49 (0) 391/791-4300/4301 gern persönlich Ihre Fragen.

Die Vergütung erfolgt nach einem mit dem Marburger Bund abgeschlossenen eigenen Haustarifvertrag für Ärzte. Als Bewerber/Bewerberin benötigen Sie die in Deutschland zu erteilende Berufserlaubnis. Eine Beschäftigung in Teilzeit ist grundsätzlich möglich, schwerbehinderte Bewerber/Bewerberinnen erhalten bei gleicher Eignung den Vorzug.

Ihre kompletten Bewerbungsunterlagen richten Sie bitte **innerhalb von 4 Wochen nach Erscheinen der Anzeige idealerweise per Mail mit nicht mehr als 5 MB Anhang an nebenstehende Adresse.**



Srdečně vítejte!

Das kommunale KLINIKUM MAGDEBURG ist ein infrastrukturell sehr modernes, wirtschaftlich gesundes, führendes Akutkrankenhaus des Landes Sachsen-Anhalt mit insgesamt 800 Betten, 19 bettenführenden Kliniken und Instituten sowie Zentralapotheke und Zentrallabor.

Darüber hinaus sichern wir die notärztliche Besetzung des Rettungshubschraubers Christoph 36 und die bodengebundene Rettung ab Ca. 1.500 qualifizierte und engagierte Beschäftigte betreuen unsere jährlich rd. 34.000 stationären sowie über 30.000 ambulanten Patienten.

Unternehmensgruppe
KLINIKUM MAGDEBURG
gemeinnützige GmbH
Personalabteilung
Frau Beate Vock
Birkenallee 34
D-39130 Magdeburg
personal@klinikum-magdeburg.de

smlovenu na dobu neurčitou, jednoměnný provoz. Předpokládáný nástup do funkce k 1. 10. 2012. Přihlášky odesílejte do 30. 9. 2011 na adresu Mgr. Jana Klesková, hlavní sestry, Nemocnice Blansko, Sadová 33, 678 31, nebo na e-mail: kleskova@nemobk.cz Obálku označte „vedoucí fyzioterapeut“.

ZDN A111013835

Rehabilitační lékařství

PŘÍLEŽITOST V APLIKOVANÉM REHABILITAČNÍM LÉKAŘSTVÍ. Ergonomie v pracovním prostředí a její průkazný vliv na zdraví a zdravotní způsobilost je středem zájmu podnikatelských i odborných kruhů. Nabízíme ojedinělou příležitost pro lékaře odbornosti RFM (FBLR), event. tělovýchovné lékařství, neurologie – aplikovaná odbornost v profesně upravené ordinaci výrobního závodu automobilového průmyslu. Další zajímavá možnost vývoje kariéry v neustále se rozvíjející oblasti pod vedením a zaškolováním kapacit v oboru RFM a pracovní lékařství. Místo výkonu práce SČ kraj. Zájemcům, kteří zašlou své CV a prokážou vážný zájem, sdělíme další podmínky a specifikaci pozice. Kontakt: e-mail: zdn@mf.cz, tel.: 724 535 282.

ZDN A111013820

Školící místo

ROKYCANSKÁ NEMOCNICE, A. S., nabízí pro zájemce školící místo v oboru všeobecné praktické lékařství, s možností vykonávání předepsaných stáží na vlastním akreditovaném interním a chirurgickém oddělení a v akreditované ordinaci všeobecného praktického lékaře. Platové podmínky obvyklé pro absolventy LF a lékaře v předatestační přípravě. Kontakt: MUDr. František Bláha, e-mail: blaha@nemocnice-ro.cz, tel.: 371 762 443, 371 762 444.

ZDN A111013807

Internista

ZAŘÍZENÍ ZÁVODNÍ PREVENTIVNÍ PÉČE A ORDINACE PRAKTICKÉHO LÉKAŘE V PRAZE 8 přijme internistu s kardiologickým zaměřením nebo internistu – praktického lékaře na úvazek 0,5 -1,0.

Pro mimopražské uchazeče zajistíme ubytování. Zajímavá a pestrá práce, dobré finanční ohodnocení. Tel.: 603 844 709.

ZDN A111013803

Lékař/Lékařka

PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA V KROMĚŘÍŽI přijme lékaře/ku se specializací v oboru neurologie. Požadujeme: VŠ vzdělání, specializovanou způsobilost v oboru neurologie, zdravotní způsobilost a bezúhonnost. Nástup 1. 10. 2011. Byt k dispozici. Přihlášky včetně strukturovaného životopisu zasílejte na sekretariát ředitele PL, Havlíčkova 1265, 767 40 Kroměříž, e-mail: pam@plkm.cz, tel.: 573 314 307,304.

ZDN A111013638

Lékař/Lékařka

KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, A. S., přijme lékaře/lékařku pro Diabetologické centrum. 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.

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 A111013796

Examinerte/r Altenpfleger/in oder Krankenschwester /pfleger

Für unser modernes Altenwohn- und Pflegeheim im Norden Düsseldorfs mit 110 Bewohnern suchen wir zur Ergänzung unseres

Pflegeteams für den Tages- und Nachtdienst zum nächstmöglichen Zeitpunkt:

■ **Examinerte/r Altenpfleger/in oder Krankenschwester/pfleger Als Voll- oder Teilzeitbeschäftigung**

Unsere Anforderungen sind: Ein/e qualifizierte/r Mitarbeiter/in mit Erfahrung im Bereich Altenpflege, Engagiert und verantwortungsbewusst, Haben ein sehr gutes Einfühlungsvermögen im Umgang mit alten Menschen, Teamorientiert und verfügen über gute organisatorische Fähigkeiten, Deutsch-Kenntnisse in Wort und Schrift erforderlich, Russisch-Kenntnisse von Vorteil.

Unser Angebot: wir bieten Einen sicheren Arbeitsplatz, Eine interessante und vielseitige Tätigkeit, Leistungsgerechte Vergütung mit den üblichen Sozialleistungen und eine zusätzliche Altersversorgung.

Für Informationen im Voraus steht Ihnen Herr Römgen, unter Telefon – Nr. 0211/43843-0 zur Verfügung. Interessiert? Dann richten Sie bitte Ihre schriftliche Bewerbung an das Nelly-Sachs-Haus, Elternheim der jüd. Gemeinde Düsseldorf, Nelly-Sachs-Straße 5, 404 74 Düsseldorf, oder an die E-Mail Adresse b.roemgens@jgdus.de.

Další informace k této nabídce získáte na tel. +420 226 235 252 nebo na e-mailu: jarosevska@kehilaprag.cz

ZDN A111013844

Fyzioterapeutka

PŘIJMU NA ÚVAZEK 1,0 FYZIOTERAPEUTKU.

Nástup možný 1. 10. 2011. Zájemci hlase se na e-mailu: josef@bourek.cz Veškeré ostatní záležitosti doporučuji projednat při osobní domluvě. Zn. www.bourek.cz

ZDN A111013623

Lékař

NEMOCNICE SLANÝ přijme lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru dětského lékařství s výhledem funkčního místa, velmi zajímavé finanční ohodnocení. Mzda bude sjednána individuálně.

PERSONÁLNÍ INZERCE

Falkenstein-Klinik Bad Schandau Sächsische Schweiz/Dresden

Die Falkenstein-Klinik verfügt über 236 Betten und führt Reha-Maßnahmen einschließlich Anschlussheilbehandlungen (AHB) für die Rentenversicherungsträger und für die gesetzlichen und privaten Krankenkassen durch. Schwerpunkt ist die Behandlung von gastroenterologischen, diabetologischen, kardiologischen und onkologischen Erkrankungen.

Gesucht wird für die Abteilung für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen sowie für die kardiologische Abteilung zum nächstmöglichen Zeitpunkt jeweils eine/ein

Stationsärztin/Stationsarzt

Die Falkenstein-Klinik verfügt über ein eigenes Labor, Röntgen, Endoskopie und Ultraschall Diagnostik. Ein Überwachungsraum steht ebenso zur Verfügung wie eine umfangreiche kardiologische Funktionsdiagnostik mit Spiroergometrie, Stressechokardiographie, TTE, TEE, Rechtsherzkatheter, Belastungs-EKG, 24-Stunden-EKG, Herzschrittmacherkontrolle, Langzeitblutdruckmessung sowie Dopplersonographie und Farbduplex-Sonographie. Das Angebot umfasst eine frei zu vereinbarende, überarterielle Dotierung. Bad Schandau liegt unmittelbar an der tschechischen Grenze, in reizvoller Lage in der Sächsischen Schweiz und ca. 40 km von Dresden entfernt.

Innere Medizin - Kardiologie

Die beiden Chefarzte sind für 1,5 Jahre zur Weiterbildung in der Inneren Medizin und Allgemeinmedizin und für je 1 Jahr in der Kardiologie, Diabetologie, Gastroenterologie und Sozialmedizin ermächtigt. Es erwartet Sie eine interessante und abwechslungsreiche Tätigkeit in einem erfahrenen Team mit einem Facharztanteil von annähernd 70 Prozent.

Nähere Auskünfte erhalten Sie über den Chefarzt der Abteilung für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen, Herrn PD Dr. med. Milovic sowie den Chefarzt der Abteilung für Kardiologie, Herrn Dr. med. Bischoff, unter der Nummer +49 (0) 35022/45-821. Ihre kompletten Bewerbungsunterlagen richten Sie bitte an die

Falkenstein-Klinik – Ostrauer Ring 35 – D-01814 Bad Schandau

Inzerce A111013481



Ředitel Oblastní nemocnice Příbram, a. s.

vypisuje výběrová řízení na obsazení vedoucích pracovních míst:

Primář radiodiagnostického oddělení

Předpoklady:

- atestace II. stupně v oboru radiodiagnostika nebo specializovaná způsobilost v oboru radiologie a zobrazovací metody,
- licence ČLK k výkonu funkce vedoucího lékaře – primáře v oboru radiodiagnostika.

Primář endoskopického centra, gastroenterologie

Předpoklady:

- atestace, případně specializovaná způsobilost v oboru gastroenterologie,
- licence k provádění endoskopických vyšetření,
- zkušenosti s UZ diagnostikou výhodou,
- licence ČLK k výkonu funkce vedoucího lékaře – primáře – v oboru gastroenterologie.

Další požadavky:

- organizační, komunikační a manažerské schopnosti, zkušenosti s vedením kolektivu výhodou,
- morální a občanská bezúhonnost.

Nabízíme:

- práci v moderním zdravotnickém zařízení: v r. 2012 bude dokončena komplexní modernizace zázemí i přístrojového vybavení radiodiagnostického oddělení, bude otevřeno nové moderní endoskopické centrum s komplexním zázemím,
- výhodné platové podmínky – smluvní mzda,
- možnost ubytování.

Požadované doklady:

- přihláška s vlastnoručním podpisem,
- strukturovaný profesní životopis,
- úředně ověřené kopie dokladů o dosaženém vzdělání,
- originální výpisu z rejstříku trestů ne starší než 3 měsíce,
- souhlas s použitím osobních údajů pro účely výběrového řízení ve smyslu zákona č. 101/2000 Sb., v platném znění,
- písemný návrh koncepce provozu a rozvoje uvedeného pracoviště.

Přihlášky a požadované doklady zašlete písemně na adresu Oblastní nemocnice Příbram, a. s., asistentka ředitele, U Nemocnice 84, 261 01 Příbram I, nebo odevzdejte tamtéž osobně nejpozději do 30. 9. 2011. Obálku označte: „Výběrové řízení – neotvírat“.

Datum konání výběrového řízení bude oznámeno po uzavření přihlášek. Termín nástupu do hodou. Po posouzení zaslaných materiálů si ON Příbram vyhrazuje právo nepozvat uchazeče k výběrovému řízení, případně žádného uchazeče nevybrat nebo řízení zrušit.

Další informace získáte u náměstka pro LPP, tel. 318 641 103, 318 641 180, e-mail: petr.poloucek@onp.cz

Inzerce A111013598



Gesundheitsverband HBH-Kliniken
Nah bei Ihnen

Das Hegau-Bodensee-Klinikum mit seinen Standorten Singen (Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg), Ergen, Radolfzell und Stühlingen umfasst 676 Betten. Dem Klinikum sind eine Krankenpflege-, eine OTA- und eine Fachkrankenpflegeschule angeschlossen. Es gehört zu einem Verbund mit Akutkrankenhäusern an 4 Standorten, 3 Fach- und Rehabilitationskliniken und 2 Pflegeeinrichtungen mit insgesamt 1.400 Betten sowie 6 Arztpraxen in 2 Medizinischen Versorgungszentren. Der Verbund beschäftigt rund 2.400 engagierte Mitarbeiter/-innen.

Das Krankenhaus Radolfzell ist ein Krankenhaus der Grundversorgung mit 165 Betten und den Fachabteilungen Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie, HNO, Gynäkologie und Geburtshilfe.

Wir suchen

ASSISTENZÄRZTE (W/M)

für die Klinik für Innere Medizin am Standort Radolfzell.

Das Hegau-Bodensee-Klinikum Radolfzell liegt in wunderschöner Lage direkt am Bodensee, die Universitätsstadt Konstanz in unmittelbarer Nachbarschaft.

Die Klinik für Innere Medizin des Hegau-Bodensee-Klinikums Radolfzell wird von zwei Chefarzten im Kollegialsystem, unter der administrativen Leitung von Chefarzt Dr. Sebastian J. Jung, geführt. Es handelt sich um eine Klinik mit dem Auftrag der Grundversorgung, die mit einer hohen Facharztdichte mit flachen hierarchischen Strukturen wahrgenommen wird.

CA Dr. S. J. Jung verfügt über 5 Jahre Weiterbildungsmächtigung im Fach der Inneren Medizin, und 3 Jahre Allgemeinmedizin. CA Dr. W.-R. Klare hat die komplette Weiterbildungsmächtigung zum Diabetologen.

In räumlicher Nähe befinden sich die anderen Häuser des Verbundes, durch Rotation ist auch die Weiterbildung und Erlangung von Schwerpunktbezeichnungen wie Kardiologie, Gastroenterologie etc. möglich.

Die Klinik für Innere Medizin Radolfzell ist eine der größten Abteilungen im Hegau-Bodensee-Klinikum, jährlich werden etwa 2.800 Patienten behandelt. Hierfür steht unter anderem eine interdisziplinäre Intensivstation zur Verfügung. Röntgen inklusive Computertomographie, Bronchoskopie, Magen- und Darmspiegelungen, Ultraschall, Bodyplethysmographie und Echokardiographie seien hier beispielhaft für die apparative Diagnostik genannt.

Die Vergütung erfolgt nach TV-Ärzte/VKA. Bewerber mit guten Deutschkenntnissen werden bevorzugt.

Eine unverbindliche Hospitation wird durch Übernahme der entsprechenden Spesen von uns unterstützt.

Für weitere Informationen steht Ihnen Chefarzt Dr. S. J. Jung (Tel. +49 7732 88 500) gerne zur Verfügung.

Die große Kreisstadt Radolfzell (ca. 30.000 Einwohner) liegt in reizvoll landschaftlicher Lage direkt am Bodensee und bietet einen hohen Freizeitwert. Die Universitätsstadt Konstanz befindet sich in unmittelbarer Nachbarschaft.

Auf Ihre Bewerbung freuen wir uns.



Hegau-Bodensee-Hochrhein-Kliniken GmbH
Personalabteilung
Hausherrnstraße 12, D-78315 Radolfzell
personal.info@hbh-kliniken.de

www.hbh-kliniken.de

Inserce A11013724

Možno ubytování v areálu nemocnice, nástup možný ihned. Nabídky zasílejte na ředitelství Nemocnice Slaný, e-mail: reditelstvi@nemocniceslany.cz, tel.: 312 575 110.

ZDN A11013608

Lékař

NEMOCNICE SLANÝ přijme lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru pro gynekologicko-porodnické oddělení.

Platové podmínky dle tarifních platů + osobní ohodnocení. Možno ubytování v areálu nemocnice, nástup možný ihned.

Nabídky zasílejte na ředitelství Nemocnice Slaný, e-mail: reditelstvi@nemocniceslany.cz, tel.: 312 575 110.

ZDN A11013605

Psychiatr

PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA „U HONZÍČKA“ v PÍSKU přijme lékaře – psychiatra na plný nebo i částečný úvazek.

Nabízíme podmínky po individuální dohodě. Nástup možný ihned.

Kontakt: e-mail: petrpump@hotmail.com, tel.: 602 271 424.

ZDN A11013602

Lékaři

STŘEDOMORAVSKÁ NEMOCNICE, A. S., přijme do pracovního poměru:

■ Lékaře na chirurgické oddělení Nemocnice Přerov

Požadujeme vysokoškolské vzdělání v oboru všeobecné lékařství dle zákona 95/2004 Sb., vhodné i pro absolventa, praxe ve specializačním oboru chirurgie vítána.

■ Lékaře na anesteziologicko-resuscitační oddělení Nemocnice Šternberk

Požadujeme vysokoškolské vzdělání v oboru všeobecné lékařství dle zákona 95/2004 Sb., praxe v oboru.

Anesteziologie a resuscitace alespoň 4 roky, zařazení do uvedeného specializačního oboru, specializace vítána.

Nabízíme příjemné pracovní prostředí, možnost dalšího vzdělávání, zaměstnanecké výhody (úhrada poplatku

ČLK, 5 týdnů dovolené, 2 dny pracovního volna na vzdělávání či rekonvalescenci, příspěvek na pojištění odpovědnosti vůči zaměstnavateli, penzijní připojištění), adekvátní pracovní ohodnocení, možnost ubytování.

Kontaktní osoby pro Nemocnici Přerov: Ilona Tylšarová, personalistka, e-mail: ilona.tylsarova@nempv.cz, tel.: 582 315 415, a MUDr. Jiří Ševčík, náměstek lékařské ředitelky, e-mail: jiri.sevcik@nempr.cz

Kontaktní osoby pro Nemocnici Šternberk: Ilona Tylšarová, personalistka, e-mail: ilona.tylsarova@nempv.cz, tel.: 582 315 415, a MUDr. Marek Polách, náměstek lékařské ředitelky, e-mail: marek.polach@nemstbk.cz

ZDN A11012947

Lékař - patolog

ÚSTAV PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ PRAHA-4 PODOLÍ přijme lékaře patologa pro biotické vyšetřování v oboru gynekologické, porodnické a neonatální patologie.

Požadujeme: vzdělání příslušného oboru, 2. atestaci. Nabízíme: práce na plný úvazek i částečný úvazek, výhodné platové podmínky, možnost dalšího vzdělávání a profesního růstu, příspěvek na penzijní připojištění, příspěvek na dovolenou, závodní stravování a jiné zaměstnanecké výhody.

Kontakt: MUDr. Hejda, tel.: 420 296 511 862, 605 157 590, nebo e-mail: patologie@upmd.cz, pí Fuxová, fuxova@upmd.cz

ZDN A11013595

Lékař

NEMOCNICE S POLIKLINIKOU KARVINÁ-RÁJ, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE,

přijme do pracovního poměru lékaře se specializovanou způsobilostí na RDC oddělení.

Vhodné i pro absolventy. Bližší informace poskytnete:

- pro pracoviště Karviná – primář MUDr. Palla, tel.: 604 505 820, palla@nspka.cz
- pro pracoviště Orlová – primář MUDr. Bližňák, tel.: 596 583 307, bliznak@nspka.cz

Žádosti přijímá oddělení lidských zdrojů NsP Karviná-Ráj, Vydmučov 399/5, 734 12 Karviná-Ráj, Ing. Letochová, tel.: 596 383 205, e-mail: letochova@nspka.cz

ZDN A11013585



hledá od 1. 1. 2012
**PŘÍJEMNOU ANGAŽOVANOU
ODBORNOU LÉKAŘKU/PŘÍJEMNÉHO
ANGAŽOVANÉHO ODBORNÉHO LÉKAŘE**
pro dětskou ordinaci v již zavedené
POLIKLINICE

Jsmo moderní klinika poskytující lékařskou péči pro děti od novorozeneckého věku do 18 let.

V rámci Vašeho dalšího vzdělávání Vám bude umožněna účast na zajímavých odborných seminářích.

Jsmo ochotni pomoci při vyřizování potřebných formalit nutných k uznání odborného vzdělání v Německu. Rádi Vás podpoříme při hledání ubytování a případně při zajištění místa pro dítě v mateřské školce.

Velmi dobré platové podmínky se řídí tarifem Marburger Bund.

MÁTE ZÁJEM?

Pošlete svoje podklady na adresu:
EKA Erzgebirgsklinikum Annaberg gemeinnützige GmbH
Personalwesen, Chemnitzer Straße 15, 09456 Annaberg-
Buchholz, Německo, tel. +493 733 804 041

Inserce A11014481

PERSONÁLNÍ INZERCE

Lékař/Lékařka

LITOMYŠLSKÁ NEMOCNICE, A. S.,
přijme na neurologické oddělení lékaře/lékařku.
Požadujeme: VŠ lékařského směru, zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zák. č. 95/2004 Sb., zájem o obor.

Nabízíme perspektivu dlouhodobého uplatnění, příjemné pracovní prostředí, možnost ubytování. Nástup dle dohody.

Bližší informace: primář MUDr. Marian Kuchar, PhD., e-mail: marian.kuchar@litnem.cz
ZDN A111013576

Více pozic

ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ NEMOCNICE KRKONOŠE, S. R. O., VE VRCHLABÍ
přijme:

■ primáře na ARO

■ zástupce primáře na gynekologicko-porodnické oddělení

■ větší počet lékařů absolventů na oddělení – interna, chirurgie, ARO, dětské odd.

Požadavky: VŠ, II. atestace v oboru, příp. specializovaná způsobilost, organizační a řídicí schopnosti (pro primariát) Nabídka: byt, výhodné finanční ohodnocení

Kontakt: tel.: 499 502 304 nebo e-mail: srnska@nemocnice.vrchlabi.cz
ZDN A111013570

Lékař

PŘEDNÍ ČESKÝ DISTRIBUTOR SPECIÁLNÍHO ZDRAVOTNICKÉHO MATERIÁLU MEDIFORM, SPOL. S R. O.,
přijme lékaře na pozici obchodního reprezentanta pro oblast spodylochirurgie. Místo výkonu práce Česká a Slovenská republika.

Požadujeme ukončené lékařské vzdělání se specializací pro chirurgii, ortopedii nebo neurochirurgii. Znalost anglického jazyka na výborné úrovni, výborné komunikační schopnosti, časovou flexibilitu, řídicí průkaz sk. B.

Nabízíme práci v perspektivním oboru, výborné platové podmínky, mladý dynamický kolektiv, benefity, služební automobil, notebook, mobilní telefon.

Životopisy zasílejte na e-mail: i.pokorna@mediform.cz.
ZDN A111012982

Hledám práci

Lékařka

LÉKAŘKA – GYNEKOLOG-PORODNÍK, II. ATESTACE, 16 LET PRAXE NA KLINICE

hledá zaměstnání ve formě část. úvazku v ambul. v Praze či ÚPS, v dojezdové vzdálenosti od Prahy (cca do 100 km).

Kontakt: tel.: 604 608 657.
ZDN A111013656

Různé

RTG

PŘENECHÁM PRIVÁTNÍ RTG PRACOVISŤE
na poliklinice Ukrajinská 11, Praha 10, od 1. 7. 2012.

Tel.: 731 281 555, e-mail: hokszardg@seznam.cz
ZDN A111014264

Ultrazvuk

PRODÁM STARŠÍ ULTRAZVUK SE 2 SONDAMI – VELMI LEVNĚ – VHODNÝ DO FILIÁLNÍ ORDINACE (od ledna 2012 povinnost).
Tel.: 777 832 523.
ZDN A111013634

Ordinace – pronájem

POLIKLINIKA V PRAZE 6 NABÍZÍ K PRONÁJMU ORDINACE LÉKAŘŮM NEJLÉPE TĚCHTO ODBORNOSTÍ:
PL, dětský lékař, neurologie, gynekologie, diabetologie, psychiatrie, endokrinologie, kardiologie.

Kontakty:
e-mail: medical@comitia.cz, tel.: 220 518 080.
ZDN A111012867

Lékařské praxe – odkup

ODKOUPIME ZA VÝHODNÝCH PODMÍNEK LÉKAŘSKÉ PRAXE RŮZNÝCH ODBORNOSTÍ PO CELÉ ČR,

zejména v Praze a okolí.
Kontakt: e-mail: info@lekari-praha.cz, tel: 775 495 350.
ZDN A111012864

PERSONÁLNÍ INZERCE



je přijímána na adrese:
Zdravotnické noviny
Mladá fronta a. s.
Mezi Vodami 1952/9
143 00 Praha 4
– Modřany

e-mail:
personalni.inzerce@mf.cz



NEMOCNICE ČESKÉ BUDĚJOVICE
PŘIJME

LÉKAŘE JIRP DĚTSKÉHO ODDĚLENÍ

POŽADAVKY:

Odborná a zdravotní způsobilost, trestní bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb., praxe u pediatrického lůžka, specializovaná způsobilost v oboru dětského lékařství výhodou. Pro pozici lékaře JIRP zájem o intenzivní pediatrickou péči, pro pozici s perspektivou funkčního místa vedoucího JIRP specializovanou způsobilost z oboru dětského lékařství.

NABÍZÍME:

Zajímavou práci na krajském akreditovaném dětském oddělení, odpovídající platové podmínky, možnost celoživotního vzdělávání. Nástup možný ihned nebo dle dohody.

KONTAKT:

prim. MUDr. Vladislav Smrčka, tel. 387 876 301.
Příhlašky včetně životopisu a dokladů odborné způsobilosti zasílejte na adresu

Nemocnice České Budějovice, a. s.
sekretariát, B. Němcové 54, 37001, 370 01 České Budějovice

Inzerce A111014136

Odborná konference

Zlepší nové standardy zdravotnické péče postavení českých pacientů?

Termín: úterý 20. září 2011 od 9.00 do 16.00 hod
Místo: Konferenční centrum TOWER, Hvězdova 1716/2b, 140 78 Praha 4 - Nusle
Registrace: konference.E15.cz

Akce se koná pod záštitou Koalice pro zdraví a za účasti doc. MUDr. Leoše Hegera, CSc., ministra zdravotnictví ČR

Více informací o programu a možnosti registrace na konference.E15.cz

Registrace je možná do 18. září. Organizátorem je deník Mladá fronta E15 ve spolupráci s poradenskou společností DDeM, s. r. o.



Leading
Minds
Forum



RICHTER GEDEON
110 let tradice

BRAUN
SHARING EXPERTISE



czechmed
Česká asociace odborných zdravotnických pracovníků



MEDICAL SERVICES





Kreiskrankenhaus Freiberg
gemeinnützige GmbH



Das **Kreiskrankenhaus Freiberg** ist ein Haus der Schwerpunktversorgung (380 Betten) und verfügt über die Hauptabteilungen Chirurgie mit Kinderchirurgie, Unfallchirurgie und Orthopädie, Gynäkologie/Geburtshilfe, Urologie, Anästhesie und Intensivmedizin, Innere Medizin, Neurologie und Pädiatrie sowie die Belegabteilung HNO.

Für die **Abteilung Labordiagnostik und Transfusionsmedizin** suchen wir ab 01.09.2011 bzw. zum nächstmöglichen Termin eine/einen

Approbierte/-n Ärztin/Arzt

oder

Ärztin/Arzt in Weiterbildung Transfusionsmedizin

oder

Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin oder Transfusionsmedizin

Die Abteilung Transfusionsmedizin versorgt unsere Kliniken in vollem Umfang mit Blutprodukten, wobei Erythrozytenkonzentrate, Plasma und gerichtete Thrombozytenkonzentrate hergestellt werden. Außerdem werden Eigenblutspenden vor geplanten Operationen durchgeführt.

Zu Ihren Aufgaben gehören:

- Tauglichkeitsuntersuchungen bei den Blutspendeterminen,
- die medizinische Betreuung und Überwachung während der Blutentnahme und bei maschinellen Apheresen,
- die Mitarbeit bei der Herstellung und Verarbeitung der Blutprodukte und bei den erforderlichen blutgruppenserologischen und infektiions-serologischen Untersuchungen.

Diese Stelle ist in Teilzeitbeschäftigung mit 26 Wochenstunden, ggf. auch mit 30 Wochenstunden zu besetzen.

Bei Interesse können Sie die Facharztkompetenz Transfusionsmedizin erlangen.

Die Leitende Ärztin besitzt die Weiterbildungsbefugnis für das Gebiet Transfusionsmedizin im Umfang von 3 Jahren.

Wir bieten Ihnen einen Arbeitsplatz mit interessanten Aufgaben in einem hoch motivierten Team, welches sich besonders durch kollegiales und freundliches Verhalten auszeichnet. Die Vergütung erfolgt nach dem Tarifvertrag SANA/Marburger Bund mit attraktiven Konditionen.

Freiberg (48.000 Einwohner) bietet als lebendige und schicke Universitätsstadt hervorragende Wohn- und Freizeitmöglichkeiten, nicht zuletzt durch eine gute Verkehrsanbindung und die Nähe zu Dresden, Chemnitz und dem Erzgebirge.

Für weitere Informationen steht Ihnen gern Frau Dr. Lutter, Ltd. Ärztin für Labordiagnostik und Transfusionsmedizin, unter der Tel.-Nr. +49 (0) 3731-77 2067 zur Verfügung.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an die

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

www.kkh-freiberg.de

INNERE MEDIZIN?

NEHMEN SIE KURS AUF!

Unser Mandant ist eine Akutklinik mit Grundversorgungsauftrag für innere und integrative Medizin und mit einem ganzheitlichen Therapieansatz. Es werden Patienten mit rheumatischen Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie Herz-, Kreislauferkrankungen behandelt. In der biologischen Krebstherapie werden komplementäre Behandlungsmethoden angewandt. Die traditionsreiche und langjährig erfolgreiche Klinik versorgt gesetzlich und privat versicherte Patienten auch aus dem ganzen Bundesgebiet.

Unterstützen Sie unseren Mandanten in Süddeutschland als engagierter sowie persönlich und fachlich überzeugender

OBERARZT INNERE MEDIZIN M|W

RHEUMATOLOGIE

Für diese verantwortungsvolle Tätigkeit ist überdurchschnittliches Know-how der Inneren Medizin, Interesse an Komplementärmedizin und interdisziplinären Behandlungskonzepten erforderlich. Idealerweise sind Sie Facharzt für Rheumatologie.

Sie verfügen über einen fachlich breit gefächerten Wissensschatz (gerne mit Zusatzbezeichnungen), ein hohes Maß an medizinischer Qualifikation und überzeugen als Persönlichkeit mit ausgeprägter sozialer Kompetenz. Des Weiteren zeichnen Sie sowohl einschlägige Führungserfahrung als auch Teamfähigkeit aus.

Unternehmerisches Denken und ökonomisches Verständnis sind für Sie ebenso selbstverständlich wie interdisziplinäre Kooperationsbereitschaft und enge Zusammenarbeit mit der Geschäftsführung. Es erwarten Sie vielfältige Entfaltungsmöglichkeiten, die Sie gemeinsam mit einem hochmotivierten und erfahrenen Team verwirklichen können. Die Klinik bietet Ihnen die Möglichkeit zum Erwerb ergänzender Qualifikationen sowie eine zusätzliche Altersvorsorge.

Die Vergütung erfolgt entsprechend der Position auf einzelvertraglicher Grundlage mit leistungsorientierter, attraktiver Beteiligungsvergütung. Zudem sind innovative Arbeitszeitmodelle (i. V. mit ambulanter Tätigkeit) realisierbar.

Für Rückfragen oder ein persönliches Gespräch steht Ihnen Herr Bäumer unter Tel. 02385 930-600 gerne zur Verfügung.

Absolute Diskretion sowie die Berücksichtigung von Sperrvermerken sichern wir Ihnen selbstverständlich zu.

Wir freuen uns auf Ihre vollständige Bewerbung mit Angabe des Eintrittsdatums per Mail an: bewerbung@wppb.de oder an folgende Adresse

Westpress Personalberatung GmbH

Kennziffer PB_110920_OA
Kreativ-Allee, D-59069 Hamm
www.wppb.de



Proč je Wobenzym® doporučován po plastických operacích?

- zlepšuje mikrocirkulaci a lymfatickou drenáž okolí rány
- urychluje vstřebávání otoků a hematomů
- zkracuje dobu hojení po operacích
- usnadňuje léčbu případných zánětlivých komplikací
- podporuje průnik antibiotika do tkání při současném podávání
- přispívá k dosažení optimálního kosmetického efektu operace

Wobenzym®

enzymový přípravek proti otokům, zánětům a poruchám imunity

www.wobenzym.cz

Zkrácená informace o přípravku:

S: pancreatinum 300 Protease Ph. Eur.-j., trypsinum 360 F.I.P.-j., chymotrypsinum 300 F.I.P.-j., bromelaina 225 F.I.P.-j., papainum 90 F.I.P.-j., amylasum 50 F.I.P.-j., lipasum 34 F.I.P.-j., rutosidum trihydricum 50 mg. Celková proteolytická aktivita: 570 F.I.P.-j., celková amylolytická aktivita: 4030 F.I.P.-j., celková lipolytická aktivita: 4525 F.I.P.-j. v 1 enterosolventní tabletě. IS: Jiná léčiva pro poruchy muskuloskeletálního systému, enzymy. I: Jako alternativa k dosud užívaným postupům – poúrazové otoky, lymfedém, fi brocystická mastopatie. Jako podpůrná léčba – některé pooperační stavy v chirurgii, záněty povrchových žil, potrombotický syndrom dolních končetin, revmatoidní artritida, revmatismus měkkých tkání, artróza (pokročilá stádia), mnohočetná mozkomíšní skleróza, chronické a recidivující záněty (v oblasti ORL, horních i dolních cest dýchacích, močového a pohlavního ústrojí, trávicí trubice, kůže aj.), jako podpůrná léčba při podávání antibiotik. KI: Přecitlivělost na složky přípravku, situace spojené se zvýšeným sklonem ke krvácení nebo se zvýšenou fi brinolýzou. Před operacemi vzít v úvahu fi brinololytický účinek přípravku, podávání v těhotenství zvážit. NÚ: Ojediněle změny konzistence, barvy a zápachu stolice, alergické reakce. Při užívání vyšších jednotlivých dávek se mohou objevit pocity plnosti, nadýmání, výjimečně nevolnost. D: Léčba se zahajuje dávkou 3x5 až 3x10 tbl. denně. S ústupem chorobných projevů se dávkování postupně snižuje až na udržovací dávku 3x3 tbl. denně. Při infekčních zánětech nenahrazuje léčbu antibiotiky, ale zvyšuje jejich účinek. Volně prodejný lék. Bez úhrady VZP. Datum poslední revize SPC: 30. 12. 2010.

Úplné informace o léku jsou k dispozici v Souhrnu údajů o přípravku a na adrese: MUCOS Pharma CZ, s. r. o., Uhřetěveská 448, 252 43 Průhonice, tel.: +420 267 750 003, fax: +420 267 751 148, e-mail: mucos@mucos.cz



www.mucos.cz

