



ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

mf
MLADÁ FRONTA

CENA 28 Kč, PŘEDPLATNÉ 23 Kč

ČTRNÁCTIDENÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

8/2012 Toto číslo vyšlo 23. 4. 2012



NÁZORY

Komentář k zákonu
č. 374/2011 Sb.,
o zdravotnické záchranné
službě

STRANA 12



TÉMA ČÍSLA

K pohřbívání mrtvorozených
Právo potraceného
a mrtvě narozeného
na kvalifikované pohřbení

STRANA 20



PŘEDSTAVUJEME

MUDr. Ladislava Kabelku,
Ph.D., primáře Domu léčby
bolesti s hospicem sv. Josefa
v Rajhradě

STRANA 26

Ministerstvo rozjíždí další fázi reformy

Ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) představil obrysy další fáze reformy. V následujícím období by rád prosadil řadu principiálních změn, jež by měly směřovat k vyšší efektivitě systému. Politicky nejkontroverznějším bodem má být další navýšení regulačních poplatků.

„Měnit zcela principiální věci znamená provést revoluční změny. To sebou jistě přináší velké politické diskuse a kontroverze,“ uvědomuje si Leoš Heger. Další fáze reformy má být postavena na celkem 8 novelizacích, 4 nových zákonech a převedení některých směrnic Evropské unie do českého právního řádu.

Čtyři pilíře

Ministerstvo rozdělilo chystané změny schematicky do čtyř základních oblastí. Ty by měly řešit otázku vstupu peněz do systému, roli plátců a poskytovatelů zdravotní péče a přístup pacientů ke svému zdraví a konzumaci zdravotní péče. V případě vstupu peněz do systému chce ministr

diskutovat především o výši nominálního pojistného, což se týká změny zákona o zdravotních pojištovnách.

V oblasti role plátců jde prý ministerstvu především o posílení konkurenceschopnosti. „Na rozdíl od opozice nechceme bořit náš pluralitní systém. Chceme (pokračování na straně 2)

Přehlásit si zdravotní pojišťovnu bude snazší

Ze zákona o veřejném zdravotním pojištění zřejmě zmizí ustanovení, které lidem dovoluje měnit zdravotní pojišťovnu vždy jen k prvnímu lednu následujícího kalendářního roku. Senátoři podpořili návrh svých kolegů z ODS, ČSSD a TOP 09, který toto omezení ruší.

Podle dosavadní právní úpravy, kterou prosadila vládní koalice v rámci reformy zdravotnictví, je pojištěnec nebo jeho právní zástupce

nucen podat vybrané zdravotní pojišťovně přihlášku nejpozději 6 měsíců před požadovaným dnem změny, přičemž přihlášku lze podat pouze jednu za rok. To prakticky znamená, že každý pojištěnec může podat přihlášku k jiné zdravotní pojišťovně pouze do 30. června příslušného

kalendářního roku. Pokud by do tohoto data pojištěnec nestihl o změnu požádat, další možnost by dostal až další rok, což by při tomto scénáři znamenalo, že by pojišťovnu bylo možné změnit až za rok a půl. Senátoři si proto myslí, že současný právní stav (pokračování na straně 2)



**Ferdinand Polák (MZ):
Neměňme systém
po každých volbách
– způsobí to chaos
a pokles kvality péče.**

Foto: Leoš Chodura



Ministerstvo rozjíždí další fázi reformy

(pokračování ze str. 1)

zachovat co nejširší pluralitu a co nejvíce zvýšit konkurenceschopnost. Je ale také třeba, aby stát měl větší dohled nad pojišťovnamy,“ konstatuje Leoš Heger, který by rád donutil zdravotní pojišťovny ke zvyšování efektivity například skrze nové úhradové mechanismy. V oblasti „efektivního chování poskytovatelů péče“ je podle Leoše Hegera klíčovou otázkou především limitace úhrad. „Řešit tuto oblast principiálně je vzhledem k naší přísné ústavě a úmluvě o biomedicíně problematické, takže pokud bychom se pokoušeli o nějaké revoluční změny, pravděpodobně příliš daleko nedojdeme. Prozatím nám tedy zbývají jen takové ty drobné kroky, jako je například pokračování v úpravách DRG systému,“ přiznává.

Pokud jde o přístup pacientů, zde je podle ministra nutné diskutovat o dalších principiálních otázkách, jako jsou například regulační poplatky a obecně míra spoluúčasti pacientů. „Zde je třeba říci, že v této době před sebou máme řadu projednávání těchto témat Ústavním soudem, takže zatím spíše počkáme, jak to



Foto: Leoš Chodura

dopadne a jak jsme se do ústavních podmínek střelili,“ připomíná ministr právě projednávané stížnosti opozice u Ústavního soudu týkající se tvorby nadstandardů a stokorunového poplatku za den hospitalizace.

Další zvyšování poplatků

K těmto tradičně nepopulárním krokům je však Leoš Heger připraven přistoupit navzdory možným komplikacím. Podle ministerstva již totiž současná výše regulačních poplatků neplní kýžený efekt – tedy omezení „zbytečných“ návštěv lékařů. Navýšit by se měl poplatek za návštěvu lékaře ze 30 na 50 korun, za návštěvu ambulantního specialisty bez doporučení praktického lékaře by pacient vydal 200 korun.

Poplatky za návštěvu ordinací

však nejsou jediným plánovaným krokem ministra zdravotnictví, kterým má být docíleno vyšší spoluúčasti pacientů na financování systému zdravotní péče v České republice. S platností od roku 2013 by se měl rozšířit stávající seznam nadstandardních výkonů – tedy těch, na něž by si pacienti měli připlácet. V roce 2014 má navíc dojít k dalšímu vyřazení některých druhů léčby z úhrady. Hodně skloňované jsou například zubní plomby, které byly při přípravě prvních fází reformy velkým tématem koaliční strany Věci veřejné, jež si tehdy vymohla zachování jejich hrazení z prostředků veřejného zdravotního pojištění. Podle ministerstva by bylo možné na plombách pro dospělé ušetřit až 2 miliardy korun.

Lékaři ostře protestují

Další navyšování regulačních poplatků vzápětí tvrdě zkritizovala nejvíce zainteresovaná profesní sdružení – Sdružení ambulantních specialistů ČR (SAS) a Kalice soukromých lékařů (KSL). Jejich představitelům především vadí, že se o tomto záměru dozvěděli až z médií a že Leoš Heger při přípravě svých reforem nenaslouchá odborné veřejnosti.

Zástupci soukromých lékařů, kteří jsou členy Rady poskytovatelů, jež je poradním orgánem ministra zdravotnictví, minulý týden Leoši Hegerovi zaslali ostře formulovaný otevřený dopis, v němž vyjádřili své podezření, že se ministr diskusi s odborníky úmyslně vyhýbá. Usuzují tak z toho, že ministr svůj záměr navýšit regulační poplatky oznámil médiím pouhé dva dny po zasedání tohoto poradního orgánu, na němž prý o tématu nepadlo ani slovo. „Vámi zvolený postup budí dojem, že jediným důvodem, proč jsme byli pozváni na ministerstvo zdravotnictví 10. 4., byla snaha vyvolat diskuzi, že jsou s námi novinky projednávány, nikoli že Radu poskytovatelů vnímáte jako někoho, s kým se reálně chcete radit,“ píše lékařů.

Ambulantní specialisté kromě absence komunikace ze strany ministerstva kritizují i samotnou podstatu navyšování regulačních poplatků a zejména pak zokorunový poplatek za návštěvu specialisty.

Péče ambulantního lékaře není dražší

Rada SAS prohlásila, že bude podporovat všechny systémy, které budou potřebné, sociálně únosné, nebudou přetěžovat kapacitu ambulantních specialistů a nepovedou k poškození zdraví pacientů či zbytečnému prodloužení jejich léčby. Ministrův záměr ale podle ambulantních specialistů nesplňuje ani jedno z uvedených kritérií a především prý není potřebný a z pohledu regulace je neefektivní.

„Péče ambulantního specialisty není v úhrnu o nic dražší než péče praktického lékaře. Všechny dosavadní souhrny vytvořené hlavně zdravotními pojišťovnami vycházejí tak, že počet lidí, kteří mají tendenci s jednou diagnózou navštěvovat více ambulantních specialistů, je tak malý, že náklady na jejich usměrňování by vysoce převýšily možný profit,“ vyvrací rada SAS hlavním argument, kterým MZ obhajuje navyšování regulačních poplatků.

Filip Kút Citores

Přehlásit si zdravotní pojišťovnu bude snazší

(pokračování ze str. 1)

výrazně zhoršuje právo lidí na svobodný výběr zdravotní pojišťovny. „Pojištěnce to v některých případech dostává do velmi svízelné situace v okamžicích, kdy dojde k náhlé potřebě změny zdravotní pojišťovny, ať už z důvodu přestěhování nebo potřeby léčby nějakého onemocnění, které mu jeho dosavadní zdravotní pojišťovna nedokáže zajistit,“ uvedla místopředsdkyně senátu a předkladatelka návrhu Ale-na Palečková (ODS).

Návrat k předchozímu stavu

Senátorská předloha, která získala podporu členů všech senátorských klubů, prakticky navrácí pravidla pro změnu pojišťovny do

dříve platného stavu. „Zdravotní pojišťovnu bude možné měnit jednou za rok pro konkrétního pojištěnce, ale ve čtyřech možných termínech, vždy k prvnímu dni kalendářního měsíce, kterým začíná čtvrtletí, to znamená, že čtyřikrát za rok je přestupní termín. Jeden konkrétní pojištěnec však může provést změnu pouze jednou za rok. A navíc odpadá potřeba půlročního hlášení dopředu,“ vysvětlila senátorka Palečková, podle které původní předloha fungovala dobře a nedocházelo prý ani k žádným excesům pojištěnců při získávání nových klientů.

„Pokud by v budoucnu eventuálně mohlo docházet k dalším pokusům přetahovat pojištěnce nějakými nekalými způsoby, pak je nutné tomu zabránit legisla-

tivně, případně nějakým jiným způsobem než tím, že omezíme právo toho nejslabšího článku v celém řetězu, což je konkrétní pojištěnec,“ zdůraznila Ale-na Palečková.

Opozice by chtěla další novely

Jedním z předkladatelů návrhu byl i senátor Jan Žaloudík (ČSSD), který si pochvaloval spolupráci s kolegy z druhé strany politického spektra, přičemž by prý byl rád, kdyby v budoucnu došlo i k dalším změnám zákonů. „Tato korekce je nutná, vhodná, správná a znovu se za ni stavím. Ale zároveň říkám, že znám dalších asi deset urgentních a asi dvacet méně urgentních témat pro nápravu těchto zákonů,“ konstatoval profesor Žaloudík.

Podle svých slov by si přál zrušit například povinnost souhlasu obou rodičů s operací jejich dítěte nebo některé sankce za administrativní pochybení lékařů, jež senátor i v minulosti opakovaně označil za nepřiměřené.

„Každá rozsáhlá reforma samozřejmě potřebuje následné drobné i větší úpravy. Souhlas obou rodičů u ošetřování dětí také vnímám jako velký problém. Nicméně to není problém zdravotnický, spíše právní,“ uvedla k poznámce Jana Žaloudíka Ale-na Palečková.

Ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) později v diskusním pořadu České televize „Máte slovo“ vyjádřil své pochopení pro obavy lékařů z možných právních sporů vyplývajících z nejasné formulace a přislíbil, že bude upřesněna tak, aby nemožila být mylně vykládána. Podle ministra totiž nikdo nechtěl, aby lékaři vyžadovali souhlas obou rodičů při banálních výkonech, jako je například očkování.

Nezatížený rozpočet

Novela je podle předkladatelů v souladu s programovým prohlášením vlády, a to především proto, že celkově zlepšuje konkurenční prostředí na poli zdravotního pojištění. Úprava by prý neměla mít ani žádné dopady na státní rozpočet či rozpočty krajů. „Myslím si, že hlavním cílem tohoto návrhu je, abychom pro pojištěnce zajistili komfortnější podmínky pro zajištění co nejvyšší kvality zdravotní péče. V důsledku to může vést i k účinnějšímu systému fungování zdravotního pojištění a trhu zdravotních pojišťoven,“ domnívá se senátorka Palečková. Před dalším schvalováním projednává předlohu ještě senátní zdravotnický a ústavněprávní výbor. Pokud senátoři pro svůj návrh získají souhlas sněmovny (což je vzhledem ke schválení v senátu napříč politickým spektrem pravděpodobné), mohla by novela platit již od 1. ledna příštího roku.

Filip Kút Citores

Neměňme systém po každých volbách

Nový náměstek sekce pro zdravotní péči **Ferdinand Polák** (ODS) se chce na MZ zasadit o stabilitu a udržitelnost systému zdravotnictví bez ohledu na vládnoucí garnituru.

Před dvěma lety jste na konferenci „Vize 2020 – Dlouhodobý rozvoj zdravotnictví“ uvedl, že by v systému zdravotnictví měl existovat neměnný standard, který by nepodléhal změnám právě vládnoucích stran. Menší prostor by byl vyčleněn pro proměnný nadstandard, odvislý od tezí právě vládnoucí garnitury. Jste stále pro tento vzorec, a pokud ano, jak se na postu náměstka MZ chcete o jeho realizaci zasadit?

Ano, stále jsem přesvědčen o tom, že základní systém orga-

nizace a financování zdravotnictví se nemá měnit po každých volbách. I z postu náměstka ministra zdravotnictví proto budu v maximální možné míře komunikovat se všemi zainteresovanými stranami včetně odborné veřejnosti a opozice a trpělivě budu vysvětlovat kroky, které provádíme.

Každý by ale měl pochopit základní fakt, že financování zdravotnictví nutně musí být dlouhodobě stabilní a udržitelné. Jinak přijde chaos a dříve či později nevyhnutelně i pokles kvality péče.

Na konferenci jste mluvil také o nepřehledné práci zdravotních pojišťoven s tím, že by klidně mohla být pojišťovna pouze jedna. Nyní probíhají dvě velké fúze pojišťoven a hrozí omezení konkurenčního prostředí při poskytování péče ze zdravotního pojištění. Máte představu jak přehlednost pojišťoven zlepšit právě s ohledem na jejich konkurenceschopnost?

Stále trvám na tom, co jsem řekl i na „Vizi 2020“. Totiž, že mít více zdravotních pojišťoven má smysl jen tehdy, pokud mezi nimi existuje skutečné konkurenční prostředí. Rozhodně ale nejsem pro to mít jen jednu zdravotní pojišťovnu. Správnou cestou je vytvořit pro zdravotní pojišťovny takové podmínky fungování, aby si mohly smysluplně konkurovat jak u pacientů, tak i u poskytovatelů zdravotní péče. Tímto směrem půjde i připravovaný zákon o zdravotních pojišťovnách.

Petra Klusáková

Hegerovu změnu v pojištění ČSSD po volbách zruší

Ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) chce, aby si zdravotní pojišťovny konkurovaly výší pojistného. Musí pro to ale získat podporu koalice. Pokud ministr změnu prosadí, ČSSD ji ovšem po volbách v případě vítězství zřejmě odvolá.

O možnosti, že by 90 % zdravotního pojištění šlo do společného fondu a 10 % by klienti platili svým pojišťovám, bude MZ jednat příští rok. Ministr totiž zatím nechce novinku zasadit do právě připravovaného zákona o zdravotních pojišťovnách. Dosud se na platbě pojistného 13,5 % z hrubé mzdy podílí zaměstnanec a zaměstnavatel. Nově by se místo pojistného platila zdravotní daň 11,5 nebo 12,5 % a zbytek, nominální pojistné, by stanovily a vybíraly pojišťovny. Za rok by nominální pojistné mohlo činit asi 1000 korun. Pojišťovna, která dokáže s lékaři a nemocnicemi nasmlouvat nižší cenu za léčení, by klientům nabídla nižší

pojistné než konkurence. „Občan by si mohl vybrat pojišťovnu podle výše platby. Pojišťovna, která má poplatek nižší, by měla možnost získat víc pojištěnců. Musela by zajistit stejnou péči jako ostatní pojišťovny. Jestliže by se ukázalo, že to neumí, pojištěnci by přešli jinam,“ popsal nové možnosti v pojišťovnictví Heger.

Podpora koalice bude k prosazení tohoto návrhu nezbytná. Stínový ministr za ČSSD David Rath označil novinku v pojištění za bizarní a řekl, že v případě přijetí nového systému pojištění, jej po volbách případná vláda ČSSD zruší a opět zavede jednotné povinné pojištění. **(Klu, ČTK)**

Inzerce A121002528

KONFERENCE A SEMINÁŘE PRO NELÉKAŘSKÉ OBORY

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

Pořádá Aesculap Akademie ve spolupráci a pod záštitou České asociace sester v rámci projektu MZ ČR v koordinaci s IPVZ

Mediální partnerem je časopis Sestra

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

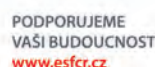
PODPOROVÁNO EU



Témata, termíny a místa konání

- **Onkologická onemocnění z pohledu ošetrovatelské péče**
25. 4. 2012, Frýdek-Místek
10. 5. 2012, Trutnov
15. 5. 2012, Hodonín
24. 5. 2012, Zlín
- **Kardiovaskulární onemocnění z pohledu ošetrovatelské péče**
17. 5. 2012, Mladá Boleslav
23. 5. 2012, Karlovy Vary
30. 5. 2012, Písek
5. 6. 2012, Prostějov
6. 6. 2012, Havířov
- **Cerebrovaskulární onemocnění z pohledu ošetrovatelské péče**
7. 6. 2012, Teplice
14. 6. 2012, Třebíč
- **Dětská traumatologie**
22. 5. 2012, Hradec Králové

Vzdělávací akce zahrnuje konferenci a dva semináře



ČSÚ: Z veřejných zdrojů jde do českého zdravotnictví málo

Výdaje ve zdravotnictví dlouhodobě sleduje Český statistický úřad (ČSÚ) díky systému zdravotních účtů. Nyní zveřejnil podrobný přehled výdajů v českém zdravotnictví za rok 2010. Celkové výdaje na zdravotní péči se vyšplhaly na 284 miliard Kč.

Asi 75 % z těchto celkových výdajů zaplatily systémem zdravotní pojišťovny, dalších 15 %, tedy asi 40 miliard Kč, vydaly za zdravotní péči domácnosti. Ze státního rozpočtu bylo vydáno 5 %, dalšími 4 % do systému přispěly místní rozpočty.

Největší výdaje domácností

V kolonce domácností vedou výdaje na léky (nejvíce zaplatily za volně prodejné) a zdravotnické prostředky (z nich hlavně brýle). Za rok se tyto výdaje vyšplhaly na 26 miliard korun, což představuje dvě třetiny celkových výdajů domácností na zdravotní péči. Méně už rodiny investovaly do léčebné péče. Z celkových 13 mld. Kč

šla většina investic domácností do ambulantní péče, jen desetina do péče lůžkové. Do nákladů rodiny se promítají také výdaje za regulační poplatky. Celkové výdaje za regulační poplatky činily v roce 2010 celkem 5,6 miliardy korun. Téměř polovinu tvořily poplatky za recept, čtvrtinu činily poplatky za návštěvu lékaře a za hospitalizaci, pouhá 3 % domácností zaplatily na poplatcích při pohotovostní péči.

Nejdražší je léčba oběhové soustavy

Jak uvádí ČSÚ, zdravotní péče o ženy je v Česku nákladnější než péče o muže. V přepočtu na jednoho muže bylo vynaloženo celkem 19 tisíc, na ženu pak při-

bližně 21 tisíc Kč. „Nejvíce rostou náklady na nemoci oběhové soustavy. Stále rostoucí výdaje dosáhly za rok 2010 u těchto diagnóz přes 26 miliard korun,“ řekla Vladimíra Kalnická z odboru statistik rozvoje společnosti Českého statistického úřadu. Výdaje na léčbu novotvarů se vyšplhaly na 19 miliard Kč, třetí nejnákladnější diagnózou byly choroby trávicího ústrojí, za něž bylo vydáno celkem 13 miliard Kč. Ve srovnání nákladů podle věkových skupin uvádí statistický úřad jako nejméně nákladnou skupinu děti mezi 5 a 9 lety, naopak nejnákladnější jsou lidé mezi 60 a 64 roky. Na osoby starší 80 let výdaje za posledních deset let vzrostly o dvě třetiny.

Srovnání v rámci OECD

V mezinárodním měřítku jsou české celkové výdaje za zdravotnictví stále nízké. „Srovnání celkových výdajů na zdravotnictví je složité, protože financování systému zdravotnictví se v jednotlivých státech liší. Přesto se Česko spolu se Slovenskem řadí v porovnání s ostatními státy OECD mezi země s nejnižšími výdaji na zdravotní péči,“ uvedla statistička. Pokud jde o výdaje soustředěné do jednotlivých druhů péče, odpovídá ČR mezinárodnímu průměru v OECD. „Nejvyšší výdaje jdou v tomto ohledu na ambulantní péči. Průměr zemí OECD zde dosahuje 33 procent, pro lůžkovou péči je to 19 procent. V Čes-

ké republice dosáhly obě položky zhruba stejných hodnot,“ doplnila Vladimíra Kalnická.

Nízké hodnoty oproti ostatním zemím ale Český statistický úřad tradičně zaznamenal u prostředků vynaložených za dlouhodobou péči. „Výdaje na dlouhodobou péči tvoří například v Lucembursku až pětinu celkových výdajů ve zdravotnictví. Česko a Maďarsko naproti tomu patří k zemím s nejnižšími výdaji v oblasti péče o dlouhodobě nemocné. Představují pouze 4 procenta z celkových prostředků, přičemž průměr zemí OECD činí 12 procent,“ uzavřela porovnání statistička.

Petra Klusáková

Elektronickému zdravotnictví nepřeje legislativa

Výhody, které eHealth nabízí, nemohou být vytěženy a očekávané úspory nepřicházejí. Na důvody tohoto vývoje se zaměřila analýza pracovní platformy Restart – 10 let českého eHealth.

První koncepce zaměřené na elektronické zdravotnictví se začaly objevovat již na konci 90. let, přesto není žádný ze systémů do dnes plně funkční. České zdravotnictví zahrnuje podle analýzy více než dvacet různých zájmových skupin, které zde navzájem kooperují. eHealth jim může být nezanedbatelným pomocníkem. Mezi hlavní výhody elektronického zdravotnictví podle studie patří efektivnější a kvalitnější péče, snížení administrativní zátěže nebo zvýšená transparentnost procesů.



Chybí kontinuita

Historie eHealth se úzce váže na politické klima a s ním spojené ministry zdravotnictví. Prvním zásadním krokem byla novelizace zákona o veřejném zdraví v roce 2001. Ve vývoji pak následovala řada po sobě jdoucích ministrů

s různými koncepcemi a pohledy na eHealth. Zatímco Marie Součková či Jozef Kubíný elektronické zdravotnictví podporovali, Milada Emmerová prosazovala návrat k papírovým knížkám. „David Rath může být spojen s eHealth

pouze tím, že po dobu výkonu své ministerské funkce bojoval proti VZP, která spolufinancovala systém IZIP. Právě tento systém se snažil odstříhnout od peněz z VZP,“ uvádí se v analýze.

„Ani současný ministr zdravotnictví Leoš Heger nepřistupuje k oblasti eHealth s velkým nadšením. Dilem proto, že problematika mu je vesměs cizí, a tudíž jsou zřídka vyjádření o technologiích ukončena výroky o „strachu ze zneužití citlivých údajů“,“ píše se dále ve zprávě. Časté změny na ministerstvu zdravotnictví a neschopnost kontinuální práce na započatých projektech se podle studie zásadně podepsaly na rychlosti a kvalitě implementace eHealth.

Změna legislativy nezbytná

V České republice je v současné do-

bě provozováno několik pilotních projektů, které zatím stále hledají podporu široké veřejnosti i legislativní ukotvení. Jde například o IZIP (neboli elektronickou zdravotní knížku), Zdravotnické registry, eNeschopenku (elektronické zasílání neschopenek), ePreskripci (centrální úložiště elektronických receptů) nebo ePACS (systém výměny obrazové dokumentace, který úspěšně provozují v rámci svého informačního systému některé nemocnice).

Podle závěrů analýzy patří mezi zásadní problémy implementace eHealth složité právní prostředí v Česku, ochrana osobních údajů (která se stává častým argumentem odpůrců), špatná komunikace mezi jednotlivými zájmovými skupinami a také chybějící zákonná povinnost eHealth využívat. Právě poslední zmíněný bod je dle studie zásadní pro správné fungování systému a s ním spojené úspory ve zdravotnictví.

Irena Soukupová

Výsledky z laboratoří dostává polovina lékařů elektronicky

Počet ambulantních lékařů, kteří využívají některý z informačních systémů pro příjem a vyhodnocování výsledků z laboratoří, stoupl za uplynulých 5 let o 16 %.

Nyní jejich podíl činí celých 42 % a měl by dále stoupat. Vyplývá to ze statistik společnosti CompuGroup Medical pro rok 2011. Specializovaný zdravotnický software umožňuje nejen elektronické načítání výsledků a rychlý příjem dat, ale pomáhá i při jejich vyhodnocování. Elektronizace komunikace mezi ambulancemi a laboratoře-

mi výrazně snižuje čekací dobu na výsledky a dovoluje rychle komunikovat i se vzdálenými pracovišti. Zdravotnické systémy disponují i funkcemi, které upozorní lékaře na rizikové hodnoty a usnadňují tak samotné diagnostikování. Automatickým ukládáním dat pak systém archivuje výsledky do počítače.

(iso)

Prokletí českého zdravotnictví? **Poplatky**

Ze vzrušené debaty o poplatcích opět nic nebude, nechce-li si Leoš Heger odnést politický ekvivalent Darwinovy ceny.

Ministr zdravotnictví Leoš Heger při většině svých vystoupení působí jako rozvázný muž. O to méně je pochopitelné, proč přistoupil, aby se debata o druhé fázi reformy zdravotnictví opět zvrhla v přestřelku o výši regulačních poplatků.

Politický ekrazit

Těžko bychom hledali jiné politické téma, které je ze systémového hlediska tak marginální a zároveň z hlediska politického tak explozivní. Kdyby toto zjištění bylo nějakou novinou, dala by se snad Hegerova komunikační chyba pochopit.

Ale probůh – regulační poplatky už dokázaly v zárodku zničit reformní pokusy exministra Tomáše Julínka. V důsledku jej nakonec stály i místo, protože po poplatkové bouři už nebyl schopen sehnat

politickou podporu pro své další kroky a jeho působení ztratilo smysl. A nakonec stály i u totální porážky ODS v krajských volbách v roce 2008, abychom jmenovali jen ty skutečně nejkřiklavější účinky tohoto politického ekrazitu.



Martin Čaban

Heger a především jeho náměstek Petr Nosek, který svým vystoupením po tiskové konferenci ke druhé fázi reformy nové poplatkové vášně rozdmýchal, však jako by v posledních letech žil v nějaké

jiné zemi. Přitom o poplatcích není v oficiálních reformních plánech ani slovo. Přesto ministerstvo připustilo, aby se právě z vágního a pohříchu vousatého plánu „padesát a dvě stě“ stala (přínejmenším mediálně) vlajková loď další etapy reformních

snah. Koncepční návrhy typu zákona o zdravotních pojištovnách či univerzitních nemocnicích? Ale ano, taky tam někde jsou, kdesi u konce článků se zmíní, aby se neřeklo, ale hlavně je třeba rozebrat poplatky.

Elegantnější způsoby spoluúčasti

Jak zničující efekt má tento fenomén na celkovou diskusi o směřování a řízení českého zdravotnictví, ani není třeba připomínat. Je to zcela zjevné. Svalovat vinu na mainstreamová média, která debatu v důsledku na poplatkovou řež redukuje, do jisté míry lze. Ale nikam to nevede. Vinit média, že skočí po tučném, čtenářsky prostém a atraktivním soustu, je jako vinit kámen, že padá dolů.

Navíc, má-li Leoš Heger trochu politického fištrónu, z poplatkových vášní nakonec stejně nebude zholat nic, i kdyby kvůli tomu mělo zdravotnictví zajít na úbytě. Podle Petra Noska by měly vyšší poplatky začít platit od ro-

ku 2014. Náměstek to možná vědět nemusí, ale ministr by vědět měl, že to je (za předpokladu, že tato vláda nějakým zázrakem dovládne do konce) rok volební. Zvýšit zdravotnické poplatky půl roku před volbami by byl počín vážně aspirující na politický ekvivalent Darwinovy ceny (pro připomenutí – jde o ocenění udělované lidem, „kteří se zasloužili o zlepšení lidského genofondu tím, že se z něj sami odstranili hloupým způsobem“).

Má-li Leoš Heger pocit, že české zdravotnictví potřebuje zvýšení patientské spoluúčasti, což je pravda, nechť opustí tu nejhloupejší formu, která je v nabídce. V první řadě by si měl hýčkat své dosud celkem zanedbané dítě v podobě nadstandardů. Tam lze se spoluúčastí čarovat mnoha způsoby, které budou elegantní, sociálně ospravedlnitelné a politicky průchodné. Alespoň na určitou dobu by ale měl sobě i svým podřízeným zakázat vůbec vyslovit to proklaté slovo na P.

Inzerce A121002870

**NEZTRÁCÍME ČAS
ZKOUMÁNÍM,
PŮJČUJEME.**

***artesa**
www.artesa.cz

S úvěrem Artesa toho dokážete mnohem víc!

Lékaři nechtějí hodnotit svou práci podle požadavků MZ

Zástupci řady specializací v minulých dnech ostře vystoupili proti pracovní verzi „Minimálních požadavků pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb“. Pro Zdravotnické noviny situaci ozřejmil předseda Sdružení ambulantních specialistů (SAS) Zorjan Jojko.

Koalice lékařů, která kromě ambulantních specialistů sdružuje také praktické lékaře pro děti i dospělé, gynekology a stomatology, se shodla na celkovém odmítnutí pracovní verze „Minimálních požadavků pro zavedení interního systému hodnocení kvality a bezpečí poskytovaných zdravotních služeb“. Proč?

Máme za to, že většina bodů předloženého návrhu je postavená bez znalosti toho, jak ambulantní zařízení fungují. Nevedla by k žádání kvalitě, jen by lékaře a sestry obtěžovala nadbytečnou administrativou i jinou prací. Mnohé požadavky nemají s medicínskou kvalitou a bezpečím pro pacienty nic společného.

Co konkrétně vám na materiálu vadí?

Tak například si neumíme představit, jak by v ambulanci, kde pracuje jeden lékař a jedna sestra, vypadalo školení o mytí rukou.

K čemu by v takové ambulanci byl například soupis přesných činností, které musí lékař a sestra vykonávat, nebo jaký účel by měl písemný plán jejich profesního růstu a písemný soupis způsobu zapracování nového zaměstnance. Šlo by do zajista jen o slohová cvičení, jež by v praktickém životě byla k ničemu.

Co by tedy přijetí a dodržování takového materiálu pro řadové lékaře v praxi znamenalo?

Nejen pro lékaře, ale i sestry by to znamenalo hlavně administrativní a zbytečnou práci, navíc bez souvislosti s kvalitou jejich práce a bezpečím pro pacienty.

Konzultovalo MZ navrhované postupy s některou odbornou společností či profesním sdružením?

To nevím. Nemám žádné informace, zda a s kým (mimo samotné MZ) byl systém hodnocení konzultován.

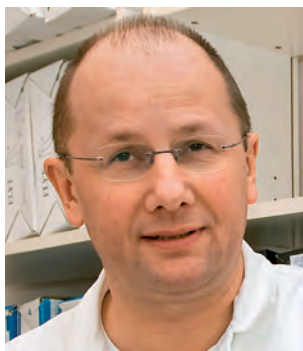


Foto: Leoš Chodura

Pokud ale odmítnutí materiálu z vaší strany nebude ministerstvem respektováno, jak hodlá Koalice dále postupovat?

Tuto otázku jsme otevřeli na posledním jednání Rady poskytovatelů, která na MZ proběhla 10. 4. 2012. Sám ministr řekl, že sepisování pravidel profesního růstu pracovníků nebo školení o mytí rukou jistě není vhodné považovat za ukazatele kvality a bezpečí pro klasické ambulance s malým počtem pracovníků. Troufám si

tedy vyjádřit naději, že ministerstvo bude v této věci ochotno jednat, a že tedy věstník MZ pro interní hodnocení kvality a bezpečí zdravotnických zařízení bude nakonec v praxi použitelný.

SAS navrhuje vlastní hodnocení kvality (Systém uznávání kvality provozu specializované ambulantní péče ASAC). Lze tyto postupy srovnat?

Předně je třeba vysvětlit, co vše je v zákoně o zdravotních službách napsáno o kvalitě. V paragrafu 47 je mezi povinnostmi všech poskytovatelů uvedeno, že dle Věstníku MZ musíme zavést systém interní kontroly kvality a bezpečí. V paragrafu 98 a následujících je pak rozepisován nový systém dobrovolné externí kontroly kvality. Návrh MZ, o němž se nyní diskutuje, se týká paragrafu 47, ale akreditační systém ASAC, jenž jsme spustili přibližně před rokem, je hodnocením externím a dobrovolným, spadajícím tedy pod paragrafy 98-106.

Konkurují si tato hodnocení, a pokud ano, v čem?

Troufám si říci, že tvorba kritérií a titrace jejich významnosti nám dala tolik práce a prošla tolika jednáními i mimo SAS, že umíme kvalitu ambulantní péče hodnotit z opravdu významných a pro pacienta důležitých hledisek. Rozhodně ale neplatí, že bychom nějak chtěli konkurovat MZ.

Ze zákona o zdravotních službách to ani nejde, protože z něj vyplývá, že v ASAC budeme po letošním 1. dubnu smět pokračovat, až pokud k tomu získáme povolení MZ. Existence ASAC tedy podléhá vůli MZ. Dle vyjádření bývalého náměstka ministra Vítězslava Vavrouška bude ministerstvo vydávat příslušná povolení bohužel až ve chvíli, kdy samo vydá k dané činnosti svou vyhlášku. Na takovém materiálu se ale, dle mých informací, na ministerstvu zdravotnictví zatím nepracuje.

Jak tedy nyní budete postupovat?

Jakmile to bude možné a vyjde příslušná vyhláška MZ, požádáme ministerstvo o možnost pokračovat v kontrolách v rámci systému ASAC. Má-li ovšem ministerstvo prostřednictvím zmíněného materiálu stanovit stejnou kontrolu na nižší, dejme tomu základní úrovni, budeme prosazovat, aby poskytovatelé zdravotní péče ani pacienti nebyli zatěžováni nepotřebnými úkony.

Petra Klusáková

Demografický vývoj vyžaduje lepší přípravu personálu

Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně získala ze strukturálních fondů EU 33 milionů korun na vzdělávací projekt zaměřený na vytvoření sítě středních zdravotnických škol. Zaručí tak lepší výuku budoucího středního zdravotnického personálu.

S ohledem na stárnutí populace a polymorbiditu nemocných poroste potřeba erudovaného středního zdravotnického personálu. Projekt nazvaný „Nadregionální síť středních zdravotnických škol pro vyšší kvalitu vzdělávání a praxe“ by měl eliminovat riziko spojené s nízkou úrovní teoretických i praktických dovedností absolventů středních škol. „Absolvent bude mít konkurenční výhodu v podobě nejnovějších znalostí v lékařství, odborného

jazykového vzdělání, praktických zkušeností a bude tak výrazně zvýšena jeho adaptabilita na trhu práce,“ řekla k projektu náměstkyně pro ošetrovatelskou péči FN u sv. Anny v Brně Jana Zvěřinová.

Inovace výuky

Do projektu je zapojeno pět partnerských škol, přes dva tisíce studentů a kolem dvou set lektorů. V jeho rámci je definováno několik klíčových aktivit týkajících se

přípravy výukových materiálů, inovace výuky na SZŠ, odborné praxe a exkurzí. Studenti se také zúčastní tří výukových soustředění zaměřených zejména na postupy při řešení krizových situací. Do části projektu týkající se inovace výuky budou zapojeni experti z řad lékařů a sester fakultní nemocnice, kteří se budou podílet na teoretické i praktické výuce v jednotlivých zdravotnických školách. Ke klíčovým aktivitám budou patřit odborné ex-

kurze a praxe na pracovištích FN u sv. Anny či zdravotnické soustředění spočívající v intenzivním týdenním výcviku. První ze tří kurzů v terénu proběhne na konci dubna.

Pomáhat budou i herci

Jednou z priorit bude také simulace výuka. Budou se nacvičovat problematické situace při komunikaci s agresivním nebo nespouštějícím pacientem, ale i s rodinou apod. Pro zlepšení

ošetrovatelských dovedností bude při simulaci využito profesionálních herců, tzv. standardizovaných pacientů. Situaci díky tomu bude možné opakovat podle daného scénáře, videozáznam pak bude sloužit k vyhodnocení.

Podle zástupce přednosti Anesteziologicko-resuscitační kliniky LF MU a FNUSA Václava Zvoníčka je nácvik komunikace prioritou i proto, že dosavadní generace zdravotnického personálu byly v tomto směru málo školeny a chybí jim vzory. Simulační metody umožní mnohem lepší přípravu na praxi, při běžných stážích se totiž studenti vůbec nemusí s vyhraněnými situacemi setkat. „To posouvá simulaci do nové roviny. Nevím o tom, že by takto někdo simulaci u nás využíval,“ uvádí Václav Zvoníček. Na projektu FN u sv. Anny spolupracuje i s americkou Mayo Clinic.

David Daniel

Stát útočí na veřejné zdravotnictví

Jednání Moravskoslezského kraje se zástupci zdravotních pojišťoven o redukci lůžkového fondu dohodu nepřineslo. Vedení kraje s redukcí zásadně nesouhlasí. Kraj i zdravotní pojišťovny deklarují stejný cíl – zachovat kvalitní a dostupnou zdravotní péči.

Podle hejtmána Moravskoslezského kraje Jaroslava Palase (ČSSD) je důvodem nesouhlasného stanoviska především vysoký počet lůžek, které by měl kraj na základě zpracovaného návrhu pojišťoven zrušit. „Jedná se o útok na veřejné zdravotnictví. Již jsme k dnešnímu dni v krajských nemocnicích zrušili celkem 227 lůžek,“ řekl hejtman.

Malým nemocnicím hrozí likvidace

Jaroslav Palas se obává, že realizace návrhu by mohla nastartovat likvidaci malých nemocnic, přesun výdělečné péče do soukromých zdravotnických zařízení a opatření by se prý ve finále mohla dotknout i činnosti územního střediska zdravotnické záchranné služby. Vedení kraje je toho názoru, že návrh byl sestaven i v rozporu s kritérii Svazu zdravotních pojišťoven (SZP ČR), který stanovil počty lůžek dle jednotlivých odborností pro zachování smluvních vztahů v rámci restrukturalizace lůžkového fondu.

„Byl zde stanoven minimální počet lůžek v závislosti na spádové oblasti pro jednotlivé obory. To vše převedeno vzhledem k celkovému počtu obyvatel Moravskoslezského kraje stanov-



Jaroslav Palas. | Foto: Senat.cz

je optimální počty lůžek v kraji dle jednotlivých odborností,“ uvedla tisková mluvčí kraje Šarka Vlčková.

Nedostatečný počet lůžek i před redukcí

V Moravskoslezském kraji bylo k 1. březnu celkem 5628 lůžek, z toho v krajských nemocnicích 2433 a v ostatních 3195 lůžek. Zdravotní pojišťovny chtějí počet lůžek v krajských nemocnicích redukovat o 453 a v ostatních (Městská nemocnice Ostrava, Městská nemocnice v Odrách, Nemocnice

Nový Jičín, Bohumínská nemocnice, Podhorská nemocnice, Nemocnice Podlesí, Vítkovická nemocnice a Fakultní nemocnice v Ostravě) o 79 lůžek.

Kraj ale upozorňuje na to, že už nyní je počet lůžek pro jednotlivé odbornosti nedostatečný. „Vidíme rozpor s podmínkami zachování smluvního vztahu v rámci restrukturalizace akutní lůžkové péče dle odbornosti. Například na chirurgii v Havířově je dle návrhu cílový stav 35 lůžek pro spádovou oblast se 100 tisíci obyvatel, přičemž dle kritérií SZP ČR má být na spádovou oblast se 45 tisíci obyvateli 50 chirurgických lůžek,“ uvádí mluvčí kraje. Některá pracoviště by se prý navíc mohla dostat do problémů v oblasti akreditace, neboť jedním z kritérií je právě počet lůžek. Realizace redukce lůžkového fondu by tak v některých případech mohla znemožnit splnění požadavků ministerstva zdravotnictví, čímž by hrozila budoucí ztráta akreditace.

Kraj je připraven dále jednat

Podle náměstka hejtmána Karla Konečného redukce představuje hrozbu především pro malé nemocnice. „Po změně odborného zaměření a snížení kvali-

ty poskytované zdravotní péče může dojít k postupnému ekonomickému kolapsu nemocnice. Návrh zdravotních pojišťoven je například pro nemocnici v Orlové likvidační, s čímž zásadně nesouhlasíme,“ prohlásil Karel Konečný.

Náměstek považuje návrh za příliš razantní a jednostranný, podle jeho slov ohrožuje právě kýžené zachování kvality a dostupnosti péče v kraji. „Pro krajská zdravotnická zařízení je na prvním místě pacient a dostupnost standardní

zdravotní péče. Proto jsme připraveni k další diskusi, která bude nastavovat objektivní parametry poskytování zdravotní péče v rámci sítě páteřních nemocnic našeho kraje a dá i dlouhodobou jistotu lékařům a zdravotnickému personálu v jejich náročných pracích. Ekonomická opatření musí být v rovnováze se zachováním dostupné péče na potřebné kvalitativní úrovni. A toto v návrhu zdravotních pojišťoven schází,“ uzavřel náměstek.

Filip Klit Citores

„Centrální mozek“ pardubického zdravotnictví již funguje

První společné jednání Koordinační a řídicí skupiny ve zdravotnictví, kterou ustavila Rada Pardubického kraje, proběhlo v minulých dnech za účasti všech ředitelů nemocnic poskytujících akutní péči v regionu.

„Úkolem ‚centrálního mozku‘ krajského zdravotnictví je připravit kroky k finanční stabilizaci nemocnic. Na zasedání jsme se například shodli na společném nákupu zboží a léčiv do nemocnic a určili pracovní skupinu, která aktivně přichystá konkrétní možnosti realizace tohoto stabilizačního opatření,“ uvedl radní Pardubického kraje zodpovědný za zdravotnictví Martin Netolický.

Koordinační a řídicí skupina se bude scházet pravidelně v měsíčních intervalech. „Pracovní týmy dostaly úkoly, kterými se budou v mezidobí zabývat pod vedením garantů. Následně budou své návrhy předkládat koordinační skupině. Konečné výstupy budou pravidelně předávány Radě Pardubického kraje,“ objasnil systém práce v komisi Josef Pejchl, který je jejím hlavním koordinátorem.

Cestou sjednocení systémů

„V ekonomické oblasti koordinační a řídicí skupina připravuje sjednocení účetních osnov v nemocnicích, což usnadní ekonomické řízení. V oblasti nákupů zdravotnického materiálu a léčiv skupina

dostala za úkol připravit jednotný systém nákupů materiálů a léčiv pro krajská zdravotnická zařízení, který bude fungovat na principu nejnižší ceny při dosažení co nejvyšší kvality a zároveň rychlého logistického zabezpečení,“ vysvětlila Zdravotnickým novinám mluvčí Pardubického kraje Magdalena Navrátilová a dodala, že analýzy ukázaly, jak zdravotnická zařízení v Pardubickém kraji ne vždy správně vykazují poskytovanou zdravotní péči pojišťovně, a proto přicházejí o finanční prostředky. „Z toho důvodu byl pořízen specializovaný software, který pomůže zefektivnit vykazování zdravotnických výkonů a jednotlivým primářům pomůže reálně zobrazit ekonomiku jejich oddělení. Bude také sjednoceno datové úložiště, které umožní využít grafická data z diagnostických přístrojů pro všechny krajské nemocnice,“ dodala mluvčí Navrátilová.

Usnadnění komunikace mezi nemocnicemi si kraj slibuje rovněž od nového intranetu a webu pacienta Pardubického kraje, který zkrátí čekací doby v ambulancích u specialistů v nemocnicích.

Petra Klusáková

Hradec Králové jednal se ZP o zachování nemocnic

Nemocnice Královéhradeckého kraje mají smlouvy s pojišťovnami do konce roku, a proto začala jednání o nových smlouvách, jež mají nastavit rozsah péče v kraji.

„Máme za sebou první kolo jednání. Na nich jsme podepsali závazné dokumenty, které zaručují, že žádnou krajskou nemocnici není nutné rušit. To považujeme za důležitý krok a svým způsobem i za úspěch,“ uvedl ředitel Zdravotnického holdingu Královéhradeckého kraje Martin Schá-

něl. Podle něj se ještě bude jednat o rušení některých lůžek v krajských nemocnicích, jež navrhuje pojišťovny, ale krajští zdravotníci je chtějí zachovat.

„Podmínky nových smluv potřebují nemocnice znát co nejdříve, aby případně mohly zapracovat požadované změny. Jedině tak

je možné zachovat standardní chod zdravotnictví v kraji v případě, že bychom museli ustoupit tlaku pojišťoven a zrušit některá další lůžka,“ doplnil ředitel Scháněl. Kraj v posledních třech letech zrušil ve svých nemocnicích 170 lůžek.

(op)

Domácí porody jsou jen špičkou ledovce

Seminář pořádaný Výborem pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny Parlamentu ČR „Domácí porody – krok kupředu či zpět“ upozornil na stálé názorové rozdíly mezi zastánci alternativních forem péče a odbornou veřejností. Ministerstvo zdravotnictví se nyní snaží oba tábory dovést k diskusi.

Zajistit by ji měla nová pracovní skupina pro porodnictví sestavená ministerstvem zdravotnictví ze zástupců odborných společností, ministerstva, porodních asistentek i příjemců péče. Agendu spojenou s problematikou porodnictví má MZ na programu v první polovině tohoto roku. „Nyní je podle našeho názoru třeba nechat této pracovní skupině určitý čas na předložení návrhů, které budou řešit i právní otázky domácích porodů a příslušnou legislativu EU,“ uvedl na semináři náměstek ministra zdravotnictví pro legislativu Martin Plíšek.

Lékaři říkají ne

Česká lékařská komora svým vyjádřením z počátku března zařadila plánovaný porod mimo zdravotnické zařízení mezi postupy *non lege artis*. Zamítavé stanovisko zní i od České neonatologické společnosti ČLS JEP. „Přesun porodů z domovů do nemocnic, který skončil někdy v 70. letech minulého století, měl své racionální odůvodnění,“ uvedl na semináři ředitel Ústavu pro péči o matku a dítě Jaroslav Feyerleis. Zpochybnil také studie, kterými zastánkyň domácí porodů argumentují. Lékaři ve svých příspěvcích poukazovali zejména na nepředví-



ilustrace foto: Shutterstock

datelné komplikace, jako je asfyxie novorozenců nebo prepartální krvácení. „To stále patří k vedoucím příčinám úmrtí rodiček v naší zemi. Faktory krvácení dokážeme vyselektovat pouze ve 30 až 40 procentech,“ varoval Antonín Pařízek z Gynekologicko-porodnické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. Jiří Knor jako zástupce lékařů zdravotnické záchranné služby zase upozornil na to, že až u 4 % porodů lze předpokládat komplikace spojené s resuscitací novorozence.

Porody doma jako možnost volby naopak podporuje předseda sněmovního výboru pro zdravotnictví Boris Štátný. Odmítá ale, aby péče s nimi spojená byla hrazena z veřejného zdravotního pojištění.

Nedostačující legislativa i nepochopení

Podle právničky Ligy lidských práv Zuzany Candiglioti je mylná už samotná diskuse o tom, zda domácí porody povolit, nebo nikoli. „Není možné v tom ženám nějak zabránit, ať už právně či jinak,“ uvedla. Právo na svobodné zvolení místa porodu je totiž zakotveno v evropské úmluvě o ochraně lidských práv a svobod. Úmluva o právech dítěte zase zaručuje dítěti při narození přístup ke zdravotním službám, a to bez ohledu na to, kde přijde na svět. „Většinou se jako argument pro omezení porodů doma uvádí, že je zde i ono nenarozené dítě a jeho právo na zdraví. A právě proto se domnívám, že by porod doma měl

probíhat za asistence zdravotnického pracovníka,“ uvedla Zuzana Candiglioti.

To ovšem většina nemocnic nepodporuje. Nový zákon o zdravotních službách sice porody doma zohledňuje jako možnou alternativu, nestanovuje ale další podmínky. Navíc porodní asistentky mají stále problém se získáváním registrací. „Úřady odmítají udělovat registrace k vedení porodu nejen porodním asistentkám, ale i dulám. V současnosti tak nemůže vzniknout ani žádný porodní dům, což znamená, že porodní péče se dostává do ilegality,“ upozornila právnička. Porodům doma by se podle jejího názoru i podle některých dalších přednášejících dalo předejít zlepšením podmínek pro porod v nemocnici. „Důležitá je kontinuální péče porodní asistentky, protože je zřejmé, že porody doma nejsou tak časté téma. Je jen málo žen, které chtějí opravdu rodit doma. To, co rodičky často trápí, je, že v porodnicích nejsou respektována jejich práva,“ dodává Zuzana Candiglioti.

Kontinuální péče porodních asistentek má podle biostatistčky Markéty Pavlíkové, která prezentovala výzkumy z Kanady a Velké Británie, blahodárny vliv na průběh těhotenství, porodu (do-

ma i ve zdravotnickém zařízení) i poporodní doby. Ženy pod dohledem asistentky mají údajně méně předporodních hospitalizací, instrumentálních porodů a užívání analgetik. Častěji porodí spontánně vaginálně, cítí větší kontrolu nad svým porodem a snáze zahajují kojení. Samostatnou kapitolou problematiky je pak zařazení práce porodních asistentek do systému veřejného zdravotního pojištění.

Domácí porody jako důsledek

Nedodržování práv rodičky je podle některých zúčastněných největší problém českého porodnictví. Mezi nejčastější chyby lze zařadit odebrání novorozence matce, nadužívání analgetik nebo nerespektování individuálních potřeb rodičky ze strany zdravotníka. Pro porod v domácím prostředí se podle výzkumu klinické psycholožky Michaely Mrowetz rozhodnou ženy nejčastěji po předchozí negativní zkušenosti s porodem ve zdravotnickém zařízení. Často je důsledkem takové zkušenosti posttraumatická stresová porucha. Ze studie, do které bylo zařazeno na 1300 Češek a Slovenců, vyplývá, že jde převážně o druhorodičky, kterým byla při prvním porodu odepřena jejich práva.

Psycholožka na základě porodního příběhu každé ženy a jejich odpovědí sestavila žebříček motivací pro domácí porod. „Jako první motiv pro porod mimo zdravotnické zařízení ženy nejčastěji uváděly nepřerušovaný kontakt se svým dítětem, druhým motivem je zajištění individuálního režimu porodu. První dva motivy jsou tedy orientovány na potřeby dítěte,“ upozornila.

Irena Soukupová

O péči u porodu doma rozhodne soud

Nový zákon o zdravotních službách, který začal platit od 1. dubna, vystavuje porodní asistentky, které by asistovaly u porodu bez platné registrace, riziku vysokých sankcí.

Krajské úřady ani ministerstvo zdravotnictví přitom údajně nechtějí asistentkám registrace udělovat a omezují tak jejich kompetence.

„V České republice prakticky neexistují porodní asistentky, které by měly registraci bez omezení a pomáhaly ženám u porodu mi-

mo zdravotnické zařízení,“ uvádí se v tiskové zprávě České ženské lobby.

Podle organizace tak MZ i kraje hrubě porušují evropské právo, které ženám zaručuje možnost svobodné volby místa porodu se zabezpečením patřičné péče. „Tím, že zamezují porodním

asistentkám v poskytování péče u domácích porodů, paradoxně ohrožují doma rodící ženy a jejich děti. Porodní asistentky od dubna váhají domácím porodům asistovat, neboť jim hrozí pokuta do výše 1 milionu korun. Ženy, které se pro porod doma rozhodnou, tak zůstávají odkázány

pouze samy na sebe a chybí jim odborná pomoc,“ uvádí se dále ve zprávě.

Pomoci může pouze soud

Právnička Ligy lidských práv Zuzana Candiglioti upozorňuje, že v současnosti může ženám zajištění legální péči asistentky u porodu pouze soud. „Ženy mohou podat návrh k soudu, aby nařídil poskytnutí péče některé nemocnici nebo aby soukromé porodní asistence povolil jednorázově

asistovat u porodu doma,“ objasňuje Zuzana Candiglioti.

Dalším problémem se jeví být i zajištění možnosti volby bezplatné kontinuální péče porodní asistentky. Primární péče porodních asistentek je přitom údajně ekonomicky výhodnější než zavedený model péče ve zdravotnickém zařízení. Nový zákon o zdravotních službách dále zamezuje vybírání (pro některé absurdního) poplatku za přítomnost otce u porodu ve zdravotnickém zařízení. Některé nemocnice, například v Praze nebo na jižní Moravě, podle zprávy přesto tyto poplatky nadále vyžadují. (ISO)

NOVĚ V PRODEJI V NOVINOVÝCH STÁNCÍCH



ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



Zpravodajství
Rozhovory
Reportáže
Komentáře
Nabídky práce



ZPRAVODAJSTVÍ Z ČESKÉHO ZDRAVOTNICTVÍ

NÁZORY

Poslanci s vaničkou **vyhlili i dítě**

Aktuální legislativní změna je výsledkem lobbyistického úsilí těch provozovatelů veřejných lékáren, kteří svůj marketing postavili na faktickém obcházení regulačních poplatků v lékárnách. Tento marketing je navíc částečně hrazen z veřejných prostředků.

Od 1. dubna 2012 vstoupila v platnost novela zákona č. 369/2011 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, která v jeho § 32 nově uvádí odst. 6. Tento odstavec umožňuje ze strany provozovatele lékárny při výdeji léků hrazených z veřejného zdravotního pojištění opět poskytnout pacientovi bonus, dar či jiné nepeněžní plnění.

Zmíněná plnění ve prospěch pacienta lze poskytnout pouze v tom případě, když se současně sníží nárok na úhradu tohoto léčiva z prostředků veřejného zdravotního pojištění o blíže nespecifikovanou částku.

Údajné omezení konkurence

Praxe veřejných lékáren se tak vrátila před 1. prosincem loňského roku. Až do konce listopadu totiž některé lékárny dosahovaly

soutěžní výhody tím, že na úkor veřejných prostředků regulační poplatky za recept vůbec nevybíraly, resp. slevy je pacientům propíraly zpět cestou bonusových programů. Výše zmíněná novela zákona jim to dnes po čtyřech měsících opět umožňuje.

Popsaná legislativní změna je výsledkem lobbyistického úsilí těch provozovatelů veřejných lékáren, kteří svůj marketing před časem postavili a dnes už opět staví právě na faktickém obcházení regulačních poplatků v lékárnách. Tento marketing je navíc částečně hrazen z veřejných prostředků. Pacient totiž nezaplatí žádný regulační poplatek, jeho výše se mu ale i tak započítává do zákonně-



Mgr. Marek Hampel
předseda Grémia
majitelů lékáren

ho limitu, po překročení kterého už neplatí žádné poplatky. Protože tohoto limitu dosáhne rychleji i bez vlastní spoluúčasti, zdravotní pojišťovny tak za něj budou muset platit víc poplatků, než by bylo do této doby nutné.

Jedním z důvodů, kterým lobbyisté proti zákazu bonusů a darů při výdeji léků na předpis argumentovali, bylo údajné omezení konkurence mezi veřejnými lékárnami v případě, že tyto bonusy a dary budou zapovězeny. V tomto argumentu je podpořil i Úřad na ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS), který se obával, že snížení konkurence mezi lékárnami by mělo neblahý dopad na pacienty.

Liché obavy antimonopolního úřadu

Ponechejme stranou nepochybně spornou skutečnost konkurence při výdeji léků hrazených z prostředků veřejného zdravotnictví, do kterého všichni pacienti přispívají podle stejných pravidel, ale marketingová zvýhodnění mohou objektivně využívat pouze někteří. I proto je ve vyspělých evropských zemích konkurence v této oblasti nepřipustná.

Ponechejme stranou rovněž skutečnost, že omezení konkurence při výdeji léků na předpis zdaleka neznamená omezení konkurence mezi lékárnami jako takové. Volně prodejné léky, potravinové doplňky a další lékárenský sortiment stále ponechává pro konkurenci a marketing dostatek prostoru.

Nejdůležitější jsou výsledky praxe zmíněných čtyř měsíců

od prosince 2011 do března 2012, kdy se v České republice bonusy a dary při výdeji léků hrazených z veřejného zdravotního pojištění neposkytovaly a ty mluví jasně. Obavy ÚOHS se ukázaly být liché: Praxe bez poskytování bonusů vedla k ještě intenzivnějšímu konkurenčnímu tlaku mezi lékárnami. Tento tlak byl ale přesunut do žádoucí oblasti.

Při výdeji léků na předpis navíc došlo ke snižování doplatek léků, tedy ke snižování spoluúčasti pacientů. Naopak, ke zvýšení spoluúčasti pacientů povedou od 1. dubna 2012 platné změny. Stejně tak se dá očekávat opětovný nárůst spotřeby (předepisování a výdeje) léků hrazených z veřejného zdravotního pojištění. Obcházení smyslu regulačních poplatků v lékárnách totiž zruší efekt, pro který byly zavedeny tehdejšími ministrem zdravotnictví Tomášem Julínkem a který také skutečně vyvolaly. Finanční nároky na systém veřejného zdravotnictví pro oblast lékové politiky tedy v nejbližší době opět vzrostou. To bude z hlediska státu, který jinde šetří doslova každou korunu, minimálně nelogické.

Reakce VZP na informace

o údajně chystané likvidaci nemocnic

Reagujeme na článek serveru Aktuálně.cz „Padesáti nemocnicím hrozí úplná likvidace. Tady jsou“ a další spekulace a nepravdy, které se v médiích objevují v souvislosti s VZP a restrukturalizací lůžkového fondu.

Všichni vnímáme stoupající náklady na zdravotní péči a s tím související potřebu hledání úspor uvnitř resortu zdravotnictví. Cest k úsporám je mnoho a jednou z nich je restrukturalizace a optimalizace lůžkového fondu v České republice. Za posledních 20 let medicína prošla výrazným vývojem. Moderní diagnostické a léčebné postupy snižují potřebu hospitalizace, umožňují přesun vybrané operativy do jednodenní péče nebo přímo do ambulantního režimu. Přebývají tak lůžkové kapacity nejen na očích a ORL odděleních, ale díky obecně významně zkrácené době hospitalizace i v ostatních oborech.

Moderní léčba se promítá do všech oborů; omezuje potřebu hospitalizace jen na nejzávažnější případy. Obecně nižší potřeba hospitalizace a tím i nižší nároky na lůžkovou kapacitu si již vynutily organizační změny v provozu některých lůžkových odděle-

ní. Vznikla tak potřeba vytváření spojeného lůžkového fondu příbuzných odborností, tj. primariátu spojeného lůžkového fondu chirurgických nebo interních oborů. Ze stejných důvodů se vytvářejí multioborové JIP.

Menší, ale stejně výkonné

Při redukci akutního lůžkového fondu musí být zachována taková síť lůžkových zdravotnických zařízení, která zajistí dostupnost zdravotní péče. Při hodnocení dostupnosti zdravotní péče bude zohledněna jak spádová oblast zařízení a migrace obyvatel za zdravotní péči, tak i samotná dojezdová vzdálenost. Veškeré změny v rámci procesu restrukturalizace a optimalizace lůžkové péče je nutné i z pohledu poskytovatelů zdravotní péče řešit pragmaticky. V nemocnicích, kde jsou nevyužívané lůžkové kapacity (což vypovídá o jejich naddimenzovanosti), je snížení

lůžek a související zvýšení efektivity zdravotnického zařízení optimální. Heslem nemocnic by mělo být: menší, ale stejně výkonné. A navíc, pokud jsou rušená lůžka trvale či dlouhodobě neobsazená, nemělo by se jejich uzavření dotknout pacientů.

V současné době probíhají jednání o restrukturalizaci lůžkového fondu při aktivní účasti všech zainteresovaných subjektů ve zdravotnictví na všech úrovních – tj. mimo jiné samozřejmě i plátců zdravotního pojištění, ministerstva zdravotnictví, odborných společností, poskytovatelů zdravotní péče, orgánů státní správy a dalších. Restrukturalizace lůžkové péče by měla být dokončena v průběhu roku 2012, kdy k 31. 12. končí platnost stávajících rámcových smluv s poskytovateli lůžkové zdravotní péče. Cílem plátců zdravotního pojištění od roku 2013 je uzavřít smluvní vztahy s těmi poskytovateli

lůžkové zdravotní péče, jejichž péče je skutečně potřebná, dostupná na všech úrovních, využívaná, efektivní, kvalitní a splňující veškeré nároky medicíny 21. století.

Šíření poplašné zprávy

Samotný proces restrukturalizace lůžkové péče probíhá na úrovni jednání mezi zástupci regionálních poboček VZP ČR, Svazu zdravotních pojišťoven a statutárních zástupců poskytovatelů zdravotní péče, zřizovatelů a dalšími subjekty. Mimo jiné jsou posuzována i další kritéria: data mapující migraci pacientů za zdravotní péči, plnění požadavků na věcné, technické a personální vybavení dle platné legislativy, souběhy úvazků lékařů, využití lůžkového fondu, geografická dostupnost péče, zhodnocení produkce ve vybraných oborech, minimální počet tzv. klíčových výkonů, kvalita a efektivita poskytované

zdravotní péče, akreditace zdravotnických zařízení, klinicko-ekonomické parametry, stanovení poměru mezi vybranými DRG skupinami a ostatními důvody pro hospitalizaci (poměr terapeutických a diagnostických hospitalizací) atd.

Ke strategii vyjednávání smluvních vztahů s poskytovateli zdravotní péče Správní rada VZP ČR neschválila žádný materiál, ze kterého by vyplynulo, že VZP bude rušit nějakou nemocnici. Proto tímto k článku pana Holuba uvádím, že nevíme, odkud čerpá své maniakální představy. Uvedený server budeme žalovat o náhradu škody, která vzniká tím, že jsou zveřejňovány ničím nepodložené zprávy, jež nás ekonomicky poškozují, což doložíme a vyčíslíme. Zároveň podáme trestní oznámení kvůli šíření poplašné zprávy.

Mgr. Anna Veverková, MPA
ředitelka odboru komunikace VZP

MEDIPOS P&P®

společnost s ručením omezeným

675 52 Lipník 44 (okr. Třebíč), tel: 568 858 989, fax: 568 858 985



VOLEJTE ZDARMA 800 136 136

objednávky a zákaznický servis

medipos@medipos.cz

pomuckyPROzdravi@medipos.cz



ZDRAVOTNICKÁ ZAŘÍZENÍ
LÉKAŘSKÉ PRAXE

ŠIROKÁ VERĚNOST

KOMPLEXNÍ ZÁSOBOVÁNÍ ZDRAVOTNICKÝCH PRAXÍ

- 1.500 položek s dodáním do max. 48 hodin
- dalších 3.000 položek do 5-ti dnů
- objednávky telefonicky, faxem, e-mailem a na eshopu www.medipos.cz
- poradenství, hledání vhodných alternativních produktů

eShop www.medipos.cz

ZDRAVOTNICKÝ MATERIÁL, POMŮCKY PRO INKONTINENCI, KOMPENZAČNÍ POMŮCKY, DROBNÁ ZDRAVOTNICKÁ TECHNIKA...

- široký sortiment zdravotnického materiálu, kompenzačních a rehabilitačních pomůcek s možností dodání „až do domu“
- možnost ověření výše úhrady a max. doplatku na výrobky, které lze předepsat lékařem na poukaz, vč. informací o kódech pro preskripci PZT
- dostupnost pomůcky si můžete ověřit na portále www.pomuckyPROzdravi.cz v sekci „mám poukaz od lékaře“
- v kamenných prodejnách si můžete pomůcku vyzvednout, vyzkoušet i zakoupit (akceptujeme i platební karty)
- vzorky inko pomůcek na vyzkoušení a určení velikosti ZDARMA - volejte 800 136 136 nebo vyplňte formulář na webu

Infoportál + eShop: www.pomuckyPROzdravi.cz

Prodejny a výdejny zdravotnických prostředků **pomůcky PRO zdraví**

Třebíč, 674 01, Bráfova 45, tel.: 568 848 580, GSM: 773 836 505, e-mail: zp.brafova@medipos.cz

Praha 3, 130 00, Vinohradská 156, tel.: 284 812 105, GSM: 606 718 989, e-mail: zp.vinohradska@medipos.cz



PRODUKTOVÉ PORADENSTVÍ • Možnost rozvozu ZDARMA po celé ČR • INFO O ÚHRADÁCH

NÁZORY

Komentář k zákonu č. 374/2011 Sb., o zdravotnické záchranné službě, a k zákonu č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Zákon o zdravotnické záchranné službě je prvním zákonem o ZZS. Na jeho konečnou verzi jsme čekali víc než deset let, sám jsem byl asi u šesti návrhů a musím konstatovat, že tato poslední verze je nejhorší.

Přijatý zákon vychází z původního návrhu ministra Julínka, bohužel však z té verze, do níž nebyly zapracovány připomínky prodiskutované zástupci ministerstva zdravotnictví, krajů, ředitelů záchranných služeb



MUDr. Zdeněk Schwarz
ředitel ZZS HMP

i odborů a dalších připomínkových míst. Kdyby autor pro svou práci využil alespoň verzi, do které již byla zapracována většina připomínek z praxe a od odborníků, mohlo to dopadnout mnohem lépe. Bohužel se na výsledném textu neblaze podepsali i poslanci. Jak je nový zákon prezentován, je možná atraktivní pro voliče, ale neřeší mnohé věci, které nás dlouhodobě trápí, zejména otázku nedostatečného financování ZZS.

Nedořešená návaznost péče

Zákon dostatečně nevyřešil návaznost léčebné péče, což nám způsobuje problémy hlavně v Praze. Navzdory ekonomické krizi budu nejspíš muset navýšit počet operátorek na dispečinku a vyčlenit jednu dispečerku pro řešení tzv. avíz pacientů, jež jsme ošetřili nebo musíme umístit do některé nemocnice. Zákon mě totiž nutí, abych se o každém pacientovi domluvil s kontaktním místem.

Toto kontaktní místo je navíc špatně definováno – ze zákona jednoznačně nevyplývá, kdo rozhodne o přijetí či nepřijetí pacienta ani zda jím bude telefon na chodbě nebo mobil některého lékaře. Nyní to bývá nejčastěji vedoucí služby příslušného oboru, který když operuje, telefon samozřejmě nezvedá. Bude rozhodovat například chirurg o přijetí pacienta na internetu nebo rodičky do porodnice a naopak? Nebo budou na „kontaktních místech“ pouze sestřičky? Ty se dnes bojí rozhodnout o čemkoli, co se týká pacientů od ZZS. Naše dosavadní praxe je, že operátorky obvolávají

nemocnice, kde jsou přepojovány na množství linek, a mají potíže se dopátrat, kdo je kompetentní rozhodnout, zda pacienta přijme.

Rendez-vous

Co v zákoně krom jiného chybí, je možnost fungování jednočlenných posádek. Přestože záchranáři používající u nás elektromobil Smart již zachránili několik životů, protože byli na místě dříve než sanitní vůz. Ve světových metropolích standardně slouží záchranáři na kolech či motorkách. U nás by třeba na horách mohli používat sněžné skútry nebo čtyřkolky, ale náš nový zákon s touto eventualitou vůbec nepočítá. Takže takováto činnost bude asi protizákonná a nadále nebude proplácena zdravotní pojišťovnou.

Nejasná je i pasáž, týkající se setkávacího systému. Ze zákona totiž vyplývá, že by měl všude přijet nejprve lékař. Setkávací systém (*rendez-vous*) je zákonem špatně chápán, vyložen a definován. Počítá jen s variantou, že se setkávají dvě a více posádek na jednom zásahu. Já ovšem prosazuji a tvrdím, že setkávací systém je postaven na region (proto jde o systém), ve kterém fungují různé posádky (RZP, RLP, vrtulník, elektroSmart, cyklohlídka, motohlídka, vodní záchranáři ad.), které se v různém pořadí a počtu setkávají během směny. Všechny tyto nedostatky se prolínají do nedostatečné úhrady ze zdravotního pojištění. Pokud by to bylo lépe definováno v zákoně, muselo by se to promítnout do změny (zlepšení) úhrady.

Letecká záchranná služba

Nedořešená zůstala činnost letecké záchranné služby (LZS). To je problém, o kterém se mluví léta. Podle mého názoru měla být při tvorbě zákona o ZZS problematika letecké záchranné služby nejprve vyřešena koncepčně na základě



ilustrační foto: Leoš Chodura

zahraničních zkušeností a našich analýz. Poté měla být do zákona zapracována jako samostatná kapitola, kde by celá činnost byla vydefinována. Výsledkem je totiž pouze jeden paragraf, který zakonzervoval stávající situaci. Zajímavé je, že významně nahřívá soukromým subjektům a zcela ojedinělým způsobem do systému začleňuje armádu.

Provoz letecké záchranky je extrémně drahý a hrají jej stát. Proč dávat nejvíce privátním firmám? Ze zákona také jednoznačně nevyplývá, zda pro nás bude dále tuto službu moci zajišťovat Policie ČR. Proč ne ona, když armáda ano? Kromě toho, proč zákon umožňuje pouze armádě zabezpečovat i odbornou zdravotnickou posádku (lékař + záchranář), když se nikde v Česku na zabezpečení ZZS nepodílí? Zastávám názor, že v systému ZZS mají pracovat pouze ti, co ZZS dělají. Letecká záchranná služba zasahuje přibližně 1–2x za 24 hodin. Jaká bude erudice lidí, kteří nebudou dělat nic jiného? Na LZS nyní slouží lidé, kteří standardně slouží na pozemní ZZS, to znamená, že se denně setkávají s případy, které ZZS řeší.

Soukromé záchranné služby

Stejně tak nový zákon nevyřešil otázku činnosti soukromých záchraneč, které často parazitují na systému záchranné služby. Jinak

si jejich činnost nelze vysvětlit, protože v České republice musí být ZZS dotována. Tyto subjekty vykonávají zdravotní transporty a používají stejné vozy jako ZZS – zneužívají tak logo a označení zdravotnické záchranné služby a neoprávněně užívají houkačku, ačkoli jsou to v podstatě zdravotní taxíky, které převážejí neakutní pacienty. Zákon sice chtěl zakázat používání stejného barevného označení a názvu, avšak soukromí dopravci si prosadili způsob, který jim umožní používat název i nadále.

Takže nám po Praze i nadále budou jezdit a houkat desítky různých sanitek, které nemají se ZZS nic společného a zbytečně rozčilují i matou ostatní řidiče a občany. Zcela chybí kontrola jejich činnosti včetně případného zneuzžití, což zvyšuje finanční náklady i bezpečnostní rizika. Taková záchranka vlastně může převážet cokoli, jak se mnohokrát podařilo prokázat nebo odhalit. Jedna nejménovaná firma dokonce dlouhodobě nabízela, že klienty odveze s majákem třeba na letiště. Nyní nám po Praze jezdí i dva naše bývalé sanitní vozy, které používají majáky i naše označení, a nikdo s tím nic neudělal, přestože jsme celou záležitost předali policii. Úsměvně pak vyznívají její aktivity proti vozům „Anděl 112“. Všichni provozovatelé sanitních vozidel jsou přitom placeni ze zdravotního pojištění.

Stát přenáší své povinnosti na ZZS

V zákoně jsou dále některé zbytečné novinky, které požadují plnění nových povinností a zvyšují náklady ZZS. Bude nutné navýšit počet pracovníků útvaru krizového managementu (který je třeba ještě přejmenovat na pracoviště krizové připravenosti), přitom mnoha ZZS stačilo, tak jako doposud, mít jen jednoho krizového manažera, a to i na zkrácený úvazek.

Zákon dále zavazuje ZZS koordinovat vzdělávání pracovníků složek integrovaného záchranného systému (IZS), které jsou státní, ale ZZS jsou přitom krajské. Takovéto vzdělávání by měl u svých organizací zajistit stát a nepřenášet tuto povinnost na kraje a krajské ZZS, které jsou zde především proto, aby zachraňovaly, ne aby vzdělávaly. Není také jasné, co je míněno koordinací, jak se bude financovat, kde máme vzít lektoři a tak dále.

Zcela nově máme zabezpečovat i činnost intervenční psychosociální služby pro mimořádné situace. Co to znamená? Že zde budu mít 24 hodin denně k dispozici psychology, kteří budou čekat, zda se náhodou něco nestane? V Praze nebyla mimořádná situace několik let, tak proč zbytečně platit další zaměstnance, kteří vlastně nebudou mít žádnou práci? A kolik by jich mělo být? Jeden, dva, deset...? Při mimořádných událostech jsou jich potřeba i stovky.

Dotace bez uvedení účelu

V poslední době jsme byli nuceni dělat škrty v rozpočtu a snižovat počty zaměstnanců, ale zákon nás tlačí k opačnému – počty pracovníků zase navyšovat. A já tvrdím, že zcela zbytečně a na úkor krajů. Ministerstvo zdravotnictví má sice poskytnout finanční prostředky na krizovou připravenost ve výši cca 10 Kč na 1 obyvatele kraje, v důvodové zprávě je však uvedeno, že tato částka není určena na platy zaměstnanců. Takže na co je?

V posledních letech jsme nakoupili potřebné vybavení (mobilní stany, speciální techniku včetně Golema), momentálně tedy nemáme potřebu tyto prostředky využít. Navíc není akceptováno specifikum Prahy, kde jsou rizika nejčtetnější i nejvyšší a kde je denně asi 300 tisíc návštěvníků navíc, na něž nám nikdo nepřispívá. Středočeši, kterým zajišťujeme LZS (9 milionů/rok), nám nedávají ani korunu. Stejně tak v pražských nemocnicích léčí kolem 30-40 % Středočechů, jejichž léčbu hradí rozpočty pražských, nikoli středočeských poboček ZP. Teď se problém ještě rozšíří nebo prohloubí o peníze, které získá Středočeský kraj a jejich ZZS, ale péči budeme zabezpečovat v Praze za peníze Prahy.

Na jedné straně je výhodou, že jednotlivé novinky vyplývající z nového zákona nabývají platnosti až za několik měsíců či let, na straně druhé tatáž skutečnost vytváří organizační zmatek a mnoho nejasností.

Trestněprávní popotahování

Co se týče zákona o zdravotních službách, zde vnímám jako problematickou oblast týkající se informovaného souhlasu, respektive negativního reversu. U nás je problém, pokud někoho odvezete násilím, zda jste nezasáhli do jeho soukromí a svobodného práva rozhodovat o svém zdraví. Mohu uvést nedávnou brněnskou kauzu domácího porodu, kdy lékař nařídil za asistence po-

licie odvoz rodičky a novorozence do nemocnice, za což byla ZZS pravomocně odsouzena k úhradě škody. Uvedený lékař ZZS bohužel zemřel, ale nechci ani domyslet, jak by byl tímto soudem souzen on.

Na druhé straně jsme často popotahováni, když někoho někde necháme. To se stalo například v případě olomouckého bezdomovce, který byl „pouze“ opilý. Bezdomovci představují problematickou a rizikovou skupinu, zejména právě ve spojení s alkoholem. Opilci bývají agresivní a často takzvaně nad věci, odmítají pomoc, přičemž opilost může zastínit řadu život ohrožujících stavů. Negativní revers sice pacientovi dává právo odmítnout péči, ale pokud nás on nebo v pří-

NÁZORY / ZE SPOLEČNOSTI

padě jeho úmrtí pozůstali zažalují, budeme obtížně vysvětlovat, zda byl dotčený ve stavu přičetnosti, zda byl podrobně obeznámen se všemi riziky a zda je jeho podpis relevantní. Vlastně nemáme ani možnost, ani právo vyšetřit případnou opilost. Obávám se, že i nadále – a možná komplikovaněji – budeme obhajovat, proč jsme jednoho pacienta odvezli proti jeho vůli do nemocnice a jiného ponechali na místě nebo doma.

Zdánlivě bombastické novinky

V zákoně nacházíme i zdánlivě bombastická ustanovení týkající se práv lékařů a pacientů. Třeba že záchranářům je umožněno za účelem pomoci vniknout k pa-

cientovi do bytu nebo že mohou odmítnout poskytnout péči, pokud je pacient ohrožuje. Stejně jsou legislativně zakotvena různá práva pacientů – možnost rozhodovat, kde budou hospitalizováni, jak s nimi bude nakládáno, že může být přítomna blízká osoba, že děti u sebe mohou mít rodiče, slepci vodičích psa... to vše jsou ale věci, které již běžně v praxi fungují nebo jsou naopak v podmínkách ZZS nereálné a neakceptovatelné. Přesto nám hrozí vysoké sankce.

Toto je jen výčet malé části problémů, které nám proklamovaná zdravotnická reforma přináší. Kolegové v nemocnicích a ambulantních praxích na tom budou stejně špatně jako dosud, spíše ještě hůř.

Zlaté záchranářské kříže 2011 předány

Celostátní soutěž o nejlepší záchranářský čin vyhláší každoročně časopis Rescue Report. Nejlepší činy jednotlivců či záchranářských týmů za uplynulý rok vybírá v deseti kategoriích porota, v níž jsou zastoupeni profesionální záchranáři a zástupci médií.

Ceny 17. dubna slavnostně předal prezident republiky Václav Klaus. Letos proběhl již 13. ročník soutěže, ale poprvé byla zavedena i kategorie pro děti a mládež do 18 let. Každý z oceněných zachránil jeden či více životů a neváhal při tom nasadit ten vlastní. Odměnou jim jsou Zlaté záchranářské kříže, věčné dary a také vzpomínka na slavnostní chvíle na Pražském hradě.

Kříž in memoriam

Mezi oceněnými jsou i dva lékaři, z nichž bohužel jen jeden, MUDr. Rudolf Zvolánek, byl na slavnosti přítomen.

Druhý, MUDr. Robert Zodl, obdržel Zlatý záchranářský kříž in memoriam. V únoru 2010 se jako lékař ZZS v Brně dostal k novorozenci po domácímu porodu, a ačkoli vyhodnotil situaci dítěte jako život ohrožující, ani po hodině přesvědčování rodiče dítěte nesohlasili s jeho transportem do zdravotnického zařízení. Lékař přejal zodpovědnost za život dítěte a transportovat jej nechal, což novorozenci podle názoru specialistů zachránilo život. Nicméně rodiče dítěte iniciovali soudní spor, prvoinstančně rozhodnutý ve prospěch navrhovatelů. Dal-



Foto: Jiří Doležal



ší rozhodnutí soudu už dalo za pravdu oprávněnosti postupu lékaře, ten se však již osvobodujícího rozsudku nedožil. V průběhu procesu ve věku 43 let náhle zemřel.

Unikátní zákrok v unikátních podmínkách

9. března 2011 zasahoval MUDr. Rudolf Zvolánek jako lékař Zdravotnické záchranné služby Jiho-moravského kraje u případu vtažení muže do místního zařízení na plasty, a to otvorem o velikos-

ti přibližně 50 x 50 cm. Muže jed- na z lopatek zachytila za obleče- ní. Při příletu lékaře již byly na místě pozemní složky ZZS a HZS, kterým se ale nedařilo muže uvolnit a vyprostit. MUDr. Zvolánek se tedy vnořil polovinou těla do zařízení a začal pacienta z hřidele uvolňovat sám. Zjistil, že levá horní končetina je semiamputovaná v rameni, ve velmi stísňených podmínkách proto musel její amputaci dokončit, neboť se nemohl dostat dále ke 2 lopatkám, které pronikly do mužova

Jsem zvyklý na tvrdou hru

Laureáta Zlatého záchranářského kříže MUDr. Rudolfa Zvolánka jsme požádali o krátký rozhovor.

Za jak dlouho po úrazu jste začal s vyprošťováním zraněného a jak dlouho váš zásah trval?

V té chvíli byl pacient namotán na centrální hřídeli už asi deset patnáct minut a stále ještě při vědomí, částečně i spolupracoval. Můj zásah trval zhruba dvacet minut.

Původní profesí jste anesteziolog, máte za sebou i nějakou nadstandardní chirurgickou průpravu?

Teď už možná ano... Ne, neměl jsem. Devět let jsem pracoval ve Fakultní nemocnici u svaté Anny a tam jsem prošel standardním „kolečkem“. Poté jsem byl deset let primářem ARO nemocnice v Jese- níku. Nyní pracuji ve Zdravotnické záchranné službě Jiho-moravského kraje a účastním se pozemních i le- teckých zákroků, což byl i tento.

Záchranáři nejsou jediný tým, ve kterém jako lékař působíte. Jste také součástí realizačního týmu HC Kometa Brno. Je Kometa vaší „srdeční záležitostí“?

To samozřejmě je! Hokej jsem hrál od dětství. Přišel okamžik, kdy jsem se musel rozhodnout, zda půjdu

studovat medicínu, nebo se stanu profesionálním hráčem hokeje. Jsem rád, že jsem se rozhodl pro lékařství, ale hokej je moje doživotní velká láska.

V tomto sportu jsou běžné tvrdé souboje a tržné rány, i Komete v play off hodně pronásledují úrazy. Mají hráči posunutý práh bolesti?

Je to individuální, ale určitě jsou na kdejakou ránu zvyklí. Já osobně práh bolesti trochu posunutý vzhůru mám. Hokejisti jsou uvyklí na tvrdou hru a jen tak nějaká modřina je nerozhodí.

Dohadují se s vámi, kdy po úrazu půjdou zpět na led?

Někdy jsou urputnější v tom, že by chtěli jít hrát dříve. Nejde o běžné naražení, ale třeba o případ otřesu mozku. Řídím se pomocí *guidelines*, a i když se hráč jeví jako schopný běžného života, něco jiného je špičkový sportovní výkon. K tomu je nutno přihlížet, možnost zranění a doživotních zdravotních následků tu samozřejmě je. To si nemůžeme dovolit.

(II)

těla. Jedna způsobila devastační poranění části břicha a hrudníku, kde vytrhla levou přední část s obnažením plíce a srdce. Zůstávala však v těle a lékař musel chirurgicky uvolnit tkáň, aby ji bylo možno z těla vyjmout. Poté ještě bylo třeba uvolnit visící tělo z druhé lopatky, která pronikla do břicha v jeho dolní polovině.

Muž byl v konečné fázi uvolňování v bezvědomí, ale se zachovanými vitálními funkcemi. Lékař musel pracovat velmi rychle a pod značným psychologickým tlakem. I díky této přednemocniční péči je dnes pacient soběstačný a v dobré fyzické kondici.

NÁZORY

Kdo řídí české zdravotnictví?

Orientovat se v současném světě, porozumět mechanismům, které ovládají společnost, je pro obyčejného člověka velmi obtížné. Jedním z důvodů je, že v současné společnosti se věci velmi často jeví jinak, než jaké ve skutečnosti jsou. Člověk vnímá jen samotný jev, ale podstata mu uniká, protože je často skryta, a to někdy i záměrně.

Řídí ten, kdo platí

Tak je to zřejmě i s řízením zdravotnictví. Představitelem moci výkonně ve státě je vláda, ta se skládá z ministrů, a proto by se dalo předpokládat, že vrcholné řízení zdravotnictví se u nás odehrává na úrovni ministerstva zdravotnictví. A ministerstvo se navíc tváří, jako by tomu tak skutečně bylo.

V podmínkách tržní ekonomiky ovšem víme, že řídí ten, kdo rozhoduje o penězích. A o těch ve zdravotnictví rozhodují zdravotní pojišťovny, které tak prakticky řídí celé zdravotnictví. Vedle toho všichni vědí, že toto řízení není rovnoměrně rozděleno mezi všechny zdravotní pojišťovny, ale že v něm má rozhodující postavení VZP. A to nejen díky naprostému převládajícímu podílu z koláče pojištěnců, ale i díky svému specifickému postavení v systému zdravotního pojištění, jak vyplývá ze zákona, kterým byla VZP zřízena.

VZP je pak řízena svou správnou radou a managementem. V čele správné rady stojí poslanec Marek Šnajdr a ředitelem je MUDr. Pavel Horák. Ty však zřejmě řídí lobbista Roman Janoušek, jak se dozvídáme z článků otištěných v deníku Dnes (22. 3. 2012). Poněkud hrozné zjištění, že? Řadu lidí však zřejmě nepřekvapilo.

Motivace veřejné a soukromé

Ponechme stranou spekulace o věrohodnosti těchto informací. Podstatné je, že řízení veřejných záležitostí se u nás postupně přelévá ze sféry státní do sféry soukromé. V této souvislosti

zmiňme, že jednání subjektů je především o motivacích. Zatímco u ministerstva jakožto vrcholného orgánu státní správy ve zdravotnictví lze předpokládat, že jeho jednání je vedeno hlediskem veřejného zájmu, u soukromých osob je jejich jednání vedeno především zájmem soukromým. A jak vyplývá z již uvedeného, teoreticky se sice řízení zdravotnictví děje z úrovně ministerstva, ale prakticky z úrovně jednotlivců. Jejich způsobu jednání tím pádem vévodí nikoli veřejný, ale soukromý zájem.

Z tohoto zjištění se pak ve zcela jiném světle jeví různé pochybné projekty, které VZP realizuje (vydávání předraženého a zcela zbytečného časopisu, projekt zdravotních knížek IZIP apod.). Ony soukromé motivace ve zdravotnictví vedou k odsávání velkého množství finančních prostředků do soukromých kapes. Lze se pak divit tomu, že ve zdravotnictví chybějí peníze? Za tohoto způsobu řízení zákonitě chybět musejí.

Kdo mluví česky, zdůvodní všechno

Protože jde v tržní ekonomice o peníze až na prvním místě, jistě se všichni zainteresovaní budou snažit o to, aby jim tyto štědré veřejné penězovody nevyšchly. A tak zřejmě ti, kteří skutečně české zdravotnictví řídí, vydají příslušné pokyny a veřejnoprávní orgány přijmou rozhodnutí, kterými se vysychající prameny peněz opět naplní. Metody jsou již známé. Zvýšíme regulační poplatky, zavedeme nadstandardy všeho druhu... Zaběhlé praktiky



Ilustraci foto: Shutterstock

rabování veřejných fondů mohou ve veselě pokračovat. Však oni to politici a sdělovací prostředky veřejnosti nějak zdůvodní. Vždyť přece kdo mluví česky, zdůvodní všechno.

Ale chybička se vloudila a na veřejnost vypluly odposlechy jasně odkrývající podstatu našeho politického systému prolezlého korupcí a klientelismem. Co s tím teď, páni politikové? Co jiného než použít starých osvědčených praktik. Místo abychom řešili podstatu tohoto problému, tedy korupci a klientelismus, zaměříme se na to, kdo tyto informace vynesl. Jak je možné, že odposlechy unikly z BIS? A tak se bude kontrolní výbor poslanecké sněmovny zabývat unikem in-

formací z BIS, místo aby se zabýval jádrem problému, kterým je katastrofální stav české politiky a veřejné správy. Kdyby totiž tyto skandální politické praktiky nebyly, nebylo by ani třeba bránit úniku informací o nich. Ale ono je to celkem jedno. Zatím žádný parlamentní vyšetřovací výbor nikdy nic nevyšetřil (alespoň o tom nevím). Třeba jen případ krachu IPB se šetří více než 10 let a nikdo už ani žádný výsledek šetření neočekává.

Quo usque tandem...?

A co konkrétní aktéři aféry a jejich nadřízení a spolustraníci? Opět jako obvykle. Pan Bém prohlásí, že „špiclování považuje za perversní a zruďné“ a nebude se

tím zabývat. Předseda parlamentního výboru Jan Vidím řekne, že „tohle si musí Pavel Bém vysvětlit a vyhodnotit sám“. A pan premiér si pozval na kobereček ředitele BIS ohledně úniku informací. Jen se nenechat vyvést z míry! Problém je třeba vysedět. Brzy jistě přijde jiný skandál, který tento překryje, a zaběhlé praktiky mohou klidně pokračovat dál. Jak dlouho ještě?

Dále stojí za povšimnutí, že záběr lobbisty Janouška byl velmi široký. Deník Dnes uvádí řadu oblastí vynakládání veřejných prostředků, ve kterých se angažoval a zajišťoval, aby se na příslušná řídicí místa veřejnoprávních institucí dostali ti „správní“ lidé. Kde zůstalo jedno z hesel sametové revoluce „odborníci na svá místa“? Asi tam, kde většina ostatních ideálů této revoluce.

Ale není třeba zoufat. Prý už se případem zabývá policie. Copak asi vyšetří? A kdyby snad i něco vyšetřila, věc zřejmě půjde pod stůl u soudu. Vždyť v odposleších se mluví o „maorské princezně“, „mrtvých koních“, „sumcích“ apod. A už z případů korupce ve fotbalu víme, že soud přece „kapříky“ považuje za druh ryby a ne úplatky...

Když už nepomohou soudy, máme tu ještě ústavní systém s jeho mechanismem „brzd a pák“. Ten má zajistit, aby v případech, kdy vláda vede společnost nesprávným směrem, parlament takovému počínání zabránil vyslovením nedůvěry kabinetu. Jak víme, současné vládě nevěří přes 80 % obyvatelstva, avšak při hlasování o důvěře bez problémů svou pozici ustála. No ovšem, vždyť i poslanci hájí především své vlastní zájmy, nikoli zájmy společnosti. A řada z nich ví, že v případě mimořádných voleb by už do pohodlných a výnosných křesel nezasedla. Lze se tak vůbec divit výsledku jejich hlasování? To jistě ne. Ale je třeba se divit systému fungování demokratického mechanismu.

JUDr. Ing. Jaroslav Staněk, CSc.

Inzerce A121003289

Využijte bohatství českých lázní

Naordinujte pacientům tradiční léčbu s dlouhodobým účinkem



- Léčebné lázeňství je jedním ze segmentů zdravotní péče hrazených z prostředků veřejného zdravotního pojištění
- I v roce 2012 zůstává v nezměněné podobě v platnosti tzv. indikační seznam pro lázeňskou péči o dospělé, děti a dorost
- Předepisování lázní se NEZAPOČÍTÁVÁ do sledovaných regulačních omezení vyžadované péče praktických lékařů
- Elektronický návrh na lázeňskou péči, který Vám výrazně urychlí práci, najdete spolu s ostatními potřebnými informacemi na www.lecebnelazne.cz



SVAZ LÉČEBNÝCH LÁZNÍ ČESKÉ REPUBLIKY



INTEGROVANÝ OPERAČNÍ PROGRAM



EVROPSKÁ UNIE
EVROPSKÝ FOND PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ
SANCÉ PRO VÁŠ ROZVOJ



MINISTERSTVO PRO MÍSTNÍ ROZVOJ ČR

Kampaň na propagaci léčebného lázeňství je realizována v rámci integrovaného operačního programu financovaného Evropskou unií z Evropského fondu pro regionální rozvoj.

Předplatte si MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

Předplatné na rok + mimořádný dárek

zepter
INTERNATIONAL
LIVE LONGER



2x šálek s podšálkem

Set dvou krásných šálek s podšálky
na espresso od společnosti Zepther.

**Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 6. 5. 2012.
Předplatné na rok pouze za 590 Kč**



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku
predplatne.mf@cpost.cz, uveďte své **jméno**
a **doručovací adresu**. Do předmětu napište
kód **ZDN 0412 A** (v případě, že jste lékař),
nebo **ZDN 0412 B** (v případě, že nejste lékař).
Předplatit si můžete také **on-line** na našich
stránkách **www.mf.cz**



Volejte zdarma 800 300 302

Jednoduše zavolejte své osobní
údaje a info o požadovaném
předplatném a periodiku. Uveďte
kód **ZDN 0412 A** (v případě, že
jste lékař), nebo **ZDN 0412 B**
(v případě, že nejste lékař).



Pošlete SMS na číslo 900 09 06

ve tvaru **ZDN ABO jméno, příjmení,
adresa, lekárska specializace**
(v případě, že jste lékař) předplatitele.
Cena SMS je 6 Kč včetně DPH. Službu
provozuje goNET s. r. o. Technicky
zajišťuje MobilBonus s. r. o. Help line
777 717 535 po-pá 9.00-17.00.

Tato akce je určena pro nové předplatitele a platí do vyčerpání zásob. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. Předplatitel bere na vědomí, že předplatné nelze po dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a.s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávkou předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávkou dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a.s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zák. č. 101/2000 Sb. tj. zejména, že poskytnutí údajů je dobrovolné, že svůj souhlas může bezplatně kdykoli na adrese správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci atd. Podrobné informace a všeobecné dodací podmínky naleznete na www.mf.cz.

Druhý názor na léčbu

– zkušenosti Německa a Rakouska

Němečtí i rakouští pacienti mají právo na druhý odborný názor na léčbu, avšak v obou státech se uplatňují určité regulace, jež mají vyloučit neodůvodněný nárůst nákladů, neboť doplňkovou konzultaci s dalším lékařem zpravidla hradí jak veřejnoprávní, tak i soukromé pojišťovny.

Rakousko: snadno vymahatelná práva

Rakouský svaz veřejnoprávních pojišťoven varuje pacienty, aby „nepobíhali“ mezi lékaři jen tak o své vůli a aby se raději nejprve poradili se svou pojišťovnou. Domnívá-li se nemocný, že by skutečně potřeboval druhý odborný názor na vyšetření či léčebný záměr, má si jednak vyžádat od praktického lékaře doporučení, jednak navštívit pojišťovnu. Ta totiž náklady s tím spojené (pokud se další konzultace se specialistou má odehrát v téměř čtvrtletí jako konzultace první) proplatí jen při prokázání „medicinské odůvodněnosti“.

Rakouské pojišťovny provozují vlastní ambulantní i ústavní zdravotnická zařízení, v nichž není problém rychle zajistit kontrolní vyšetření šéflékařem. Dále mají na nezávislých klinikách nasmlouvané lékaře zajišťující revizní činnost (pacient si může svobodně vybrat mezi nezávislým lékařem a lékařem-zaměstnancem pojišťovny).

Ne každému pacientovi rakouská pojišťovna uzná „medicinské



ilustrace foto: Shutterstock

opodstatnění“ návštěvy u druhého odborného lékaře v souvislosti s tímto onemocněním. Na své náklady si nemocný samozřejmě může další posudek zajistit sám kdykoli. Pojišťovna ovšem při odmítnutí žádosti pacienta riskuje soudní spor, a jak v Rakousku, tak v Německu funguje rychlé specializované řízení pro tyto spory, takže občané se domohou svých práv snadno.

Německo: úspory díky druhým posudkům

Německé pojišťovny se zdají být benevolentnější – pacienty naopak přímo vybízejí, aby své právo na druhý odborný názor využili. Z publikovaných informací je patrné, že pojišťovny počítají s tím, že díky druhému lékařskému posudku mohou někdy ušetřit vysoké náklady na neopodstatněnou léčbu. Mají totiž s výsledky

uplatňování druhého názoru delší zkušenosti (Charta práv pacientů v SRN toto opatření zakotvuje již od roku 2003). V zemi například funguje celostátní patientská organizace s 22 regionálními poradnami, která spolupracuje s lékaři a mimo jiné pomáhá zajistit i druhý odborný názor. Další lékařští experti fungují při zdravotních pojišťovnách a někteří komunikují s pacienty prostřednictvím internetu (v případě potřeby samozřejmě dojde k přímému vyšetření pacienta). Lékaři fungující jako experti pro zajištění druhého názoru na léčbu musejí prokazovat svou erudici. Také v SRN pojišťovny sice nabádají nemocné, aby si nejprve obstarali doporučení praktického lékaře pro návštěvu druhého specialisty, avšak zároveň informují o užitečnosti doplňkového lékařského posudku z hlediska snížení nákladů na léčbu.

Rozmíňování operací

Jedna z pojišťoven například uvádí, že v letech 2010 a 2011 využilo 500 jejích pojištěnců druhý odborný názor ve vztahu ke zvažova-

né operaci a údajně v 85 % případů je druhý odborník od zákroku odradil. Tým dvanácti expertů v oblasti chirurgie a ortopedie, který působí prostřednictvím internetu, ve dvou třetinách nerozhodně pacienty odrazil od zamýšleného zákroku (jednalo se o umělé kloubní náhrady). V Německu stojí lékařský posudek nejméně 200 eur. Pokud pacient získá doporučení praktika a ještě se navíc poradí se svou pojišťovnou, zpravidla získá druhý názor zdarma, respektive na účet své pojišťovny. Té se totiž vyplatí uhradit posudek, protože za neplně odůvodněnou léčbu by platila mnohem více.

V obou státech pojišťovny spolupracují na doporučení praktických lékařů, kteří jsou přece jen více nezávislí než specialisté (odborný lékař by podle nich inklinoval k doporučení kolegy, který zastává stejné názory). Ale i kdyby nemocný nezískal doporučení praktického lékaře, pojišťovna by nechala stav pacienta ověřit jiným lékařem, zejména když jde o nákladnější výkony (srdeční operace apod.).

V SRN je část obyvatelstva pojištěna u soukromých pojišťoven, jež podle zveřejňovaných informací druhý odborný názor na léčbu hradí ještě ochotněji než pojišťovny veřejnoprávní. Opět spolupracují na to, že více lékařských posudků může zčásti snížit celkové výdaje na zdravotní péči, protože eliminují medicínsky neodůvodněné zákroky.

(Zdroje: sozialversicherung.at, aok.de)

Vladimíra Boškova

Krátce ze zahraničí

- Obyvatelé **Spojených států amerických** omezili v minulém roce návštěvy lékaře a výdaje za léky na předpis. Podle deníku The New York Times je důvodem špatná ekonomická situace Američanů, kteří mají stále častěji problémy s platbami za zdravotní péči. Počet návštěv lékaře loni oproti roku 2010 klesl o 4,7%, narostl však počet návštěv pohotovostí (o 7,4%), jež pro obyvatele bez zdravotního pojištění představují jediný přístup k bezplatnému ošetření. K poklesu došlo rovněž v počtu vydaných lékařských předpisů na léky – u seniorů nad 65 let dokonce o 3,1%, naopak ve věkové skupině 19 až 25 let počet vydaných receptů o 2% stoupl. Důvodem je skutečnost, že díky reformě zdravotnictví mohou děti čerpat pojištění rodičů až do 26 let věku.
- **Německá vláda** uvažuje o zákazu kosmetických plastických operací u osob mladších 18 let. Argumentuje pochybnostmi, zda si mladý člověk plně uvědomuje všechna rizika takového zákroku. K opatření se pozitivně staví i Německá společnost plastické, rekonstrukční a estetické chirurgie, která však upozorňuje, že v některých případech jsou kosmetické operace u dětí nutné kvůli zlepšení psychického stavu pacienta, což by bylo v případě přijetí zákazu nutno zohlednit.
- Podle **Světové zdravotnické organizace (WHO)** se do roku 2050 ztrojnásobí počet pacientů s demencí. Zatímco v roce 2010 žilo ve světě s touto diagnózou 35,6 milionu lidí, v roce 2030 se očekává 65,7 milionu případů a v roce

2050 více než 115 milionů pacientů. Příčina nárůstu spočívá podle WHO ve zvyšujícím se průměrném věku dožití a zlepšení úrovně lékařské péče v rozvojových zemích. Organizace upozorňuje, že demence s sebou nese i vysoké finanční náklady na péči, což může pro mnoho rodin znamenat pád pod hranici chudoby. Národní programy boje s demencí má v současnosti pouze několik málo vyspělých států (např. Japonsko, Velká Británie, Francie).

- V **USA** poprvé za posledních 70 let klesl počet rodiček ve věku 15 až 19 let. V současnosti připadá na tisíc rodiček 34,3 mladistvých, což oproti roku 1991 znamená 44% pokles. V porovnání s *baby boomem* v roce 1957 se pak jedná o pokles o 64% (tehdy připadalo na tisíc rodiček 96,3 náctiletých). Při porovnání údajů z let 2009 a 2010 byl zaznamenán 9%

pokles. USA přesto zůstávají rozvinutou zemí s nejvyšším podílem mladistvých rodiček.

- Od začátku dubna nesmějí být v **anglických** obchodech vystaveny krabičky cigaret. Tamní úřady doufají, že se tímto krokem podaří snížit počet nových – především mladých – kuřáků. Chtějí rovněž pomoci přestat s kouřením lidem, kteří o to usilují. „Většina dospělých kuřáků začíná se svým návykem v pubertě a tento trend bychom rádi změnil. Pokud cigarety nebudou vystaveny, bude pro mladé lidi jednodušší nepodlehout lákadlu kouření,“ komentovala rozhodnutí náměstkyně britského ministerstva zdravotnictví Anne Miltonová. Zákaz kouření ve veřejných prostorách platí ve Velké Británii od roku 2007, pravidelnými kuřáky je asi pětina dospělých obyvatel země.

- **Bulharští** zákonodárci schválili zákaz kouření na veřejných místech, včetně kaváren, barů a restaurací. Nové nařízení vejde v platnost 1. června letošního roku. Bulharsko již v roce 2005 zakázalo kouření na všech úřadech, v dopravních prostředcích, školách a školkách či v kinech. V zemi pravidelně kouří 44% obyvatel, což Bulharsko v rámci Evropy řadí na druhé místo v počtu kuřáků (za Řecko).

- **Haitská** vláda společně s mezinárodními organizacemi zahájila masivní vakcinační kampaň proti choleře. Očkováno má být 100 tisíc obyvatel v rizikových oblastech – především v chudinských čtvrtích a slumech. Epidemie cholery vypukla na Haiti v roce 2010, do současnosti si vyžádala na 7 tisíc lidských životů.

(Zdroje: Reuters, Medindia, BBC, ČTK) (kha)

Indie použila britské peníze na nucené sterilizace

Finanční prostředky britského ministerstva pro mezinárodní rozvoj byly použity na kontroverzní program nucených sterilizací indických žen a mužů. Informaci uveřejnil týdeník Observer.

Desítky milionů liber z ministerstva podle týdeníku putovaly na projekt, v jehož důsledku (především kvůli neprofesionálně provedeným operacím) zemřely desítky lidí, včetně těhotných žen a jejich nenarozených dětí.

Bez informací

Britské ministerstvo věnovalo Indii na program řešící reprodukční politiku 166 milionů liber přesto, že již od počátku řada odborníků upozorňovala, že peníze budou použity k nuceným sterilizacím nejchudších obyvatel tohoto státu v rámci snah zabránit dalšímu nárůstu indické populace. Projekt provázela již od počátku řada kontroverzí – zatímco lékaři měli za každý provedený zákrok získat finanční bonus, obyvatelé nejchudších oblastí, kteří nemají přístup k potřebným informacím a jsou v drtivé většině nevzdělaní, byli rutinně vybíráni pro sterilizace, aniž by dostali možnost proti operaci protestovat.

Podle zpráv ochránců lidských práv úřady těmto lidem často tvrdily, že podstoupí zákrok, kterýlepší jejich zdraví a životní úroveň, aniž by bylo jasné řečeno, že se jedná o sterilizaci. Vyšetřování, jež předcházelo právě probíhajícímu soudnímu procesu

v Indii, přineslo řadu svědectví dokazujících, že někteří pacienti byli po zákroku zcela ponecháni bez jakékoli následné péče, mnozí pak operaci nepřežili.

Boj s globálním oteplováním

Interní dokument britského ministerstva pro mezinárodní rozvoj z roku 2010 svou účast na programu odůvodňuje nutností boje s globální změnou klimatu – snížením počtu obyvatel dojde ke snížení produkce skleníkových plynů. Zpráva nicméně varuje, že taková kontrola růstu populace obsahuje „řadu etických kontroverzí a problémů z oblasti lidských práv“.

Indický nejvyšší soud začátkem března vyslechl několik svědectví o průběhu nucených sterilizací ve východoindickém státě Bihár. V lednu tohoto roku zde například během dvou hodin lékaři odoperovali 53 žen, podle svědectví zástupkyně jedné z organizací bojujících za lidská práva Deviky Biswasové neměli zdravotníci přístup ani k pitné vodě a zákroky prováděli na slámost pokryté zemi. Soud dal bihárským úřadům i indické vládě dva měsíce na reakci na vznesené obvinění.

Podle Deviky Biswasové jsou ke sterilizacím vybíráni nejzranitelnější lidé z nejnižších sociálních vrstev, jimž navíc úřady často vyhrožují například odejmутím potravinových lístků, pokud se operaci nepodrobí, nebo jim naopak slibují odměnu (jež má často podobu 600 rupií, tj. asi 7 dolarů, a sárí). V některých státech dokonce probíhají jakési loterie, v nichž mohou lidé, kteří budou se sterilizací souhlasit, vyhrát auto či ledničku.

Změna postoje

Jak ukazují údaje indické vlády, navzdory kontroverzím sterilizace představují nejběžnější metodu plánovaného rodičovství v rámci 2. fáze Programu pro reprodukci a zdraví dětí, jež byl spuštěn roku 2005 a na němž se finančně podílela právě britská vláda. Ministerstvo pro mezinárodní rozvoj se k pomoci v projektu zavázalo až do příštího roku. V roce 2009 bylo podle zprávy indického ministerstva zdravotnictví provedeno na půl milionu sterilizací.

Dokument nicméně rovněž obsahuje varování týkající se problémů s prováděním programu. O rok později indická vláda vypracovala audit se závěrem, kte-

rý říká, že „kvalita provádění sterilizací je znepokojující“.

Na zprávy o skutečném využití finančních prostředků reagoval i britský kabinet, jež do budoucna odmítl jakoukoli účast na nucených sterilizacích a deklaroval,

že se v rámci rozvojové pomoci Indii zaměří na zlepšení úrovně života žen. „Přijali jsme účinná opatření, která mají zabránit, aby peníze byly používány na nucené sterilizace. Velká Británie nesponzoruje žádné zařízení provádějící tyto zákroky. Vláda zcela změnila způsob, jakým je humanitární pomoc v Indii využívána – chceme se věnovat zlepšení přístupu žen k informacím a prostředkům plánovaného rodičovství bez ohledu na to, kde žijí či z jaké sociální vrstvy procházejí,“ píše se v prohlášení ministerstva pro mezinárodní rozvoj.

(Zdroj: Guardian)

Květa Havlová

Nemocnice nepřijímá obézní zdravotníky

Texaská nemocnice čelí nařčení z diskriminace. Odmítá totiž uchazeče o práci, kteří mají body mass index vyšší než 35.



Ilustrační foto: Shutterstock

Vedení Citizens Medical Center se hájí tím, že zaměstnanci „musejí splňovat požadavky na reprezentativní vzhled zdravotnického pracovníka“. Informaci přinesl deník Texas Tribune.

„Většina našich pacientů jsou lidé z věkové skupiny nad 65 let, kteří mají o profesionálním vystupování zdravotníků jasnou představu, již nemůžeme ignorovat,“ uvedl výkonný ředitel nemocnice David Brown. „Jako zaměstnavatelé máme právo rozhodnout, co je pro naše pacienty a naše podnikání nejlepší,“ doplnil pro deník. Podle Davida Browna se nařízení netýká stávajících zaměstnanců, jak ale potvrdil, nemocnice již kvůli obezitě odmítla několik uchazečů. „Snažíme se jim nabídnout pomoc, ale většina z nich nemá zájem a najde si práci jinde,“ potvrdil výkonný ředitel.

Bez opory v zákoně

Texaská legislativa zakazuje zaměstnavatelům odmítat ucha-

zeče o práci na základě rasy, věku nebo náboženského vyznání, diskriminaci kvůli tělesné hmotnosti však zákon nezmiňuje.

Podle Texas Tribune je většina lidí politikou nemocnice pobouřena a považuje ji za diskriminační. Deník navíc poukazuje na skutečnost, že body mass index nepředstavuje spolehlivé měřítko obezity, a upozorňuje, že Citizens Medical Center takto přichází o řadu velmi talentovaných a kvalifikovaných zdravotníků. Deník Daily Mail upozorňuje, že zaměstnavatelé mají často tendenci odmítat obézní uchazeče o práci, neboť předpokládají, že tito lidé nejsou tak výkonní jako uchazeči s „normální“ tělesnou hmotností. Podle průzkumu z roku 2010 přiznalo 25 % z 200 oslovených soukromých společností, že by nepřijaly do pracovního poměru člověka s obezitou, téměř 10 % pak potvrdilo, že tak již učinily.

(Zdroj: Medicaldaily.com)

(kha)

FDA chce omezit užívání antibiotik v zemědělství

Americký Úřad pro kontrolu léků a potravin (FDA) společně s Kanadskou lékařskou asociací (CMA) vyzvaly farmaceutické společnosti, aby pomohly při snaze limitovat množství antibiotik, jež se používají při chovu hospodářských zvířat.

Podle vědců totiž tato praxe významně přispívá k šíření nebezpečných, rezistentních bakteriálních kmenů. Antibiotika, včetně například penicilínu, jsou běžně přimíchávána do krmení hospodářských zvířat. Mají zajistit, aby zvířata byla během chovu zdravá a rychleji přibývala na váze. FDA se o regulaci používání těchto léčiv snaží již několik let, zemědělci se však brání, že antibiotika představují součást moderního chovu hospodářských zvířat.

Dobrovolné směrnice

FDA již vypracoval nové směrnice, jež vyžadují „uvážlivé“ užívání

antibiotik a rovněž předepisování těchto léčiv veterinárními lékaři. Současná legislativa umožňuje antibiotika pro zvířata nakupovat ve volném prodeji. Koncem loňského roku se k iniciativě FDA připojila i CMA. Doporučení úřadu však nejsou závazná, a proto se instituce obrátily na farmaceutické společnosti, aby guidelines podpořily a přijaly.

Vydání všeobecného zákazu se FDA brání – u každého antibiotika by se totiž muselo provést individuální řízení a celý proces by podle představitelů úřadu zabral několik desetiletí. „Nemá smysl vydat se touto legislativní cestou,“ domnívá se

komisař FDA Mike Taylor. „Máme signály od farmaceutického průmyslu, že je ochoten naše doporučení do svých pravidel převést dobrovolně.“

Podle údajů FDA je až 80 % všech antibiotik prodaných ve Spojených státech amerických použito v zemědělství při chovu hospodářských zvířat. Ačkoli nejsou k dispozici přesné statistiky, odborníci odhadují, že drtivá většina je zvířatům podávána z jiných než medicínských účelů (například kvůli rychlému váhovému přírůstku).

(Zdroj: Canadian Press)

(kha)

MD injekce s kolagenem

snižují potřebu užití nesteroidních antiflogistik/antirevmatik

Terapeutické přístupy k chorobám pohybového ústrojí v poslední době doznávají jistých změn. Přibývá totiž rizikových pacientů, ať už vysokého věku nebo s komorbiditami, které znemožňují zejména dlouhodobé systémové podávání klasických léčiv – salicylátů a dalších nesteroidních antiflogistik/antirevmatik (NSAIDs), kortikosteroidů a analgetik-antipyretik.

Tito pacienti jsou ve většině případů zatíženi závažnými nežádoucími účinky a potenciálními lékovými interakcemi, jako je gastro- a hepatotoxicita, retence tekutin, hemoragická diatéza, iatrogenní diabetes mellitus, řídnutí kostí a další. Zmínění pacienti však trpí značnými myoskeletálními bolestmi (a v důsledku toho sníženou kvalitou života), proto je třeba jim nabídnout moderní, účinný a přitom komfortní koncept léčby.

Různé formy onemocnění pohybového aparátu představují 20–25 % vytížení ambulance praktického lékaře. Jsou častou příčinou pracovní neschopnosti a objevují se ve stále mladších věkových skupinách ekonomicky aktivního segmentu obyvatelstva. Při zpětném sledování akutních i chronických bolestivých stavů jde na vrub onemocnění pohybového aparátu až 80 % případů a ty jsou řešeny nejčastěji v ordinaci praktického lékaře.

V současnosti je známo kolem 200 revmatologických chorob, k nimž se řadí postižení kloubů a přilehlých tkání a pojiva, tj. periostu, svalů, šlach, úponů a vazů; k nejčastějším diagnózám pak patří zánětlivá onemocnění (*revmatoidní artritida*, *arthritis uratica*, *morbus Bechtěrev* aj.), osteoartróza (v anglosaské literatuře nazývána *osteoarthritis*), osteoporóza, revmatismus měkkých tkání a bolesti zad.

Nejčastější omyly provázející léčbu pohybového aparátu pomocí NSAIDs

Nesteroidní antiflogistika/antirevmatika představují široce předepisovanou heterogenní skupinu léčiv s mnoha vedlejšími nežádoucími účinky (gastro-, nefro- a kardiotoxicitou) a lékovými interakcemi. Blokují enzym cyklooxygenázu (COX), která

má dvě izoformy: COX-1 a COX-2. COX-1 je nezbytná mj. pro tvorbu prostaglandinů, jež jsou součástí ochranného hlenového filmu žaludku; COX-2 se podílí na vzniku zánětu a stimuluje receptory bolesti.

Podle selektivity ke COX se NSAIDs dělí na COX-neselektivní, COX-1-preferenční, COX-2-preferenční a COX-2-selektivní. COX-neselektivní („klasická“) NSAIDs obecně nejsou vhodná k podávání seniorům (mj. kvůli zhoršené eliminační funkci jater a ledvin a často řadě přidružených chorob), kontraindikovaná jsou při floridní i anamnestické vědové chorobě žaludku a duodena, při souběžném užívání antikoagulantů (ASA, warfarin atd.) a kortikosteroidů, velké opatrnosti je třeba při současné léčbě antide-

presivy ze skupiny SSRI (citalopram aj.) a extrakty z jinanu dvoulaločného, při abúzu alkoholu a tabáku. Hepatotoxicita jednoho z nejpoužívanějších zástupců starších NSAIDs – diklofenaku – není novinkou.

Z hlediska gastrotoxicity jsou nejméně rizikové tzv. selektivní COX-2 inhibitory (koxiby), střední riziko znamenají tzv. preferenční COX-2 inhibitory (např. nimesulid). Z klasických NSAIDs (COX-neselektivních) je ke sliznici žaludku nejméně škodlivým analgetikem ibuprofen.

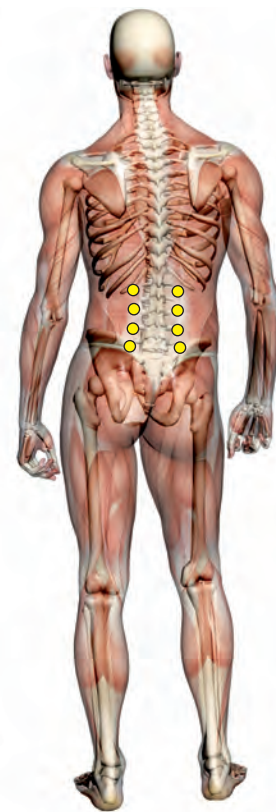
Neplatí, že při jiné aplikaci NSAIDs než perorální (např. rektální, injekční, infuzní) by bylo možné se vyhnout riziku krvácení do horních partií gastrointestinálního traktu, působí totiž systémově.

Neselektivní NSAIDs při léčbě bolesti vykazují stropový efekt, tj. jejich analgetický účinek neroste s dávkou, proto je někdy na místě zvážit podání jiného léčiva, např. opioidu. NSAIDs nejsou analgeticky účinnější než paracetamol v přiměřené dávce (1000 mg).

Aplikace kolagenu v porovnání s klasickou léčbou

V léčbě bolesti provázející choroby pohybového aparátu se velmi úspěšně uplatňují přípravky tzv. fyziologické regulační medicíny (FRM), tj. postupu založeného na podávání nízkých koncentrací látek přirozeně se vyskytujících v lidském organismu. Jednou z užívaných substancí je kolagen – látka, kterou můžeme charakterizovat jako extracelulární, ve vodě nerozpustný strukturální glykoprotein tvořící základní stavební jednotku pojivových tkání (v tělech savců až 1/3 veškerých obsažených bílkovin). Je funkční součástí kloubní chrupavky, kloubního pouzdra, periartikulární matrix i svalů. Kolagen je odbouráván různými kolagenázami (např. metaloproteinázami), ve zvýšené míře pak např. při osteoartróze. Po 60. roce věku dochází u člověka k prudkému poklesu biosyntézy kolagenu.

Jednou z významných příčin bolesti pohybového ústrojí je ochablost vnitřních a vnějších stabilizačních kloubních systémů. Ochablé podpůrné systémy vyvolávají kloubní hypermobilitu, zejména v nefyziologických polohách, v nichž dochází k předčasnému opotřebení těchto systémů, což dále zvyšuje riziko progresivní degenerace chrupavky. Obleněné nebo hypermobilitní součásti podpůrného systému stimuluje receptory bolesti a zvyšují napětí svalů v okolí kloubu. Při zpevňování stabilizačních systémů kloubů místně podaným kolagenem jde nejen o regeneraci



Aplikační body u *low back pain*

struktury (vytvoření biologické podpory, tzv. *bioscaffold*), ale také o analgetické působení. Lokálně podaný kolagen přispívá též k odstranění bolestivých kontrakcí svalstva v okolí kloubu a k obnově jeho funkce i funkce postiženého kloubu.

Základní účinnou složkou zdravotnických prostředků CUNA MD inj. je kolagen v kombinaci s fytofarmaky, která napomáhají transportu kolagenu do cílových struktur. K hlavním terapeutickým funkcím kolagenu řadíme tzv. bariérový efekt, lubrikační aktivitu a podporu eventuálně souběžné farmakologické léčby. Transport kolagenu na místo určené spolu s dalšími účinnými a pomocnými látkami je založen na patentem chráněném *colagen delivery system*. Principiálně tedy kolagen znovu umísťujeme tam, kde je ho nedostatek, kde posiluje, strukturuje a vytvořením tzv. adhezivní bariéry chrání tkáň chrupavky, šlach, vazů a kloubního pouzdra (viz obr. – str. 19). Kolagen dále zlepšuje lubrikaci kloubu a kvalitu kolagenových fibril a následně funkce veškerých anatomických struktur, kde je zastoupen.

Sympozia v Praze a Brně

Loni v září se v Praze a Brně uskutečnila sympozia za účasti prof. Leonella Milaniho. Vedle teoretické části byla předvedena praktická aplikace MD injekcí



Profesor Leonello Milani aplikuje na semináři v Praze MD injekci pacientce z řad lékařů.

při konkrétních zdravotních obtížích (viz foto – str. 18).

Profesor Milani připomněl, že příčina některých algických stavů je často nesprávně diagnostikována, takže za zdánlivou bolestí suspektně vertebrogenního původu se skrývá problém nervosvalový. Prakticky při každém onemocnění páteře (pokud se nejedná o primární postižení obratle zlomeninou, nádorem, metastázou nebo zánětem) je základním patologickým mechanismem bolesti svalová dysbalace, a tedy funkční porucha pohyblivosti.

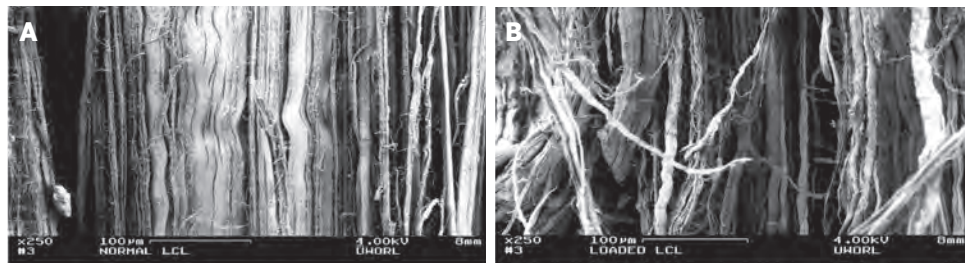
Před auditoriem pak přednášející ošetřil několik pacientů z řad lékařů. Jedním z nich byla pacientka trpící posttraumatickými bolestmi v oblasti pletence ramenního kloubu. Velmi efektivně se zde uplatnila subkutánní i intradermální aplikace MD přípravků, a to kombinace MD-Muscle s MD-Neural a MD-Tissue. Další pacientka si stěžovala na bolesti krční páteře a pravého loketního kloubu. Charakter bolesti byl bodavý bez projekce, přítomny byly také dlouhodobé bolesti zad v oblasti bederní páteře. V tomto případě došlo na aplikaci MD-Neck a MD-Tissue s tím, že pacientka do úpl-

ného vymizení bolesti absolvovala ještě dalších 5 injekcí.

Profesor Milani zdůraznil, že před aplikací je velmi důležité představit si uložení jednotlivých anatomických struktur jakož i použití jehel určených k aplikaci inzulinu, neboť jsou flexibilní a umožňují účelně aplikovat obsah ampulky na místo určení. Přitom za zásadní lze považovat vyhledání spouštěcích bodů bolesti (tzv. *trigger points*), což jsou zatvrdlá místa v oslabeném a zkráceném svalu nebo jeho fascii. Tyto body při zatlačení bolí a vyhledávají se manuálně, poté se MD injekce nejčastěji aplikují subkutánně právě do nich.

Klinická studie s MD injekcemi

V Revmatologickém ústavu v Praze v současné době dobíhá postregistrační klinické hodnocení MD injekcí při syndromu bolesti dolních zad (*low back pain*) ve srovnání s Mesocainem. Studie zahrnuje celkem 100 probandů obojího pohlaví ve věku 20–70 let. Studijní medikace MD-Muscle (1 ml), MD-Lumbar (2 ml) a MD-Neural (1 ml), tj. 4 ml na dávku nebo Mesocain 1% 4 ml na dávku je apliková-



Kolaterální střední vazivo a) normální, b) mikrostrukturální poškození z přetížení (nikoli prasknutí).

[Převzato z: Provenzano P, Hurschler C, Vanderby J Jr. *Connective Tissue Research* 2001; 42: 123–133.]

vána ve formě podkožních injekcí paravertebrálně do 8 prespecifikovaných bodů (0,5 ml/1 aplikační bod) po dobu 3 týdnů (1. týden 2x, 2. týden 2x, 3. týden 1x) (viz obr. – str. 18 nahoře).

V rámci této studie, jež tematicky doplňuje řadu úspěšných zahraničních studií, jsou sledovány změny v intenzitě bolesti a její vliv na pacientův funkční stav a kvalitu života. Obě skupiny jsou mezi sebou porovnávány jak v poklesu intenzity bolesti, tak ve stanovení začátku úlevy od bolesti a trvání efektu léčby. Sekundárně bude zhodnocena potřeba jiných analgetik.

Závěr

MD injekce jsou v oblasti terapie bolesti pohybového aparátu velmi

perspektivní. Sami pacienti udávají zlepšení zdravotního stavu a úlevu od bolesti, s čímž souvisí nižší potřeba rizikových protizánětlivých léků a analgetik jakož i absence obávaných nežádoucích účinků a lékových interakcí. Tento sekundární, avšak nikoli zanedbatelný efekt se jeví jako zásadní, jelikož ve většině případů u léčby MD injekcemi lze vysadit perorální medikaci NSAIDs, čímž se výrazně omezuje riziko eventuelní gastropatie, nefropatie, případně hepatopatie.

Účinek lokální aplikace kolagenu (v kombinaci s fytofarmaky a dalšími látkami) má strukturální i funkční povahu. MD injekce nejen zlepšují kloubní hybnost, ale přispívají též k relaxaci a přirozené funkci svalstva v dané oblasti.

Odstraňují příčinu bolesti a přispívají k jejímu vymizení. Aplikace MD injekcí tedy vede ke zlepšení pohyblivosti pacienta, k ústupu subjektivně udávané klidové bolestivosti v noci i bolesti při zátěži. Dle závažnosti a klinického stavu pacienta se subkutánně aplikuje 1 ampule 1–2x týdně, obvykle v kůře zahrnující v průměru 3–5 podání. Léčba MD injekcemi je bezpečná, nemá kontraindikace ani závažné nežádoucí účinky. Injekce nejsou hrazeny z prostředků VZP, ovšem jejich cena pacienta nikterak významně nezatežuje, jelikož 1 dávka stojí zhruba 140 Kč.

MUDr. Bohumil Skála, Ph.D.
ambulance praktického lékaře pro dospělé,
Lanškroun
člen výboru Společnosti všeobecného lékařství
ČLS JEP

Inzerce A121002749

FYZIOLOGICKÁ REGULAČNÍ MEDICÍNA

V TERAPII BOLESTI

Přípravky:

- MD-Neck
- MD-Neural
- MD-Thoracic
- MD-Lumbar
- MD-Ischial
- MD-Shoulder
- MD-Small Joints
- MD-Hip
- MD-Poly
- MD-Muscle
- MD-Matrix
- MD-Tissue
- MD-Knee



zdravotnický prostředek



Informační servis zajišťuje společnost InPHARM,
CZ: tel.: +420 241 432 133, inpharm@inpharm.cz
SK: tel.: +421 250 221 606, inpharm@inpharm.sk

Benefity:

- ✓ Nežádoucí účinky nebyly pozorovány
- ✓ Bez lékových interakcí
- ✓ Kombinace s analgetiky vede ke snížení jejich spotřeby, a proto i ke snížení nežádoucích účinků

Oblasti použití:

Výše uvedené přípravky pomáhají zmírnit bolest a zlepšit pohyblivost zpomalením fyziologické degenerace kloubů a přidružených tkání, a to vždy v té oblasti, pro kterou jsou určeny. Zároveň zmírňují poškození způsobená stárnutím, nesprávným držetím těla, průvodními chronickými onemocněními, poraněními a úrazy.

Statut: zdravotnický prostředek (medical device).

Pozn.: Pro lékaře je k dispozici Manuál léčby bolesti s Guna MD přípravky. Obsahuje nejen způsob použití, dávkování a aplikační body pro jednotlivé indikace, ale také příkladové kasuistiky. Manuál je dostupný na vyžádání zdarma u společnosti InPHARM.

K pohřbívání mrtvorozených

Právo potraceného a mrtvě narozeného na kvalifikované pohřbení a důstojné hrobové místo občanská společnost neuděluje, nýbrž uznává a potvrzuje jako obecně platné. Cílem tohoto příspěvku není najít racionální, ale právní interpretaci výše uvedených zkoumaných jevů.

Evropské zákony regulují cí pohřebnictví upravují způsoby jak nakládat s mrtvě narozenými dětmi a zpravidla i plody po potratu, zmocňují orgány dohledu ke kontrole, zda jsou jako lidské pozůstatky ukládány do



Tomáš Kotrlý

(srov. ČT 2010). Zahrnutí mrtvorozených do odpadu je v České republice běžná praxe, ale protože šlo o dítě živě narozené, může to být kvalifikováno jako správní delikt [srov. § 26 odst. 1 písm. j) zákona o pohřebnictví].

Definice mrtvorozenosti

Do 31. března 2012 se za mrtvě narozené dítě považoval plod neprojevující známky života a vážící alespoň 1000 g. Taková definice nám zlepšovala mezinárodní skóre podle Pavlíkové (2011) téměř o dvě stovky dětí, které podle běžněji užívané definice spadaly mezi narozené, podle české definice však mezi potraty. Světová zdravotnická organizace doporučuje, aby byla stanovena hranice hmotnosti pro potrat 500 g, která odpovídá přibližně 22. týdnu gestace. Toto doporučení bylo převzato ustanovením § 82 odst. 2 zákona

o zdravotních službách a je účinné od 1. dubna 2012. Mrtvorozenost definována v citovaném zákoně není. Pro účely vyplnění „Listu o prohlídce zemřelého“ ministerstvo zdravotnictví (MZ) navrhuje

definovat narození mrtvého dítěte jako plod narozený bez známek života, jehož hmotnost je 500 g a více; nelze-li porodní hmotnost určit, pak narozený po 22. dokončeném týdnu těhotenství, a nelze-li délku těhotenství určit, pak nejméně 25 cm dlouhý, a to od temene hlavy k patě.

Úprava na Slovensku a v Německu

Zákony o pohřebnictví jsou speciální právní úpravou pietního zacházení s mrtvorozenými ve všech demokratických státech. Ve Slovenské republice platí § 3 odst. 8 zákona č. 131/2010 Z.z., o pohřebnictve, ve kterém se stanoví, že i rodič potraceného plodu může písemně požádat poskytovatele zdravotních služeb o jeho vydání k pohřbení. Plod musí poskytovatel zdravotních služeb předat rodiči nebo jím pověřené pohřební službě.

Problematika práva na pohřbívání mrtvě narozených dětí je v SRN v kompetenci jednotlivých spolkových zemí. Právní úprava obsažená v jednotlivých zemských zákonech o pohřebnictví je nicméně zpravidla velmi podobná. Berlín zakotvuje povinnost pohřbení těla novorozence, pokud mu po úplném opuštění dělohy:

(1) buď tlouklo srdce, nebo pulzovala pupeční šňůra, nebo se dostavilo přirozené dýchání plícemi a zemřelo po této době, nebo (2) žádná z výše uvedených známek života v bodě 1 nebyla určena, porodní hmotnost nicméně byla nejméně 500 gramů (mrtvě narozené). Tělo novorozence vážící méně než 500 gramů, u kterého po opuštění dělohy nebyly určeny žádné známky života uvedené v odstavci 1 (potraceno), se nepovažuje za mrtvého pro účely tohoto zákona. (Zákon č. 2129-1, 1973: § 1)

První česká kodifikace

Od vzniku samostatného Československa nebyl přijat žádný zákon upravující právo na pohřbení mrtvě narozeného. Ani moderní vyhlášky ministerstva zdravotnictví o pohřebnictví v 50., 70. a 80. letech 20. století neupravovaly stáří plodu, od kdy se má pohřbívát. V původním poslancekém návrhu zákona o pohřebnictví z roku 2000 nebyla o pohřbívání mrtvých plodů také ani zmínka (srov. návrh zákona o pohřebnictví Karla Sehoře a dalších poslanců za ODS, č. částky 512/0). Byl vzat zpět v prvním čtení s tím, že vláda vypracuje vlastní předlohu zákona.

Prezident *prolife* organizace Hnutí pro život Radim Ucháč požádal premiéra Miloše Zemana, aby se v novém vládním návrhu potracené plody nestavěly naroveň amputovaným orgánům v souladu s čl. 7 Deklarace práv počatého dítěte (vyhlášené dne 22. listopadu 1999 Asociací pro právní ochranu dětí a mládeže, Občanským institutem a Hnutím Pro život). Žádost byla pověřeným ministerstvem pro místní rozvoj (MMR) kladně vyřízena a do návrhu zapracována o rok později takto: Lidskými pozůstatky, jež se musejí pohřbít, se rozumí mrtvé lidské tělo, jeho části nebo plod po potratu (definovaný jiným právním předpisem vydaným pro statistické účely). Zákon o pohřebnictví v tomto původním návrhu přijala poslanecká sněmovna 24. května 2001 velkou většinou. Nikdo tehdy nenamítal, že v zákoně je stanovena pohřbívací povinnost obcí k potraceným plodům. Jistou povinností měly v zákoně kodifikovanou i porodnice.

Alespoň minimální thanatopraxe

Podle § 4 odst. 3 původně přijatého zákona o pohřebnictví poskytovatel zdravotní služby, které má zřízeno oddělení patologie nebo oddělení soudního lékařství, nejen že by musel mrtvě narozené dítě a plod po potratu předat provozovateli pohřební služby nebo jiné osobě zajišťující pohřbení, ale byl by dále povinen tělísko umýt a po pitvě zašít. Po dokončení pitvy by poskytovatel musel bezplatně zajistit pro tyto osoby možnost úpravy těla mrtvého dítěte nebo plodu po potratu ve vhodné místnosti a umožnit jim nezbytnou hygienickou očistu. Nemá-li porodnice zřízenou prosekuru, musela by těmto osobám před převozem k pitvě také bezplatně zajistit možnost úpravy těla mrtvorozeného dítěte ve vhodné místnosti a umožnit jim nezbytnou hygienickou očistu.

Takto přijatý zákon o pohřebnictví se měl stát úhelným kamelem nových pohřebních praktik při porodu mrtvého dítěte. Poprvé v moderních dějinách českého státu se stanovilo nejen obligatorní pohřbení mrtvě narozeného těla nebo potracených plodů vážících alespoň 1000 g (zajišťovat měla obec), ale i povinnost minimální thanatopraktické úpravy ze strany poskytovatele zdravotních služeb (po pitvě zašití a umytí) a poté, v případě zájmu, zajištění bezplatné a vhodné místnosti pro pozůstalé (včetně jejich nezbytné hygienické očisty) k uložení tělč-

POHŘBENÍ

Dítě rodičům narozené mrtvě je podle judikatury Evropského soudu pro lidská práva součástí partnerského vztahu od okamžiku svého narození a již jen touto skutečností (srov. Gül proti Švýcarsku 1996; Keegan proti Irsku 1994; Kroon a další proti Nizozemí 1994). Matka si může vytvořit silnou vazbu i k plodu, který téměř donosila, a má právo vyjádřit přání dát mu jméno a pohřbít jej, což se dotýká nepochybně „soukromého života“, jehož respektování zaručuje čl. 8 Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod.

V počtu soudních žalob hraje perinatální medicína jasný prim, nikoli však v pohřebnictví. Ojedinele matka podává žalobu za nepohřbení svého mrtvého novorozence. Česká média za poslední dva roky zveřejnila jednu jedinou stížnost matky na poskytovatele zdravotních služeb, který zlikvidoval tělo jejího dítěte zemřelého při porodu společně s anatomicko-patologickým odpadem



ilustrační foto: Shutterstock

ka v rubáši do rakve. Tento první zákonný model managementu perinatální ztráty nikdy nenabyl účinnost.

Změna kvůli statistice jednoho ústavu

Po publikování citovaného zákona o pohřebnictví ve Sbírce zákonů pod číslem 256/2001 média zahájila masivní propagační kampaň (srov. monitoring 2012), na jejímž základě se v poslaneckém a senátorském klubu ODS začalo rychle pracovat na „technické“ novele. Změna spočívala ve vymezení mrtvého lidského plodu z ustanovení § 2 zákona o pohřebnictví, definující pro účely zákona mrtvolu, a tím opět – ještě před jeho účinností – od 1. 1. 2002 povolit jeho likvidaci bez rakve a rubáše jako anatomicko-patologického odpadu mimo krematorium a mimo pohřebiště. Senátoři to zdůvodnili tím, že „Pohřební ústav Hl. města Prahy v posledních deseti letech nezaregistroval jedinou žádost o pohřbení plodu po potratu ani mrtvé narozeného dítěte (!)“. (Důvodová zpráva 2001) Senátní předlohu podpořilo 34 z 60 přítomných členů horní komory, proti bylo 15 senátorů, především z KDU-ČSL. Z této strany politického spektra citujeme Zuzanu Roithovou: „Ať už má na etiku každý názor, jaký chce, nelze podle mého soudu upřít právo ženě či jejím příbuzným pohřbit plod.“ (Stenozáznam 2001) Parlament přijetím změny zákona o pohřebnictví zrušil právo matky pohřbit nejen lidský plod po potratu, ale i mrtvé narozené dítě.

POPIS EXISTUJÍCÍHO PRÁVNÍHO STAVU

Následuje přehled praktických dopadů 12 let starého a dosud platného politického rozhodnutí zákonodárců, které ovlivňuje management perinatální ztráty v samotném jeho základu (jak se loučit s někým, koho někdo vyhodil do smetí?). Komentujeme současné právní názory k pohřbívání mrtvorozených prezentované MMR (z hlediska nákladů na pohřbívací povinnost), MZ (z hlediska práva na vydání k pohřbení) a metodické doporučení ministerstva životního prostředí (MŽP) (z hlediska nakládání s odpady ze zdravotnictví). Některé obce, perinatologická centra a další kompetentní instituce zveřejnily svá stanoviska. V souvislosti s reformou sociálních dávek vznikl právní nárok na pohřebné těm, kteří sjednají pohřbení mrtvé narozenému dítěti a o pohřebné požádají.

Právo na pohřebné

Dávka pohřebného za pohřbení mrtvé narozeného dítěte byla do konce roku 2011 fakultativní. Ne každý, kdo o ni řádně a oprávněně požádal, byl uspokojen. Důvodem k zamítnutí žádosti bylo nesplnění podmínky trvalého pobytu, což u dítěte, které se narodilo mrtvé, nebylo možné doložit. V souvislosti se zavedením nové podmínky nároku pro všechny dávky státní sociální podpory – podmínky bydliště na území republiky – bylo přistoupeno k výslovnému vyloučení podmínky trvalého pobytu i bydliště u mrtvorozeného dítěte. Pokud tedy jakákoliv fyzická osoba vypravuje od 1. ledna 2012 mrtvé narozenému dítěti pohřeb a o pohřebné zpětně požádá, má na něj nárok ze zákona (srov. změnu zákona č. 117/1995 Sb., o státní sociální podpoře, se zákonem č. 366/2011 Sb.). Soudobá praxe na obecních úřadech ukazuje, že požádat o pohřebné na mrtvé novorozeně je efektivní, částka 5000 Kč zpravidla pokrývá všechny náklady účtované pohřební službou. Pokud je vypravitelem pohřbu mrtvé narozeného dítěte obec nebo poskytovatel zdravotní služby, nemůže jako právnická osoba požádat o pohřebné. Není ale zakázáno, aby sociální pracovník vypravil pohřeb a o pohřebné požádal svým jménem.

Pohřbit by měla obec

Obecnou pohřbívací povinnost mají obce. O mrtvorozeném a o tom, že nikdo nebyl během 4 dnů od jeho narození ochoten uhradit náklady na jeho pohřbení, by měly informovat příslušnou obec podle § 5 odst. 2 zákona o pohřebnictví ty právnické nebo fyzické osoby, u kterých je mrtvorozené dítě přechodně uloženo. Lékař provádějící prohlídku mrtvé narozeného dítěte může „List o prohlídce zemřelého“ předat obci, ve které se dítě mrtvé narodilo. Nebo se poskytovatel zdravotní služby může rozhodnout, že plody po potratu a mrtvé narozené bude pohřbívat na své náklady sám. Nesmí se pohřbit dříve než za čtyři dny od doby, kdy informoval matku, otce nebo osoby blízké zemřelému dítěti. Obdobně to takto řeší každá věznice: „Pokud příbuzní zemřelého vězně osoby písemně odmítnou provést pohřeb této osoby nebo zemřelá vězněná osoba žádné příbuzné nemá, zajistí pohřeb žehem vazební věznice na náklady státu. Pokud rodina požádá o převzetí urny, informu-

jeme pohřební ústav.“ (Nařízení 2008: odst. 7)

Náklady by měl nést stát i bez pohřebného

Přiměřené náklady v souladu s § 5 odst. 4 zákona o pohřebnictví na pohřbení nese stát, protože po mrtvé narozeném dítěti nejsou dědicové. Opakované žádosti některých obcí o refundaci nákladů na pohřeb mrtvé narozených dětí za daného stavu nemusí být vyřízeny kladně s odvoláním se na platné vymezení právního pojmu *nascitura*, kterému z administrativního hlediska není přiděleno rodné číslo. Z odpovědi MMR žádajícím obcím dále vyplývá, že pokud obec z humanitárně etických důvodů (podobně jako v jiných případech rodiče nebo nemocnice) zajistí po dohodě se zdravotnickým zařízením a prostřednictvím pohřební služby samostatné pohřbení mrtvé narozeného dítěte, může tak učinit pouze ve své samostatné působnosti, to jest na své náklady. Obec tento výklad práva řeší různě. Úřad městské části Prahy 4 zvažuje, zda bude nadále zajišťovat pohřeb mrtvé narozeným dětem, když na jeho území leží Ústav pro péči o matku a dítě, který se řadí k perinatologickým centrům s největším objemem

porodnické práce. Jen za prosinec roku 2011 ústav požádal město o zajištění pohřbení tří mrtvé narozených dětí. Přibývá obcí, které ve své samostatné působnosti zajišťují mrtvé narozenému dítěti pohřbení namísto rodičů nebo náklady porodnici zpětně refundují. Například porada vedení odboru správního a vnitřních věcí města Šumperku přijala v lednu 2012 usnesení, že vypravení pohřbu mrtvé narozeným dětem bude vždy hrazeno na náklady města navzdory tomu, že stát úhradu těchto nákladů odmítá.

Náklady na likvidaci anatomicko-patologického odpadu musí vždy hradit poskytovatel zdravotní služby, jedná se tedy o službu zdravotní, nezávisle na druhu žároviště. Náklady spojené s přechodným uložením pozůstatků mrtvorozeného dítěte hradí poskytovatel zdravotní služby, a to v souladu s § 4 odst. 4 zákona o pohřebnictví po dobu 48 hodin od úmrtí nebo od provedení pitvy. Po uplynutí této doby hradí náklady ten, kdo sjedná pohřbení podle § 5 odst. 1 zákona o pohřebnictví. Zjednodušeně řečeno, první dva dny po pitvě se s mrtvé narozeným dítětem, včetně převozu těla na pitvu a z pitvy, nakládá stále ješ-

tě v souvislosti s poskytováním zdravotní, nikoli pohřební služby. Sjedná-li rodiče během 4 dnů od chvíle, kdy jim bylo oznámeno, že dítě se narodilo mrtvé, pohřbení, hradí náklady za přechodné uložení svého mrtvého novorozeněte od třetího dne po pitvě.

Lhůta 96 hodin nestačí

V rámci výzkumu psychosociální intervence při porodu mrtvého plodu byl před dvěma lety proveden dotazníkový průzkum (Ratišlavová 2010) v jedenácti perinatologických centrech v republice. Dotazník neobsahoval otázku týkající se pohřbení. Z ústní komunikace s maminkami vyplynulo, že některé se začaly zajímat, kam pozůstatky jejich dítěte byly uloženy, až po delší době, než je zákonná 96hodinová lhůta ke sjednání pohřbení (srov. § 5 odst. 1 zákona o pohřebnictví). Jejich obava z toho, že s tělem miminka bylo zacházeno nedůstojně a že se stalo biologickým odpadem, je donutila k tomu, aby zpravidla po propuštění z porodnice domů vyhledaly informace o tom, kde jsou děti pohřbeny. Volaly do nemocnic nebo porodním asistentkám, aby jim řekly, jak se s jejich dětmi nakládalo. U 11 dotázaných maminek jich 8 požádalo ▶



Tomšů
Software s.r.o.

VŠEM ZDRAVOTNICKÝM SUBJEKTŮM NABÍZÍME ZVEŘEJNĚNÍ JEJICH CENÍKU NADSTANDARDNÍCH I OSTATNÍCH ZDRAVOTNÍCH SLUŽEB NA INTERNETOVÉM PORTÁLU [WWW.CENIKYLEKARU.CZ](http://www.cenikylekaru.cz)

- snadné a rychlé splnění zákonné povinnosti zveřejnit ceník nadstandardních zdravotních služeb na internetu
- založení i údržba ceníku on-line
- možnost založení a údržby ceníku i prostřednictvím správce portálu
- volitelné zveřejnění ordinační doby
- snadno zapamatovatelný název portálu umožní veřejnosti rychle nalézt váš ceník
- profesionální vzhled portálu
- pro informování pacientů o existenci vašeho ceníku obdržíte samolepku s adresou portálu, kterou můžete vylepit ve svém zdravotnickém zařízení

Informace pro založení ceníku a cenu za jeho zveřejnění naleznete na portálu www.cenikylekaru.cz v lékařské sekci v záložce O projektu

KONTAKT: Tomšů Software s. r. o., U Nemocnice 380, 377 01 Jindřichův Hradec
e-mail: info@cenikylekaru.cz, tel. 384 323 125, 602 483 413, www.tomsusoftware.cz

postfunerální akty (vyzvedly si urnu). Zbývající se uklidnily, když zjistily, že popel byl rozprášen na hřbitově. Na druhé straně si některé matky stěžovaly na to, že zdravotníci naléhali na velmi časně rozhodnutí o pohřbení (někdy ještě na porodním sále). Ideální praxí by bylo uvedenou lhůtu počítat až po ověření předání „Listu o prohlídce zemřelého“ oběma rodičům.

Evidence je dostatečná

Provozní řády všech 27 krematorií u nás označují mrtvé plody za klinicko-patologický odpad, který je nutné zpopelňovat v odlišném právně-administrativním režimu než lidské pozůstatky. K výše uvedené absenci rodného čísla u mrtvé narozeného lze uvést, že rodné číslo není povinnou součástí evidence u žádného z provozovatelů služeb v pohřebnictví. Přiděleno není ani nalezené části mrtvého lidského těla, cizinci nebo osobě neznámé, přesto obce mají povinnost tyto lidské pozůstatky nalezené na svém území pohřbit; náklady na pohřbení částí těl, osob neznámých a cizinců MMR bez problémů obci vrací. Pro evidenci z hlediska služeb v pohřebnictví postačí u mrtvé narozeného dítěte „List o prohlídce zemřelého“.

PRÁVO NA VYDÁNÍ PLODU

Vypravitel pohřbu mrtvé narozeného dítěte v České republice má sice od 1. ledna 2012 právní nárok na pohřebné, ale nemá v zákoně zakotvené právo na jeho vydání. Kdo zaručí právo pacientky, která porodila mrtvé dítě, nebo otce mrtvého dítěte na vydání pozůstatků dítěte na základě jejich žádosti k pohřbení? Vnitřní řády poskytovatelů zdravotních služeb?

Na to upozorňují české matky mrtvě narozených dětí sdružující se ve svépomocné skupině „Prázdna kolébka“ poslance a senátory v nedávně zveřejněném dopise: „Co tedy máme pohřbívat, když ve skutečnosti dostaneme sociální dávku na likvidaci odpadu? To máme v České republice raději rodit doma, aby nám mrtvé novorozence zůstalo v náručí?“ (Hráská 2012) Zde musíme použít jiný speciální zákon.

Zákon o zdravotních službách

Přijetím nového zákona č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, nedošlo k žádnému posunu ke kodifikaci práva na vydání potravních plodů a mrtvorozených dětí k pohřbení. Zákon v ustanove-

ní § 91 obdobně se starou právní úpravou stanoví, že s odebranou částí těla, včetně částí těla zemřelého, a s plodem po potratu nakládají v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb pouze poskytovatelé zdravotní služby tak, že jej zpopelňují ve vlastní spalovně.

Nemá-li poskytovatel vlastní spalovnu ani spalovnu jiného poskytovatele, musí si smluvně zajistit zpopelnění v krematoriu. Vymezení možnosti spálit plod po potratu ve spalovně poskytovatele nebo v krematoriu není vymezení možnosti plod pohřbit (viz slova „na základě smlouvy uzavřené mezi poskytovatelem a provozovatelem krematoria“). Ustanovení řeší situaci, kdy poskytovatel nemá vlastní spalovnu. Plody po potratu nelze ani podle zákona o zdravotních službách nezpopelnit, tj. uložit do rakve a v rakvi do hrobu. Záznam o spálení plodu po potratu se ze zákona zakládá do zdravotnické dokumentace matky, nikoli do evidence provozovatele spalovny nebo krematoria. Zde jej nalezneme v záznamu o spálení anatomicko-patologického odpadu zpravidla pod pojmem „histologické zbytky“.

To se týká nejen všech mrtvých plodů a některých mrtvorozených dětí. Podle názoru advokátní kanceláře Kubica, Zajíč a partneři, nedávno publikovaného ve Zdravotnických novinách, z toho vyplývá, že pokud si od lékaře vyžádáme „na památku“ čerstvě vytržený zub moudrosti nebo odstraněný konkrément, záleží na vstřícnosti lékaře, zda tyto „suvienýry“ vydá, nebo je vydat odmítne a bude postupovat striktně podle zákona (srov. Kubica, Zajíč a partneři 2011).

Získává plod právo na pietu odděleně od práva své matky?

Je dost nesnadné zůstat lhostejný k tvrzení citovaných autorů, že plod po potratu je odebraná část lidského těla matky. Mrtvé tělo dospělého, dítěte nebo plodu není předmětem *in iure* obecně; není ani subjektem, vůči kterému mohou nebo mají být vykonávána práva a zvláště povinnosti jiných. Sjednat pohřbení pro zemřelého potomka zůstává od archaického římského práva dobrovolným právním aktem zahrnujícím (mimo svou zdravotně-hygienickou funkci) i funkci pietní. I když definici piety musíme hledat mimo právní řád, do jisté míry je právním pojmem. Tělo mrtvorozeného dítěte, před pohřbením i po pohřbe-

ní, je *res extra commercium*, věcí mimo dědictví a mimo obchod, a pro své zvláštní určení je vyňato ze soukromého vlastnictví. Proto také zákon o zdravotních službách v § 82 zakazuje mrtvé plody použít při léčbě příjemce lidských tkání a buněk, pro potřeby transplantací nebo pro výrobu léčiv. Šestý pododdíl nového občanského zákoníku (č. 89/2012 Sb.) je přímo nazván „Ochrana lidského těla po smrti člověka“ a v § 92 se jasně stanoví: „Naložit s lidskými pozůstatky a s lidskými ostatky způsobem pro zemřelého nedůstojným se zakazuje.“ Zásada pietní ochrany těla zemřelého a jeho osobnosti (srov. § 82) bude nově sloužit nejen rodičům, ale i osobám blízkým mrtvému novorozence.

Současným právním jazykem šlo i v právu římskokatolické církve ve středověku o otázku, zda se lze domnívat, že plod získává právo na respektování piety odděleně od práva své matky. Pokud dítě zemřelo v lůně matčině společně s matkou, mělo být uloženo v hrobě spolu se svou matkou. Pokud naopak dítě vyšlo již mrtvé z matčina lůna, bylo pohřbeno vně hřbitova tak, jak prohlašuje kanonista Guillaume Durand (kolem 1235–1296), jehož názor nebyl ve středověku přijímán jednoznačně, protože po vyjádření tohoto svého názoru dodává: „Někteří nicméně prohlašují, že plod (*partus*) je považován za součást útrobu.“ (Guillelmi Duranti Rationale divinorum officiorum I, c. V, 60) Neopakujeme po sedmi stech letech ono středověké nařízení tím, že nařizujeme spalování mrtvých plodů v nemocničních spalovnách, tj. mimo krematorium?

Z připomínkového řízení k reformě zdravotnictví

MMR opakovaně požadovalo v připomínkovém řízení (v letech 2008 a 2011) k návrhu zákona o zdravotních službách, aby zdravotnické zařízení ze zákona umožnilo pozůstalým rodičům vydat mrtvě narozené dítě a plod po potratu k pohřbení. Podle právního názoru MMR není nutné novelizovat citovaný § 2 zákona o pohřebnictví, aby zdravotnické zařízení mohlo mrtvě narozené dítě vydat rodičům nebo jimi pověřené pohřební službě. Z dohody náměstků MMR a MZ v rámci vypořádání zásadních připomínek k návrhu zákona o zdravotních službách ze dne 11. září 2008 vyplývalo, že „na základě žádosti pacientky, která potratila, nebo otce potravního plodu lze plod po potratu

nebo plod po potratu a ostatní biologické zbytky potrátu, nelze-li z těchto zbytků plod po potratu oddělit, vydat k pohřbení.“ (Zápis 2008: 1)

Návrh tohoto ustanovení, navzdory zmíněným meziresortním dohodám, nakonec předkladatelem nebyl přijat. MZ to zdůvodnilo v dalším kole vnějšího meziresortního řízení v roce 2011 takto: „Pokud má MMR zájem zajistit právní úpravu pro pohřbívání plodu po potratu tak, jak to bylo v původním znění zákona o pohřebnictví, je třeba, aby nejdříve novelizoval tento zákon. V souvislosti s touto novelou lze upravit i zdravotnické právní předpisy.“ Ani na vydání mrtvorozeného k pohřbení není dosud právní nárok.

Poradce ministra pro místní rozvoj Tomáš Moravec se během zmíněného jednání náměstků podělil o vlastní zkušenost s neumožněním pohřbit plod po potratu: „Do dneška s jistým vztekem chodím kolem jisté velké nemocnice, protože před 18 lety mi tam vyletěl komínem na začátku druhého trimestru chlapeček – a to byl spontánní potrat. Do dneška mám vztek, že jsem si ho na své valašské loučce nemohl vlastnoručně rozsypat. Nikdo se mě na nic neptal. Pravda je, že byl komunismus. Nikdo nic nechťel. A tak si myslím, že to, co u nás momentálně je, je v podstatě ještě socialistický systém. A to by být nemělo.“ (Zápis 2008: 2)

Nemocniční spalovny

Na základě první novely zákona o pohřebnictví se stanovilo, že plod po potratu a mrtvě narozené dítě se pohřbívat – a ani upravovat po pitvě – nemusí. Ovšem řekne-li se A, musí se říct i B. Nemají-li se pohřbit, musí se ze zdravotně hygienického důvodu odstranit z nemocnic spolu s odpadem.

Jak ale potom vysvětlit krok MZ, když z působnosti zákona o odpadech vyloučilo mrtvě narozené děti a potraty a části těl včetně amputovaných končetin a orgánů (srov. důvodovou zprávu k novele zákona o odpadech č. 188/2004 Sb.)? MŽP, odpovědné za odpadové hospodářství ze zdravotnictví, se vyjádřilo o dalších tři roky později (srov. Metodické doporučení 2007: kapitola 10.3 Patologicko-anatomické odpady).

Podle uvedeného doporučení MŽP by s mrtvými plody, o které nikdo nejeví zájem, mělo být ve zdravotnickém zařízení zacházeno následovně: umístit je odděleně od pece, nemísit s jinými

kategoriemi odpadu, přímo s nimi nemanipulovat, shromážďovat je ve vhodných obalech (neprůhledné, nejlépe pevné) v místě, kde vznikají, a uchovávat v pevně uzavřených obalech (např. v dřevěných rakvích, jak se jich obecně používá v patologii) a chlazených prostorách. Pro skladování sice platí stejné zásady jako pro skladování mrtvých lidských těl, ale jde pouze o nepublikovaný, nezávazný a právně nevymahatelný pokyn z července 2007.

Absentuje orgán dohledu nad spalem zvláštního odpadu ze zdravotnictví. Zatímco odstranění nepoužitelných léčiv provádějí nemocniční spalovny v souladu s § 88 odst. 3 zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech v přenesené působnosti, likvidaci mrtvých plodů nikoli.

EXKURZ: MANAGEMENT PERINITÁLNÍ ZTRÁTY

Rodiče mrtvě narozeného dítěte se zpravidla nemají v porodnici na koho obrátit s žádostí o vydání těla k pohřbení, ve svém okolí většinou nemají nikoho s podobnou zkušeností, komunikační problémy nastávají i v rodině – kromě rodičů dítě nikdo neznal, neviděl, ostatní členové rodiny se proto se situací těžko ztotožňují. Někteří rodiče se upnou k dítěti v okamžiku, kdy pomyslí na to, že se jim narodí. Potrat zmaří jejich naděje a sny; přesto se některé ženy ptají: „Jak mohu truchlit, když jsem neporodila?“ Běžně se porovnávají s jinými truchlícími rodiči: „Jak se nad tím mohu rmoutit, když jim jejich dítě zahynulo?“ nebo „Oni si na dítě zvykli, teď jsou docela sami.“ Podobně zlehčují velikost jejich ztráty i soucítící slovy: „Můžete mít ještě další!“ – „Bylo by to horší, kdybyste byli své dítě poznali.“ – „Máte doma ještě jiné děti.“

Matoušová (2011: 46) ve své disertační práci přiznává: „Při sestavování osnovy pro terapeutickou část jsem měla v úmyslu jen stručné definování syndromu mrtvého plodu a naznačení vhodných postupů a komunikace s rodiči. (...) Později jsem si uvědomila, jak nedostatečné podpory se při porodu mrtvého dítěte matkám dostává a jak negativní dopad měla totální absence psychologické pomoci.“ Ratislavová (2011: 100–108) zdůrazňuje roli porodní asistentky jako průvodkyně pro pozůstalé rodiče. Ona je s matkou v nejužším kontaktu a poskytuje podporu po psychosociální stránce během celého porodu a v šesti-

nedělí. Rituál rozloučení s mrtvým novorozencem, tak jak ho navrhuje např. Roztočil (2008), je podle uváděné autorky v zemích západní Evropy a Skandinávie běžný, zatímco „u nás je stále někdy takové rituální chování považováno za absurdní až zvrácené. Podle všeho ale usnadňuje uzavření celé události, umožňuje započítí ozdravného procesu truchlení“. (Ratislavová 2008: 76) Při otevření tématu někteří namítají, že průběh pohřbu mrtvé narozeného dítěte či plodu po potratu by neměl být okázalejší v porovnání s pohřbem starého člověka.

ZÁVĚREM

Představili jsme právní úpravu pohřbívání mrtvorozených dětí z pohledu ochrany lidských práv a z hlediska speciálních zákonů uprav regulujících zdravotnictví, pohřebnictví a odpadové hospodářství. Do této jedné z nejcitlivějších otázek pohřbívání povinnosti promítáme mimo jiné kulturní přístup k různorodým etickým otázkám. Z citovaných právních předpisů a evropské judikatury nám vyplynulo, že to, co pozůstalí rodiče pro lid-

ské pozůstatky svého zesnulého potomka mohou provést z vlastní iniciativy a vlastním přičiněním, se jim nemá brát z rukou a přenášet na zdravotní nebo pohřební služby. Obdobně toto základní rodičovské právo upravují i sousední evropské státy, a to nejen z důvodu ochrany těla zemřelého po smrti člověka, ale i z důvodu specifických pohřebních zvyků některých národnostních menšin, církvi a náboženských společností. Pokud nikdo nechce pro mrtvorozené dítě sjednat pohřbení dobrovolně, pohřbívát by měla obec na náklady státu v přenesené působnosti.

Kritériem pro pohřbení mrtvé narozených nemůže být otázka, zda se likvidace jejich těl společně s dalším nemocničním odpadem dotkne mravního cítění rodičů, zejména když o jejich pohřbení neprojeví jakýkoli zájem. Základní kritériem pro pohřbení je nedotčení důstojnosti mrtvého lidského těla. Jde o důležité rozvedení a konkretizaci článků 7, 8, 10, 11, 13 a 14 Listiny základních práv a svobod. Ústavněprávní hledisko proto vyžaduje, aby sjednání pohřbení mrtvé naro-

zeného dítěte bylo považováno za výkon přenesené, nikoli samostatné působnosti obce. Toto hledisko musí v podmínkách demokratického právního státu nutně převážít nad problematickým pohledem ryze civilistickým, jak je prezentován citovanými – současnými i středověkými – právními názory. S tím pak souvisí rovněž otázka materiálního a personálního zajištění výkonu pohřbívací působnosti, ke kterému je povinován stát. Jinak řečeno, je povinností státu poskytnout obci takové finanční zajištění, aby měla dostatečné materiální a personální kapacity pohřbívací povinnosti k mrtvorozeným řádně vykonávat.

Prameny:

- ČT, zpráva ze dne 5. 10. 2010: „České Budějovice řeší případ nepohřbeného novorozence“, URL: <www.ceskatelevize.cz/ct24/domaci/103354-ceske-budejovice-resi-pripad-nepohrbeneho-novorozence> (4. 4. 2012).
- Důvodová zpráva k novele zákona o pohřebnictví č. 479/2001 Sb.
- Guillelmi Duranti Rationale divinorum officiorum I – IV – Edd. A. Davril, T. M.

Thibodeau, Corpus christianorum CXL, Turnhout 1995.

- Metodické doporučení č. ZP36/2007 k nakládání s odpady ze zdravotnictví – z nemocnic a z ostatních zdravotnických zařízení nebo jim podobných zařízení, nepublikováno, MŽP.
- Monitoring (2012), URL: <www.pohrebiste.cz/stranky/archiv/monitor/hledat.htm> (4. 4. 2012).
- Nařízení č. 50/2008 generálního ředitele Vězeňské správy ČR.
- Stenozáznam, 6. den schůze senátu, 6. prosince 2001.
- Zákon č. 2129–1 Gesetz über das Leichen- und Bestattungswesen (Bestattungsgesetz) Vom 2. November 1973, §1, URL: <www.stadtentwicklung.berlin.de/umwelt/stadtgruen/gesetze/download/bestattungsgesetz.pdf> (6. 1. 2012).
- Zápis jednání náměstků MMR (Milan Půček) a MZ (Markéta Hellerová) v rámci vypořádání zásadních připomínek k návrhu zákona o zdravotních a specifických službách. Praha, 11. 9. 2008, archiv odboru legislativně právního MMR.

Literatura:

- Hráská M: Otevřený dopis ze dne 31. března 2012, adresovaný europoslankyni Zuzaně Rothové. URL:

<www.dlouhacesta.cz/cz/aktuality/zadost-o-novelu-zakona--cast-otevreneho-dopisu./n811> (4. 4. 2012).

- Kubica, Zajíc a partneři: Pohřeb nedonošeného plodu. 27. 6. 2011, URL: <www.zdn.cz/clanek/zdravotnickenoviny/pohreb-nedonoseneho-plodu-460484> (4. 4. 2012).
- Matoušová M: Psychologická intervence u matek nedonošených dětí. Nepublikovaná disertační práce, Filozofická fakulta UK, Praha 2011.
- Pavlíková M: Novorozenecká a perinatální úmrtnost – jsme skutečně nejlepší? 21. 11. 2011, URL: <www.zdn.cz/clanek/zdravotnickenoviny/novorozenecka-a-perinatalni-umrtnost-jsume-skutecne-nejlepsi-462365> (4. 4. 2012).
- Ratislavová K, Beran J: Psychosociální intervence při porodu mrtvého plodu v historii a dnes. In: Česká gynekologie 2010; 75(5): 462–466.
- Ratislavová K: Aplikovaná psychologie – porodnictví. Reklamní atelier Area, s.r.o.: Praha 2008.
- Ratislavová K: Historické souvislosti péče porodní asistentky o ženu při perinatální ztrátě. Sborník 1. mezinárodního kongresu Historie ošetřovatelství v kontextu historie medicíny a porodní asistence. Zlín 2011.
- Roztočil A et al.: Moderní porodnictví. Grada: Praha 2008.

L-tryptofan v léčbě depresí

Protože se tryptofan (prekurzor serotoninu) kvůli kompetitivní inhibici vstřebává ze stravy jen v malém množství, vědci zkoumali efekt suplementace tryptofanem u osob trpících depresí i dalšími chorobami, které jsou spojené s deficitem serotoninu.

Tryptofan patří mezi osm esenciálních aminokyselin, z proteinového řetězce se štěpí jako poslední, jelikož přednost mají ostatní aminokyseliny. Z běžné stravy ho proto přijímáme minimum. Navíc tryptofan může být spotřebován v játrech k produkci vitamínu B₃ a B₆ při jejich nedostatku. Další překážkou je hematoencefalická bariéra, přes kterou se spolu s dalšími pěti aminokyselinami (opět zde funguje kompetitivní inhibice) do mozku dostává nakonec necelé jedno procento potravou přijatého tryptofanu.

Sacharidová strava je z tohoto hlediska lepším zdrojem tryptofanu než vysokoproteinová dieta. Vyplavený inzulín podporuje vychytávání právě oněch pěti sou-

těžících aminokyselin z krevního oběhu, tryptofan tak získá celý transportní systém do mozku „pro sebe“. Tuto strategii pacienti občas volí instinktivně sami, když při depresi a úzkosti konzumují sladkosti. Z dlouhodobého hlediska je však samozřejmě tento způsob stravování spojen se zdravotními riziky. Nejlepší je tedy přijímat tryptofan již rozštěpený, bez dalších aminokyselin, ve formě tablety. Jako léčebná dávka se doporučuje od 1 do 3g tryptofanu denně.

Suplementace přináší pozitivní výsledky

Serotonin je neurotransmitter navozující pocit spokojenosti, klidu bezpečí, relaxace, sebedůvěry a koncentrace. Psychické

poruchy, jako je deprese, PMS, úzkost, alkoholismus, obsedantně-kompulzivní choroba, nespavost, bulimie, agresivita či suicidální chování, jsou spojeny s deficitem serotoninu. Vědecký výzkum ukázal, že u většiny těchto poruch může suplementace tryptofanem přinést pozitivní výsledky.

Studie publikovaná S. N. Youngem a H. M. van Praagem zdůrazňuje benefit L-tryptofanu u osob trpících typem deprese, který Young nazval úzkostně-agitovaný. U jiného typu, kde hraje větší roli dopaminové a noradrenalinové okruhy a který Young označil jako apatický, může tryptofan fungovat spolu s tyrosinem.

MUDr. Martina Pumřlová

L-Tryptofan

Moudře na deprese

Výrobce: Brainway Inc., Infolinka 221674 221, www.bwy.cz.

Doplnek stravy

Uživatelé, plátcí i majitelé solidarity, **spojte se!**

Motto: Neboť každému, kdo má, bude dáno a přidáno; kdo nemá, tomu bude odňato i to, co má. (Matouš 25, 29)

Panika ve vzduchu

A máme tu paniku s „rušením“ nemocnic. Jak jednou vznikne dramatické mediální klišé, už se ho nezbavíme. Padesáti nemocnicím hrozí úplná likvidace, hýkají titulky. Je marné vysvětlovat, že nejde o rušení, ale o restrukturalizaci, změnu náplně činnosti. Zbytečné je vysvětlovat, že stát, ministerstvo ani pojišťovna nemožou „zrušit“ nemocnici. To může jen majitel nebo zřizovatel. Nepochybně tu jistá míra existenčního ohrožení řady zařízení existuje, alespoň v jejich stávající podobě. Padnou ale jen ta, která nevyjdou vstříc vývoji a pohotově se nepřizpůsobí. Ostatně mohla dávno začít, mluví se o tom léta, trendy jsou jasné a od posledních voleb je zřejmé, že tentokrát už jde opravdu do tuhého.

Potenciální postižení se samozřejmě brání a zaujímají kruhovou obranu. Je to naprosto legitimní, i když poněkud zpozdilé. Takto na téma „rušení“ poněkud nekonzistentně promlouvá Asociace českých a moravských nemocnic ústy dr. Fialy: *Žádný orgán odpovědný občanům o něm nerozhodl. Za zrušení nemocnic v takovém případě nikdo neponese před občany odpovědnost. To není slučitelné s právním státem. Proto se obrátíme na ústavní orgány, aby ony rozhodovaly a nesly odpovědnost (...)* *Vláda a parlament nesou odpovědnost vždy.* Tak jak? Hot, nebo čehý? Nese, nebo nenese?

Ztráty neobnovitelného zdroje

Pojďme se proto otázce odpovědnosti věnovat trochu blíže. Otázka totiž stojí úplně opačně: Kdo nese odpovědnost za to, že se restrukturalizace neprováděla už dávno, pomalu a soustavně, aby to co nejméně bolelo a všichni zúčastnění se dokázali víceméně hladce adaptovat? Odpověď je zřejmá: Všechny vlády před Nečasovou a všichni ministři zdravotnictví před Hegeřem. Objektivnímu vývoji a světovým trendům jsme čelili předstíráním, že o nich nevíme, a tak to teď půjde trochu řeznickým stylem. Ztratili jsme čas, který je bohužel neobnovitelným zdrojem, jak zjis-



MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

til už Napoleon u jedné belgické vesnice (Waterloo se myslím jmenovala), když von Blücher přišel včas, kdežto de Crouchy to podělal. Nyní stojíme na kraji propasti a péstební zásah je nutno provést razantně, z roku na rok. Nastane pochopitelný pláč a skřípění zubů.

Nikdo nenese odpovědnost za samu objektivní nevyhnutelnost takového kroku. Tak se svět vyvíjí. Je to globální trend. Vývoj medicínských technologií je exponenciální a s ním i jejich cena. Avšak nejen cena, ale i náročnost metod s sebou nese nutnost koncentrace a intenzifikace. Obstat mohou jen ti velcí, kteří mají dost personálu, dost prostředků na obnovu technologií a hlavně dost výkonů, aby se s moderními technologiemi naučili zacházet a tuto trénovanost si udrželi. Jinak nadělají více škody než užítku.

Velká prořízka

Když se objevily první stroje, dělníci povstali a bláhově je rozbíjeli. Kdo nesl odpovědnost, když Baťa odkoukal od Forda pásovou výrobu, spustil svůj Botostroj a plačící ševci zavírali své dílny? Kdo byl ovšem chytrý, přešel od výroby k opravám a ustál to. Kdo nese odpovědnost za to, že vysazený smrkový les neroste rovnoměrně? Za čas se uvidí, že některé sazeničky jsou napřed a berou ostatním světlo. Vzniká pozitivní zpětná vazba: Čím se daří lépe, tím se daří lépe. A čím se daří hůře, tím se daří hůře. V každém případě je však les příliš hustý. A tak jednoho dne přijde hajný, který nese odpovědnost za prosperitu lesa jako celku. A kupodivu ani ten nejlevicovější fořt neoznačí ty silné, ale naopak ty neudrživé. Pak přijdou muži s motorovými pilami... Hajný nenese odpovědnost za to, že prořízku provedl. Naopak, byl by popotahován, pokud by ji neudělal.

S financováním zdravotnictví jsme se dostali na samu hranici vyhladovění. Mez únosnosti. Tahle anorexie nemůže pokračovat. Každé akutní lůžko si totiž najde svého pacienta, každé se dá nějak zdůvodnit bez ohledu na počet. Me-

zitím nemáme kam dávat přibývajících masy pacientů úplně jiného typu, případně je ošetřujeme v nedůstojných podmínkách. Kdo nese odpovědnost za to, že se tenhle problém dávno nevyřešil? Ten, kdo v regulovaném systému zastupuje tržní mechanismy. Pojišťovny a nad nimi stát jako garant. Pro větší názornost si to slovo přeložme. Garant je ručitel. Ten, kdo za něco ručí. Ručení je nejvyšší formou odpovědnosti.

Komplexnost jako nová kvalita

Nemůžeme si dovolit pochybný luxus nemocnice za každým rohem, poskytující jen omezené spektrum akutní péče, na niž navazuje sovětský válečný léčebně odsunový systém se sekundárními a terciárními transporty na „vyšší“ pracoviště. Ideálem je stav, kdy žádná „nižší“ v akutní péči nebudou. Při hodnocení velikosti nemocnice nejde jen o kvantitu, tj. počet lůžek. Jde spíše o počet odborností. Tak vzniká nová kvalita, již bych nazval komplexností péče. Malé akutní nemocnice mohly celkem slušně existovat ještě před nějakými 15-20 lety. Od té doby se technické a kvalifikační nůžky tak dramaticky rozevřely, že nyní tyto nemocnice odstihnou od penězovodu.

Abych to zlidštil příkladem: Raní-li mě mrtvice, chci vrtulníkem do iktového centra. Je mi jedno, že to bude sto kilometrů. Já jen žádám svou šanci. Mám na ni právo. Nechci ležet na „spádové“ interně. To můžu se svou hemiplegií klidně zůstat doma. Ušetřím sto korun za každý zbytečný den. Respektive moje vdova. A aby bylo na to centrum, aby pojišťovna zaplatila trombolitika (což zatím nečiní) a aby měl pilot na benzín, musí jít nadbytečná a neefektivní zařízení, ubírající vodu a živiny těm perspektivním stromům, z kola ven.

Převrat neradostný, ale nevyhnutelný

V tomto smyslu je restrukturalizace vlastně i povinností pojišťoven vůči jejich klientům. Povinností nabídnout jim nikoli hustou a neúčinnou, ale smysluplnou a efektivní síť smluvních zařízení. Leda



Teď už jen aby to všechno ze zákulisí schválil poslanec Šnajdr a další přeborníci z vlivových struktur. Bez nich se totiž v tomto zdravotnictví nepohne ani myš. | Foto: E15

by nám pod nohama vyrazila ze země ropa nejméně na úrovni Saúdské Arábie. Pak prosím, užívejme je všechny bez ohledu na obsah a rozsah činnosti, žádný problém. I na plotech přidáme...

Zatím jsme však v situaci, kdy je nutno vyhodnotit bezalternativní a nemilosrdně objektivní trendy, které nikdo úmyslně nevytvořil, a správně identifikovat priority. Každý ministr zdravotnictví, každý stát-garant a jeho nepřímé nástroje (tj. zdravotní pojišťovny), který by nekonal nebo konal nedostatečně, by právě za to nesl onu ze strany AČMN zmiňovanou odpovědnost. Velmi těžkou odpovědnost. A pokud už AČMN používá právní argumentaci, udělejme to také: Ona odpovědnost by mohla mít charakter nedbalostního trestného činu, v tomto případě by šlo o nedbalost vědomou. Té se dopustí ten, kdo věděl, že škodlivý následek může nastat, ale bez přiměřených důvodů spoléhal, že nenastane.

Koncentrace a intenzifikace je evolučně nevyhnutelná. Nemá smysl zavírat oči. Pro mnoho měst, nemocnic, lékařů i sester je to tvrdé. Pro někoho tragické. Ale takové už dějinné zvraty bývají. A toto je převrat. Ani já se neraduji, což mi však nezpůsobuje slepotu, abych neviděl očividně. Koneckonců, moje první pracoviště, moje alma mater, je už také po smrti.

Nemocnici nedáme, radši ji zbouráme

Při tomto procesu nemá smysl uřezávat stávajícím oddělením jednotlivá lůžka. Nemocnice není stavebnice. Lůžka se papírově odepíší, ale fyzicky zůstanou jako „přístýlky“. Jen se tím figlem „vylepší“ obložnost. Neušetří se ani koruna. Je třeba zavírat celá oddělení. Případně změnit náplň činnosti akutní nemocnice jako

celku. Protože zoufale potřebujeme mnohem větší kapacity slušné a lidské péče dlouhodobé. Pyramida systému totiž stojí na špičce. Proto je tak nestabilní. Vypadá jako naše armáda – mraky generálů, ale na vojáka nenarazíš.

Nastane válka s radnicemi. Obléhání měst. My nemocnici nedáme, my ji radši zbouráme. Nemocnice je status symbol. Velmi drahý status symbol. A samozřejmě chytlavé lokální volební téma, jakkoli iracionální. Teď pojišťovny neobnoví smlouvu na akutní péči. Ne svévolně. Z nutnosti. Pojišťovny jsou tu jen posledním článkem, poslem špatných zpráv. Samozřejmě nesou odpovědnost. Ne za fakt „rušení“, ale za jeho správné a důsledné provedení. Za to, že nikdo užitečný nebude zahuben a nikdo zbytný nepřezíje. To bude problémem. Je tu plno falešných hráčů a každý politik je odněkud. A postižení se budou ptát: „Proč zrovna já?“ Je to klasická, ale neproduktivní otázka, již si na počátku kladou všichni pacienti ve známém psychologickém procesu vyrovnávání se se zprávou o fatálním onemocnění.

Narysování nové mapy

Rozumná vedení nemocnic a rozumní konšelé zareagují v zájmu přežití svého zařízení jeho reprofiliací z nadbytečných provozů k těm potřebným, opravdu popotávaným a perspektivním. Z malé nemocnice vytvoří lokální zdravotnické centrum s ambulancemi (i v pronájmu) využívajícími stávající komplement, jednodenní chirurgii, pár akutních geriatrických lůžek a především spoustu kvalitních lůžek následně i dlouhodobé péče. Kdo bude chytrý, zřídí si k tomu dementologický stacionář. Ti opravdu geniální doplní ještě hospic. A současně se budou silně brát za to, aby ZZS sídlila hodně blízko,

NEJSEM SI JIST

ideálně přímo u nich. Zásada je, že senioři a umírající to mají mít co nejbližší k domovu, nikoli být vyváženi i více než sto kilometrů daleko jako nebezpečný odpad. Naopak akutní stavy či náročné plánované výkony dojedou kamkoli. Nežijeme na Čukotce a nejsme odkázáni na sobí spřežení s čekáním na zamrznutí bažin.

Rezistentnější radnice budou nezbytnosti čelit bušením hlavou do zdi. Nebo ji vrazí hluboko do písku. Pomocí protestů, memorand, petic, táborů (pomýleného) lidu, nedůstojného mediálního skučení a politických konexí povedou ztracený boj na zdrženou. Boj s velkými ztrátami za uchování neuchovatelného až do trpkého konce. Nakonec své zařízení dovedou do stavu, kdy už nebude zachránitelné. Zejména s personálních důvodů. Půjde hlavně o lékaře. Jsou obvykle mobilnější než sestry. Budou hlasovat nohama. Ostatně, ten proces už několik let probíhá. A špitál bez doktorů je jen mrtvá hromada cihel.

Zkusme nějaký ilustrativní příklad. Třeba velkou oblastní nemocnici, jakou je Kolín. Nebo Kladno. Je zřejmé, že v okruhu nějakých 40, možná 50 kilomet-

rů nemá druhé zařízení akutní péče dlouhodobě žádnou šanci. Kdo chce přežít, musí se specializovat podle reálné poptávky a symbioticky spolupracovat. Kdo na to nepřistoupí, lhotejno zda z nepochopení či z tvrdohlavosti, opravdu může fyzicky zaniknout. Nikdo ho nezruší. Zruší se sám, na svou odpovědnost. Tím vznikne ona kýžná síť, jakási zdravotně-politická mapa Čech a Moravy.

Rozrušená země

Celé je to jenom jiná forma trhu a konkurence. Trh, toto zprofanované slovo, je mnohem širší pojem než pouze volný pohyb zboží, služeb a cen v klasickém ekonomickém prostoru. Existuje i trh práce, trh vhodných partnerů a sňatkových příležitostí, trh vzdělání (na němž spolu školy bojují o žáky), politický trh a trh veřejných zakázek (kde se nejvíc podvádí). Dokonce existuje i trh neziskových sdružení. Nevěříte? Pak zkuste založit druhého „Člověka v tísní“, „Armadu spásy“ nebo „Svaz ochránců přírody“. Je obsazeno, takže nespějete při fundraisingu. Nakonec nezapomeňme ani na biblický trh marnosti, který má i svůj časopis (Vanity Fair).

Prostředníkem tržních sil ve zdravotnictví jsou pojišťovny. Zatím svou funkci plnily mimořádně špatně. Pokud se kvapkem nepolepší, stanou se nejslabším a nejrizikovějším článkem procesu. Známe zařízení, která mají „zvláštní“ financování; jedinou obranou je tu veřejný přístup ke smlouvám. Protože tam, kde se konzumují veřejné prostředky, neexistuje nic jako obchodní tajemství. Co je šepetem, to je čertem.

Druhým rizikem je všeobecně vysoká hladina nasranosti. Česko je – řečeno s Solochovem – rozrušená země. Lidé to nemusejí unést. Už ničemu nevěří a rozzuří je i maličkost. Všechno je špatně. A co je náhodou dobře, je vlastně taky špatně. Restrukturalizace přichází v nejhorší možnou dobu. Šoků bylo příliš mnoho v příliš krátké době a další se očekávají. Jenže není na výběr. Teď splácíme dluhy toho všeho, co se neudělalo. I s lichvářskými úroky. Nejen ve zdravotnictví.

Dalším nežádoucím efektem je rozpad odborných týmů. Tým není prostý součet lidí, kteří náhodou zrovna nastoupili na jedno oddělení, ale jejich součin. Odborný tým má svého ducha daného his-

torií a tradicí, svůj *esprit de corps*. To se buduje dlouho a vyžaduje to osobnosti i kontinuitu. Představa, že lékaři jsou figurky na šachovnici jako dělníci u pásu, a kam je kdo postaví, tam prostě budou šroubovat, je příliš technokratická. Dobře to ví každý, kdo viděl, jak dlouho a obtížně startuje nemocnice postavená na zelené louce. Někdy je to na ní vidět i několik desítek let, podobně jako dosídlení Sudet po vyhnání. Teď s tím už mnoho nenaděláme, ale je dobře o tom aspoň vědět a cíleně se zaměřit na minimalizaci personálně-odborných škod.

Žraloci ploutev na hladině

Není žádným tajemstvím, že celá věc musí začít generem pražského zdravotnictví, touto černou dírou, která pohltí většinu prostředků zdravotního pojištění. A podmínkou manažerského úspěchu je napřít úsilí na hlavní článek řetězu, kde určitý objem snažení přinese maximum efektu. Magistrát pochopitelně váhá. Nechce si pověsit na krk jen nemocnice nemocné či s outěžkem. K těm horším a zanedbaným žádá i ty lukrativní a úspěšné. Nastal velký křik. Pokuste se o jakýkoli

reformní krok a kdekdo se ho bude snažit zdiskreditovat podezřením z přípravy toho nejodpudivějšího zločinu, jaký může v českých post-socialistických očích existovat. Totiž privatizace.

Nakonec je tu i samotné ministerstvo, které si poprvé uvědomuje neudržitelnost svého konfliktu zájmů. Nemůže řídit systém a přitom být jedním z hráčů, tj. provozovatelů zdravotnických zařízení. Fotbalový rozhodčí nemůže současně za jedno z mužstev hrát středního útočníka. Takže následuje dohoda s děkany o podobě univerzitních nemocnic a úvahy o předání i dalších zdravotnických zařízení. Z čehož ne každé bude mít radost.

Teď už jen aby to všechno ze záklisí schválil poslanec Šnajdr a další přeborníci z vlivových struktur. Bez nich se totiž v tomto zdravotnictví nepohne ani myš. Přímé důkazy pro to nemám, ale tvrdím, že spatří-li člověk na hladině trojúhelníkovou ploutev, je rozumné předpokládat blízkost žraloka. A tak bych na otázku AČMN po odpovědnosti normálně odpověděl, že ji má říditel. V naší veselé současnosti však musím přiznat, že si nejsem tak úplně jist.

Inzerce A121003742

...nejjemnější
 hygienický
 papír



nejjemnější hygienický papír



ručníky
balení po 2 ks / 12 ks v kartonu



kapesníčky dvouvrstvé
136 ks v krabici / 48 ks v kartonu



kapesníčky dvouvrstvé
250 ks v krabici / 24 ks v kartonu



kapesníčky třívrstvé
90 ks v krabici / 48 ks v kartonu



toaletní papír
balení po 12 ks / 8 ks v kartonu

www.fetko-majesta.cz

FETKO spol. s r. o., Slezská 53, 130 00 Praha 3,
 tel./fax: 224 253 214, mobil: 777 715 411, e-mail: info@fetko-majesta.cz



Jsme architekti mostu přes propast

David Daniel
Foto: Martin Ježek

Umírání a péče o nevléčitelně nemocné nepatří k oblastem, v nichž by mladí lékaři často hledali svou cestu k profesnímu růstu nebo kariéře. Letošní čtyřicátník **MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.**, pracuje v Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě již 9 let, dnes je jeho primářem a také předsedou České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP. Pocit naplnění mu dává i to, že se „snaží vidět jako smysluplné věci, které jiným mohou připadat bezvýznamné“.

Paliativní medicína je v mnoha ohledech specifický obor. V čem pro vás spočívá jeho atraktivita?

Odlíšnost paliativní medicíny od jiných oborů spočívá v tom, že se jako objektu péče věnuje také rodině a blízkým nevléčitelně nemocných pacientů. Z mého pohledu se jedná o dobrou klinickou praxi. Základní komunikační strategie, organizaci péče či léčbu přízna-

ků by měli zvládat všichni zdravotníci (obecná paliativní péče). Jde však především o obor multi- a interdisciplinární. Vyžaduje současnou koordinaci zdravotnického, psychologického, sociálního i spirituálního přístupu, někdy ve velké intenzitě. Jedná se o aktivní péči, i když její součástí mohou být i rozhodování o odejmutí některých neúčinných, či dokonce škodlivých léků nebo léčebných

postupů. Vše výše uvedené mi připadá velmi atraktivní a rozšiřuje vnímání člověka v nemoci o kvalitu jeho života.

Kudy konkrétně vedla vaše cesta k tomuto oboru?

K paliativní medicíně jsem se dostal díky setkání s profesorem Jiřím Vorlíčkem a doktorem Ondřejem Slámou, dnes mými kolegy v České společnosti paliativní me-

dicíny ČLS JEP. K profesoru Vorlíčkovi jsem měl úctu již na lékařské fakultě, komunikoval jsem s ním jako student s děkanem. Už tehdy patřil k lidem, kteří jsou ve zdravotnickém prostředí považováni nejen za odborníky, ale také za lidi schopné vnímat další lidi kolem sebe.

V roce 2003 se v Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě rozpadl multidisciplinár-

ní tým a hledali se lékaři. Bylo to v době, kdy jsem za sebou měl dva nebo tři semináře z oboru paliativní péče a sloužil zde asi rok pohotovostní služby. Profesor Vorlíček již tehdy s tímto významným zařízením specializované paliativní péče spolupracoval v oblasti výuky lékařů a nabídl mi možnost této práce. Proto jsem se rozhodl přejít z problematiky geriatricke do oblasti paliativní péče. Brzy se stejné

PŘEDSTAVUJEME

ukázalo, že oba obory jsou si v řadě směrů blízké.

Jak se vyvíjel váš pohled na paliativní péči?

Po několika letech praxe na geriatrickém oddělení jsem se postupně dostával k celostnímu vnímání medicíny, tedy nikoli léčbě jako řešení jedné nemoci zahrnující pouze stanovení diagnózy a medikaci. Díky geriatrickému jsem si uvědomoval, že je třeba vidět nemoc v kontextu celého života pacienta. Třeba běžná hypertenze je příznakem určitých predispozic a životního stylu, po letech může přerůst v diagnózu aterosklerózy a ta způsobí mozkovou příhodu. Vůbec pojem aterosklerózy je velmi závažným zatížením potenciálu nemocného - k vyšší kvalitě života s nemocí, k životu vůbec.

Kvůli technické medicíně mají lékaři v dnešní době často problém vidět nemocného v kontextu a přitom většina nemocí jsou vlastně chronické stavy (často právě s aterosklerózou a špatným životním stylem v pozadí) a spíše než o vyléčení jde o co největší kvalitu života s nemocí - tento cíl je stejný i v paliativní medicíně. A bohužel - chronická onemocnění dříve či později přejdou do stavů, které nelze ovlivnit, respektive nelze je ovlivnit tak, aby to bylo užitečné pro kvalitu života nemocného.

Geriatrické mi pomohla vidět, že medicína není jen o nějakých vyšetřeních a léčbě, ale i o postojích pacienta, o tom, že nemoc má počátky v dlouhodobém životním cyklu pacienta a že to mohu jako lékař ovlivňovat.

Jaké byly vaše první dojmy z práce v hospici?

Po svém příchodu do hospice jsem se cítil jako v Jiříkově vidění. Poprvé jsem viděl, jak se v praxi skutečně realizoval komplexní přístup k pacientovi, počítalo se s účastí příbuzných, péči psychologa, s duchovní péčí... Jak jsem už říkal, moje cesta k paliativní medicíně sice byla iniciována setkáním s těmi správnými lidmi, ale měl jsem i určité individuální predispozice. Pocházím z vícegenerační rodiny, prarodiče se podíleli na mém dětství i zráním v období puberty. V praxi jsem tak zjistil, že geriatrické je medicína, kde mohu být užitečný i v jiných oblastech - že takto mohu být v medicíně nejen nástrojem, ale také více člověkem. I proto mě tato oblast neodrazovala. Řada lékařů má podobné predispozice, ale geriatrické a paliativní péče se obávají, protože v těchto oblastech nevidí nic atraktivního. Nebo mají strach,

že by je zatěžovaly tím, že zde jde o umírání a utrpení obecně.

Jak byste charakterizoval současnou podobu paliativní péče?

Světová zdravotnická organizace definuje paliativní péči jako aktivní proces přístupu ke klientovi či pacientovi, tváří v tvář problémům spojeným s nevléčitelnou chorobou. My se snažíme pacientovi i jeho blízkým poskytnout jak úlevu od utrpení, tak co nejvyšší kvalitu života s nevléčitelnou nemocí. Musíme se při tom hlavně dobrat toho, co tato kvalita pro pacienta vůbec znamená.

V českém kontextu se snažíme už 15 let nastavit systém paliativní péče. Chceme přitom dobrou dostupností paliativní péče dosáhnout prevence utrpení. Rychlá akutní pomoc je u nás všeobecně dostupná, u péče paliativní tomu tak prozatím není. Česká společnost paliativní medicíny ČLS JEP se tyto problémy snaží pojmenovat a nabídnout pomoc.

Co je hlavním cílem vašeho současného snažení?

Hospic podle mne není nejlepším místem pro umírání, ale jde o to, aby byl jedním z nejlepších možných míst, jaká člověk může najít pro život s nevléčitelnou chorobou. Jsme něco jako architekti mostu přes propast, kterou vytváří nemoc a na jejíž druhé straně je konec života. Vidíme jej a někdy ho vidí i pacient či jeho blízcí. Cílem je ukázat, že ten most je důležitý, že je důležitý i pro pacientovy blízké, a také to, že s bolestí lze žít. Že umírání není radostné, ale že utrpení může mít pro člověka určitý smysl. To pozitivní je možná v tom, že chceme nabídnout lidem jedno zásadní ujištění - ano, je tady těžká nemoc a ta zmíněná druhá strana propasti, ale my si přejeme, aby pacient vnímal, že pro nás i pro společnost je nevléčitelně nemocný člověk pořád důležitý, že jeho život má v tomto kontextu stále smysl. Pro nás je člověkem jako předtím, a pokud nevyhovuje výkonnostní předstávě ve smyslu práce a výděлку, neznamená to, že ztrácí cenu. To může být přínosem i pro ty, kdo o umírajícího pečují.

Za určitou alternativu přechodu přes zmíněný most nad propastí je možné považovat i eutanazii. Jak ji vnímáte v souvislosti s paliativní péčí?

Paliativní medicína je možnost jak udělat onen „most“ citlivý a přirozený a jak člověku smysluplně pomáhat i s jeho utrpením. Podle mne je špatné přistoupit k eutanazii v okamžiku prvního

„volání“ o pomoc ze strany pacienta, který je přesvědčen, že jeho život už nemá smysl. Fakt, že je vyčerpaná možnost například onkologické léčby, snad znamená, že už je pro nás ten člověk bezcenný? I když to sám říká? Neměli bychom naopak napřít úsilí a bojovat o to, aby se dokázal postavit tváří v tvář nejen nemoci, ale celému životu a vízi jeho konce? Možná společnost jednou dospěje k přijetí eutanazie, pro mě je ale paradoxem už sám pojem - *euthanatos* rovná se „dobrá smrt“.

A co je to vlastně bezcenný život? Z mého pohledu zdravého čtyřicátníka by to mohlo vypadat i tak, že přijdu na naše oddělení a budu považovat všechny pacienty za bezcenné. Tak to ale není, optimismus je právě v tom, že paliativní medicína se snaží vidět jako smysluplné věci, které jiným mohou přijít bezvýznamné.

Jak v této souvislosti hodnotíte současnou legislativu?

Jsem za ni vděčný v tom smyslu, že definuje eutanazii jako trestný čin. A vůbec při tom nechci pošlapávat právo člověka na rozhodování o sobě samém, naopak patřím mezi lékaře, kteří velmi ctí právo pacienta na vlastní pohled. Ale ve společnosti, která nemá naprosto ujasněno, co jsou základní lidské hodnoty, je orientována výrazně materiálně a i zdravotní péči má postavenou hlavně na výkonu a efektu, není možnost eutanazie nic jiného než příležitost pro snadné a rychlé řešení. To však představuje strašlivou šikmou plochu pro všechny zúčastněné. Určitá pokora před tím, že jsme si sami nedali život, je nutná. Kromě toho je tady také zneužitelnost eutanazie ve společnosti, která na ni není připravená.

A pak je tady ještě jeden rozměr uplatnění eutanazie, nad kterým by měli hodně přemýšlet všichni lékaři: Kdo bude tím, kdo bude stát u pacienta a aplikovat třeba injekci, jež ukončí jeho život? Nešel jsem na medicínu proto, abych život ukončoval, a neumím si představit, že bych měl během dráhy lékaře za sebou třeba stovky ukončených životů.

Jaké další etické otazníky se v paliativní péči objevují?

Významným otazníkem je každodenní praxe a řešení toho, zda ten či onen léčebný postup může být pro pacienta užitečný. Nelze například celou věc vnímat tak, že cokoli, co může prodloužit život pacienta, je automaticky dobré. Je těžké pokoušet se pojímat chorobu vcelku, získat co nejhlubší pohled na to, jak vše vnímá pacient,

snažit se při tom respektovat jeho přání a pak přijmout rozhodnutí o určitém rámci péče. Otázku nelze postavit tak, že správná péče je buď vše, nebo nic. Mnohdy jde právě o volbu na pomezí.

Můžete to konkretizovat?

Například nemocný s těžkou demencí, zcela ležící, dlouhodobě snížený příjem stravy přirozenou cestou a hubnutí, dané demencí, velká ztráta svalové hmoty, opakovaná deliria - stavy zmatenosti. Životní prognóza spíše měsíce, a to i při dobré péči. Dobrá péče pro takového člověka není jen lékařská a ošetrovatelská záležitost, ale také minimum změn a stresu v oblasti psychologické.

A přijde otázka: Neměl by takový člověk mít umělou výživu? ALE - jaký pro něj má smysl? Asi snížíme riziko rozvoje dekubitů, ale organismus takového člověka již nezvládne více než 40 až 50 procent potřebného - z důvodu snížené činnosti životně důležitých orgánů. Výživa sice prodlouží život, ovšem v plné závislosti a možná s bolestí, úzkostí a zmateností. Její smysl tedy není stoprocentně ve zvýšení kvality života u těchto nemocných.

Samozeřejmě u takového člově-

ka je pak potenciál případné rekonvalescence po těžkém zánětu plic, mozkové příhody či infarktu myokardu mnohem nižší a určité ne do plného zdraví, ale znovu do stavu s těžkou demencí. Stanovení rámce takzvané nerozšiřované léčby může být spíše ochranou nemocného a jeho blízkých před zatěžující a neúčinnou terapií. Nelze samozřejmě mít jednotný pohled - tedy odstoupit od výživy u všech nemocných s demencí v pozdních stadiích. Je ale nutné zamýšlet se obecně nad perspektivou té či oné léčby a postupu. Mohou to dělat zcela jistě jen lidé v této problematice vzdělaní a zkušení, musí to být týmové rozhodování, založené na studiích a dobré klinické praxi.

Téma komunikace na ose zdravotník - pacient je v České republice obecně aktuální. Jak jej vnímáte v kontextu své práce?

Jako naprosto zásadní věc - komunikace je pro nás nástroj péče, stejně jako je pro chirurga nástrojem skalpel. Navíc se uskutečňuje na ose pacient, rodina a náš tým, v němž jsou lékaři, sestry, pečovatelské pracovníky, psychologové, duchovní, sociální pracovníci, fyzioterapeuti, ergoterapeuti, dobrovolníci... ▶



Komunikace je pro nás nástrojem péče, stejně jako pro chirurga skalpel.

PŘEDSTAVUJEME

Jak je to s koordinací této komunikace?

Komunikaci musíme strukturovat do určitých okamžiků jak obsahově, tak formou, abychom si skutečně rozuměli. Znamená to, že multidisciplinární tým hospice diskutuje a rozhoduje, kdo, co a kdy bude komunikovat. Nejzávažnější sdělení stran prognózy, respektive diagnózy jsou prozatím zcela v rukou lékaře, ale i on o nich musí informovat tým. Multidisciplinární tým se průběžně setkává a utváří se při tom obsah i forma komunikace, shrnujeme například stav komunikace s rodinou, s pacientem, ujasňujeme si jeho představy, stav a tak dále. U daného pacienta například zjistíme, že je nerovnováha ohledně smíření s nemocí ve vztahu k rodinným vztahům, a díky správné komunikaci lze dosáhnout vytvoření atmosféry důvěry a podpory. To je někdy základní faktor kvality života.

Jak může tato situace vypadat konkrétně?

U rodiny třeba neodpovídá přijetí situace skutečnému stavu. Příkladem může být pacientka mající dvě dcery, z nichž jedna žije v zahraničí. Nemají stejné informace a pohledy na život maminky s nemocí, ale ani na její život s nimi a bez nemoci dříve. Výsledkem je pro matku složitá situace, kdy si neumí o podporu říci, dcery jsou zase nespokojeny s péčí a neumí podporu poskytnout. Právě opakované rozhovory s lékařem a psychologem vedly k uklidnění situace a nastavení podmínek doprovázení ze strany rodiny. I pro rodiny to pak byl základní předpoklad, aby vůbec truchlení mohlo proběhnout přirozeně a bez závažných následků jak na životě rodiny, tak na zdraví jejích členů.

Setkáváte se i s nepochopením či agresivitou?



Ano – nepochopení bývá často nepřijetím. My známe plány mostu přes propast těžké nemoci, ale pro pacienta nemusí být přijatelný, i když bude dlážděný zlatem. Ne vždy s ním jsou ochotni jít jeho blízcí, ne vždy má dost času na tento most vstoupit. A i když nabízíme podporu, vlídnost, perfektní léčbu příznaků a navodíme důvěru, přesto strach z nemoci, umírání, ale nejvíce z pohledu na svoji životní bilanci může být silnější. Je pravdou, že tak, jak člověk žije, do jisté míry i prochází touto částí svého života.

Mění se pohled široké veřejnosti na problém umírání a paliativní péči? A co kolegové z jiných oborů?

Ano – vnímání se mění, nicméně pomalu. Společnost chce materiální hodnoty, pozlátka, na kterých staví své hlavní cíle. Na miskách vah pak zapomíná vyvažovat to, co je skutečně důležité. Rodina, výchova dětí, mezilidské

vztahy či mezigenerační solidarita. Musím říci, že se mi dnešní zdravotnictví zdá jako souboj lidí s lidskou nedokonalostí. Ale lidé nemohou být stroje, jsme velmi omylní a naše organismy také. Navíc jim distres a způsob našeho života vůbec neprospívá. A nejde to udělat o mnoho jinak a lépe. Těch příležitostí, co je kolem nás... Hovořit v takovém prostředí o smyslu umírání se jeví jako velmi obtížné. A přitom pro pomyslounou rovnováhu zásadní.

Na jaké úrovni je u nás vzdělávání v této oblasti?

Existuje nadstavbový lékařský obor paliativní medicíny, centrum vzdělávání je právě v rajhradském hospici. Zde je nyní také sekretariát České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP, které jsem předsedou. Před třemi lety jsme začali vyvíjet aktivitu směrem k ostatním odborným společnostem a zvat je na diskusní platformu. To, co existuje ve

společnosti, tedy tabuizace umírání a smyslu péče o nevléčitelně nemocné, se nicméně týká i profesionálů. Implementace prvků a přístupů paliativní medicíny do systému českého zdravotnictví je vlastně proces na minimálně jednu generaci. Zatím neexistuje dostatečné sesterské vzdělávání; není nebo je chabé také vzdělávání nezdravotnických profesí v paliativní péči. Další informace a novinky lze nalézt na stránkách www.paliativnimedicina.cz.

Jaké místo má v Rajhradě aktivita dobrovolníků? V čem je specifická?

Dobrovolník je vlastně dobrovolný profesionál, který pomáhá v tom, co umí, a my jej na to školíme. Je blízkým člověkem pro nemocného, doprovází jej, podporuje, donese pivo či noviny, přečte knihu, ale také zalije v hospici květiny či pomůže kopírovat materiály pro edukační centrum. Specifikem je, že tito lidé jsou zde ve společenství, které má svou velkou lidskou kvalitu, ale také odborný potenciál. Například jedna kolegyně - dobrovolnice nám nyní pomáhá s fundraisingem, což je způsob práce s firemními dárci a podporujícími organizacemi.

Jak váš tým reaguje na psychickou zátěž, kterou práce v hospici jistě přináší?

Lidé, kteří zde pracují, jsou vnitřně velmi silní, žijí bohatým vnitřním životem, mají fungující rodinný život a to jim pomáhá vybalancovat tuto náročnou emoční zátěž. Velice se snažíme o to, aby péče byla zvládnutelná a tým dostatečně personálně satu-

rován, vše ale souvisí i s komunikací uvnitř kolektivu. Jde o to, aby všichni lidé v týmu věděli, proč se péče dělá, kde je jejich místo, a aby měli zpětnou vazbu. Snažíme se také, aby všichni – od lékařů až po pečovatelky – věděli, jak důležité je, aby byli citliví a empatictí. I to brání vyhoření. Někteří zaměstnanci jsou zde deset i více let a jsou to lidé, kteří mají stále mnoho co dávat.

Rajhradský hospic spadá pod Charitu. Liší se tím pádem od jiných zařízení paliativní péče?

Nevidím zásadní rozdíl. Asi proto, že kvalitní paliativní péče automaticky předpokládá stejné přístupy jako charitní etický kodex – upřímnost, otevřenost, přístup k duchovní službě, lásku k bližnímu a podobně. Charita je více zaměřena na sociální služby v terénu, nicméně například právě v Rajhradě se během 13 let existence hospice podařilo dosáhnout vzájemného chápání a spolupráce a naše zařízení je integrální součástí Charity a podporuje její činnost, tak jako nám organizace nadřazená Diecézní charita Brno podporuje naši práci. V současné době se navíc vytváří intenzivní spolupráce mezi oblastními charitami stran domácí paliativní péče.

Jakou roli pro vás osobně hraje víra, křesťanství?

Jsem konvertita, asi šest let. Víra v Boha mi přináší lepší pochopení mé role a dává mi víru, že vše, co zvládnout musím, zvládnout lze. Nejen v práci, ale i doma.

Jak se vy sám vyrovnáváte s nároky, které práce v hospici obnáší, co vám nejlépe pomáhá relaxovat?

Mám několik koníčků, které mi pomáhají – turistiku, folkovou hudbu či operu. Mám také rád sport a doma máme psa. Hodně se zabývám výukou a organizací paliativní péče, což mi dává možnost vidět určité přesahy, třeba jak tato péče vypadá v zahraničí. Tím nejdůležitějším je pro mne ale rodina – mám tři dcery (šest let, tři roky a sedm měsíců) a díky práci a síle mé manželky mohu dělat to, co dělám. Mojí ženě patří díky těch dnes již několika tisíců nevléčitelně nemocných i jejich blízkých, kterým jsem za dobu své praxe mohl být nápomocen. Můj život je dnes dynamický a náročný, ale každá z oblastí má svůj smysl a zapadají do sebe. Mám kolem sebe lidi, se kterými jsem rád, tady i doma, a to mě motivuje.

prim. MUDr. Ladislav Kabelka, Ph.D.

*11. února 1972 v Třebíči

Na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity v Brně promoval v roce 1997. V roce 2000 složil atestaci z vnitřního lékařství, v roce 2003 nadstavbovou atestaci z geriatric a v roce 2005 nadstavbovou atestaci v oboru paliativní medicína a léčba bolesti. Absolvoval několik zahraničních stáží a seminářů, především v oblasti kardiologie a paliativní medicíny a hospicové péče (Dijon, Strasburk, Salcburk, Londýn).

V letech 1997–2003 pracoval jako sekundární a konziliární lékař geriatrického oddělení a následně Kliniky interní, geriatric, ošetrovatelství a praktického lékařství LF MU a FN Brno. V roce 2003 začal pracovat v Domě léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě u Brna, v roce 2007 se zde stal vedoucím lékařem. Peda-



gogicky působí jako asistent na Interní hematologické klinice LF MU a FN Brno, je též lektorem IPVZ Praha pro geriatric a paliativní medicínu. Od roku 2009 je předsedou České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP.

Žije v Brně, je ženatý a má tři dcery.

Josif Vissarionovič Džugašvili

– megaloman s paranoiou

Odhaduje se, že Josif Vissarionovič Džugašvili známější jako Stalin měl přímo či nepřímo na svědomí životy 23 milionů obyvatel Sovětského svazu.

Mnozí z nich zemřeli při politických čistkách, další přišli o život v internčních táborech. Jen při hladomoru na Ukrajině v letech 1932 a 1933 zahynulo asi 3,5 milionu lidí. Tuto katastrofu spustily kromě jiného i drastické ekonomické změny vyvolané Stalinovou hospodářskou reformou.

Paranoidní megaloman

Významný ruský neurolog Vladimír Michaljevič Bechtěrev měl po rozhovoru se Stalinem v roce 1927 v diagnóze sovětského vůdce jasno. Svému asistentovi řekl, že Stalin trpí paranoiou, která se projevuje jak stihomamem, tak i megalomanií. Bechtěrev krátce na to za neobjasněných okolností zemřel. Existuje důvodné podezření, že byl na Stalinův rozkaz otráven. Shodně popsal Stalina v roce 1937 jeho osobní lékař Pletněv, když jej charakterizoval jako „dábelsky mazaného a zlomyslného člověka s úžasnou znalostí všech slabin lidské mysli. Byl umíněný a tvrdohlavý a měl mimořádně silnou vůli a nervy ze železa... Trpěl dvěma patologickými stavy: megalomanií a stihomamem.“ Platněv byl v roce 1937 zatčen a v roce 1941 popraven.

Stihomamem trpěl Stalin již od dob, kdy se podílel na přípravách bolševické revoluce v Rusku a musel se skrývat před carskou policií. Když se dostal k moci, tento rys jeho osobnosti ještě zesílil. Bátl se o život. Potraviny pro něj musel vyrábět speciální závod ze surovin vypěstovaných na far-



Molotov, Stalin a Vorosilov v roce 1937

mě se zvláštním režimem. Osobního kuchaře Ignatašvilho povýšil do hodnosti generála, jen aby si zajistil jeho loajalitu.

Zaskočen válkou

Stalin kolem sebe vytvořil jeden z nejsilnějších kultů osobnosti v lidských dějinách. Doboví největší autoři zdůrazňovali především jeho podíl na vítězství Ruska ve druhé světové válce. Jeden z tehdejších propagačních dokumentů například uvádí, že „ve všech etapách válečného konfliktu nacházel Stalinův geniis správná řešení, při kterých zohledňoval situaci v celé její složitosti. Jeho strategické mistrovství se projevovalo jak při obraně, tak při ofenzivách. Geniis umožňoval soudruhu Stalinovi předvádět plány nepřátel a porazit je.“

Skutečnost však byla úplně jiná. Stalin ignoroval opakovaně varování před německým útokem na Sovětský svaz. Když Němci vpadli do země, byl to pro Stalina těžký šok, z něhož se dlouho nedokázal vzpamatovat. Nebyl schopen adekvátní reakce a na nějakou dobu upadl do letargie. Když se z ní konečně vytrhl, vydával rozkazy s katastrofálními následky. Trvalo mu hodně dlouho, než se naučil, že nejlepšími výsledky dosáhne, pokud nechá své generály dělat jejich práci a nebude se jim do řízení válečných operací plést.



Mladý Džugašvili v roce 1902

ném období se nabízí dlouhá řada. Maršálu Žukovovi se ve slabé chvíli svěřil, že se léká vlastního stínu a děsí ho ticho. V roce 1951 před členy politbyra Anastázem Mikojanem a Nikitou Chruščovem prohlásil: „Skončil jsem. Nevěřím už nikomu, dokonce ani sám sobě!“ Mnozí psychiatři si kladou otázku, zda tyto změny nastaly v důsledku přirozeného vývoje Stalinovy beztak patologické osobnosti, nebo zda k nim přispěla i postupující duševní demence.

Stalinova smrt

Mnohé nasvědčuje tomu, že Stalin trpěl Erbovou paralýzou v důsledku poškození *plexus brachialis* při porodu. Výrazně slabší levá ruka však byla z propagandistických důvodů obvykle prezentována jako důsledek „zranění z dětství“. Zhruba ve věku 45 let začaly Stalina sužovat silné bolesti hlavy. O deset let později se u něj rozvinula hypertenze a *angina pectoris*. Nejpozději ve věku 59 let (tedy v roce 1937) u něj došlo alespoň jednou k dočasnému ochrnutí řečového centra mozku. Lehké cévní mozkové příhody jej postihly i v roce 1945 a 1947. V roce 1948 zřejmě utrpěl infarkt myokardu. Rekonvalescence byla velmi dlouhá a jistě ji neuspíšil ani fakt, že Stalin ztratil důvěru ve své lékaře. Nakonec se nechával léčit od jednoho ze členů své ochranky, který byl původní profesí veterinář. Ten mu například na hypertenzi ordinoval sklenici horké vody s několika kapkami jedové tinktury.

Nevěřím sám sobě!

Účastníci konferencí v Teheránu, na Jaltě a v Postupimi se nicméně shodovali v tom, že Stalin se od většiny megalomanů a paranoiků odlišoval impozantní duševní silou, kterou dokonale ovládal. Tu na něm obdivoval ještě na sklonku války jugoslávský politik Milovan Djilas. Ze setkání v roce 1948 už si však odnesl úplně jiný dojem. Ve své knize „Rozhovory se Stalinem“ Djilas popsal u ruského vůdce „nápadné projevy senility“. Stalin se například při všech diskusích o současných problémech vracel do minulosti. Za chvíli již neřešil aktuální problém, ale vzpomínal na obdobné situace z dřívějších let. Ztratil také smysl pro humor a pointa mnoha vtipů mu beznadějně unikala. Svědectví o dramatické změně Stalinova chování v pováleč-



S Rooseveltem a Churchillem na konferenci v Teheránu v roce 1943

Navzdory zdravotním potížím Stalin téměř po celý život nedokázal skoncovat s kouřením. Tohoto zlozvyku se vzdal až necelý rok před smrtí. Na ruské poměry však byl spíše zdrženlivý ve vztahu k alkoholu. Rád si dopřával malé sklenky gruzínského vína, které někdy „pokřtil“ i trochou vodky. Zato svým hostům štědrě naléval destiláty v naději, že se mu je podaří opít a pak se od nich dozví, co potřebuje. Večeře, kterou pořádal na své chatě 28. února 1953, byla výjimečná tím, že se na ní Stalin podle Chruščovova svědectví dost opil. Pitka se protáhla do 5 hodin ráno. Stalin běžně chodil spát až nad ránem a dopoledne obvykle prospal. Proto jeho společníci nebyli nijak znepokojeni, když v jeho ložnici nebyly následujícího dne patrné známky aktivity. Znervózňeli až pozdě večer. Teprve hodinu před půlnocí 1. března sebrali odvalu k vyražení dveří. Stalina našli ležet bezvládného na podlaze, neschopného řeči. Čtyři dny lékaři marně bojovali o jeho život. Dne 5. března 1953 Josif Vissarionovič Džugašvili zemřel.

Prst na atomové spoušti

Vše nasvědčuje tomu, že konzumace velkého množství alkoholu zvýšila Stalinův krevní tlak, a v důsledku toho u něj došlo k těžkému nitrolebečnímu krvácení. Při pitvě bylo odhaleno krvácení v oblasti subkortikálních center levé mozkové hemisféry. V jeho důsledku došlo k devastaci důležitých částí mozku, což následně vyvolalo nevratné poruchy dechu a krevního oběhu. Kromě těchto změn na mozku byla pozorována i poškození levé srdeční komory v důsledku hypertenze. Na srdečním svalu byla patrná krvácení, stejně jako na mukóze žaludku a střeva. Mozkové tepny byly zasaženy pokročilou aterosklerózou. To mělo významný vliv na Stalinovy kognitivní funkce. Už dříve prodělal cévní mozkové příhody a v jejich důsledku se v jeho mozku vytvořily cysty. Ty narušily nervové dráhy v čelních lalocích mozku, což vedlo k dalšímu oslabení kognitivních funkcí a zřejmě i ke změnám v chování. Již beztak silné paranoidní rysy Stalinovy povahy v důsledku těchto rozsáhlých a těžkých poškození mozku ještě zesílily. Někteří historici, politologové a lékaři spekulují, co by se stalo, kdyby Stalin 5. března 1953 nezemřel. Představa, že by klíč k rozpoutání války s nasazením jaderných zbraní držel v rukou paranoik s narušenými kognitivními funkcemi, nahání i po letech hrůzu.

KONÍČEK LÉKAŘE

Na pouti nejen medicínské

Lékař doc. MUDr. Zdeněk Susa, CSc., provozuje vlastní nakladatelství, je cestovatelem, poutníkem a evangelickým kazatelem. Přednášel na 1. lékařské fakultě UK v Praze, nyní učí na Vyšší odborné škole sociálně pedagogické a teologické (JABOK) a na Evangelické teologické fakultě UK.

Jak může jeden člověk obsáhnout tolik aktivit a udržet se při tom fit?

To je docela jednoduché. Udržet se fit a mít aktivity se přece nevylučuje, naopak podmiňuje. Zvlášť k stáru musí být člověk aktivní – tělesně i duševně, aby byl fit. Otázkou je, proč jsou moje aktivity tak různé. Ale i to je docela jednoduché. Během života ke mně postupně přicházely jako intelektuální výzvy. Já si je zkusil, a když jsem viděl, že mi to jde, už jsem je nedokázal opustit.

V jakém pořadí k vám přicházely a která byla první?

První byla medicína. A poutnictví bylo pod kůží od začátku. Pak přišlo v rychlém sledu kazatelství a psaní, naposledy nakladatelství.

Některé lidé více aktivit najednou nezvládají a bývají ve velkém stresu. Zažil jste někdy takovou situaci?

Já si to pro sebe definoval tak, že pracuji „systémem mozaika“. To znamená, že se plně soustředím na jeden kamínek, například na červený, ten brousím a upravuji, ale jak ho položím, přestanu na něj myslet a plně se věnuji modrému kamínku. Dlouhá léta mi to šlo. Teď ve stáří už je to horší, cítím, že se musím víc šetřit a dělat si pauzy. Ale pořád toho ještě zvládám hodně.

Myslím, že málokterý lékař věří na existenci duše. Třeba patologové často tvrdí, že ji nikdy neviděli.

Říkáte, že málokterý lékař věří. Ale pochybuji, že existuje nějaká studie, která by to dokládala. Nevím, kolik je těch, kteří věří, a těch, co nevěří. Určitě jsou mezi lékaři zastoupeny obě skupiny a troufám si tvrdit, že v obou skupinách jsou lékaři výborní, průměrní i špatní – víra sama o sobě lékaře nedělá výborným, ale ani nediskvalifikuje. Patologové ovšem oprávněně tvrdí, že duši nikdy neviděli; on ji totiž – pokud vím – nikdy neviděl ani nikdo z jiných lékařských profesí. Patologové jsou na tom ovšem ještě hůř než ostatní odborníci, protože se zabývají mrtvým tělem. Stejně jako zpochybňovat duši by tedy mohli popřít existenci lidské psychiky – nikdy ji neviděli.

A vy žádné důkazy existence duše nepotřebujete?

Důkazy se hledají ve vědě. Víra je něco jiného, ta nepotřebuje důkazy, proto je to víra. Shánět důkazy pro existenci Boha nebo duše je nesmysl. To ale vůbec neznamená, že věřím nebo nevěřím v duši jako jakýsi neviditelný obláček, který opouští lidské tělo s posledním vydechnutím. Pouze to říká, že člověk je jednotka tělesná a psychická dohromady, neoddělitelná. A že poruchy v psychice se promítají do těla a tělesné nemoci zase mají odezvu v psychice. To jistě každý zdravotník dobře zná ze své praxe.

Myslela jsem si, že duše je něco jiného než psychika, jakási vyšší energie, která ovládá naši mysl i tu psychiku. Jak jinak vysvětlit různá zázračná uzdravení než prostřednictvím víry a duše...

On se rozdíl duše a psychiky obtížně slovně vyjadřuje, protože „duše“ se řecky řekne „psyché“ a od toho je odvozeno slovo „psychika“. Ta vyšší energie, která ovládá naši psychiku (pokud v ni věříme), je spíše „duch“ nebo „duchovní energie“, chcete-li. Když píšou o souvislostech těla a duše, myslím tím tělesný a duševní rozměr člověka – tedy psychosomatiku. A protože tělo a psychika se nedají oddělit, neměla by psychosomatika být zvláštním oborem, ale měla by prostupovat všemi medicínskými obory, protože všechny pracují s celým člověkem – s jeho tělem i psychikou.

Jak ovlivňuje víra v Boha u pacienta jeho léčbu?

Já se pacientů na jejich víru neptám, takže nemohu vědět, co s nimi víra v nemoci dělá. Ale součástí židovské i křesťanské víry je vědomí, že jsme – děj se co děj – pořád v dobrých Božích rukou. No a s tím se líp žije i umírá. Někteří moji pacienti, o kterých jsem věděl, že věří, díky tomu dokázali být až do smrti vyrovnání, aktivní a přínosní pro své okolí. Ale tím vůbec netvrdím, že to platí nějak obecně a černobíle.

Co ovlivňuje víra v Boha u lékaře?

Její přínos je stejný jako u nemocných. Když mám sám pevné za-

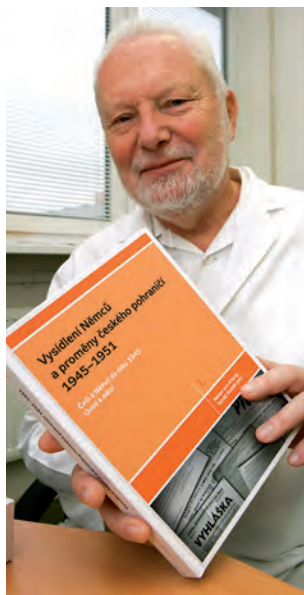


Foto: Leoš Chodura

kotvení, mohu lépe šířit radost, pokoj a naději. A to je podle mne podstatný úkol všech pomáhajících profesí.

Co pro vás znamená pozice duchovního v evangelické církvi?

V této církvi jsem vyrůstal odmalicka, formovala moje myšlení a nedovedu si představit něco jiného. Služba v církvi je pro mne samozřejmá. A jsem přesvědčen, že se s lékařským povoláním vůbec neruší, ba naopak podporuje – a to v obou směrech.

Slovo, sdělení, umění komunikace jsou důležité. Co si myslíte, že by lidé v kázání měli slyšet?

V kázání by měli vždycky slyšet dobrou zprávu, která by je posílila, vlila jim naději, radost a pokoj. A „dobrá zpráva“ se řecky a latinsky řekne „evangelium“. To by tam mělo být slyšet vždycky.

Zajímáte se o česko-německo-židovskou otázku. Proč?

Zajímám se o dějiny obecně a nedávne dějiny naší země zvláště. Myslím, že jsme se pořád ještě nevyrovnali s událostmi, které kolem poloviny minulého století z naší jazykové a kulturně mnohotvárné země udělaly zemi pouze českou. Že tomuto období stále ještě hodně dlužíme. Proto vydávám vzpomínky Němců i Židů a všelijaké studie a dokumentaci, abych ten dluh ze své strany trochu vyrovnal.

Na stránkách svého nakladatelství uvádíte, že vydáváte to, o čem soudíte, že by mělo vyjít. Našel jste „díru“ na knižním trhu? Nebo v roli nakladatele nevystupujete jako obchodník...

Vydávám různé žánry, takže nejde o jedinou „díru“, kterou bych vyplňoval. Společným jmenovatelem mých knih je, že to nejsou komerční tituly, které by slibovaly zisk. A takové tituly mohu vydávat proto, že nakladatelství není moje obživa, ale můj koníček. Nemusím vydělávat, stačí mi, že neprodávám – snažím se svým koníčkem nezatežovat rodinný rozpočet.

Rád putujete. Jednou na „konec světa“, jindy po stopách Karla Hynka Máchy nebo po českých, moravských a slezských pivovarech. Podle jakého klíče si vybíráte tyto cesty?

Témata pro mé cesty přišla jaksi sama. Bylo by to dlouhé vyprávění, u každé cesty to bylo jiné. Například cesta na „konec světa“ – z Prahy přes Německo, Švýcarsko a Francii do Španělska, do Santiaga de Compostela a k Atlantiku – byla symbolem „návratu Čechů do Evropy“, o kterém se po převratu v roce 1989 mluvilo. Uvědomoval jsem si, že to nebude ani rychlé, ani bezbolestné, a prožil jsem si to na dálkové pěší pouti. Dost jsem se při tom zapotil...

Návrat po čtyřiceti letech je opravdu složitý. Co vás „orosil“ nejvíce?

Nejnáročnější byla cesta přes kasťilskou mesetu, náhorní plošinu ve výšce asi 900 metrů nad mořem. Ta je absolutně rovná, nejsou tam skoro žádné stromy ani jiné body, kterých by se oko mohlo zachytit. Fouká vítr, honí se mraky a vy jdete jen vůlí, protože krajina kolem vás se neodvíjí, je pořád stejná. A největší horko jsem zažil v dolině Bierzo mezi horami. Tam to bylo k nepřezítí – a u kostela byl také největší poutnický hřbitov.

Jak dlouho vám vlastně trvala cesta z Prahy k Atlantiku? To asi nelze ujít „na jeden záťah“... nebo ano?

Je to 3000 kilometrů. Najednou se to ujít dá, ale ne během jedné dovolené. Když jsem pracoval

naplno jako lékař, mohl jsem té pouti věnovat vždycky jen část dovolené. Šel jsem to po etapách – na šestkrát – od roku 1991 do roku 1996. Každý rok jsem začal tam, kde jsem skončil ten předchozí, a pokračoval dál.

Podle vaší „Velké české pivní knihy“ prý Česká televize natočila seriál o českých pivovarech. Kdy jej uvidíme a na co se můžeme těšit?

Ono to tak docela není. Ten seriál začala točit jedna malá soukromá společnost s nadějí, že to pak Česká televize koupí. A té společnosti záhy došly peníze, takže se natáčení přerušilo. Snad se bude letos pokračovat. Pokud ano, mohli bychom seriál vidět někdy ve druhém pololetí. Pivo je součástí české národní kultury, takže v každém dílu seriálu navštívíme jeden pivovar, seznámíme se s technologií výroby, ochutnáme sortiment a současně budeme hledat souvislosti piva s českou historií a s kulturními osobnostmi. V dílech, které jsme už natočili, se mihnou Eliška Přemyslovna, Gustav Mahler, Ivan Martin Jírou a mnoho dalších – ty ale neprozradím.

Je podle vás pivo zdraví prospěšné? Pokud ano, v jakém množství a jak často?

Je nesporné, že alkohol zdraví škodí, pokud se konzumuje ve velkém množství a člověk mu propadne. Je ale také nesporné, že malé dávky alkoholu jsou zdraví prospěšné a že mírní konzumenti jsou zdravější – co do sklerózy, infarktů a mozkových příhod – než abstinenti. Je to tedy otázka dávky. A ta doporučená dávka, pokud ji přepočteme na pivo, obnáší asi dvě až tři piva denně pro muže a dvě až tři malá piva pro ženy. Pivo má kromě alkoholu ještě řadu dobrých vlastností – je to vyvážený iontový nápoj přírodního původu a obsahuje množství vitamínů a zdraví prospěšných přírodních látek.

Kam se chystáte v roce 2012? Oslavíte své sedmdesáté narozeniny další poutí?

Já putuji pořád, nejen při oslavě narozenin. Teď mám projekt „obcházení země“. Jdu po hranicích České republiky, ne tedy od kameňu ke kameni, ale chvíli po jedné straně hranice, chvíli po druhé – jedno pivo v Čechách, jedno v Německu. Přecházím hranici, kde se mi zachce, a nepřestávám se divit, že nikde nejsou dráty a nikdo mě nezastavuje. Je to úžasně, patřit do Evropy!

Výstava **Loutky v nemocnici**

Občanské sdružení Loutky v nemocnici ulehčuje pobyt dětí v nemocnicích a léčebnách prostřednictvím loutkového divadla, her a písniček. Jeho činnost a atmosféru vystoupení rok zachycoval a dokumentoval fotograf Miroslav Halada.

Sdružení navštěvuje i dětská oddělení Fakultní nemocnice Motol, v posledních letech pravidelně každý týden. Do konce dubna se můžete na výstavě velkoformátových fotografií v prostorách dětského pavilonu přesvědčit, jak loutky dovedou vykouzlit na dětských tvářích úsměv, i když je malým pacientům v nemocnicích zrovna ouvej. Po motolské nemocnici výstava zavítá i do dalších nemocnic v Čechách a na Moravě.

Fotoobrazy ožíví nemocniční prostory

„Cílem výstavy je přiblížit naši práci i těm, kteří se za zavřené dveře pokoje či herny, ve kterých hrajeme, nedostanou. Zároveň chceme upozornit na stálou potřebnost tohoto druhu komunikace s dětským pacientem v českých nemocnicích. V roce 2011 sdružení Loutky v nemocnici výrazně rozšířilo svou činnost, a tak je pro nás důležité všem, co nám uvěřili, že děláme dobrou věc, ukázat,

že se nemýlili,“ přibližuje záměr organizátorů předsedkyně sdružení Marka Míková. „Fotografie svoji pout neukončí zaprášené ve skladu. Na konci svého putování jednotlivé fotoobrazy zahřejí zdi nemocničních chodeb a pokojů. Budou nás tak dětem připomínat i v době, kdy zrovna na jednotlivých odděleních nejsme.“

Možnosti podpořit projekt

V roce 2011 členové „Loutek“ odehráli více než 600 malých představení v 6 pražských a 14 mimo-pražských nemocnicích. Radost malým pacientům pomáhali rozdávat i na www.loutkyv nemocnici.cz skupiny studentů katedry alternativního a loutkového divadla DAMU. Za svou existenci navštívili členové Loutek v nemocnici desítky tisíc dětských pacientů. Podporu projektu je možné realizovat zasláním SMS ve tvaru DMS LOUTKY na číslo 87777. Přispívat lze také poukazáním libovolné částky na sbírkové konto. Číslo transparentního účtu vedeného u Raiffaisenbank je 3737367/5500.

Více informací:

www.loutkyv nemocnici.cz

(red)



Loutky v nemocnici při vystoupení ve Fakultní nemocnici Motol.

Foto: Miroslav Halada

Cyrano hrál pro výjimečné publikum

Hlediště Národního divadla při slavnostní 200. repríze inscenace „Cyrano z Bergeracu“ zaplnili hosté Transplantcentra IKEM – šlo o poděkování za pomoc při záchraně lidských životů.



David Prachař jako Cyrano z Bergeracu. | Foto: ND Martin Špelda

Cyrano z Bergeracu, muž bez bázně a hany, jehož hyzdí velký nos, je legendární postavou, symbolem cti, odvahy a mužnosti. České publikum jej miluje pro ušlechtilost ducha i lehkost a vzlet slova. Vrchlického překlad je pokládán za kongeniální, a dokonce se říká, že v češtině zní lépe než ve francouzském originále. Cyrano nikdy nenudí, a proto je na repertoáru činohry Národního divadla již desátou sezónou. V režii Michala Dočekala hraje hlavní roli David Prachař.

Za pomoc při záchraně životů

Výjimečné představení zhlédlo 20. března výjimečné publikum. Hlediště zaplnil personál z operačních sálů dárcovských nemocnic, lékaři i sestry, ale také vojenští piloti vrtulníků a letadel a mnozí

další. „Celý rok něco žádáme my po nich, tak aspoň jednou za rok bychom jim také chtěli něco dát. Jsem moc rád, že nám činohra ND takto vychází vstříc,“ podotkl přednosta Transplantcentra IKEM MUDr. Pavel Trunečka, CSc. Nadační fond Transplantace i pražský IKEM tak kulturním zážitkem se špičkovým obsazením poděkovali všem, kteří v loňském roce znovu pomohli zachránit lidské životy. Právě díky jejich nasazení mohli v IKEM provést 360 transplantací orgánů. Nejčastěji to byly ledviny (214), na druhém místě játra (64) a po nich slinivka břišní (46). Vyměněné srdce bije v tělech 43 nových příjemců. „Díky těmto lidem mohou pacienti dál žít aktivním životem,“ uzavírá vedoucí oddělení odběru orgánů IKEM MUDr. Eva Pokorná, CSc. (D)

Inzerce A121005238

14. – 16. června 2012

BRNO



www.nefrol2012.cz

34. KONGRES ČESKÉ NEFROLOGICKÉ SPOLEČNOSTI s mezinárodní účastí



TÉMATICKÉ OKRUHY

- Statistiky dialyzační, transplantační a biotické aktivity v ČR v roce 2011
- Klinická nefrologie
- Hemodialýza a mimotělní eliminační metody
- Peritoneální dialýza
- Transplantace ledvin
- Varia
- Postgraduální symposium zahraničních řečníků
- Společné symposium České nefrologické společnosti a České transplantační společnosti
- Sdělení sester a techniků
- Posterová sdělení
- Firemní symposia: Abbott, Amgen, BBraun, Roche

PREZIDENT KONGRESU

prof. MUDr. Vladimír Tesář, DrSc., MBA, FASN, FERA

VĚDECKÁ SEKRETÁŘKA

prof. MUDr. Sylvie Dusilová Sulková, DrSc., MBA

ORGANIZAČNÍ SEKRETARIÁT

Congress Business Travel, spol. s r. o.
Lidická 43/66, 150 00 Praha 5
tel.: 224 942 575, 224 942 579
fax: 224 942 550
e-mail: nefrol2012@cbttravel.cz



Cena UK za tvůrčí počin profesoru Borovanskému

Univerzita Karlova na slavnostním zasedání oslavila 664. výročí svého založení. V rámci oslav byly předány tradiční univerzitní ceny. Jedním z oceněných se stal profesor Jan Borovanský.



Rektor UK profesor Václav Hampl předává cenu za tvůrčí počin profesoru Janu Borovanskému. | Foto: archiv Univerzity Karlovy

Výročí dne, kdy Karel IV. založil nejstarší středoevropskou univerzitu, připadá na 7. dubna. Slavnostní zasedání ve Velké aule Karolina při této příležitosti zahájil rektor Univerzity Karlovy prof. Václav Hampl. V projevu připomněl i pro vědce šťastnou dobu vlády císaře Rudolfa II. jako období ostře kontrastující s dnešním přístupem české vlády a politické elity ke vzdělanosti a rozvoji české vědy. Oslavy výročí založení univerzity vyvrcholily předáváním jejich tradičních cen.

O vlastnostech melanozomů a melaninů

Cena za tvůrčí počin je udělována za významný a originální výsledek, například odbornou časopiseckou nebo knižní publikaci, umělecké dílo, pořádání výstavy nebo realizovaný patent. V oblasti medicíny se jejím novým držitelem stal prof. MUDr. Jan Borovanský, CSc., a to za publikaci „Melanins and Melanosomes: Biosynthesis, Biogenesis, Physiological, and Pathological Functions“. Tato kniha je první monografií ve světové literatuře,

kteřá je cíleně věnována melanozomům a melaninům. Shrnuje vlastnosti těchto látek a nabízí klíč k pochopení vlastností pigmentových tkání včetně jejich využití pro diagnostiku a experimentální terapii melanomu.

Běžet s těmi, kteří sami nemohou

Cena za prezentaci Univerzity Karlovy v Praze obdrželi studenti 5. ročníku 3. lékařské fakulty UK Scott Keel a Peter Oliva. Před dvěma lety založili charitativní organizaci „Běžet s těmi, kteří sami nemohou“. Studenti pomáhají dětem upoutaným na invalidní vozík zdolat Pražský maraton. Během maratónu běží a tlačí děti postižené mozkovou obrnou a svalovou dystrofií na speciálně upravených vozících a zprostředkovávají jim tak pocit běhu. Vozíky jsou po závodu věnovány rodinám postižených.

Anketa Lékař roku 2011 již má své vítěze

Plakety „Lékař roku 2011“ předali 5. dubna na Nové scéně Národního divadla zástupci Unie pacientů šesti lékařům. O třech „lékařích roku“ rozhodla veřejnost, o druhé polovině odborníci. Zvláštní ocenění získala humanitární organizace Lékaři bez hranic.

Veřejnost volila praktika, specialistu a lékaře u lůžka

Nejvíce hlasů od veřejnosti získali v kategorii „Praktický lékař pro dospělé“ Dalibor Stoszek z Hořic v Podkrkonoší, v kategorii „Lékař u lůžka“ Michal Turek z porodnicko-gynekologického oddělení Nemocnice Písek a v kategorii „Lékař specialista“ Petr Kultán

z ambulance gastroenterologie Karvinské hornické nemocnice, který zároveň pracuje i jako lékař zdravotnické záchranné služby.

Ocenění hlasy odborníků

Další ocenění udělila odborná porota. „Jesseniovu cenu“ pro lékaře s přínosem pro pokrok v medicíně si odnesl Michal Dubský z Institutu klinické a experimen-

tální medicíny. Hlavním tématem jeho doktorandského studia je léčba ischemické choroby dolních končetin pomocí kmenových buněk.

Ocenění za celoživotní přínos v medicíně převzala profesorka plastické chirurgie a popáleninové medicíny Radana Königová z Fakultní nemocnice Královské Vinohrady.



Dětský chirurg MUDr. Jan Trachta převzal Hippokratovu cenu. | Foto: Radoslav Bernat

„Hippokratovu cenu“ porota udělila dětskému chirurgovi Janu Trachtovi z Fakultní nemocnice Motol, jehož specializací je dětská urologie. Pomáhal na

sedmi misích Lékařů bez hranic (MSF), například po zemětřesení na Haiti, v jednoduchých a provizorních podmínkách odoperoval přes 600 pacientů, často ve velmi vážném stavu. Unie pacientů ČR se v rámci ankety Lékař roku 2011 rozhodla udělit české pobočce Lékařů bez hranic zvláštní ocenění za zdravotnickou a humanitární pomoc poskytovanou uprostřed nejvážnějších krizí v desítkách zemí světa.

Pozvánka na kongres o pohlavně přenosných nemocech

„Pohlavně přenosné nemoci – historie, současnost a perspektivy“ jsou tématem kongresu, který se bude konat 13. června 2012 v hotelu DAP v Praze 6.

Pořadatelé kongresu jsou Česká lékařská společnost J. E. Purkyňe ve spolupráci s Českou gynekologickou a porodnickou společností ČLS JEP (ČGPS), Českou urologickou společností ČLS JEP, Českou společností infekčního lékařství ČLS JEP, sekci infek-

ních nemocí ČGPS, Společností všeobecného lékařství ČLS JEP, venerologickou sekci České dermatologické společnosti ČLS JEP, Odbornou společností praktických dětských lékařů ČLS JEP a Slovenskou lékařskou společností.

Prezidenty kongresu jsou předseda ČLS JEP prof. MUDr. Jaroslav Blahoš, DrSc., a předseda Slovenskej lekárskej spoločnosti prof. MUDr. Peter Krištúfek, CSc., odbornými garanty jsou předseda sekce infekčních nemocí v gynekologii a porodnictví

ČGPS doc. MUDr. Jozef Záhumenský, Ph.D., a přednosta Gynekologicko-porodnické kliniky 3. LF UK a FNKV Praha doc. MUDr. Eduard Kučera, CSc. Záštitu nad akcí převzal primátor hlavního města Prahy doc. MUDr. Bohuslav Svoboda, CSc. Akce má charakter kontinuálního vzdělávání a je ohodnocena kredity.

Registrace: www.cls.cz

Více informací: www.amca.cz
www.daphotel.cz
tel.: 221 979 351

Pozvánka na kongres Evropské neurologické společnosti

Nadcházející 22. kongres Evropské neurologické společnosti se bude konat ve dnech 9.-12. června 2012 v Praze.

Mezinárodně uznávaní experti zde budou prezentovat nejnovější a nejdůležitější poznatky o výzkumu a léčbě závažných a častých nemocí, jakými jsou roztroušená skleróza, cévní mozková příhoda, Alzheimerova nemoc nebo Parkinsonova choroba.

Předběžný program:
www.congex.ch/ens2012

(red)

Nové příslušenství k 3D rentgenu pomůže v léčbě dětí v Thomayerově nemocnici

Patronka Nadačního fondu Kolečko herečka Linda Rybová předala Centru dětské traumatologie v Thomayerově nemocnici karbonové příslušenství k 3D rentgenu v hodnotě 322 tisíc korun.

Od konce března tak lékaři mohou využít prostorového zobrazení poranění dětí pro potřeby zpřesnění při náročných operacích v místech, jako jsou pánev, kyčelní klouby nebo kolena.

„Velmi si vážím darů, které naše traumatologické centrum od Kolečka získalo. Karbonové příslušenství nám umožní maximálně využít náš 3D rentgen. Díky němu jsme schopni prostorově zobrazit poraněná či operovaná místa nejen jednorázově, ale i během operace. S prostorovým zobrazením ve třech rovinách je

nyní mnohem jednodušší a přesnější například zavedení šroubů, drátů nebo umístění dlahy,“ říká o zakoupeném příslušenství přednosta Kliniky dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a Thomayerovy nemocnice a zároveň člen správní rady Nadačního fondu Kolečko prof. MUDr. Petr Havránek, CSc.

Osm let podpory dětských traumacenter

Nadační fond Kolečko se podpoře dětských traumacenter věnuje již více než 8 let. „Za dobu naší

existence jsme rozdělili do všech osmi českých traumacenter více než 7 milionů korun. Jen Centru dětské traumatologie v Thomayerově nemocnici jsme od roku 2004 věnovali vybavení v hodnotě téměř 3 miliony korun. Během loňského roku jsme nakoupili přístroje téměř za 1 milion korun. Ty nyní slouží v Centrech dětské traumatologie v Brně, Plzni, Ústí nad Labem, v pražském Motole či Thomayerově nemocnici,“ upřesnila předsedkyně správní rady Nadačního fondu Kolečko Linda Jandová.



Profesor Petr Havránek (v šedém), zcela vlevo Linda Rybová, vedle ní náměstek MZ Martin Plíšek. | Foto: NF Kolečko

„Kolečku“ přispívá dvěma korunami z každého prodaného balení své prémiové řady doplňků stravy generální partner fondu, kanadská farmaceutická společnost Apotex. Dalším důležitým

partnerem fondu je společnost Amway, jejíž peněžité dar ve výši 170 tisíc korun na konci loňského roku pomohl realizovat nákup karbonového příslušenství pro 3D rentgen. (II)



Leoš Heger s tulipány od parkinsoníků | Foto: archiv

Světový den Parkinsonovy nemoci

Ve středu 11. dubna, v den výročí narození britského lékaře Jamese Parkinsona, jsme si připomněli Světový den Parkinsonovy nemoci. V roce 1817 doktor Parkinson toto onemocnění poprvé popsal u holandského zahradníka. Obdržel od něj nově vyšlechtěný kultivar tulipánu a právě červený tulipán se stal mezinárodním symbolem parkinsonismu.

Pacienti s tímto onemocněním požádali premiéra Petra Nečase, ministra zdravotnictví Leoše Hegera a členku výboru pro sociální politiku poslanecké sněmovny Lenku Kohoutovou o pomoci při zvyšování povědomí veřejnosti o této chorobě a předali jim kytičky červených tulipánů.

Nemoc, kterou trpí 15 tisíc Čechů

Parkinsonova nemoc je nevyčísitelným onemocněním centrální nervové soustavy, které přímo souvisí s úbytkem nervových buněk produkujících dopamin, látku zajišťující přenos signálů mezi nervovými buňka-

mi. Nedostatek dopaminu způsobuje, že pacient postupně přestává kontrolovat svoje pohyby. Poruchy motorického systému se navenek projevují mimovolními pohyby, neovladatelným

třesem nebo naopak naprostou ztuhlostí.

Současná lékařská věda zatím nedokáže tyto pacienty vyléčit, řada preparátů však úspěšně zpomaluje postup onemocnění a tlumí jeho příznaky. Za zlatý standard léčby se považuje podávání aminokyseliny L-dihydroxyfenylalanin, která se v mozku přeměňuje na chybějící dopamin. Parkinsonova nemoc postihuje obvykle osoby starší 50 let, ale lékaři každý rok diagnostikují i několik případů třicátníků. V Evropě žije asi 1,6 milionu a ve světě přibližně 4 miliony parkinsoníků. V České republice choroba postihuje kolem 15 tisíc lidí.

Více informací:

www.parkinson-cz.net (red)

Festival IMY aneb „Co je to, to hendikempování?“

V sobotu 5. května ožijí prostory pražského klubu Rock Café divadla, filmy, workshopy a prodejní stánky. Občanské sdružení Portus Praha tu představí široké veřejnosti, co všechno dělají – a dělat mohou – lidé se zdravotním handicapem.

Program je vhodný i pro rodiny s dětmi, pro něž jsou připraveny pohádky, ukázky práce se slepeckým psem, hudební dílna, jóga pro děti a výtvarné dílny, kde si zájemci budou moci vyzkoušet předání na kolovrátku, filcování, výrobu keramiky a vitráží. Po celý den bude také otevřen mléčný bar i s obědovým menu. Vedle kultur-

ního programu budou v suterénu prodejní stánky s originálními výrobky chráněných dílen a pracovních center zaměstnávajících lidi s handicapem. Nabízena tu budou vonná mýdla, výrobky z ovčí vlny, tkané koberce, bio bedýnky, nakládané sýry a mnoho dalšího. Podrobný program:

www.portus.cz (red)

Pozvánka na konferenci Neuropsychiatrického fóra

V pořadí druhá konference Neuropsychiatrického fóra (NPF) proběhne ve dnech 28.–30. června v budově Národní technické knihovny v Praze.

Konference NPF bude zaměřena především klinicky (například nové diagnostické či léčebné postupy formou přednášek a posterů či kazuistiky formou videoprezentací), část prostoru bude věnována také preklinickému a základnímu výzkumu.

Cílena bude zejména na tematické okruhy:

- demence (ve spolupráci se sekcí kognitivní neurologie ČNS)
- extrapyramidová onemocnění
- psychotická onemocnění
- dětská neuropsychiatrie a neurovývojové poruchy

- spánek a jeho poruchy
- normotenzní hydrocefalus
- delirium
- nové drogy a neuropsychiatrické projevy závislosti
- neuropsychologie

Záštitu nad konferencí převzaly Česká neurologická společnost ČLS JEP, Česká psychiatrická společnost ČLS JEP a Česká neuropsychofarmakologická společnost. Detailní program a on-line registrace: www.npforum.cz

(red)

Kalendář akcí odborných lékařských společností – květen 2012

Pořádá-li vaše společnost odbornou konferenci, seminář, přednáškový večer atd., o kterých by profesní kolegové rozhodně měli vědět, zašlete prosím základní informace na e-mail: miksova@mf.cz

83rd annual meeting of the German Society of Oto-Rhino-Laryngology, Head and Neck Surgery

16.–20. 5. 2012/Mohuč, Německo
Místo konání: Rheingoldhalle Mainz
Pořadatel: German Society of Oto-Rhino-Laryngology, Head and Neck Surgery
Kontakt: www.hno.org/en/events

Disociativní křeče

17. 5. 2012/Olomouc
Místo konání: posluchárna Kliniky psychiatrie
Pořadatel: Klinika psychiatrie LF UP a FN Olomouc
Kontakt: www.wold.fnol.cz

Seminář ÚKBLD

Diferenciální diagnostika hypourikémie, hladiny vitaminů a stopových prvků u bezdomovců v Praze
 17. 5. 2012/Praha
Místo konání: VFN, pavilon A7
Pořadatel: Ústav klinické biochemie a laboratorní diagnostiky 1. LF UK a VFN Praha (ÚKBLD)
Kontakt: <http://ukb.lfi.cuni.cz/web/images/dokumenty/seminare-jaro-2012.pdf>

Vědecká schůze České psychoanalytické společnosti IPA

Psychoanalýza a psychózy
 17. 5. 2012/Praha
Místo konání: Řehořova 10, Praha 3
Kontakt: www.psychoanalýza.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

17. 5. 2012/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

17. českolipský den astmatu a alergie

17. 5. 2012/Nový Bor
Pořadatel: AstmaCentrum Česká Lípa, Česká společnost alergologie a klinické imunologie ČLS JEP
Kontakt: MUDr. Tomáš Kočí, MUDr. Daniel Schneeberger; tel.: 487 954 992; e-mail: astmacentrum-cl@seznam.cz; www.csaki.cz

Baze lební – seminář

17.–18. 5. 2012/Bedřichov

Místo konání:

Vojenská zotavovna Bedřichov
Pořadatel: Ústřední vojenská nemocnice Praha, Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP
Kontakt: <http://otolaryngologie.cz>

Škola CT Morava CT diagnostika hrudníku, kardiiovaskulárního systému, páteře a skeletu

17.–18. 5. 2012/Šlapanice u Brna
Pořadatel: Klinika zobrazovacích metod LF UK a FN Plzeň
Kontakt: www.crs.cz

58. kongres českých a slovenských dětských chirurgů

17.–18. 5. 2012/Ústí nad Labem
Místo konání: kongresové centrum Clarion Congress Hotelu
Pořadatel: Česká pediatricko-chirurgická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.detskachirurgie.cz

8. česká konference kognitivně-behaviorální terapie

17.–19. 5. 2012/Kroměříž
Místo konání: Psychiatrická léčebna Kroměříž
Pořadatel: Psychiatrická léčebna Kroměříž, Česká společnost kognitivně-behaviorální terapie, Česká psychiatrická společnost, Česká psychoterapeutická společnost ČLS JEP
Kontakt: MUDr. Petr Možný; e-mail: moznyp@plkm.cz; www.psychoterapeuti.cz

5. hradecký postgraduální kurz v endokrinologii

17.–19. 5. 2012/Hradec Králové
Místo konání: Univerzita Hradec Králové
Pořadatel: Česká endokrinologická společnost ČLS JEP, subkatedra endokrinologie IPVZ a 2. interní klinika LF UK a FN Hradec Králové
Kontakt: www.endokrinologie.cz

9. seminář mladých revmatologů

Idiopatické zánětlivé myopatie, osteoporóza, mikro-RNA u revmatických onemocnění, dialyzační osteoarthropatie, léčba revmatických nemocných s chronickým onemocněním ledvin, psoriatická artritida – nová léčebná doporučení, časná revmatoidní artritida, artritida kotníku



ilustrační foto: Shutterstock

17.–19. 5. 2012/Špindlerův Mlýn
Místo konání: hotel Špindlerova bouda
Pořadatel: Česká revmatologická společnost ČLS JEP, Revmatologický ústav Praha
Kontakt: doc. MUDr. Ladislav Šenolet, Ph.D., doc. MUDr. Petr Němec, Ph.D.; e-mail: seno@revma.cz; www.revmatologicka-spolecnost.cz

9. mezinárodní kongres ČSMO

17.–19. 5. 2012/Jihlava
Místo konání: Business Hotel Jihlava
Pořadatel: Česká společnost pro mimotělní oběh a podpůrné systémy
Kontakt: www.czesect.cz

2nd global congress for consensus in pediatrics & child health

17.–20. 5. 2012/Moskva, Rusko
Kontakt: www.cipediatics.org

Komplexní terapeutické přístupy u bipolární afektivní poruchy

Regionální seminář: farmakoterapie, možnosti psychoterapie, užití antidepressiv
 18. 5. 2012/Brno
Místo konání: posluchárna Psychiatrické kliniky, FN Brno – Bohunice, budova G, 1. patro
Pořadatel: Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno
Kontakt: <http://psychiatrie.med.muni.cz>

Zánětlivé komplikace na krku

Společná ORL konference Pardubického a Královéhradeckého kraje
 18.–19. 5. 2012/Svratka
Místo konání: Hotel Mánes

Pořadatel: Česká společnost otorinolaryngologie a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP, Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku FZS a Pardubické krajské nemocnice, Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku LF UK a FN Hradec Králové, Profesní odborová unie zdravotnic, pracovníků Čech, Moravy a Slezska, ORL sekce ČAS
Kontakt: <http://otolaryngologie.cz>

Seminář algeziologů 2012

18.–19. 5. 2012/Seč
Místo konání: Kongres hotel Jezerka u Sečské přehrady
Kontakt: www.mhconsulting.cz

Konference ČGPS ČLS JEP a SSG ČR Seminář porodních asistentek

Kontroverze v asistované reprodukci a urogynekologii, kontroverze v perinatologii, kontroverze v gynekologii (HPV DNA a LBC v primárním screeningu – ano, nebo ne?, follow-up po léčbě ovariálního karcinomu, kontroverze v odborných posudcích pro soudní řízení), kazuistiky...
 18.–20. 5. 2012/Brno
Místo konání: Brněnské Výstaviště, hala E
Pořadatel: Česká gynekologická a porodnická společnost ČLS JEP, Sdružení soukromých gynekologů ČR
Kontakt: www.cgps.cz/akce/2012/ck

BIT's 5th annual world cancer congress 2012

Hand-in-hand for caring
 18.–20. 5. 2012/Peking, Čína
Kontakt: www.bitlifesciences.com/cancer2012

American Thoracic Society international conference

18.–23. 5. 2012/San Francisco, USA
Pořadatel: American Thoracic Society
Kontakt: <http://conference.thoracic.org/2012>

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

19. 5. 2012/Brno, Karlovy Vary, Olomouc
Místa konání: Kancelář veřejného ochránce práv (Brno), Hotel Starý mlýn (Karlovy Vary – Březová), aula Právnické fakulty UP (Olomouc)
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Dětská oftalmologie – kurz

19. 5. 2012/Praha
Místo konání: oválná pracovna ČLK
Pořadatel: Česká lékařská komora
Kontakt: www.lkcr.cz

Základy osobní bezpečnosti pro lékaře

Výklad práva v oblasti sebeobrany a ochrany života a zdraví, verbální a neverbální komunikace, vznik a eskalace konfliktu, praktická aplikace sebeobrany, snížení rizika viktimizace, chování se v momentu překvapení...

19. 5. 2012/Praha
Místo konání: oválná pracovna ČLK
Pořadatel: Česká lékařská komora
Kontakt: www.lkcr.cz

Celorepublikový sněm SPLDD ČR

19.–20. 5. 2012/Bystřice nad Pernštejnem
Místo konání: hotel Skalský dvůr
Pořadatel: Sdružení praktických lékařů pro děti a dorost ČR (SPLDD)
Kontakt: www.detskylekar.cz

Heart failure 2012

19.–22. 5. 2012/Bělehrad, Srbsko
Pořadatel: European Society of Cardiology (ESC), Heart Failure Association of the ESC, International Society for Heart Research (European Section)
Kontakt: www.escardio.org/HFA

11th international congress of the European Society of Pediatric Otorhinolaryngology

20.–23. 5. 2012/Amsterdam, Nizozemsko
Kontakt: www.orl.org.nz/events/123

Česko-americké ORL dny

Interaktivní chirurgický kurz (teoretické přednášky a živé přenosy z operačního sálu s možností přímé diskuse s operátorem): onkologie hlavy a krku, otologie, chirurgie baze lební, rinologie, tyzeologie

21.–25. 5. 2012/Praha
Místo konání: Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN Motol
Pořadatel: Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku 1. LF UK a FN Motol, katedra ORL IPVZ, Česká společnost ORL a chirurgie hlavy a krku ČLS JEP, oddělení specializačního a celoživotního vzdělávání 1. LF UK
Kontakt: <http://otolaryngologie.cz>

Pigmentové kožní projevy – praktické přístupy

22. 5. 2012/Praha
Místo konání: hotel ILF
Pořadatel: katedra dermatovenerologie IPVZ
Kontakt: www.ipvz.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

22. 5. 2012/Ostrava
Místo konání: Hotel Imperial
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Nové trendy v kardiologii

22. 5. 2012/Mladá Boleslav
Místo konání: Hotel Galatea
Pořadatel: Česká lékařská komora – garance Kardiocentrem IKEM, Medtronic Czechia, s. r. o.
Kontakt: www.lkcr.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

23. 5. 2012/Praha, České Budějovice
Místa konání: Lékařský dům (Praha), Hotel Malý pivovar (České Budějovice)
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Ústavní seminář Psychiatrické léčebny Bohnice

23. 5. 2012/Praha
Místo konání: PL Bohnice, velký sál Divadla Za plotem
Pořadatel: Psychiatrická léčebna Bohnice, Okresní sdružení České lékařské komory Praha 8
Kontakt: www.lkcr.cz; www.plbohnice.cz

Glykovaný hemoglobin a jiné proteiny

23. 5. 2012/Olomouc
Místo konání: posluchárna Rotunda Dětské kliniky FN Olomouc
Pořadatel: oddělení klinické biochemie a imunogenetiky FN Olomouc
Kontakt: doc. MUDr. Petr Schneiderka, CSc.; tel.: 585 632 504; e-mail: Petr.Schneiderka@fnol.cz; www.cskb.cz

Večer Spolku lékařů ČLS JEP v Karlových Varech Výsledky perinatologické péče v ČR a Karlovarském kraji v roce 2011. Moje praxe na gynekologicko-porodnickém oddělení v Botswaně

23. 5. 2012/Karlovy Vary
Místo konání: Nemocnice Karlovy Vary, budova č. 4
Pořadatel: Spolek lékařů ČLS JEP Karlovy Vary
Kontakt: www.nemkv.cz/651-pozvanky-na-odborne-akce.html

9. hradecký cytogenetický den

23. 5. 2012/Hradec Králové
Místo konání: oddělení lékařské genetiky FN Hradec Králové
Pořadatel: Společnost lékařské genetiky ČLS JEP, oddělení lékařské genetiky FN Hradec Králové

Kontakt: Ing. Jana Rabasová; tel.: 495 832 624; e-mail: rabasova@fnhk.cz; www.slg.cz

Ileitida – jedná se vždy o idiopatický střevní zánět?

23. 5. 2012/Praha
Místo konání: 4. interní klinika 1. LF UK a VFN
Pořadatel: 4. interní klinika – klinika gastroenterologie a hepatologie 1. LF UK a VFN Praha
Kontakt: www.cgs-cls.cz

Muskuloskeletální radiologie – ramenní kloub

24. 5. 2012/Olomouc
Místo konání: FN Olomouc, posluchárna Dětské kliniky
Pořadatel: Radiologická klinika LF UP a FN Olomouc
Kontakt: www.wold.finol.cz

Seminář PL Kosmonosy Psychologická teorie somatizace, praktické problémy v péči o psychosomatického pacienta, psychologická diagnostika kognitivních funkcí

24. 5. 2012/Mladá Boleslav – Kosmonosy
Místo konání: Psychiatrická léčebna Kosmonosy
Pořadatel: okresní sdružení České lékařské komory Mladá Boleslav, Psychiatrická léčebna Kosmonosy
Kontakt: www.lkcr.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

24. 5. 2012/Hradec Králové
Místo konání: Nové Adalbertinum
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

24hodinová jícnová impedance – pH

Kurz: vliv extraezofageální refluxní choroby na onemocnění v oblasti horních a dolních dýchacích cest, technika zavedení impedance sondy, druhy sond, umístění, příprava a kalibrace sondy, vyhodnocení záznamu a protokol jícnové impedance
 24. 5. 2012/Praha
Místo konání: Hlasové a sluchové centrum Praha
Pořadatel: Hlasové a sluchové centrum, Praha 2, Medical Healthcom, s. r. o.
Kontakt: Ing. Hana Vošahlíková; tel.: 734 383 984; e-mail: vosahlkova@hlasovecentrum.cz; http://otolaryngologie.cz

7. traumatologický den Poranění hrudníku

24. 5. 2012/Praha
Místo konání: Hotel Globus
Pořadatel: Traumatologické centrum Chirurgické kliniky 3. LF UK a FN Královské Vinohrady Praha

Kontakt: Ivana Kocourová; tel.: 267 162 407; e-mail: kocourovaivana@seznam.cz; www.csuch.cz; www.chirurgie.cz

Osteoporóza u JCA – seminář

24. 5. 2012/Praha
Místo konání: zasedací místnost Revmatologického ústavu
Pořadatel: Revmatologický ústav
Kontakt: www.revmatologicka-spolecnost.cz

31. dny mladých internistů

24.–25. 5. 2012/Martin, Slovensko
Místo konání: Univerzitní nemocnice Martin
Pořadatel: Slovenská internistická společnost SLS, Česká internistická společnost ČLS JEP, 1. interní klinika Jesseniovej lékařské fakulty UK v Martine a Univerzitní nemocnice Martin, Spolek lékařů v Martine
Kontakt: www.interna-cz.eu

Laboratorní diagnostika v onkologii – konference

Laboratorní vyšetření v diagnostice a léčbě onkologických onemocnění, specifika laboratorních nálezů u dětských a dospělých onkologických pacientů...
 24.–25. 5. 2012/Brno
Místo konání: Masarykův onkologický ústav
Pořadatel: Masarykův onkologický ústav, LF Masarykovy univerzity Brno, ČAS
Kontakt: e-mail: dubska@mou.cz; www.patologie.info

Trauma Update 2012

24.–25. 5. 2012/Londýn, Velká Británie
Pořadatel: European Society of Intensive Care Medicine (ESICM); Society of Critical Care Medicine (SCCM)
Kontakt: www.esicm.org

Resistant hypertension ESH satellite symposium

24.–26. 5. 2012/Petrohrad, Rusko
Místo konání: Pak Inn Pribaltiyskaya Hotel
Pořadatel: European Society of Hypertension (ESH)
Kontakt: www.eshsymposium2012.org

12. ústecká rehabilitační konference

Problematica cervikobrachiální oblasti
 25. 5. 2012/Ústí nad Labem
Místo konání: velká aula Pedagogické fakulty Univerzity J. E. Purkyně
Pořadatel: Rehabilitační oddělení Masarykovy nemocnice Ústí nad Labem, Ústav zdravotnických studií UJEP, Pedagogická fakulta UJEP
Kontakt: www.bos-congress.cz

Manažerské minimum pro zdravotnickou praxi

25. 5. 2012/Plzeň
Místo konání: FN Plzeň-Bory
Pořadatel: oddělení dalšího vzdělávání FN Plzeň, základní organizace FN 1 Odborového svazu zdravotnictví a sociální péče ČR
Kontakt: www.fnplzen.cz

Seminář Psychiatrické kliniky LF MU a FN Brno

Profil a dynamika kognitivních funkcí u pacientů s afektivní poruchou, neuropsychologický profil kognitivních funkcí u pacientů s bipolárním afektivním poruchou...
 25. 5. 2012/Brno
Místo konání: posluchárna Psychiatrické kliniky, budova G
Pořadatel: Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno
Kontakt: http://psychiatrie.med.muni.cz

30. dny praktické a nemocniční pediatrie

Komplikace léčby kortikosteroidy, ATB, inzulinem, neobvyklá příčina obstrukce močových cest, recidivující pneumokoková meningitida, medicínské právo v pediatrii, vliv traumatizace v dětství na integraci psychických a somatických funkcí, horečka neznámé etiologie, akutní stavy u dětí...
 25.–26. 5. 2012/Olomouc
Místo konání: NH Olomouc Congress Hotel
Pořadatel: Česká pediatriká společnost ČLS JEP, Dětská klinika LF UP a FN Olomouc, Spolek lékařů ČLS JEP Olomouc, Šance, o. s.
Kontakt: www.solen.cz

Výjezdni regionální setkání dermatovenerologů

25.–26. 5. 2012/Havlíčkův Brod
Pořadatel: Klinika nemocí kožních a pohlavních LF UK a FN Hradec Králové
Kontakt: doc. MUDr. Karel Ettler, CSc.; e-mail: ettler@fnhk.cz; www.lfhk.cuni.cz/dermat

Mýty, omyly a pravdy v diabetologii

25.–26. 5. 2012/Staré Splavy
Místo konání: Hotel Bezděz
Kontakt: www.gsymposion.cz

10. mezinárodní kongres České společnosti refrakční a kataraktové chirurgie

Presbyopie – možnosti korekce, femtosekundový laser a jeho použití v refrakční a kataraktové chirurgii, profylaxe pooperačního zánětu u operace katarakty
 25.–26. 5. 2012/Hradec Králové
Místo konání: Kongresové centrum Aldis
Pořadatel: Česká společnost

refrakční a kataraktové chirurgie, Česká oftalmologická společnost ČLS JEP, oftalmologická sekce ČAS
Kontakt: prof. MUDr. Pavel Kuchynka, CSc.; e-mail: kuchynka@fnkv.cz; prof. MUDr. Pavel Rozsival, CSc.; e-mail: rozsival@lfhk.cuni.cz; www.cataract.cz; www.csrkch.cz

17. rožnovské alergologicko-imunologické dny

Výživa z různých pohledů
 25.–26. 5. 2012/Rožnov pod Radhoštěm
Místo konání: Hotel Relax
Pořadatel: Alergologicko-imunologická ambulance pro děti Ostrava
Kontakt: MUDr. Olga Škopková, CSc.; e-mail: olga.skopkova@allergology.cz; www.allergology.cz/pro-kolegy

Andrologické sympozium

25.–26. 5. 2012/Český Krumlov
Pořadatel: Sexuologická společnost ČLS JEP
Kontakt: www.sexuologickaspolecnost.cz

13. sympozium českých regionů o miniinvazivních metodách ve vnitřním lékařství

Kardiologie, gastroenterologie, intervenční radiologie...
 25.–27. 5. 2012/Hrubá Skála
Místo konání: zámek Hrubá Skála
Kontakt: prim. MUDr. Zdeněk Papík, Ph.D.; e-mail: papik.zdenek@nemocnicenachod.cz; www.hrubaskala.net

Novinky v resuscitaci novorozence včetně nácviku na modelu

26. 5. 2012/Praha
Místo konání: Klub ČLK
Pořadatel: Česká lékařská komora
Kontakt: www.lkcr.cz

Vzdělávací seminář OSPDL ČLS JEP

26. 5. 2012/Pardubice
Místo konání: Hotel Labe
Pořadatel: Odborná společnost praktických dětských lékařů ČLS JEP
Kontakt: www.detskylekar.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

26. 5. 2012/Plzeň
Místo konání: Šafránkův pavilon
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

17. den ambulantní oftalmologie

26. 5. 2012/Průhonice
Místo konání: Kongresové centrum Floret
Kontakt: MUDr. Ludmila Říhová; e-mail: ludmilarihova@seznam.cz; www.oftalmologie.com (sta)

Zdravotnický odborník a dary od farmaceutických firem

Je to poměrně citlivé téma. V tuzemsku snad nenajdeme lékaře nebo lékárníka, kterého by alespoň jednou nenavštívil reprezentant farmaceutické společnosti a nevěnoval mu nejrůznější kancelářské potřeby, odbornou literaturu či jinou věc, která mnohdy ani nesouvisí s výkonem praxe odborníka.

V ordinacích a lékárnách se tak hromadí propagační tužky, kalendáře a jiné podobné dary. Na jednu stranu je to výhodné, neboť je čím psát recepty, ale na druhou stranu je nutné se zamyslet nad tím, jestli je možné takové dary



Mgr. Petr Samec
právní kancelář DLA Piper

zdravotnickým odborníkům poskytovat a zdali je odborníci vůbec mohou přijímat.

Co je to dar?

Nejprve stručně o definici daru. Pro vymezení tohoto pojmu musíme podniknout krátký exkurz do oblasti občanského práva. Právní literatura obecně považuje dar za majetkový prospěch, který dárcé bezplatně a dobrovolně poskytuje nebo se zavazuje poskytnout obdarovanému s tím, že obdarovaný tento prospěch nebo slib prospěchu přijímá. Předmětem daru může být prakticky vše, co má majetkový význam, tedy zejména movité věci, nemovitosti nebo práva. Charakteristickým prvkem je bezúplatnost.

Dar a reklama na léčivé přípravky

Zákon č. 40/1995 Sb., o regulaci reklamy, považuje podporu předepisování, výdeje a prodeje humánních léčivých přípravků pomocí daru, nabídky nebo příslibu jakéhokoli prospěchu nebo finanční či věcné odměny za jednu z forem reklamy na humánní léčivé přípravky. Poskytování darů farmaceutickými společnostmi, respektive přijímání takových darů zdravotnickými odborníky je proto nutno posuzovat zejména z pohledu zákona o regulaci reklamy. Odborníci totiž při předepisování či výdeji léčivých přípravků musí postupovat zcela objektivně a nesmí být jakkoli ovlivňováni.

Jaký dar lze přijmout?

Podle zákona o regulaci reklamy je v souvislosti s reklamou na humánní léčivé přípravky zakázáno zdravotnickým odborníkům nabízet, slibovat nebo poskytovat

dary nebo jiný prospěch, ledaže a) jsou nepatrné hodnoty a b) mají vztah k odborné činnosti, kterou odborník vykonává. Obě tyto podmínky musí být splněny zároveň. Zdravotníci odborníci na druhou stranu nesmí takové neoprávněné dary a výhody vyžadovat ani přijímat.

Ve stejném duchu hovoří například i „Společné prohlášení České lékařské společnosti Jana Evangelisty Purkyně a Asociace inovativního farmaceutického průmyslu o spolupráci mezi lékařskou odbornou veřejností a inovativním farmaceutickým průmyslem“, podle něhož farmaceutické firmy nesmí lékařům nabízet neoprávněnou pohostinnost, dary a požitky a lékaři takové výhody nesmějí vyžadovat. Takové výhody by měly být nenákladné a musí být relevantní pro medicínskou praxi.

Základní pravidlo spočívá v tom, že dar nebo jiný prospěch (tj. finanční a jiné podobné výhody) nesmí být zdravotnickému odborníkovi nabídnuty, slíbeny nebo poskytnuty jako odměna za předepisování, doporučování, výdej či prodej léčivých přípravků. Odborník nesmí dary za tímto účelem přijímat ani vyžadovat. Podle Etického kodexu České lékařské komory se lékař ve své léčebné praxi při doporu-

čování léčivých přípravků nesmí řídit komerčními hledisky, ale výhradně svým svědomím a prospěchem pacienta.

Hodnota daru

Jak je uvedeno výše, první podmínkou pro oprávněnost daru je jeho nepatrná hodnota. Co si pod tím představít však zákon o regulaci reklamy bohužel blíže nespecifikuje. Určité vodítko při výkladu tohoto pojmu nabízí pokyny Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL), podle nichž dary nebo jiný prospěch poskytnuté v průběhu jednoho kalendářního roku jedním dárce jednému zdravotnickému odborníkovi nesmí v souhrnu přesáhnout částku 1500 Kč. Nicméně se jedná pouze o orientační kritérium, neboť SÚKL v daném konkrétním případě přihlíží i k tomu, zda poskytnutý dar nebo prospěch představují takový stimul, který může ovlivnit objektivitu odborníka při předepisování či výdeji léčiv.

Etický kodex Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) kromě ročního souhrnného limitu stanoví i maximální hodnotu jednoho daru ve výši 200 Kč. Výjimkou jsou dary ve formě lékařské literatury, které jsou povoleny do výše 1500 Kč na kus, přičemž i zde se uplatní maximální hodnota všech darů 1500 Kč na odborníka za rok. To znamená, že knihu v hodnotě 1500 Kč lze odborníkovi darovat pouze jednou ročně a kromě

ní by již odborník v daném roce neměl přijmout žádný jiný dar či výhodu. V této souvislosti je třeba poukázat na to, že citovný etický kodex se sice vztahuje pouze na členy AIFP (není tedy obecně závazným předpisem), avšak představuje velmi užitečný katalog standardního chování při propagaci humánních léčivých přípravků.

Výše uvedené zásady se aplikují i na dárkové předměty sloužící k připomenutí existence konkrétního léčivého přípravku (přípomínkové předměty).

Vztah k odborné činnosti

Druhým kritériem oprávněnosti daru je jeho vztah k odborné činnosti, kterou zdravotnický odborník vykonává. Jak poznat, zda se daný dárkový předmět, finanční či jiná výhoda podobného druhu vztahuje k odborné medicínské nebo lékárenské praxi odborníka? Žádný spolehlivý obecný test není zákonem stanoven a je otázkou, zda je to vůbec možné. Každý konkrétní případ je tedy nutno posuzovat individuálně.

Obecně bychom mohli říci, že se musí jednat o předměty či výhody, které odborník využije při své praxi v ordinaci nebo lékárně nebo v přímé souvislosti s ní. Panuje shoda v tom, že této podmínce vyhovují zejména drobné kancelářské potřeby (tužky, diáře, kalkulačky či poznámkové bločky), odborné pomůcky (např. sterilní rukavice, špachtle) a odborná literatura.

Za nepřípustné lze naopak považovat dárkové předměty pro osobní aktivity odborníka, jako jsou vstupenky na sportovní či zábavné akce, alkohol, elektronika pro osobní potřebu atp. Etický kodex AIFP považuje za neetické i nematné výhody v podobě zaplacené atestační zkoušky nebo jiné formy osobního vzdělávání odborníka, zaplaceného členství v odborné společnosti, jakož i výhody ve formě zapůjčení vybavení ordinace (lékárny) nebo jiných předmětů, které by si odborník jinak musel pořídit z vlastních prostředků.

Dar v žádném případě nesmí mít podobu léčivého přípravku. Léčivé přípravky lze ze zákona odborníkům poskytovat výhradně formou vzorků, na které se vztahují speciální pravidla.

Může odborník o dar požádat?

Podle „Společného prohlášení České lékařské společnosti JEP a Asociace inovativního farmaceutického průmyslu o spolupráci mezi lékařskou odbornou veřejností a inovativním farmaceutickým průmyslem“ lékaři nesmí vůbec žádat farmaceutické společnosti o poskytnutí osobních darů a požitků.

Zákon o regulaci reklamy pak zdravotnickým odborníkům výslovně zakazuje vyžadovat dary a výhody, které nemají nepatrnou hodnotu a nesouvisí s odbornou činností.

Sponzoring nemocnic

Specifickou záležitostí je hmotná podpora nemocnic a jiných podobných institucí. V tomto případě je možné poskytovat dary vyšší hodnoty za předpokladu, že nejsou spojeny s konkrétní osobou zdravotnického odborníka. Podle Etického kodexu AIFP musí dary v podobě hmotného vybavení zůstat natrvalo ve vlastnictví a v prostorách nemocnice nebo instituce a sloužit jako diagnostický nebo hodnotící prostředek nebo zlepšovat kvalitu lékařské péče o pacienty. Všechny žádosti o takové sponzorství musí být nevyžádané a musí vycházet z písemného požadavku nemocnice nebo instituce.

Sankce

Za porušení zákazu nabízet, slibovat nebo poskytovat zakázané dary nebo jiný prospěch může SÚKL farmaceutické společnosti uložit pokutu až do výše 2 milionů Kč. Odborník se tím, že si vyžádá nebo přijme zakázaný dar či výhodu, dopustí přestupku nebo správního deliktu, pokud je podnikatelem, za což mu SÚKL může uložit pokutu až do výše 100 tisíc Kč.



Ilustrační foto: Shutterstock

Střet zájmů při rozpisu služeb sester

Mezi mé povinnosti staniční sestry patří i zpracování rozpisu služeb. Snažím se při tom zohlednit přání a požadavky sester, vyjít jim vstříc. Někdy jsou však jejich nároky na volno, ranní, odpolední nebo noční směny tak přehnané a navzájem neslučitelné, že rozpis prostě nelze sestavit. Zajímalo by mě proto, nakolik musím požadavkům sester vyhovět. Nebo mohu sestavit rozpis podle svého nejlepšího svědomí a přesvědčení, aniž bych přihlížela k představám kolegyně o rozložení pracovních směn? Další problém je s dovolenou. Musím k dovolené dát volnou sobotu s nedělí, i když je to v rozporu s potřebami provozu na oddělení?

Zákoník práce výslovně stanovuje, že pracovní dobu rozvrhuje zaměstnavatel a ten také určuje začátek a konec směn. Povinností zaměstnance dle zákoníku práce je odpracovat pracovní dobu tak, jak byla zaměstnavatelem ve smyslu zákoníku práce rozvržena. Při rozvržení pracovní doby je zaměstnavatel povinen přihlídnout k tomu, aby toto rozvržení nebylo v rozporu s hledisky bezpečné a zdraví neohrožující práce. Současně zákoník práce stanovuje případy, kdy je zaměstnavatel při zařazování zaměstnanců do směn (tj. při rozpisu služeb) povinen

přihlížet k potřebám některých skupin zaměstnanců. Požádá-li o kratší pracovní dobu nebo jinou vhodnou úpravu stanovené týdenní pracovní doby zaměstnankyně těhotná, zaměstnankyně nebo zaměstnanec pečující o dítě mladší než 15 let nebo zaměstnanec, který prokáže, že převážně sám dlouhodobě pečuje o osobu, jež se podle zvláštního právního předpisu považuje za osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni II (středně těžká závislost), ve stupni III (těžká závislost) nebo stupni IV (úplná závislost), je zaměstnavatel povinen vyhovět takové žádosti, nebrání-li tomu vážné provozní důvody.

Ochrana těhotných a pečujících

Ze zákona neexistuje žádná povinnost zaměstnavatele vyhotovovat harmonogram směn podle přání a požadavků jednotlivých zaměstnanců, nejedná-li se o výše popsané případy. Zpravidla je na konkrétním vedoucím pracovníkovi, do jaké míry se mu podaří zohlednit v rozvrhu směn oprávněné potřeby jednotlivých zaměstnanců daného oddělení. Je tedy naprosto v pořádku, pokud sestavujete rozpis služeb dle svého nejlepšího vědomí a své



na dotazy odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc

domí. Ze zákona nejste nijak povinna respektovat požadavky sester, vyjma již uvedených případů (když se jedná o zaměstnankyni či zaměstnance pečující o dítě mladší 15 let, těhotnou nebo zaměstnance, který převážně sám a dlou-

hodobě pečuje o osobu, která se podle zvláštního právního předpisu považuje za osobu závislou na pomoci jiné fyzické osoby ve stupni II, III nebo IV). Jedná-li se o některý z těchto případů, jste povinna vyhovět, jestliže zaměstnankyně či zaměstnanec požádají o kratší pracovní dobu nebo o jinou vhodnou úpravu pracovní doby, pokud tomu nebrání provozní důvody na straně zaměstnavatele. V ostatních případech je tedy zcela na Vás, do jaké míry vyhovíte požadavkům sester. Vámi stanovený rozpis jsou sestry povinny respektovat.

Dovolená v režii zaměstnavatele

Výše uvedené se týká rovněž čerpání dovolené, neboť platí, že dobu jejího čerpání určuje zaměstnavatel, který při tom přihlíží ke svým provozním důvodům a k oprávněným zájmům zaměstnance. Poskytuje-li se zaměstnanci dovolená v několika částech, musí alespoň jed-



ilustrační foto: Shutterstock

na část dovolené činit nejméně 2 týdny vcelku, pokud se zaměstnanec se zaměstnavatelem nedohodne na jiné délce čerpání dovolené. Určenou dobu čerpání dovolené je zaměstnavatel povinen písemně oznámit zaměstnanci alespoň 14 dnů předem, pokud se nedohodne se zaměstnancem na kratší době. Je tedy na Vás, jak sestrám určíte dovolenou, nejste při tom

povinna automaticky vyhovět jejich požadavkům a umožnit jim čerpání dovolené i o víkendů bezprostředně navazujícím na předchozí pracovní dny, kdy byla čerpána dovolená. Z praktického i lidského hlediska je samozřejmě vhodné při rozpisu služeb zohlednit oprávněné zájmy sester a zároveň přihlížet k provozním potřebám na oddělení.

Dohoda o úhradě nákladů na specializační vzdělávání

Lze s lékařem (absolventem) bez atestace uzavřít dle § 234 zákoníku práce dohodu o setrvání v organizaci a úhradě nákladů jako podmínku pro hrazení nákladů spojených se získáním specializace?



odpovídá
JUDr. Klára Trnková

tedy o získání specializované způsobilosti absolováním atestace dle zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zubního lékaře a farmaceuta. Oproti dřívější právní úpravě, obsažené ve vyhlášce č. 77/1981 Sb., došlo přijetím zmíněného zákona k zásadní změně pojetí specializační přípravy lékařů právě ve vztahu k možnosti uzavřít dohodu o zvyšování kvalifikace. Dle uvedené vyhlášky byla předatestační příprava povinností každého lékaře, přičemž tato příprava byla považována nikoli za zvyšování kvalifikace, ale pouze za prohlubování kvalifikace. S účinností výše uvedeného zákona, tj. od 2. 4. 2004, je specializační vzdělávání již považováno za zvyšování kvalifikace, které současně není povinností lékaře. Po uvedeném datu je tedy uzavírání dohod o zvyšování kvalifikace lékařů k získání specializace zcela přípustné.

Dotaz se týká takzvané kvalifikační dohody. Uzavře-li zaměstnavatel se zaměstnancem v souvislosti se zvyšováním kvalifikace kvalifikační dohodu, je její součástí zejména závazek zaměstnavatele umožnit zaměstnanci zvýšení kvalifikace a poskytovat mu při tom pracovní volno s náhradou mzdy a závazek zaměstnance setrvat v zaměstnání po sjednanou dobu (nejdéle však po dobu 5 let) nebo uhradit zaměstnavateli náklady spojené se zvyšováním kvalifikace. V případě lékařů dochází k uzavírání dohod o zvyšování kvalifikace se zaměstnavateli nejčastěji právě v souvislosti se zmiňovanou odbornou přípravou za účelem dosažení tzv. specializované způsobilosti, tedy způsobilosti k samostatnému výkonu povolání lékaře. Jedná se

o dohodu, která je v rozporu se závaznými ustanoveními právního předpisu. Z výše uvedeného plyne, že jste povinen respektovat léčebný postup navržený primářem, který je v souladu s právními předpisy, ačkoli máte zjevně odlišný názor na způsob léčby konkrétního pacienta, a s léčebným postupem primáře tak, jak jej navrhl, tedy nesouhlasíte. Jste totiž generálně povinen plnit pokyny nadřízeného, zde primáře, a respektovat jeho stanovisko v dané věci.

Musí lékař respektovat pokyny primáře?

Jako subalterní lékař jsem povinen uposlechnout pokyny nadřízeného – primáře. Co když však mám jiný názor na léčebný postup u konkrétního pacienta a jsem přesvědčen, že postup prosazovaný primářem nepovede k takovému efektu jako ten navržený mnou? Své stanovisko jsem primáři sdělil, ale on trvá na svém. Musím jeho pokyny respektovat, i když s nimi nesouhlasím?

mo jiného, zejména pracovat řádně podle svých sil, znalostí a schopností, plnit pokyny nadřízených, vydané v souladu s právními předpisy a spolupracovat s ostatními zaměstnanci. Zaměstnanec není povinen plnit jen ty pokyny zaměstnavatele, které jsou v rozporu s právními předpisy. Jestliže o výkladu právního předpisu vznikne pochybnost a zaměstnavatel právní předpis vyloží, je zaměstnanec povinen takový pokyn splnit. Jinak řečeno, v rozporu s právními předpisy může z tohoto pohle-

V souladu se zákoníkem práce jsou zaměstnanci povinni, mi-

Michal Pohanka, Luboslav Stárka Erektální dysfunkce a jejich léčba Průvodce ošetřujícího lékaře



Rozsah:
144 stran
Cena: 245 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-264-3
Vydavatel:
Maxdorf

Příručka pro farmakoterapii poruch erekce stručně seznámuje čtenáře s moderní koncepcí fyziologie erekčního děje a patofyziologii erektilní dysfunkce. Je vysvětlen diagnostický postup i diferenciální diagnostika. Samostatná kapitola je věnována vztahu erektilní dysfunkce k dalším významným poruchám, jako je spánková apnoe či inzulínová rezistence. Léčebné možnosti erektilní dysfunkce byly v poslední době obohaceny o nové medikamenty se specifickým účinkem na tuhost pohlavního údu při sexuálnímu vzrušení. Některé slibné přípravky jsou ve stadiu klinického vývoje.

Josef Kautzner a kol. Fibrilace síní v běžné praxi



Rozsah:
222 stran
Cena: 345 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-270-4
Vydavatel:
Maxdorf

Fibrilace síní (FS) je nejčastější tachyarytmií, která se u člověka vyskytuje. Její prevalence se odhaduje na 1–2% a narůstá velmi významně s věkem, v populaci osmdesátníků dosahuje přibližně 10%. Střízlivé odhady naznačují, že incidence FS by se měla v nejbližších třiceti letech více než zdvojnásobit. Fibrilace síní zvyšuje především riziko mozkové příhody, a to zhruba pětkrát, přičemž 20% všech mozkových příhod lze přičíst právě FS. Tyto mozkové příhody navíc mají špatnou prognózu, často s fatálními důsledky nebo významnou invalidizací. Záludnost FS spočívá i v tom, že u řady pacientů může probíhat asymptoticky nebo s minimálními příznaky, kterým pacient nepřičítá váhu. První manifestací FS tak může být právě moz-

ková příhoda či epizoda srdečního selhání. Proto je nutno rozvíjet strategie časné detekce FS, zejména u vysoce rizikových pacientů, jako jsou nemocní s arteriální hypertenzí, cukrovkou nebo předchozí mozkovou příhodou.

Jana Karešová a kol. Praktické rady pro onkologické pacienty 2. vydání



Rozsah:
168 stran
Cena: 245 Kč
ISBN: 978-80-
-7345-268-1
Vydavatel:
Maxdorf

Knižka určena především lidem, kteří mají ve své blízkosti nemocného s nádorovým onemocněním a rádi by se lépe seznámili s touto problematikou tak, aby mu mohli být po celou dobu léčby pevnou oporou. Autoři je provázejí na cestě od určení diagnózy přes terapii až k období uzdravování. Uvádějí například, na jaká vyšetření je podle současné legislativy nárok a kdo je poskytuje, zmiňují se i o sociálních službách, možných příspěvcích poskytovaných státem nebo o službách hrazených zdravotní pojišťovnou. Snaží se odpovědět na otázky, na které pacienti i jejich blízcí během nemoci a léčby hledají odpovědi.

Marcela Svěráková Edukační činnost sestry Úvod do problematiky



Rozsah:
63 stran
Cena: 100 Kč
ISBN: 978-80-
-7262-845-2
Vydavatel:
Galén

Sestry představují první linii péče o pacienty, jsou vlastně prvními kontaktními osobami v komunikaci mezi lékařem a člověkem, který navštíví ordinaci. Proces edukace se v současné době považuje za jeden ze základních pilířů efektivní léčby, neboť řada otázek a problémů souvisejících s nemocí je mnohdy dána nedostatečnými vědomostmi pacienta, často jeho neporozuměním a postojem

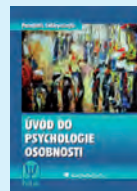
NOVÉ KNIHY

k chorobě a z toho pramenící neochotou k dodržování terapeutických a ošetřovatelských doporučení. Ukázalo se, že pokud je pacient na odpovídající úrovni informován o svém zdravotním stavu a obeznamen s léčebným režimem, pravděpodobnost úspěchu léčby je mnohem větší.

Edukace se však netýká jen pacientů a nemocí. Je symbolem nového, aktivního přístupu k životu a zdravému životnímu stylu – je zaměřena na osvětu, výchovu a podporu zdraví veškerého obyvatelstva, na předcházení vzniku nemocí. I zde má nezastupitelnou roli sestra- edukátorka.

Kniha podává široký a ucelený přehled teoretických a metodických přístupů zaměřených na problematiku edukace, na strategii primární, sekundární i terciární prevence, sociální marketing a zkušenosti s jeho využitím v oblasti zdravotní výchovy. Zabývá se principy edukačního procesu a obsahuje též ukázky edukačních projektů pro speciální uživatelské skupiny.

Panajotis Cakirpaloglu Úvod do psychologie osobnosti



Rozsah:
288 stran
Cena: 399 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4033-1
Vydavatel:
Grada

Kniha pojednává o významných aspektech psychologie osobnosti a jejího vývoje od vzniku této disciplíny a dále o psychických vlastnostech, z nichž se osobnost skládá, o jejím vývoji, funkcích či povaze problémového Já. Lépe porozumíte temperamentu, charakteru, motivaci, inteligenci či řeči. Výklad osobnosti se opírá o psychoanalytickou, rysovou, humanistickou a sociálně-kognitivní teorii na základě nejnovějších výzkumů a poznatků ze světové literatury. Za každou kapitolou následuje stručný slovníček pojmů.

John Bowlby Odloučení

Rozsah: 456 stran
Cena: 679 Kč
ISBN: 978-80-262-0076-5
Vydavatel: Portál



„Odloučení“ je druhým svazkem klasického díla Johna Bowlbyho, které vyšlo jako trilogie pod názvem „Attachment and Loss“ (Vazba a ztráta). Tento druhý svazek se zabývá především problémem separační úzkosti – obavami z bezprostředního či anticipovaného odloučení, z obav vycházejících z hrozeb rodičů odloučením, ale též ohrožením vazby s rodiči. Bowlby zkoumá situace, ve kterých pociťujeme úzkost, a porovnává je s výsledky podobných výzkumů u zvířat. Vyvozuje, že úzkost se pojí se zcela konkrétními elementárními situacemi (náhlým pohybem, tmotou, odloučením), které, přestože mohou být neškodné, zvyšují riziko nebezpečí.

Radkin Honzák Babičku potrkal jelen aneb co tomu říkáte, doktore?



Rozsah:
212 stran
Cena: 250 Kč
ISBN: 978-80-
-7262-842-1
Vydavatel:
Galén

S texty našeho předního psychiatra MUDr. Radkina Honzáka, CSc., se čtenáři a posluchači mohou setkávat již řadu let v denním tisku, knižních publikacích, na přednáškách, v rozhlasových relacích a v posledních několika letech i na jeho internetovém blogu. Radkin Honzák patří k autorům, jejichž bezprostřední reakce na události kolem nás jsou vlastně malými psychologickými studiemi. Podávají zasvěcený – ať již kritický, nebo shovívavý – obraz dnešní doby, navíc většinou s charakteristickým humorem. Z několika desítek svých populárně-vědeckých textů autor spolu s redaktorem Milošem Voráčem vybrali a sestavili knižku esejí, sloupků, komentářů i zamýšlení. Výtvorného doprovodu se ujal klasik české karikatury Miroslav Barták.

Ukázka:

Profesor Kahuda se vědecky zabýval hypotetickými hmotnými částicemi myšlení, které pojmenoval „mentiony“ a které byly rychlejší než světlo, takže napřed zmizely a pak

se teprve objevily. (...) Kromě této vědecké práce dirigoval senzibily a měl jich pod bičem několik. S nimi se rozhodl dohnat a předejhnat všechny kapitalistické sportovce a s dostatečným předstihem podal grant na jejich využití na blížící se olympiádě. (...) Princip zásahu čarodějů byl prostý a pro mne poučný. Nebudu vás napínat: Senzibil nedokáže energii přidat (jak jsem se bláhově domníval), ale – a v tom byl ten fígl – dovede ji odebrat. Jakoukoli energii: lidskou, elektrickou, a dokonce si troufne i na přitažlivost zemskou. Samotné provedení bylo ještě prostší: Senzibil si sedne například u doskočště pro skok vysoký, a až bude skákat náš borec (nesmí se splést, ale to už bafuňáři zařídí), sníží gravitaci a máme hned pár centimetrů navíc! Totéž u skoku dalekého. Byl tam taky jeden, co uměl snižovat odpor vzduchu. Ten měl na starosti běhy a vrhy spolu s tím anti-gravitátorem. Už si nevzpomínám, co uměl ten, kterému světili plavání, ale určitě také něco pěkného. Proměna vody ve víno to bohužel nebyla.

Vlasta Helekalová, Jaroslav Hořejší (eds.) 1. lékařská fakulta UK v běhu času



Rozsah:
247 stran
Cena: 700 Kč
ISBN: 978-80-
-7262-570-3
Vydavatel:
Galén

Historie 1. lékařské fakulty UK je bohatá: tato instituce prošla všemi významnými obdobími českých dějin – husitskými válkami, dobou pobělohorskou, převzetím Karlovy univerzity jezuitským církevním řádem, vznikem Karlo-Ferdinandovy univerzity, rozdělením fakulty na českou a německou, jejím uzavřením nacistickými okupanty 17. listopadu 1939, obnovením činnosti v roce 1945, složitými 50. léty a přelomovými roky 1968–1969 i samotnou revolucí roku 1989. Současnost je charakterizována jednak moderním přístupem ke vzdělávání nové generace lékařů a dalších odborníků ve zdravotnictví, jednak vědecko-výzkumnou činností na špičkové úrovni – fakulta je významným centrem lékařského a biomedicínského výzkumu v České republice.

Chirurgovy úspěchy a zklamání

Vzpomínková kniha prof. MUDr. Miloše Hájka, DrSc. (*1931) „Chirurgovy úspěchy a zklamání“ v edici „Almanach medicíny“ je čtivou memorabilií u nás i v zahraničí renomovaného chirurga, vědce a vysokoškolského pedagoga.

Obdivuhodně živé, podrobné vzpomínky s převážně profesio-
grafickým zaměřením, dokumentují nároky na povolání chirurga z hlediska školní a odborné přípravy, mnohostranné praxe, nepřetržitého vzdělávání, vědeckého bádání a osobních vlastností, jež jsou v souhrnu předpokladem pro špičkový výkon této profese. Autor knihy všem těmto nárokům plnou měrou dostál.

Plně zaujat prací a studiem

Na pražskou Lékařskou fakultu Univerzity Karlovy Miloš Hájek vstoupil v roce 1950. Během svého studia i pozdější praxe měl možnost poznat řadu významných českých lékařů, v knize zmiňuje své vzpomínky mimo jiné na psychiatra Vladimíra Vondráčka, internistu Josefa Charváta, ortopeda Jana Zahradníčka,

gynekologa Josefa Jerieho, patologa Josefa Hepnera, biochemika Jana Šulu, anatoma Ladislava Borovanského, fyziologa Viléma Laufbergera, mikrobiologa Františka Patočku, patologa Heřmana Šikla, otorinolaryngologa Antonína Přecechtěla, psychiatra Zdeňka Myslivečka, chirurgy Arnolda Jiráčka, Emericha Poláka, Jaroslava Procházku, Bohuslava Niederleho, Zdeňka Šerého a mnoho dalších.

Zajímavá je uváděná profilace (vnitřní struktura a organizace) chirurgických pracovišť. Profesor Hájek začínal svou praxi na Slovensku, v nemocnici v Brezně nad Hronom, v letech 1956–1959. V Praze působil v letech 1959–1977 ve Vinohradské nemocnici, v letech 1967–1969 byl (spolu s manželkou pediatričkou) jako vědecký pracovník na stáži na státní univerzitě v Groningenu

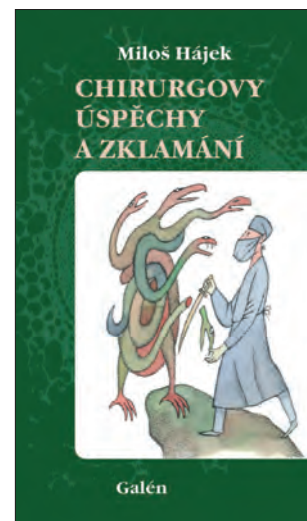
v Nizozemsku, kde se seznamovali s tamním pojetím medicíny a zdravotnictví, od roku 1978 do roku 1990 pak působil jako primář chirurgického oddělení v Nemocnici Na Bulovce, v letech 1991–1993 byl primářem chirurgického oddělení Nemocnice Na Františku a konečně od roku 1994 do roku 1997 byl přednostou Chirurgické kliniky Ústřední vojenské nemocnice ve Střešovicích. Z jeho vzpomínek plyne, že po celý život byl a je plně zaujat především svou prací a studiem, získáváním experimentálních a zahraničních zkušeností, vědeckou a pedagogickou prací.

Nestačí jen ekonomický a technický pokrok

Autor se dokázal až neuvěřitelně autenticky vrátit v čase a podrobně, poutavě vyprávět o tom, kde pracoval, čím se zabýval, na

jaké úrovni a s kým spolupracoval a jak vše – v dané době – prožíval. Tehdy vyžadovanou politickou angažovanost vnímal jako nenáležitou, zdržující odborný růst. V uplatňování vedoucí úlohy strany na pracovišti pak viděl především negativní narušování interpersonálních vztahů, zejména (ale nejen) pro časté upřednostňování méně schopných kolegů, členů KSČ. Změnu společenských poměrů v roce 1989 přivítal, avšak podle jeho slov se zároveň „prosadily naprosto odlišné priority, než jsme si po listopadu '89 přáli... K tomu, aby to bylo v jakékoli společnosti lepší, nestačí jenom ekonomika a pokrok techniky, ale je třeba především lidské vzdělanosti a etické výchovy.“

Memorabilií profesora Miloše Hájka lze bez rozpaků zařadit i mezi literaturu faktu a bez



Miloš Hájek

1. vydání
Praha, Galén
(edice Almanach medicíny)
2011
325 s.

nadsázky také mezi učebnice, neboť jde o životem prověřené vademekum pro chirurgy, kteří touží dosáhnout maxima ve svém oboru.

Zdeňka Pipová

Interace A121005194

Mladá fronta
divize Medical
Services
představuje

Léčba diabetu u pacientů s onemocněním ledvin a jater

Publikace nabízí komplexní pohled na problematiku léčby diabetika s onemocněním ledvin či jater. Zejména v posledním desetiletí došlo v této oblasti k získání řady nových poznatků a rozvoji nových léčebných postupů. Cílem předloženého díla je podat ucelený přehled vybraných informací o výskytu, morfologii, patogenezi, klinickém obrazu, diagnostice, prevenci a terapii onemocnění ledvin a jater u pacientů s diabetem a také podrobné informace

o možnostech anti-diabetické léčby těchto pacientů, jejíž výběr je kvůli renální či jaterní insuficienci mnohdy významně omezen.

Autoři: prof. MUDr. Martin Haluzík, DrSc., prof. MUDr. Ivan Rychlík, CSc., FASN, a kolektiv
Doporučená cena 320 Kč



Léčba pooperační bolesti

z. doplněné vydání

Základní přehled problematiky určený všem zdravotníkům, kteří přicházejí do kontaktu s chirurgickým pacientem. Autoři předkládají doporučení pro léčbu pacientů rozdělená podle předpokládané intenzity pooperační bolesti a rovněž nezbytná základní teoretická východiska. Uvedená doporučení nejsou koncipována jako standardy péče, ale jako možné návody řešení pro určité modelové situace – konkrétní postupy zůstávají zodpovědností ošetřujícího lékaře.

Autoři: doc. MUDr. Jiří Málek, CSc., prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc., a kolektiv
Doporučená cena 360 Kč



MEDICAL
SERVICES

Komplexní informační servis ve zdravotnictví

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

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



RECENZE

Léčba diabetu u pacientů s onemocněním ledvin a jater

Předkládaná publikace Martina Haluzíka, Ivana Rychlíka a kolektivu autorů se zaměřuje na léčbu diabetu u pacientů s onemocněním ledvin a jater. Autoři vycházejí z rozsáhlých teoretických znalostí, poskytují čtenáři nejnovější poznatky o této problematice a následně je aplikují pro praxi.

Vzhledem k vysoké prevalenci diabetu ve světě a samozřejmě i v České republice, kde je již evidováno na 800 tisíc diabetických pacientů, se jedná o významný problém, který je jak v diabetologii, tak i v nefrologii rozebírán velmi často. Vysoké procento diabetiků totiž tvoří právě nemocní s postižením ledvin, respektive jater.

Shrnutí aktuálních znalostí

V úvodní kapitole „Ledviny a metabolismus glukózy“ Miloslav Franěk a Ivan Rychlík seznamují čtenáře s novinkami v metabolismu glukózy a věnují se jak aktuálním poznatkům ohledně filtrace a reabsorpce glukózy v nefronu, tak nejnovějším teoriím, které se týkají SGLT transportérů, GLUT transportérů, renální glukoneogeneze a užití glukózy ledvinami. Dále pokračují recentními poznatky o renální glykosurii se závěrem, že průběh izolované renální glykosurie je benigní a nemá souvislost s případným vznikem diabetu.

V další kapitole se Ivan Rychlík zabývá onemocněním ledvin u diabetiků. Autor se této problematice věnoval v řadě odborných článků i monografií posledních let, a tak se mu podařilo napsat kapitolu, která shrnuje současné znalosti o onemocnění ledvin u diabetiků. Podrobně seznamuje čtenáře jak s historií této specifické komplikace diabetu, tak i epidemiologií vzniku onemocnění ledvin diabetické i nediabetické etiologie. Dále se do hloubky zabývá patofyziologií albuminurie, rolí renin-angiotenzinového systé-

mu u diabetu i renální dysfunkcí u diabetika. Uvádí nejnovější poznatky týkající se hypertenze u diabetické nefropatie, zmiňuje málo známé renální komplikace sdružené s diabetickou nefropatií a vzhledem k závažnosti diabetické nefropatie se důkladně věnuje diagnostice.

Diabetická nefropatie je jednou z nejčastějších a nejzávažnějších komplikací diabetu a vzhledem k progresi onemocnění je nutno ji u diabetika rozpoznat hned v počátku. Autor proto podrobně rozebírá stadia diabetické nefropatie, uvádí možnosti její prevence, opírá se o výsledky recentních studií a svoji kapitolu končí perspektivami léčby diabetické nefropatie.

Aplikace nejnovějších poznatků do praxe

V kapitole „Léčba diabetiků s chronickým onemocněním ledvin“ Martin Haluzík seznamuje čtenáře s odchylkami glukózového metabolismu u pacientů s diabetickým onemocněním ledvin a zaměřuje se na přístup k léčbě diabetu u pacientů s renálním postižením. Podtrhuje důležitost, jakou ledviny hrají v metabolismu glukózy. V pokročilejších stádiích renální insuficience je snížena renální glukoneogeneze a diabetici v tomto stadiu mají také vyšší stupeň periferní inzulínové rezistence.

Tato kapitola má zvláštní význam pro lékaře v praxi, diabetology, internisty a nefrology, protože aplikuje nejnovější poznatky a předkládá postupy, jež je nutné dodržet u diabetiků postižených nefropatií, například co se týče antidiabetické léčby. Každá subkapitola



končí doporučením, jak má lékař při nefropatii léčbu upravit. U všech preparátů autor postupně probírá jejich mechanismus účinku, metabolismus a doporučení u pacientů s renální insuficiencí. V první řadě se zabývá metforminem jakožto lékem první volby u diabetiků 2. typu. Dále se věnuje jednotlivým derivátům sulfonylurey (uvádí jejich výhody a nevýhody u pacientů s onemocněním ledvin), akarbóze, pioglitazonu a podrobněji probírá všechny u nás dostupné gliptiny. Uvádí také, čím se jednotlivé gliptiny liší, což je zvláště cenné pro praxi, protože vychází z nejnovějších studií. Obdobně moderně je zpracována podkapitola věnovaná GLP-1 agonistům i léčbě inzulínem. Zdůrazněn je význam změn inzulínové senzitivity u pacientů s onemocněním ledvin i recentní srovnávací studie inzulínových analogů a hu-

mánních inzulínů, jež vyznívají ve prospěch analog. V kapitole se přirozeně zabývá i glifloziny, což jsou první antidiabetika, jež primárně působí v ledvinách. V závěru uvádí přehlednou tabulku možností podávání antidiabetik při renální insuficienci.

Vyčerpávající přehled interakcí

V kapitole Radana Brůhy „Játra a metabolismus glukózy“ se autor zabývá významem jater v homeostáze glukózy. V následující kapitole se pak věnuje vybraným aspektům onemocnění jater u diabetiků. Uvádí, že jaterní choroby jsou čtvrtou nejčastější příčinou mortality u pacientů s diabetem a že riziko úmrtí na jaterní cirhózu mezi diabetiky je 2,5x vyšší. Tím podtrhuje význam včasné diagnostiky jaterních postižení u diabetiků. Dále se zabývá léčbou jednotlivých jaterních chorob a závěrem zdůrazňuje, že mezi diabetem a jaterním onemocněním existuje oboustranný vztah. Pacienti s diabetem častěji trpí jaterními chorobami a naopak – pacienti s jaterním onemocněním mají zvýšené riziko vzniku diabetu.

V kapitole „Léčba diabetu u pacientů s onemocněním jater“ Martin Haluzík uvádí řadu nových poznatků, kdy je již nutno modifikovat antidiabetickou léčbu při přítomnosti jaterního onemocnění, a rozebírá jednotlivá antidiabetika u pacientů s onemocněním jater. V závěrečné podkapitole pak čtenář najde i doporučení jak prakticky postupovat u diabetika s postižením jaterních funkcí, respektive v jednotlivých stádiích jaterní

insuficience, a autor opět v přehledné tabulce uvádí možnosti použití antidiabetické léčby u pacientů s jaterní insuficiencí podle platných SPC.

Mimořádně zajímavá je poslední kapitola „Farmakologické vlastnosti a lékové interakce antidiabetik“ Josefa Suchopára. Podává vyčerpávající přehled farmakokinetických vlastností nebo lékových interakcí všech u nás používaných antidiabetik. Této problematice se autoři málokdy věnují a přitom je pro praxi nesmírně důležitá.

Užitečný manuál pro každodenní použití

Monografie je psána kvalitní češtinou, srozumitelně a její studium nevyžaduje jinou než postgraduální úroveň čtenáře. Rukopis je logicky členěn do jednotlivých kapitol, je napsán jasně a stručně a podává ucelený, moderní pohled na celou problematiku. Všichni autoři odkazují na současně podrobné souhrnné práce, čímž čtenáři usnadňují možnost další orientace v dané problematice. Didaktické zpracování je výborné, práce je doplněna četnými názornými tabulkami a schémata. Při hluboké znalosti látky se autorům podařilo vybrat témata, jež mají bezprostřední vztah ke klinice diabetu a jeho komplikacím. Kniha je cenným příspěvkem k realizaci moderního pojetí praktické medicíny a poskytuje čtenáři informace up to date. Zvláště jsou rozebrány nejnovější farmakoterapeutické přístupy v terapii diabetu při současném onemocnění chorobami ledvin, respektive jater. Vždy jsou uvedena doporučení pro praxi týkající se úpravy léčby antidiabetiky. Praktický lékař, diabetolog, endokrinolog, internista či nefrolog se tak může velmi dobře orientovat v tom, jak má přizpůsobit léčebnou strategii u těchto nemocných. Monografie díky tomu může být užitečným manuálem pro každodenní praxi.

prof. MUDr. Jaroslav Rybka, DrSc.
Diabetologické centrum IK IPVZ,
Krajská nemocnice T. Bati, a. s., Zlín

Inzerce A121005611

MEDICAL SERVICES

Profesionální partner pro vydávání zdravotnické literatury

Napsali jste knihu?
My vám ji vydáme!

Kontaktujte nás e-mailem: obchod.MS@mf.cz



Zajímavé www stránky

– kolorektální karcinom I

Jak uvádí Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP, kolorektální karcinom je civilizační chorobou, jejíž výskyt je výrazně vyšší ve vyspělých státech. V České republice je kolorektální karcinom druhým nejčastějším zhoubným nádorem a jedná se o nejčastější nádorové onemocnění trávicího traktu, jehož výskyt bohužel stále narůstá. Úmrtnost na tyto nádory je relativně vysoká, příčinou je zejména skutečnost, že zhruba polovina z nich je zjištěna až v pokročilém stadiu.

National Cancer Institute – colon and rectal cancer

www.cancer.gov/cancertopics/types/colon-and-rectal

Naše putování po zajímavých, převážně zahraničních webech, které se dotýkají problematiky kolorektálního karcinomu, začínáme na webovém portálu National Cancer Institute, což je americká organizace založená již v roce 1937, která se zabývá širokou problematikou nádorových onemocnění na různých úrovních (preventivní programy, granty na podporu výzkumné práce a podobně). Část webu

pojednává o problematice nádorového onemocnění střev obsahující velké množství informací o kolorektálním karcinomu. Představuje základní epidemiologická data, další rubriky jsou pak zaměřeny na přehled diagnostických metod, popis screeningu, přehled klinických studií či rozbor terapeutických možností z pohledu dnešní doby a amerického zdravotnictví.

European Cancer Observatory

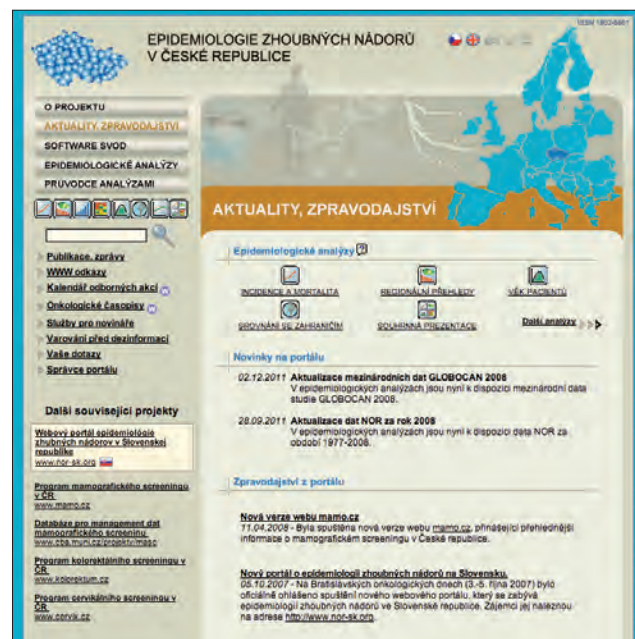
<http://eu-cancer.iarc.fr/cancer-6-colon-and-rectum-screening.htm,en>

European Cancer Observatory je projekt zaštitěný Evropskou komisí, jehož hlavním cílem je podporovat vznik registrů onkologických onemocnění na evropské úrovni. Na výše uvedeném odkazu najdeme pojednání o základních screeningových metodách v časně diagnostice kolorektálního karcinomu (zejména o testu na okultní krvácení do stolice a endoskopických vyšetřeních). Přehledně porovnává zkušenosti a pokrok jednotlivých členských států Evropské unie, samozřejmě včetně České republiky.

Česká gastroenterologická společnost ČLS JEP

www.cgs-cls.cz

Naše další kroky světem internetu vedou na webové stránky České gastroenterologické společnosti ČLS J. E. Purkyně, které v nedávné době prošly modernizací. Obsahují mnoho důležitých a zajímavých informací ze světa (nejen) české gastroenterologie, určených jak odborníkům ve zdravotnictví, tak i laikům. Upozorňují například na sekci „Guidelines“, která obsahuje články s těmito tématy: doporučený postup pro endoskopické vyšetření tlustého střeva, doporučený postup k biologické léčbě Crohnovy nemoci a ulcerózní kolitidy, digestivní endoskopie a mnoho dalších. Za zmínku jistě stojí i publikovaný odkaz na internetové stránky odborného časopisu Gastroenterologie a hepatologie, které obsahují volně přístupná plná znění článků ne-



jen s gastrointestinálně-onkologickou problematikou.

Epidemiologie zhoubných nádorů v České republice

www.svod.cz

Na webový portál o epidemiologii nádorů v České republice, který zveřejňuje data o výskytu

závažných onkologických onemocnění a s nimi souvisejících populačních rizic mezi širokou veřejností, upozorňují v souvislosti s kolorektálním karcinomem právě proto, že tento typ nádoru patří v české populaci mezi nejčastější zhoubné onemocnění vůbec. V přehledném grafickém provedení lze sledovat data o incidenci a mortalitě, o zastoupení jednotlivých klinických stadií onemocnění, meziroční změny či analýzy dle věku pacientů. Tato data lze poté přehledně analyzovat podle jednotlivých regionů či je srovnat se zahraničím. U diagnózy kolorektálního karcinomu je například patrné, že jeho výskyt dramaticky stoupá po 50 letech věku, že nejpostiženějším regionem je Plzeňský, Karlovarský a Jihočeský kraj a že jeho incidence je v České republice nižší než na Slovensku či v Maďarsku, ale vyšší než ve většině ostatních zemí Evropské unie.

MUDr. Michal Peříšek



MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

Číslo 8/2012, www.zdn.cz

Šéfredaktorka

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

Redakce

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

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

Editor/korektor
Mgr. Martin Čermák

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

Redakční rada Lékařských listů ZDN
prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA
prof. MUDr. Jaroslav Bláhoš, DrSc.
MUDr. Ivan David, CSc.
prof. MUDr. Markéta Dušková, CSc.
doc. MUDr. Petr Hach, CSc.
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
prof. MUDr. Karel Indrák, DrSc.
doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
PharmDr. Radim Petráš
prof. Ing. Rudolf Poleďne, CSc.
prof. MUDr. Jindřich Špinar, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková

INZERCE
fax 225 276 444

group sales manager
Ing. Patrik Růsňák
602 114 117
e-mail: obchod.ms@mfc.cz

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



generální ředitel
Ing. David Hurta

kreativní ředitel
René Decastello

VÝROBA
retuš Milan Kubička, Lenka Horáková, Libor Horyna, Michal Žák

MARKETING
ředitelka marketingu novin a časopisů Jana Holková
brand manager Kristýna Dytrchová

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

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

DISTRIBUCE TITULU
V ČR zajišťují společnost holdingu PNS, a. s. Předplatné pro Českou republiku vyřizuje: Postservis, Poděbradská 39, 190 00 Praha 9 tel. 800 300 302, e-mail: predplatne.mf@post.cz www.periodik.cz

Objednávky do zahraničí: Mediaservis, s. r. o., zákaznické centrum, Videaňská 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.

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

Tisk EUROPRINT a. s.
Číslo dáno do tisku 19. 4. 2012

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele.

Tištěný náklad je auditován firmou Deloitte Audit, s. r. o.

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

Výběrová řízení

Přednosta

**DĚKAN 2. LÉKAŘSKÉ
FAKULTY UK V PRAZE
A ŘEDITEL FN MOTOL**
vypisují výběrové řízení
na dobu určitou na místo:

■ Přednosta Ústavu lékařské mikrobiologie 2. LF UK a FN Motol v Praze

Požadavky na uchazeče:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- specializace v příslušném oboru,
- vědecko-pedagogický titul profesor nebo docent (případně možnost habilitace v blízké době),
- osobní a profesní předpoklady pro řízení ústavu,
- pedagogická praxe v oboru,
- vědecká a publikační činnost.

Příhlašky spolu s fotokopii dokladů o vzdělání, životopisem, průběhem praxe, přehledem vědecké a publikační činnosti, osvědčením podle zákona č. 451/1991 Sb., čestným prohlášením, koncepcí pracoviště (maximálně 3 strany), výpisem z trestního rejstříku (ne starším než 3 měsíce) a alespoň 2 referencemi přijímá do 30 dnů po zveřejnění výběrového řízení: Děkanát 2. LF UK v Praze, personální oddělení, V Úvalu 84, 150 06, Praha 5 – Motol.

ZDN A121005348

Přednosta

**DĚKAN 2. LÉKAŘSKÉ
FAKULTY UK V PRAZE
A ŘEDITEL FN MOTOL**

vypisují výběrové řízení
na dobu určitou na místo:

■ Přednosta Neurochirurgické kliniky dětí a dospělých 2. LF UK a FN Motol v Praze

Požadavky na uchazeče:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- specializace v příslušném oboru,
- vědecko-pedagogický titul profesor nebo docent,
- osobní a profesní předpoklady pro řízení kliniky,
- pedagogická praxe v oboru,
- vědecká a publikační činnost.

Příhlašky spolu s fotokopii dokladů o vzdělání, životopisem, průběhem praxe, přehledem vědecké a publikační činnosti, osvědčením podle zákona č. 451/1991 Sb., čestným prohlášením, koncepcí pracoviště (maximálně 3 strany), výpisem z trestního rejstříku (ne starším než 3 měsíce) a alespoň 2 referencemi přijímá do 30 dnů po zveřejnění výběrového řízení: Děkanát 2. LF UK v Praze, personální oddělení, V Úvalu 84, 150 06, Praha 5 – Motol.

ZDN A121005351

Primář/primárka

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

■ Primář/ka oddělení klinické biochemie

Požadavky kladené na zájemce:

- lékař kvalifikovaný podle zákona č. 95/2004 Sb. v oboru klinické biochemie

nebo odborný pracovník v laboratorních metodách se specializovanou způsobilostí pro obor klinická biochemie podle zákona č. 96/2004 Sb.,

- minimálně 8 let praxe v oboru,
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost podle zákona č. 95/2004,
- organizační a řídicí předpoklady, zodpovědnost a vysoké pracovní nasazení. Výhodou zájemců je praxe ve zdravotnictví na řídicí pozici.

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 přihlašky do výběrového řízení bude:

- vlastní písemná přihlaška,
- 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: 1. 7. 2012.
Příhlašky do výběrového řízení zasílejte do 4. 5. 2012 poštou na adresu: Domažlická nemocnice, a. s., osobní oddělení, Kozinova 292, 344 22 Domažlice.

ZDN A121005285

Primář

**ŘEDITEL CHRUDIMSKÉ
NEMOCNICE, A. S.,**
vypisuje výběrové řízení
na obsazení funkce:

■ Primář interního oddělení

Předpoklady:

- specializovaná způsobilost v oboru vnitřní lékařství,
- 10 let praxe v oboru,
- licence ČLK pro výkon vedoucí funkce,
- organizační a řídicí schopnosti,
- morální a občanská bezúhonnost.

Příhlašky se strukturovaným profesním životopisem, stručnou koncepcí rozvoje interního oddělení v nemocnici, fotokopii dokladů o dosažené kvalifikaci, výpisem z rejstříku trestů ne starším než 3 měsíce a čestným prohlášením o zdravotní způsobilosti zasílejte do 20. 5. 2012 v obálce s označením „výběrové řízení“ na adresu: Chrudimská nemocnice, a. s., personální oddělení, Václavská 570, 537 27 Chrudim.

ZDN A121005255

Volná místa

Lékař/lékařka

NEMOCNICE TŘEBOTOV, A. S.,
přijme lékaře/lékařku na interní ambulanci s úvazkem o,6.

Požadujeme:

- specializovanou způsobilost v interním oboru,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 338/2008 Sb.,
- znalost práce na PC,
- spolehlivost, komunikativnost a vstřícnost.

Nabízíme:

- motivující finanční ohodnocení,
- atraktivní pracovní prostředí lesoparku v blízkosti Prahy,
- možnost ubytování.

Kontakt: Nemocnice Třebotov, a. s., V Lesoparku 81, 252 26 Třebotov, Sabina Petřtylová, manažerka zdravotnických agend, tel.: 777 855 256, e-mail: sabina.petrttylova@nemocnice.trebotov.cz

ZDN A121005381

Lékaři

**DOPRAVNÍ
ZDRAVOTNICTVÍ, A. S.,**
přijme kolegy lékaře do
téhož ordinací:

- Praktik
- ORL
- Oční
- Neurolog
- RTG
- Ortoped
- Urolog
- Cynekolog

Hledáte seriózní ekonomické zprávy?

Čtěte deník E15

Jednou měsíčně vychází deník E15 s magazínem ZEN



WWW.E15.CZ

Každý den v prodeji. Předplatné na www.E15.cz/chci-predplatne



PERSONÁLNÍ INZERCE

Možnost i částečných úvazků, nástup ihned nebo dle dohody. Nabízíme firemní benefity, nadstandardní ohodnocení, 37,5 hod./týden, stravování, 5 týdnů dovolené. Nabídky s životopisem zasílejte na adresu: ladislav.bubnik@dzas.cz

ZDN A121005345

Lékaři

SOUKROMÉ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ SAGENA, S. R. O., FRÝDEK-MÍSTEK

přijme lékaře těchto odborností za velmi výhodných platových podmínek:

- Diabetolog
- Kardiolog
- Revmatolog
- Radiolog se znalostí MR.

Nabídky lze zaslat na adresu: Ing. Němeček, Sagena, s. r. o., 8. pěšího pluku 2450, Frýdek-Místek, e-mail: nemecek@sagena.cz, tel.: 739 000 100.

ZDN A121005341

Lékař

PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA U HONZÍČKA V PÍSKU

přijme lékaře na dohodu o pracovní činnosti k zajištění pohotovostních služeb. Podmínky budou upřesněny při osobním pohovoru. Kontakt: MUDr. Petr Pumpr, tel.: 602 271 424.

ZDN A121005274

Lékař

PSYCHIATRICKÁ LÉČEBNA U HONZÍČKA V PÍSKU

přijme lékaře, i absolventa, do pracovního poměru.

Podmínky budou upřesněny při osobním pohovoru. Kontakt: MUDr. Petr Pumpr, tel.: 602 271 424.

ZDN A121005269

Praktický lékař/
internista

NESTÁTNÍ AMBULANTNÍ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ V PRAZE

přijme praktického lékaře a internistu.

Požadujeme:

- atestaci z PL/specializovanou způsobilost,
- uživatelskou znalost PC,
- flexibilitu, spolehlivost, zodpovědnost,
- klientský přístup k pacientům.
- aktivní znalost angličtiny vítána,

Nabízíme:

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

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

ZDN A121005261

Porodní asistentka

ÚSTAV PRO PÉČI O MATKU A DÍTĚ PRAHA 4 – PODOLÍ přijme porodní asistentku na oddělení prenatální poradny.

Požadujeme:

- platné osvědčení k výkonu zdravotnického povolání bez odborného dohledu,
- profesionalitu, flexibilitu, empatii, komunikační dovednosti,
- praxe v ambulancím provozu vítána.

Nabízíme:

- jednosměnný provoz,
- plný i částečný úvazek,

ZDN A121005248

- příjemné a nové pracovní prostředí,
 - platové ohodnocení dle platných předpisů,
 - zaměstnanecké výhody.
- Nástup možný jaro, léto 2012.

Písemné nabídky se strukturovaným životopisem zasílejte Bc. Táně Kalinové - tel.: 296 511 826, e-mail: tana.kalinova@upmd.cz

ZDN A121005335

Lékaři

NZZ

přijme PL, PLDD, dermatovenerologa a gynekologa do zaměstnaneckého poměru. Nabízíme motivační ohodnocení a stabilní zaměstnání v Praze.

Kontakt:

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

ZDN A121004027

Různé

Pronájem prostor

POLIKLINIKA MALEŠICE, PRAHA 10, PLAŇANSKÁ 1, nabízí k pronájmu prostory pro ordinace s výměrou od 25 do 260 m² k rozšíření poskytovaných zdravotních služeb. Nájemné od 1770 Kč/m². Vhodné i pro větší pracoviště pod samostatným uzavřením nebo pro několik samostatných menších pracovišť. V budově jsou zastoupeny nejrozličnější 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, web: www.medifin.eu

ZDN A121005248

Wir gestalten die Medizin der Region.

STÄDTISCHES»Klinikum Görlitz

Die Städtisches Klinikum Görlitz gGmbH ist das größte Schwerpunktversorgungs-Krankenhaus, Gesundheitsmarktführer und der größte Arbeitgeber der Region Ost Sachsen. Unser Haus verfügt über 645 Betten in 16 Fachkliniken, 2 Institute und 4 Tochter-GmbHs. Jährlich werden ca. 65.000 Patienten stationär und ambulant versorgt.

Wir suchen baldmöglichst für unsere Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie mit Vollversorgungsauftrag eine/einen

Fachärztin/Facharzt Psychiatrie und Psychotherapie

oder eine/einen

Ärztin/Arzt in Weiterbildung Psychiatrie und Psychotherapie

Die neu erbaute Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie verfügt über 80 Betten und 20 Tagesklinikplätze sowie eine Institutsambulanz. Wir arbeiten auf hohem fachlichen Niveau und freuen uns auf eine/-n aufgeschlossene/-n und engagierte/-n Mitarbeiter/-in mit Interesse an den verschiedenen Aspekten des Faches, Teamfähigkeit und patientenzentriertem Arbeitsstil.

Wir bieten Ihnen:

- † Vergütung nach dem TV-Ärzte Marburger Bund
- † Ggf. Möglichkeit der vollständigen Weiterbildung zur/zum Fachärztin/Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie (inklusive neurologischem Anteil) und Übernahme der Weiterbildungskosten für den Weiterbildungsabschnitt Psychotherapie
- † Nachtdienste home-based
- † Externe Supervision
- † Gutachtentätigkeit
- † Möglichkeit zur Promotion
- † Klinik-Kindergarten und eigenes Altersversorgungswerk

Weitere Auskünfte erteilt Ihnen gern der **Chefarzt, Herr PD Dr. med. habil. Thomas Reuster**, Tel.-Nr. +49 (0) 3581/37-1801; E-Mail: reuster.thomas@klinikum-goerlitz.de. Weitere Informationen über unsere Einrichtung finden Sie auf unserer Homepage www.klinikum-goerlitz.de, Informationen zur Stadt Görlitz unter www.goerlitz.de

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung. Diese richten Sie bitte an:

Städtisches Klinikum Görlitz gGmbH

Personal

Girbigsdorfer Str. 1-3

D-02828 Görlitz



Akademisches Lehrkrankenhaus der TU Dresden Mitglied im CUNOTEI Krankenhausverband

Karlovská krajská nemocnice
KARLOVARSKÁ KRAJSKÁ NEMOCNICE A. S.

přijme do pracovního poměru pro nemocnici v Karlových Varech:
• zdravotní laborantku nebo laboratorní asistentku na oddělení klinické biochemie pro nemocnici v Chebu;
• registrovanou sestru na ARO, ARIP vítán
• 2 registrované sestry na interní oddělení
Základní mzda podle odborné praxe 13 000–26 000 Kč

kontakty pro KARLOVY VARY:
eva.kastnerova@kkn.cz
jirina.nechanska@kkn.cz
CHEB: jitka.gavenciakova@kkn.cz
marie.bartikova@kkn.cz



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

Efektivní léčba systémových mykóz ...pro návrat k normálu

- **systémové antimykotikum se širokým spektrem účinku**
- **oproti flukonazolu je účinný na *Aspergillus sp.*^{1,2}**
- **profylaxe mykotických infekcí u neutropenických pacientů a onkologicky nemocných³**
- **pohodlná pulzní léčba^{4,5}**

Prokanazol

Složení: Itraconazolium 100 mg v jedné tobolce. **Indikační skupina:** Systémové antimykotikum, triazolový derivát. **Indikace:** Mykózy. Gynekologické indikace (vulvovaginální kandidóza), dermatologické indikace (pityriasis versicolor, dermatomykóza, orální kandidóza, onychomykóza), oftalmologické indikace (mykotická keratitida) a systémové mykózy (systémová aspergilóza a kandidóza, kryptokokóza – včetně kryptokokové meningitidy, histoplazmóza, sporotrichóza, parakoccidioidomykóza, blastomykóza a další). **Kontraindikace:** Hypersenzitivita na itraconazol. Současná léčba terfenadinem, astemizolem, mizolastinem, cisapridem, dofetilidem, chinidinem, pimozidem, simvastatinem, lovastatinem, triazolamem a midazolamem. V graviditě a laktaci je nutné velmi pečlivě zvážit poměr benefit/risk. Po ukončení terapie zajistit antikoncepci až do příští menstruace. **Nežádoucí účinky:** Dyspepsie, nauzea, bolesti břicha a zácpa. Méně často se vyskytují bolesti hlavy, reverzibilní zvýšení hodnot u jaterních enzymů, poruchy menstruace, závratě a alergické reakce (pruritus, vyrážka, urtikárie a angioedém). **Interakce:** Enzymové induktoři (karbamazepin, fenobarbital, izoniazid, rifampicin a fenytoin) snižují účinek itraconazolu, enzymové inhibitory (ritonavir, indinavir, klarithromycin a erytromycin) naopak zvyšují jeho biologickou dostupnost. Itraconazol se nesmí kombinovat s terfenadinem, astemizolem, mizolastinem, triazolamem, midazolamem, dofetilidem či simvastatinem. Monitorování plazmatických hladin je třeba u perorálních antikoagulancií, inhibitorů HIV proteáz, blokátorů kalciových kanálů, některých imunosupresiv, digoxinu či alprazolamu. **Upozornění:** Opatrnosti je třeba u pacientů s městnavou srdeční slabostí (i v anamnéze), při poškození jater nebo ledvin je třeba přizpůsobit dávkování. Léky snižující kyselost žaludku omezují vstřebávání itraconazolu, proto antacida podáváme nejméně 2 hodiny po itraconazolu a při užívání H₂ blokátorů či PPI doporučujeme zapít nápojem kyselého charakteru. **Dávkování a způsob podání:** Vulvovaginální kandidóza: 200 mg 1× denně 3 dny nebo 200 mg 2× denně 1 den, pityriasis versicolor: 200 mg 1× denně 7 dní, dermatomykózy: 200 mg 1× denně 7 dní nebo 100 mg 1× denně 15 dní, orální kandidóza: 100 mg 1× denně 15 dní, mykotická keratitida: 200 mg 1× denně 21 dní, onychomykóza: pulzní terapie 2× denně 200 mg 1 týden s následnou třítydenní přestávkou, pulz opakujeme 2× (nehty na ruce) nebo 3× (nehty na nohou). Prokanazol užíváme bezprostředně po jídle. **Balení:** 4, 14 a 28 tobolek. **Datum poslední revize textu:** 19. 10. 2005. S podrobnějšími informacemi o přípravku se seznamte v SPC. Přípravek je vázán na lékařský předpis a je hrazen z prostředků zdravotního pojištění. **Držitel rozhodnutí o registraci:** PRO.MED.CS Praha a. s., Telčská 1, 140 00 Praha 4, Česká republika.

Literatura:

1) Haber J. Současný stav a perspektivy antimykotik se systémovým účinkem. Čas. lék. Čes. 2001; 140 (19): 596–604. 2) Haber J. Nová antimykotika – jaká jsou a co přinášejí. Remedia 2005; 3: 247–258. 3) Doubek M, Mayer J, et al. Možnosti profylaxe mykotických infekcí u onkologických nemocných s přihlednutím k toxicitě antimykotických léků. Vnitř. Lék. 2002; 48 (3): 248–254. 4) SPC, datum poslední revize textu 19. 10. 2005. 5) De Doncker P, Gupta AK, et al. Itraconazole pulse therapy for onychomycosis and dermatomycoses: an overview. J Am Acad Dermatol. 1997; 37 (6): 969–974.