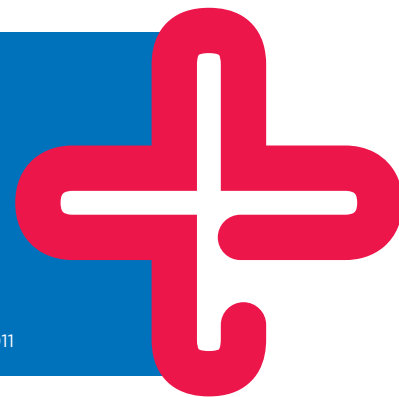


ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



CENA 28 Kč
PŘEDPLATNÉ 23 Kč
20/2011 ročník 60

Toto číslo vyšlo 10. 10. 2011



ZAJÍMAVÉ PRACOVISTĚ

Lidská prionová onemocnění jsou v ČR pod kontrolou již deset let

STRANA 21



PŘEDSTAVUJEME

prof. MUDr. Romana Prymulu, CSc., Ph.D.,
– vakcinologa, epidemiologa
a ředitele FN Hradec Králové.

STRANA 28



ONKOLOGIE

Výsledky z registrů pomáhají pacientům, lékařům i plátcům péče – a stále „zrají“

STRANA 16



Boris Šťastný: Největší problém projektu IZIP je odmítavý postoj lékařů.

Foto: Leoš Chodura

Akcie IZIP bezplatně získala neznámá švýcarská firma

Europoslanci Milan Cabrnach a Miroslav Ouzký (oba ODS) v tichosti přenechali své podíly ve společnosti IZIP neznámé švýcarské firmě eHI eHealth International AG, která byla založena teprve před několika týdny a pravděpodobně pouze za tímto účelem.

Na základě informací, které přinesli „Reportéři ČT“, tak europoslanci skutečně učinili proto, aby Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) nemohla bez souhlasu švýcarské společnosti projekt zastavit, aniž by tím zároveň neriskovala mezinárodní arbitráž. Tento motiv považuje za pravděpodobný i ředitel rozhodčího soudu při IAL SE (Institute of Arbitration Law) Luděk Lisse. „Jedním z motivů může být právě snaha pokračovat v určité podnikatelské činnosti a klást státu překážky například při snahách o rozvázání nevýhodné smlouvy, a to pod hrozbou potenciální arbitráže. Pokud by byl držitelem akcií český podnikatelský subjekt, rozhodovaly by české soudy. Pokud jím je však

zahraniční investor, rozhoduje se v arbitráži,“ uvedl Lisse. Tento výklad nepopírá ani jeden z hlavních aktérů kauzy Milan Cabrnach. „Přistoupil jsem na předání akcií firmě, která je ochotna garantovat, že smluvně zaváže VZP k tomu, že bude projekt dál rozvíjet,“ přiznal.

Poslední šance

Do projektu elektronických zdravotních knížek byla za deset let investována již více než 1 miliarda. Během této doby se nepodařilo jej učinit natolik efektivním, aby dokázal přinést očekávané úspory. Jen udržování projektu při životě pak stojí každý měsíc minimálně 20 milionů korun. Správní rada VZP se proto v lednu tohoto roku shodla na tom,

že je třeba získat ve společnosti IZIP rozhodující podíl akcií a tím i maximální možnost ochránit své investice. Do té doby Všeobecná zdravotní pojišťovna vlastnila pouhých 5% akcií. Nákupem 46% podílu v nominální hodnotě 1000 korun za akcii (celkem VZP zaplatila 1 104 000 korun) získala pojišťovna ve společnosti majoritu a IZIP se tak stal její dceřinou společností.

Po této události VZP vyhlásila, že dá projektu poslední šanci a ještě otestuje jeho efektivitu ve dvou krajích (Vysočina a Karlovarský), a pokud se jeho funkčnost neprokáže, projekt zastaví. Převedením akcií na Švýcarsko se však případné zastavení projektu může zkomplikovat.

(pokračování na straně 2)

Inzerce A111005924

110 let zkušeností v originálním výzkumu vývoji a výrobě léků

Kvalitní terapie po generace od roku 1901

110 let zkušeností 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

Akcie IZIP bezplatně získala neznámá švýcarská firma

(pokračování ze strany 1)

VZP nakoupila akcie už od Švýcarů

O transakci, kterou provedli europoslanci Cabrnch a Ouzký, údajně nebyli informováni členové správní rady VZP, a dokonce ani ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09). Obchod realizoval ředitel VZP Pavel Horák, kterému správní rada VZP uložila získat většinový majetkový podíl v IZIP za nominální hodnotu, což se mu podařilo. Většinový podíl akcií IZIP i vynaložené finance na jejich nákup jsou v současné době v advokátní úschově. Podle Horáka je nákup vratný, a VZP tedy nepodstupuje žádné riziko.

Horák navíc považuje mediálně zpochybnovanou švýcarskou firmu eHi eHealth International za zcela standardního obchodního partnera, se kterým chce nyní jednat o tom jak z projektu získat úspory a návratnost investovaných financí. „To jsou věci, kte-

ré jsou logicky i v jeho zájmu,“ uvedl v rozhovoru pro deník Právo Horák.

Správní rada i ministr požadují audit

Správní rada VZP i ministerstvo zdravotnictví si uvědomují, jak může současná kauza IZIP poškodit celý projekt elektronizace zdravotnictví, od kterého do budoucna očekává velké úspory, a žádá důkladný audit všech smluv mezi VZP a IZIP, a to včetně těch subdodavatelských. Smlouvy i výsledky auditu by prý měly být poskytnuty veřejnosti. Výsledek šetření pak může ovlivnit budoucí setrvávání Pavla Horáka v čele VZP.

Ministerstvo zdravotnictví také vyzvalo vedení VZP, aby zatím pozastavilo provoz Elektronické zdravotní knížky (EZK), dokud nebudou k dispozici výsledky auditu, a zatím by VZP neměla přebírat z advokátní úschovy ani majoritní podíl akcií. Na rozhodnutí

má 90 dní, tak dlouhá je lhůta, po kterou může z obchodu vycouvat. Audit tedy musí být dokončen ještě před uplynutím této doby.

Rath: Je to klasický tunel

Podle stínového ministra zdravotnictví za ČSSD, hejtmana Středočeského kraje a poslance Davida Ratha se jedná o „klasický tunel“, jehož „ražbu“ se prý snažil zastavit už v době svého ministrování. „Máme něco, co nefunguje, neslouží ani pacientům, ani lékařům a VZP do toho investovala už více než miliardu,“ podotkl Rath. Za jednoho z hlavních strůjců přitom označil předsedu správní rady VZP a poslance za ODS Marka Šnajdra, který by podle jeho názoru měl být z funkce v pojišťovně odvolán, protože prý tento „tunel“ kryje. „Je veřejným tajemstvím, že VZP řídí předseda správní rady. Navíc je ve stejné straně jako pánové Cabrnch a Ouzký,“ řekl minulý týden Rath, podle kterého má Šnajdr zásadní vliv na rozhodnutí, která činí současný ředitel VZP Pavel Horák.

Za zmínku v této souvislosti stojí i glosa Miroslava Macka (ODS), který se s Rathem shoduje jen velmi vzácně. „Všichni se dívají, že miliardový projekt IZIP europoslanců Cabrncha a Ouzkého (a dalších) nejde zrušit, neboť jeho část se najednou ocitla v rukou nastrčeného švýcarského, správce majetku a Česku by tak hrozila mezinárodní arbitráž. Nechápu, proč se dívají, vždyť přece od prvočátku šlo o ‚ušlechtilý tunel‘, právně dozajista připravený natolik skvěle, že zavřít nebude ko- ho,“ píše Macek na svých internetových stránkách.

Šťastný: Problém nejsou Švýcaři, ale lékaři

Člen správní rady VZP a poslanec za ODS Boris Šťastný nepovažuje vlastníckou strukturu společnosti IZIP za klíčový problém. To co podle Šťastného Elektronickou zdravotní knížku skutečně ohrožuje, je především odmítavý postoj lékařů. „Lékaře se nepodařilo přesvědčit, aby je používali. Co nyní pojišťovna dělá, je snaha celou věc zhospodárnit a dostat pod kontrolu,“ brání projekt Šťastný. Podle poslance je po technické stránce vše připraveno tak, aby systém EZK mohl být funkční. Lékaři však nemají zákonnou povinnost systém používat a VZP se nepodařilo je přimět k jeho používání ani smlouvami. Samotnou transakci europoslanců se švýcarskou firmou Šťastný sice považuje za nátlak, ale majorita, a tedy i rozhodující slovo VZP jsou prý nezpochybnitelné. Podle vyjádření europoslanců byly akcie převedeny na eHi eHealth International bezplatně, a tak by v případě mezinárodní arbitráže mohlo být pro švýcarskou firmu dokazování zmařených investic obtížné.

ČLK: Projekt není životaschopný

Podle České lékařské komory (ČLK) není projekt EZK životaschopný a neměl by být v budoucnu modelem pro zavádění jinak přínosného a užitečného eHealth. Důvodem je prý to, že systém EZK IZIP nesplňuje očekávání, která do něj byla ze strany lékařů vkládána.

„V silách tohoto projektu není splnění toho, co bychom od něj požadovali, to znamená usnadnění práce lékařů, zkvalitnění zdravotních služeb a zamezení plýtvání. ČLK se kloní spíše k platformě, která by sdružila a zastřešila projekty všech zdravotních pojišťoven a poskytla vyváženou obou-

strannou komunikaci lékaře (ZZ) se všemi zdravotními pojišťovnami. Tato platforma by zároveň měla zprostředkovat komunikaci lékařů mezi sebou bez budování zbytečných a snadno zneužitelných centrálních úložišť – komunikaci využívající dosavadní lékaři a praxi ověřené prostředky a aplikace, rozšířené o zabezpečené a nezneužitelné přenosy dat,“ uvádí se v zápisu z jednání představenstva ČLK z února tohoto roku.

IZIP: Ohrazujeme se proti poškozující kampani

Společnost IZIP minulý čtvrtrek agovala na informace zveřejněné ve sdělovacích prostředcích vydáním tiskové zprávy, ve které média varuje před dalším zveřejňováním „nepravdivých informací“, jež prý „poškozují, očerňují a zásadně znevažují dobré jméno společnosti“. „V této souvislosti společnost IZIP rázně a v plném rozsahu využije veškeré dostupné právní prostředky pro zamezení dalšího pokračování těchto informací a bude žádat plnou kompenzaci způsobené újmy,“ varuje IZIP média.

Podle vyjádření PR manažera společnosti Marka Kuřiny je obvyklé, že investor vytvoří pro nový investiční projekt novou entitu, jejímž prostřednictvím projekt kontroluje, a nejde tedy o nestandardní situaci. Společnost též ve svém prohlášení přiznává, že švýcarská firma byla zřízena za účelem investice do projektu a ihned po nabytí kapitálové účasti se vzdala majoritního podílu ve prospěch Všeobecné zdravotní pojišťovny. Bezúplatný převod akcií na firmu byl údajně součástí blíže nespecifikované širší strategické obchodní dohody, která má vést k dlouhodobému rozvoji a internacionalizaci projektu IZIP.

Filip Kút Citores

Aleš Herman ředitelem IKEM

Novým ředitelem pražského Institutu klinické a experimentální medicíny (IKEM) byl ministrem zdravotnictví 3. října 2011 jmenován kardiolog Aleš Herman.

Lékař, který založil a vybudoval pracoviště intervenční kardiologie Kardio-Troll v Krajské nemocnici Pardubice, nahradil dosavadního ředitele Jana Malého. „Hlavní cíle svého působení v IKEM Praha spatřuji ve vytvoření nového Centra experimentální medicíny a v po-

silnění vědecko-výzkumné činnosti. Mým záměrem je sdružit vědecké týmy pod jednotné vedení centra se zlepšeným financováním jak investic, tak i vědecko-výzkumných grantů,“ uvedl Aleš Herman. „Dále chci stabilizovat personální situaci a vypracovat jasný kariérní řád pro jednotlivá pracoviště,“ doplnil. Nový ředitel institutu rovněž vydvíhl stávající dobrou ekonomickou situaci IKEM, která je podle něj základní podmínkou pro další rozvoj zařízení. (klu)

Inzerce A111001715

REHABILITACE | KARDIOLOGIE | SONOGRAFIE | ODBORNÉ AMBULANCE | ESTETICKÁ MEDICÍNA

Srdečně Vás zveme k návštěvě BTL stánku na veletrhu MEDICAL FAIR 2011
18. – 21. 10. 2011 → Brno – Výstaviště, stánek č. 009

ZAVOLEJTE JIŽ NYNÍ
A REZERVUJTE SI VELETRŽNÍ SLEVY!



BTL zdravotnická technika, a.s.
Šantrochova 16
162 00 Praha 6
TEL +420 270 002 411
FAX +420 235 361 392
E-MAIL obchod@btl.cz
www.btl.cz

IZIP škodí eZdraví

Současné divadlo kolem IZIP může mít horší dopady než miliardu vyhozenou z okna.

Stínový ministr zdravotnictví David Rath připomíná příslouchá klučinu, který neustále křičí „Hoří!“, jen aby na sebe strhl pozornost. Když po čase skutečně hoří, nikdo už mu nevěří a nebere ho vážně. V případě Rathova křiku kolem projektu IZIP a jeho elektronických zdravotních knížek by však bylo dobré naslouchat. Projekt i stejnojmennou firmu provázají kontroverze od samého počátku, ovšem to, co se kolem ní děje nyní, už začíná zapáchat až příliš.

Proč to nefunguje?

Těžko říci, jestli jde zrovna o „tunel“, jak říká David Rath, nebo o „ušlechtilý tunel“, jak ve vzácné shodě s Rathem tvrdí bývalý politik Miroslav Macek. Pravdou

ovšem je, že jde o projekt, který za uplynulou dekádu přišel na miliardu, VZP jej přijala bez výběrového řízení (přýšlo o technologický unikát) a své klienty lákal agresivním pouličním marketingem na falešná tvrzení, že elektronická zdravotní knížka bude tak jako tak brzy povinná, což byl nesmysl tehdy stejně jako dnes. Také těmto metodám IZIP vděčí za to, že se může chlubit na první pohled ohromujícími čísly (2,5 milionu klientů, 20 tisíc lékařů, 8600 zdravotnických zařízení). Nicméně funkčnost celého systému je trvale zpochybňována, a to nejen zavilými kritikami Rathova typu. Když pro nic jiného, tak proto, že



Martin Čaban

je nastaven způsobem, který vyžaduje stoprocentní účast lékařů a jejich dodatečnou aktivitu, aby dokázal poskytnout stoprocentní, tedy skutečně spolehlivou informaci. Proto nefunguje.

Výhrůžka arbitráží

To všechno se o IZIP ví už dlouho. Horší je, že když se teď ministerstvo zdravotnictví začalo v rámci hledání úspor o projekt zajímat, najednou zjistilo, že europoslanci ODS a dosavadní majitelé IZIP Milan Cabrnoc a Miroslav Ouzký předali své akcie neznámé, pár týdnů staré švýcarské firmě, v jejímž čele stojí muž figurující v 36 dalších firmách. Není třeba při-

pomínat, že majetková struktura švýcarské firmy je neprůhledná, a lze se domnívat, že v ní opět, tentokrát skrytě, figurují Cabrnoc s Ouzkým. Jinak by se dalo těžko vysvětlit, že své akcie odevzdali této společnosti zadarmo. VZP se nyní obává, že v případě zastavení projektu IZIP Česku hrozí arbitráž. Sice není jasné, kde by švýcarská firma prokazovala zmařenou investici, když akcie získala zadarmo, ale výhrůžka arbitráží v české kotlině prostě funguje.

Tristiň podívaná

Aby absurdních příhod kolem IZIP nebylo málo, dozvídáme se od VZP, že analyzuje efektivitu IZIP v pilotních projektech ve dvou krajích. Po deseti letech provozu, s více než dvěma miliony klientů a po miliardovém výdaji konečně přišel čas na pilotní projekt ve dvou krajích? S vážnou tváří? Pak se slovům o tunelu nikdo soudný nemůže divit. Nejhorší na tom však je, že tristiň divadlo kolem megalomanského projektu IZIP může velmi snadno



Illustrace: Shutterstock

zdiskreditovat celou elektronizaci zdravotnictví a eHealth vůbec. Vždyť i ta stínová švýcarská firma bez telefonu, faxu a webových stránek se drze jmenuje eHI eHealth International, přestože její jedinou oficiální činností je držení a přeprava majetku. Právě toto, nikoli miliarda vyhozená z okna, může být největší škodou, kterou celá kauza kolem IZIP způsobí. To, co před deseti lety vstupovalo do zdravotnictví jako technologická novinka, může zastavit rozvoj eHealth na několik let.

Inzerce A111011513

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

Kam odejdou narkomani?

Pražští narkomani byli v poslední době policií nabádáni k přesunu do parčíku před pražské Hlavní nádraží. Přesun drogové scény na určené místo odpovídá podle zástupců Rady vlády pro koordinaci protidrogové politiky postupům evropských zemí. Hlavní město Praha a investor rekonstrukce nádražní budovy však takový přesun odmítají.

Otevřená drogová scéna je definována jako veřejný prostor, kde se vyskytují a užívají drogy a kde se pohybují uživatelé drog. Problémy na otevřené drogové scéně se neeší jen z pozice represivních složek. Při řešení potíží různého druhu je zároveň nutná pomoc či asistence sociálních pracovníků, psychologů, zdravotních sester a lékařů. V evropských hlavních městech, jako je Curych, Vídeň, Oslo, Frankfurt či Amsterdam, se díky takovému přístupu výrazně snížila kriminalita, omezily negativní dopady na obyvatele měst, minimalizovala zdravotní rizika a zvýšila se pravděpodobnost zachycení drogově závislých v systémech léčebných zařízení. Nizo-

zemský Amsterdam jde v řešení drogové problematiky asi nejdál. Je zde zcela běžné předepisovat závislým heroin nebo metadon či zřizovat speciální místnosti pro aplikaci drog. Díky tomu došlo ke snížení procenta uživatelů, kteří získávají finance na drogy kriminální činností, a ke zvýšení šancí motivovat drogově závislé k léčbě.

Nepřímá kontrola zabírá

„Je zřejmé, že mohou existovat pochybnosti o takovém přístupu k drogově závislé komunitě. My ovšem pracujeme se studii, které dokládají, že se tento způsob nepřímé kontroly otevřené drogové scény po všech stránkách

vyplatí. Je mnohem bezpečnější vyčlenit místo pod dohledem policie i zdravotníků než nechat drogově závislé odhazovat injekční materiál na Václavském náměstí nebo užívat drogy volně v prostoru založenému na dobře fungujících službách a adekvátním postupu ze strany policie. „Bez dostatečného financování a proškolení profesionálních sociálních pracovníků drogových služeb by to pochopitelně realizovat nešlo,“ dodává Vobořil.

Praha chce centrum v každé městské části

Zástupci hlavního města Prahy ale vznik otevřené scény v parku před nádražím odmítají. Náměstek primátora pro zdravotnictví Ivan Kabický oslovil jednotlivé městské části, aby nominovaly členy do pracovní skupiny, která by se problematikou drogové scény aktivně zabývala. „Představuji si to tak, že by bylo dané pražskou vyhláškou, aby městské části Praha 1 až Praha 10 povinně vybraly a zřídily místo pro centrum, které by se této problematice věnovalo, neboť ji nelze vytěsnit na okraj města žádnými represivními prostředky. Prevence je jediná cesta, která funguje v celé civili-



Ilustrační foto: Shutterstock

zované Evropě,“ uvedl náměstek Kabický.

Podle mluvčí pražského magistrátu Terezy Krásenské je pracovní skupina na konci příprav. V listopadu by měl být předložen odborný materiál, po němž bude následovat vydání vyhlášky. „Věříme, že se jí podaří realizovat a vydat v příštím roce. Na řešení drogové problematiky město vyčlenilo 35 milionů korun,“ dodala mluvčí.

Petra Klusáková

Hospic Cesta domů bojuje o paliativní ambulanci

Domácí hospic Cesta domů se po desetiletém působení ohlíží za vykonanou hospicovou činností a jde ve svém oboru stále kupředu. Pro lékaře vznikla paliativní linka, pro pečující půjčovna zdravotnických pomůcek, o své místo na slunci se hlásí i paliativní ambulance s lékařem v terénu.

Za loňský rok poskytl domácí hospic, který funguje již deset let, intenzivní 24hodinovou péči sedm dní v týdnu více než stovce pacientů, kteří drtivě většinu případů trpěli onkologickým onemocněním. „I když byli do péče přijímáni pacienti s velmi komplikovanými symptomy, téměř 90 procent jich zůstalo v péči doma až do konce svého života. Lékařky a zdravotní sestry a bratři vykonali celkem 2750 návštěv, včetně nočních a víkendových,“ vypočítává ředitelka domácího hospice Martina Špinková. Hospic nově provozuje půjčovnu zdravotnických pomůcek. Pro domácí péči o svého umírajícího blízkého si rodinní příslušníci mohou půjčit například elektronická polohovací lůžka, různé typy invalidních vozíků, antide-

kubitní matrace, koncentrátoři kyslíku, lineární dávkovače léků či infuzní pumpy. A své služby domácí hospic stále rozšiřuje.

Paliativní linka

Od ledna funguje telefonická paliativní linka, jež nabízí zhodnocení zkušeností s paliativní léčbou především pro praktické a ošetřující lékaře, kteří jsou i nejčastějšími volajícími. Konzultují buď stav svých pacientů, nebo své postupy v roli pečujícího lékaře. Linku využívají i sami nemocní, kteří mají potřebu mluvit s lékařem a probrat s ním své nejasnosti. Nejčastěji se jedná o problematiku aplikace opiátů, léků na bolest jako takových nebo řešení dalších symptomů u chronických a nevyléčitelných onemocnění. Dotazy

zde odpovídají hospicové lékařky MUDr. Radka Šafařová a MUDr. Irena Zavadová. Linka provozovaná na čísle 774 532 698 funguje každý pátek od 8.30 do 10 hodin dopoledne.

Ambulanci zatím brzdí pojišťovny

Aby se tento typ péče stal snadno využitelným a dosažitelným, vyvíjí vedení hospice úsilí k jeho zakončení do legislativy. Snaha nyní dospěla k praktickému výstupu, kterým je vznik ambulance paliativní medicíny. Ta by měla Cestě domů umožnit hlavně preskripci léků. Dosud jsou totiž domácí hospice odkázány na preskripci ošetřujících lékařů, pokud si rodiny nemají hradit plnou cenu léků, bez příspěví pojišťoven.

Vznik ambulance však zatím brzdí právě pojišťovny, které nechtějí výkony lékařů v terénu nasmlouvat. „Jsme připraveni provoz ambulance spustit. Máme lékaře atestovaného v oboru paliativní medicíny i prostory, kde bychom mohli ambulanci provozovat. Vše ale ztroskotává na postojích VZP, jež nám ani po několika jednáních neumožnila navázání smluvního vztahu, i když jsme prošli výběrovým řízením na ambulanci paliativní medicíny. Ze strany VZP se nenašel nikdo, kdo by na sebe vzal břímě pilotního projektu, nestandardního financování nebo překořil stop stav a zdůvodnil si to,“

doplňuje vedoucí zdravotnického týmu Domácího hospice Cesta domů MUDr. Jana Vajlontová. Na otázku ZDN, kdy a za jakých podmínek bude možné ambulanci rozběhnout, odpovídá: „Mohli bychom hned, jenomže pokud nebudeme mít smluvní vztah s VZP, tento krok by nic neřešil. Ze stanoviska VZP skutečně žádnou naději na spuštění provozu paliativní ambulance cítit nelze.“ A mluvčí VZP Jiří Rod její slova svou odpovědí potvrzuje. „Paliativní ambulance? Ne, žádné nové smlouvy nyní neuzavíráme.“

Petra Klusáková

Libereckou nemocnici vede nový ředitel

Již třetí ředitel za poslední rok má nastolit rovnováhu v Krajské nemocnici Liberec. Jiří Veselka dosud vedl Dopravní podnik měst Liberce a Jablonce nad Nisou. Na jednání představenstva nemocnice byl zároveň zvolen i jeho novým předsedou.

„V nemocnici jsem pracoval deset let a byla to pro mě nejlepší pracovní lé-

ta, která jsem zažil,“ uvedl nový ředitel, jenž chce vytvořit nový vedoucí tým. Na postu ekonomického ředitele by rád viděl bývalého libereckého primátora, ekonomu Jiřího Kittnera (ODS). V čele nemocnice Veselka střídá neurologa Zdeňka Konráda, který počátkem září ze zdravotních důvodů rezignoval na oba posty. (klu)

Fakultní nemocnice aukcemi výrazně ušetří při nákupech

Nemocnice přímo řízené ministerstvem zdravotnictví v rámci protikorupční strategie používají elektronické aukce, které za poslední roky ušetřily stovky milionů.

„Využívání dvou hlavních institutů pro snižování nákladů při zadávání veřejných zakázek, tedy elektronické aukce a dílčího plnění, v letošním roce strmě roste. Oproti předchozím obdobím, kdy tyto nástroje byly postupně nasazovány, jsou patrné konkrétní výsledky a je jasné vidět, že celý systém umožňuje trvalé snižování nákladů,“ uvedl ministr zdravotnictví Leoš Heger.

VZP: Nemocnice vykryjí růst cen i platů

Elektronické aukce v současném systému úhrad podporuje také VZP. „V roce 2011 je zdravotní péče poskytovaná nemocnicemi na základě úhradové vyhlášky hrazena paušální platbou, podmínkou pro její plnou, nekrácenou, úhradu je poskytnutí předepsaného objemu péče. Skutečnost, že v současné době řada nemocnic využívá elektronické aukce pro nákupy zdravotnického materiálu, léků či pomůcek, se při dané formě úhrady neprojevuje. Nicméně

elektronické aukce v nemocnicích považujeme za potřebné a žádoucí,“ říká mluvčí VZP Jiří Rods tím, že výsledky dávají nemocnicím prostor efektivně hospodařit s objemem peněz poskytovaným zdravotními pojišťovnami, a to navzdory nárůstu cen některých vstupů a při rostoucích platových nárocích zaměstnanců.

Ušetříme, ale úspory se snižují

Zvyšování efektivity při zadávání veřejných zakázek a minimalizace korupce, čehož nemocnice dosahují v konkurenčním prostředí také prostřednictvím dílčího plnění zakázek, přináší první výsledky. Nemocnice shodně uvádějí přibližně deseti procentní úsporu.

Například ve Všeobecné fakultní nemocnici v Praze proběhlo v období od ledna do srpna letošního roku 89 výběrových řízení s využitím elektronické aukce. Ty přinesly celkovou úsporu (oproti předpokládané hodnotě) ve výši téměř

26 milionů korun, což činí necelých 10 % z předpokládané hodnoty veřejných zakázek. „Tento nástroj je ale vhodný jen pro jasně specifikovatelné komodity, jako jsou rukavice, injekční stříkačky, injekční jehly, nerezový nábytek, čisticí a mycí prostředky či pomůcky pro inkontinenci, u kterých je hlavním kritériem cena,“ připomíná ředitelka Všeobecné fakultní nemocnice Dana Jurásková s tím, že i když nemocnice v posledních pěti letech dosáhla v řadě komodit zásadních úspor, nelze kvůli vysoutěženým sníženým cenám realizovat stejně vysokou úsporu v příštím roce či dalších letech.

Největší úspora za elektrickou energii

Ve Fakultní nemocnici Ostrava bylo od roku 2009 realizováno třicet částí veřejných zakázek, jež byly rozděleny na dílčí plnění. Náměstek ředitele FN Ostrava pro techniku a provoz Ivo Žolnerčík uvádí, že oddělení zakázek nemocnice využila zejména při dodávkách lé-

čivých přípravků, speciálního zdravotnického materiálu, jako jsou spinální implantáty či implantovaná defibrilační technika, a zdravotnické techniky (ultrazvuk, operační a zákroková svítilna apod.). „Začali jsme se aukcím učit při nákupu potravin. Pokračovali jsme přes léčivé přípravky, speciální zdravotnický a spotřební materiál. Jedna z našich významnějších aukcí na dodávku elektrické energie nám ke konci roku 2010 ušetřila 36 procent z původně nabízené ceny,“ konkretizuje Ivo Žolnerčík.

Jednotná klasifikace materiálu

Výrazné snižování nákladů při zadávání veřejných zakázek zaznamenává také Fakultní nemocnice Plzeň. Jen v loňském roce činila například úspora u speciálního zdravotnického materiálu téměř 13 %, což představuje přes 29 milionů korun. „Kvůli aukcím jsme začali třídit materiál podle vlastností a vytvořili systém, abychom

porovnali srovnatelné komodity. FN Plzeň disponuje na základě dlouhodobé aktivity v e-aukcích jednotnou klasifikací materiálu pro účely výběrového řízení. Díky elektronické aukci máme výborné ceny například za vaky na krev, spotřební materiál pro urologii nebo spotřební materiál pro intervenční kardiologii, jako jsou stenty či balónkové katetry,“ vypočítává ředitelka FN Plzeň Jaroslava Kunová.

Do budoucna ušetří celý systém

I když ministr Heger nezamýšlí ustanovit elektronické aukce v ministerstvem řízených nemocnicích jako povinné, plně zapadá do konceptu úspor v resortu. Všeobecná zdravotní pojišťovna navíc dle slov svého mluvčího Jiřího Roda očekává, že úhradová vyhláška vrátí do nemocnic mechanismus úhrady založený na platbě za konkrétní péči, tedy že peníze „půjdou za pacientem“ a pojišťovna umožní kontrahovat individuální ceny poskytované péče. „Pokud tomu tak bude, potom se snížení nákupních cen zdravotnických materiálů bezprostředně promítne do sjednávaných úhrad. Díky elektronickým aukcím pak bude možné při současných finančních možnostech systému veřejného zdravotního pojištění poskytnout péči v dostatečném objemu i kvalitě,“ uzavírá mluvčí VZP.

Petra Klusáková

Inzerce A111015909

B.Braun představí unikátní chirurgické rukavice

V rámci kongresové části veletrhu Medical Fair Brno 2011 proběhne od 16. do 19. října VI. Mezinárodní kongres miniinvasivní a robotické chirurgie a V. interaktivní kongres hojení ran. V letošním roce se kongresy zaměří zejména na miniinvasivní versus otevřené přístupy v chirurgii a traumatologii; indikace, komplikace a ekonomika; doktorský studijní program v chirurgických oborech a varia.

V rámci kongresu miniinvasivní a robotické chirurgie proběhne česká premiéra antimikrobiální chirurgické rukavice Ansell Gammex AMT, která významně zvyšuje ochranu zdraví chirurgů. Nejen o této zajímavé novince jsme si povídali s MUDr. Alanem Munteanu, manažerem divize chirurgie společnosti B.Braun Medical s. r. o., která je tradičním hlavním partnerem kongresu.

Společnost B.Braun v roli hlavního partnera chirurgického kongresu nevystupuje poprvé. Jaké máte zkušenosti z minulých ročníků? Jen ty nejlepší. Společnost Veletrhy Brno je profesionálním partnerem, který je zárukou velmi kvalitního zázemí a servisu pro vystavovatele. Program vytvořený pořadateli zaručuje účast těch nejlepších odborníků z oblastí miniinvasivní chirurgie, což je pro nás klíčové při rozhodování o formě naší účasti. Možnost satelitního symposia, dostatek prostoru pro prezentaci novinek stejně jako setkání s chirurgickou špičkou České republiky činí z tohoto kongresu jednu z nejdůležitějších akcí roku.

Co očekáváte od letošního kongresu? Je pro vás zajímavé jeho propojení s dalšími odbornými konferencemi a veletrhem Medical Fair? Letos očekáváme další pozitivní posun ve vnímání společnosti B. Braun jako předního partnera České chirurgické společnosti, ať už je to díky široké nabídce inovativních produktů nebo pestré paletě vzdělávacích aktivit Aesculap Akademie. Tímto směrem zaměříme naši prezentaci, v duchu hesla Sharing expertise - Sdílení zkušeností.

V rámci kongresu opět pořádáte satelitní symposium. Jakým tématům se budete věnovat? Letos se zaměříme na tři témata. Chirurgická klinika FN Brno bude prezentovat již roční zkušenosti s 3,5 mm laparoskopickým instrumentáři, které je dalším mezníkem v miniinvasivní chirurgii, protože se rány po takto tenkých nástrojích nemusí šít. S problematikou laparoskopie bude souviset

i workshop Live Surgery, který je zaměřen na přenos full HD signálu z operačního sálu do učeben a konferenčních sálů. Obousměrná hlasová komunikace a možnost archivace bez ztráty kvality jsou jen některými z výhod tohoto systému, tak důležitého pro vzdělávání chirurgů. Jsem velmi zvědavý na přijetí třetího tématu - české premiéry antimikrobiální chirurgické rukavice Ansell Gammex AMT. Čeští chirurgové mají tendenci podceňovat ochranu svého zdraví a tato unikátní rukavice, která dokáže dvě hodiny dezinfikovat všechny bakterie a viry, jež mohou proniknout do rukavice, tuto ochranu zdraví podstatně vylepšuje.

Zmíněná rukavice s antibakteriálním působením se objeví pouze na sympoziu, nebo bude v prostorách kongresu vystavena po celou dobu? Mohou si ji zájemci přímo na místě vyzkoušet? Vzorky rukavice Gammex AMT budou samozřejmě k vyzkoušení jak na sympoziu, tak na stánku společnosti B. Braun. Rádi bychom podnítili zájem chirurgů o ochranu rukou, protože ji skutečně hrubě zanedbávají. Důkazem je například několikanásobně vyšší výskyt infekčních hepatitid než u běžné populace. Rukavice poskytuje nejen nejvyšší možnou ochranu, ale i standard té nejkvalitnější nepudované rukavice, takže její antimikrobiální působení není na úkor komfortu chirurga.

Společnost B.Braun věnuje velkou pozornost oblastí vzdělávání. Jak vnímáte brněnský kongres v souvislosti s Aesculap Akademií a dalšími vzdělávacími aktivitami? Myslím, že pro správné a dokonalé využití lékařských přístrojů, nástrojů, ale i spotřebního materiálu je naprosto nezbytné poskytovat vzdělávací kurzy. Hon za nejnižší cenou, kterého jsme dnes svědky, nezohledňuje obtížně měřitelné činitele, jako jsou správné indikace léčebných prostředků, využití drahé technologie atd. Jen vzdělaný lékař se umí správně rozhodnout, jestli je nutné použít drahý způsob léčby nebo zda vystačí s levnější, ale stejně účinnou metodou. Společnost B. Braun je rodinná firma s více než stoletou tradicí a díky tomu vnímáme naše působení na zdravotnickém trhu poněkud jinak, než je běžné. Nezaměřujeme se na školení, jak více používat naše produkty, ale orientujeme se na skutečně kvalitní vzdělávání zdravotnických pracovníků. Víme, že jen takto férově pojatý koncept může fungovat dlouhodobě, což je naším cílem. Brněnský kongres je vynikající platformou pro prezentaci naší filozofie, stejně jako pro získání zpětné vazby od skutečně reprezentativního vzorku chirurgů. Proto bychom v příštím roce naši prezentaci rádi rozšířili o některý z našich chirurgických kurzů. Více informací na www.kmrch.cz.

ROZHOVOR

Omezením pravomocí komor stát devalvuje své původní rozhodnutí

O současné roli lékárníků v českém zdravotnictví, významu komor a rizicích omezování jejich pravomocí či působení České lékařnické komory (ČLnK) v Evropském svazu lékárníků (PGEU) jsme hovořili s prezidentem ČLnK a viceprezidentem PGEU **PharmDr. Stanislavem Havlíčkem**.

Česká lékařnická komora oslavila zoleť výročí svého založení. Jak se za tu dobu z vašeho pohledu změnilo postavení lékárníků v českém zdravotnictví?

Lékařství bylo vždy oborem, který je směsí magické alchymie, vůně léčivých bylin a trochy tajemství. Když přijdou děti do lékárenského muzea nebo do zázemí lékárny při „dnu otevřených dveří“, nejvíc ze všeho je zaujmou signatury, černobílá s lebkou a zkříženými hnáty označující jedy a zelená s nápisem „Jen pro zvířata“.

Za touto úvodní, zjednodušující zkratkou je široký komplex znalostí, dovedností a zodpovědnosti, o kterém všichni lékárníci vědí, ale málo o něm mluví. A to je náš velký handicap. Chybí nám popularizátoři farmacie. Osobnosti, které by dokázaly srozumitelně představit jednotlivé lékárenské činnosti.

Za poslední dvě desetiletí se vývoj nových léků a terapeutických postupů posunul neuvěřitelným způsobem. To s sebou přineslo také významný posun spektra činnosti v lékárně a nutnost vstřebat množství nových informací, které musíme ve srozumitelné podobě předat pacientům. S rozvojem internetu také roste počet snadno dosažitelných databází. To vyvolává potřebu aktivně vyhledávat informace a naučit se posuzovat jejich validitu.

Za 20 let se násobně zvýšil počet léčivých přípravků. Možná ke škodě je to vykoupeno globalizací na úkor individuální přípravy. Není nutné vymýšlet jak alternativně vyřešit nedostatek léčiv, způsobený (ne)plněním plánu pětiletky, individuální přípravou v lékárně z dostupných surovin.

Veřejnost pak někdy vnímá lékárníka jen jako logistického pracoviště. Na rozdíl od snadných a poutavých ukázek pro děti (například v Českém farmaceutickém muzeu v Kuksu si návštěvníci mohou sami vyrobit tablety nebo čípky) se velmi obtížně vysvětluje a ukazuje vysoce specializovaná příprava cytostatik nebo parenterálních lékových forem, mnohdy dokonce robotizovaná. Tím spíš, že lé-

kárenské pracoviště s robotickou přípravou cytostatik, na rozdíl od supermoderního robotického operačního sálu, zatím nevyhledal žádný televizní štáb, přitom v této oblasti patří lékárny v České republice k nejlepším na světě.

Z komor se během dvacetileté historie staly významné a poměrně vlivné instituce. Jejich postoje nemohou být politikou reprezentací přehlíženy. Jak vnímáte snahy některých politiků omezit vliv komor například zrušením povinného členství?

Jestli dohled nad výkonem svobodného povolání světit profesní samosprávě je rozhodnutí politické. Stejně jako rozhodnutí, že na výkon svobodného povolání bude dohlížet stát.

V evropském prostoru je profesní samospráva prověřenější způsob. Zřízení profesních komor je racionálním zhodnocením reality a nutností zabezpečit dohled nad výkonem těchto povolání bez nároku na státní rozpočet. Státní dohled naproti tomu čerpá finance ze státního rozpočtu, tudíž se prodrazí. Jeho efektivita závisí na kvalitě dozorujících úředníků, z nichž žádný nebude dostatečně argumentačně vybaven pro posouzení jakéhokoliv odborného sporu. Před dvaceti lety se Česká republika vydala cestou profesní samosprávy. Pro její kvalitní zajištění má stát vybavit komory potřebnými kompetencemi a následně po nich nekompromisně vyžadovat plnění úkolů, které jim ukládá zákon.

Omezením pravomocí komor, například zavedením nepovinného členství, stát devalvuje své původní rozhodnutí, limituje kontrolní a řídicí potenciál při doзору nad výkonem profese a zároveň se zbavuje prověřeného způsobu jak jej zdarma zabezpečit prostřednictvím profesní samosprávy.

Většina populace vnímá lékárníka jako velmi výnosný obchod, který si navíc často spojuje s kritizovaným farmaceutickým průmyslem. Je to pouze předsudek, nebo skutečně dochází k oslabe-

ní role lékárníka jakožto poskytovatele zdravotní péče?

Možná předsudek, možná pouze mediální zkratka. Skutečnost potvrzená řadou nezávislých průzkumů však ukazuje na pravý opak. Většina populace chce, aby lékárny byly zdravotnickými zařízeními, kde se jim dostane kvalitního poradenství. Bezmála tři čtvrtiny pacientů navštíví lékárnou při méně závažných obtížích dříve než lékaře.

Role lékárníka se mění, ale její význam rozhodně neklesá, spíše naopak. Významně se na tom podílí také Česká lékařnická komora. Více než desetiletá je tradice informační kampaně „Den lékáren“ a také „Týden lékáren“, při kterých jsou vybírána témata z oblastí podpory prevence onemocnění nebo poradenství v samoléčbě. Na podporu jsou vždycky připraveny nejenom edukační materiály pro pacienty, ale také velmi podrobně zpracované doporučené postupy pro lékárníky. Pro posílení spolupráce lékař – lékárník jsou oponenty připravených standardů lékaři. Od roku 2010 je první desatero doporučených postupů vydáváno také v knižní podobě. Pokračování je plánováno na rok 2012. Novou aktivitou ČLnK jsou nefremní edukační materiály pro pacienty. První brožura s názvem „Antikoagulační léčba warfarinem“ vyjde v listopadu a je připravena ve spolupráci s Klinikou kardiologie IKEM.

Jak byste hodnotil dosavadní působení komory v Evropském svazu lékárníků (PGEU). Co komora a českým lékárníkům členství v této instituci přineslo?

V důsledku evropských integračních procesů se změnilo též zapojení České lékařnické komory do struktur evropských institucí. Po vstupu České republiky do EU je komora řádným členem PGEU a od roku 2008 zasedá zástupce komory v jeho výkonném výboru (*pozn. red. – v roce 2011 pracuje dr. Havlíček jako viceprezident Evropského svazu lékárníků*). PGEU zastupuje a reprezentuje zhruba 400 tisíc lékárníků, kteří v Evropě zabezpečují lékárenskou péči pro 500 milionů paci-



Foto: Leoš Chodura

entů. Celkově to představuje více než 46 milionů kontaktů lékárníka a pacienta denně.

Lékařství v řadě zemí prochází významnými změnami, obdobně jako u nás, pro některé jsme dokonce vzorem. Je však tento vzor správný, pozitivní a můžeme naopak my převzít některé principy z EU?

Vstupem do EU Česká republika přistoupením k lékařství negativně přispěla liberalizačním trendům. Evropská unie se odvětila řadou směrnic, které bylo třeba transponovat do českého právního řádu. Bylo to velkým poučením, že schválenou směrnicí nedokáže změnit žádná národní profesní skupina, dokonce ani žádná národní vláda. Důležité je být u procesu schvalování směrnic v okamžiku jejich vzniku. Česká lékařnická komora, jakožto jediná reprezentativní organizace českých lékárníků, má nyní možnost být přímo u toho, když se tvoří předpisy, které v nepříliš vzdálené budoucnosti ovlivní práci všech lékárníků v EU.

Každé výročí automaticky evokuje otázku „co dál“. Jak byste si přál, aby se vyvíjela ČLnK v příštích 20 letech? Jakou roli by měli lékárníci hrát v našem zdravotnictví do budoucna?

Nápadů na dalších 20 let mám samozřejmě spoustu. K realizaci některých z nich může výrazně pomoci novelizace zákona o komorách. Moji podrobnější představu

o budoucnosti oboru najdou čtenáři na webu České lékařnické komory. Stručně ji lze shrnout do šesti hesel.

Tři hlavní cíle, kterých bychom měli dosáhnout, jsou skryty pod písmeny S:

Stabilita: Ideálně ve všech souvislostech a v krátkodobém i dlouhodobém horizontu. Tedy stabilita politická, ekonomická i oboru jako takového.

Specializace: Demografický vývoj a něho vyplývající změny ve struktuře onemocnění a věku pacientů a také změny v životním stylu nepochybně povedou k dalším změnám ve struktuře poskytované zdravotní péče. Z tohoto pohledu je třeba se soustředit na užší specializace všech zdravotnických profesí, včetně lékárenství. Racionální a smysluplný rozvoj specializací umožní na jedné straně udržení současného vysokého standardu poskytované lékárenské péče a zároveň zabezpečí vyšší efektivitu a dostupnost specializované péče zacílené a modifikované podle aktuální potřeby specifických skupin pacientů, ať už definovaných podle druhu onemocnění nebo podle věku.

Servis: Do budoucna musí profesní samospráva dále rozvíjet služby poskytované svým členům, pacientům a také posilovat a zefektivňovat činnosti související s vedením agend a komunikace se státní správou a místní samosprávou. Tři hlavní role, které má v dosažení cílů hrát komora, jsou pak skryty pod písmeny M:

Maják: Včas upozorňovat na hrozící rizika a hledat bezpečnější alternativy. Názor komory musí být vidět i slyšet, musí stát na reálných a pevných základech a být zárukou názorové kontinuity a konzistence. Komora musí fungovat též jako maják, u kterého její členové spolehlivě najdou oporu a pomoc při řešení profesních i osobních životních situací.

Mozek (nebo spíše Myšlenky): Jako tvůrce myšlenek musí být komora protiváhou samoúčelným a krátkozrakým politickým, případně úřednickým řešením. Být z odborného hlediska argumentačně připravena nejen ke zhodnocení pozitiv i negativ, ale zároveň na základě analýzy aktivně navrhnout optimální řešení.

Motor: Být Majákem i Mozkem vyžaduje solidní profesionální zázemí. Komora musí mít dostatek lidí, ideálně z řad členů, kteří jsou ochotni udělat pro stav něco navíc. Pak bude komora motorem, který neustále posunuje obor i kvalitu poskytovaných služeb výše.

AMBULANTNÍ SPECIALISTÉ

Nejsem zastáncem rychlého odchodu mladých lékařů do soukromé praxe

Brněnská lékařka **MUDr. Marie Duřpektová** se od promoce věnuje pediatrii, nyní jen na částečný úvazek, a jako nástavbový obor si v polovině 90. let přibrala alergologii a klinickou imunologii, kterou se nyní zabývá ve své soukromé ordinaci.

Co vás přivedlo k alergologii?

Pediatrii se věnuji od počátku své lékařské praxe. V 90. letech byl v Brně dostatek pediatriů, ale nedostatek lékařů v alergologii a klinické imunologii. Věnovala jsem se problematice opakovaně nemocných dětí, proto pro mě bylo rozšíření kvalifikace po atestaci II. stupně z pediatrie ještě o atestaci z alergologie a klinické imunologie v nástavbovém oboru logické.

Přibývají vám pacienti?

Mohu říci, že počet ošetřených pacientů mám zhruba stejný. Přilíší se nemění ani počet nových pacientů, ani frekvence počtu vyšetření ve vztahu k jednomu pacientovi v každém pololetí. Tedy v mém případě vyrovnaný stav.

Léčba nemocných dětí vyžaduje určitou dávku psychologické podpory, stiháte ji svým pacientům věnovat v dostatečné míře?

Každý pacient a v mém oboru také každý rodič má poněkud jinou onu odpovídající míru. Snažím se o velmi individuální přístup, aby nemocný pochopil a porozuměl svému zdravotnímu problému. Tento pacient je pak optimálním typem pro léčebnou spolupráci.

Naštěstí pracuji v oboru, který je velmi optimistický, má velmi dobré výsledky v krátkém časovém horizontu a léčba je efektivní. To vše nahrává odpovědi: „Ano, pacientům se dostává podpory v dostatečné míře.“ Samozřejmě, že nikdy se lékaři nepodaří uspokojit všechny pacienty, i kdyby se co nejvíce snažili.

Máte ve své alergologické ordinaci předepsané přístrojové vybavení?

Povinnou výbavou ambulance alergologa je spirometr. Nejsem oborem, který by se chlubil velkým množstvím fakultativních přístrojů v ambulanci.

Existují nějaké postupy, léky či materiály, které by byly českým pacientům nedostupné?

Nemám problém zajistit pacientům vše, co potřebují.

Jak vám pomáhá či znesnadňuje práci legislativa, kde jsou mezery a slabá místa, které vám znepříjemňují život?

Legislativa nám nikterak nepomáhá. Přeji si, aby alespoň neškodila. Poslední návrhy ministerských zákonů a pozměňovací návrhy poslanců nás, privátní doktory, přímo ohrožují v naší vlastní existenci a mám obavy, aby nás nevrátily před rok 1989, i když na jiné úrovni. Vyjmenuji: povinnost přeregistrací, nesmyslně definované pokuty, nedostatečné řešení problému převodu a dědění praxe a další.

V textech úhradových vyhlášek se často objevují stylizace umožňující vícery výklad. Jsem přesvědčena o tom, že perspektivní zdravotnické zákony jako podklad reforem musí stát na celospolečenském konsenzu, lékaře nevýmaje. Stylizika zákonů a vyhlášek by měla být přehledná, jednoznačná, srozumitelná pro lékaře i pacienty bez nutnosti dalších výkladů toho, co tímto zákonem autor chtěl říci. K tomu ovšem stávající návrhy mají ještě hodně daleko.

Jak zvládáte boj s pojišťovnami a s „papírováním“?

Sama jste nazvala vztahy s pojišťovnami bojem. Je to boj naprosto nerovný a nekonečný. Ambulantní specialista není pro pojišťovnu rovnocenným smluvním partnerem. Proto i onen „boj“ je nerovný. Dovede člověka hodně otrávit. Pokud se týká množství administrativy, jeví se mi stav opět jako stabilní. Možnosti fakturace a předávání dávek na konci měsíce elektronickou formou práci usnadňují.

Je těžké získat smlouvy s pojišťovnami?

Pracuji v privátní ambulanci sféře od roku 1993, takže jsem neměla se získáním smluv s pojišťovnami problémy. Registruji však signály od kolegů, že nyní to problém je. Nemohu ale být konkrétní. Slyšíme od pojišťoven o určitém stop stavu pro nové smlouvy s ambulantními lékaři, ale skutečností je, že ve všech specializacích trvale přibývá souběhů. V některých odbornostech má až 70 procent kvalifikovaných lékařů z nemocnic současně kratší úvazek v privátní ambulanci.



Foto: archiv MUDr. Marie Duřpektové

tém stop stavu pro nové smlouvy s ambulantními lékaři, ale skutečností je, že ve všech specializacích trvale přibývá souběhů. V některých odbornostech má až 70 procent kvalifikovaných lékařů z nemocnic současně kratší úvazek v privátní ambulanci.

V radě Sdružení ambulantních specialistů máme o tato čísla zájem, ale zatím se nám je nepodařilo od pojišťoven získat. Je to nepochybně velmi citlivé téma. V mé odbornosti není oněch souběhů tolik jako v jiných specializacích. Působím v centru Brna, a podívám-li se zpět a srovnám počty lékařských míst jak v privátních ambulancích, tak v nemocnicích v mé odbornosti, je vidět výrazný nárůst v ambulancích soukromých i nemocničních.

Máte problémy s úhradou některých zákroků od pojišťoven?

S úhradou zákroků problémy nejsou. Problémy jsou s regulačními mechanismy, které se týkají léků a vyžádané péče komplexu. Někdy je hodně velký problém, abych zajistila v mém statistickém souboru svých pacientů skutečně vše, co potřebují, a současně se nedostala do

vážných ekonomických problémů tím, že v regulačních srážkách zaplatím ze svého příjmu jejich potřebnou zdravotní péči.

Jste členkou Sdružení ambulantních lékařů (SAS) – jaká je zde vaše funkce a co obnáší?

Jsem výkonnou místopředsedkyní SAS ČR. Obnáší to hodně práce, která často není vůbec vidět. Samozřejmě zastupuji předsedu v době jeho nepřítomnosti. Rada SAS zastupuje smluvní lékaře a pomáhá jim v řešení jejich problémů. Studujeme a připomínáme návrhy zákonů, návrhy smluv s pojišťovnami, připomínky našich členů, pracujeme nyní na systému uznávání kvality specializované ambulantní péče (ASAC) a mnoho dalšího. Naštěstí v dnešní době je možno udělat hodně práce z domova od svého počítače, není nutné jezdit tak často schůzovat. Navíc žádný z členů rady SAS není uvolněným funkcionářem, všichni pracujeme na plný úvazek ve své ambulanci.

Setkala jste se s nějakou formou nátlakového jednání ze strany farmaceutických firem?

Ne, tuto osobní zkušenost nemám. Ale měla bych v této souvislosti uvést, že SAS ČR ekonomicky funguje bez příspěvků farmaceutickým, možná jako jediné sdružení podobného typu. Naše aktivity se financují jen z příspěvků členů, což našemu sdružení samozřejmě umožňuje být nezávislým.

Myslíte si, že je ambulantních specialistů vašeho oboru dostatek?

Ano, myslím si, že jich je dostatek.

Jak vycházíte s praktickými lékaři?

Nemám problémy ve spolupráci s praktickými lékaři, převážně jsou to pediatri. Většina pacientů přicházejících na vyšetření má doporučení svého registrujícího lékaře.

Spolupracuje se vám dobře s nemocničním sektorem, například při předávání pacientů?

Protože je moje specializace ambulantním oborem, k hospitalizaci odesílám naprosto výjimečně a spolupráce s nemocničním sektorem je bez problémů.

Jaké jsou vztahy alergologů v soukromé praxi a nemocničních lékařů tohoto oboru?

Známe se vzájemně, vztahy jsou kolegiální. Nemohu uvést žádné negativní zkušenosti.

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

Nejsem zastáncem názoru udělat co nejrychleji specializační atestaci a odejít do privátní praxe. Domnívám se, že je dobré, když lékař pracuje ve větším kolektivu lékařů asi deset let od promoce, než přejde do privátní praxe, kde bude sám. Větším kolektivem myslím nejenom lůžkové nemocniční zařízení, ale i zařízení ambulantní včetně laboratoří. Také je přínosné, když má lékař možnost vystřídat více pracovišť, všude se naučí něco jiného a trochu jinak. Mou základní odborností je pediatrie, nástavbová pak alergologie a klinická imunologie. Více než desetileté zkušenosti z práce u lůžka v nemocnici považuji za velké pozitivum.

NÁZORY

Zdravotnictví v laboratořích (...a zdravotní laborant)

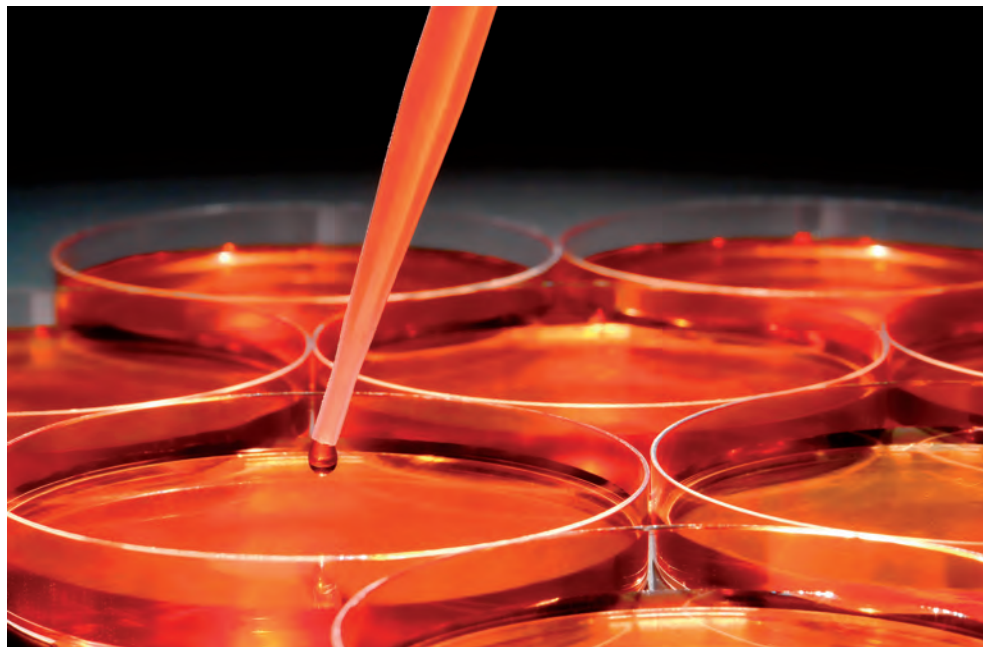
Peníze, které protékají zdravotnickým systémem, byly a zdá se, že stále jsou, nepolapitelné. Ptáme se proč. Jsou snahy o úspory ve zdravotnictví opravdové, nebo se jedná pouze o jejich politické medializování? Pokud jsou opravdové, kdy se začne s racionalizací zdravotní péče a hledáním vnitřních rezerv?

Jak jsme na tom v laboratorní medicíně? Jedna z posledních akcí, které mají údajně vést k ušetření finančních prostředků, je tzv. kultivace zdravotních výkonů. V oblasti laboratoří je v návrhu MZ ČR dosažení obecného poklesu ceny hodnoty laboratorních výkonů, a to místy až o 45%. V systému úhrad zdravotní péče však laboratorní komplement představuje dlouhodobě položku mezi 3 a 4% z celkového rozpočtu.

Cui bono?

Vskutku máme nabyt dojem, že případnou realizací tohoto ministerského návrhu „dojde k významným úsporám v celém systému“? Nestálo by za úvahu například porovnat počet laboratoří na jednoho obyvatele (uživatele zdravotní péče) v České republice a v okolních státech? Proč jiné než nemocniční laboratoře, které u nás ve velkém měřítku a v nedávné době vznikaly a zdravotní pojišťovny s nimi podepisovaly smlouvy, mají vyplácen jakýkoli vykázaný laboratorní výkon, zatímco nemocniční laboratoře jsou placeny „paušálem“? Je pro kvalitu péče o pacienta přínosné, že v některých laboratořích je zaměstnáván personál, který není odborně vzdělán? A pro koho je takový stav přínosný? Komu přináší úspory pocházející z nižších platů takto nedovzdělaných pracovníků?

Když si uvědomíme tento stav, je jasné, proč někteří pracovníci zdravotnických škol nabyli dojem, že v laboratořích plně dostačuje pracovník, který je vzdělán na střední zdravotnické škole jako laboratorní asistent (viz www.zdn.cz/denni-zpravy/komentare/konec-laborantu-v-cechach-460538). Informace podávané v tisku těmito vzdělavateli jsou sice zarážející, v rozporu s obecně hlášenými trendy o vyšší potřebě vzdělání, nicméně jejich názor, s přihlédnutím k zmíněným okolnostem, je pochopitelný. A navíc, pokud by se laboratorní profesionál vzdělával na vyšší odborné škole (bakalářství), bylo by například třeba přehodno-



ilustrace foto: Shutterstock

tit počty a kvalifikaci pedagogických zaměstnanců škol.

Tři čtvrtiny diagnostických dat

Vraťme se ale ke zdravotnímu laborantovi a klinické laboratoři. Kdo pracuje ve zdravotnictví? Všichni známe lékaře a sestru. Nejen proto, že s nimi přijdeme do osobního kontaktu, ale také proto, že někteří novináři, kteří se věnují zdravotnictví, i někteří státní úředníci se dále ve svém myšlení nedostali. Pokud tisk zveřejní zprávu ze zdravotnického zařízení, píše pouze o lékařích nebo sestrách. Každý jenom trochu obeznámený občan našeho státu přitom ví (nebo alespoň tuší), že lékařská a ošetrovatelská péče, jestliže má být kvalitní, se neobejde bez dalších, velmi důležitých a náročných odborností. 70–80% veškerých diagnostických dat pochází z klinických a zobrazovacích laboratoří. Bez těchto informací by se ani jeden z lékařů (kteří tvrdým nátlakem získali nezanedbatelné mzdové navýšení, ať se jednalo o odborníka či nikoli) nedostal k relevantní diagnóze.

K čemu by bylo celé ošetrovatelství bez znalostí výsledků laborator-

ních analýz? Jak by lékař pečoval o kardiaka bez stanovení kardiomarkerů, kde by byla léčba epilepsie bez znalosti naměřených hladin antiepileptických léků? Byl by možný úspěch transplantací bez stanovení imunosupresiv? Jak by lékař zvládl kompenzovat diabetika bez kvalitních laboratorních výsledků? Mohli bychom zde popsat mnoho dalších příkladů z oblasti laboratorní medicíny, která se rozvíjí stejně rychle jako medicína samotná a v jejím rámci. Dalo by se říci, že zejména díky rozvoji laboratorní medicíny se zvyšuje kvalita péče o pacienta. To vše by nebylo možné bez kvalitních, vzdělaných laboratorních pracovníků.

Nejsme Námořní vyšetřovací služba

Jednou z profesí, které v klinických laboratořích pracují spolu s analytiky a lékaři, je zdravotní laborant. To je ten odborník, který je pro kolegy schován za dvěma laboratoře a ve značné míře komunikuje přes telefon nebo počítačovou síť. Je to ten člověk, na jehož slova a výsledky práce čekají pracovníci u lůžka, u pacienta. Lékař i sestra. Na výsledky laboratorních analýz,

za které ručí. Jedná se o vyšetření biologického materiálu pacienta, který laborant vidí a má v ruce od doby přijetí vzorku laboratoří po celou dobu přípravy, zpracování, provedení analýzy a vyhodnocení až do předání výsledku k rukám požadujícího lékaře.

Vedle těchto jednotlivých kroků musí zdravotní laborant zvládnout i technickou problematiku klinické laboratoře, čímž je myšlena příprava použitého materiálu, obsluha náročné, složité techniky a používání dalších potřebných přípravků a prostředků, neboť vězte, že laboratoř neznamená převzít zkumavku, vložit do stroje a na druhé straně opsat výsledek. Takto to nelze praktikovat ani v seriálu „Námořní vyšetřovací služba“. Je velmi na škodu věci, že takto si část veřejnosti představuje práci v laboratoři a že tato představa může být i falešně spoluvytvářena některými nekompetentními popisy této profese.

Praxe a její potřeby jsou diametrálně odlišné. Vývoj všech laboratorních oborů má stále vyšší nároky na vzdělání zdravotnických pracovníků. Je zajímavé, že automatizace vede k tvrzením o nižší potřebě znalostí a dovedností zdra-

votních laborantů a analytiků pracujících v klinických laboratořích. Ale ani náznakem tato „revoluční“ myšlenka nezazní při diskusi o roboticky asistovaném chirurgickém výkonu. A jaký je zde faktický rozdíl?

Podnikavost non lege artis

Jako další z možných směrů šetření a přenesení části nákladů z pojišťoven na pacienty se jeví například ten, který je nabízen v „příjemné komunikativní atmosféře“ soukromého zdravotnického zařízení QMI (www.qmi.cz), kde umí vyšetřit „bez kapky krve“ vše a ještě zaručí bezproblémové parkování. Vyšetření probíhá tak, že se položíte na lůžko a lékařka připojí pět čidel. Pak spustí program sběru dat a výpočtů. Délka měření je 6 minut. Poté je naměřeno 117 parametrů krve.

S politováním nutno sdělit, že společnost neuvádí ani princip metody, natož aby dokládala kvalitu provedených měření. Zato má pečlivě zpracovaný ceník nabízených služeb. Tato metoda prováděná na „Neinvazivním analyzátoru krve AMP“ byla hodnocena, na požádání zdravotního rady, krajským expertem pro Plzeňský kraj pro klinickou biochemii jako metoda *non lege artis*. Jde o velmi jemné vyjádření, protože je otázka, zda spíše nejde o *anti lege artis*. Přestože uvedeným přístrojem (a už vůbec ne optickou sondou přiloženou na kůži) nelze jmenované parametry změřit, přestože neexistuje – na rozdíl od klinických laboratoří – žádný kontrolní systém či akreditace pracující s tímto „přístrojem“ totiž během studia medicíny musela získat vědomosti, které by jí umožnily uvedenou metodu racionálně zhodnotit jako pochybnou. Nicméně tato metodika je v nabídce zdravotnického zařízení stále. Kde vůbec leží hranice podnikání a podnikavosti ve zdravotnictví? Je možné, že tímto směrem máme jít, aby se ušetřily prostředky v oblasti služeb veřejného zdraví? A že jenom my, odborní, odpovídajícím způsobem vzdělaní pracovníci v laboratořích, kteří i nadále chceme odvádět kvalitní práci na základech medicíny založené na důkazech, přínosnou pro pacienty, jsme to plně nepochopili?

Mgr. Martina Bunešová
za odborné společnosti biochemických,
genetických, histologických, hematologických
a imunologických zdravotních laborantů

19. 10. 2011 Praha,
Clarion Congress
Hotel Prague

konference

ZHOUBNÝ NÁDOR A TROMBÓZA – MEZIOTOROVÝ 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 onkologických 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

Credit PLUS
Akce bude
ohodnocena kredity

Třetina slovenských nemocničních lékařů **podala výpověď**

Přibližně 13% všech slovenských lékařů a asi třetina lékařů pracujících v lůžkových zařízeních podala k 1. říjnu výpověď. Pokud nedojde k dohodě mezi zástupci odborů a představiteli resortu, hrozí slovenskému zdravotnictví kolaps.

V bratislavských nemocnicích podalo podle Lekárskeho odborového združenia (LOZ) výpověď 54% z celkového počtu nemocničních lékařů. Ministerstvo zdravotnictví deklarovalo, že péči o pacienty zajistí i v případě odchodu zdravotníků. Konkrétní kroky však nezveřejnilo.

Černého Petra drží vláda

„Dva měsíce se nyní nebude nic dít, poběží výpovědní lhůta. Během těchto dvou měsíců buď dojde k dohodě, nebo ne. Pokud by nastala situace, že nebude dosaženo dohody, leží černý Petr a veškerá zodpovědnost na straně vlády a ministerstva zdravotnictví,“ prohlásil předseda LOZ Marian Kollár.

Lékaři nadále trvají na splnění všech čtyř požadavků, kvůli nimž k akci inspirované českou kampaní „Děkujeme, odcházíme“ přistoupili: dodržování zákoníku práce a personálních norem v nemocnicích, dofinancování systému, lepší mzdové ohodnocení a zastavení transformace státních nemocnic na akciové společnosti. „Situace je s ohledem na výpovědi již nezvratná. Rozhodli jsme se bojovat a chci vás ubezpečit, že budeme bojovat až do konce,“ uvedl Marian Kollár a zdůraznil, že požadavky zdravotníků tvoří jeden celek a nelze je oddělit.

Ministerstvo stále mlží

Slovenský ministr zdravotnictví Ivan Uhliarík vidí v postupu lékařů snahu o vydírání – nařknul je z toho, že si berou pacienty jako rukojmí. „Je to jejich právo, ale nesouhlasím s tím,“ uvedl na adresu protestu a ubezpečil, že je připraven se zástupci odborů i nadá-



Ministr Ivan Uhliarík se svou mluvčí Katarínou Zollerovou. | Foto: health.gov.sk

le jednat. „Věřím, že najdeme společnou řeč, aby pacienti nemuseli být v ohrožení. Řešení je možné hledat pouze ve věcném a konstruktivním dialogu. Jsme ale připraveni i na alternativu, že budeme muset zabezpečit zdravotní péči bez 2411 lékařů.“ O konkrétních opatřeních však ministr mluvit odmítl s tím, že jejich specifikace je zatím předčasná. „Ministerstvo zdravotnictví bude o konkrétních krocích občany informovat v závislosti na vývoji jednání se zástupci odborového sdružení,“ informoval Ivan Uhliarík ústy své mluvčí Kataríny Zollerové.

Iveta Radičová: Nejde o privatizaci

Ministr zdravotnictví rovněž zdůraznil, že například požadavek na zastavení transformace nemocnic není možno splnit, protože je stanovena v zákoně, který již schválili poslanci. Zdravotnická zařízení mají být na akciové společnosti převedena v rámci oddlužení a kri-

ci klidně mohou být všichni chirurgové, ale pokud nemá pacienta při operaci kdo uspat a poté probudit, je to velký problém,“ uvedl jeden z poradců ministra zdravotnictví Tomáš Szalay.

Zatímco v některých nemocnicích obdrželo vedení výpovědi od více než poloviny svých zaměstnanců, některá zdravotnická zařízení nezaznamenala výpověď žádnou – například Východoslovenský onkologický ústav v Košicích. Velmi malou odezvu měla akce odborů rovněž v nemocnicích na jihu středního Slovenska.

Ve hře i pomoc ze zahraničí

Pokud by na konci prosince skutečně odešlo 2400 lékařů, pro nemocnice by to znamenalo těžko nahraditelnou ztrátu. Ředitelé zdravotnických zařízení nevyklučují, že budou muset některá oddělení zcela uzavřít. Zatím však nemají zpracované konkrétní plány. Podle analytika Dušana Zachara, jehož citoval deník Pravda, existuje několik možností jak zabezpečit péči o pacienty i v případě exodu lékařů. „Jedním z řešení může být spojení oddělení nebo rušení duplicitních pracovišť, což by bylo v některých případech užitečné, i kdyby na stole neležely hromadné výpovědi. V případě krizové situace by tu byla též možnost pomoci ze zahraničí – buď dočasným, či stálým angažováním zahraničních lékařů, v nutných případech možná i poskytnutím zdravotní péče slovenským pacientům za hranicemi země,“ domnívá se.

Systém na lopatkách

Ať se nakonec ministerstvo zdravotnictví či samotné nemocnice rozhodnou pro jakoukoli alternativu řešení masového odchodu lékařů, je podle Zachara pravděpodobné, že navzdory ujišťování Ivana Uhliaríka o zachování dostupnosti péče dojde k prodloužení čekacích lhůt u plánovaných operací. „Je třeba se připravit na to, že minimálně v krátkodobém horizontu bude při nedostatku lékařů nutné překládat plánované operace pacientů na později či do jiných zdravotnických zařízení. Dojde

k prodloužení čekacích dob, neboť všechny kapacity se soustředí na akutní péči. I v případě přijetí protikrizových opatření tedy může dočasně nastat zhoršení přístupu ke zdravotní péči,“ upozornil Dušan Zachar.

Viceprezident Asociácie nemocnic Slovenska Peter Ottinger je ještě skeptičtější – podle něho by mohl mít hromadný odchod lékařů pro některá zdravotnická zařízení fatální důsledky. „Nemocniční lékaři vykonávají urgentní, život zachraňující medicínu. Kdyby například přestali pracovat všichni anesteziologové, okamžitě by se celý systém ocitl na lopatkách,“ prohlásil Ottinger. Jím popsaná situace ostatně reálně hrozí například v Detskej fakultnej nemocnici Bratislava, na jejímž anesteziologicko-resuscitačním oddělení podalo výpověď 31 ze 32 lékařů.

„Vytrváme!“

Podání výpovědi bylo pro většinu protestujících lékařů jedním z posledních možných způsobů jak upozornit na poměry ve slovenském zdravotnictví. „Neviděl jsem jiné řešení jak tento dvacetiletý marasmus změnit. Už nechci poslouchat jen sliby nebo výhrůžky. Chci, aby zdravotnictví konečně začalo fungovat, abych mohl tady na Slovensku léčit lidi,“ uvedl v rozhovoru pro deník Sme pediatri Peter Visolajský z Fakultnej nemocnice Nitra, který rovněž odmítá nařčení o „brání pacientů jako rukojmí“. „Vždy jsem se staral o pacienty. Ti jsou rukojmím všech dosavadních vlád, ne lékařů. Tímto krokem chceme pomoci zdravotní péči, chceme pomoci pacientům.“

Primář Kliniky detskej chirurgie Detskej fakultnej nemocnice s poliklinikou Bratislava Vladimír Cingel se sice k protestům aktivně nepřidal, požadavkům zdravotníků ale rozumí. „Jako řídicí pracovník mám také určitou míru odpovědnosti. Nemohu oddělit, že jsem odpovědný za spoluřízení významné kliniky,“ uvedl pro Sme. „Je však třeba říci, že ohodnocení lékařů je neadekvátní, i v porovnání se zahraničím. Požadavek na 1,5násobek průměrného platu není vůbec přehnaný.“

Peter Visolajský se podle svých slov neobává některých předpovědí, že lékaři nakonec ustoupí. „Situace již není o jednotlivcích, ale o komplexním řešení slovenského zdravotnictví. Zapojilo se téměř 2500 lidí, což je větší procento než v Česku. Pevně věřím, že kdokoli se odhodlal k podání výpovědi, vytrvá až do konce. Spolu nemůžeme prohrát.“

(Zdroje: Sme, Pravda, ČTK)

Květa Havlová

Komplexní zásobování ordinací zdravotnickým materiálem

eShop www.medipos.cz

objednávky a informace 800 VOLTEJE ZDARMA 800 136 136

MEDIPOS P&P, s.r.o. 675 52 Lipník 44, Tel.: 568 858 989
Fax: 568 858 985, e-mail: medipos@medipos.cz

Obamova reforma čelí další žalobě

Zdravotnickou reformu Baracka Obamy čeká další soudní spor – k Nejvyššímu soudu na ni podala stížnost organizace sdružující malé společnosti.

Národní federace nezávislých podniků (NFIB) požaduje, aby soud rozhodl, zda je reforma zdravotnictví v souladu s ústavou. Spory podobného rázu již v Americe řeší několik soudů nižších instancí, na Obamovu legislativu podalo žalobu i několik amerických států.

NFIB, jež zastupuje na 35 tisíc malých podniků, ve své stížnosti tvrdí, že zdravotnická reforma jako celek je protiústavní, neboť Kongres při jejím schválení překročil své pravomoci. Podle federace není možné, aby zákonodárci nutili Američany mít povinné zdravotní pojištění. NFIB požaduje, aby se Nejvyšší soud jejím podnětem zabýval na svém nejbližším zasedání, jež bude probíhat od letošního října do června příštího roku. „Čím dříve soud o případu rozhodne, tím dříve budou malé podniky, ale i jednotlivci vědět, zda budou muset nést plnou ekonomickou odpovědnost za tento špatný zákon,“ uvedla představitelka NFIB Karen Harnedová.

Karta pro volební kampaň
Právě část vládní reformy zdravotnictví týkající se povinného pojištění označil za protiústavní soud v Atlantě v největším procesu, který byl kdy proti kabinetu veden a v němž



Barack Obama. | Foto: Wordpress

legislativu napadlo 26 států. Vláda se sice v tomto procesu vzdala práva na odvolání, podle pozorovatelů je však pravděpodobné, že i ona

požádá Nejvyšší soud o posouzení ústavnosti sporné části. Pokud by rozhodnutí Nejvyššího soudu ve věci stížnosti NFIB skutečně přišlo v červnu následujícího roku, stane se tak uprostřed prezidentské volební kampaně a rozsudek by mohl velmi výrazně ovlivnit její průběh. Barack Obama považuje zdravotnickou legislativu za svůj největší úspěch, jehož se mu během působení v Bílém domě podařilo dosáhnout, republikánští kandidáti na funkci prezidenta naopak slibují, že v případě svého vítězství reformu zruší.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

USA: Lékaři doporučují ze strachu zbytečná vyšetření

Američtí praktičtí lékaři a ambulantní specialisté sami přiznávají, že ze strachu před žalobami ze zanedbání péče svým pacientům předepisují příliš mnoho vyšetření a léků.

V nejnovějším průzkumu publikovaném v časopise Archives of Internal Medicine vyšlo najevo, že 42 % lékařů primární péče vědomě předepisuje svým pacientům více léků a odesílá je na množství dalších vyšetření, aniž by to nemocní potřebovali. Jak sami přiznávají, činí tak i přesto, že si uvědomují, že taková léčba může mít nežádoucí vedlejší účinky. Téměř polovina respondentů uvádějí, že je v poskytování péče „přehnaně agresivní“.

Jako nejčastější důvod pro nadbytečnou léčbu účastníci průzkumu uváděli strach ze žaloby kvůli zanedbání péče – na prvním místě ji

jmenovalo 76 % dotázaných lékařů. Dalším z často uváděných faktorů je nedostatek času na pečlivé vyslechnutí pacientů, kvůli němuž zdravotníci raději volí doporučení na co nejvíce možných dalších vyšetření. Pouze 6 % lékařů je přesvědčeno, že se pacientům dostává málo péče a že je třeba počet testů a léčiv ještě zvýšit. Téměř všichni oslovení zdravotníci se nicméně shodli, že jsou nespokojeni se současným stavem, kdy se neustále zvyšuje objem práce, kterou musejí vykonávat, a mají tak stále méně času na pacienty.

(Zdroj: International Business Times) (kha)

Britské ministerstvo čelí kritice za nespustění kampaně k očkování

Vlnu nevole vzbudilo mezi britskými lékaři rozhodnutí tamního ministerstva zdravotnictví nespustit letos celonárodní informační kampaň na podporu očkování rizikových skupin obyvatel proti chřipce.

Odborníci obvinili ministerstvo, že si nebezpečně zahrává s lidskými životy. Úřad se rozhodl nespustit celonárodní kampaň zaměřenou na podporu očkování proti chřipce, přestože loni této nemoci podlehl ve Velké Británii více než 600 pacientů. Očkování proti chřipce je přitom v zemi pro vybrané skupiny zdarma.

Přehrání zodpovědnosti na lékaře

„Je nepřipustné, aby ministerstvo odmítlo spustit kampaň, jež vyzývá obyvatele k tak důležitému očkování. To, že se k mnoha lidem zpráva o možnosti vakcinace vůbec nedostane, může nejen přispět ke zbytečným hospitalizacím kvůli chřip-

ce a s nimi spojeným výdajům, ale také k nárůstu počtu obětí chřipky,“ upozorňuje britský odborník na veřejné zdraví dr. John Middleton.

Nárok na bezplatnou vakcínu proti chřipce má ve Velké Británii přibližně 16 milionů lidí – cca 8,8 milionu seniorů, 5,4 milionu chronicky nemocných a 600 tisíc těhotných

žen. Ministerstvo zdravotnictví kritiku odborníků odmítá a je přesvědčeno, že nejlepším způsobem jak očkování proti chřipce úspěšně propagovat je, když sami praktičtí lékaři mezi svými pacienty vytipují vhodné adepty vakcinace a telefonicky je kontaktují.

(Zdroj: Guardian)

(kha)

Inzerce A111014545

KONFERENCE A SEMINÁŘE PRO NELÉKAŘSKÉ OBORY

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

Pořádá Aesculap Akademie ve spolupráci a pod záštitou
České asociace sester v rámci projektu MZ ČR v koordinaci s IPVZ
Mediálním partnerem je časopis Sestra

**ÚČAST
ZDARMA***

Témata, termíny a místa konání v roce 2011

<ul style="list-style-type: none"> ■ Role nelékařských povolání v léčbě pacientů s onkologickým onemocněním 3. 11. 2011, Hradec Králové 2. 12. 2011, Brno 7. 12. 2011, Liberec 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Možnosti nelékařských profesí v péči o pacienty s kardiovaskulárním onemocněním 11. 10. 2011, Zlín 26. 10. 2011, Most 16. 11. 2011, Znojmo 30. 11. 2011, Ostrava
<ul style="list-style-type: none"> ■ Cerebrovaskulární onemocnění jako výzva pro nelékařská povolání 20. 10. 2011, Pardubice 1. 11. 2011, Písek 23. 11. 2011, Tábor 14. 12. 2011, Kolín 	<p>Vzdělávací akce zahrnuje konferenci a dva odpolední semináře</p>

evropský sociální fond v ČR
EVROPSKÁ UNIE

OPERAČNÍ PROGRAM
LIDSKÉ ZDROJE
A ZAMĚSTNANOST

MINISTERSTVO ZDRAVOTNICTVÍ
ČESKÉ REPUBLIKY

PODPORUJEME
VAŠI BUDOUCNOST
www.esfcr.cz

* Účastnické poplatky jsou při splnění podmínek hrazeny ze zdrojů MZ ČR a ESF EU. Příjemci podpory jsou všichni zdravotničtí pracovníci v ČR s výkonem práce mimo území hl. města Prahy.

Patologie v emigraci

– cena svobody

Více než 40 let žije ve Velké Británii lékařka a pravidelná přispěvatelka Zdravotnických novin **MUDr. Milena Lesná**. Její zkušenosti s prací v této zemi si můžete přečíst v následujícím článku.

Na lékařské fakultě v Olomouci jsem začala studovat ve věku 16 let jako jedna z nejmladších. Vždycky mne zajímala fakta a cesta k diagnóze víc než léčba sama, a tak jsem se hned ve 3. ročníku rozhodla pro patologii. Ve 4. ročníku jsem se stala demonstrátorkou a později asistentkou s polovičním úvazkem. Po promoci bylo pro obě strany výhodné, abych pokračovala na univerzitě na plný úvazek. Starosti s umístěnkou, což byl v 60. letech pro mnohé velký problém, se mne tedy netýkaly.

Už od mládí jsem byla anglofil. Líbil se mi anglický přístup k životu, *stiff upper lip*, jejich úsilí o zachování demokracie, svobody a nezávislosti a také melodie anglického jazyka. Po promoci jsem si udělala státnici z angličtiny, aniž jsem tušila, jak se mi jednou bude hodit.

Po různých traumatických událostech v osobním i profesionálním životě jsem ve věku 26 let začala pracovat jako primářka patologie v okresním městě. Od patologa se tehdy očekávala v první řadě rychlá a spolehlivá diagnóza. Peroperační biopsie, díky níž chirurg dostal histologickou diagnózu během 15 minut, se dělaly často, tehdy ještě bez kryostatu, a všechna úmrtí pacientů v nemocnici vyžadovala podle tehdejších pravidel pitvu za přítomnosti kliniků, kteří si tak ověřovali své diagnostické závěry a výsledky léčby. Byla to velmi cenná, efektivní a nenahraditelná metoda postgraduálního vzdělávání jak pro kliniky, tak pro patology.

Patologické oddělení – vše je jinak

V září 1969 jsem odjela s manželem a 3letou dcerou na krátkou výměnnou dovolenou do Velké Británie – podle plánu měli naši angličtí přátelé příští rok zase navštívit nás. Jelikož se s českou korunou na mezinárodních trzích tehdy neobchodovalo a před cestou do ciziny bylo povoleno koupit si jen pár liber, byl výměnný pobyt jediným způsobem jak cestovat do západoevropských států.

Během návštěvy jsme poznali několik krásných míst a pobřeží severní Anglie a na zpáteční cestě do Londýna se mi díky pomoci přátel podařilo navštívit patologické oddělení v jedné z velkých nemocnic v Sheffieldu. Představovala jsem si, že vybavení a úroveň patologie budou vyšší než v Československu, a proto mne překvapilo, že tomu tak nebylo. Návštěva patologického oddělení byla velkým zklamáním: viktoriánské budovy, chmurné a depřímující vybavení pitevny, místnost s mikroskopem pro mladé patology plná formalinových výparů z uskladněných vzorků chirurgicky resekovaných tkání, jež se právě vyšetřovaly.

Okamžitá nabídka

V diskusi s patology bylo nejobtížnější pochopit anglickou výslovnost latinských názvů, která se příliš nepodobala latině, jak jsem ji tehdy znala. S písemnou angličtinou to nebylo o moc lepší, neboť žádanky o histologii nebyly vyplňovány na psacím stroji jako tehdy u nás a anglický rukopis s klinickými údaji se dal těžko dešifrovat.

Lidé však byli mimořádně přátelští, nic z očekávaného anglického chladu. Ukázali mi několik diagnostických případů, na nichž právě pracovali a které mi naštěstí nedělaly potíže (možná si mne tímto způsobem vyzkoušeli), a pak se mne zeptali, zda bych u nich nechtěla pracovat. Koncem 60. let byly platy lékařů v Anglii mizerné, takže mladí lékaři si hned po promoci udělali ještě ECFMG zkoušku, aby mohli pracovat v USA, a doma je nahrazovali většinou lékaři z Indie a Pákistánu usilující o britskou postgraduální kvalifikaci. V některých oborech – hlavně v patologii a rentgenologii – byl nedostatek lékařů přímo kritický.

Nabídku svých „hostitelů“ jsem odmítla s tím, že jsem do Británie přijela na dovolenou a že moje návštěva u nich byla čistě informativní, ze zájmu. Abych je však neurazila, řekla jsem, že bych k nim ráda přijela na stáž,

pokud by mi to naše úřady a zaměstnavatel dovolily. Nebylo zcela jasné, nakolik by byla uznána moje kvalifikace z ČSSR, a bylo mi proto doporučeno, abych během zbývajících dovolených při návštěvě Londýna získala spolehlivé informace přímo na General Medical Council (GMC), kde musejí být všichni lékaři registrováni, než mohou začít ve Spojeném království pracovat.

Osudový telefonát

Bylo krásné indiánské léto, procházeli jsme se kolem Temže, po Trafalgar Square, navštívili muzea, nesledovali jsme zprávy, prostě jsme se chovali jako turisté. A tak se konečně dostávám k vysvětlení, proč jsem se už nevrátila domů.

Poslední den dovolené jsem si vzpomněla, že bych měla zajít na GMC. Dostala jsem tam dotazník, do něhož jsem měla přesně uvést, kdy a kde jsem pracovala ve funkci HO (*house officer*; v českém prostředí odpovídá lékaři vykonávajícímu „kolečko“), SHO (*senior house officer*; odpovídá mladšímu sekundárnímu), *registrar* (starší sekundář) atd., jaké mám zkušenosti a v čem jsem kompetentní. Zápasila jsem s papíry, protože jsem neznala terminologii, nevěděla jsem, co zkratka SHO a tato pozice znamená, natož bych znala povinnosti s tím spojené, a nebyl tam nikdo, koho bych mohla požádat o vysvětlení.

Najednou se objevila úřednice, zeptala se mne, zdali jsem ta a ta, a sdělila mi, že mám telefon. To se mi zdálo zcela nepochopitelné a řekla jsem jí, že to musí být omyl, neboť mne v Londýně nikdo nezná. Ujistila mne, že hovor je opravdu pro mne – ze Sheffieldu. Jeden z consultantů oddělení, které jsem před několika dny navštívila, totiž toho rána poslouchal zprávy, v nichž bylo oznámeno, že v ČSSR došlo k radikálním změnám. Alexander Dubček musel odejít z vlády, soukromé cesty do západních zemí byly zrušeny a ti, kdo už byli na hranicích, se museli vrátit domů. Jaro 1968 bylo najednou definitivně pryč a želez-

ná opona znovu spuštěna. Sheffieldský primář mi řekl, že podle jeho názoru se mi už asi nepodaří znovu z ČSSR vyjet, pokud se tam vrátím, a chci-li tedy v Anglii zůstat, mohu prý u nich mít místo jako *locum registrar* hned.

Tehdy si lidé věřili

Musím přiznat, že na emigraci jsem nebyla vůbec připravena, neměla jsem s sebou ani diplom, ale náhoda tohoto stupně (protože nikdo nevěděl, kdy nebo jestli vůbec na GMC půjdu) hraničila s pocitem, že nám to prostě bylo souzeno. Můj manžel sice neuměl anglicky vůbec, ale s rozhodováním neměl potíže a bez váhání mi doporučil, abych nabídku přijala. A tak jsem ve stavu úplného úžasu, skoro v transu, místo přijala a dotazník vyplnila naostro, tak jak jsem uměla. Můj kontrakt byl vyřízen telefonicky během několika minut.

To, že s sebou nemám diplom, nevadilo („až ho dostanete, tak nám ho pošlete“), dostala jsem dočasnou registraci u GMC a v pondělí už jsem seděla u mikroskopu ve formalinových výparech. Dnes by se to již stát nemohlo, ale tehdy si lidé ještě věřili. Kromě toho mne mohli kdykoli z mého *locum* postu propustit, kdybych jim byla lhalá. Na britském ministerstvu vnitra nám s manželem udělili pracovní povolení – a o azyl jsme nikdy nepožádali – a po nástupu do práce jsem pro svého zaměstnavatele v Sheffieldu učinila u notáře místopřísežné prohlášení o své kvalifikaci. Tak jsem začala pracovat jako patolog v Anglii.

Existenční starosti i štěstí na přátele

První léta života v emigraci znamenala pro někoho, kdo nic takového neplánoval, nepřetržitou úzkost a nejistotu. Budeme mít dost peněz na nezbytnosti, na to, abychom si opatřili věci na zimu, která toho roku začala brzy? Co když onemocním? Jak dlouho bude trvat, než se můj manžel naučí anglicky natolik, aby se mohl vrátit do svého oboru? Navíc výčitky, že jsem opustila stárnoucí rodiče, že je asi dlouho nebo možná už nikdy neuvidím, že se o ně nebudu moci postarat, že jim nikdy neoplatím, jak se oni starali o mne...

Ke starostem o denní existenci přistoupila nutnost udělat znovu různé zkoušky, které jsem absolvovala již dříve v češtině. Dočasná registrace neměla platit navždy a k tomu, abych získala plnou registraci, jsem musela zopakovat všechny státnice a zkoušku z patologie. Atestace



Fotografie, již měla Milena Lesná v cestovních dokladech v době emigrace. | Foto: archiv MUDr. Mileny Lesné

z patologie mi také nebyla uznána a *primary MRCPATH*, což byl přibližně její ekvivalent, jsem musela dělat ze dvou oborů (kromě histopatologie jsem si vybrala mikrobiologii). V roce 1972 jsem po několika dalších zkouškách získala post *lecturer* a začala přednášet na univerzitě v Newcastle upon Tyne, kde jsem byla v oboru patologie teprve druhou ženou v historii univerzity. Ve všech oborech převažovali a všechny vedoucí posty zastávali muži.

Na kolegy, nové přátele, lidi, kteří mi v Anglii pomohli, jsem měla neuvěřitelné štěstí. Někteří z nich chtěli pomoci českým emigrantům, jichž bylo ve Spojeném království velmi málo, kvůli tomu, že obdivovali československý pokus o *communism with human face*, jini (starší) se styděli za to, jak bylo Československo obětováno v Mnichově, protože Británie tehdy nebyla připravena na válku.

Větší intenzita, ale i více komplikací

Patologie v Anglii zahrnovala kromě histopatologie (kterou nazývali *morbid anatomy*) také hematologii, mikrobiologii, virologii a klinickou biochemii. Bez postgraduálních zkoušek nebylo možné přežít a pokračovat v kariéře. Byly opravdu obtížné a navíc drahé, poplatek za zkoušku se rovnal mému čistému měsíčnímu platu. První postgraduální zkouška (tzv. *primary MRCPATH*) se dělala po 2–3 letech praxe písemně, prakticky a ústně ze dvou oborů. Na první pokus ji udělalo 30–40 % kandidátů. Po dalších nejméně 3 letech práce se kandidáti mohli pokusit o *final MRCPATH*, kde praktická a ústní zkouška trvala dva dny a byla podmíněna úspěšnou písemkou. Členství v Royal College of Pathologists pak patologům

umožňovalo pracovat samostatně a ucházet se o místo jako *consultant*. Plnou registraci jsem získala 5 let po příjezdu do Anglie a na podzim 1977 jsem se stala *consultantem* ve velké nemocnici v Newcastlu. Na každém větším oddělení (klinickém nebo laboratorním) tehdy pracovalo několik *consultantů*, z nichž jeden zastával funkci administrativního vedoucího oddělení, a tento systém funguje ve Velké Británii dodnes (trvalá funkce primáře jako vedoucího oddělení v Británii neexistuje, všichni *consultanti* jsou si rovni a ve výkonu klinické funkce nejsou odpovědní „primáři“).

Většina mladých lékařů v tréninku byli cizinci z Commonwealth, od nichž se očekávalo, že se po zkouškách vrátí s vyšší kvalifikací domů. Měli výhodu, že od začátku studovali z anglických učebnic, skládali zkoušky anglicky a většinou se kvalifikovali pro plnou registraci, což pro Evropany neplatilo. Kromě jednoho rentgenologa a jednoho ortopeda, který se v zájmu kariéry musel přeškolit na anesteziologa, jsem se v Anglii s žádnými novými českými emigranty-lékaři nesešla.

Novým informacím se v Anglii věřilo jen tehdy, pokud přicházely z USA nebo ještě snad z Karolinska Institutet ve Stockholmu, a nikoho nezajímalo, jak jsme provozovali patologii v Československu. Nikoho by ani nenapadlo, že úroveň české patologie by mohla být vyšší než britské. Celkem rychle jsem poznala, že standard běžné chirurgie byl

v Anglii nižší než v ČSSR a množství pooperačních komplikací vyšší, ale pracovalo se mnohem víc a intenzivněji. Mladí lékaři v UK mohli získat praktické zkušenosti v klinických oborech velmi rychle, protože byli v nemocnicích ve dne v noci, často více než 100 hodin týdně.

Rozdílný étos

V patologii byl jedním z hlavních rozdílů přístup k pitvě. Na Univerzitě Palackého vládí étos, že příležitosti k pitvě je nutno z etických i jiných důvodů maximálně využít. Získávala se nepostradatelná a spolehlivá data, která přetrvávala v archívni formě a byla využitelná v budoucím výzkumu někdy i desítky let poté. Tím, že v ČSSR vedla téměř všechna úmrtí v nemocnici k pitvě, ať byla klinická diagnóza jakkoli jistá, a patolog měl možnost nebo přímo povinnost studovat vzorky různých tkání bez jakéhokoli omezení, se kromě konečné diagnózy získalo obrovské množství informací. Čeští patologové v tréninku se stali kompetentními během několika málo let.

V Británii se pitvy konaly převážně v situacích, kdy došlo k náhlému úmrtí. Takovou pitvu nařizuje *coroner*, obvykle právník, který v podstatě potřebuje od patologa informaci, zda je příčina smrti přirozená a co k ní vedlo, ale další klinické údaje o ostatních nemocech nebo výsledcích léčby se ho netýkají. Za každý histologický blok musí navíc *coroner* nemocnici zaplatit a bez jeho povolení patolog nemůže histologicky vy-

šetřovat nic, ať by to bylo jakkoli klinicky důležité nebo užitečné. Někteří patologové se místo úsilí přesvědčovat *coronera* o nezbytnosti histologie rozhodli spoléhat čistě na makroskopickou diagnózu, postupem času si vypracovali metodu ustálených a přijatelných diagnóz a histologicky nevyšetřovali nic. Přitom je známo, že ani ten nejzkušenější patolog si bez mikroskopického vyšetření nemůže být zcela jist, jakou nemocí pacient opravdu trpěl, např. že šlo o bronchopneumonii, což je jedna z nejčastějších příčin smrti u starých lidí.

Nenávratná ztráta pro budoucnost

Tzv. nemocničních pitev bylo v Anglii velmi málo, a tak se toho mladí patologové v tréninku ve srovnání se mnou nemohli v pitevně mnoho naučit. A jelikož měli relativně malou možnost odebírat vzorky na histologii, nemohli získat zkušenosti v patologii orgánů, které v biotickém materiálu běžně neuvidí. Počet pitev, jež provedou během celého 5letého postgraduálního studia, je menší, než jsem průměrně udělala během jednoho roku jako asistentka v Olomouci. Je smutné, že mnozí ani nepovažují za nutné uchovat jako důkaz vzorek tkáně, která potvrzuje příčinu smrti nebo například dokazuje, jakým nádorem pacient trpěl. Přitom si stále častěji uvědomujeme, jak nenahraditelná ztráta pro budoucí generace tímto způsobem vzniká, nejen co se týká spolehlivých epidemiologických

informací, ale také genetických dat. Časem vlastně ani nebudeme vědět, proč někteří lidé navzdory léčbě zemřeli.

Po událostech v dětské nemocnici v Alder Hey v Liverpoolu v roce 2001 se přidala ještě další omezení, například že povolení k odběru vzorků na histologii po náhlém úmrtí za účelem diagnózy, výuky anebo výzkumu musel patolog získat také od příbuzných zemřelého, i když by teoreticky mohlo jít o situaci, kdy smrt nenastala z přirozené příčiny. Příbuzní mají v současnosti rovněž právo trvat na tom, že po skončeném histologickém vyšetřování budou sklíčka s histologickým barvením a zbytek fixovaného materiálu pohřbeny nebo vráceny do těla zemřelého před kremačí. A tak i výsledky nových technologií (mikroskopické řezy s barvením používajícím drahé imunologické metody) jsou pohřbeny, spáleny a pro budoucí výzkum nenávratně ztraceny.

Začínat není snadné

Současná generace mladých patologů v Anglii se stále méně zabývá nekropsiemi. I během příprav na postgraduální zkoušky, na které mají mimochodem vyhrazený a zaplacený čas, vidí většinou *virtual reality* a soubory případů vypracovaných někým jiným v počítači. Mohou si vybrat, v jaké části biotické nebo cytologické patologie se budou specializovat, nemusí vůbec ovládat morfologickou pitevní diagnostiku a mohou ji přenechat operátorům MRI přístrojů, kteří nevidí skutečnou patologii, ale pouze její obraz

a v mnoha situacích nemají ani teoretickou šanci tímto způsobem zjistit opravdovou příčinu smrti. Tento přístup je pro mne jako patologa s desítkami let zkušeností velkým zklamáním, ale stále ještě věřím, že na mé *alma mater* k tomu nedojde.

Po sametové revoluci jsem znovu začala navštěvovat sjezdy českých a slovenských patologů, kteří jsou často přetížení, zápasí s finančními problémy, přebujelými administrativními povinnostmi a počínajícím nedostatkem dobře vyškolených specialistů. V dnešní době je poměrně lehké získat zaměstnání v EU, a kdyby to nevyšlo, mohou se vrátit bez následků domů. Začínat znovu v cizině není vůbec snadné. Všechno je jiné a po mnoha letech je i velmi úspěšný cizinec stále cizinec, kterému lidé velmi často závidí, čeho dosáhl. U mužů je tento problém asi horší.

Daleko nejlepší je to, co bych bývala chtěla v roce 1969 – mít možnost krátkodobé stáže na vybraném pracovišti v cizině, kde se každý naučí něco nového, může navázat spolupráci, získat osobní kontakty s experty na budoucí konzultace, které se dnes už mohou konat elektronicky, na dálku, a vrátit se s nově nabytými znalostmi a sebevědomím do svého normálního prostředí. Můj vlastní případ je důkazem, že čeští patologové jsou přinejmenším tak dobří jako angličtí, kteří sice často vtípkují, že by se v češtině asi daleko nedostali, ale sebevědomí jim nechybí.

MUDr. Milena Lesná

Inzerce A111014910



U NÁS NAJDETE VŠE POD JEDNOU STŘECHOU PRO VAŠE KONGRESY, KONFERENCE, SLAVNOSTNÍ RECEPCE, VALNÉ HROMADY, OBCHODNÍ JEDNÁNÍ A FIREMNÍ AKCE.



ZÁLEŽÍ NÁM NA VAŠEM ÚSPĚCHU

- konferenční prostory s celkovou kapacitou 5 000 míst
- luxusní ubytování v 930 pokojích různých kategorií
- 5 restaurací s mezinárodní i českou kuchyní, bary, letní terasa
- wellness, bazén, posilovna, tenis, bowling, beauty studio, thajské masáže...
- rozlehlá Japonská zahrada – letní párty až pro 1000 osob



TOP HOTEL
PRAHA
& CONGRESS CENTRE

**TOP HOTEL PRAHA
& CONGRESS CENTRE**
Blažimská 1781/4, 149 00 Praha 4
Tel.: +420 267 284 477
Fax: +420 222 990 850
E-mail: sales@tophotel.cz

Valí se na nás tsunami – dětská obezita

Obezita a přidružené metabolické poruchy ohrožují zdraví dětí v celé Evropě.

V současnosti žijí v Evropské unii 3 miliony obézních dětí, každý rok navíc přibude 400 tisíc nových případů. Obezita, která způsobuje řadu metabolických poruch, jen v EU zapříčiňuje u více než 20 tisíc dětí diabetus 2. typu. Více než milion dětí trpí kardiovaskulárními poruchami včetně vysokého cholesterolu i krevního tlaku. „Problém dětské obezity je čerstvý, zatím nevíme, co tento trend provede s populačním vývojem. Už nyní je jasné, že dětská obezita zkracuje dětství, urychluje nástup puberty, je spojena s hormonálními změnami a zároveň způsobuje zpomalení růstu,“ upozorňuje pediátr a dětský obezitolog MUDr. Zlatko Marinov z Dětské polikliniky FN Motol v Praze.

Každé páté dítě

I když se Česko v počtu obézních dětí pohybuje v celosvětovém měřítku v nejnižší třetině, celkový stav dětské populace není v tomto ohledu lichotivý. MUDr. Marinov přirovnává růst obézních dětí k vlně tsunami, práh obezity pře-



MUDr. Zlatko Marinov

kročilo každé páté dítě. „U nás jde o 7 procent. Kromě genetické zátěže, kterou na obranu nesprávného životního stylu argumentují rodiče a která činí asi 50 procent, se na stále rostoucí počet obézních dětí podílí nelepšící se stravovací návyky. Navíc se dětem snižuje fyzická zdatnost,“ říká dětská obezitoložka MUDr. Jitka Kytarová

z Kliniky dětského a dorostového lékařství 1. LF UK a VFN v Praze. Hranici obezity děti často překračují už v předškolním věku. „Možnosti léčby jsou velmi limitované, založené na celodenní terapii. Léčba obezity i komplikací, které obezitu provázejí, je navíc finančně velmi náročná,“ dodává Zlatko Marinov.

Zlomovým obdobím pro rozvoj obezity u dětí bývá nástup do školy. Mění se postoj ke stravování, děti hospodají s vlastními penězi a víc na ně působí reklama na sladkosti ke svačině. Dalším rizikovým obdobím je počátek puberty a ukončení růstu. Ke zlepšení nepřispívá ani psychologický blok vůči obezitě. Ve společnosti navíc stále přetrvává diskriminace vůči obézním, tzv. *anti-fat* rasismus, kdy je psychologický tlak na tyto lidi opět následován zdravotními problémy.

Rodiče, sledujte grafy

Pokud je dítě praktickým lékařem doporučeno k léčbě ve specializovaném obezitologickém centru, zjišťují lékaři, zda obezitu nezpůsobilo endokrinní onemocnění. „Že by obezitu zapříčinila porucha funkce štítné žlázy či nadměrná funkce kůry nadledvin, je poměrně vzácné, jde přibližně o dvě procenta případů,“ říká MUDr. Kytarová. Větší podíl na stavu obézního dítěte nese rodina. Jednak předanou genetikou výbavou, ale hlavně nesprávným životním stylem. Sami rodiče těchto dětí bývají v 80 procentech také obézní, navíc jim často chybí informace, díky nimž by se mohli podílet na odhalení prvotních příznaků dětské nadváhy. K tomu slouží například tzv. percentilové růstové grafy, které na základě sledování výšky a hmot-

nosti dítěte pomohou odhalit jakoukoli odchylku v rychlosti růstu. Ta může být prvním a někdy jediným signálem nejen nastupující obezity, ale také dalších závažných onemocnění. „Děti nemají vůli samy si hlídat BMI. Navíc kvůli neustálým změnám poměru výšky a váhy během růstu se u dětí nedá BMI považovat za vypovídající, pro každý věk jsou stanovena jiná měřítka,“ uvádí MUDr. Marinov.

Neproplacený dril

Pediatrička a předsedkyně Odborné společnosti praktických dětských lékařů ČLS JEP MUDr. Hana Cabrnová upozorňuje na aktivitu praktických lékařů, kteří se připravují ke spolupráci na projektech eliminace obezity. „Je hlavně o pravidelné kontroly dítěte, vytvoření drilu, který by donutil celou rodinu ke spolupráci. Součástí školení praktiků jsou jednoduché terapeutické postupy typu pití čisté, neslazené vody. Zatím ale neexistují modely hrazení takových postupů, jako je například dispenzarizace, a tudíž mezi lékaři není přílišná motivace je provádět,“ říká Hana Cabrnová. Přes znepokojivé údaje i vize Světové zdravotnické organizace (WHO) spolu s EU očekává, že se vzestup prevalence obezity podaří v blízké budoucnosti zvrátit. Společně stanovili klíčovými bodem zvratu rok 2015.

Petra Klusáková

Byl nalezen kauzální gen podmiňující Kufsovu chorobu

Obezita a přidružené metabolické poruchy ohrožují zdraví dětí v celé Evropě.

Kufsova (Hallervordenova) choroba je dědičně podmíněná neurodegenerativní onemocnění, jež patří do širší skupiny závažných onemocnění mozku. Bylo pojmenováno podle německého neuropatologa Hugo Kufse, který ji poprvé popsal v roce 1925. Jedná se o adultní formu ceroidlipofuscinózy – dědičnou poruchu lipidového metabolismu začínající většinou až v dospělosti (po 20. roce života) u předtím zcela zdravých jedinců. Je způsobena vytvářením a postupným strádáním proteino-lipidových struktur v neuronech mozku, což má za následek jejich postupnou destrukci a ztrátu funkce. Projevuje se progresivními křečemi, parálzou, ataxií a demencí.

Klíčem je kódování proteinu CSPalfa

Na rozdíl od ostatních neuronálních lipofuscinóz, které jsou dědičně autozomálně recesivně (tj. pravděpodobnost onemocnění u každého dalšího sourozence postiženého jedince je 25 %) a projevují se zejména v novorozeneckém či dětském věku fatálním průběhem, je Kufsova choroba dědičně autozomálně dominantně (tj. pravděpodobnost onemocnění u každého dalšího potomka postiženého jedince je 50 %). Mechanismus dědičnosti a pozdní nástup prvních klinických příznaků onemocnění tak vede k situaci, kdy se neurologické postižení postupně vyskytuje u řady pří-

buzných z dané rodiny. Až dosud však neexistovala žádná klinická ani biochemická metoda, která by umožnila diagnostikovat Kufsovu chorobu před nástupem klinických obtíží.

Na konci září letošního roku oznámil Ing. Stanislav Kmoč, CSc., z Ústavu dědičných metabolických poruch 1. LF UK a VFN, že jeho výzkumný tým objevil v několika rodinách s Kufsovou chorobou mutace v genu *DNAJC5*, který kóduje protein CSPalfa (*cystein-string protein alpha*). Další výzkum prokázal, že nalezené mutace porušují správnou strukturu proteinu, vedou k nevratné interakci mutovaného proteinu s normálním CSPalfa a k degradaci nenor-



Ing. Stanislav Kmoč prezentuje výsledky výzkumu svého týmu.

Foto: Leoš Chodura

málního proteinového agregátu. Ztráta funkce CSPalfa tak postupně vede k poruše přenosu chemických signálů v mozku, špatnému prostorovému uspořádání řady dalších proteinů a následnému vytváření a strádání charakteristického ceroidlipofuscinu v neuronech a vzniku klinických

příznaků onemocnění (epilepsie, postižení kognitivních funkcí, poruchy chování a postupné progresivní neurologické postižení). Výsledky studie, která trvala více než tři roky, byly publikovány v posledním čísle časopisu *The American Journal of Human Genetics*.

(Jass)

Postavení fosfolipidů v paliativní péči o onkologického pacienta

Před více než deseti lety zahájili čeští vědci výzkum ether-fosfolipidů, které zasahují do regulace buněčné proliferace na úrovni proteinkinázy C, a mohou tedy inhibovat nádorový růst. Ačkoli tyto účinky byly jednoznačně prokázány v laboratorních podmínkách, klinické využití se stále ještě hledá.

Svě pozornosti se fosfolipidy, vyráběné pod značkou Ovosan, těší hlavně v paliativní péči o onkologické pacienty. Na to, jaké zkušenosti s tímto preparátem mají u svých pacientů, jsme se zeptali **MUDr. Josefa Mališe** z Kliniky dětské hematologie a onkologie 2. LF UK a FN Motol a praktické lékařky pro dospělé **MUDr. Marie Kordíkové** z Prahy-Stodůlek.

Fosfolipidům chybí randomizovaná studie, proto je Ovosan v lékárnách klasifikován jako volně prodejný doplněk stravy. Jak probíhá komunikace mezi pacientem a lékařem? Který z lékařů přichází s pacientem užívajícím tento přípravek více do kontaktu?

JM: Základní informaci o přípravku si pacienti zjišťují spíše sami, protože existuje volná pacientská linka a jsou k dispozici ovosanové stránky, kde se lze dozvědět více a zapojit se třeba i do internetové diskuse. Lékaři většinou pacientům v jeho užívání nebrání, pokud pramení z jejich svobodného rozhodnutí. Blíží k tomu má podle mého názoru onkolog.

MK: Nemocní se na něj ptají sami. Myslím si, že s těmito pacienty přichází do kontaktu praktický lékař i onkolog. Onkologa se ovšem někdy zeptat ostýchají, k praktickému lékaři mají větší důvěru, probíhá tam komunikace i s jeho rodinou. Pokud se jedná o pacienty v produktivním věku, chodí si k praktikovi pro neschopenky, vzniká tam tedy větší prostor pro diskusi o preparátu.

Jaké místo přípravku zaujímá v onkologické léčbě? Jaké konkrétní zkušenosti s ním máte?

JM: Protinádorový efekt se v dosavadní klinické praxi neprokázal, nemocný by proto k přípravku neměl přistupovat s očekáváním tohoto účinku. Vedle dětské onkologie jsem pracoval také v hospici, kde jsem měl možnost pozorovat, že pacientům Ovosan jako podpůrný preparát pomáhá. Neumím sice vysvětlit, jakým způsobem, ale rozhodně se jim dařilo



Ilustrace foto: Shutterstock

lépe. Lépe snášeli chemoterapii, nepotřebovali tolik antiemetik, dříve se vrátili k normálnímu přijímání potravy, subjektivně se cítili lépe.

MK: Když se pacienti dostanou do stadia, kdy potřebují pomoci, protože je čeká chemoterapie, preparát v průběhu léčby trochu pomůže. Můj dojem je takový, že pacienti méně vnímají bolesti, cítí se lépe.

Nejvíce se zatím zkoumal potenciál fosfolipidů u nádorů prsu, protože patří mezi nejčastější nádorová onemocnění. U kterých nádorů máte s přípravkem pozitivní zkušenosti, jsou na obzoru další studie?

JM: Běží studie, ale skladba pacientů, jimž se podává, je velmi pestrá – karcinomy pankreatu, karcinomy mammy, karcinomy žlučníku a další. Nejedná se samozřejmě o randomizovanou studii. Přípravku se však nová studie u nádorů, kde prognóza není příliš dobrá, a uvažujeme o studii u pacientů s glioblastomem. Několik takových jsme již měli v těch smíšených studiích, rozhodně je ovšem zapotřebí dvojité zaslepená randomizovaná studie. Glioblastom je totiž nádor, který se nepodaří vyléčit, pokud není chirurgicky odstraněn. Navíc těm

léčba, která by dokázala nemocného vyléčit. Proč ale pacientovi nedoporučit či neschválit prostředek, po němž se cítí lépe?

MK: Uplatní se spíše v pokročilejších stadiích, kdy pacienti dostávají chemoterapii. Co se týče počátků nádorového onemocnění, tam si nejsme jistá, zda by jeho podávání mělo žádaný benefit.

Má nějaké vedlejší účinky?

JM: Nejsou pozorovány. Dyskomfortem pro pacienty je, že se přípravek užívá ve větším množství a ty kapsle jsou veliké, proto u lidí, kteří mají potíže s polykáním nebo mají podrážděný žaludek, může být užívání problematické.

MK: Vedlejší účinky zatím nikdo nepopisoval, ale setkala jsem se s tím, že byl problém s perorální formou. Pacientům, kteří nemohou polykat, se tento preparát nedá jinak aplikovat.

Jaké dávkovací schéma je pro pacienty vhodnější – užívat stejnou dávkou kontinuálně, nebo začít většími dávkami a pak je snižovat?

JM: Během jednoho týdne se dosáhne cílové dávky a s touto dávkou jde pacient pořád dál. Otázkou je, zda by pulzy nebyly lepší,

ale nejsou k tomu zatím jasné výsledky.

MK: Záleží to případ od případu. Samozřejmě je doporučováno kontinuální podávání během chemoterapie nebo po operaci a v době před chemoterapií. Je možné v tomto období užívat i dávky vyšší.

Hovoříme zde o preparátu, který je zatím jediný svého druhu. Znáte některé další možnosti podpůrné a doplňkové léčby, která by byla založená na jiných principech?

JM: Do podpůrné léčby patří přípravky, které se podávají v průběhu chemoterapie, zejména antiemetika. Před érou setronů bylo pro pacienty obrovským problémem zvracení. Podpůrné jsou také preparáty, které dokáží pomoci nemocným v době rekonvalescence, tedy přípravky na obnovu krve tvorby, analgetika a důležitou roli hraje i výživa. Nic podobného z kategorie fosfolipidů neexistuje.

MK: U svých pacientů jsem se setkala například s užíváním žraločích chrupavek. Nevím, na jakém principu přípravek fungoval, ale ze zkušenosti vím, že to podpořilo spíše pacientovu psychiku. Totéž platilo i v případě oxygenoterapie, která také pacientce s metastázami jinak nepomohla. Podobné zkušenosti jsou i u podávání výtažků ze jmelí či konopí.

MUDr. Martina Pumřlová

Erlotinib registrován pro 1. linii léčby NSCLC

Evropská léková komise schválila užití erlotinibu (Tarceva) v Evropské unii pro léčbu pacientů s geneticky odlišným typem karcinomu plic.

Její rozhodnutí umožní používat erlotinib v 1. linii léčby nemocných s lokálně pokročilým nebo metastatickým nemalobuněčným karcinomem plic (NSCLC) s aktivujícími mutacemi receptoru pro epidermální růstový faktor (EGFR). Z výsledků studie EURTAC, jež srovnávala účinky Tarcevy s chemoterapií, vyplynulo, že léčba tímto přípravkem více než trojnásobně zvyšuje počet nemocných, u nichž dochází ke zmenšování nádoru, er-

lotinib navíc ve srovnání s chemoterapií téměř zdvojnásobuje čas bez progresu choroby u pacientů s NSCLC a EGFR.

V současnosti je v České republice i EU přípravek schválen pro udržovací léčbu nemocných s NSCLC, u kterých došlo ke stabilizaci onemocnění po 4 cyklech chemoterapie v 1. linii léčby, a dále pro léčbu pacientů s NSCLC, u nichž chemoterapie selhala.

(akt)

Výsledky z registrů pomáhají pacientům, lékařům i plátcům péče – a stále „zrají“

Klinické registry si za deset let existence v České republice získaly v onkologické obci respekt a sotva si už bez nich lze představit zodpovědné podání nákladné, tzv. biologické léčby.

krok, navíc pojišťovny jej velmi přivítaly, protože mají vše pod kontrolou.

Registry se osvědčily jako důležitý podpůrný nástroj pro evidenci léčby prodlužující život pacientům s maligními nádory. Shromažďují se v nich výsledky této léčby včetně její retrospektivní složky – sledování průběhu terapie, její bezpečnosti, příčin předčasného ukončení apod. Přispívají k tomu, čemu se dnes říká personalizovaná medicína. Dlouhodobě vede registry této nákladné léčby (dnes už u více než deseti preparátů) Česká onkologická společnost ČLS JEP (ČOS) ve spolupráci s Institutem biostatistiky a analýz MU (IBA), Masarykovým onkologickým ústavem (MOÚ) a komplexními onkologickými centry (KOC). Výsledky jsou pravidelně dvakrát ročně (na jaře a na podzim) zveřejněny na Fóru onkologů. Jako první vznikl herceptinový registr v roce 2001.

Po deseti letech už lze bilancovat, co se podařilo a v čem případně zůstávají rezervy. O významu uvedené databáze, založené na sběru dat z klinické praxe, jsme hovořili s přednostou Kliniky komplexní onkologické péče MOÚ **prof. MUDr. Rostislavem Vyzulou, CSc.**, který stojí v čele Rady registrů.

Náš Národní onkologický registr (NOR) je nepochybně ojedinělý i ve světovém měřítku, funguje již od roku 1976. Jsou i klinické registry pro biologickou léčbu v onkologii takovým unikátem, nebo existují i jinde ve světě?

Částečně někde existují, ale pouze na určitý preparát. Takovéto observační studie mají například v Kanadě, Anglii nebo ve Francii. Ale neznám žádnou jinou zemi, kde by to probíhalo v takovém rozsahu, jako je tomu u nás. V této podobě tedy zatím nikde nejsou a je to naprostý unikát. Vznikl vlastně i proto, že jsme původně chtěli znát svoje vlastní výsledky – jak efektivně léčíme v českých poměrech české pacienty.

Podle zásad personalizované medicíny lze ale zpravidla u jedné diagnózy použít v biologické léčbě více preparátů. Zpřesňují se poznatky i v tomto směru?

Původně se i u nás jednalo o registr na preparát – začali jsme trastu-



Foto: Jaroslava Šaoková

zumabem. Vzhledem k tomu, že však neplatí pravidlo „jedna diagnóza – jeden lék“, jsme se snažili postupně vytvářet orgánově specifické registry. Podařilo se nám to pro kolorektální karcinom, karcinomy prsu, ledvin a plic. To je vlastně novinka z letošního léta.

Říkáte, že registry jsou „úžasným nástrojem“, umí je ale všichni správně interpretovat a aplikovat? Existuje například nějaká vypracovaná metodika pro to, aby byly využívány tak, jak by měly?

Ano, existuje. Vydali jsme pravidla pro žádosti o analýzu klinických registrů a pravidla pro publikaci z těchto registrů. Ta jsou uvedena na oficiálních webových stránkách ČOS (www.linkos.cz). Veškerá data samozřejmě prezentujeme na Fóru onkologů, jsou ovšem i žádosti individuální a ty mohou být různého charakteru. Především se může jednat o odborný zájem některého z onkologů – přijde například s myšlenkou, že by mohl zjistit, jaká je účinnost Tarcevy u karcinomu plic, a chtěl by sledovat závislost účinnosti na podání linie, věku nebo histologii nádoru. A my jsme moc šťastní, když někdo takový přijde a má zájem. Já to neustále nabízím a už se i někteří chytají... protože je to skutečně pokladnice informací.

Proces je takový, že adept výzkumu podle pravidel, která jsou daná, požádá o potřebné informace vedoucí KOC. Nestalo se ještě, že by to bylo zamítnuto. Poté si svou myšlenku zpracuje a publikuje ji. Nedávno měl velmi pěkný článek o renálním karcinomu doktor Tomáš Büchler z Fakultní Thomayerovy nemocnice – dokonce už byl publikován v zahraniční literatuře.

Kolik záznamů k dnešnímu dni tyto registry zhruba obsahují?

To se teprve zpracovává, protože Fórum onkologů se bude konat 4. listopadu. Na tom posledním, které proběhlo v květnu, jsme měli kolem 14 tisíc záznamů. Podrobnosti o jednotlivých preparátech lze nalézt na webu www.registry.cz.

Nákladná léčba biologickými preparáty primárně prodlužuje přežití – výjimkou je pouze zmíněný trastuzumab (Herceptin), používaný v adjuvanci, který je i kurativní. Je tedy jasné, že adepty této léčby musí být vybíráni velmi pečlivě, aby nebyla nadužívána a měla smysl. Jaké nástroje jsou k tomu používány, když jen u části existuje biochemický prediktor? Je to klinický profil pacienta?

Těch faktorů je skutečně řada a to, zda biologická léčba bude, či ne-

bude podána, je komplexní záležitost. Není vůbec jednoduché říci například, že každý pacient s kolorektálním karcinomem dostane bevacizumab nebo cetuximab. Existuje takzvaná modrá kniha neboli „Zásady cytostatické léčby maligních onkologických onemocnění“, jež vychází dvakrát do roka a jde vlastně o oficiální standardy léčby maligních onemocnění ČOS. Je dostupná i v elektronické podobě a nyní máme už 13. vydání. Tam jsou všechny nejčerstvější informace, zahrnující i biologickou léčbu.

U každého preparátu je to trochu jinak – buď máme nějaký molekulární prediktor, který značí, že odpověď na lék bude příznivější, než kdyby nebyl; to jsou různé mutace genů s extrémním výskytem jeho receptorů. Anebo prediktor nemáme. V takovém případě rozhoduje rozsah onemocnění u pacienta, jeho klinický stav nebo zda má nějaké komorbidity, jež by byly kontraindikovány, protože tyto léky mají bohužel také svoje vedlejší účinky. Je to tedy poměrně složitý proces, a než jsme si na něj zvykli, zpočátku jsme u nás na klinice každého adepta na biologickou léčbu referovali před celým fórem onkologů. Dnes už tuto léčbu dostávají stovky pacientů, takže tento proces probíhá jen v některých sporných případech.

Poté, když je pacient již vložen do registru, víme, jestli mu léčba nebyla podána neadekvátně – například v přítomnosti vedlejších účinků nebo s chemoterapií, která není doporučovaná.

Pak je ale správné, že je tato léčba vyhrazena jen pro KOC, kde jsou zkušenosti s jejím podáváním.

V současné době se domníváme, že to je to nejlepší, co jsme mohli v Česku udělat, protože ve světě tomu tak běžně není. Při rozhodování jsme si uvědomili, že žádná léčba není bez vedlejších účinků. Pro to, abychom si ji „osahali“, je třeba mít k dispozici erudovaný personál a veškeré zázemí pro případnou záchranu života po jejím podání. Některé léky z této oblasti mají velmi těžké alergické reakce, po kterých jsou ve světě popsána i úmrtí. Takže jde o správný

Registry rovněž poskytují prediktivní populační odhady, které jsou jistě důležité i pro pojistné plány plátců zdravotní péče. Využívají je?

To ano, ale není to odvozeno jen z klinických registrů. Vše propočítává docent Ladislav Dušek v IBA. Je to poměrně komplikované, data bere z NOR, používá databázi zemřelých a epidemiologická data z demografických průzkumů, z nichž je možné například odhadnout, kolik lidí onemocní určitým druhem karcinomu.

Ve chvíli, kdy má toto uspořádané, dokáže – společně s kvalifikovaným odhadem dalších odborníků – vypočítat předpokládaný výskyt malignit až na stadia onemocnění (I-IV), a tedy i to, kolik pacientů by eventuálně bylo v příštím roce léčeno daným preparátem pro danou diagnózu. Plátců péče tak samozřejmě získají objektivní informace o tom, kolik pacientů by mohlo být léčeno, kolik jich skutečně léčeno je nebo jaká je efektivita té které konkrétní léčby.

Proč právě zde vznikají neustálé kontroverze mezi poskytovateli a plátců péče?

Ano, máme zde občas určité diskrépance, protože nechceme, aby naši pacienti byli podléčeni a léčba jim nebyla umožněna jen proto, že se to zrovna ekonomicky nehodí. Například u renálního karcinomu nebo karcinomu plic nemáme vůbec žádné problémy s podléčeností – zjišťujeme, že predikce, které se vypočítávají v září, v dalším roce opravdu sedí. Ale u některých preparátů, například pro kolorektální karcinom, máme 60% proléčenost, u trastuzumabu v adjuvanci karcinomu prsu 50% proléčenost – přitom pouze v tomto jediném případě se jedná o lék kurativní. Zatím se dostal nejdále, patrně také proto, že se objevil jako první... Příčin tohoto stavu je ale několik a nejde jen o státní regulace. Někteří lékaři například neposílají své pacienty do KOC, jimí zase nevěří v účinnost léčby a pacientovi ji nenabídnou...

Rezervy jsou tedy i v lékařské obci?

Asi ano. Spádový lékař může mít výhrady, že u něj se léčba nasazovat nemůže a v centru ano. Jindy se zase stává, že léčbu pacientovi nabídne a on ji sám odmítne, protože nechce dojíždět do vzdálené lokality. Rezervy jsou tedy i v edukaci.

A jak do tohoto procesu vstupují regulační mechanismy pojišťovny?

Uvedené léky spadají do specifické oblasti smluvních vztahů mezi pojišťovnou a zdravotnickým zařízením, a pokud zdravotnické zařízení nemá úhradový dodatek na tuto biologickou „centrovou“ léčbu, tak ji podat nemůže. Dotsud – tedy do poloviny září – nemá řada KOC tento úhradový dodatek podepsaný na tento rok... Jako lékaři se tak dostáváme do absurdní situace – je-li totiž lék registrovaný v Evropě a je-li mu stanovena úhrada od SÚKL, pak je lékař ze zákona povinen nabídnout jej pacientovi, pokud ten je k tomu indikovaný. Ale on ho teď nabídnout nemůže, protože jeho zdravotnické zařízení nemá úhradový dodatek...

Druhou absurditou je, že v letošním roce nám byl na cílenou bio-

logickou léčbu přidělen paušál, jehož výše je odvozena od nákladů z roku 2010. Znamená to, že když zdravotnické zařízení v loňském roce vynaložilo například 300 milionů za tuto léčbu, na tento rok dostane zase 300 milionů. Ale co když ty peníze v říjnu dojdou? Těch 300 milionů je samozřejmě rozpočítáno na léky, které byly k dispozici v loňském roce. Je ale třeba zvážit i to, že každým rokem přibývají nové léky v nových indikacích nebo „staré“ léky pro nové indikace a narůstají také počty pacientů. Takže pokud například v daném roce dojde ke zprocentnímu nárůstu pacientů, pak těchto 20 procent léčbu zkrátka nedostane. Navíc úhradový dodatek už dnes zakazuje jakoukoli dohodu s pojišťovnou – v případě překročení limitu tedy nelze požádat o nějaké doplacení...

Lékaři ale přece nevytvářejí cenu daného léku a nemůžou za to, že je drahý. Jestliže si ho společnost nemůže dovolit, tak ať ho prostě nepovolí, SÚKL mu nevytvorí úhradu a není o čem diskutovat. V tomto pojetí to celé trochu připomíná selektování pacientů z dob minulých, na které bychom rádi zapomněli...

Registry jsou sponzorovány farmaceutickými společnostmi a dnes je to jediný validní zdroj informací tohoto typu. Neobáváte se, že firmy v budoucnu omezí jejich financování a stát už jejich chod nepodpoří?

To je možné, protože stát nechce v současnosti hradit ani náklady za NOR – v tomto roce například zatím nedostal ani korunu... Přitom takovéto databáze státu peníze neodvádějí, ale naopak šetří. Pokud fungují zmíněné registry, můžeme ohlídat, aby léku nebylo zneužíváno a byl nasazován efektivně.

Farmaceutické firmy zatím klinické registry podporují formou sponzorského daru a pochopitelně je možné, že od toho odstoupí a my pak ztratíme informace, které pro nás dnes mají bez nadsázky cenu zlata. Přitom se nejedná o desítky milionů, do této aktivity se vkládají jednotky milionů a je to také spojeno s nadšením onkologické obce, která na tom rozhodně nevydělává. Jde především o pokrytí nákladů spojených s analýzou IBA a zadáváním dat do klinického registru.

Na druhé straně VZP v současné době při zavedení inovativní-

ho prostředku od farmaceutické společnosti požaduje regionální data – například po jeho ročním užívání. Tím je vlastně firma tlačena k vytvoření takového registru účinnosti vlastního preparátu. Ale myslím, že by asi bylo dobré, kdyby se toto do budoucna nějak systémově ošetřilo – například vyhláškou, která by ukládala za povinnost vést záznam pacienta v klinickém registru. Pokud nebude, zdravotnickému zařízení se tento výkon neproplatí. Obecně lze říci, že tyto databáze jsou reprezentativním zdrojem informací a dnes už pokrývají 90–95 % všech takto léčených pacientů. Pokud by došlo ke zmíněné úpravě, byli by tam všichni.

Na závěr se vraťme k podstatě účinnosti biologické léčby ve vztahu k mediánu přežití. Jaké zkušenosti přineslo první desetiletí s touto inovativní léčbou a co lze očekávat do budoucna? Samozřejmě jsme zaznamenali i neúspěchy – týká se to například karcinomu plic a slinivky. Ale vývoj pokračuje a právě u ca plic jsme v poslední době došli k zajímavým zjištěním. Ve studii se podával lék všem pacientům s ca plic

s určitou histologií a zjistilo se, že oproti klasické standardní léčbě vlastně nemá žádnou výhodu. To však trvalo pouze první dva roky, pak se přišlo na to, že někteří pacienti mají určité genetické změny, a pokud dostávají biologickou terapii, mají o 50 procent lepší výsledky. Získali jsme tak další biologický prediktor a specifikaci pro cílenější léčbu.

Na druhé straně – u kolorektálního karcinomu dosahují naši pacienti při léčbě bevacizumabem mediánu přežití o 6 měsíců delšího než pacienti v registrační studii, což dohromady představuje prodloužení celkového přežití na 30 měsíců. V tomto případě se jedná o medián, ale máme i pacienty, kteří na takové terapii žijí roky a s dobrou kvalitou života. Za několik let budou jistě známy další predikátory. Pomůže nám v tom pokračující výzkum v oblasti molekulární biologie a možná i nanotechnologie. Uvědomme si, že cílenou léčbu zde máme deset let – to je příliš krátká doba na celkové hodnocení a výsledky dalšího výzkumu jistě povedou k upřesnění vhodných indikací.

Jaroslava Sládková

Inzerce A111015910



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

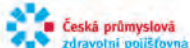
hlavní partneři



izip

ELEKTRONICKÁ
ZDRAVOTNÍ KNÍŽKA

Portál ZP



INTERSYSTEMS

PHAR SERVICE

sponzor hlavní ceny



Vítězná nemocnice obdrží od společnosti LINE T hi-tech intenzivní nemocniční lůžko a vzdělávání zdravotnického personálu v celkové hodnotě 300 tisíc Kč.

finanční partner



sponzor projektu
Pracujeme pro zdravější svět

marketingoví partneři



sponzor



odborní partneři



partneři

hlavní mediální partner



hlavní odborný partner



realizační partneři



mediální partneři



organizátor



podporujeme



hlavní realizační partner



realizační partneři



mediální partneři



organizátor

Kontroverzní otázky kolem léčby deprese – účinnost antidepresiv, antidepresiva a sebevražednost

Antidepresiva představují velkou skupinu psychofarmak, která u nemocných odstraňuje patologicky pokleslou depresivní náladu nebo úzkostné potíže. Podstata účinku prakticky všech antidepresiv spočívá ve zlepšení neurotransmise monoaminů (serotoninu, noradrenalinu, dopaminu) v CNS, která je u deprese a úzkostných poruch narušena. Cílem farmakoterapie deprese je tedy posílení monoaminergní transmise mezi neurony.

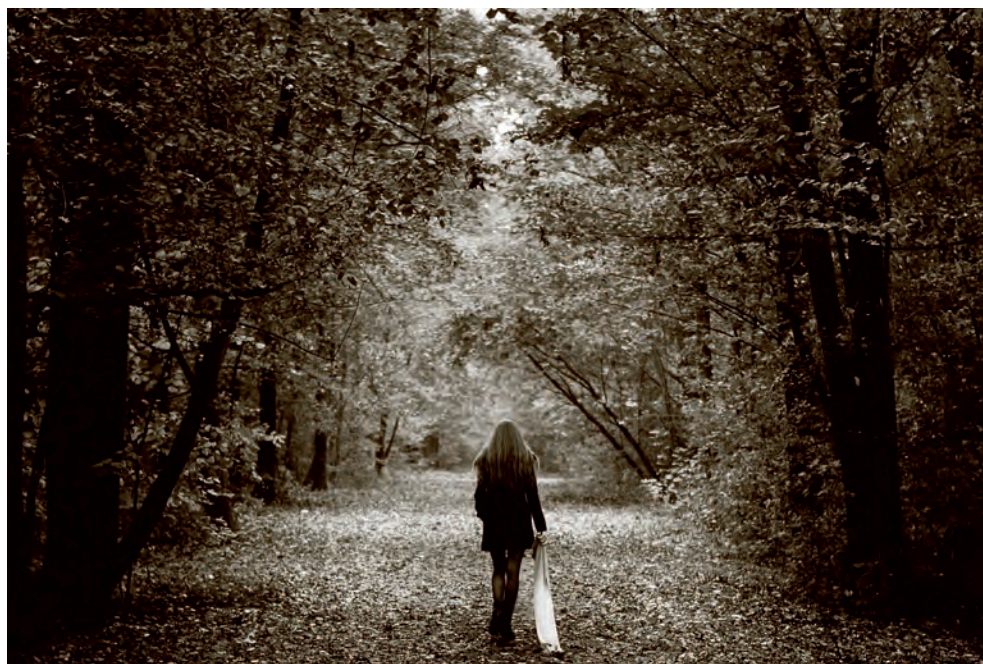
Pro klinické působení antidepresiv je typické, že jejich účinek se neprojevuje hned po první dávce, ale s odstupem několika dnů, nejčastěji 2–3 týdnů. Opožděný nástup účinků antidepresiv se dá vysvětlit mimo jiné neuroprotektivním, či dokonce neurotrofním působením (roste počet nově vznikajících neuronů) v hipokampu a možná i v jiných strukturách mozku.

Jistý antidepresivní efekt vykazují i některé jiné skupiny psychofarmak, například atypická antipsychotika (quetiapin, olanzapin) a modernější antiepileptika (lamotrigin), která se v psychiatrii užívají jako tzv. stabilizátory nálady. Naopak antidepresivní efekt nemají anxiolytika (např. oxazepam, diazepam, alprazolam) nebo hypnotika (zolpidem, zopiklon).

Voda na mlýn hledačů senzací

Tak jako v jiných medicínských oborech i v psychiatrii musí být účinnost látky ověřena nejméně dvěma randomizovanými, dvojitě slepými, placebem kontrolovanými studiemi.

Před třemi roky byla publikována Kirschova metaanalýza (Kirsch et al., 2008) účinnosti některých antidepresiv (paroxetin, fluoxetin, venlafaxin, nefazodon – není registrován v ČR), která naneštěstí přitáhla velkou pozornost nejen v odborných kruzích, ale především v laickém tisku. Závěry metaanalýzy byly v podstatě tyto: Antidepresiva jsou neúčinná, pacientům s depresí pomáhají stejně dobře/špatně jako placebo. Kliničtí psychiatři se dosti podivili, protože přece jen klinická praxe doslova dnes a denně potvrzuje účinnost antidepresiv, jiní krčili rameny a nechali věc bez komentáře. Nicméně v neoborném tisku nemlčeli hledači senzací a zastánci konspiračních teorií – objevily se



ilustrační foto: Shutterstock

dokonce názory, že antidepresiva jsou podvod páchaný farmaceutickými firmami, které drazé prodávají neúčinné látky. Zdálo se, že viník je nalezen v podobě nemorálních, superbohatých výrobců farmak (analogický model lze najít i jinde) a že na základě komplotu s psychiatry jsou neboží depresivní pacienti vlastně okrádáni.

Kirschova metaanalýza byla několikrát komentována, oslabena (Turner et al, 2008; Moeller et al, 2008) a nyní je brána jen jako ilustrace tendenčně chápaného statistického postupu. Běžná věc ve vědeckém světě. Interpretace výsledků metaanalýz má svá úskalí a často svádí ke zjednodušeným závěrům, jež pak mohou být předkládány jako „zásadní pravdy“. Zdá se, že ani po letech po některé lidi Kirschovy názory neztratily svou atraktivitu, nověji například v článku „Přesvědčená mysl půl zdraví“ (Respekt, 2011) přeložené z časopisu The Economist.

V jednoduchosti není vždy krása

Výsledkům metaanalýz bývá při tvorbě doporučených léčebných postupů dle *evidence based medicine* (medicíny založené na důkazech). Je to pravděpodobně proto, že kvantitativní shrnutí do podoby tzv. *effect size* je jednodušší než obsáhlejší kvalitativní zhodnocení vzniklé na bázi narativních sledování. Metaanalýzy ve srovnání se systematickými přehledy mají tu výhodu, že jsou schopny kondenzovat základní kvantitativní hodnoty (*effect sizes*), zatímco přehledy nabízejí „pouze“ kvalitativní popis. V současnosti je obecně upřednostňováno to, co je prezentováno formou čísel, tabulek a grafů. Děje se tak „v zájmu“ přehlednosti a jednoduchosti, jakési unifikace s pokusem sdělit složité a komplexní údaje „stravitelnou“ formou. I když lze souhlasit s tím, že v jistých ohledech je v jednoduchos-

ti krása, nemohou metaanalýzy nahradit systematické přehledy, které jsou schopny rozlišit různé výběry pacientů, dávkování léků apod. Detailní analýza výše uvedeného vyžaduje klinicko-psychofarmakologické znalosti a přesnou podrobnou prezentaci.

Vzhledem k základním metodologickým problémům metaanalýzy nejsou *via regia* pro tvorbu závěrů o účinnosti a snášenlivosti farmak dle *evidence based medicine*. Jsou jen jedním z mnoha přístupů a měly by být aplikovány komplementárně s jinými metodami, empirickými znalostmi a se systematickými přehledy. Metaanalýzy nejsou konečnou autoritou pravdy interpretovanou skrze *effect size*.

Je třeba zdůraznit, že hlavní orgány schvalující farmaka, jako jsou například americký Úřad pro kontrolu léků a potravin (Food and Drug Administration, FDA) a Evropská léková agentura (European

Medicines Agency, EMEA), se zdráhají přijmout metaanalýzy coby primární základ pro schválení léku. Dávají přednost jednotlivým správně metodologicky vedeným studiím, jež potvrdí účinnost léku.

Definice klinické účinnosti jsou arbitrární

Všechna kritéria pro hodnocení klinického účinku antidepresiv jsou výsledkem konsenzu, pro vyhodnocení existují různé přístupy. Pro instituce schvalující léčiva je u antidepresiva rozhodující opakované dosažení rozdílu 2 bodů na Hamiltonově škále pro hodnocení deprese (HAMD) proti kontrolní skupině na placebo. Takový rozdíl od placebové skupiny je považován za klinicky relevantní.

Avšak mnohem důležitější pro hodnocení klinického významu je poměr respondérů a remiterů (pacienti, u kterých byla zaznamenána klinická odpověď / pacienti, kteří dosáhli remise). Kirsch však tento poměr nebere v úvahu a počítá pouze pacienty, kteří dosáhli minimálně 50% výchozích hodnot deprese. Ve výsledku tak činí rozdíl mezi skupinou na placebo a na zkoumané látce „pouze“ 15–20%. To představuje NNT (*number needed to treat*) 5–7, tj. počet pacientů (nereagujících na placebo), který musí být léčen určitým antidepresivem, aby alespoň u jednoho z nich došlo k požadovanému účinku. Hodnoty NNT ≤ 10 jsou považovány za silný důkaz pro klinicky relevantní účinnost. Pro ilustraci lze uvést hodnoty mnoha terapií, které jsou standardní léčbou např. ve vnitřním lékařství – statiny mají pro snížení infarktu myokardu NNT rovno 20, kyselina acetylsalicylová NNT rovno 40 (Turner et al., 2008).

Navíc je potřeba zdůraznit, že Kirsch bral v úvahu jen krátkodobá sledování (do 8 týdnů). Pokud se však zvažují i sledování dlouhodobá (6–12 měsíců), pak výsledky ještě posilují důkazy o účinnosti antidepresiv. To má obrovský význam pro dlouhodobou léčbu pacientů a pro prevenci relapsů, ke kterým afektivní poruchy přirozeně inklinují. Geddes et al. (2003)

našli v metaanalýze 31 randomizovaných, placebem kontrolovaných studií vysokou signifikanci ($p < 0,00001$) účinnosti antidepressiv. Pokles relapsů na aktivní látku činil 41 % proti 18 % ve skupině na placebo. V tomto případě se NNT pohybuje v rozmezí 4–5.

Vztah antidepressiv k sebevražednosti

Suicidalita a zvláště suicidia jsou velmi úzce spojena právě s depresivním onemocněním. Antidepressiva představují účinnou terapii depresivních pacientů, přičemž tato léčba nejen efektivně redukuje depresivní symptomy, ale také významně zmenšuje suicidalitu u plynoucí z deprese.

1. Metodologické problémy při analyzování účinnosti antidepressiv na suicidalitu depresivních pacientů: Pokud analyzujeme účinek antidepressiv na suicidalitu, je potřeba rozlišit několik fenoménů: suicidální myšlenky (takový život nemá cenu), suicidální ideace (jaké by to bylo, kdybych tady nebyl; kdybych tady nebyl, měl bych klid), suicidální pokusy a dokonání, úspěšné suicidium. Tento rozdíl zjevně není ve studiích dostatečně zohledněn.

Víme, že výše zmíněné fenomény se u pacientů neobjevují sekvenčně (jestliže pacient myslí na sebevraždu, neznamená to nutně, že se o ni pokusí nebo ji dokoná).

2. Metodologické problémy kontrolních skupin ve studiích suicidalit: Většina studií vylučuje ze sledování pacienty s vážnými suicidálními myšlenkami. Zde vědecké objektivitě studií odporuje základní etický princip – zabránit poškození pacienta. Postavit studii, která by svým designem mohla odpovědět na otázku, zda antidepressiva redukuje suicidální chování, není z etického hlediska možné. Důsledkem je, že indikátory prokazující antisuicidální účinnost antidepressiv nejsou dostatečně signifikantní a udávaná efektivita se může lišit od reality. S ohledem na fakt, že kontrolované klinické studie mají své limity, hledáme odpovědi na otázku, zda antidepressiva indukují suicidalitu, v epidemiologických studiích, naturalistických sledováních a čerpáme z klinických zkušeností.

3. Metodologické problémy epidemiologických studií a dalších observačních studií: Epidemiologické studie, jež sledují změ-

ny poměru mezi farmaky léčícími depresi a suicidalitou, mají velký komplementární význam. V epidemiologických sledováních je potřeba brát v úvahu faktory, které mohou ovlivňovat výskyt suicidalit, jako je spotřeba alkoholu, věková distribuce či nezaměstnanost. Smysluplných výsledků je možné dosáhnout pouze po komplexní analýze. Interpretace bývají komplikované také z farmakologického pohledu. Například jsou-li počítány jen intoxikace léky, může se stát, že suicidální pokusy vysoce toxickým antidepressivem A jsou spojeny s vysokým počtem fatálních následků. Počet suicidií tímto lékem bude vysoce korelovat s počtem suicidálních pokusů týmž lékem. Na druhé straně antidepressivum B je velmi bezpečné při předávkování, a tak počet suicidálních pokusů nemusí korelovat s počtem dokonáných suicidií. V tomto kontextu antidepressivum A nezvyšuje poměr suicidálních pokusů, ale vede k fatálním následkům, pokud je k suicidálnímu pokusu zneužito. Antidepressivum B zvyšuje riziko suicidálního pokusu, a ačkoli intoxikace tímto lékem není fatální, zvýší podíl suicidií, proto-

Antidepressiva a pokles sebevražednosti v Evropě (Rihmer et al., 2010)

	1980	1985	1990	1995	1998/2002	Rozdíl proti maximu (v %)
Dánsko	31,6	27,9	23,9	17,7	14,4	-54
Maďarsko	44,9	44,4	39,9	32,9	28,0	-38
Německo	20,8	16,5	17,8	15,8	13,6	-35
Rakousko	25,7	27,7	23,6	22,2	18,3	-34
Estonsko	36,7	22,3	27,1	40,1	27,5	-31
Švýcarsko	25,7	25,0	21,9	20,2	18,1	-30
Švédsko	19,4	18,2	17,2	15,5	13,8	-29
Finsko	25,7	24,6	30,3	27,2	22,5	-26
Česko	-	20,9	19,3	17,5	16,1	-23
Francie	19,4	22,5	20,0	20,6	17,5	-22

že pacienti zvolí jinou, účinnější metodu spáchání suicidia. Souhrnem lze říci, že pokud jsou počítána pouze suicidia pomocí antidepressiv, nemusí být odhalen pozdější efekt.

Impozantní čísla

Antidepressiva pravděpodobně suicidalitu snižují nepřímo, sekundárně, prostřednictvím redukce depresivity a úzkostnosti. Nedávno publikovaná práce (Rihmer et al., 2010) vyvrací domněnky, že antidepressiva počty sebevražd nesnižují. Od konce 80. let spotře-

ba antidepressiv v celé Evropě roste, zatímco sebevražednost klesá. Obrovské nárůsty předpisů na antidepressiva byly v posledních 10–15 letech hlášeny z Dánska, Maďarska, Švédska a Finska. Tabulka ukazuje 10 zemí s největším poklesem sebevražd v letech 1980 až 1998/2002.

Ve většině těchto zemí (8 z 10) byl vrchol sebevražednosti v letech 1980 nebo 1985 a devět z těchto zemí vykazuje nejnižší údaje v letech 1998/2002. „Nepotřebujeme sofistikované statistické analýzy, abychom mohli připustit, že

Inzerce A111015247

Elontril®
bupropion hydrochlorid

LÉČBA DEPRESIVNÍCH EPIZOD¹

1x denně 150 mg nebo 300 mg¹

NÁVRAT DO BEŽNEHO ŽIVOTA

1x denně 150 mg 1x denně 300 mg¹

gsk GlaxoSmithKline

Zkrácená informace pro předepisování

Název přípravku: Elontril 150 mg, Elontril 300 mg, tablety s řízeným uvolňováním. **Složení:** 150 mg nebo 300 mg bupropionu hydrochloridum, pomocné látky viz. SPC. **Léková forma:** Tablety s řízeným uvolňováním. **Indikace:** Terapie depresivních epizod. **Dávkování a způsob podání:** Tablety polykat celé, s jídlem, nebo nalačno, nepodávat před spaním. Doporučená úvodní dávka 150 mg 1x denně, pokud po 4 týdnech léčby nedojde ke zlepšení, možno zvýšit na 300 mg 1x denně. Mezi dvěma dávkami musí být interval nejméně 24 hodin. **Převádění pacientů z tablet s prodlouženým uvolňováním:** stejná celková denní dávky. Nedoporučuje se u dětí a mladistvých do 18 let. Při poruše funkce ledvin nebo jater doporučena dávka 150 mg 1x denně. Při ukončování léčby postupně vysazování. **Kontraindikace:** Přecitlivělost na bupropion nebo kteroukoli pomocnou látku. Současné užívání jiných přípravků s bupropionem, nebo IMAO. Konvulzivní porucha nebo její anamnéza. Nádor CNS. Náhle zastavení příjmu alkoholu nebo přípravků, jejichž vysazení je spojeno s rizikem vzniku křeččí. Těžká jaterní cirhóza. **Současná nebo dřívější diagnóza bulimie nebo anorexia nervosa. Zvláštní upozornění:** **Konvulze:** Nepřekračovat doporučenou dávku kvůli riziku konvulzí. Výskyt konvulzí u dávek do 450 mg/den byl 0,1 %. Zhodnotit rizikové faktory, snižující křečkový práh. Při výskytu křeččí ukončit podávání Elontrilu. **Sebevraždy/sebevražedné myšlenky nebo klinické zhoršení:** Deprese je spojována se zvýšeným rizikem sebevražedných myšlenek, sebepoškozování a sebevražd, hlavně v časných fázích léčby, u pacientů mladších 25 let, s anamnézou sebevražedných příhod nebo představ před zahájením léčby. Pacienty sledovat a při klinickém zhoršení, sebevražedném chování nebo myšlení zvážit změnu léčebného režimu včetně ukončení léčby. **Neuropsychiatrické příznaky včetně mánie a bipolární poruchy:** Bupropion prokázal nízkou pravděpodobnost přesmyku do mánie. Před začátkem léčby antidepressivy zhodnotit riziko bipolární poruchy. **Kardiiovaskulární poruchy:** Ve studiích u pacientů s hypertenzí bupropion signifikantně nezvyšoval krevní tlak, v klinické praxi se vyskytla až závažná hypertenze. Krevní tlak změřit před léčbou a dále monitorovat, při vzestupu léčbu ukončit. Použití s nikotinovými náplastmi může vést ke zvýšení krevního tlaku. **Těhotenství a kojení:** Užívání bupropionu zvážit pouze tehdy, jestliže očekávaný přínos převáží nad možným rizikem. **Interakce:** Souběžnou léčbu s přípravky metabolizovanými CYP2D6 zahájit na spodní hranici jejich dávkovacího rozmezí, dále viz. SPC. **Klinickou účinnost a bezpečnost bupropionu mohou ovlivnit léčiva, indukující nebo inhibující biotransformaci jiných léčiv. Při užívání s levodopou nebo amantadinem je třeba opatrnosti. Požívání alkoholu během léčby minimalizovat. **Nežádoucí účinky:** Insomnie, bolest hlavy, sucho v ústech, gastrointestinální poruchy, dále viz. SPC. **Předávkování:** Hospitalizace a monitorování EKG a vitálních funkcí, další postup dle klinického obrazu. **Skladování:** V původním obalu, přípravek chránit před vlhkostí a světlem. **Držitel rozhodnutí o registraci:** Glaxo Group Ltd., Greenford, Middlesex, Velká Británie. **Balení:** 150 mg: 7, 30 a 90 (3x30) tablet, 300 mg: 7, 30, a 90 (3x30) tablet. Na trhu nemusí být všechny velikosti balení. **Registrační číslo:** Elontril 150 mg: 30/206/07-C, Elontril 300 mg: 30/207/07-C. **Datum první/prodloužení registrace:** 21. 3. 2007. **Datum poslední revize textu:** 5. 11. 2010. **Lék je vázán na lékařský předpis a je hrazen z veřejného zdravotního pojištění. Úplnou informaci o přípravku najdete v souhrnu informací o předepisování nebo se obraťte na zastoupení společnosti. Zkrácená informace je platná ke dni vydání materiálu 1. 7. 2011. Reference:** 1. SPC přípravku Elontril**

GlaxoSmithKline, s.r.o., Na Pankráci 17/1685; 140 21 Praha 4
tel.: 222 001 111, fax: 222 001 444, e-mail: gsk.czmail@gsk.com
www.gsk.cz

CZBHC0006a/11

AKTUALITY

se dramaticky snížily počty sebevražd v některých zemích, a to zejména v těch, kde byly nejvyšší na světě (Maďarsko, Dánsko, Estonsko, Rakousko, Švýcarsko, Švédsko, Finsko atd.),“ píše Rihmer ve svém komentáři. Pokles o 54% v Dánsku, stejně tak i 30–38% pokles ve Švýcarsku, Estonsku, Rakousku, Německu a Maďarsku je opravdu impozantní. Není pochyb o tom, že podobný pokles je přítomen v dalších šesti zemích.

SSRI suicidální jednání negenerují, ale demaskují

Primárně antisuicidální účinek antidepressiv nebyl a pravděpodobně nebude prokázán nikdy. Primárně antisuicidálním účinkem rozumíme takový, který by zabránil v suicidii osobám, jež se k němu rozhodly z jakýchkoli příčin, bez ohledu na přítomnost

či nepřítomnost deprese: například u bilančních sebevražd, impulzivních sebevražd, sebevražd vzniklých na bázi poruchy osobnosti (nejčastěji hraničně strukturované), sebevražd „z nešťastné lásky“, u pacientů se schizofrenií či závislých na alkoholu, tedy u osob, které netrpí depresí.

Toto vysvětlení může být zároveň i odpovědí na otázku, proč je léčba pomocí selektivních inhibitorů zpětného vychytávání serotoninu (*selective serotonin reuptake inhibitors*, SSRI) podle některých spojena s nálezy sebevraždění. SSRI antidepressiva jsou díky svému příznivému profilu nežádoucích účinků léky první volby u deprese, ale díky své bezpečnosti při předávkování (nelze se jimi na rozdíl od tricyklických antidepressiv fatálně intoxikovat) jsou používány také u jiných diagnóz či stavů, kde

lze čekat pouze parciální nebo minimální úpravu. Někdy se indikují též v případech terapeutických rozpaků (poruchy přízpůsobení, matrimoniální konflikty, socioekonomické potíže, zármutek nad ztrátou milované osoby, týrání, osamělost, nepříznivé osobnostní rysy). Jsou tedy podávána osobám, jež v pravém slova smyslu nejsou psychicky nemocné, ale ocitají se v životních situacích pro ně extrémně nepříjemných, neakceptovatelných nebo neřešitelných. Antidepressiva obecně zvyšují akceschopnost a potlačují ambivalenci i ambitendenci. Je tedy velmi pravděpodobné, že SSRI negenerují suicidální jednání jako takové, ale pouze je demaskují a posléze jsou jeho svědky.

Jednoznačně prokázány účinek mají pouze dvě látky – atypické antipsychotikum klozapin a lithi-

um – a tento fakt je znám dlouhá léta. Navíc již od uvedení prvních tricyklických antidepressiv (amitriptylin, imipramin) na trh (50.–60. léta 20. stol.) se ve všech učebnicích psychiatrie upozorňuje na možnost suicidálního jednání během prvních dní, kdy antidepressiva začínají účinkovat. Je to proto, že pacient získá více energie a rozhodnosti, je posílena jeho volní složka a akceschopnost, takže vykoná to, o čem dlouho přemýšlel, ale na co se mu nedostávalo síl. Teprve v dalších dnech, kdy dojde k redukci depresivních příznaků, toto riziko odpadá.

Žádný lék není všespásný

Antidepressiva nejsou všespásná, ale vykazují příznivý efekt tam, kde jsou správně indikována – jejich účinek se nejzřetelněji projevuje u endogenně podmíněných

depresí a u hlubších forem deprese. Antidepressiva snižují celkovou sebevražednost, pokud je podmíněna depresivním onemocněním, prostřednictvím redukce depresivní symptomatologie. Přímý antisuicidální efekt antidepressiv nebyl prokázán. Celkově jsou výsledky studií potvrzující fakt o účinnosti antidepressiv natolik robustní, že je nemožno zásadním způsobem oslabit ani kritické poznámky. Tendenci publikace založené na laicky postavených metaanalýzách mohou získat nezaslouženou pozornost, vzbudit úzkost a nejistotu u nemocných. Dále mohou snižovat důvěru k principům medicíny založené na důkazech a hnát pacienty do náručí léčitelů a obskurních alternativců.

doc. MUDr. Klára Látalová, Ph.D.
Klinika psychiatrie LF UP a FN Olomouc

Letošní Nobelovu cenu si rozdělí tři imunologové

Nobelovu cenu za lékařství a fyziologii (za výzkum v oblasti imunologie) letos získali Američan Bruce Beutler, Francouz Jules Hoffmann a Kanadčan Ralph Steinman, který ocenění dostane posmrtně.

„Letošní laureáti Nobelovy ceny způsobili revoluci v našem chápání imunitního systému objevením klíčových principů jeho aktivace,“ uvedla ve zdůvodnění svého rozhodnutí švédská akademie věd. Výzkum oceněných imunologů vedl k pochopení fungování imunitního systému či k vývoji terapeutických vakcín, jež systémem stimulují k napadání nádorových buněk. Nobelovy ceny budou laureátům slavnostně předány v den výročí úmrtí Alfreda Nobela, tedy 10. prosince.

Lepší poznání vrozené imunity

Třiapadesátiletý rodák z Chicaga, profesor imunologie a genetiky v kalifornském Výzkumném ústavu Ellen Scrippsové Bruce Beutler a sedmdesátiletý Jules Hoffmann, který pochází z Lucemburska a mezi lety 1978 a 2009 byl vedoucím katedry biologie na Univerzitě Louise Pasteura ve Štrasburku, získali cenu za objevy spojené s aktivací vrozené imunity. Bruce Beutler jako první izoloval tumor nekrotizující faktor (TNF), jenž se jednak podílí na vzniku zánětlivých stavů a jednak hraje významnou roli při ničení nádorů. Americký vědec se rovněž věnoval výzkumu lipopolysacharidů. Jules Hoffmann se se svým týmem

zaměřil především na zkoumání *toll-like* receptorů, jež se podílejí na zprostředkování obranné reakce organismu.

Cena in memoriam

Rodák z kanadského Montrealu Ralph Steinman, jenž od 70. let minulého století působil na Rockefellerově univerzitě v New Yorku, byl oceněn za popsání dendritických (tj. antigen prezentujících) buněk a jejich schopnosti ovlivňovat adaptivní imunitu. Posledně jmenovaný laureát mohl výsledky svého bádání vyzkoušet „na vlastní kůži“ – když mu byla před čtyřmi lety diagnostikována rakovina slinivky, podstoupil léčbu založenou právě na dendritických buňkách. Terapie mu sice život prodloužila, vyhlášení Nobelova výboru o svém ocenění se však bohužel nedočkal. Zemřel v pátek 30. září ve věku 68 let, tedy jen několik dnů před tím, než vešla jména laureátů ve známost. Ačkoli od roku 1974 může být Nobelova cena udělena posmrtně pouze v případě, že laureát zemřel mezi vyhlášením a slavnostním předáním ceny, Nobelův výbor se po mimořádném jednání rozhodl Ralphu Steinmanovi cenu udělit, neboť informace, že vědec zemřel, komise neměla k dispozici.

(Zdroj: ČTK, Reuters)

(kha)



Jules Hoffmann



Bruce Beutler



Ralph Steinman

Chemoradioterapie snižuje riziko recidivy nádoru prsu

Současné nasazení chemoterapie a radioterapie u pacientek s rakovinou prsu výrazně snižuje riziko návratu onemocnění a mělo by se stát standardně užívanou léčbou. Tvrdí to ve své studii britští vědci.

„Náš výzkum by měl mít celosvětový dopad – jsme přesvědčeni, že je třeba přehodnotit dosavadní klinickou praxi v léčbě rakoviny prsu,“ prohlásil onkolog z univerzitní nemocnice v Birminghamu a jeden z autorů studie Indrajit Fernando, který prezentoval výsledky výzkumu v rámci European multidisciplinary cancer congress ve Stockholmu.

Správné „načasování“

Rakovina prsu je nejčastějším onkologickým onemocněním u žen. Podle statistik amerického Institute for Health Metrics and Evaluation si v roce 2010 vyžádala na 425 tisíc

lidských životů a byla nově diagnostikována 1,6 milionu žen. Radioterapie i chemoterapie jsou běžně užívanými léčbami u pacientek s tímto onkologickým onemocněním, většinou se však indikují odděleně. Právě problematika „načasování“ jednotlivých terapií vedla tým dr. Fernanda k provedení rozsáhlé studie, které se zúčastnilo téměř 2300 britských žen, jež podstoupily chirurgické odstranění nádoru prsu. Výsledky ukázaly, že současné nasazení chemoterapie a radioterapie snižuje riziko návratu onemocnění u žen s včasně diagnostikovanou rakovinou až o 35%. Po osmi letech

od léčby byla recidiva zaznamenána pouze u 41% pacientek ve skupině, jíž byla podána chemoradioterapie, zatímco ve skupině, jejíž členky prošly standardní léčbou (tedy nejprve chemoterapie a poté radioterapie), byl návrat rakoviny prsu zaznamenán u 63% žen.

Prezident European Cancer Organization Michael Baumann je přesvědčen, že bude třeba dalších výzkumů, včetně studie zaměřené na potenciální vedlejší účinky kombinace radioterapie a chemoterapie. „Jsem si jistý, že nás čeká ještě dlouhá diskuse,“ uzavřel Michael Baumann.

(Zdroj: Reuters)

(kha)

Lidská prionová onemocnění jsou v ČR pod kontrolou už deset let

Hlavním smyslem činnosti špičkově vybavené laboratoře ve Fakultní Thomayerově nemocnici je dohled nad možným výskytem nové varianty Creutzfeldtovy-Jakobovy nemoci (vCJN, Willova nemoc) v České republice. Tento výzkum u nás iniciovala WHO.

Národní referenční laboratoř TSE/CJN (transmisivních spongiformních encefalopatií a Creutzfeldtovy-Jakobovy nemoci) při oddělení patologie a molekulární medicíny Fakultní Thomayerovy nemocnice s poliklinikou (FTNsP) v Praze byla založena Ministerstvem zdravotnictví ČR v červenci 2001. Současně byla na Neurologické klinice IPVZ a FTNsP vyčleněna lůžka pro širokou diferenciální diagnostiku, kde později vzniklo Centrum neurodegenerativních onemocnění, jež je dnes klinickou základnou Národní referenční laboratoře (NRL).

V roce 2003 byla NRL začleněna do mezinárodní sítě stejných laboratoř v Evropské unii, její nadřízená a konziliární laboratoř, pověřená Světovou zdravotnickou organizací (WHO), sídlí ve skotském Edinburghu. Dobudování NRL v roce 2006 spolu s nejmodernějším vybavením umožnilo provádět neurohistologickou, imunologickou a molekulárně genetickou diagnostiku a diferenciální diagnostiku lidských prionových i dalších neurodegenerativních nemocí. Tato laboratoř také jako první a dosud jediná na světě začala v roce 2007 (na zákla-

dě doplňku transplantčního zákona) povinně testovat mozkovou tkáň dárců rohovek na přítomnost patologické formy prionového proteinu metodou *western blot* a navázala spolupráci se všemi očními bankami v ČR.

Jak jsme na tom u nás v současnosti se záchytem lidských prionových onemocnění a kam se posunul výzkum dalších neurodegenerativních chorob? O stručný přehled dané problematiky i krátkou bilanci desetiletého působení krčské laboratoře jsme požádali jejího vedoucího a současně primáře zdejší patologie **MUDr. Františka Koukolíka, DrSc, FCMA**, i jeho spolupracovníky.

Můžete pro základní orientaci nejprve uvést dosud známá fakta o prionových nemocích – jak je lze obecně definovat a jak jsou lidské prionové choroby klasifikovány?

Prionové nemoci jsou smrtelná neurodegenerativní onemocnění, která postihují zvířata i lidi. Přenos je možný ze zvířete na člověka i opačně. Společným znakem je hromadění patogenního prionového proteinu (PrP^{Sc}), histopatologické projevy degenerace neuronů a spongiformní dystrofie šedé hmoty mozku, které je provázejí, dále absence zánětlivé a imunitní reakce na vyvolávající *agens*, klinicky pak dlouhá inkubační doba, rychlá progresie a infaustní prognóza. Lidské prionové choroby jsou

Priony (zkratka ze slov *proteinaceous infectious particles*), které se dnes považují za původce CJN, jsou malé proteinové částice, jediné známé patogeny, které podle současného stavu poznání nemají nukleové kyseliny.

Historie objevů prionových chorob zvířat a lidí

- 1732 – scrapie (klusavka či drbavka).
- 1920 – Creutzfeldtova-Jakobova nemoc.
- 1936 – Gerstmannův-Sträusslerův-Scheinkerův syndrom (vzácné dědičné onemocnění).
- 1947 – encefalopatie norsků.
- 1950 – kuru (*laughing death*), Nová Guinea.
- 1967 – chronické kachektizující onemocnění losů a jelenů, USA.
- 1976 – Gajdusek – Nobelova cena; průkaz přenosu prionových one-

mocnění z člověka na laboratorní zvíře a zavedení pojem „přenosné demence“.

- 1985 – bovinní spongiformní encefalopatie (BSE).
- 1990 – fatální familiární a sporadická insomnie.
- 1996 – nová varianta Creutzfeldtovy-Jakobovy nemoci (vCJN).
- 1996 – Prusiner – Nobelova cena za výzkum prionů ukazující, že patogenem je protein PrP^{Sc} (index 5^e je odvozen od slova *scrapie*).



MUDr. František Koukolík, DrSc. | Foto: Leoš Chodura

buď sporadické, vyskytující se ojediněle, z neznámých důvodů, nebo familiární, jež putují v rodinách a jsou dány různými odchylkami genu, který kóduje „hodný“ prion, a konečně náhodně přenesené, které jsou důsledkem nechtěného infikování příjemce transplantované tkáně od dárců, jenž byl v době odběru nosičem ještě neprojeveného prionového onemocnění.

A jak je to se samotnými bílkovinnými molekulami, tedy priony, v lidském těle? Čím se liší ty „zlé“ od „hodných“?

Na co jsou „hodné“ priony, se přesně neví. Existuje řada teorií, jedna z nich například říká, že se spoluúčastní při tvorbě dlouhodobé paměti. „Hodné“ priony se od „zlých“ podle současného poznání liší jedním jediným znakem a tím je prostorové uspořádání, čili konformace. Patologicky změněné priony jsou v prostoru uspořádány jinak. Výsledkem je poškození látkové výměny v nervových buňkách, které působí jejich zánik.

Bovinní spongiformní encefalopatie (BSE) byla zjištěna ve Velké Británii, kde decimovala anglické chovy skotu. O deset let později objevil profesor Will se svými spolupracovníky její lidskou formu (první případy infikovaných lidí se začaly objevovat v roce 1986), nazval ji novou variantou Creutzfeldtovy-Jako-

bovy nemoci (vCJN) a bylo vysloveno podezření na možnou alimentární nákazu z masa postiženého dobytka. Bylo to později prokázáno?

To už se ví prakticky se stoprocentní jistotou. Zvláštní je, že toto onemocnění postihuje téměř vždy Angličany – tedy pokud hovoříme o nové variantě CJN. Vzácně se objevilo několik případů ve Francii, Španělsku, Portugalsku, zcela ojediněle v Itálii. Jinde zatím zaznamenáno nebylo. Samozřejmě vůbec nevíme, jak je tomu

v jiných zemích, kde se tyto diagnózy v podstatě nevyšetřují, například v Indii.

Úplně prvním popsáním lidským prionovým onemocněním tedy byla Creutzfeldtova-Jakobova choroba – to však bylo již ve 20. letech minulého století...

Ano, ale nevědělo se, co je to za chorobu. Byla jen popsána. V roce 1920 Hans G. Creutzfeldt zmínil „podiřné nodulární onemocnění“ nervového systému u 23leté ženy. Toto postižení odlišil od roztroušené sklerózy a použil označení „pseudoskleróza“. O něco později pak Alfons M. Jakob publikoval čtyři případy „spastické pseudosklerózy“.

Pojem CJN byl představen poprvé v roce 1922 Waltherem Spielmeylem, který našel shodu v publikovaných případech a nazval tuto jednotku CJN. Současná molekulárně genetická analýza dokázala, že některé Jakobovy případy spadají do rámce familiárních podob nemocí. Naproti tomu je poněkud nejasné, zda Creutzfeldtův případ byl skutečně Creutzfeldtovou nemocí. Dějiny výzkumu mívají své ironické kapitoly.

Kuru (v místním jazyce “třes”), onemocnění způsobené rituálním kanibalstvím u etnika Fore v 50. letech 20. století, asi tenkrát nikoho moc nezajímalo, bylo to přece jen v rámci jednoho kmene, že?

Diagnostická kritéria WHO pro sporadickou Creutzfeldtovu-Jakobovu nemoc (sCJN)

Možná dg. sCJN

Pogresivní demence trvající méně než 2 roky a nejméně dva z následujících klinických příznaků:

- myoklonie,
- zrakové/mozečkové projevy,
- pyramidové/extrapramidové příznaky,
- akinetický mutismus.

Diagnóza sCJN pravděpodobná
Klinický obraz splňující výše uvedené kritéria pro možnou sCJN a alespoň jeden z následujících nálezu:

- přítomnost proteinu 14-3-3 v líkvoru,
- typické EEG projevy (periodicky

se opakující generalizované tri-fázické nebo polyfázické vlny), - typický nálezu na MRI.

Diagnóza sCJN jistá

Průkaz patogenního prionu v mozkové tkáni:
- histologický nálezu (spongiformní dystrofie, numerická atrofie neuronů a glióza),
- imunohistochemický nálezu (použití protilátek ozřejmujících výskyt prionů ve tkáni),
- *western blot* (specifický průkaz PrP^{Sc}),
- genetické vyšetření (určení polymorfismu kodonu 129 genu PRNP).

Naopak, o to se zajímali velmi, protože tomu tehdy nikdo nerozuměl a vypukla doslova vědecko-výzkumná horečka poté, co si výzkumníci odvezli tkáň ze zmíněných domorodců do Ameriky a tam ji inokulovali šimpanzům. Dlouho se nic nedělo, ale s odstupem času se tito šimpanzi začali třást a umřeli. Když se jim pak podívali do mozku, zjistili, že v něm nalézají totéž, co u papuánských domorodců. Bylo to něco, co nikdo nepředpokládal – že jde o infekční chorobu. Jedná se skutečně o naprosto neobvyklý jev.

Objev povahy tohoto agens tedy změnil představy o infekčních chorobách. V jakém smyslu?

Změnil je zcela zásadním způsobem. Všechna známá infekční agens s sebou nesou nějakou informaci nukleových kyselin, většinou je to DNA, u retrovirů RNA. Ale v případě prionů jde o bílkovinu, která s sebou žádné DNA nese a replikuje se, jak už bylo zmíněno, zcela bez nukleových kyselin. Je to infekční bílkovina – něco na pomezí života a neživota.

Další zkoumání jsou zatím v experimentálních fázích. V rámci pokusu byli například křečci, u nichž byla vypěstována zvýšená citlivost, infikováni priony o teplotě, která tyto bílkoviny ničí, čili spálenými priony. A přesto u některých z nich prionové onemocnění propuklo...

Co říkají epidemiologické průzkumy? Jaká je roční frekvence úmrtí na lidské prionové choroby, jak dlouho v průměru nemoc trvá, jaký je průměrný věk nemocných a jsou postižena obě pohlaví stejně?

Od roku 1921, kdy bylo onemocnění popsáno, jde jistě o velký počet lidí, protože soudobé epidemiologické odhady říkají, že výskyt činí jeden až pět případů na jeden milion lidí ročně. Jenomže ho poměrně dlouho nikdo neuměl přesně diagnostikovat. U nás byly tyto diagnózy také poměrně vzácné, ale poté, co proběhla vlna BSE a vznikla specializovaná laboratoř, neurologové velmi zostřili pozornost. V naší republice by se mělo teoreticky vyskytnout deset případů tohoto onemocnění do roka, ale my jich máme 15 a více. To znamená, že za prvé díky pozornosti neurologů, gerontologů a psychiatrů skoro nic neujde a za druhé výskyt onemocnění je skoro dvojnásobný oproti tomu, co se dříve předpokládalo. Odhaduje se, že u populace, která je v gerontopsychiatrických zařízeních, by mohl být ještě vyšší – ale to je opravdu zatím jen dohad, protože tato populace není systematicky propitvána.

Klasická CJN trvá šest měsíců, vzácně déle. Nová varianta může probíhat až dva roky. Ta je také charakteristická tím, že zpravidla postihuje mladé lidi – i když byla popsána i u 70letého člověka, ale to šlo spíše o výjimku. Pokud vím, nejmladší pacientkou byla 12letá dívka. Série klinických příznaků je u vCJN také odlišná od sporadické formy a i vývoj je odlišný, stejně jako EEG záznam a obraz na MRI. Pohlavní rozdíly ve výskytu onemocnění ovšem zaznamenány nebyly.

V laboratoři molekulární neuropatologie NRL máte uložen vzorek lidské formy BSE, který přivezl MUDr. Radoslav Matěj ze své stáje v Edinburghu. Leží tu pořád jen ten přivezený vzorek – a žádný tuzemský? U nás zatím nebyl potvrzen případ přenosu smrtelné nemoci ze skotu na člověka?

Vzorek máme pouze zapůjčený a tuto odnož používáme jako kontrolu pro případné srovnání. Občas se na ni zbožně chodíme podívat, ale jsme velmi rádi, že jsme ji u nás zatím nezachytili.

Uvádí se, že asi 85 procent lidských prionových onemocnění vzniká bez zjevné příčiny, 10 až 15 procent případů se dědí a 3 procenta jdou na vrub infekčního přenosu – a právě tato část, tedy přenositelnost prionových chorob, je asi předmětem největšího zájmu vědců...

V prvním případě jde o sporadickou formu, která je opravdu nejčastější, následuje familiární – za to je více než 20 mutací genu pro

Klinická stadia CJN

1. Stadium prodromální – únava, nespavost, deprese, úbytek hmotnosti, bolest hlavy či bolest jiné lokalizace, psychotické příznaky.
2. Stadium rychlé klinické deteriorace – progredující demence a neurologické příznaky (myoklonus, ataxie, pyramidové a extrapyramidové příznaky).
3. Stadium těžkého postižení – imobilita, mutismus, korová slepota.

prionový protein. Tento gen je na chromozomu 21 a u nás se nejčastěji vyskytují jeho dvě mutační varianty. Pokud se týká přenositelnosti prionových chorob, zájem vědců asi převyšuje strach lékařů, protože se toto onemocnění dá přenést krevní transfuzí nebo transplantovanou tkání.

Je známo, že ve světě onemocnělo několik lidí po transplantaci rohovky od mrtvého dárce; to máte nyní pod kontrolou. U jiných transplantací tělesných orgánů toto nebezpečí nehrozí? Nebo třeba při užití růstového hormonu z lidských hypofýz?

Toto onemocnění teoreticky hrozí při všech přenosech lidských tkání, ale pravděpodobnost je podstatně nižší než u transplantace rohovky. Zatím jsme stále jedinou laboratoří na světě, která darované rohovky kontroluje. V ostatních případech se to neprovádí,



Sekvenování DNA z krve. | Foto: Leoš Chodura

především s ohledem na obrovské náklady, které by to s sebou nese. Růstový a další v léčbě užívané hormony už dnes díky genetickému inženýrství nejsou získávány z lidských hypofýz, takže zde bylo riziko eliminováno.

Pokud se týká sterilizace nástrojů, stačí dodržení standardních postupů? Existuje něco, co spolehlivě likviduje patologické priony?

Dodržení standardních postupů nestačí. Metody pro likvidaci prionů existují a my s nimi pracujeme – používá se například Savo nebo autoklavování při vyšším tlaku a teplotě. Tam, kde by se nechtěně zamořil operační sál, je tedy navrženo postupovat podle těchto předpisů. A pokud se například zjistí priony při tonzilektomii, lze zamezit jejich šíření použitím nástrojů na jedno použití.

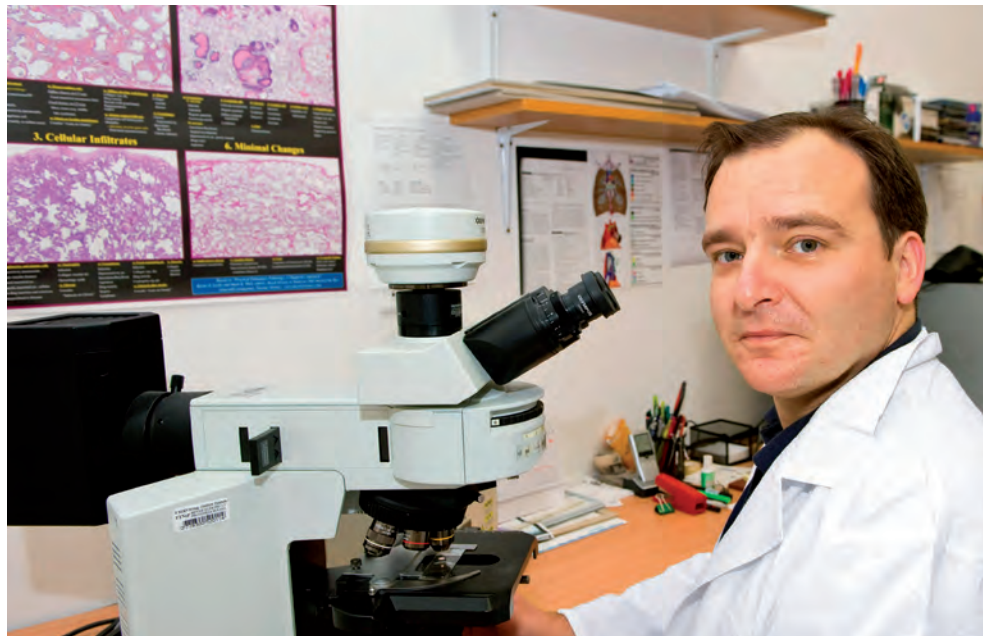
Vedle infekčního přenosu je tu i zmíněná genetická zátěž, tedy familiární forma CJN, a jak jste uvedl, vyskytuje se i na našem území. Lze těmto dědičně postiženým rodinám nějak pomoci, jestliže kauzální léčba neexistuje?

To je velmi složitá otázka – medicínská i etická. Jestliže přijdeme na pacienta, který zemře na familiární podobu CJN, spolu s týmem z Centra neurodegenerativních chorob, jehož jsme součástí (a v němž je klinik-neurolog MUDr. Robert Rusina, genetik pan primář Vladimír Gregor i psycholožka Mgr. Silvie Johanidesová), si pozveme jeho rodinu. Vysvětíme jim situaci a zeptáme se, jestli se chtějí, či nechtějí dát geneticky otestovat. Dají-li se otestovat, dozví se, zda jsou, či nejsou nosiči. Jestliže nosiči jsou, je jisté, že v určité době onemocní, protože penetrance genu je vysoká.

Většina lidí, se kterými jsme se v této souvislosti setkali, řekla, že si to rozmyslí, nebo odmítla – nechtějí to vědět. Ale setkali jsme se i s rodinou, která to vědět chtěla. Po vyšetření jsme zjistili, že tam nosič je, a oznámili jim to. Tato rodina se s tím musí nějak vyrovnat... Pomoci jí lze zatím pouze psychoterapií.

Můžete popsat, jak v NRL TSE/CJN probíhá diagnostika u pacienta s podezřelými příznaky?

Podezření na diagnózu vysloví neurolog, případně psychiatr. Opírá se o určité příznaky, které jsou zahrnující a vylučující. Všem takto diagnostikovaným podezřelým případům se říká, že jde o diagnózu možnou nebo pravděpodobnou. Definitivní diagnóza je stanovena až po morfologické verifikaci tkáně CNS nemocného – za života v mozkové biopsii nebo po jeho úmrtí autopsickým vyšetřením. Diagnóza



„Je zajímavé, že právě na tomto poli byly poprvé v historii uděleny dvě Nobelovy ceny v kategorii medicíny a fyziologie, přitom je to stále velká neznámá,“ říká MUDr. Radoslav Matěj, Ph.D., který se v NRL věnuje molekulární neuropatologii. | Foto: Leoš Chodura

ZAJÍMAVÉ PRACOVÍŠTĚ

se stanovuje zde v NRL a opírá se o čtyři základní vyšetření – neuropatologické, imunohistochemické, imunologické a molekulárně genetické.

Jakmile tedy pacient s neurodegenerativním onemocněním zemře, kdekoli na území republiky, jeho tělo je dopraveno sem, my provedeme pitvu, odebereme všechny orgány a nervovou tkáň a začne se vyšetřovat. První tři vyšetření nám prakticky s jistotou prokáží definitivní diagnózu a ta zní: toto je prionové onemocnění (tj. prakticky vždy CJN) nebo toto je jiné neurodegenerativní onemocnění. Další vyšetření pak řeknou které konkrétně. Molekulárně genetické vyšetření nám poví, zda se jedná o familiární variantu, či nikoli, a pokud je zjištěna, pak prokazujeme, která mutace za ní je.

Vyšetřování na prionové nemoci má tedy i přes jejich vzácný výskyt své významné místo také v diferenciální diagnostice demencí...

Nejen demencí, ale všech neurodegenerativních chorob. Stává se, že se nám do diferenciální diagnostiky prionových chorob do-

Creutzfeldtova-Jakobova nemoc – shrnutí	
Kdy myslet na CJN	<ul style="list-style-type: none"> • Rychle progredující demence s časným začátkem. • Myoklonus, ataxie. • Pyramidové/extrapiramidové příznaky.
Vyšetření při podezření na CJN	<ul style="list-style-type: none"> • EEG – periodický komplex ostrých vln. • MRI – bilaterální zvýšení intenzity signálu především v oblastech bazálních ganglií. • Likvor – průkaz proteinu 14-3-3.
Léčba pacientů s CJN	<ul style="list-style-type: none"> • Vhodné prostředí a přístup, práce s pečujícími. • Symptomatická a paliativní léčba (antikonvulziva, sedativa, analgetika, opiáty atd.). • Ošetrovatelská péče.
Zvláštní opatření	<ul style="list-style-type: none"> • Každý, i suspektní případ přenosné TSE, podléhá povinnému hlášení podle § 62 zákona č. 258/2000 Sb., o ochraně veřejného zdraví. Všichni pacienti s nejasnou diagnózou neurodegenerativního onemocnění či s podezřením na CJN by měli být vyšetřeni na Neurologické klinice IPVZ a FTNSP, kde jsou zajištěny všechny potřebné postupy pro diferenciální diagnostiku nemoci a provedeny další kroky v péči o nemocného a jeho rodinné příslušníky. • Pitva zemřelých s podezřením na CJN (TSE) je z hygienicko-epidemiologických důvodů povinná a provádí se na oddělení patologie a molekulární medicíny FTNSP. Odtud jsou posílána epidemiologická data do Evropského registru a databázi WHO.

stane jak Alzheimerova choroba, tak zejména skupina frontotemporálních lobárních degenerací. Je to celé spektrum chorob, poměrně častých, zatím bohužel neléčitelných, ale s vysokým dědičným podílem. Takže důležitou součástí této činnosti je i genetické poradenství. Jak už bylo uvedeno, NRL je úzce propojena s Centrem pro neurodegenerativní onemocnění, v němž se provádí diferenciální diagnostika pro celou republiku. Vedeme zde registr a po úmrtí

zdejších pacientů provádíme definitivní diagnózu.

Putují k vám mozky zemřelých lidí z celých Čech a Moravy, to představuje jistě velmi bohatý studijní materiál. Objevte se například i něco, co jste dříve znali třeba jen z literatury?

Zatím to banka není, i když bychom tomu byli rádi... Mozky zemřelých představují obrovský znalostní potenciál pro současnost i budoucnost, protože jsme

se díky imunohistochemii naučili naprosto bezpečně poznávat choroby, které dříve vypadaly velmi vzácně. Rozhodně to zásadním způsobem obohatilo naše poznání a domnívám se, že jsme v současné době díky svému vybavení pravděpodobně jediná laboratoř v Česku, která tato onemocnění umí rozlišit v plném rozsahu.

Existují případy, kdy nelze ani všemi v současnosti dostup-

nými metodami dojít ke zcela přesnému určení nemoci? Ano, stává se to, i když vzácně. V případě, že bychom šli prionovým směrem, požádáme o konzilium laboratoř WHO v Edinburgu a v případě ne-prionového směru pak vídeňské pracoviště profesora Budky, kam jezdí kolega Matěj, který je s ním v úzkém pracovním kontaktu. Jedná se asi tak o jeden až dva případy ze sta.

Jaroslava Sladká

Inzerce A111012926

Novou ordinaci můžete mít už za 5 týdnů



Používáte ve své ordinaci dosluhující nábytek a mobiliář, ale na kompletní inovaci interiéru nemáte čas? Nebo třeba naopak zařizujete novou ordinaci a musíte řešit naléhavější záležitosti než výběr nábytku, podlah či výmalby? Pak by vám mohla přijít vhod služba Ordinance na klíč, kterou nabízí český výrobce zdravotnické techniky LINET.

Ordinance na klíč přináší soukromým ordinacím a ambulancím unikátní servisní balíček zahrnující jak poradenství v oblasti interiérového designu, tak kompletní realizaci projektu včetně dodání kvalitního nábytku, mobiliáře a dalšího vybavení. LINET v rámci této služby spolupracuje se zkušenými projektanty, což garantuje, že výsledek vám přinese perfektní kombinaci vašich individuálních požadavků, ideálního využití stávajících dispozic a moderního a přívětivého designu.

A jak dlouho trvá, než své pacienty přivítáte v nové ordinaci? Může to být již za pět týdnů od první návštěvy zástupce LINET. Celý projekt vybavení ordinace probíhá v pěti fázích.

1. Kontakt – 1 den

Náš zástupce zaměří ordinaci a získá informace o vámi požadovaném vybavení.

2. Projekt – maximálně 1 týden

Projektanti navrhnu řešení. Výsledkem je návrh půdorysu, 2D a 3D vizualizace a cenová nabídka.

3. Upřesnění (minimálně 1 den)

Na základě zaslání návrhu a nabídky se podoba projektu doladí podle vašich přání.

4. Objednávka (1 den)

Formální dohoda obou stran o realizaci vaší nové ordinace.

5. Realizace (do 3 týdnů od objednávky)

Dodání a instalace veškerého vybavení a nábytku podle odsouhlaseného projektu.

O Ordinance na klíč je mezi soukromými pracovišti značný zájem a LINET má za sebou již řadu úspěšných realizací. Například jen v Praze již takto vybavil soukromou chiropraktickou a gynekologickou ambulanci na smíchovské klinice, imunologickou ambulanci v Dejvicích, soukromou stomatologickou kliniku v Krči a několik soukromých ordinací praktických lékařů.

Pokud byste měli zájem rozšířit řady spokojených zákazníků, veškeré informace o Ordinance na klíč naleznete na www.linnet.cz v sekci Služby a servis. Nebo můžete kontaktovat přímo obchodního zástupce Ondřeje Martínka na ondrej.martinek@linnet.cz, případně na telefonním čísle 733 788 659.



Co mi trhá mozek z hlavy

Motto: Ustavičnými žněmi chudne pole.

(Publius Ovidius Naso)

Představitelé ČLK se sešli v Kroměříži, ale podle výstupů se zdá, že navštívili spíše protinožce či mlhovinu Andromedy. Plod jejich mentálních tene-smů se jmenuje „Kroměřížská výzva“. Jaké perly tu také najdeme?

Cesta přes Chilkootský průsmyk

ČLK upozorňuje na chaos při tvorbě zdravotnických zákonů. To je divné, mně naopak připadá, že to po důkladné přípravě (vedoucí nejprve k nejapným obviněním ministra z nečinnosti, a to i z řad vlastní kolic) běží jako na drátkách. Kolegové zřejmě nestíhají sledovat dění. Ministr prosazuje všechno, co si předsevzal, a jede jako horská dráha. Odvážil se cesty přes Chilkootský průsmyk a prošel i tam, kde hynuli sobi. Mimo jiné zdolal legislativní dědictví bolševika, proslulou dvacítku z roku koně. Je to první politik, u něhož jsme po letech svědky něčeho podobného. Činy jsou v souladu se slovy. Je to jako zjevení.

Představenstvo ČLK zdůrazňuje, že ekonomické problémy zdravotnictví prohlubuje vláda svými chybnými rozhodnutími a nezájemem řešit nespravedlnosti na příjmové straně veřejného zdravotního pojištění a neochotou efektivně regulovat ceny a úhrady léků i zdravotnických materiálů a prostředků. To je ještě slabší výrok, je-li to vůbec možné. Určitě totiž nejde o nezáměr. Připouštím bezradnost či holou nemožnost. Ale to není totéž co nezáměr. Použijeme slova korektně. Jak řeší česká vláda ekonomické problémy, s nimiž si neví rady Amerika ani Evropská unie, to je otázka. Možná by ČLK chtěla chytřejší vládu, než mají ve světě. Já bych zase chtěl růžového slona a hodinky s vodotryskem. V situaci, kdy existují dvě přibližně stejně velké skupiny světově uznávaných ekonomů, které mají na řešení dnešních turbulencí ostře protichůdné názory („šetřete“ versus „zadlužte se ještě víc“), je tak suverénní kritika ze strany ekonomických analfabetů poněkud odvážná. Nechtěla by ČLK náhodou nahradit vládní koalici? Nebo aspoň ministerstvo zdravotnictví? To bychom teprve viděli ten hukot. Sešup rovnou do pekel.

Protikorupční opatření MZ jsou prý jen platonická. Zpozdilý tvrzení ve chvíli zavádění možná až trochu přepísknutých elektronických aukcí úplně na všechno, od MRI až po toaleták.

Pokrok nezastavíš!

ČLK s hlavou v oblacích a duševním obzorem řeckých odborářů, zřejmě mocně postrkovaná LOKem jakožto *vis a tergo*, dále požaduje, aby se všem zdravotníkům v současné kritické finanční situaci zvýšily platy, což má nějak zařídít kupodivu zrovna ministr (jak?) a nikoli zaměstnavatelé spolu s plátcí. Pravděpodobně natištěním bankovek či rozdáním dluhopisů. Protože jiný způsob momentálně není. Nohama na zem, přátelé. Jen s velkým štěstím nezačnou naše příjmy klesat. I zde doporučuji vedení ČLK pravidelnou četbu seriálních periodik. Pro začátečníky Hospodářské noviny, pro pokročilé Respekt a The Economist.

Nový zákon o zdravotních službách údajně pošodí lékaře i pacienty a vznikl nedemokraticky. (sic!) To zírám. Já myslel, že ho odhlasoval parlament. Jak jinak si komora představuje demokratický vznik zákona? Tím, že mu dá své placet ona sama? Implikuje to dost podivnou definici demokracie: Je to vše, co se líbí představenstvu ČLK. Naštěstí (ještě) nemáme stát korporativního typu. Krom toho jsem zákon bedlivě studoval a žádné poškození pacientů ani lékařů jsem nenašel. Právě naopak. Nebudme ksakru pořád tak vystrašení jako Karkulka v černém lese. Hlavně nic neměnit! Jenže život je změna. A každá změna je riziko. Příliš nutnost adaptace, vypracování nových interpretací, změnu stylu chování a práce. Což je dřina. Ale to se nedá nic dělat. Jinak bychom ještě lezli po stromech. Pokrok se nedá zastavit. Že, pane Darwine? Otázka pro naše zabečněné ultrakonzervativce: Je-li vskutku každá změna automaticky k horšímu, proč jsme si tady potom nenechali komunisty? Prošetřování stížností pacientů prý výrazně zkomplikuje skutečnost, že podle tohoto zákona orgány ČLK nebudou moci nahlížet do zdravotnické dokumentace bez souhlasu pacienta. Nesmysl. Jestliže si pacient stěžuje, jistě dá souhlas k nahlížení. Pokud nedá, ať si nestěžuje. Co může být opravdu ztíženo, je aktivní šetření bez vnějšího podnětu. To ovšem komora nedělá. Celý její systém



MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

prošetřování je vůbec prapodivný a podle některých renomovaných právníků i v rozporu se zákony.

Jedna mysl (ne)tleská

Dosavadní činnost ministra Hegera prý svědčí o tom, že jeho priority jsou jiné než priority ČLK. To je v pořádku. Hurá! Právě proto Hegerovi fandím. Pokud by měl stejné priority jako komora, nezbylo by než zvážit možnost bilanční sebevraždy. V závěru představenstvo ČLK vyzývá ministra, aby začal plnit své povinnosti (!), prosazoval zájmy svěřeného resortu a hájil práva jak pacientů, tak i zdravotníků. No to je kolosální! Kolegové nejspíše žer-

tuji. Co proboha jiného ten muž celou dobu, lehaje vstáváje, činí? Douška na konci říká, že *po poradě s předsedy OS ČLK schváleno jednomyšlně představenstvem ČLK*. Znamená to, že to schválila jenom jedna mysl? No těbůh! A která? Muselo by jít o mysl natolik slabou, že jí nefunguje autodiagnostika. Anebo je to jinak. Jde o prezentaci zaměřenou na média, jež jsou ve složitě kauze zdravotnictví dnes již natolik dezorientována, že uvěří každé virtuální pitomosti, kterou pak bulvárním stylem rozmáznou. Tady v poslední době vede deník Dnes. V něm hned vznikla poněkud uhozená panika, že podle nového zákona nebudou rodiny moci normálně navštěvovat nemocné, ačkoli tam nic takového není. Obzvláště ostudný je takový výron etastického myšlení, pochází-li z duchovní dílny pravcově liberálního listu. Ten se zřejmě domnívá, že lidé sami od sebe nebudou konat

nic pozitivního, pokud jim to výslovně nenařídí nekonečné moudrými a osvěceny zákonodárci tisícovkami detailními příkázání. (Přítom liberalizace návštěv byla jedním z prvních a spontánních kroků nemocnic po revoluci a žádný zákon jsme k tomu nepotřebovali.) Naproti tomu zavládlo mediální nadšení nad tím, že pacient konečně bude moci nahlížet do zdravotnické dokumentace. Sláva mu a on je pašák a piškumpře a župajdá! Jenže ono je to uzákoněno už dávno. Bang! Bublina splaskla.

Nemocnice nedáme, radši je zbouráme

Ve chvíli, kdy hejtmanosenátor Palas pronajal nemocnici v Novém Jičíně Agelu a setřel tak pel jejího neposkvrněného panenství, zjistil náhle Bohuslav Sobotka, že *není šťastná příliš dlouhá kumulace funkcí, například hejtmana a senátora*. Dřív to nevěděl. Koho by to napadlo? Palase na obě funkce kandidovali přátelé přátel zřejmě nedopatřením. Spletli si ho s jiným Palasem. Možná s tím, který má mít jakési milionové nejasnosti ve svých financích. Což je drobný gentlemanský delikt, který si modří a růžoví standardně promíjejí. Zapomeňte na opozici a držte pozice. Zde vládní bratrství ve zbrani (pardon: v kontech). Nyní se však k Palasovi rodná strana nezná. Největší kapky mu dává Rath, eskamotér, jenž s několika přáteli zorganizoval podivuhodný středočeský příspěvkový holding akciových společností, v němž se po formálním zrušení (a při faktickém trvání) údajně nelze dopočítat 19 milionů. Bagatela. Zřejmě na dobročinné účely.

Z anamnézy odhaduji, že pan Palas byl vždy neideologický pragmatik, který umí počítat. A tak pochopil, že nemocnici okresního formátu se sekerou 270 milionů jinak než pronájmem či prodejem soukromníkově nelze resuscitovat. Rathovo postižené dítě, ideologicky postavený (a právem zrušený) zákon o parodii na veřejné neziskové nemocnice, tu pomoci nemohl. Nefungovalo by to. Radši soukromá než žádná, říká svým činem Palas. My nemocnice nedáme, my je radši zbouráme, sdělují nám čeští furianty ze Smíchova. Je to k smíchu.

Milostná předehra k vyhláše

Nemocniční lékaři hrozí novými protesty. Ministr zdravotnictví nemůže naplnit memorandum a zmeromocnit zdravotní pojišťovny, aby poslaly do nemocnic peníze, které nemají. Naopak. Pošlou jich dokonce méně. Dohodovací řízení o úhradě lůžkové péče skončilo tradiční nedohodou.



Pan Palas je neideologický pragmatik, který umí počítat. A tak pochopil, že nemocnici okresního formátu se sekerou 270 milionů jinak než pronájmem či prodejem soukromníkově resuscitovat nelze. | Foto: E15

NEJSEM SI JIST

Je to jen vyprázdňený rituál. Fraška. Tetřeví taneček jako milostná předehra k vyhláše MZ, která to rozhodne. Ředitel nemocnic již hovoří o omezení péče. Protože kdyby se poskytovalo totéž za méně, znamenalo by to, že se předtím hospodařilo blbě.

Ambulantní specialisté také protestují. Když totiž nemocniční lékaři LOKaři s pomocí ČLK vymámi ze systému víc peněz, zbude na privátní lékaře, členy téže ČLK, pochopitelně méně. Je to hra s nulovým součtem.

Někteří zaslepení lidé pořád vidí řešení v tom, že stát přidá do zdravotnictví peníze, které nemá. Byl by to herkulovský úkol. Nebo spíš pro chytrou horákyni. S plánovanou sekera 105 miliard (zlaté oči!) si nelze moc vyskakovat. Bez peněz do hospody nelez. Leďa by se dluhy překabátily do toxických balíčkových produktů a použily se podvodem jako aktiva. K tomu by ovšem vláda potřebovala ukecat nějakou ratingovou agenturu, tuto nóbl prostitutku světa globálních financí. Jenže na tenhle trik už neskočí ani tetička z Vysočiny. Přesplňš kreativní finančníci z Wall Streetu za to dokonce možná půjdou sedět. Ratin-

gové agentury mají dnes samy dost špatný rating.

Samozřejmě jsou i ztráty. Hodně se krade, ať se tomu říká jakkoli: korupce, předražené nákupy, úlitby stranickým pokladnám. Nemocnice jsou politikum. Strategické kóty. Nejvíc je to patrné na úrovni ukoptěného krajského politikaření. Kdo ovládá nemocnice, ovládá Čechy (a Moravu). Festung Böhmen (und Mähren), abychom vykradli Bismarcka. Pacient v tom hraje jedinou roli – křoví ve špatné operetě, předmětu syrově primitivního populismu. Oskarovou superstar tu představují samozřejmě střední Čechy.

Nadstandardní bezdomovec

Někteří lékaři se silně ozyývají proti rozhazování peněz na politickou korupci. Kdyby se tak nekradlo, hned by prý bylo dost peněz na zdravotnictví. Je to iluze. Potlačení zažitých byzantských praktik je program na dvě generace. Někdo je možná větší optimista, ale jedno je jisté: Rozpočet na rok 2012 to určitě ještě neovlivní. Zejména si však nejsem jist, zda všichni, kteří takto mravolichně tepou zlořády, do problému zahrnují samy sebe:

Ať přestanou hrabat ti druž! Já si beru jen to, co mi patří!

Již od 90. let slýchám od řady kolegů silně řeči směrem k pacientům. Bude je to něco stát. Ať platí. Máme problémy a každého to musí trochu bolet. Pokud možno rovnoměrně. Kvůli spravedlnosti. První, kdo to hlásal silným hlasem táborového řečníka, byl muž s kormutlivou ztrátou paměti: MUDr. David Rath (ex-ODS). Pozor, přijde pointa. Paradox všech paradoxů. Teď je tu finanční krize, ale spolu s ní konečně i onen vymodlený zdroj soukromých peněz. Zcela legální nadstandard. Jenže co to zří má bystré oko? Nikdo se k němu nemá. Je to bezdomovec. Odborné společnosti hrají mrtvého brouka. Asi se časem dá dohromady několik symbolických položek, aby se neřeklo. Jako Hašek v Bugulmě. Jinak každý tvrdí, že všechno musí zůstat ve standardu. Přeci o to obor nepřipravíme! Motivace zřejmě budou různé. V tomto obranném zákopu se scházejí idealisté (pacient má okamžitě nárok na vše, co věda dneska ráno objevila, bez ohledu na možnost úhrady), strážci prestiže oboru (nikdy nic nepustit, naopak *hamty, hamty, hamty, ať mám víc než tamty*) a pragma-

tičtí numismatici (největší vada nadstandardu je právě jeho transparentní legalita).

Ježek sám sobě kadeřav

Mnohým kolegům přijde nepochybně výhodnější, rozhoduje-li se bez pravidel pod záminkou tzv. individuálního přístupu k pacientovi. Přesně z týchž důvodů odmítl čeští stavové *Maiestas Carolina* a ani tak silný muž, jakým byl Karel IV., psaný zákoník přes jejich hlavy neprosadil. Pročez se v zemích Koruny české i nadále na rozdíl od civilizovaného země právo *volně nalezalo* případ od případu.

Kdo řekněme investoval – ve smyslu finančním i kariéřním – do robotických operací, tohoto příkladu nadstandardnosti *par excellence*, bude prosazovat jejich standardní úhradu. Jak lidské. Každá liška chválí svůj ohon a ježek sám sobě kadeřav. A pak jsou tu ještě výrobci...

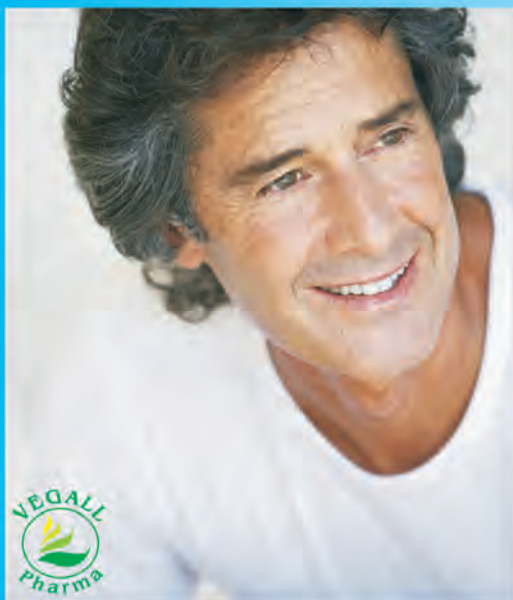
Lépe čerpat z veřejných peněz než se pouštět do nejistot byznysu. Protože prodej nadstandardu je forma podnikání. A tak si nejsem jist, kde v zajištění těchto protimluvů vezmeme nějaké odborné těleso, které bude aspoň trochu objektivně posuzovat náklady a přínosy

metod, jež zdravým rozumem aspirují na zařazení do nadstandardu. Žádné vážení na lékárnických vážkách nebude. Bude to psí pranice všech protím všem ve snaze urvat co nejvíc. Žádný obor nesmí přijít zkrátka, být ponížěn a ochuzen. Po nás potopa. Žijeme jen jednou. Tady a teď. *Carpe diem. Ani muže ze závodů, ani halíř ze mzdy! No passarán!* Dejte nám dostatek peněz (zdroje nás nezajímají) a my už budeme vědět co s nimi.

Ostatně, pojišťovny jsou stejně napřed. Standard určují bez zákona odedávna. Tiše a neapádně, nesobními limitacemi úhrad. Takže nadstandard je tím pádem také znám. Neformálně. To máme ošetřeno, to umíme a zásahy zvenci do tradičního systému, který běží jako dobře namazaný stroj, nepotřebujeme. Děkujeme, odejděte. My už se nějak domluvíme. Ovšem zadarmo to nebude.

Kdo že to naposledy říkal, že legalizace nadstandardu činí pacienta bezprávným? Po ČSSD a prapodivném Svazu pacientů to byl nedávno šéf mimoparlamentní KDU-ČSL. Blahoslavení chudí duchem. Je tomu právě naopak. Jenže příští rok jsou krajské volby... Kruh se uzavírá.

Inzerce A111012336



Složení ranní kapsle

hořčik	100 mg
vitamin C	60 mg
extrakt z ženšenu	25 mg
mateří kašička	20 mg
vitamin E	10 mg
železo	5 mg
vitamin A	800 µg
měď	200 µg
selen	25 µg
vitamin D ₃	5 µg

Složení večerní kapsle

extrakt z česneku	170 mg
citrusové bioflavonoidy	70 mg
extrakt z meduňky lékařské	27 mg
niacin	15 mg
zinek	10 mg
extrakt z kozlíku lékařského	6 mg
kyselina pantothenová	5 mg
vitamin B ₆	1,6 mg
vitamin B ₂	1,5 mg
vitamin B ₁	1,1 mg
vápník	456 µg
kyselina listová	100 µg
biotin	100 µg
vitamin B ₁₂	2 µg

SARAPIS PRO MUŽE

Sarapis pro muže je registrován jako doplněk stravy a je volně k dostání v lékárnách.

Podrobnější informace získáte bezplatně na zelené telefonické lince: 800 100 140. poradna@vegall.cz www.vegall.cz

Představujeme Vám doplněk stravy z řady přípravků **SARAPIS**. Jedná se o preparát **Sarapis pro muže**, který je díky svému jedinečnému složení výborným pomocníkem pro muže v období andropauzy.

Sarapis pro muže díky svému složení napomáhá tyto obtíže překonávat. Příznivě působí na únavu, podrážděnost, při zvýšené citlivosti na stres, při snížení libida, ale také v sexuální oblasti (napomáhá vzrušivosti, erekci a ejakulaci). Přispívá ke správné hustotě kostní hmoty, tvorbě červených krvinek. Má příznivý vliv také na srdce, oběhový systém a sníženou imunitu.

Je důležité, aby si muži uvědomili, že i oni mohou mít svůj „přechod“. Proč si nechat těmito obtížemi znepříjemňovat život, když je v lékárnách k dispozici preparát, který může pomoci žít plnohodnotně i v období „andropauzy“.

Není nutné se za tyto obtíže stydět, vždyť tímto obdobím si většina mužů projde s většími či menšími obtížemi.

Řešení již existuje, a to i bez vedlejších nepříznivých účinků.



100 let od narození průkopníka moderní české gynekologie

Prof. MUDr. Vojtěch Šnaid, DrSc. (21. 9. 1911 – 25. 6. 2001) pracoval na I. gynekologicko-porodnické klinice FVL UK a VFN více než čtvrt století. Byl fenomenálním operátorem – stal se jedním ze zakladatelů fyziologického operování v oboru gynekologie. Založil jedno z prvních světových center pro výzkum, diagnostiku a terapii trofoblastické nemoci. Byl význačný pedagog nejen v rámci kliniky, ale také na naší fakultě i Univerzitě Karlově. Ve významných fakultních a univerzitních funkcích působil sedmáct let.

Osud vložený do kolébky

Letos uplynulo 100 let od doby, kdy malý Vojtíšek spatřil světlo světa v jihočeském Ševětíně. Tak něžně jej oslovovala jeho maminka, která byla porodní babičkou a asi mu do kolébky vložila směr jeho života. Již jako malý chlapec poznal, že je to povolání záslužné, ale nelehké, když viděl, jak se maminka často vracela od svých rodiček velmi unavená po probdělé noci. Tak Šnaidovi několikrát prožili i Vánoce.

Po promoci na pražské lékařské fakultě v roce 1937 mladý doktor Šnaid pracoval rok na chirurgickém oddělení nemocnice ve Slaném. Na vojně zažil mnichovské dny a potupnou demobilizaci. Pak se na něj usmálo štěstí – v roce 1939 nastoupil jako operační elév na pražskou I. gynekologicko-porodnickou kliniku, to však trvalo krátce. Na počátku okupace Němci zrušili vysoké školy a Vojtěch Šnaid se musel stěhovat do Záhorského porodnického sanatoria v Londýnské ulici. Zde pracoval jako sekundární lékař a záhy získal pověst výborného porodníka.

Na kliniku se vrátil již v prvních poválečných dnech roku 1945 a s tímto pracovištěm byla jeho odborná dráha spjata po více než čtvrtstoletí. Toto období patřilo mezi nejšťastnější v jeho životě. V roce 1953 následovala habilitace a v roce 1959 byl jmenován řádným profesorem. Od roku 1953 ho profesor Karel Klaus ustanovil svým zástupcem. V pozdějších letech se Šnaid o churavějšího učitele dojemně staral a kliniku prakticky vedl. Jejím přednostou se ovšem oficiálně stal až v roce 1968 po Klausově odchodu do důchodu.

Světový úspěch v Mexiku

Ve své klinické práci se profesor Šnaid zaměřil především na gynekologickou chirurgii. Uměl výtečně operovat jak z abdominálního, tak z vaginálního přístupu. Prosažoval fyziologické operování šetřící tkáň, což platilo i pro nejnároč-



Profesor Šnaid (vlevo v brýlích) se studenty na snímku z přelomového roku 1968. Vpravo od něj nyníjší profesor Michal Anděl. | Foto: archiv MUDr. Přemysla Hněvkovského

nější onkogynekologické operace, které modifikoval. Toto vše, spolu s výtečnou znalostí topografické anatomie a výjimečnou manuální zručností, z něj činilo jednoho z nejlepších operátorů a zakladatele moderního gynekologického operování nejen u nás. Vždy velice vážil rozsah operace ve vztahu k jejímu přínosu a jako jeden z prvních u nás se také zabýval posuzováním změn kvality života žen po těchto výkonech.

Ve druhé oblasti svého odborného zájmu Vojtěch Šnaid prokázal ve vědecké práci hluboké znalosti v oblasti histologie a histopatologie ženského reprodukčního systému; těmito tématy se také zabývaly jeho habilitační a doktorská práce. Zvláště pozoruhodných vý-

sledků dosáhl v problematice choriokarcinomu, kdy koncem 50. let založil na klinice jedno z prvních světových center pro výzkum, diagnostiku a terapii trofoblastické nemoci (CTN), které později začalo plnit tuto funkci v celostátním měřítku. Uvedená priorita mu však byla po roce 1970 upírána. Profesor Šnaid vedle bohaté publikační činnosti hodně přednášel, nejen doma, ale i v zahraničí. Zmínil bych se o jeho vystoupení v roce 1969 na Světovém kongresu operačních oborů v Mexiko City, jehož se zúčastnil coby pozvaný host. Vedle přednášky jako vybraný operátor prakticky předvedl svoji modifikaci radikální operace karcinomu děložního hrdla a na přání organizátorů navíc ta-

ké vaginální hysterektomii. Tento program byl jako jeden z vůbec prvních přímo barevně přenášen z operačního sálu do kongresového centra. Toto Šnaidovo vystoupení mělo velký ohlas nejen mezi účastníky kongresu, ale i v tisku, a dokonce ve vládních kruzích. Jeho práce byla oceňována mnohými diplomaty, medailemi a čestnými členstvími jak u nás, tak i ve světě.

Vánoce u Werichů

Medicína byla u Vojtěcha Šnaida vždy na prvním místě, ale měl také řadu dalších zájmů. Miloval koncerty České filharmonie a byl pravidelným návštěvníkem Pražského jara. Velice četl a měl zvláště v oblíbě francouzskou li-

teraturu v originále. Málo známé je jeho přátelství s Janem Werichem, kterému jsme přivedli na svět jeho milovanou vnučku Fanču – od té doby jsem měl tu čest s profesorem navštěvovat známý Štědrý den u Werichů, kde bylo možno poznat řadu zajímavých osobností. Přátelství se prohloubilo ještě více, když se jim oběma v normalizační době nedařilo a Werich navíc churavěl. Bylo mi smutno, když jsem pozoroval, jak v té dusné době začalo návštěvníků ubývat...

Velkou roli ve Šnaidově životě hrál sport. Byl aktivní Sokol, cvičil na poválečném Vsesokolském sletu. Po celá léta udržoval přátelské vztahy s naší katedrou tělesné výchovy, jeho přičiněním jsme tak kupříkladu mohli v hojném počtu zúčastňovat fakultních letních táborů v Dobronicích na Lužnici. Pamětníci mi jistě potvrdí, že při celodenním sportování tam byl pan profesor jeden z neaktivnějších a nejvytrvalejších. Rádi také vzpomínáme na klinický volejbal na hřišti pod záchytkou, na košíkovou v Černé ulici či na krásné výlety po hřebenech Krkonoš.

V těžkých časech nezradil

Nyní se vraťme k bohaté pedagogické činnosti pana profesora. Vždy byl oblíbeným učitelem, krásně přednášel – v té době byla posluchárna přeplněná studenty, kteří jej měli ve velké oblibě. Měl také spravedlivý a laskavý přístup při zkouškách. Když ji někdo neudělal, vždy dobře věděl proč. Vojtěch Šnaid měl na fakultě a na univerzitě řadu důležitých funkcí, byl proděkanem naší fakulty (1954–1962), prorektorem UK (1962–1966) a děkanem fakulty v letech 1966–1971. Při výkonu školských i zdravotnických funkcí byl rozhodný, spravedlivý a ve zhoršující se politické situaci prokazoval nesmlouvavost a občanskou statečnost. Rozhodným způsobem se zasazoval, aby mladí lékaři mohli znovu používat tradiční titul MUDr. místo ponižujícího „promovaného lékaře“. Ve funkci děkana byl v úzkém kontaktu se studenty a jejich aktivitami. Neopustil je ani v dramatických dobách koncem 60. let, přestože věděl, že ne všichni hodnotí tuto činnost kladně. Účastnil se studentských protestních stávek, na nichž vystupoval velice uvážlivě, krácel také s univerzitními hodnostáři v čele smutečnického průvodu za Jana Palacha v lednu 1969. Veřejně schvaloval prohlášení „2000 slov“, zastával se studentů při brutální akci policie na strahovských kolejích.

Z HISTORIE

„Zadní dvířka“
komunistických pohlavářů

Toto vše se Vojtěchu Šnaidovi stalo osudným již na počátku normalizačního procesu – na vrcholu sil musel opustit kliniku a s ním postupně i jeho blízcí spolupracovníci, někteří z nich odešli do zahraničí. Profesor byl zbaven děkanské funkce a byl mu také vysloven zákaz přednáškové a publikační činnosti. Ve stoupě skončily jeho nové výtečné učební texty pro studenty. Byl mu pozastaven plat, takže profesor zůstal bez prostředků. Většina lidí by v takové situaci rezignovala, to však nebylo vlastní jeho životní filozofii a morální síle. Nikdy svých rozhodnutí nelitoval, protože vycházela z hlubokého přesvědčení. Proto nezatrpkal, ale také se nezapřel svým vnitřním zásadám.

Po mnoha průtazích mu tehdejší ministr zdravotnictví Prokopec přidělil místo vědeckého pracovníka v Ústavu pro péči o matku a dítě v Podolí, kde pak po vzájemném poznání 15 let učil mladé kolegy své výtečné operační technice. O vysokých odborných kvalitách profesora Šnaida věděli i tehdejší komunističtí vládcí. Když měli nějaký závažný problém v rodině, přicházeli za profesorem „zadními dvířky“ a žádali jej o pomoc. Jednou pro něj dokonce poslal prezidentské letadlo bulharský pohlavář Todor Živkov, aby v Sofii diagnosticky a léčebně řešil trofoblastickou nemoc jeho neteře – tohoto úkolu se profesor úspěšně zhostil. Žádný z těchto „zákazníků“ mu potom ani trochu v jeho složité situaci nepomohl – nutno však poznamenat, že je profesor o nic nežádal.

Zpátky na klinice

V roce 1990 po mém návratu na kliniku jsme mohli po dvaceti letech pana profesora opět přivítat na jeho rodném pracovišti. Od té doby se pravidelně podílel na životě kliniky, mnohokrát nám i moudře poradil. Pravidelně se zúčastňoval klinických seminářů i večerů Spolku lékařů českých, vždy patřil mezi zasvěcené diskutéry. Velice ctil tradice kliniky, zdůrazňoval plynulou návaznost na jungmannovské období. S velkým elánem úspěšně uspořádal cenné rukopisné poklady z pozůstalosti svého učitele Karla Klause o historii oboru, které pak na pokračování vycházely v Čs. gynekologii. Pilně navštěvoval i celostátní sjezd ČGPS, který klinika organizovala v Praze. Proslavnostní část konference se nám výjimečně podařilo zajistit Pante-



Profesor Šnaid (poslední v řadě) coby děkan Fakulty všeobecného lékařství UK spolu s dalšími představiteli univerzity v čele smutečního pochodu za Jana Palacha dne 20. ledna 1969. | Foto: archiv MUDr. Přemysla Hněvkovského

on Národního muzea, kde byl Vojtěch Šnaid pozdraven celou českou gynekologickou veřejností. Na fakultě byl jmenován předsedou rehabilitační komise; příznačné je, že při tom pozapomněl na minulé křivdy, které se udály jemu samotnému. Neformálně se také zajímal o přípravu naší učebnice „Porodnictví“, byli jsme mu vděční za cenné obsahové i formulační připomínky.

Klademe-li si otázku, proč byl profesor Šnaid tolik oblíben mezi studenty, milován a obdivován svými žáky, spolupracovníky i pacientkami, jež mu právem bezmezně věřily, je nutné hledat odpověď v jeho vlastnostech. Nejen, že byl špičkový odborník, ale navíc spravedlivý a důsledně stál za svými názory. Také mu nechyběla *elegantia morum et sermonis* – ušlechtilost povahy a projevu. Nikdy už jsem po-

tom nepoznal člověka s tak velkou laskavostí a zároveň tak značnou přirozenou autoritou.

Životní běh ani čas se bohužel nedají zastavit. Před deseti lety nás pan profesor Šnaid opustil. Zanechal nám však nejen velké odborné dědictví, ale i poselství morálně lidské. Pane profesore, děkujeme...

prof. MUDr. Evžen Čech, DrSc.
emeritní přednosta

I. gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN

Osobnosti české medicíny
vážně i nevážně

prof. MUDr.
Vladimír Kubelka
(10. 10. 1900 Vídeň
– 14. 5. 1978 Praha)

Český lékař, mikrobiolog a virolog. Před válkou praktický lékař v Praze na Vinohradech (1927–1945). Hned po válce se stal asistentem mikrobiologického ústavu pražské lékařské fakulty, v roce 1955 byl habilitován, v roce 1961 jmenován profesorem mikrobiologie, epidemiologie a imunologie na Fakultě všeobecného lékařství UK. Zabýval se výzkumem antibiotik a imunologickými problémy. Byl žákem Patočkovým. Postupně se stal předním badatelem v oboru virologie (herpetické viry, Kloboukova nemoc, rickettsiomy; je po něm dokonce pojmenován virus Kubelka). Pro studenty napsal „Mikrobiologii“ (2. vyd., 1955) a „Speciální mikrobiologii“ (1955).

Virus Motol

Profesor Vladimír Kubelka izoloval jeden z typů viru, který by mo-

hl být příčinou infekční hepatitidy. Jelikož byl izolován v motolské nemocnici, dostal jméno Motol. Na návštěvě Prahy byl slavný americký virolog Joseph Louis Melnick. Jeho přítel, také virolog profesor Vladimír Vonka z Ústavu hematologie a krevní transfuze, ho prováдел i s jeho paní po Praze. Zastavili se na Národní třídě před Krásnou jizbou, kam si šla paní Melnicková něco koupit. Oba páni zůstali venku. Mluvili o hepatitidě a tu se host zeptal, jak se jmenuje ten virus, co Kubelka objevil. – „Motol,“ odpověděl Vonka. Vtom přijížděla od ulice 28. října tramvaj, která měla nahoře nápis „Motol!“. „Podívejte se,“ vykřikl americký virolog, „až já budu v Houstonu vyprávět, že po Praze jezdí tramvaje označené jménem virů.“

Nový Galileo

U zkoušky u Kubelky plaval jeden student, jak náleží. Profesor mu vytýkal jeho nepřipravenost a nezodpovědnost. Že se s tak malými vědomostmi odváží přijít k rigo-

rozní zkoušce. Medik však k úžasu celé zkušební komise prohlásil, že na ty bakterie moc nedá, že si myslí, že snad ani neexistují, a že pokládá za zbytečné se o nich nějak víc učit. Examinátorova duše mikrobiologa vzplanula a milý kandidát dostal nedostatečnou. Ani u opravné zkoušky to za moc nestálo. A opět se onen kacířský medik opovážil argumentovat tím, že na ty bakterie moc nevěří a že čas věnovaný jejich studiu lze využít účelněji. Examinátor mu dal znovu nedostatečnou a oznámil mu, že pokud se o těch bakteriích nenaučí požadované minimum, bude se muset rozloučit se studiem lékařství.

U druhé opravné zkoušky medik exceloval. Uměl vše – i to, co je tištno drobným písmem. Kubelka ho pochválil: „No vidíte, že jste konečně přišel k rozumu. Tak to s těmi bakteriemi šlo.“ Vzal index a napsal výtečnou. Medik vzal index se zapsanou zkouškou, poděkoval a pak prohlásil: „Stejně si, pane profesore, myslím, že snad ty bakterie ani neexistují.“

prof. MUDr.
Hubert Procházka
(19. 10. 1885 Kobeřice u Vyškova
– 18. 10. 1935 Brno)



Po maturitě ne brněnském gymnáziu vystudoval pražskou lékařskou fakultu, promoval v roce 1914. Za první světové války byl na italském bojišti na Piavě. Po válce se stal asistentem na pražské psychiatrické klinice profesora Karla Kuffnera. V roce 1928 byl habilitován z psychiatrie a neuropatologie, o rok později byl jmenován mimořádným profesorem a pověřen vedením brněnské neuropsychiatrické kliniky, kterou nově zorganizoval. V Brně zastával i post děkana lékařské fakulty. Byl rovněž předsedou lékařské komory pro zemi moravsko-slezskou. Jeho odborný zájem byl věnován hlavně Huntingtonově chorobě, jeho práci však převa-

la náhlá tragická smrt – stal se obětí svého povolání, když byl připraven o život svým duševně nemocným pacientem.

Věštění

Stanovení správné diagnózy za života pacienta je někdy těžký oříšek – platí to dodnes a v ještě větší míře to platilo i dříve. V případě nesouhlasu mezi pitevním a klinickým nálezem je patologický anatom rozhodující autoritou.

Při sekci jednoho náhle zemřelého pacienta léčeného na brněnské neuropsychiatrické klinice s nejasným nádorem v zadní jámě mozkové se sešli neuropsychiatr profesor Hubert Procházka, chirurg profesor Julius Petřivalský a patolog profesor Václav Neumann. Klinická diagnóza neseděla. Patolog pak chtěl zasmušilé kliniky trochu utěšit: „No, vy to máte, páni kolegové, těžké. Vy abyste k těm diagnózám měli kněžij jako ve starém Římě, aby vám hádali z vnitřností.“ Profesor Procházka jen znechuceně povzdychl: „Jo, z vnitřností, to by tak ještě někdy mohl tady pan profesor Petřivalský, ale co my chudáci neurologové a psychiatři. My jen věštíme, že tam ty a ty orgány jsou, a jen tušíme, jak asi fungují. To je pak moc těžké věštění.“

MUDr. Svatopluk Káš



Žádné opatření nelze prosazovat silou

Eva Pavlatová
Foto: Leoš Chodura

Prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D., se stal na vrcholu vědecké a pedagogické kariéry ředitelem Fakultní nemocnice Hradec Králové. Jeho současná pracovní náplň se od té minulé naprosto liší, ale každá znamená velkou výzvu.

V mládí jsem inklinoval spíše k matematice a fyzice, na pardubickém gymnáziu jsem si zvolil matematicko-fyzikální směr a chtěl se tomuto oboru věnovat i nadále. Plánoval jsem studium teorie grafů a her na matematicko-fyzikální fakultě, avšak maminka mě přesvědčila, že je třeba studovat medicínu, konkrétně vojenskou medicínu v Hradci Králové. Po několika diskusích jsem její přání nakonec akceptoval a dnes musím říct, že toho nelituji.

Tušíte, proč vás maminka směřovala přímo k vojenskému lékařství? Nebo se jednalo o nějaké rodinné tradice?

Ne, to určitě ne. V jejích úvahách možná hrála roli určitá společenská prestiž a postavení lékaře, ale i ekonomické aspekty, protože finanční zabezpečení studenta vojenské medicíny bylo jiné než studenta civilní medicíny. Pro rodiče se tak moje vysokoškolské vzdělání stalo beznákladovou záležitostí.

Co vás motivovalo ke specializaci v oboru vakcinologie?

Hned po prvním ročníku jsem začal tíhnout k epidemiologii, protože se v ní medicína alespoň trochu pojí s mou oblíbenou matematikou. V té době byla doménou epidemiologů vakcinologie, která není tak „teoretická“ jako epidemiologie. I když v ní intenzivně užíváme různé epidemiologické metody, statistická hodnocení a podobně, mnohem více se blíží pacientům a klasické medicíně. A to byl dů-

vod, proč jsem na katedře epidemiologie postupně konvertoval k vakcinologii a po ukončení školy se naprosto dominantně profiloval v tomto oboru a spojil s ním celou svou životní dráhu.

Měl jste možnost v době studií vyjet na nějakou vojenskou misi, třeba do země „třetího světa“, kterým se tehdejší Československo snažilo pomoci?

Pro příslušníky Československé armády bylo až do konce roku 1989

nemyslitelné vyjet kamkoli. V té době byla naše armáda zcela lokalizována pouze na území států Varšavské smlouvy. Nicméně jsem měl to štěstí, že revoluce přišla téměř současně s ukončením mého vysokoškolského studia. Otevřely se hranice a obrovské obzory. Byť nebyvalo zvykem jít z vojenské školy studovat do zahraničí a jednalo se tak trochu o benevolenci tehdejšího rektora (za což jsem mu vděčný). Okamžitě jsem toho využil a získal stipendium prince

PŘEDSTAVUJEME

Charlese pro studium na Cambridgeské univerzitě, následně také stipendium na Birminghamské univerzitě, které jsem ve finále zvolil a studoval obor poněkud vzdálený od epidemiologie a vakcinologie. Obdržel jsem z něho mezinárodní certifikát a má souvislost s tím, co nyní vykonávám, tedy s řízením nemocnic.

Tehdy jsem se poprvé dostal do zahraničí, což mi umožnilo zdokonalit si naprosto zásadním způsobem angličtinu, ale také proniknout do způsobu výuky ve Velké Británii. Diametrálně se lišila od toho, na co jsme byli zvyklí tady.

V čem byly nejvýraznější rozdíly?

Nejvíce mě překvapilo, že jsme nemuseli školometský opakovat nabílované informace získané čtením učebnic, ale vyučující mnohem více zajímalo, jestli jsme schopni nabídnout nějaké originální řešení, byť by bylo špatné. Když jsem se tam kupříkladu při přípravě na zkoušku ptal, jestli k ní můžeme mít nějakou knihu, koukali na mě jako na blázna a říkali: „Samozřejmě si s sebou vezmete, co chcete.“ Vždyť vůbec nešlo o to opísat nějaké statě z knih. Bylo to ohromně procitnutí a od té doby se můj život ubíral skutečně trochu jinak. Naučili nás myslet, své myšlenky veřejně prosazovat a nestydět se za ně.

Změnilo se to už i u nás? Kam směřuje vysokoškolské vzdělávání v Česku?

Mám poměrně velké obavy ze současné reformy vysokého školství. Podle mého názoru je naprostý nesmysl diskreditovat vzdělávání tím, že student získá vysokoškolský titul za dva roky. Nemyslím si také, že by bylo přínosné vystudovat prostřednictvím internetu. Nejde o to, jestli to bude či nebude někdo schopen zvládnout technicky, jde o chybějící interakci. Měl by zůstat zachován bezprostřední kontakt učitele se žákem. Interakce je geniální v tom, že přicházíte s nějakým svým názorem získaným na základě letitých zkušeností a setkáváte se s leckdy „nepopsanými“ studenty, kteří mají úplně jiný pohled na svět. Na základě diskusí se může objevit něco, co vás zaujme a s čím jste schopni v budoucnu následně pracovat, což je oboustranně nesmírně obohacující. Na přednášce mají studenti unikátní šanci ptát se a ověřovat si, co jen je napadné, a to je při studiu to nejhezčí. Samozřejmě za předpokladu, že pedagog zvládá poutavou formu výuky. Čím méně zkušený kantor, tím více inklinuje k tomu, že si doma připraví jakýsi projev, ten odprezentuje a tím to pro něj

končí. Úplně nejhorší varianta je, když někdo předstoupí před studenty a přečte jim nějaký text. Mě samotného velice bavilo učit a stále baví, i když se k pedagogické činnosti dostávám už jen sporadicky při pokročilých kurzech o očkování a na několika přednáškách na lékařské či farmaceutické fakultě.

Nyní od pedagogiky k vědě. Jak po revoluci probíhal vývoj výzkumu ve vakcinologii?

Kolem roku 1994 jsme měli možnost vycestovat z Vojenské lékařské akademie poprvé za oceán, na konferenci do Montréalu, kde jsem prezentoval výsledky našich studií a vědeckých prací, které zaujaly ředitele pro výzkum jedné farmaceutické firmy. Od té doby se datuje naše spolupráce s komerčním výzkumem. Začali jsme dělat různé klinické studie a během nich se podařilo dosáhnout prioritních světových výsledků.

V zahraničí máme opravdu dobrou pověst. Poslední léta přednáším po celém světě a mám zkušenost, že se mě starší reprezentanti našeho oboru často ptají například na profesora Karla Rašku, celosvětově uznávaného docenta Zdeňka Ježka a další osobnosti; je poznat, že v nich zanechaly hluboký dojem. Mám obavu, že v České republice se na ně trochu zapomíná, zatímco v zahraničí naopak. Tak už to bývá...

Od dob profesora Ježka, který se podílel na eradikaci varioly, uplynulo již několik desetiletí. Jak se vakcíny mění technologicky a jaké jsou nejnovější poznatky v tomto oboru?

Jeho rozvoj je obrovský a měl jsem trochu štěstí, že už kandidaturu jsem připravoval na hepatitidě A a na možnostech tehdy ještě neexistujícího očkování proti ní. Jednalo se spíše o profylaxi gamaglobulinem. Naprostá většina lidí si myslela, že se v této „nezajímavé“ oblasti už nemůže nic stát... a pak přišla vakcína. Díky náhodě jsem byl v té době vlastně nejvíce odborně připravený, protože jsem se tomuto onemocnění a možnostem profylaxe věnoval.

Nové vakcíny jsou stále komplikovanější a do budoucna je těžké predikovat, co jednou budeme mít k dispozici. Čím je vakcína složitější, tím se samozřejmě musí pečlivěji sledovat možnost výskytu případných nežádoucích účinků. Pokud třeba pracujeme s DNA vakcínami, musíme mít na paměti, aby nedocházelo ke změně DNA výbavy. Ovšem podotýkám, že DNA vakcíny v tuto chvíli nejsou ve vývoji tak daleko, jak se ještě před

dvaceti lety předpokládalo. Stále je většina vakcín buď postavena na klasických technologiích, nebo využívají syntetické proteiny, konjugované polysacharidy a podobně.

Většina obyvatel naší země se k očkování staví pozitivně, přesto ale mezi lidmi přetrvávají mnohé mýty a předsudky a někteří rodiče se vakcinace bojí a nechťejí své dítě dát očkovat. Čím si to vysvětlujete?

To je další věc, která se tady v posledních letech prudce mění. Nyní probíhá masivní kampaň proti tomu, abychom očkovali povinně, ale dlužno říci, že podle posledního průzkumu veřejného mínění v České republice si 80 procent občanů myslí, že očkování je zapotřebí. Nejde totiž pouze o to ochránit sami sebe nebo své děti, ale nepřímo chráníme i ostatní populaci, protože vlastně bráníme cirkulaci bakterie nebo viru. Logicky se vždy vyskytuje určité procento lidí, které prostě nemůže být proočkováno, protože má nějaké zdravotní kontraindikace. Širokou proočkovností ostatních je však přednázkou ochráněno také. A to tyto bojovníky za svobodné rozhodování v rámci očkování nevidí a opomíjejí.

Na druhou stranu neříkám, že očkování opravdu musí být povinné. Možná je to trochu přežitek minulosti. Podle statistik v evropské „sedmadvacítce“ je proočkovanosť po-

hybující se na úrovni 80–85 procent velmi vysoká. Nejdůležitější je však informovanost. U nás jsme si za léta totality zvykli uvažovat tak, že o tom, co je povinné, se domníváme, že je zároveň dobré a bezpečné, zatímco to, co je nepovinné, zřejmě ani není potřeba. Naproti tragicky z tohoto smýšlení vychází očkování proti chřipce, neboť u nás je proti tomuto onemocnění jedna z nejnižších proočkovností v Evropě. A doslova „medvědí službu“ nám navíc prokázala pandemická „prasečí“ chřipka, při které se lidé falešně utvrdili v tom, že se jedná pouze o jakýsi tanec farmaceutických firem. Proočkovanosť proti chřipce tak meziročně ještě více klesla.

Co by lidé měli vědět nebo co by je mohlo přimět k tomu, aby očkování nepodceňovali?

Myslím si, že informace o očkování by neměly pocházet z reklamních kampaní. Ve slušné společnosti je svým obyvatelům předává stát. Na konferenci v Lucemburku, kde se představovaly kampaně na očkování, byla Česká republika jedinou zemí, ve které je stát neorganizuje. Přitom právě ten má přístup do prime time veřejnoprávní televize i do různých jiných masmédií a mohl by třeba ve dvaceti minutách celou problematiku detailně vysvětlit. Pak by se nemohlo objevovat například firemní sdělení „Nemoc vás zabije, očkujte se!“,

kteří někoho vyděsí, dalšího odradí, ale nic nesdělí.

Bohužel se podle našeho průzkumu liší například i přístup lékařů, konkrétně pediatričtů z doby, kdy očkování proti pneumokokovým nálezům ještě nebylo plošné. Pokud přijde rodič za dětským praktickým lékařem, který třeba věří v užitečnost očkování právě proti pneumokokovým nálezům, má ve své ordinaci stoprocentní proočkovanosť. Jiní očkovali pouze 5 až 10 procent dětí, a to zřejmě pouze ustoupili těm nejagresivnějším rodičům, kteří očkování pro své potomky chtěli.

Jak jsou vůbec možné tak velké rozdíly?

Nezapomenu na diskusi s jedním tatínkem, který se bránil, aby jeho dítě bylo očkováno – paradoxně právě ono pneumokokem onemocnělo. Sotva přežilo, očekával jsem, že otec pochopí, co dělal špatně, ale on si i nadále myslí, že očkovat se nemá. Celosvětovou kampaň proti očkování vedou lidé, kteří s vakcinologií nemají moc společného. Populární je například Viera Scheibnerová z Austrálie, emigrantka ze Slovenska, která vystudovala mineralogii a teď je největším expertem na očkování v tom smyslu, že jej absolutně potírá. Jiný vyznavač „neočkování“ opustil farmaceutický průmysl a tvrdí, že jsou v něm všichni podplaceni. Myslím si, že si na těchto dezinformacích zavedli velmi



Informace o očkování by neměly pocházet z reklamních kampaní. Ve slušné společnosti je svým obyvatelům předává stát.

výnosnou živnost, neboť Viera Scheibnerová prodává ve Spojených státech 20 až 30 tisíc výtisků svých knih ročně v ceně přibližně 30 dolarů za publikaci. Spočítejte si, jaký má výtěžek v rámci celosvětového působení. Pokud bych chtěl šířit „osvětlu“ a být důvěryhodný, dělal bych to zadarmo.

Z jiného soudku, blízkého vašemu armádnímu působení: Vyvíjejí se u nás v rámci vědeckého výzkumu biologické zbraně?

Biologické zbraně se v civilizovaných zemích v současné době na státní úrovni i díky přijaté doktríně již řadu let nevyvíjejí. Otázka biologických zbraní však byla samozřejmě vždycky zájmem všech armád, takže každá má svůj obranný biologický výzkum. I ten je ale v poslední době limitován, proto se mu státy už nevěnují tak intenzivně. Po útoku teroristů v New Yorku 11. září 2001 se začalo poměrně masivně harašit biologickými zbraněmi. Po Spojených státech se prostřednictvím různých kontaminovaných obálek šířil antrax, a proto v rámci NATO došlo k zabezpečení biologické ochrany, kterému se nevyhnula ani Česká republika. Vybudovali jsme Centrum biologické ochrany Těchonín a dnes pro tento nákladný komplex jen obtížně hledáme naplnění.

Navíc se s odstupem času ukazuje, že riziko pocházející ze zneužití biologických prostředků bylo zřejmě trochu uměle nadhodnocené a nemusí být až tak vysoké. Sice se říká, že biologické zbraně jsou atomovou zbraní chudých, ale ono to není tak prosté. Použití různých aerosolů tak, jak se původně předpokládalo, vyžaduje nebyvale náročné technologie a obrovské znalosti. Navíc rozprášené mikroorganismy poměrně rychle uhynou, nedají se rozptýlit na dostatečnou vzdálenost a mají ještě mnoho dalších omezení, takže riziko pramenící z použití biologických zbraní teroristy je relativně malé.

Probíhá nějaký výzkum na obranu před nimi?

Ve světě by nyní neměl probíhat žádný útočný výzkum, ale stále se hledají různé protilátky a vakcíny na eventuálně zneužitelné prostředky. Pokud pomíneme možnost vzniku chimérických mikroorganismů s nejméně jedním vlastnostmi, mohou nastat dvě hlavní hrozby – šíření varioly a antraxu. Díky svým unikátním vlastnostem jsou považovány za nejnebezpečnější a nejvíce zneužitelné. My jsme samozřejmě také pracovali na obranném výzkumu, ale v oblasti vojenského biologického výzkumu pro něj není tak veli-



ký prostor. Náklady na potenciální vývoj vlastních vakcín jsou obrovské a zájem komerční sféry malý. Dovedete si představit, že vyvineme vakcínu například proti brucelóze a řekneme, že budeme očkovat celou populaci? Od počátku jsme se věnovali výzkumu na pomezí vojenské a civilní problematiky a postupem času již převážila civilní.

A jaké jsou vaše nejnovější úspěchy?

Řada výsledků našeho výzkumu získala celosvětovou prioritu, například v oblasti konjugovaných pneumokokových vakcín. První byla vakcína proti zánětu středního ucha. Avšak to, co zřejmě nejvíce zahýbalo světovou veřejností, bylo prokázání, že není vždycky dobré používat profylakticky paracetamol, neboť se snižuje imunitní odpověď organismu. Tento poznatek se nám podařilo etablovat v tak prestižním tisku, jako je časopis The Lancet.

Měl jsem možnost vést několik velkých mezinárodních týmů v rámci různých klinických zkoušek jednotlivých preparátů a v podstatě se dá říci, že většina registrovaných vakcín z poslední doby procházela naším pracovištěm. Teď kupříkladu vakcína proti meningokokovu typu B.

Nyní jste po všech vědeckých a pedagogických postech dospěl k funkci ředitele fakultní nemocnice. Máte alespoň příležitost v praxi aplikovat teorii získanou studiem ve Velké Británii. Lákala vás tato práce?

Bylo to velice komplikované a složité rozhodování. Uvědomoval jsem si, že mým novým postavením bude postižen můj profesní odborný život a že nebudu mít tolik prostoru pro vědu, kolik jsem dosud měl. Což se potvrdilo v míře vrcho-

vaté. O svém rozhodnutí přihlásit se do konkurzu jsem diskutoval jednak se svým předchůdcem, docentem Hegerem, který byl v té době rozhodnut, že odejde do politiky, a žádal mě, abych se konkurzu zúčastnil, jednak jsem vedl poměrně detailní rozhovor se současným panem arcibiskupem. A na základě těchto dvou dialogů jsem se rozhodl.

Jste si s arcibiskupem Dominikem Dukou nějak blízce?

Hradec Králové je trochu jiná lokalita než Praha. V tomto městě se vždy úzce stýkala armáda, církev a univerzita a myslím si, že k sobě máme velice blízko. Ačkoli rozhodně nejsem věřící, lidí z královéhradeckého biskupství si velice vážím a čas od času jsme spolu vedli zajímavé debaty.

Nelitujete svého rozhodnutí?

Post ředitele je nesmírně rizikový. Nevíte dne ani minuty, kdy na něm můžete do konce pracovního dne skončit. Fascinuje mě, když se někteří lidé ve vysokých funkcích holedbají, jaké by mohli mít „zlaté padáky“ ve výši 5 nebo třeba i 24 platů. Pokud se podívám na svou pracovní smlouvu, tak můj pracovní poměr vznikl jmenováním, a pokud budu dnes odvolán, mám zajištěnou mzdu pouze do konce tohoto dne. Přitom s sebou tato funkce nese naprosto bezbřehou zodpovědnost.

V akademickém sektoru není tolik problémů, a pokud se vyskytnou, je na jejich řešení dostatek času. V nemocnici je člověk z hlediska všech vjemů velice zatížený a na řešení stovek operativních problémů má čas řádově několik minut. A pak už nemá šanci se k nim vrátit. V žádném případě se nechci odtrhnout od své původní profese, i nadále inklinuji k vědě. Moje vize, že bych mohl zvládnout para-

lelně oba tyto obory naplno, však byla zcela lichá a na vakcinologii mi zbývá čas jen po večerech, o víkendech a dovolených, což mě trochu trápí. Jinak je ale na ředitelské funkci řada velice zajímavých aspektů, které mě svým způsobem obohacují a velice baví.

Co vás baví nejvíce?

Vyjednávání. Vzhledem k tomu, že nemáme přebytek prostředků, musíme je alokovat tak, abychom vyšli. Samozřejmě se to v řadě případů lidem nelíbí a poté dochází k jednání se zástupci odborové organizace. Tehdy jsou důležité vyjednávací schopnosti a umění komunikace. Opakovaně jsem se přesvědčil, že jakékoli opatření nelze prosazovat silou. Probíhá velice citlivé a dlouhé vyjednávání, kdy si musí obě strany vyjasnit svá stanoviska. Musím umět vysvětlit, že skutečně nemůžeme jít za určitou hranici. Je také nutné naučit se respektovat druhou stranu. Domnívám se, že velice důležitá je i vzájemná důvěra, takže naši odboráci mají jistotu, že bych jí nezneužil a nesnažil bych se na jejich úkor získat navíc nějaké prostředky. Velmi mě těší, že se mi daří se s nimi dohodnout.

Mnozí si dobře uvědomují, že kdyby dosáhli krátkodobého úspěchu a já bych třeba lékařům navýšil plat nad onu finančně únosnou hranici, z dlouhodobého hlediska by poté mohl nastat problém. Přesně to se stalo v nemocnici v Pardubicích, která šla cestou libivé politiky, prudce navyšovala mzdy a nyní je ve velikém propadu. V takových zařízeních pak může docházet k jakémusi obrácenému exodu – někteří lidé odcházejí za jistotou stabilnějších podmínek a migrují do okolních nemocnic.

Přezval jste po docentu Hegerovi vedle pozice i jeho styl práce, ne-

bo jste přišel s novými postupy a myšlenkami?

Nemocnice byla ve výborné kondici, nepochybně patřila a stále patří mezi naše ekonomicky nejzdravější zdravotnická zařízení, a zejména co do výstavnosti jde o naprostou špičku v republice. Na druhé straně přesto, že k sobě máme s panem ministrem velice blízko, stylem řízení se diametrálně lišíme. Až praxe ukáže, jestli tyto rozdíly mají nějaký vliv na kvalitu řízení nebo na to, kam nemocnice směřuje. Osobně si myslím, že není nutné kopírovat styl svého předchůdce. Zájem by měl být o to, aby nemocnice směřovala tam, kam směřovat má.

Současná situace je ale mnohem složitější než před několika lety. I když se v minulosti také vyskytovala těžká období, kdy bylo problematické udržet se v černých číslech, naše nemocnice nikdy nespadla do mínusu. V příštím roce se ovšem může zkomplikovat naprosto vše, protože se vláda nechystá kompenzovat změny, které logicky vyplynou třeba ze zvýšení DPH nebo z navýšení platů, a je jasné, že potřebné finance bude nemocnice muset ušetřit a dodat z vnitřních zdrojů. Pojišťovny již deklarovaly, že nemíní navyšovat platby, takže tato složitá situace bude vyžadovat nepochybně nevšední úsilí. V tuto chvíli ještě nejsem úplně přesvědčený o tom, že se to podaří. V systému se sice do určité míry šetřit dá, ale ta míra musí být reálně dosažitelná. Je tedy otázkou, zda se to bytí za pomoci restrukturalizace lůžek a snižováním jejich počtu vůbec podaří. Domnívám se, že přijde jedno z nejnáročnějších porevolučních období.

Hodně se také mluví o korupci. Jaký je váš názor na úplatnost ve zdravotnictví?

Uvažuji o strategii boje proti korupci. Současné nastavení považují, použijí-li vojenskou terminologii, za kobercový nálet se snahou vybombardovat úplně všechno, zatímco já bych volil strategii cílených úderů. Pokud je někdo odhalen, necht' je souzen, odsouzen a pyká, ale pokud někteří novináři zveřejňovali majetky ředitelů fakultních nemocnic s titulem „V nemocnicích mizí miliardy a toto jsou milionové majetky ředitelů“, je to naprosto podúrovňové. Leckdo mohl získat majetek legálně zdaněnými příjmy nebo třeba dědictvím, což nemá vůbec nic společného s jeho pracovním zařazením.

Sám jsem necítil potřebu zveřejnit svůj majetek, který jsem všechn nabyt před dobou, než jsem nastoupil na post ředitele fakultní

nemocnice, a mám naprosto čisté svědomí v tom, že jsem nikdy v životě neval žádný úplatek. Takto nastavená strategie boje s korupcí ve zdravotnictví vyvolává dojem jakéhosi hlubšího pozadí.

Mám pocit, že jde v podstatě o to navodit politickou atmosféru, že není třeba do zdravotnického sektoru přidávat prostředky. Byť je systém podfinancován, žehrá se na to, že peníze v něm jsou, avšak jsou intenzivně rozkrádány. Což by se ovšem dalo říci o každém resortu. Jenomže kvůli této situaci se nyní dramatičtější ztížila možnost lékařů vyjet na kongres, který by byl sponzorovaný nějakou firmou.

Nepopírám, že existují lékaři, kteří se snaží ovlivnit výběrové řízení, aby měli nejlepší a nejdražší preparáty, ať už z důvodu, že je chtějí pro pacienty, nebo proto, že jsou skutečně upláceni a „cesta na kongres“ (v těchto případech spíše turistika) by mohla být vnímána jako jistá forma úplatku. Výběrový mechanismus však – pokud je dobře nastaven – zmanipulování výběrového řízení neumožní, protože o tom, co se vybere a co se nevybere, rozhoduje ve finále management nemocnice. Takže sankcionovat plošně všechny lékaře mi připadá jako velmi špatné rozhodnutí.

Pokud by toto platilo beze zbytku i do budoucna, přestane část českých lékařů jezdit na kongresy, protože nemocnice na takové cesty mají jen velmi omezené prostředky. A zafinancovat jejich výjezd z veřejných zdrojů nebo přes různé neadresné fondy nebude vůbec jednoduché. Nedovedu si představit, jaký by to mělo dopad na mladou generaci lékařů, která chce něco prezentovat v zahraničí a také získat nějaké nové poznatky. Česká republika by byla svou absencí na kongresech naprosto unikátní.

Jaké byste navrhoval řešení?

Protikorupční opatření musí být nastavena v celé společnosti a bohužel politici musí začít u sebe. Ve zdravotnictví by systém zabírající korupci měl být povýšen o patro

výše a měly by se stanovit referenční ceny, ale objektivně, za které by poté nemocnice nakupovaly. Stávající pan ministr je nepochybně naprosto neúplatný člověk, osobně si však myslím, že takovýchto politiků je spíše menšina.

Co soudíte o připravované reformě zdravotnictví?

Když se podíváme do světa i k nám, v podstatě neexistuje fungující zdravotnický systém. Každý se za pár let nějak posune a je třeba ho opět změnit. V jeho složitosti se v něm vždy najdou mechanismy, které začnou zneužívat zdravotnickou péči. Pokud spustíme metodiku „platby za výkon“, začneme po pár letech generovat procenta zbytečných výkonů a bude třeba stanovit mantinely. A takových příkladů bych mohl uvést mnohem více.

Po revoluci se mnozí snažili představit nějakou reformu a v podstatě ji nikdo nepředstavil. Holedbání se, že během pár měsíců připravíme to „pravé ořechové“, je podle mě nesprávný přístup. Stačí se podívat třeba do Spojených států, kde ve ztracenu končí slavná Obamova reforma. Když hovořím s lidmi z Kanady, říkají: „Máme tady hrozně špatný systém zdravotnictví, podívejte se do Spojených států, jak to tam funguje!“ A když se podíváte do USA, tam zase křičí: „V Kanadě to je mnohem lepší než u nás.“

Osobně si třeba nemyslím, že bychom měli stanovovat poplatky za vstup do nemocnice nebo poplatek za návštěvu lékaře na pohotovosti, ale naprosto souhlasím s tím, aby se vybíral poplatek při vstupu ke specialistovi bez doporučení či poplatky za den hospitalizace. Když se podíváte, o kolik za posledních pět let narostly počty privátních specialistů, jde o nekontrolovatelný rozmach a zdravotnictví ztrácí obrovské prostředky. Neznamená to, že bychom chtěli z lidí tahat peníze, ale potřebujeme zregulovat síť specialistů; jistě však i nemocnic a z hlediska zátěže též praktických lékařů.

Pacienta ovšem chybně nastavený systém nezajímá. Proč by ho měl regulovat on sám, že bude spolu se zdravotním pojištěním ještě platit regulační poplatky specialistovi?

Roli regulátora měla samozřejmě sehrát pojišťovna, ale bohužel se tak nestalo, takže nyní by měl být vyvinut tlak na lidi, aby ke specialistům nechodili přímo, bez doporučení praktického lékaře.

Vůbec není jednoduché vymyslet způsob hospodaření ve zdravotnickém sektoru. Bytostně se mi například příčí názory zejména levicové části politického spektra, že všichni pacienti mají dostat všechno, co je ve zdravotnictví k dispozici, a neměl by být stanoven nadstandard. Samotné zdravotnictví by bylo schopno zkonzumovat celý hrubý domácí produkt. Pokud tedy uvažujeme reálně, musíme si prostě uvědomit, že se prodlužuje délka života na 80–85 let a toto prodloužení života například při maligním nebo kardiovaskulárním onemocnění něco stojí. Ale ani v 86 letech stále nechceme umřít a chceme veškerou péči. Náklady za každý den, týden a měsíc v takto vysokém věku zvláště u některých pacientů jsou obrovské. Některé procedury jsou skutečně nadstandardní a neměl by na ně mít nárok nikdo, pokud si je nezaplatí. Nemyslím si ale, že bychom měli rozdělit společnost na bohaté a chudé. Jen je nutná regulace, protože si společnost nemůže dovolit poskytnout všem úplně všechno. Jakmile se nejedná o záchranu života, musíme vyšší kvalitu péče zvažovat jako nadstandardní.

Nechtěla bych být v roli toho, kdo bude rozhodovat o tom, co která kvalita péče udělá se zdravím člověka.

Ve Spojených státech se v 80. letech řešil takzvaný Oregonský experiment – pokus o sestavení pořadí medicínských procedur podle jejich významu. Jedna otázka zněla, zda by bylo lepší zachránit dva tisíce lidí podáním antibiotik, nebo za stejnou částku provést transplantaci orgánu u jednoho pacienta. Každý chtěl zachránit těch dva tisíce lidí. Následující otázka ale poukázala na to, co kdyby ten jeden pacient čekající na transplantaci byl někdo z rodiny nebo významná osobnost, třeba nositel Nobelovy ceny... Rázem se na stejnou situaci člověk dívá úplně jinou optikou. V medicíně bylo tudíž takové dělení zrušeno, protože se musí najít a stanovit jiné zákonnosti, které by bylo možno uplatnit. Není prostě možné taxativně říci: „Vy ještě léčbu dostanete a vy už ne!“

PŘEDSTAVUJEME

prof. MUDr. Roman Prymula, CSc., Ph.D.

* 4. února 1964
v Pardubicích

Po studiu na Lékařské fakultě UK a Vojenském lékařském výzkumném a doškolovacím ústavu JEP v Hradci Králové postupně získal atestaci I. stupně v oboru hygiena a epidemiologie, nástavbovou atestaci z epidemiologie, titul kandidáta věd, docenturu v oboru epidemiologie, nástavbovou atestaci v oboru veřejné zdravotnictví, titul Ph.D. v epidemiologii, atestaci v oboru lékařská mikrobiologie a profesuru z hygieny, preventivního lékařství a epidemiologie.

Zároveň studoval na Birminghamské univerzitě, kde získal mezinárodní atest v řízení nemocnic. Po návratu z Velké Británie nastoupil v Hradci Králové na katedru epidemiologie Vojenské lékařské akademie JEP, kde prošel celým cyklem pozic od asistenta až po vedoucího katedry a prorektora pro pedagogickou činnost. V roce 2002 byl zvolen rektorem a tuto funkci vykonával do doby, než byla škola zákonem reorganizována. Od roku 2004 vykonával funkci děkana Fakulty vojenského zdravotnictví Univerzity obrany až do roku 2009, kdy byl jmenován ředitelem Fakultní nemocnice Hradec Králové.

Je předsedou České vakcinologické společnosti ČLS JEP a předsedou poradního sboru hlavního hygienika pro epidemiologii, členem imunizační komise MZ ČR, biologického poradního výboru Ústředního krizového štábu, členem Management Board of European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) ve Stockholmu, International Scientific Working group on TBE (ISW-TBE) ve Vídni, European Scientific Working Group on Influenza v Rotterdamu, předsedou Central European Vaccine Advisory Group a členem dalších mezinárodních odborných společností. Je oponentem časopisů The Lancet, Vaccine, International Journal of Infectious Diseases, International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, Wiener Medizinische Wochenschrift, Expert review of vaccines, BMJ. Je ženatý a má 2 děti.



ZE SPOLEČNOSTI

Zemřel profesor Elleder

25. září 2011 zemřel po delší nemoci ve věku 72 let bývalý proděkan 1. lékařské fakulty UK a emeritní přednosta Ústavu dědičných metabolických poruch 1. LF UK a VFN v Praze **prof. MUDr. Milan Elleder, DrSc.**



Milan Elleder se narodil 5. prosince 1938 v Praze. Na Fakultě všeobecného lékařství UK promoval v roce 1964. Poté až do roku 1993 působil na Hlavově I. patologicko-anatomickém ústavu. Z patologie atestoval v letech 1973 a 1978. V roce 1988 obhájil doktorskou disertační práci, v roce 1989 byl habilitován a v roce 2001 jmenován profesorem patologie. V letech 1990–1996 vykonával funkci proděkana pro vědu 1. LF UK. V roce 1994 stál u zrodu dnešního Ústavu dědičných metabolických poruch 1. LF UK a VFN, v jehož čele působil až do roku 2009. Toto pracoviště vzniklo sloučením Diagnostického centra dědičných metabolických poruch profesora Josefa Hyánka a Laboratoře pro výzkum proteosyntézy RNDr. Jany Ledvinové. Tím byla od počátku dána úzká propojenost vědecko-výzkumné a diagnostické

Foto: Leos Chodura

práce na poli dědičných metabolických poruch.

Systematicky se zabýval studiem patogenetických mechanismů u lyzozomálních onemocnění a v problematice Niemannovy-Pickovy nemoci a neuronální ceroidlipofuscinózy byl mezinárodně uznávanou autoritou, která stála při definování těchto nemocí. Je autorem 221 odborných publikací, vedle toho sestavil řadu výukových materiálů, zejména „Vybrané kapitoly z biologie buňky“, které jsou dnes k dispozici studentům v rámci e-learningu 1. LF UK. V české vědecké komunitě prosazoval moderní způsob evaluace

výzkumné práce a podporu základního výzkumu v biomedicíně. Byl jedním ze zakládajících členů koordinační rady pro studium biomedicíny sdružující biomedicínsky zaměřené fakulty UK a pracoviště AV ČR, dále byl členem Akademického sněmu AV ČR, Učené společnosti ČR a České lékařské akademie a členem výboru European Study Group on Lysosomal Diseases (ESGLD). Byl nositelem řady cen včetně Ceny ministra zdravotnictví ČR a ceny Učené společnosti ČR. V letošním roce byl 1. lékařskou fakultou UK navržen na udělení Národní ceny vlády Česká hlava. (mč)

Podzimní setkání s Českou lékařskou akademií

Dovolujeme si pozvat lékařskou a zdravotnickou veřejnost, včetně posluchačů medicíny, na první ze série setkání s významnými osobnostmi České lékařské akademie, jež proběhne 18. 10. 2011 od 17.00 hod.

sloví přednášku na téma „Transplantace srdce, nebo umělé srdce?“. Místem konání přednášky bude Akademický klub 1. LF UK ve Faustově domě. Srdečně zveme všechny zájemce.

Přednosta Kardiocentra IKEM prof. MUDr. Jan Pirk, DrSc., FCMA, pro-

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

Infuzní technika slaví 60. výročí

Zatímco minulý rok se vzpomínalo na objevitele infuzních roztoků, letošní oslavy patří infuzní technice. Od roku 1951, kdy spatřil světlo světa první lineární dávkovač, se infuzní systémy s vývojem nových technologií stále zdokonalují. Jak vypadaly před šedesáti lety a v jakých parametrech se lišily od těch dnešních?

První lineární dávkovač

První lineární dávkovač přivedla na svět ve spolupráci s dr. Hessem společnost B. Braun, která se nejen díky tomuto počínu dodnes řadí k nejvyspělejší výrobci infuzní techniky. Princip lineárního dávkovače byl znám již v průmyslovém odvětví a postupně se začal implementovat i do zdravotnictví. Přístroj měl nastavenou jednu konstantní rychlost a sloužil výhradně k podávání katecholaminů v intenzivní péči. Postupně přišel požadavek podávat tímto způsobem i další léky, a tak v roce 1959 vznikl přístroj druhé generace – Unita 12, který měl již dvanáct rychlostí.

Pumpa pro velké objemy léčiv

Svou roli ve vývoji infuzní techniky nehrála pouze rychlost, ale také objem a bezpečnostní prvky.

Vedle lineárních dávkovačů, které pracují s „nízkoobjemovými“ injekčními stříkačkami, jejichž píst stlačují, byla na počátku 70. let vynalezena infuzní pumpa. Ta slouží pro kontinuální aplikaci velkých objemů (i více než jeden litr). Jak se takové množství tekutin aplikovalo pacientům před tímto vynálezem? Využíval se gravitační zákon, podání však podle názoru odborníků nemohlo být přesné.

Alarmy pro bezpečnost pacienta

V dalších letech se vývoj soustředil na bezpečnost pacienta. Práci zdravotnického personálu usnadnil systém alarmů a předalarmů, který signalizoval blížící se konec infuze. Sestry tak získaly čas na přípravu další dávky léku. Infuzní pumpy byly doplněny o detektory vzduchu v infuzních setech

a u pacientů se tak snížil výskyt vzduchových embolií. Kapkové senzory zaregistrují konec infuze a tlaková čidla okluzi v infuzním setu.

Dnešní pumpy obsahují také alarm z prodlení, který ohlašuje, že přístroj byl zapnut, ale nebylo spuštěno podávání infuze. „Dochází k tomu v případě, kdy sestra zapne pumpu, ale v průběhu nastavování parametrů před spuštěním infuze musí přerušit činnost a například řešit urgentní stav jiného pacienta. Přístroj hlásí, aby se vrátila a dokončila jeho nastavení a spuštění infuze,“ popisuje nové funkce infuzních přístrojů ředitel společnosti B. Braun PharmDr. Jiří Lukeš.

Současný vývoj

Další snahou techniků bylo omezit závislost vyvíjených produktů na elektrické síti, zpřístupnit in-

fuzní pumpy i pro domácí použití, pro potřeby transportu, sjednotit infuzní systém na jednotlivých odděleních nemocnice a propojit ho s monitoringem. Dnes se do infuzních pump nahrává knihovna léčiv, která přináší další zvýšení bezpečnosti pro pacienty i pro obsluhu. Pokrok v této oblasti je za šedesát let neuvěřitelný. Pokud by se srovnávaly přístroje z 90. let (Perfusor Compact) s dnešní generací (Space), bude to stejné, jako porovnávání vývoje mobilních te-

lefonů. I ty dnešní slouží k volání a psaní zpráv, jejich systém je však mnohem propojenější a nabízí řadu nepřeborných funkcí. Vy, starší lékaři, si původní přístroje možná pamatujete. Pokud si chcete zavzpomínat a vzít s sebou i mladší kolegy, navštivte ve druhé polovině října kavárnu Café B. Braun (Sokolská 31, Praha 2), kde bude až do poloviny listopadu zpřístupněna pro veřejnost sbírka historických exponátů. (red)



Foto: archiv B. Braun

Inzerce A111015906

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 webové diskusní fórum.

Generální partner



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?

Rukověť léčby schizofrenie pro 21. století

Jasně a systematicky strukturovanou monografii „Schizofrenie – Jak předejít relapsu aneb terapie pro 21. století“ autorů Lucie Bankovské Motlové a Filipa Španiela bych raději nazval skvělým manuálem pro (v současné době dostupné) pochopení mnohotvárného onemocnění, jakým schizofrenie – míněno v plurálu – dozajista jsou.

Ani jedno označení však není plně uspokojivé, protože „monografie“ ve svém pojetí nese jakousi akademickou suchost a „manuál“ může snadno sklouznout k plebejskému zjednodušení. Recenzovaná publikace našťásti netrpí ani jedním z těchto neduhů, autoři naopak dokázali vnést svěžího ducha optimismu a naděje do současného pojetí teorie schizofrenií a jejich léčby i prognózy.

Pomůže přejmenování destigmatizaci?

Ve svazku o rozsahu kolem stovky stran autoři postupují od úvodní úvahy, zda název schizofrenie přežije 21. století, přes kapitolu věnovanou klinickému obrazu onemocnění (a jednotlivým symptomům) až k diagnostice a diferenciální diagnostice s popisem základních psychopatologických fenoménů, jež se u schizofrenií vyskytují. Klasický obraz schizofrenie, či přesněji Kraepelinovy předčasné demence, rozšířený Eugenem Bleulerem do geniální koncepce schizofrenie s jeho 4 „áčky“ do svědčujícími propojenost emoční a kognitivní stránky lidské psychiky (nyní poněkud potlačenou suchými klasifikátory, vybavenými jen nedokrevnou anglosaskou psychopatií) autoři srovnávají se současnou klinikou schizofrenií. Ta se zdá mít s původním popisem málo společného, zejména díky psychofarmakologické léčbě a moderním psychosociálním přístupům i psychiatrické rehabilitaci – to vše postiženým umožňuje samostatný život i návrat do aktivního života. Autoři proto empaticky propagují změnu názvu choroby, jenž s sebou nese stigma devastace a nevléčitelnosti, tak, aby nové pojmenování více odpovídalo současnému stavu prognózy onemocnění a vedlo k postupné destigmatizaci.

Celosvětová shoda

Publikace dále jasným a přehledným způsobem popisuje jednot-

livé charakteristické symptomy. Tuto přehlednost ještě zdůrazňuje tabulky věnované jednotlivým symptomům i fakt, že autoři ilustrují teorii praktickými příklady. S potěšením zaznamenávám u nás dosti málo používaný pojem tangenciality. Tato část je přirozeně doplněna přehledem diagnostických kritérií jak z MKN-10, tak z DSM-IV.

Klíčový je oddíl věnovaný vývoji, průběhu a prognóze, jenž shrnuje současné poznatky a v důsledku toho i korekce v datech těchto ukazatelů. Oproti tradované frekvenci výskytu nemoci v populaci asi kolem 1% autoři předkládají ještě vyšší zjištění celoživotní prevalence, a to 2–3%. Nemění se přitom poznatek, že výskyt této poruchy je na celém světě podobný (pravděpodobně s výjimkou některých regionálních a religiálních izolátů). Je podivuhodné, jak tato celosvětová shoda ve frekvenci výskytu schizofrenií přetrvávala do současné doby nezávisle na zvolené klasifikaci a sofistikovanosti metod zpracování.

Zlaté pravidlo terapie

Krásně, moderně a podrobně je v publikaci popsán průběh choroby a tento popis bychom měli mít stále na paměti. Zdůraznění pseudoneurastenické fáze začátku onemocnění bylo myslím uváděno již před mnoha lety v „klasické diagnóze“ např. Wilhelmem Mayer-Grossem a mám dojem, že i Myslivičkem. Je neobyčejně důležité pro časnou diagnostiku a léčbu a je zásluhou autorů a mladší generace psychiatrů, že její význam dodnes zdůrazňují, podrobně popisují a zakotvují ji v osnově sledování léčby i v období po propuštění pacienta z nemocniční léčby (viz časné varovné příznaky, prevence relapsu, ITAREPS). Celou monografií se jako červená nit vine důraz na „zlaté pravidlo terapie schizofrenií“, a to že pro zlepšení její prognózy je možno



Lucie Bankovská Motlová, Filip Španiel
1. vydání, 2011
Praha, Mladá fronta, edice Aeskulap
112 stran

v 21. století udělat dvě věci: včas a správně léčit první ataku onemocnění a nedopustit relaps, jemuž se autoři opakovaně a oddaně – s velkou edukativní dovedností – věnují.

Výlety do mikrosvěta

Oddíl věnovaný neurobiologii schizofrenie je osvětleným a kvalifikovaným klopýtáním ve tmě. Nemůže tomu být jinak, když jsme stále na počátku rozvoje neurovědy a teprve nyní si začínáme uvědomovat vesmírný rozsah mikrosvěta každého jednotlivého mozku. I když rozvoj nástrojů vhodných pro jeho zkoumání postupuje rychle, stále ještě nejsou dostatečné. Součástí zkoumání v nastávajícím věku budou dozajista stále častěji výlety až do kvantového světa. Velmi přínosné je koncizní shrnutí znalostí odchylek ve struktuře mozku a přínosu i pochyb vyplývajících z výsledků zobrazovacích metod. Stejně střizlivé je hodnocení znalostí genetického podkladu schizofrenie i vlivů prostředí a jejich interakce. Touha

po monogenním vysvětlení schizofrenie vymizela již před dlouhou dobou, i když patrně nelze vyloučit malý podíl takto podmíněné poruchy, vyskytující se s výrazným familiárním rozvrhem. Polygenní dědičnost, dříve metodicky těžko zvládnutelná nebo nezvládnutelná, bude více zpřístupněna též díky rozvoji metod molekulární genetiky, optogenetiky a dalších.

Kvalifikované klinické koučování

Zásady psychofarmakologické léčby dříve a nyní jsou přehledně a jasně vysvětleny a logicky navázány na výsledky studia neurobiologie psychotických poruch a schizofrenie a v podstatě soustředěny na dopaminergní hypotézu schizofrenie. Toto omezení umožňuje vyhnout se únavným tancům mezi argumenty zastánců jiných hypotéz, ve čtenáři to vyvolává optimismus, odvahu k akci a vede k přeskočení stohů publikací celého minulého století – již jen listování jimi by nás nejspíš ponořilo do chmurné rezignace.

Na posledních cca třiceti stranách publikace jsou shrnuty teoretické znalosti i praktické zkušenosti autorů. Jde o rozhodující část manuálu, cíleného na moderní vedení pacientů trpících schizofrenií. Jedná se o kvalifikované klinické koučování zaměřené na zabránění nonadherence pacientů k lékům, sledování symptomů nastupujícího relapsu (a jeho včasné zabránění). Podrobně jsou popsány praktické aplikace motivačních rozhovorů, edukace na míru, bezbariérového přístupu, nácviku sociálních dovedností, remediací kognitivních funkcí, nechybí zdůraznění významu a efektu kognitivně-behaviorální terapie či popis systémů Preduka a ITAREPS. Závěrem mohu shrnout, že tato publikaci považují za velmi zdařilý a potřebný návod k léčbě a následné péči o pacienty trpící schizofrenií, jehož důsledná a obecnější aplikace v české praxi by naši psychiatrii vymanila z některých zatuchlých schémat léčby, respektive neléčby, zejména ve fázi po zvládnutí první akutní epizody onemocnění.

prof. MUDr. Petr Zvolský, DrSc.

RECENZE

NOVÉ KNIHY

Donald Kalschedg
Vnitřní svět traumatu



Rozsah:
344 stran
Cena: 449 Kč
ISBN: 978-80-7367-877-7
Vydavatel:
Portál

Obrazy ve snech a fantaziích lidí s traumatickou životní zkušeností, které měly zprvu ochranný charakter, se mohou stát destruktivními a přispívat k prohlubování traumatu postiženého. Autor, psychoanalytik a pedagog Institutu C. G. Junga v New Yorku, pracuje s bohatým klinickým materiálem, věnuje zvláštní pozornost problémům závislosti, psychosomatických poruch a disociace a přístupu k nim. Spojuje jungovské pojetí traumatu se současnou teorií objektních vztahů a teorií disociace. Ukazuje rovněž, jak porozumění univerzální řeči snů, mýtů a pohádek může osvětlit přístup k pacientům s traumatickými životními zkušenostmi a dát nové podněty k práci s nimi.

Donald M. Marcus
Důvěra v nevědomí
Zkušenost psychoanalýzy z obou stran pohovky



Rozsah:
136 stran
Cena: 259 Kč
ISBN: 978-80-7367-669-8
Vydavatel:
Portál

Autor začal pracovat s klientkou poté, co ona ukončila svou tréninkovou analýzu, i když bylo zřejmé, že se nedostala k jádru svých osobních obtíží. Analytik i klientka spolu začali pracovat s vědomím, že pro ni je důležité, aby se v psychoanalytickém procesu setkala jejich „pravá já“. Publikace obsahuje reflexe jednotlivých fází či klíčových momentů psychoterapeutického procesu jak ze strany analytika, tak klientky. Vedle názorných popisů nabízí i propojení s teoretickými koncepty. Je psána pro psychology, psychoterapeuty i zájemce o populárně psychologickou literaturu.

Kalendář akcí odborných lékařských společností – říjen 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.

18. jihočeské onkologické dny

Diagnostika a léčba nádorů jícnu, žaludku a tlustého střeva

13.–15. 10. 2011/Český Krumlov
Místo konání: Jízdárna zámku
Pořadatelé: onkologické oddělení Nemocnice České Budějovice, Společnost radiční onkologie, biologie a fyziky ČLS JEP, Česká onkologická společnost ČLS JEP
Kontakt: PhDr. Marie Šotolová; tel.: 723 847 004, 387 872 015; e-mail: pr@nemcb.cz; www.cls.cz

Česko-slovenská konference o myoskeletální medicíně

Stabilizační systém páteře a moderní přístup k bolestem zad
13.–15. 10. 2011/Praha
Místo konání: Clarion Congress Hotel
Pořadatelé: Společnost pro myoskeletální medicínu ČLS JEP, Společnost myoskeletální medicíny SLS
Kontakt: www.conference.cz/MM2011

43. neurofarmakologické sympozium

Nervosvalová onemocnění, extrapyramidová onemocnění (akineticko-rigidní), kazuistiky
13.–15. 10. 2011/Lísek u Bystřice nad Pernštejnem
Místo konání: Hotel Skalský dvůr
Pořadatel: neurofarmakologická sekce České neurologické společnosti ČLS JEP
Kontakt: prim. MUDr. Jiří Polívka, CSc.; tel.: 377 103 453; e-mail: polivka@fnplzen.cz; www.mhconsulting.cz

28. konference České společnosti pro hypertenzi

13.–15. 10. 2011/Mikulov
Místo konání: Zámek Mikulov
Pořadatelé: Česká společnost pro hypertenzi, Česká kardiologická společnost
Kontakt: prof. MUDr. Miroslav Souček, CSc.; e-mail: miroslav.soucek@fnusa.cz; www.hypertension.cz

22. ústecký oftalmologický den

14. 10. 2011/Ústí nad Labem
Místo konání: Krajský úřad
Pořadatelé: OS ČLK Ústí nad Labem, oční oddělení Masarykovy nemocnice, Krajská zdravotní, a. s.

Kontakt: MUDr. Ivana Liehneová; e-mail: ivana.liehneova@mnul.cz; www.ofthalmologie.com

Poranění krční, hrudní a bederní páteře

Specializační kurz: Zásady operativní léčby. Co lze léčit konzervativně? Patofyziologie poranění míchy a konsekvence terapeutického postupu. Spinální program.

14. 10. 2011/Brno
Místo konání: Úrazová nemocnice Brno, subkatedra úrazové chirurgie, Ponávka 6

Pořadatel: IPVZ
Kontakt: Jana Hartmanová; tel.: 261 092 443; e-mail: hartmanova@ipvz.cz; www.ipvz.cz

LYMPHO 2011

Anatomie a fyziologie lymfatického systému, zobrazovací metody (lymfoscintigrafie, lymfografie, sonografie, CT, MRI), primární lymfedém a angiodysplazie, sekundární lymfedém a jeho nejčastější příčiny, flebolymfedém, lipolymfedém, lymforea, chronické rány a význam lymfatického systému, komplexní dekongestivní terapie, farmakoterapie a chirurgická léčba lymfedému, postmastektomický bolestivý syndrom, právní aspekty, evidence odborných lymfocenter v ČR
14.–15. 10. 2011/Ostrava
Místo konání: Vysoká škola báňská – Technická univerzita Ostrava
Pořadatel: Česká lymfologická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.lympho.cz

8. Ningerovy dny

14.–15. 10. 2011/Luhačovice
Pořadatel: Klinika dětské otorinolaryngologie LF MU a FN Brno
Kontakt: prof. MUDr. Ivo Šlapák, CSc.; e-mail: islapak@med.muni.cz; www.muni.cz/med/events/calendar/

11. konference o menopauze – klimakterická medicína

Menopauza a kardiovaskulární systém, vaginální zdraví (urogenitální atrofie, sexualita), kostní zdraví, alternativní terapie klimakterického syndromu, anti-koncepce v perimenopauze, kazuistiky; workshopy – tradiční čínská medicína a homeopatie v péči o menopauzální ženu

14.–16. 10. 2011/Seč-Ústupy
Místo konání: Hotel Jezerka
Pořadatelé: sekce pro otázky menopauzy České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP, Česká menopauzální a andropauzální společnost ČLS JEP, sekcia gynekologické endokrinologie a klimakteria Slovenskej gynekologicko-pôrodnicej spoločnosti SLS
Kontakt: MUDr. Jaroslav Jeníček; tel.: 603 281 390; e-mail: jenicek@ld.cz; www.meno-osteo.cz

Acute myeloid leukemia scientific workshop

Molecular Prognostic Markers in Acute Myeloid Leukemia
14.–16. 10. 2011/Mandelieu, Francie
Místo konání: The Pullman Mandelieu Royal Casino Hotel
Pořadatelé: The European School of Haematology (ESH), European Haematology Association (EHA)
Kontakt: www.esh.org/agenda11/aml/minisite/index.html

Fyzioterapie a ergoterapie

Komunikační kurz zaměřený na specifické dovednosti v práci fyzioterapeuta – sebezpoznaní, osobní výbava a životní scénáře, pozitivní a negativní význam konfliktů pro osobní rozvoj, verbální tvorivost, specifika rozhovoru s pacientem, projevy zátěžových situací v pracovním životě a jejich minimalizace pomocí komunikačních dovedností, práce s emocemi, relaxační techniky...
14.–16. 10. 2011/Brno
Místo konání: NCO NZO
Pořadatel: NCO NZO
Kontakt: www.nconzo.cz

52nd annual meeting of the ESPR

14.–17. 10. 2011/Newcastle, Velká Británie
Pořadatel: The European Society for Paediatric Research (ESPR)
Kontakt: www.kenes.com/paediatric-research

Jak léčím já

12. dermatologické sympozium v Ústí nad Labem: metody omlazení kůže (roller), choroby vlasů, plíšňová onemocnění, léčba psoriázy i jinak, kožní choroby na trupu, moderní léčba bércevého vředu, peeling v dermatologii, vyšetřování žil dolních

končetin a odstraňování varixů, kazuistiky...

15. 10. 2011/Ústí nad Labem
Místo konání: Krajský úřad
Pořadatel: Česká dermatovenerologická společnost ČLS JEP, Kožní sanatorium, spol. s r. o.
Kontakt: MUDr. Hana Duchková; e-mail: duchkova@koznisanatorium.cz; www.lfhk.cuni.cz/dermat; www.bos-congress.cz

Vzdělávací seminář SVL

15. 10. 2011/Olomouc
Místo konání: aula Právnické fakulty UP Olomouc
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Vzdělávací seminář OSPDL

15. 10. 2011/Brno
Místo konání: Hotel Avanti
Pořadatel: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP
Kontakt: www.detskylekar.cz

Vzdělávací seminář SVL

15. 10. 2011/Karlovy Vary-Březová
Místo konání: Hotel Starý mlýn
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

13th world congress of psycho-oncology

16.–20. 10. 2011/Antalya, Turecko
Pořadatel: The International Psycho-Oncology Society (IPOS)
Kontakt: www.ipos-society.org/ipos2011

Kurz k problematice návykových látek

Platná legislativa o návykových látkách, charakteristiky návykových látek, užití v praxi, zneužívání a sociální důsledky
17. 10. 2011/Praha
Místo konání: IPVZ, Ruská 85
Pořadatel: IPVZ
Kontakt: Milena Keslová; tel.: 261 092 457; e-mail: keslova@ipvz.cz; www.ipvz.cz

Weberův večer

Moderní přístup ke komorovým arytmiím
17. 10. 2011/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Spolek lékařů českých
č. 125
Kontakt: www.cls.cz

Specializační kurz v diabetologii

17.–21. 10. 2011/Praha
Místo konání: Hotel Ilf
Pořadatel: Centrum diabetologie IKEM, subkatedra diabetologie IKEM
Kontakt: www.diab.cz; PhDr. Eva Morávková; tel.: 261 092 458; e-mail: moravkova@ipvz.cz; www.ipvz.cz

10. pracovní konference na téma monoklonálních gamapatií

18. 10. 2011/Hradec Králové
Místo konání: Výukové centrum FN Hradec Králové
Pořadatel: Česká společnost klinické biochemie ČLS JEP
Kontakt: prof. RNDr. Miloš Tichý, CSc.; tel.: 495 833 810; e-mail: ukbd@fnhk.cz; www.cskb.cz

4. ostravské angiodyny

Diagnostika akutní (ALI) a kritické (CLI) končetinové ischemie, možnosti chirurgické a endovaskulární terapie ALI a CLI, konzervativní terapie CLI, intervence na bérceových tepnách, komplexní program „diabetická noha“, program IKTA a problematika karotického postižení
18.–19. 10. 2011/Ostrava
Místo konání: Clarion Congress Hotel
Pořadatelé: Vítkovická nemocnice, a. s., Česká angiologická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.amca.cz/ostrava2011

12. slovensko-české dny laboratorní hematologie a transfuziologie

Systémy kvality v laboratorní hematologii, akreditace a certifikace – řízení kvality, laboratorní diagnostika (hematologie, hemostazeologie, imunologie erytrocytů, leukocytů a trombocytů, speciální biochemie/imunochemie, mikrobiologie-virologie, molekulární diagnostika), laboratorní informatika, klinická vs. laboratorní medicína, trendy v laboratorní medicíně, kontinuální vzdělávání
18.–19. 10. 2011/Bratislava
Místo konání: Hotel Holiday Inn
Pořadatelé: Hematologická a transfuziologická společnost SLS, Klinika laboratorní medicíny Vysoké školy zdravotnictva a sociální práce a Onkologického ústavu sv. Alžbety
Kontakt: Mgr. Peter Bartek, Ph.D.; tel.: 00421/2/59249 537, 59249 526; e-mail: pbartek@ousa.sk; www.labhem2011.sk

Skličkový seminář

19. 10. 2011/Praha
Místo konání: FN Na Bulovce
Pořadatel: histopatologická sekce České dermatovenerologické společnosti ČLS JEP

Lékař jako konzultant farmaceutické společnosti

V následujícím článku se zaměříme hlavně na právní základ vztahu lékaře-konzultanta a farmaceutické společnosti a poukážeme na některá úskalí jejich spolupráce.

V praxi bývají lékaři často využíváni farmaceutickými firmami jako odborní konzultanti či poradci. Tato činnost může mít nejrůznější podobu. Zpravidla se jedná o takové služby, jako je přednášení na vědeckých setkáních a kongresech, vypracování odborného posudku či stanoviska, účast na schůzkách poradního výboru, participace na klinickém hodnocení, neintervenciálních studiích nebo post-marketingovém sledování. Profesní organizace i regulační orgány takovou spolupráci mezi odbornou lékařskou veřejností a farmaceutickým průmyslem obecně vítají a považují ji za prospěšnou pro rozvoj medicíny a lékařského poznání. Nicméně existují určitá pravidla, kterými by se měl tento vztah řídit.

Právní rámec

V národní legislativě bychom marne hledali obecně závazný právní předpis, který by obsahoval komplexní úpravu vztahů mezi odbornou lékařskou veřejností a farmaceutickými společnostmi. Zásadní úpravu nalezneme v zákoně č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy, pokud jde o reklamu na humánní léčivé přípravky zaměřenou na zdravotnické odborníky. Tato problematika sice úzce souvisí se zvoleným tématem, což si ukážeme vzápětí, nicméně zákon o regulaci reklamy neobsahuje žádné ustanovení, které by výslovně upravovalo roli lékaře jako konzultanta farmaceutické společnosti. Na které předpisy je tedy nutno zaměřit svou pozornost? Kromě zmíněného zákona o regulaci reklamy se jedná zejména o profesní etické kodexy, stavovské předpisy a pokyny Státního ústavu pro kontrolu léčiv. Hovoříme-li o smluvním základu vztahu lékař-konzultant a farmaceutická společnost, pohybujeme se většinou v režimu zákoníku práce, popř. obchodního zákoníku.

Stavovské předpisy

Pokud se lékař rozhodne poskytnout farmaceutické společnosti konzultační či poradenské služby, měl by si být vědom toho, že musí dodržovat stavovské předpi-

sy České lékařské komory (ČLK). Kromě Etického kodexu ČLK (stavovský předpis č. 10) je třeba poukázat na Závazné stanovisko ČLK č. 1/2008, jež s účinností od 6. listopadu 2008 stanoví pravidla spolupráce mezi lékaři a farmaceutickými firmami. Podle § 4 tohoto předpisu lékař může působit jako konzultant farmaceutické firmy za předpokladu, že:

- při takovém spojení s farmaceutickou firmou zůstane vždy zcela nezávislý ve svém rozhodování a bude vykonávat lékařskou praxi ve prospěch pacienta,
 - náhrada za konzultační činnost odpovídá vynaložené práci,
 - pokud lékař informuje jiné lékařské či farmakologické subjekty, musí své spojení s farmaceutickou firmou zveřejnit, aby byla zachována průhlednost zájmů pro všechny zúčastněné.
- Obdobné zásady byly deklarovány i Českou lékařskou společností Jana Evangelisty Purkyně a Asociací inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) v jejich „Společném prohlášení o spolupráci mezi lékařskou odbornou veřejností a inovativním farmaceutickým průmyslem“ ze dne 12. prosince 2008.

A jak je na tom druhá strana?

Pro farmaceutické společnosti jsou pravidla vztahů se zdravotnickými odborníky stanovena v Etickém kodexu AIFP, jehož poslední aktualizace a doplnění proběhly s platností od 24. června 2011.

Podle tohoto etického kodexu, který ovšem přímo zavazuje pouze členské společnosti AIFP, musí využívání zdravotnických odborníků jako konzultantů a poradců splňovat následující kritéria:

- na straně farmaceutické společnosti existuje legitimní potřeba konzultačních či poradenských služeb,
- před zahájením spolupráce obě strany uzavřely písemnou smlouvu, která specifikuje povahu poskytovaných služeb a podklady pro platbu za tyto služby,
- kritéria pro výběr konzultantů přímo souvisí s požadovanými službami a konzultanti jsou vybíráni osobami způsobilými vyhodnotit, zda určitý zdravotnický odborník tato kritéria splňuje,
- počet konzultantů není vyšší než počet přiměřeně nutný pro



odpovídá
Mgr. Petr Samec
právní kancelář DLA Piper

uspokojení poptávaných služeb,

- farmaceutická společnost vede záznamy o službách poskytnutých zdravotnickými odborníky,
- zajištění zdravotnického odborníka pro poskytování příslušné služby není pobídkou

pro doporučení, předpis, nákup, dodávku, prodej nebo podání určitého léčivého přípravku,

- odměna za konzultační či poradenské služby je přiměřená a odráží přiměřenou tržní hodnotu odpovídajících poskytovaných službám.

Přiměřená odměna

Rozhodujícím prvkem vztahu mezi lékařem-konzultantem a farmaceutickou společností je výše odměny, jež byla lékaři vyplacena, a její vztah k poskytnutým službám. Jak již bylo naznačeno, odměna musí být vždy přiměřená. Musí odpovídat objemu a charakteru konzultačních či poradenských služeb, odrážet jejich přiměřenou tržní hodnotu a být transparentně dohodnuta a vyplacena. Jinak řečeno, odměna musí být sjednána v písemné dohodě s lékařem a musí být v takové výši, která se v místě a čase obvykle poskytuje za podobné služby. V žádném případě odměna nesmí působit jako pobídka určená k podpoře předepisování, dodávání, prodeje, výdeje nebo spotřeby humánních léčivých přípravků. Zároveň se odměna musí vztahovat k lékařem skutečně vykonané práci, tj. konzultační a poradenské smlouvy nesmí být pouze fiktivní. Nedodržení výše uvedených zásad by nejen bylo v rozporu s Etickým kodexem AIFP a se stavovskými předpisy, ale představovalo by i porušení zákona o regulaci reklamy, jež může být sankcionováno ze strany Státního ústavu pro kontrolu léčiv.

Smluvní základ

V praxi bývají konzultační a poradenské služby nejčastěji poskytovány na základě dohody o provedení práce, popř. dohody o pracovní činnosti v režimu zákoníku prá-

ce. Zde je třeba dát pozor zejména na zákonné limity pro rozsah vykonávané práce. Vyloučeno není ani uzavření smlouvy v rámci občanského nebo obchodního zákoníku. V této souvislosti je však nutno poukázat na to, že konzultační činnost lékaře může naplnit pojmové znaky definice podnikání (tj. soustavná činnost prováděná samostatně, vlastním jménem a na vlastní odpovědnost za účelem dosažení zisku), což by mělo na lékaře daňové dopady a vyžadovalo by to zisk příslušného živnostenského oprávnění. Přijímání zdravotnických odborníků do pracovního poměru sice zákon výslovně nezakazuje, ale tento postup by mohl být v rozporu s etickými zásadami.

Pokud jde o zdravotnické odborníky v zaměstnaneckém poměru k určité instituci, kteří neprovádějí soukromou lékařskou praxi, konzultační a poradenské aktivity nesmí kolidovat s jejich pracovními závazky. Před uzavřením smlouvy s farmaceutickou společností je proto vždy třeba prověřit, zda tím nedojde k porušení povinností lékaře vyplývajících ze zákoníku práce, konkrétní pracovní smlouvy a případných interních předpisů jeho zaměstnavatele. Zvýšenou pozornost je nutno věnovat hlavně situacím, kdy má k výkonu konzultační činnosti fakticky docházet v prostorách zaměstnávající instituce, s využitím jejich prostředků (typicky počítače) či informací, v pracovní době lékaře nebo pokud je taková výdělečná činnost shodná s předmětem činnosti zaměstnavatele. V těchto případech musí lékař získat předchozí písemný souhlas svého zaměstnavatele.

Obsahová stránka spolupráce

Jak již bylo řečeno v úvodu, spolupráce mezi lékaři a farmaceutickými společnostmi může mít nejrůznější podobu. Z pohledu obsahu konzultační a poradenské činnosti lékaře proto musí být každý konkrétní případ posuzován samostatně. Obecně však lze říci, že by se lékař měl zejména vyvarovat individuálně cílených lékařských rad. Pokud budou výsledky jeho činnosti prezentovány jiným zdravotnickým odborníkům, popř. široké veřejnosti, musí tak být učiněno vždy v souladu se zákonem o regulaci reklamy a příslušnými pokyny Státního ústavu pro kontrolu léčiv, potažmo Etickým kodexem AIFP. Lékař by měl zároveň transparentním způsobem deklarovat svou spolupráci s farmaceutickou společností.



ilustrace: foto: Shutterstock

Manželka jako zaměstnanec privátního lékaře

Jsem všeobecný praktický lékař pro dospělé a chtěl bych ve své soukromé ordinaci zaměstnat manželku, všeobecnou sestru. Zákoník práce to však prý neumožňuje – je to pravda? Za jakých podmínek by pro mne manželka



na dotazy odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc

ka mohla pracovat, když ne jako zaměstnanec na pracovní smlouvu?

Zákoník práce skutečně výslovně zakazuje uzavírat pracovní vztah mezi manželem a manželkou.

Tento zákaz se týká jakéhokoli pracovně-právního vztahu, tedy jak pracovního poměru, tak dohod o pracích konaných mimo pracovní poměr (dohody o provedení práce nebo dohody o pracovní činnosti). Pro úplnost doplňuji, že

zákaz pracovněprávního vztahu platí rovněž mezi registrovanými partnery. Zákoník práce naopak umožňuje, aby pracovněprávní vztah vznikl mezi druhem a družkou. Zákoník práce totiž neupravuje vztahy mezi druhem a druž-

kou bez ohledu na jejich kvalitu, délku soužití či počet narozených dětí. Pokud by pracovní poměr vznikl mezi druhem a družkou, kteří by následně uzavřeli manželství, zanikne tento pracovní poměr okamžikem vzniku manželství.

S jinými příbuznými (kromě manžela a manželky) může zaměstnavatel uzavírat pracovní vztah bez omezení. Nic tedy nebrání tomu, aby například rodič zaměstnával své dítě a naopak.

Spolupracující osoba

Manželka by u tazatele mohla působit jako takzvaná spolupracu-

je společné domácnosti. Podrobnější aspekty takové spolupráce doporučuji blíže konzultovat s daňovým poradcem.

Konečně je třeba z praktického pohledu zdůraznit, že spolupracující osoba by neměla zapomenout splnit oznamovací povinnost na příslušném finančním úřadu a také na České správě sociálního zabezpečení (ČSSZ) a příslušné zdravotní pojišťovně. Spolupracující osoby se po skončení zdaňovacího období týká rovněž povinnost podat daňové přiznání a přehled o příjmech a výdajích pro ČSSZ a zdravotní pojišťovnu.

Prodloužení zkušební doby

Pracuji v privátní lékařské laboratoři. Zaměstnavatel mi oznámil, že mi prodlužuje zkušební dobu o měsíc, ale neobdržel jsem toto rozhodnutí písemně, nic jsem nepodepisoval. Od konce původní tříměsíční zkušební doby uplynuly již dva týdny. Může mi zaměstnavatel teď dát výpověď? Může mít na prodloužení zkušební doby vliv skutečnost, že jsem byl čtrnáct dní nemocný a ležel doma s chřipkou?

Nejprve je třeba uvést, že je-li sjednána zkušební doba, nesmí být delší než tři měsíce jdoucí po sobě ode dne vzniku pracovního poměru. Sjednaná zkušební doba nemůže být dodatečně prodloužována. Jedinou výjimkou z tohoto pravidla jsou překážky v práci, pro

které zaměstnanec nekoná práci v průběhu zkušební doby. O dobu trvání těchto překážek se zkušební doba prodlužuje. Překážkou v práci zákoník práce rozumí například nemocenskou (dočasnou pracovní neschopnost). Zákoník práce dále výslovně stanovuje, že zkušební doba musí být sjednána písemně, jinak je neplatná.

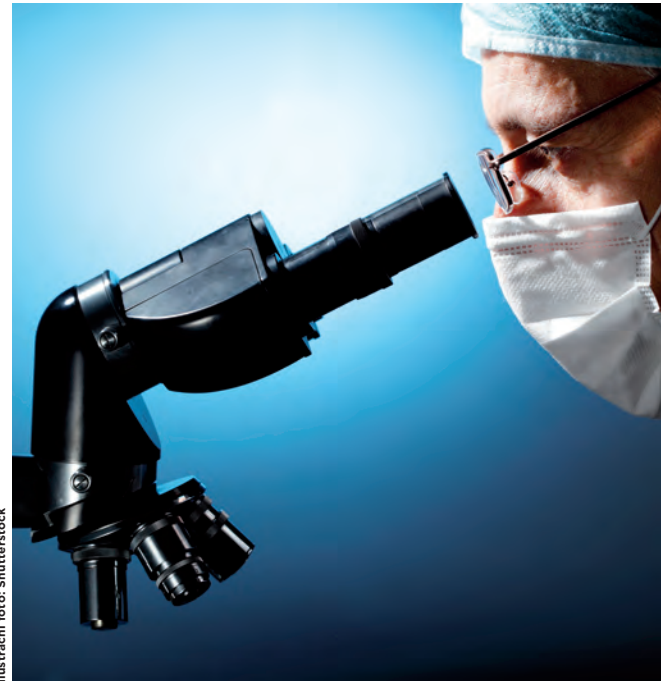
Nemoc – důvod k prodloužení

Pokud jde o zrušení pracovního poměru ve zkušební době, pak tuto možnost má jak zaměstnavatel, tak zaměstnanec, a to z jakéhokoli důvodu nebo i bez udání důvodu. Rovněž z tohoto pravidla platí výjimka, podle které zaměstnavatel nemůže ve zkušební době zrušit pracovní poměr v době prvních 14 kalendářních dní trvání dočas-

né pracovní neschopnosti zaměstnance. Písemné oznámení o zrušení pracovního poměru ve zkušební době přitom má být doručeno druhému účastníku zpravidla alespoň tři dny před termínem, kdy má pracovní poměr skončit.

S poukazem na vše výše uvedené ke konkrétnímu případu shrnuji, že tazatelova původně tříměsíční zkušební doba může být prodloužena nejvýše o 14 dní jeho nemoci.

Po uplynutí této doby, tedy tříměsíční zkušební doby plus 14 dní, o které se zkušební doba prodloužila v důsledku dočasné pracovní neschopnosti, zkušební doba již bez dalšího končí a jakékoli pozdější ukončení pracovního poměru ze strany zaměstnavatele je možné pouze při splnění zákonem stanovených výpovědních důvodů.



ilustrační foto: Shutterstock

Přerušování výkonu povolání lékaře

Ukončil jsem specializační vzdělávání v oboru všeobecné praktické lékařství, do budoucna počítám s převzetím praxe po kolegovi, který odejde do penze. Toto však přichází v úvahu až v horizontu 4–5 let, což mi vyhovuje, protože plánuji dlouhodobý pobyt v zahraničí. Během něj se lékařskému povolání nehodlám věnovat. Nebude mi tato skutečnost vadit v převzetí kolegovy praxe? Podle zákona získaná odborná a specializovaná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, které lékař dosáhl, zůstává přerušením výkonu povolání lékaře nedotčena – vztahuje se toto ustanovení i na můj případ?

Zmínovanou problematiku řeší zákon o zdravotnických povolá-

ních lékařů, zubního lékaře a farmaceuta. Tento zákon výslovně stanovuje, že jednou získaná odborná či specializovaná způsobilost k výkonu zdravotnického povolání, které lékař dosáhl, není dotčena přerušením jeho výkonu. Pokud je však výkon povolání lékaře v posledních šesti letech přerušen na déle než pět let, je nutné se ihned po opětovném zahájení doškolení po dobu nejméně 60 dní na pracovišti pod vedením lékaře s odpovídající specializovanou odborností.

Doporučuji proto mít výše uvedené I hůty na paměti při plánování délky přerušování výkonu povolání lékaře tak, abyste se vyhnuli povinnosti dalšího doškolení. Výše popsaný princip tak beze zbytku platí rovněž pro Váš případ.

Odběr vzorku k analýze DNA u dítěte

Je v souladu s právními předpisy, aby jeden rodič odebral či nechal odebrat nezletilému dítěti vzorek DNA za účelem analýzy k ověření rodičovství?

Odpověď na tento dotaz je třeba začít informací, že odběr vzorku DNA v žádném případě nemusí znamenat provedení ně-



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

kterého z výkonů v rámci zdravotní péče. Odstřížení vlasů, nehtů či provedení bukalního stěru nutně nespádá do rozsahu regulovaného chování v rámci poskytování zdravotní péče, a těmto krokům tudíž nemusí předcházet informovaný souhlas.

Jiným případem by bylo například odebrání vzorku krve.

V případě tohoto zdravotního výkonu by bylo třeba, aby mu předcházel informovaný souhlas, a to v písemné formě, neboť by se podle § 27c zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, jednalo o zdravotní výkon, který není v bezprostředním zájmu osoby, na které má být proveden. Za nezletilou osobu takový souhlas může dát její zákonný zástupce a zcela stačí, aby se jednalo pouze o jednoho z rodičů. Není třeba souhlasu obou rodičů.

SERVIS

Zajímavé www stránky

– cévní mozková příhoda na zobrazovacích vyšetřeních

Na přelomu září a října tohoto roku proběhne v Česku kampaň nazvaná 30 dnů pro léčbu a prevenci cévních mozkových příhod. Při této příležitosti se dnes po čase k této problematice naše rubrika znovu vrací a nabízí přehled několika zajímavých internetových stránek zaměřených na neurozobrazovací vyšetření.

Stroke Center

www.strokecenter.org/prof/imaging.htm

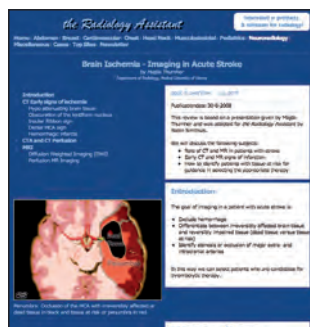
Zde odkazujeme na obsáhlé internetové stránky, které komplexně pokrývají problematiku cévních onemocnění mozku. Výše uvedený odkaz vás zavede přímo ke kapitole, která je věnována neurozobrazovacím vyšetřením – přináší jejich přehled s možnostmi využití, popisuje výhody a nevýhody jednotlivých metod a uvádí přehled doporučených postupů jak pro diagnostické, tak neurointervenční postupy. Připraven je například krátký interaktivní kurz,

ky je na několika kazuistických příkladech diskutována problematika CT vyšetření. Zajímá vás porovnání možností CT a MRI při diagnóze cévních onemocnění mozku? Odpověď hledejte na výše uvedených stránkách...

Radiology Assistant

www.radiologyassistant.nl/en/483910a4b6f14

The Radiology Assistant je edukační portál připravený pro nizozemskou odbornou radiologickou společnost za účelem prohlubování znalostí v oboru u začínajících radiologů. Stránky jsou velmi dobře připravené po obsahové i grafické stránce a obsahují zajímavé informace, ilustrace a fotografie. Autoři se zaměřují na běžné klinické problémy, kde má radiodiagnostika zásadní vliv na další postup v diagnosticko-terapeutickém uvažování. Mezi taková onemocnění patří samozřejmě i cerebrovaskulární problematika. Výše uvedený odkaz nás zavede ke



kapitole věnované přínosu jednotlivých metod v diagnostice neurologických onemocnění (ischemické příhody, roztroušená skleróza, mozková venózní trombóza, traumata, nádory atd.).

Radiology Info

www.radiologyinfo.org

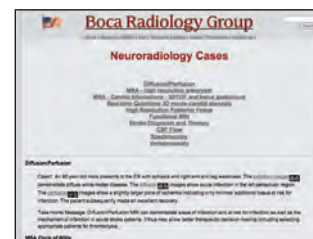
Máte zvědavé pacienty, kteří se podrobně zajímají o přínos a možná rizika různých zobrazovacích metod? Pokud jim nedělá problém anglicky psaný text, doporučte jim portál radiologyinfo.org, pomůže jim

zorientovat se v problematice nejen neurozobrazovacích vyšetření. Web nabízí mnoho možností jak se v něm pohybovat. Podle jednotlivých metod nebo podle orgánových systémů a k nim asociovaných vyšetřovacích postupů? Nebo vás zajímají nákresy, schémata či ukázky nálezů radiodiagnostických metod? Vše najdete na těchto stránkách, samozřejmě včetně cerebrovaskulární problematiky.

Boca Radiology Group

www.bocardiology.com/cases/neuro

Na tomto webu jsou formou přehledných kazuistik pacientů s neurovaskulárním onemocněním představena jednotlivá neurozobrazovací vyšetření, text je doplněn řadou fotografií. Portál neobsahuje pouze neurologická onemocnění, ale přínosný může být i pro zájemce o informace z oblasti intervenční radiologie, mamografie či zobrazení muskuloskeletálního systému.



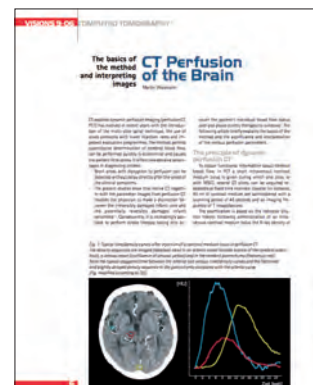
CT Perfusion

www.ajnr.org/cgi/reprint/21/8/1441

www.visions-journal.com/CB-2006-V09/S06-o8.pdf

Dva z mnoha odkazů na články, které se zabývají přínosem perfuzního CT vyšetření v rámci diagnostiky časné fáze ischemické cévní mozkové příhody. Texty seznamují čtenáře s principem metody, jejím přínosem a možnými riziky.

MUDr. Michal Peříšek



ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

www.zdn.cz
Číslo 20/2011, ročník 60

Šéfredaktorka

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

Redakce

Filip Kút, DiS (on-line, Z domova)
tel. 225 276 176, e-mail: kut@mf.cz
Petra Klusáková, DiS. (Z domova)
tel. 225 276 388, e-mail: klusakovamf@mf.cz
Květa Havlová, DiS. (Téma, Zahraničí, Aktuality, on-line), tel. 225 276 208, e-mail: havlova@mf.cz
PaedDr. Jaroslava Sladká (kongresy, reportáže)
tel. 225 276 162, e-mail: sladka@mf.cz
Mgr. Martin Cermák (Představujeme)
tel. 225 276 436, e-mail: cermak@mf.cz
PhDr. Jana Jilková (Ze společnosti, rozhovory)
tel. 225 276 432, e-mail: jilkovamf@mf.cz
MUDr. Andrea Skalová (Lékařské listy)
tel. 225 276 418, e-mail: skalovamf@mf.cz

Stálí spolupracovníci redakce

Leoš Chodura, Mgr. Martin Caban,
Martin Ježek, prof. Ing. Jaroslav Petr,
MUDr. Milan Novák

Editor/korektor

Mgr. Martin Cermák

Grafika a technické zpracování

BcA. Pavla Ortova
tel. 225 276 455, e-mail: ortovamf@mf.cz

Redakční rada Lékařských listů ZDN

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA
prof. MUDr. Jaroslav Blažoh, DrSc.
prof. MUDr. Ivan David, CSc.
doc. MUDr. Petr Hach, CSc.
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
prof. MUDr. Karel Indrák, DrSc.
doc. MUDr. Bohuslav Komopásek, CSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. MUDr. Zdeněk Malý, CSc.
PharmDr. Radim Petráš
prof. Ing. Rudolf Poledne, CSc.
prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková

INZERCE

fax 225 276 444

group sales manager

Ing. Roman Polna
225 276 427
e-mail: obchod.ms@mf.cz

personální inzerce

tel. 225 276 299
e-mail: personalni.inzerce@mf.cz



generální ředitel

Ing. David Hurta

kreativní ředitel

René Decastelo

VÝROBA

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

MARKETING A DISTRIBUCE

ředitelka marketingu novin a časopisů

Hana Holková
brand manager Ing. Hana Matejíčková
vedoucí výroby a distribuce Soňa Štarhová
mažerka předplatného Zuzana Hrušková,
tel. 225 276 454, e-mail: hruskova@mf.cz

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

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

DISTRIBUCE

Předplatné pro Českou republiku využívá:
Postservis, Poděbradská 39, 190 00 Praha 9
tel. 800 300 302, e-mail:
predplatne.mf@post.cz
www.periodik.cz
Cena ročního předplatného je 590 Kč.
Objednávky do zahraničí:
Mediaservis, s. r. o., zákaznické centrum,
Viděnská 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: predplatne@abompkapa.sk

Smluvní vztah mezi vydavatelem a předplatitelem se řídí všeobecnými obchodními podmínkami pro předplatitele. Předplatné se automaticky prodlužuje.

Doporučená cena 28 Kč.

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

Tisk EUROPRINT a. s.
Číslo dno do tisku 6. 10. 2011
Přetisk a jakékoli šíření
pouze se souhlasem vydavatele.
Tiskový náklad je auditován
firmou Deloitte Audit, s. r. o.

© Mladá fronta a. s., 2011
Evidenční číslo MK ČR: E 15722
ISSN 0044-1996

Výběrová řízení

Primář/primářka chirurgického oddělení

DOMAŽLICKÁ NEMOCNICE, A. S.,
SE SÍDLEM KOZINOVA 292,
344 22 DOMAŽLICE
vypisuje výběrové řízení na místo:

■ Primář/ka chirurgického oddělení

Požadavky kladené na zájemce:

- VŠ vzdělání + atestace II. st. nebo specializace v oboru,
- licence ČLK k výkonu funkce primáře,
- 10 let praxe v oboru,
- zdravotní způsobilost a testní bezúhonnost (dle zákona č. 95/2004),
- organizační a řídicí předpoklady, zodpovědnost a vysoké pracovní nasazení.

Výhodou zájemců je:

- praxe ve zdravotnictví na řídicí pozici,
- atestace nebo specializace v oboru traumatologie.

Nemocnice nabízí:

- práci na funkční pozici a podíl na rozvoji oddělení,
- velice dobré finanční ohodnocení (smluvní plat),
- možnost dalšího zvyšování kvalifikace,
- zaměstnanecké výhody (příspěvky na životní a penzijní připojištění, příspěvek na stravování, dovolená 25 dní/rok, úhrada lékařských příspěvků ČLK).

Součástí písemné přihlášky do výběrového řízení bude:

- písemná přihláška,
- strukturovaný životopis o dosavadních zaměstnáních a odborných znalostech a dovednostech,
- originál výpisu z evidence rejstříku trestů ne starší než 3 měsíce,
- ověřené kopie dokladů o dosaženém vzdělání,
- písemný souhlas s nakládáním s osobními údaji v rámci výběrového řízení,
- motivační dopis – návrh koncepce rozvoje a provozu oddělení.

Termín nástupu je 1. 12. 2011. Přihlášky do výběrového řízení zasílejte do 28. 10. 2011 poštou na adresu: Domažlická nemocnice, a. s., osobní oddělení, Kozinova 292, 344 22 Domažlice

ZDN A111015870

Lékař výjezdových stanovišť

ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA LIBERECKÉHO KRAJE, PŘÍSPĚVKOVÁ ORGANIZACE, Husova 976/37, 460 01 Liberec 1, zastoupená Bc. Stanislavem Mackovíkem, ředitelem organizace, poptává pracovní pozici:

■ Lékař výjezdových stanovišť

Požadavky:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- specializace v oboru urgentní medicína, chirurgie, interna, anesteziologie a resuscitace, praktické lékařství pro dospělé nebo pediatrie,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- organizační, komunikační a řídicí schopnosti.

Naše nabídka:

- vysoce motivační finanční ohodnocení,
- možnost výběru pracoviště,
- možnost zkráceného pracovního úvazku, případně spolupráce na základě dohody.

Povinné dokumenty:

- strukturovaný životopis s přehledem dosavadní praxe,
- fotokopie dokladů o nejvyšším dosaženém vzdělání,
- čestné prohlášení dle §5 zákona č. 451/1991 Sb. v platném znění,
- souhlas se zpracováním osobních údajů.

Životopisy prosím zasílejte na e-mail: koskova@zsslk.cz nebo poštou na adresu: Zdravotnická záchranná služba Libereckého kraje, Husova 976/37, 460 01 Liberec

ZDN A111015875

Primář

OBLASTNÍ NEMOCNICE JIČÍN, A. S., vypisuje výběrové řízení na pozici:

■ Primář radiodiagnostického oddělení

Požadujeme: specializovaná způsobilost a licence ČLK k výkonu vedoucího lékaře-primáře v oboru radiologie a zobrazovací metody (radiodiagnostika), organizační a řídicí schopnosti, zdravotní způsobilost a bezúhonnost.

Nabízíme: odměňování podle manažerské smlouvy, zaměstnanecké benefity. Nástup možný ihned. Bližší informace podá MUDr. Martin Šimák, tel.: 493 582 111, e-mail: martin.simak@nemjc.cz Písemné žádosti s profesním životopisem pošlete na sekretariát ředitelky nejpozději do 31. října 2011.

ZDN A111015676

Primář

ŘEDITEL KROMĚŘÍŽSKÉ NEMOCNICE, A. S., vyhlašuje výběrové řízení na obsazení funkce:

■ Primář neurologického oddělení

Kvalifikační požadavky: vysokoškolské vzdělání lékařského směru + specializovaná způsobilost v oboru, nejméně 10 let praxe v oboru, licence ČLK pro výkon vedoucí funkce, zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb., organizační, komunikační a řídicí schopnosti.

K přihlášce nutno doložit: strukturovaný životopis s přehledem dosavadní praxe, úředně ověřené fotokopie dokladů o dosažené kvalifikaci, platný výpis z rejstříku trestů, doklad o zdravotní způsobilosti, souhlas se zpracováním osobních údajů podle zákona č. 101/2000 Sb., licenci ČLK pro výkon vedoucí funkce.

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

ZDN A111015672

Primář/primářka

NEMOCNICE PÍSEK, A. S., vypisuje výběrové řízení na pozici:

■ Primář/ka anesteziologicko-resuscitačního oddělení

Požadujeme: VŠ vzdělání na lékařské fakultě, specializovanou způsobilost v oboru anesteziologie a intenzivní medicína, licenci ČLK pro výkon funkce primáře, praxi v daném oboru minimálně 10 let, organizační,

PERSONÁLNÍ INZERCE



EKA ERZGEBIRGS-KLINIKUM ANNABERG
nezisková společnost GmbH

hledá od 1. 1. 2012
**PŘIJEMNOU ANGAŽOVANOU
ODBORNOU LÉKAŘKU/PŘIJEMNÉHO
ANGAŽOVANÉHO ODBORNÉHO LÉKAŘE**
pro dětskou ordinaci v již zavedené
POLIKLINICE

Jsme 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.

Jsme 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

Inzerce A111014494

PODŘIPSKÁ NEMOCNICE S POLIKLINIKOU Roudnice n. L., s.r.o.

Soukromé zdravotnické zařízení s mezinárodními certifikáty jakosti ISO 9001:2000, ISO 14001:2004 a OHSAS 18001:1999, zkušenostmi s Evropským sociálním fondem v oblasti vzdělávání, hledá pro posílení svého týmu zaměstnance na pozici:

LÉKAŘ RDG

Nástup možný ihned.

VEDOUCÍ LÉKAŘ ODDĚLENÍ

Jsme malou rodinnou soukromou nemocnicí a chtěli bychom nabídnout volné pracovní místo lékaře se specializací RDG – vedoucí lékař oddělení. Nemocnice sídlí v Roudnici nad Labem, což je asi 30 km od Prahy na sever po dálnici D8. Jestli se rozhodnete zvážit naši nabídku, zavolejte nebo napište na uvedené kontakty, popřípadě Vás velmi rádi přivítáme přímo na osobním oddělení naší nemocnice.

POŽADUJEME:

- vysokoškolské vzdělání (II. atestace nebo specializace, licence pro výkon vedoucího lékaře – primáře pro radiodiagnostiku)
- spolehlivost, flexibilitu
- schopnost samostatné i týmové práce
- znalost práce na PC (Word, Excel)
- ochota prohlubovat si vzdělání
- čistý trestní rejstřík

NABÍZÍME:

- zázemí úspěšné a stabilní firmy
- moderní a příjemné pracovní prostředí
- 5 týdnů dovolené
- možnost zajištění ubytování
- závodní stravování
- možnost dalšího profesního rozvoje
- příspěvky na vzdělávání, zaměstnanecké výhody – rekreace, výročí, vitaminy
- dopravní dostupnost – dálnice
- individuální projednání nástupní mzdy podle vzdělání a praxe

KONTAKT:

Podřipská nemocnice s poliklinikou Roudnice n. L., s. r. o.
pers. oddělení – sl. Zavadilová, Alej 17. listopadu 1101, 413 01 Roudnice n. L.
tel. 416/858 338, mob. 602/645 987, www.pnsp.cz

Inzerce A111015876

řídící a komunikační schopnosti, samostatnost a spolehlivost, morální a občanskou bezúhonnost.

Nabízíme: práci na akreditovaném pracovišti, práci s benefity nemocnice, motivační a finanční ohodnocení.

Žádosti se strukturovaným životopisem s přehledem dosavadních praxí, kopiemi dokladů o vzdělání a výpisem z rejstříku trestů zasílejte prosím nejpozději do 31. 10. 2011 na adresu: Nemocnice Písek, a. s., Karla Čapka 589, 397 23 Písek, tel.: 382 772 001.

ZDN A111015669

Primář/primářka

NEMOCNICE PÍSEK, A. S., vypisuje výběrové řízení na pozici:

■ Primář/ka radiodiagnostického oddělení

Požadujeme: VŠ vzdělání na lékařské fakultě, specializovanou způsobilost v oboru radiologie a zobrazovací metody, licenci ČLK pro výkon funkce primáře, praxi v daném oboru minimálně 10 let, organizační, řídicí a komunikační schopnosti, samostatnost a spolehlivost, morální a občanskou bezúhonnost.

Nabízíme: práci na akreditovaném pracovišti, práci s benefity nemocnice, motivační a finanční ohodnocení.

Žádosti se strukturovaným životopisem s přehledem dosavadních praxí, kopiemi dokladů o vzdělání a výpisem z rejstříku trestů zasílejte prosím nejpozději do 31. 10. 2011 na adresu: Nemocnice Písek, a. s., Karla Čapka 589, 397 23 Písek, tel.: 382 772 001.

ZDN A111015666

přivítáme přímo na osobním oddělení naší nemocnice.

Požadujeme:

- vysokoškolské vzdělání (II. atestace nebo specializace, licence pro výkon vedoucího lékaře – primáře pro radiodiagnostiku),
- spolehlivost, flexibilitu,
- schopnost samostatné i týmové práce,
- znalost práce na PC (word, excel),
- ochotu prohlubovat si vzdělání,
- čistý trestní rejstřík.

Nabízíme:

- zájem úspěšné a stabilní firmy,
 - moderní a příjemné pracovní prostředí,
 - 5 týdnů dovolené,
 - možnost zajištění ubytování,
 - závodní stravování,
 - možnost dalšího profesního rozvoje,
 - příspěvky na vzdělávání, zaměstnanecké výhody – rekreace, výročí, vitaminy,
 - dopravní dostupnost – dálnice,
 - individuální projednání nástupní mzdy dle vzdělání a praxe.
- Nástup možný ihned.

Kontakt: Podřipská nemocnice s poliklinikou Roudnice n. L., s. r. o., personální oddělení – sl. Zavadilová, Alej 17. listopadu 1101, 413 01 Roudnice nad Labem, tel.: 416 858 338, mob.: 602 645 987, www.pnsp.cz

ZDN A111015703

Praktický lékař/lékařka

NZZ V PRAZE 7 přijme praktického lékaře/ku pro dospělé na plný nebo zkrácený úvazek, možno 3 dny v týdnu.

Požadujeme atestaci z VL, samostatná licence není nutná, garance z dalších PL. Nástup možný ihned nebo dle dohody.

Tel.: 283 022 141 dopol., e-mail: neuro@mediam.cz

ZDN A111015654

Pediatr

PLDD V PRAZE 6 hledá kvalifikovaného pediatra na částečný úvazek, pozdější převzetí praxe možné. Tel.: 605 977 276.

ZDN A111015651

Lékař

OBLASTNÍ NEMOCNICE MLADÁ BOLESLAV, A. S., přijme do pracovního poměru lékaře pro vyšetřování dárců krve na TO Mělník. Atestace není podmínkou. Pracovní doba – po, út, st (výše úvazku dle dohody).

Kontakt: e-mail: nabor@onmb.cz, tel.: 603 980 411.

ZDN A111015647

Lékaři/Lékařky

FAKULTNÍ THOMAYEROVA NEMOCNICE S POLIKLINIKOU, VÍDEŇSKÁ 800, 140 59 PRAHA 4 – KRČ, přijme 2 lékaře/ky chirurgy pro Klinikou dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a FTNSP.

Požadujeme:

- odbornou a zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost podle zákona č. 95/2004 Sb.,
- ukončený společný chirurgický kmen nebo krátce před jeho dokončením.

Nabízíme:

- zajímavou práci,
 - možnost celoživotního vzdělávání,
 - odpovídající platové podmínky,
 - zaměstnanecké benefity.
- Nástup dle dohody.

Příhlášky včetně životopisu a dokladů o odborné a zdravotní způsobilosti přijímá sekretariát náměstka ředitele pro personální práci, Vídeňská 800, 140 59 Praha 4 – Krč.

ZDN A111015644

Porodní asistentky/ všeobecné sestry

ÚSTAV PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ PRAHA 4 – PODOLÍ přijme porodní asistentky a všeobecné sestry na oddělení šestinedělí, rizikového těhotenství a porodní sál. Nástup možný ihned. Kontakt: Bc. Táňa Kalinová, tel.: 296 511 826, e-mail: tana.kalinova@upmd.cz nebo Bc. Miloslava Fuxová, tel.: 296 511 240, e-mail: fuxova@upmd.cz

ZDN A111015640

Lékaři

NEMOCNICE S POLIKLINIKOU ČESKÁ LÍPA, A. S., přijme lékaře na plný či částečný úvazek pro akreditovaná pracoviště:

- Radiodiagnostika
- Chirurgie

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



**FAKULTNÍ NEMOCNICE
KRÁLOVSKÉ VINOHRADY**
MÍSTO, KDE MŮŽETE KRÁLOVSKY
NAPLNIT SVÉ AMBICE

STAŇTE SE SOUČÁSTÍ VÝJIMEČNÉHO PRACOVNÍHO
KOLEKTIVU NA DYNAMICKY SE ROZVÍJEJÍCÍCH,
ŠPIČKOVÝCH PRACOVNÍCH

**PŘIJMEME:
LÉKAŘE - radiologa - mamodiagnostika
pro Radiodiagnostickou kliniku**

Kvalif. požadavky:
- VŠ lékařského směru,
specializovaná způsobilost v oboru je vítaná

Nabízíme zajímavou práci na odborných pracovištích s možností dalšího profesního růstu, nadstandardní finanční ohodnocení, možnost dalšího vzdělávání, příjemné pracovní prostředí, zázemí stabilní nemocnice v centru Prahy, pro mimopražské uchazeče možnost přechodného ubytování, zaměstnanecké benefity.

Příhlášky se strukturovaným životopisem zasílejte na adresu:
FNKV, pan Bc. Zdeněk Pastyřík, vedoucí pers. odb.,
Šrobárova 50, 100 34 Praha 10,
e-mail: pastyrik@fnkv.cz, Info tel.: 267 162 945

Nástup ihned.

Inzerce A111015845

Volná místa

Psychiatrická sestra

KLINIKA ESET přijme psychiatrickou sestru pro práci ve vlastním prostředí pacienta (terén). Nutné psychiatrické vzdělání (VŠ, VOŠ psychiatrická sestra) a registrace. Úvazek 0,8-1,0.

Nabídky s profesním CV zasílejte na: ESET, paní Renata Konopásková, Vejvanovského 1610, 149 00 Praha 4, e-mail: klinikaeset@volny.cz, tel. a fax.: 242 485 855.

ZDN A111015863

Lékař – RDG

PODŘIPSKÁ NEMOCNICE S POLIKLINIKOU ROUDNICE N. L., S. R. O., soukromé zdravotnické zařízení s mezinárodními certifikáty jakosti ISO 9001:2000, ISO 14001:2004 a OHSAS 18001:1999 a zkušenostmi s Evropským sociálním fondem v oblasti vzdělávání, hledá pro posílení svého týmu zaměstnance na pozici:

■ Lékař RDG – vedoucí lékař oddělení

Jsmo malou rodinnou soukromou nemocnicí a chtěli bychom nabídnout volné pracovní místo lékaře se specializací RDG – vedoucího lékaře oddělení. Nemocnice sídlí v Roudnici nad Labem, cca 30 km od Prahy na sever po dálnici D8. Jestliže se rozhodnete zvážit naši nabídku, zavolejte nebo napište na uvedené kontakty, popřípadě Vás velmi rádi

- Neurologie
- Urologie
- Interna
- Geriatrie

Nabízíme: náborový příspěvek pro vybrané obory ve výši 150 000 Kč, možnost profesního růstu a dalšího vzdělávání lékaře, zajištění bydlení, nadstandardní finanční ohodnocení, týden řádné dovolené navíc.

Bližší informace: e-mail: pavlina.simmerova@nemcl.cz, tel.: 487 954 035, www.nemcl.cz

ZDN A111015637

Zástupce primáře

NEMOCNICE VYŠKOV, P. O., přijmeme do pracovního poměru zástupce primáře gynekologicko-porodnického oddělení.

Požadujeme:

- atestaci z oboru gynekologie a porodnictví,
- licenci pro výkon vedoucího lékaře,
- praxi 10 roků,
- doklady o odborném vzdělání + ověřené kopie diplomů,
- výpis z rejstříku trestů,
- zdravotní způsobilost,
- občanskou a morální bezúhonnost,
- znalost práce na PC.

Nabízíme:

- výhodné platové ohodnocení,
- zapracovaný kolektiv lékařů a sester,
- získání výjimečné erudice v laparoskopické operativě.

Předpokládaný nástup: ihned, po vzájemné dohodě.

Písemné přihlášky s doklady dle požadavků zasílejte nejpozději do 14 dnů od uveřejnění na adresu: Nemocnice Vyškov, p. o., Purkyňova 36, 682 17 Vyškov, právní a personální odbor – JUDr. Taťána Menoušková, nebo e-mailem: menouskova@nemvy.cz. Telefonické informace poskytuje primář MUDr. Josef Eim, tel.: 517 315 320.

ZDN A111015134

Více pozic

ČESKO-NĚMECKÁ HORSKÁ NEMOCNICE KRKONOŠE, S. R. O., VE VRCHLABÍ přijme:

- Primáře na ARO
- Zástupce primáře na ARO
- Primáře na dětské oddělení
- Zástupce primáře na dětské oddělení

- Větší počet lékařů absolventů na oddělení ARO, gynekologie, interna

Požadavky: VŠ, II. atestace v oboru, případně 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 A111014853

Více pozic

REVMATOLOGICKÝ ÚSTAV, PRAHA 2, NA SLUPI 4, přijme pro oddělení klinické biochemie a hematologie:

- Lékaře/lékařku v oboru klinická biochemie na funkci vedoucího/vedoucí oddělení

Kvalifikační a odborné požadavky dle zákona č. 95/2004 Sb., znalost normy ČSN EN ISO 15189.

- VŠ odborného pracovníka/pracovnice v laboratorních metodách

Obor klinická biochemie, kvalifikační a odborné požadavky dle zákona č. 96/2004 Sb., znalost normy ČSN EN ISO 15189.

Nástup možný ihned nebo dle dohody. Možnost zkráceného úvazku.

- Zdravotního laboranta/ku na funkci vedoucí laborantky
- Zdravotního laboranta/ku

Pracoviště bez pohotovostních služeb, pracovní doba 7.00 – 15.30. Nástup od 1. 1. 2012. Platové zařazení podle platných předpisů pro PO. Sociální výhody, možnost stravování, penzijní připojištění a příspěvek na dovolenou. Pracoviště v centru města.

Přihlášky se strukturovaným životopisem zasílejte na shora uvedenou adresu, případně e-mailem: venc@revma.cz nebo vond@revma.cz. Kontakt prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc., tel.: 234 075 340 nebo MUDr. Tomáš Vondráček, tel.: 234 075 306 (326).

ZDN A111015121

Lékař/lékařka

STÁTNÍ LÉČEBNÉ LÁZNĚ JANSKÉ LÁZNĚ, S. P., přijmou lékaře/lékařku pro léčebnu dospělých v Janských Lázních.

Požadujeme:

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

Nabízíme:

- možnost kratšího úvazku,
- smluvní mzdu,
- služební telefon,
- byt do 3 měsíců od nástupu.

Nástup možný ihned, případně dle dohody.

Písemné přihlášky spolu se stručným životopisem se zaměřením na dosavadní odbornou praxi, fotokopie dokladů o dosažené kvalifikaci (diplom, specializace), fotokopie dokladu o bezúhonnosti a zdravotní způsobilosti nebo čestné prohlášení o trestní bezúhonnosti zasílejte na adresu:

Státní léčebné lázně Janské Lázně, s. p., personální ref., 542 25 Janské Lázně, e-mail: cervenao@janskelazne.com

ZDN A111015171

Lékař/Lékařka

STÁTNÍ LÉČEBNÉ LÁZNĚ JANSKÉ LÁZNĚ, S. P., přijmou lékaře/lékařku pro dětskou léčebnu v Janských Lázních.

Požadujeme:

- ukončené studium lékařského směru,
- specializace v oboru RFM, dětské lékařství nebo dětská neurologie, nebo odborná způsobilost s minimální délkou praxe 24 měsíců podle zákona č. 95/2004 se zájmem o obor RFM,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost podle zákona č. 95/2004 Sb.

Nabízíme:

- možnost kratšího úvazku,
- smluvní mzdu,
- služební telefon,
- byt do 3 měsíců od nástupu.

Nástup možný ihned, případně dle dohody.

Písemné přihlášky spolu se stručným životopisem se zaměřením na dosavadní odbornou praxi, fotokopie dokladů o dosažené kvalifikaci (diplom,

specializace), fotokopie dokladu o bezúhonnosti a zdravotní způsobilosti nebo čestné prohlášení o trestní bezúhonnosti zasílejte na adresu: Státní léčebné lázně Janské Lázně, s. p., personální ref., 542 25 Janské Lázně, e-mail: cervenao@janskelazne.com

ZDN A111015176

Různé

Ordinace

POLIKLINIKA MALEŠICE, PRAHA 10, PLAŇANSKÁ 1, nabízí k pronájmu několik prostor pro ordinace

s výměrou od 25 do 260 m² k rozšíření poskytovaných zdravotnických služeb. Nájemné od 170 Kč/m².

Vhodné i pro větší pracoviště pod samostatným uzavřením nebo pro několik samostatných menších pracovišť. V budově jsou zastoupeny nejruznější lékařské obory a k dispozici jsou služby jako biochemická laboratoř, rtg, prodejna PZT, lékárna, optika atd.

Bližší informace o možnostech pronájmu podá Ing. Michaela Denderová, tel.: 281 019 251, e-mail: denderova@medifin.eu, www.medifin.eu

ZDN A111015662

Ředitel Fakultní nemocnice Hradec Králové vypisuje výběrové řízení na místo

VRCHNÍ SESTRY KLINIKY GERONTOLOGICKÉ A METABOLICKÉ

Požadujeme:

- vysokoškolské nebo středoškolské vzdělání příslušného směru
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost
- specializovanou způsobilost v oboru
- osvědčení ve smyslu zákona č. 96/2004 Sb., § 66
- 5 let praxe výkonu zdravotnického povolání, z toho alespoň 2 roky v úseku činnosti
- splnění předpokladů pro výkon funkce ve smyslu zákona č. 451/1991 Sb.
- schopnost vedoucí, organizační a manažerské činnosti
- morální předpoklady
- znalost cizího jazyka vítána
- znalost práce na PC na uživatelské úrovni

Nabízíme:

- práci ve špičkovém zdravotnickém zařízení
- možnost odborného rozvoje
- sociální výhody
- zvýhodněné ubytování pro svobodné

Požadované dokumenty:

Přihláška k výběrovému řízení, životopis s přehledem profesní praxe, kopie dokladů o dosaženém vzdělání, kopie výpisu z rejstříku trestů (ne starším 3 měsíců), kopie lustračního osvědčení (§ 4 zákona č. 451/1991 Sb. v platném znění).

Platové podmínky podle platných předpisů.

Nástup po vzájemné dohodě.

Případné informace na tel. č. 495 832 124 hlavní sestra.

LÉKAŘE I. INTERNÍ KLINIKA

Požadujeme:

- magisterské vysokoškolské vzdělání v oboru všeobecného lékařství - možnost pro lékaře s povinnou stáží na akreditovaném pracovišti II. typu
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost
- zájem o kardiologii
- vítáme znalost alespoň jednoho světového jazyka
- znalost práce na PC

Nabízíme:

- práci ve špičkovém zdravotnickém zařízení
- možnost odborného a profesního růstu
- sociální výhody
- zvýhodněné ubytování pro svobodné

Platové podmínky podle platných předpisů.

Nástup po vzájemné dohodě.

Případné informace na tel. č. 495 833 249 sekretariát kliniky.

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

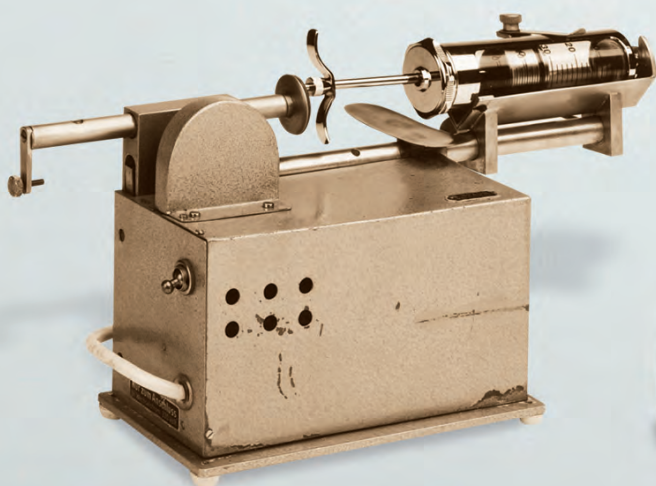


Zakupte infuzní techniku

Perfusor® nebo Infusomat®

a získejte bonus
na další objednávku

-19,51 %



1951 – 2011
60 let inovací



Bonus 19,51% se počítá z celkové ceny (bez DPH) objednávky infuzní techniky (pouze pump a dávkovačů, nikoli příslušenství či softwaru) a může být použita v celé nebo částečné hodnotě k odběru dalších lineárních dávkovačů a infuzních pump či jejich příslušenství včetně softwaru.

- Prodejní akce platí od 1. 10. 2011 do 31. 12. 2011, nebo do odvolání.
Pro zařazení do akce je nutné se zaregistrovat na stránkách www.perfusor-60let.cz a uvést číslo objednávky.
- Poukaz lze uplatnit do 31. 1. 2012.
- Akce se mohou zúčastnit pouze zdravotnická zařízení (nikoli třetí subjekty jako kompletátoři apod.).
- V případě zájmu o nabídku neváhejte kontaktovat naše obchodní zástupce či přímo Zákaznické centrum.

B. Braun Medical s.r.o. | V Parku 2335/20 | CZ-148 00 Praha 4
Tel. +420-271 091 333 | e-mail: prodej.cz@bbraun.com | www.bbraun.cz

B | BRAUN
SHARING EXPERTISE