



# ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



CENA 28 Kč, PŘEDPLATNÉ 23 Kč

ČTRNÁCTIDENÍK PRO ODBORNÍKY  
VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

23/2012 Toto číslo vyšlo 19. 11. 2012



**Z HISTORIE**  
Anton Pavlovič Čechov  
– lékař s velkou duší

STRANA 32



**PŘEDSTAVUJEME**  
Mgr. Evu Markovou,  
přednostku Ústavu teorie  
a praxe ošetrovatelství  
1. lékařské fakulty UK

STRANA 28



**LÉKAŘSKÉ LISTY**  
10/2012 – Infekční medicína  
Naleznete jako přílohu  
v tomto čísle



**Milan Kubek (ČLK):**  
Zdravotnictví je krizí  
bito více, než je nutné  
– objem prostředků  
putujících do systému  
se snižuje rychleji než  
úroveň ekonomiky.

Foto: Leoš Chodura

## XXVI. sjezd ČLK – kritika MZ pokračuje

Sjezd České lékařské komory (ČLK), konaný ve dnech 3. a 4. listopadu v pražském hotelu Clarion, potvrdil přetrvávající negativní postoj lékařského stavu k činnosti ministerstva zdravotnictví i konkrétním reformním krokům Leoše Hegera (TOP 09), který byl vyzván k rezignaci.

Kritika se týkala v podstatě všech částí reformy zdravotnictví, fakticky však především rostoucího vlivu „špatně hospodařících“ zdravotních pojišťoven na rozhodování o podobě zdravotnictví v ČR, dále restrukturalizace lékařů, zvolených způsobů financování zdravotnictví, legislativních opatření v oblastech dostupnosti zdravotní péče, personálního vybavení nemocnic a připravovaných zákonů týkajících se vzdě-

lávání nelékařů a rozšiřování jejich kompetencí.

### Role ministra

Podle ČLK dosavadní výsledky reformem nezajišťují stabilitu zdravotnictví ani jeho dlouhodobou finanční udržitelnost. Představitelé komory mají za to, že změny, které se Leoši Hegerovi doposud podařilo prosadit, vedou k poklesu kvality, zhoršování dostupnosti a snižování bezpečnos-

ti poskytované zdravotní péče. „Ministr Heger nehájí dostatečně razantně zájmy svěřeného resortu a jím navrhovaná opatření nejsou zárukou zlepšování situace v českém zdravotnictví. Z těchto důvodů delegáti sjezdu ČLK vyzývají ministra zdravotnictví, aby zvážil rezignaci na svoji funkci,“ uvádí se v usnesení sjezdu, které delegáti odsouhlasili jen těsným poměrem hlasů.

(pokračování na straně 2)

## Jihomoravské memorandum mírní dopady restrukturalizace

Páteř sítě lůžkové péče v Jihomoravském kraji bude vedle brněnských nemocnic tvořit dalších osm zařízení. Ze seznamu 12 nemocnic, v nichž měla být do roka zrušena akutní lůžková péče, vypadlo jedno regionální zařízení – na jihu Moravy by tak žádná nemocnice zaniknout neměla.

Hejtman Jihomoravského kraje Michal Hašek (ČSSD) se dohodl s ministrem zdravotnictví Leošem Hegerem (TOP 09), ředitelem Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP) Pavlem Horákem a prezidentem Svazu zdravotních pojišťoven ČR Jaromírem Gajdáčkem na koncepci sítě lůžkových zařízení v Jihomoravském kraji. Dohodu stvrdili

závěrečným „Memorandem ke 2. etapě koncepce sítě lůžkových zdravotnických zařízení v Jihomoravském kraji“, které je výsledkem dvouletého vyjednávání o podobě sítě lůžkových zařízení v regionu.

### Zajištění dostupnosti

Páteř sítě lůžkové péče na jižní Moravě bude v následujících 5 letech

vedle brněnských nemocnic tvořit dalších 8 zařízení. „Jihomoravský kraj si podpisem memoranda pojistil budoucí fungování nemocnic (pokračování na straně 3)



9 771 805 235003 23

# XXVI. sjezd ČLK

## – kritika MZ pokračuje

(pokračování ze str. 1)

Bezprostřední reakci Leoše Hege- ra na tuto výzvu do značné míry ovlivnil i paralelně probíhající sjezd nejsilnější vládní strany ODS, kde byl premiér Petr Nečas nucen kvůli postojům svých rebelujících poslanců obhajovat pozici předsedy. „Teď jsou jakékoli úvahy o budoucnosti definovány především situací v ODS. Všichni vědí, jak je situace politicky na hraně a může z té strany kdykoli spadnout. Takže myslím, že to není na pořadu dne,“ uvedl ministr zdravotnictví pro deník E15.

Později po uveřejnění výsledků sjezdu ODS, kde nakonec Petr Nečas výraznou většinou hlasů post předsedy obhájil, Leoš Heger sdělil, že nad usnesením sjezdu sice bude uvažovat, ale přesto své odstoupení neplánuje. „Uznávám, že jsem nesplnil memorandum, ale stát nemá na to dávat více peněz do zdravotnictví. Nemohl jsem jít přes politiku vlády, která mě angažovala. Zdroje jsme tedy museli hledat jinde – uvnitř systému. I kdyby tady byl jiný ministr, nemohl by to dělat jinak,“ obhajoval se Leoš Heger.

### Dopad krize

Podle prezidenta ČLK Milana Kubka je zdravotnictví bito krizí více, než je nezbytně nutné – objem prostředků putujících do systému se prý snižuje rychleji než úroveň ekonomiky. Zdravotnictví prý také výrazně doplácí na zvyšující se DPH, neboť část prostředků, které stát do resortu investuje, vysává prostřednictvím zvyšování DPH zpět do rozpočtu, což způsobuje řadu problémů zejména menším poskytovatelům zdravotní péče. Leoš Heger však tvrdí, že byt nedokázal zabránit zvýšení DPH, podařilo se mu takto způsobené ztráty eliminovat. Potíže s financováním prý způsobily především neplánované výdaje související například se zvyšováním platů lékařů a později i všech ostatních zdravotnických pracovníků.

*(Ministr zdravotnictví v této souvislosti také představil svých 14 opatření ke zlepšení financování zdravotnictví, podrobnosti o prvních 7 z nich včetně reakcí představitelů zainteresovaných institucí naleznete na str. 6–7 tohoto vydání.)*

### Počet postelí nerozhoduje

Sjezdu ČLK také předcházela konference o dopadech chystaných změn v síti zdravotnických zaří-

zení, která do jisté míry předznamenala letošní hlavní téma sjezdu ČLK. Redukce lůžek má podle ministerstva zdravotnictví vést k vyšší efektivitě, a tedy i snazšímu financování zdravotní péče. S tím však striktně nesouhlasí lékaři, zástupci nemocnic, odboráři ani pacienti, kteří před časem utvořili společnou iniciativu proti chystaným opatřením ministerstva a zdravotních pojišťoven. Podle Milana Kubka nejsou naše nemocnice placeny podle „počtu postelí“, a jejich chystaná redukce tudíž nemůže snížit výdaje na nemocniční péči. Prezident ČLK má za to, že dojde k právě opačnému efektu, kdy přesun náročnějších pacientů do velkých fakultních nemocnic povede ke konečnému zvýšení nákladů. Důvodem jsou rozdílné úhrady zdravotních pojišťoven za péči menším zařízení a velkým fakultním nemocnicím, kdy jsou malé subjekty výrazně znevýhodňovány.

### Směrem k vyšší transparentnosti

„Jakýmkoli změnám v síti zdravotnických zařízení musí předcházet odstranění stávajících nespravedlností v platbách od zdravotních



Foto: Leoš Chodura

pojišťoven,“ usnesl se sjezd. Cestou k nápravě by prý mohlo být povinné zveřejňování všech smluv mezi zdravotními pojišťovnami a poskytovateli zdravotní péče. „Není možné, aby bylo nakládání s veřejnými penězi nevěřejné,“ dodal prezident Kubek. Z posledních vyjádření zástupců ministerstva zdravotnictví i samotného Leoše Hege- ra na sjezdu ČLK lze vyčíst, že se občané v této věci brzy mohou dočkat změny směrem k vyšší transparentnosti. V budoucnu by se tyto smlouvy měly povinně zveřejňovat na internetových stránkách všech zdravotních pojišťoven – dosud tak částečně činí pouze VZP, ostatní pojišťovny jsou proti. „Není divu, že má VZP problémy, když za péči platí nemocnicím nesrovnatelně více než zaměstnanecké pojišťovny, které tímto způsobem parazitují na systému veřejného

zdravotního pojištění,“ konstatoval prezident ČLK, který tak zároveň vyjádřil zdrženlivý postoj komory k současné situaci v největší zdravotní pojišťovně.

Podle právníka Platformy zdravotních pojištěnců ČR Ondřeje Dostála však za rozdílné platby nenesou odpovědnost zaměstnanecké pojišťovny, ale způsob, jakým je každoročně sestavována úhradová vyhláška, podle které je výpočet úhrady pro daný rok vázán na úhrady z let předchozích.

„Pokud nějaká pojišťovna v předchozích letech hradila dané nemocnici méně – například díky odlišné struktuře vykázané péče u dané pojišťovny, nižšímu počtu pojištěnců či jejich nižší průměrné nákladnosti – tak se to podle stávajícího systému promítá i do stanovování úhrad na další období,“ uzavírá právník.

Filip Kút Citores

## Ministr Heger posílil svůj vliv ve správní radě VZP

Dlouho očekávaný krok ministra zdravotnictví Leoše Hege- ra (TOP 09) se stal skutečností, vláda na svém středečním jednání schválila změny ve správních radách zdravotních pojišťoven. Hegerův resort získá větší vliv ve správní radě Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP).

Vláda při svém středečním jednání na návrh Leoše Hege- ra odvolala 12 členů správních rad zdravotních pojišťoven a shodla se na jmenování 15 nových. Někteří byli do svých funkcí jmenováni znovu a došlo také k doplnění tří členů správní rady VZP, kteří v ní od jara chyběli. Vedle VZP se proměnilo i složení správních rad Vojenské zdravotní pojišťovny, Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra, Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví a Revírní bratrské pokladny.

### Rostoucí vliv MZ

Leoš Heger již v minulosti opakovaně deklaroval svůj zájem na

tom, aby jeho resort získal větší vliv ve správních radách zdravotních pojišťoven a zejména pak VZP, kde se často mluví o budoucím odvolání ředitele Pavla Horáka, ale například i změně na postu předsedy správní rady, který stále zastává Marek Šnajdr (ODS). Před- sada vlády Petr Nečas (ODS) se dosud zdráhal vyhovět, ba dokonce projednávat na vládě návrh ministra zdravotnictví na personální změny zejména ve VZP. Důvodem byla zřejmě vnitrostraničná opozice vůči Petru Nečasovi a hrozící pád vlády kvůli daňovému balíčku spojenému s hlasováním o důvěře vládě, který ale nakonec díky rezignaci několika „rebelujících“ poslanců ODS sněmovnou prošel.

Posílení vlivu MZ ve správní radě VZP Leoši Hegerovi umožní lépe prosazovat politiku ministerstva zdravotnictví. Správní rada může rozhodovat i o odvolání nejvyšších představitelů VZP včetně odvolání a jmenování ředitele, volí také svého předsedu. Zejména personální obměna těchto funkcí je často předmětem spekulací. V souvislosti s postem ředitele VZP je často zmiňováno jméno dosavadního náměstka ministra zdravotnictví Petra Noska, budoucím předsedou správní rady VZP by údajně mohl být Marek Ženíšek (TOP 09).

*(První zasedání nové správní rady VZP je plánováno na 26. listopadu.)*

Filip Kút Citores

## Personální změny ve správních radách ZP

### Všeobecná zdravotní pojišťovna

**Odvolání:** Petr Nosek (MZ), Zdeněk Kadlec (MPSV), Jarmila Fuchsová (MF), Jan Růžička (MZ), David Kotris (MZ), Jiří Rusnok, Stanislav Blaha

**Jmenování:** Petr Nosek (MZ), Zdeněk Kadlec (MPSV), Jarmila Fuchsová (MF), Petr Zimmermann (poradce premiéra), Ferdinand Polák (MZ), Marek Ženíšek (MZ), Helena Rögnerová (MZ), David Havlíček (NERV), Josef Slovák (poradce premiéra), Zdeněk Zajíček (MF)

### Zdravotní pojišťovna ministerstva vnitra

**Odvolání:** Petr Nosek (MZ), Martin Vokurka (MZ)

**Jmenování:** Jan Růžička (MZ), Marek Ženíšek (MZ)

### Vojenská zdravotní pojišťovna

**Odvolání:** Petr Nosek (MZ)

**Jmenována:** Lucie Krausová (MZ)

### Oborová zdravotní pojišťovna zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví

**Odvolání:** Zdeněk Kabátek (MZ)

**Jmenována:** Helena Rögnerová (MZ)

### Revírní bratrská pokladna

**Odvolání:** Petr Nosek (MZ)

**Jmenována:** Helena Sajdlová (MZ)

**(Zdroj: ČTK)**

## Jihomoravské memorandum mírní dopady restrukturalizace

(pokračování ze str. 1)

ve Znojmě, Břeclavi, Kyjově, Vyškově, Boskovicích, Blansku, Hodoníně a Hustopečích. Všechny dostanou od pojišťoven smlouvy na příštích 5 let,“ řekl novinářům Michal Hašek.

Podle původních plánů zdravotních pojišťoven se přitom akutní lůžková péče v Hustopečích měla v příštím roce úplně utlumit. Podle memoranda tam však nejméně do konce roku 2017 zůstane lůžková interna a chirurgie. Se znojemskou, břevclavskou

a kyjovskou nemocnicí zdravotní pojišťovny zamýšlely uzavřít střednědobou smlouvu, tedy na tři roky.

Výrazně se měla podle dosavadních záměrů změnit podoba zařízení. Nemocnice Znojmo měla původně jistých jen 8 z 21 oddělení, pro příštích 5 let ovšem nakonec bude mít 17 lůžkových oborů. Nemocnice Břeclav měla jistých 5 ze 17 oddělení, následujících 5 let jich teď bude určitě fungovat 13. V Nemocnici Kyjov zůstane i do budoucna 15 lůžkových oborů.

### Důležitá je koncepce

Výsledkem dohody kraje mezi ministerstvem zdravotnictví a pojišťovnami je významné zmírnění plánovaného rušení jednotlivých oddělení. Podle hejtmána Michala Haška bude z 9 tisíc lůžek zrušeno přibližně 560. O počtech se však primárně nejednalo, kraj považoval za důležitější skladbu odborností, jež budou zastoupeny v jednotlivých nemocnicích.

To potvrdil i další účastník jednání Pavel Horák. „Není to nějaké handrkování o počtu lůžek a jednotlivých oddělení,

ale debata o koncepci zdravotní sítě,“ uvedl ředitel VZP, podle kterého by měla v příštích týdnech probíhat jednání o způsobu poskytování péče na jednotlivých odděleních, tedy například o možnosti většího využití jednodenní chirurgie a systematického snižování délky hospitalizace.

„Jsem velmi rád, že jižní Morava je prvním regionem v zemi, kde se podařilo najít takovouto rámcovou dohodu. Věřím, že budeme vzorem pro další regiony. Jde o to, aby zde existovala dostupná síť lůžkových zařízení a aby se akutní péče na celém území republiky pohybovala v limitech, které jsou v tuto chvíli možné a zároveň odraže-



Michal Hašek. | Foto: www.cssd.cz

jí aktuální vývoj medicíny, nových léčebných metod a podobně,“ uzavřel hejtmán Hašek.

(IKC, ČTK)

## Bulovka podala odvolání proti závěrům ÚOHS

Pražská Nemocnice Na Bulovce se odvolala proti třímilionové pokutě, kterou jí v polovině září udělil Úřad pro ochranu hospodářské soutěže (ÚOHS). Naši redakci to sdělil mluvčí nemocnice Martin Šalek.

Nepravomocné rozhodnutí ÚOHS se týkalo smluv z let 2008–2010. Konkrétně se jednalo o smlouvy zajišťující servis zdravotnické techniky, ostrahu objektů a komunikační systémy. Nestandardní byly podle úřadu i smlouvy uzavřené se dvěma advokátními kancelářemi.

### Nemocnice argumentuje vylučností

V případě smluv souvisejících se servisem zdravotnické techniky a objektu úřad nemocnicí vytýká absenci volné soutěže. „Zadavatel neprovedl žádné transparentní zadávací řízení, které by objektivně dokládalo, že smluvní vztah s dodavatelem vznikl na základě řádně fungujícího soutěžního prostředí a při dodržení principů rovného zacházení a transparentního nakládání s veřejnými prostředky,“ uvádí ÚOHS.

Nemocnice se proti tomu ohradila a podala proti rozhodnutí rozklad. „Argumentaci opíráme především o to, že společnost, se kterou minulý vedení Nemocnice Na Bulovce uzavřelo smlouvu o dílo na servis a údržbu konkrétního zdravotnického vybavení, je jediným existujícím subjek-



tem, který je tuto činnost na území ČR oprávněn dělat,“ uvedl mluvčí Šalek. „Na základě doložené vylučnosti jsme přesvědčeni, že nebyl porušen postup pro výběr služeb, které jsou předmětem smlouvy o dílo, ani principy rovného zacházení,“ dodal. K dalším smlouvám, kterých se rozhodnutí týká, se však již nevyjádřil.

### Sporné zakázky za miliony

První zakázka, která byla dle vyjádření nemocnice zadána jedi-

nému možnému zájemci, vyšla na více než 16 milionů Kč. Zakázka na ostrahu areálu vyšla na 3,5 milionu. U třetí smlouvy, která zahrnovala například zabezpečovací a kamerové systémy, nebyl stanoven finanční strop.

„U smluv na právní služby zadavatel rozdělil předmět veřejné zakázky tak, aby se dostal pod limit 2 miliony korun platný podle tehdejší právní úpravy pro zakázky malého rozsahu, při nichž nebyl povinen dodržovat postup podle zákona o veřejných zakázkách,“ uvedl ve svém vyjádření ÚOHS.

Dle závěrů úřadu je ale jak v případě smluv s advokátní kanceláří Šachta & Partners, tak s AK Krtička, Krtičková & spol. jasně patrná místní, časová i věcná souvislost předmětu zakázek.

Některé zakázky pro Šachta & Partners převyšovaly limity výdajů a měly být zadány jako nadlimitní, u druhé advokátní kanceláře měly být, vzhledem k výši plnění, naopak zadávány jako podlimitní. Celkově nemocnice zaplatila oběma advokátním kancelářím v daném období 12,5 milionu korun.

Irena Soukupová

## Krajské zdravotní hrozí další pokuta

Úřad pro ochranu veřejné soutěže (ÚOHS) uložil Krajské zdravotní, a. s., v prvoinstančním rozhodnutí pokutu ve výši půl milionu korun. Podle úřadu společnost pochybila při zadávání zakázek na přístrojové vybavení pro nemocnici v Chomutově a Mostě.

„Zadavatel porušil zákon o veřejných zakázkách, když nedodržel zásadu zákazu diskriminace, čímž omezil okruh potenciálních dodavatelů,“ uvádí se ve vyjádření ÚOHS. Rozhodnutí zatím nenabývá právní moci a Krajské zdravotní (KZ) se proti němu hodlá bránit.

### Společnost podá rozklad

Chybou při výběrovém řízení bylo podle úřadu to, že předmět zakázky nebyl rozdělen na více částí, ačkoli to bylo možné. Krajské zdravotní požadovala dodávku tří přístrojů včetně instalace a servisu. „V konečném důsledku mohl zadavatel svým jednáním podstatně ovlivnit výběr nejhodnější nabídky,“ upozorňuje ÚOHS. Zakázka byla nakonec přidělena společnosti Hospimed, spol. s r. o., ale šetření ÚOHS prokázalo, že šest z možných dodavatelů se soutěže nezúčastnilo, protože ve svém portfoliu neměli všechny tři požadované přístroje, tedy CT, digitální mamograf a plicní ventilátor.

„Krajské zdravotní nesouhlasí s udělením pokuty a v zákonné lhůtě podá rozklad k předsedovi antimonopolního úřadu. Tepr-

ve v případě, že bychom neuspěli s dovoláním u předsedy úřadu, budeme pokračovat standardní soudní cestou,“ sdělil naší redakci ředitel Krajské zdravotní Eduard Reichelt.

### Zachování rovného zacházení

Podle antimonopolního úřadu je hlavním pochybením při zadávání zakázky nedodržování principů rovného zacházení. „V případě, kdy je předmět zakázky vymezen příliš široce a zadavatel požaduje plnění, která spolu vzájemně nesouvisí, a současně je zapovězeno plnění částí zakázky, dopouští se zadavatel vůči dodavatelům diskriminačního postupu,“ upozorňuje ÚOHS.

V případě zadání Krajské zdravotní úřad došel k závěru, že se jednalo o dodávku natolik rozdílných lékařských přístrojů, že neexistovaly žádné objektivní důvody, na jejichž základě by bylo nutné nakupovat všechny dohromady. Zadavatel se tímto chováním dopouštěl skryté diskriminace, protože tak vyloučil z výběrového řízení zájemce, kteří nebyli schopni nabídnout všechna plnění.

(ISO)

# Restrukturalizace? Všichni by si měli vzít na rok „time out“

Napětí mezi zdravotními pojišťovkami a nemocnicemi kvůli smlouvám na příští rok by nakonec mohlo vyústit i v sérii soudních sporů. Kdo by měl v těchto soudních přích navrhnout a jak se jim lze vyhnout? Zeptali jsme se experta na zdravotnické právo **JUDr. Ondřeje Dostála, Ph.D., LL.M.**

**Restrukturalizace lůžkové péče budí velké vášně jak na straně nemocnic, tak i širší veřejnosti. Jak ji vidí specialista na zdravotnické právo?**

Restrukturalizace tak, jak je zatím realizována, vzbuzuje vášně oprávněně. Předně nezúčastněným není zcela jasné, jakým způsobem zdravotní pojišťovny došly k výslednému seznamu nemocnic, kde má být akutní péče zachována, kde omezena a kde má zcela zaniknout. Na jednu stranu jsou zde zdravotnická zařízení, která mají dostat dlouhodobou smlouvu bez nutnosti změn, a pak ta, jež ji dostat nemají, ačkoli v jejich „nátuře“ nespátřují nějaký výraznější rozdíl.

**Zdravotní pojišťovny by ale jistě namítaly, že seznam nemocnic „ke zrušení“ vznikl na základě odborných kritérií...**

To je pravda. Ministerstvo zdravotnictví v polovině tohoto roku podepsalo se zdravotními pojišťovkami memorandum o tom, na základě jakých kritérií bude restrukturalizace nemocnic probíhat.

Těm kritériím samozřejmě není moc co vytknout, jsou ale příliš obecná a vágní. Způsob jejich aplikace je značně netransparentní – nejsem si vědom, že by proběhla jakákoli výběrová řízení, ve kterých by byly nemocnice hodnoceny a jejich úspěšnost v jednotlivých kritériích pak zveřejněna. Poskytovatelé i pojištěnci se pak oprávněně ptají, proč někde vyšlo jasné „ne“ a jinde jasné „ano“ pro uzavření dlouhodobé smlouvy.

**Tedy tvrdíte, že kritéria byla záměrně postavena tak, aby zdravotním pojišťovkám poskytovala co nejširší manévrovací prostor pro budoucí redukci lůžkové péče – prakticky v jakékoliv nemocnici?**

Víte, v rámci našeho systému, který je postaven na konkurenci více pojišťoven, a dle toho, co vláda deklarovala ve svém programovém prohlášení (tedy, že zdravotní pojišťovny budou hrát větší roli), mi ten široký manévrovací prostor právně nevádí. Co mi ale vadí hodně a považuji to za skutečný problém, je, že nikde není uvedeno, jakým způsobem bude ten manévrovací prostor využit. Na začátku tu jsou tedy poměrně vágní kritéria a na konci výsledná podoba restrukturalizačního plánu, který působí na první pohled značně nekonzistentně. My zkrátka nevíme, jakým způsobem se ta kritéria přetavila do podoby onoho plánu restrukturalizace, což bohužel ponechává prostor k podezření, že rozhodujícím faktorem nemusel být vždy veřejný zájem.

**Řada oponentů ministerstva zdravotnictví v této souvislosti dlouhodobě upozorňuje na riziko skryté privatizace některých zařízení. Mohl by právě tam být onen motiv?**

Není jisté, zda i toto nemohlo být jedním z mnoha motivů. Právě proto, že nemůžeme nahlédnout celý proces, ve kterém se rozhodovalo, nejsme schopni vidět, co vše do toho procesu vstoupilo a jaké motivy sehrály svou roli. Pokud by kritériem rozhodování byly čistě klinicko-ekonomické výsledky jednotlivých zařízení, neměl bych s restrukturalizací problém, ani kdyby vedla k redukci některých lůžek. Naopak pokud by tam figuroval klientelismus či spekulace s tím, že po odebrání úhrad nějaká nemocnice zkrachuje a někdo jiný pak výhodně nakoupí její nemovitosti, pak je to samozřejmě špatně.

**Asociace českých a moravských nemocnic doporučila svým členům nepřístupovat na krátkodobé smlouvy. Ředitelé by prý**

**měli trvat na pětiletých smlouvách s tím, že příslušné dodatky by se vyjednaly standardním způsobem – bez časového tlaku. Mohou s tímto postupem uspět?**

Na tohle je poměrně složitá právní odpověď, která ale stojí za úplné vyřízení, protože na tom se bude v budoucnu točit spousta mnohamilionových sporů. Rušené nemocnice půjdou před soudy s otázkou, proč ony smlouvy nedostaly a jiné ano. Pokud by se ukázalo, že rozhodovací kritéria nebyla zcela čistá, vznikl by prostor pro nekalosoutěžní žaloby. Něco podobného jsme tu už měli v době působení Davida Ratha na pozici hejtmána Středočeského kraje. Tehdy tento a další kraje selektivně zvýhodnily své lékárny při proplácení regulačních poplatků na úkor lékáren jiných vlastníků, čímž se dopustily nekalosoutěžního jednání. Soudy již v této věci vydaly několik pravomocných rozhodnutí – kraje budou muset soukromé provozovatele lékáren v mnohamilionové výši odškodnit.

Pokud by obdobně zdravotní pojišťovna – zejména sto procentně státem kontrolovaná VZP – „předělením“ smlouvy či výhodnějšími podmínkami úhrady neoprávněně zvýhodnila například „státní“ nemocnice na úkor nemocnice jiného vlastníka, nejen soukromníka, ale hypoteticky i kraje, pak se z právního hlediska jedná o podobný případ. Protože zánik činnosti v nenasmulované nemocnici může být nevratný, odškodnění za způsobenou újmu by se v případě některých zařízení mohlo počítat i v miliardách korun.

**Těchto právních konsekvencí si ale přeci stát musel být vědom. Podle toho, co říkáte, hrozí v případě soudních sporů státu, respektive zdravotním pojišťovkám téměř jistá prohra.**



Foto: archiv JUDr. Ondřeje Dostála

Stát se tady zachoval značně nezodpovědně. Výsledky hypotetických soudních sporů v tuto chvíli nelze jednoznačně odhadnout, ale vzhledem k paralele s popsáním případem selektivního proplácení regulačních poplatků zde existuje přinejmenším hmatatelné riziko, že by i v tomto případě vyhrály nemocnice. Podobné kauzy jsou koneckonců známy i z evropského práva hospodářské soutěže a veřejných podpor.

**Existuje možnost jak případným soudním sporům předejít a současně uskutečnit restrukturalizaci?**

V této chvíli je to riziko skutečně velké, ale také jej lze snadno odstranit. Stačí, když bude systém posuzování jednotlivých pracovišť otevřený a transparentní. Nakonec by sice opět vznikl seznam nemocnic, kde by došlo k redukci péče, ale stalo by se tak na základě předem známých a transparentních kritérií. Čili

i když by stát tímto způsobem zasáhl do zájmů některých nemocnic, došlo by k tomu způsobem, který právo předvídá, nikoli na základě libovůle. Případné žaloby ze strany dotčených subjektů by pak měly mnohem nižší šanci na úspěch.

**Čili nedejme-li k nápravě a v podstatě k opakování celého procesu transparentním způsobem, předpokládáte, že se strhne vlna žalob?**

V České republice nemáme centrálně řízené zdravotnictví, kde jsou všechny nemocnice státní a kde si stát může dovolit manipulovat s jejich sítí podle svého uvážení. U nás jsou nemocnice většinou na státu nezávislé subjekty, jejichž vlastníci mají podle článku 26 Listiny základních práv a svobod právo na podnikání a mají také ústavní právo vlastnit majetek. Pokud někdo bez dodržení právních pravidel, tedy bez záruk férového procesu ve

smyslu článku 36 Listiny, zasáhne do práv vlastníků, mají tyto subjekty právo na to, aby jim byly případné škody nahrazeny. Vzpomeňme si, že Ústavní soud již v minulosti o zákazu libovůle při rozhodování o alokaci zdravotnických financí jednou rozhodl – šlo o zrušení systému rozhodování o úhradách léků před rokem 2007, které byly stanovovány vyhláškou na základě doporučení ministerské komise, avšak bez předem známých kritérií a bez možnosti výrobce léků bránit se ve spravedlivém procesu proti případným nesrovnalostem či podjatosti. Lze se domnívat, že pokud je dnes opět bezprocesně zasahováno do vlastnických práv, byť tentokrát v případě nemocnic, mohly by to soudy vyhodnotit obdobně.

#### Z právního pohledu tedy nemocnice mají lepší výchozí pozici?

Tady je potřeba se podívat, jak to s tím uzavíráním smluv vlastně je. Existuje zde totiž celá série právních problémů. Všechny

smlouvy o poskytování a úhradě péče byly koncem loňského roku vypovězeny a k 31. prosinci 2012 končí jejich platnost. Pojišťovna tedy neprodlužuje smlouvu, ale uzavírá novou. Když se uzavírá nová smlouva, zákon o zdravotním pojištění má paragraf 46, ve kterém se praví, že uzavření nové smlouvy musí předcházet výběrové řízení, při kterém zákon mimořádně předvídá též účast odborné veřejnosti.

Zdravotní pojišťovna může uzavřít smlouvu jen s tím zařízením, které bylo ve výběrovém řízení doporučeno. Zdravotní pojišťovny v tomto případě zákonný proces patrně ignorují a svůj postup obhajují výjimkou z tohoto zákona, kde se říká, že výběrové řízení se nemusí dělat, pokud se uzavírá smlouva na stejný rozsah péče.

#### Znamená to, že pojišťovny budou muset s nemocnicemi nasmlouvat stejný rozsah péče?

Problém je v tom, že když ve třech okresech zruší se tři nemocnic

dvě a péči z těch zrušených přesunete do té přeživší, jen stěží obstojí tvrzení, že se jedná pořád o stejný rozsah péče. Já se domnívám, že to takto vykládat nelze, protože skokově naroste počet pacientů. Z povahy věci tedy dojde k rozšíření rozsahu poskytované péče, zákonná výjimka se neuplatní a výběrové řízení se konat musí. Pokud se nekoná, je smlouva uzavřena v rozporu se zákonem a není platná.

Zdravotní pojišťovny si musejí uvědomit, že nejsou běžnými obchodními společnostmi, které se mohou svobodně rozhodovat, s kým smlouvu uzavřou a s kým ne. Jsou to veřejné instituce hospodařící s veřejnými prostředky a smlouvu na vydávání těchto prostředků mohou uzavřít jen způsobem popsáním v zákoně.

#### Jaká je tedy vaše predikce dalšího vývoje sporu mezi nemocnicemi a pojišťovnami?

Za předpokladu, že se zdravotní pojišťovny dohodnou alespoň s většinou nemocnic a tyto ne-

mocnice podepíší smlouvy, budou mít ty zbylé v první chvíli smůlu, protože péče se přesune k těm, které porušily deklarovanou jednotnou linii – nepřístupovat na navrhované smlouvy. Poté by však mohlo dojít k poměrně velkému počtu sporů mezi subjekty, které smlouvu nedostaly, a zdravotními pojišťovnami. Nemocnice, jež by smlouvu nepodepsaly, by využily všech právních argumentů, které jsem již zmínil – zásah do podnikatelských práv a požadavek náhrady škody, absence výběrového řízení, neplatná smlouva a tak dále. Vyřešení takových sporů soudní cestou může trvat 3–5 let a předpokládané odškodné pro tyto nemocnice by mohlo i kvůli úrokům z prodlení dosáhnout řádově desítek miliard korun, které by nakonec zaplatil daňový poplatník.

#### A druhá varianta – tedy pokud by nemocnice zachovaly jednotnou linii?

Jako právník bych preferoval a doporučoval pokračovat doho-

du všech zúčastněných, tedy nemocnic, pojišťoven, ministerstva i krajů, na transparentním a právně korektním řešení restrukturalizace, byť za cenu malého odkladu.

Jedním z pragmatických řešení by byla shoda na nějakém přílepku k zákonu o pojištění či na provizorní vyhlášce o rámcových smlouvách, která by v podstatě říkala, že si všichni vezmou na rok „time out“. Během této doby by měly všechny nemocnice smlouvu se stejnými podmínkami jako v roce 2012 a vláda by získala čas udělat to, co se mělo udělat už letos – schválit zákon o zdravotních pojišťovnách, zprůhlednit kritéria restrukturalizace a zpřístupnit veřejnosti informace o ekonomice zdravotnických zařízení. Pak bychom k 1. 1. 2014 mohli mít validní seznam nemocnic, které je třeba zachovat, a těch, jež by bylo z hlediska zájmu pojištěnců přijatelné transformovat či zrušit.

Filip Kút Citores

Inzerce A121010632

 **artesa**

INVESTUJTE VÝHODNĚ A S GARANCÍ

Artesa je jedním z kapitálově nejsilnějších spořitelních družstev v České republice.

Založte si **TERMÍNOVANÝ VKLAD** nebo **SPOŘICÍ ÚČET** a získejte:

- \* nadstandardní úrokovou sazbu
- \* vedení účtu zdarma a bez skrytých poplatků
- \* bezplatný výběr 20 % vkladu na spořicí účet 1 x ročně

[www.artesa.cz](http://www.artesa.cz)

**ÚROKOVÁ  
SAZBA**

až **4,3 % p.a.**  
při vkladu na 1 rok

Vklady jsou ze zákona pojištěny  
do hodnoty odpovídající 100 000 EUR

Artesa, spořitelní družstvo

zelená linka: 800 128 836, e-mail: info@artesa.cz

# 14 opatření ministra Hegera ke zlepšení financování zdravotnictví

Ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) předložil počátkem listopadu vládě návrh 14 opatření ke zlepšení finanční situace systému zdravotního pojištění a ke snížení jeho schodků. Představitelé českého zdravotnictví se k nim vyslovili na stránkách našich novin. Přinášíme prvních sedm bodů, dalších sedm bude následovat v příštím čísle.

## 1. Restriktivní vyhláška o úhradách péče pro příští rok

Zdravotní pojišťovny by za péči měly vydat maximálně tolik, kolik vyberou na pojistném, což dle MZ povede ke stabilizaci financí zdravotních pojišťoven i otevření diskuse o udržitelnosti systému, možnostech omezení solidaritní a nároku na plně hrazenou péči.

### MUDr. Milan Kubek

prezident České lékařské komory (ČLK)

Česká lékařská komora s návrhem zásadně nesouhlasí:



a) Ministerstvo nezajistilo příjmy pro zdravotnictví: Pojistné placené státem za tzv. státní pojištěnce (děti, důchodci, nezaměstnaní), tedy více než 60 % obyvatel, bude z rozhodnutí vlády i v roce 2013 stagnovat na pouhých 723 Kč měsíčně, čtvrtým rokem ve stejné výši.

Stropy na pojistné umožňují nejbohatším občanům platit nižší pojistné, než kolik by odpovídalo jejich příjmům. Přetrvává zvýhodnění osob samostatně výdělečně činných, které platí pojistné z polovičního vyměřovacího základu. Nebyla zavedena zdravotní daň na tabák a alkohol, jejíž výnos by podpořil zdravotnictví nesoucí na svých bedrech léčbu nemocí způsobených těmito závislostmi. Ministerstvo nedokázalo vyčlenit žádné nadstandardní výkony, které měly být dalším zdrojem peněz pro zdravotnictví. Bez těchto nadstandardů přitom nemůže vzniknout komerční připojištění.

ČLK proto požaduje podstatné zvýšení plateb pojistného za tzv. státní pojištěnce, zrušení stropu pro maximální vyměřovací základ na pojistné, zvýšení minimálního pojistného pro OSVČ, zavedení tzv. zdravotní daně na tabákové výrobky a na alkohol,

zvýšení plateb na zdravotnictví ze státního rozpočtu a z regionálních rozpočtů.

b) Ministerstvo zvýšilo výdaje zdravotnictví: Ministr Heger souhlasil nejenom s opakovaným zvyšováním sazeb DPH, ale dokonce i s jejich sjednocením.

c) Část zdravotní péče nedostanou zdravotnická zařízení zaplacenou: ČLK vyzývá ministra zdravotnictví Leoše Hegera, aby navrhl a prosazoval takovou vyhlášku o úhradách a regulacích spotřeby zdravotních služeb pro rok 2013, která zohlední nárůst režijních nákladů zdravotnických zařízení a bude poskytovatelům zdravotních služeb kompenzovat zvyšování sazeb DPH. ČLK požaduje navýšení úhrad, které zdravotnickým zařízením umožní splnit vládou ČR dané sliby v mzdové oblasti, pro všechny poskytovatele zdravotních služeb požadujeme od všech zdravotních pojišťoven stejné úhrady za identické výkony.

d) Hrozí likvidace všeobecného solidaritního zdravotního pojištění, které je dostupné pro všechny obyvatele.

### Ing. Jaromír Gajdáček, Ph.D.

prezident Svazu zdravotních pojišťoven ČR



Je to krok nezbytně nutný k zachování finanční stability systému veřejného zdravotního pojištění. To bude důležité zvláště v případech, že se nepodaří prosadit restrukturalizaci akutní lůžkové péče.

### MUDr. Zorjan Jojko

předseda Sdružení ambulantních specialistů



Na toto mohou reagovat citací jednoho z usnesení našeho sjezdu, který proběhl 2. listopadu 2012: Sjezd vyzývá MZ, aby v úhradové vyhlášce pro rok 2013 zajistilo přiměřené navýšení úhrad práce zdravotnických zařízení tak, aby nebyla zhoršena

kvalita a dostupnost ambulantní zdravotní péče o občany v ČR. Sjezd žádá ministra zdravotnictví, aby i v úhradách ambulantních specialistů bylo zohledněno již realizované i plánované navýšení DPH. Jiný postup, respektive stagnaci nebo snížení příjmů ambulancí bude sjezd považovat za jednání v rozporu s článkem 2 a 3 Memoranda uzavřeného mezi MZ a Koalicí soukromých lékařů 30. srpna 2011. V době, kdy v systému veřejného zdravotního pojištění chybějí prostředky, sjezd SAS považuje za zbytečné plynout investovat tyto peníze do projektů jako je IZIP, AKORD, Akord Max apod.

Sjezd vyzývá ministra zdravotnictví, aby v úhradové vyhlášce nestupňoval regulace na předepsané léky a vyžádanou péči. Pokud bude politická vůle snižovat náklady na léky ze zdravotního pojištění, pak roli nositele důsledků tohoto opatření nelze přenášet na lékaře pod hrozbou finančně likvidačních pokut.

Avizovanému kroku ke stabilizaci financí zdravotních pojišťoven i otevření diskuse o udržitelnosti systému, možnostech omezení solidaritní a nároku na plně hrazenou péči se nijak nebráníme. Pokud stát vidí, že systém není schopen ufinancovat zdravotní péči ve stávajícím rozsahu, bylo by fér, pokud by to otevřeně dal vědět občanům a přijal i taková opatření, že by část péče byla ze zdravotního pojištění již nehrazená nebo by byla hrazená jen částečně.

## 2. Sbližování sazeb za akutní lůžkovou péči

Všechny nemocnice v Česku by měly od všech pojišťoven dostávat stejné peníze, nyní se jejich úhrady liší.

### PaedDr. Alena Gajdůšková

místopředsedkyně Senátu Parlamentu ČR a 1. viceprezidentka Svazu pacientů ČR



Vítáme (a nakonec je to i splnění našeho dlouhodobého požadavku), že všechny nemocnice v České republice by měly dostávat za léčbu stejné peníze.

### Zorjan Jojko:

Pokud jde o identické výkony, pak není důvod nesouhlasit.

### Jaromír Gajdáček:

Sbližování sazeb ano, ale v delším časovém období.

### Milan Kubek:

S návrhem urychlit sblížování historických rozdílů v úhradách jednotlivým nemocnicím i od jednotlivých pojišťoven ČLK souhlasí, ale klade otázky: Proč ne urychlené sjednocení těchto sazeb? Náprava nespravedlnosti v úhradách by měla předcházet zásahům do sítě nemocnic. Při stejných úhradách za stejnou péči by mohl nepotřebná zdravotnická zařízení vyřadit z provozu, tedy tržní princip.

## 3. Zavedení elektronických aukcí na léky

Slevy na lécích, soutěžení farmaceutických firem, úspora desítek až stovek milionů korun.

### Zorjan Jojko:

Podle dostupných dat se samotné úhrady léků předepisovaných na recept cca od roku 2006 nemění. Problém změny jejich cen je hlavně ve změnách DPH, což vnímáme jako problematické, neboť tím vlastně zdravotnictví dotuje stát. Soukromí lékaři s tím mají problém, protože jejich regulační limity jsou vztahovány k obdobím, kdy byla DPH nižší, což většina zdravotních pojišťoven ve výpočtu regulačních srážek nezohledňuje.



Ilustrační foto: Shutterstock

Za daleko lepší bychom považovali, kdyby:

- Všechny léky se stejnou účinnou látkou měly stejně vysokou úhradu ze zdravotního pojištění a lišily se jen například doplatkem pacienta.
  - Stát buď dal lékům nulovou sazbu DPH, nebo by do zdravotnictví navyšování DPH vracel, například zvýšením platby za státní pojištěnce.
- Jsou jistě ale i jiné způsoby.

#### Milan Kubek:

Od jara 2013 ministerstvo plánuje zahájit aukce dle zákona o veřejném zdravotním pojištění. ČLK s návrhem souhlasí, ale má připomínky a klade otázky:

- Proč ministerstvo zdravotnictví ztratilo celý rok?
- Elektronické aukce jsou v zákoně chybně nastaveny. Vítěz aukce, firma nabízející svůj lék za nejnižší cenu, je povinen pokrýt pouze 50 % potřeby trhu. Snížení úhrady ostatním výrobcům na úroveň 75 % vítězné nejnižší nabídky způsobí, že velká část pacientů bude na léky zbytečně doplácet.

#### 4. Sestavení pozitivních listů

Zdravotní pojišťovny vytvoří seznam léčiv, která mají smluvní lékaři předepisovat, preferovat budou nejméně nákladné preparáty, firmy budou soutěžit a nabízet slevy, což povede k úspoře desítek až stovek milionů korun ročně.

#### Zorjan Jojko:

Jak VZP, tak Svaz zdravotních pojišťoven dnes už tyto pozitivní listy vlastně mají. Obtížnost jejich využití spočívá v tom, že:

- Programy, které užíváme v předepisování léků, zatím dovolují toho času sledovat maximálně jeden takovýto seznam. Změna by tedy vyžadovala změnu našeho software, což by nám přineslo zvýšení nákladů.
- Dostupnost jednotlivých léků je velmi pohyblivou proměnnou i v rámci velmi krátkých období.
- U některých léků jsou na pozitivním listu jen jeho větší balení, jehož předepsání by při krátkodobější potřebě znamenalo zbytečné plýtvání.
- Ačkoli se léky se stejnou účinnou látkou chtějí tvářit jako co do účinku identické, liší se účinností tablet (plus minus až 20 %) a ostatními složkami, které tablety obsahují. Mohou tedy mít u jednotlivých pacientů různou

účinnost a snášenlivost. Nejsou volně zaměnitelné.

Pokud by bylo myšleno, že pozitivní seznam bude jen jakýmsi pomocníkem či vodítkem a zdravotnické zařízení, které bude předepisovat v něm uvedené léky například z více než 30 či možná 50 % (to procento by bylo třeba namodelovat tak, aby při prostém matematickém výpočtu regulací nebylo ze strany pojišťoven osloveno s výzvou k zaplacení regulační srážky více než například 5 % zařízení), bude mít jistotu, že nebude nijak regulované za předpis léků, pak lze asi souhlasit. Pravidlo, že bychom museli psát léky jen z tohoto seznamu, považujeme za nebezpečné pro pacienty a vlastně také zbytečné, když stačí jen srovnat úhrady stejných účinných látek.

agnostiky musí být pro lékaře prioritou zdravotní stav pacienta a jeho prospěch, nikoli důvody ekonomické. Porušení tohoto etického imperativu, který hájí všechny profesní lékařské samosprávy na světě, je pro Českou lékařskou komoru zcela nemyslitelné.

b) Jde o nepřijatelné omezení autonomie v rozhodování o odborných otázkách. Autonomii lékaře při rozhodování v odborných medicínských otázkách ČLK považuje za základní podmínku bezpečnosti pacientů. Bude i nadále usilovat o zachování této autonomie a bude bojovat proti všem pokusům tuto autonomii omezovat.

c) Hrozí snížení kvality zdravotní péče. Za volbu odpovídající terapie pro pacienta zodpovídá lékař.

#### Milan Kubek:

ČLK považuje zbytečně vysoké výdaje na příliš drahé léky za závažný problém, ale s tímto návrhem souhlasit nemůže. Komora požaduje urychlené přijetí zákona o kategorizaci, cenách a úhradách zdravotnických prostředků. Na přípravě tohoto zákona se chce spolupodílet prostřednictvím svých odborníků.

a) Návrh je krokem k řízené péči. ČLK odmítá projekty řízené péče, které omezují právo pacienta na svobodnou volbu lékaře a svobodu lékařů léčit *lege artis*, v souladu se svým svědomím a znalostmi. Komora varuje lékaře, kteří by se do podobných projektů zapojili, že jsou to oni, kdo by nesl odpovědnost za případná poškození pacientů.

Lékaři nemohou být ekonomicky závislí na tom, kolik peněz ušetří na svých pacientech. Při rozhodování o způsobu léčby a dia-

Diktát úředníků zdravotních pojišťoven je pro lékařskou komoru nepřijatelný.

#### MUDr. Petr Zajíc, MBA

ředitel Nemocnice Na Bulovce



Positivní listy u nás v nemocnici fungují, ročně přinesou úsporu v řádech milionů korun.

#### 5. Sdílené úhrady drahých léčiv a přístrojů (risk-sharing)

Zdravotní pojišťovny by drahé léky a přístroje hradily tehdy, pokud by se prokázala efektivita nákladů a byl stanoven počet pacientů; zvýšení počtu pacientů či dávek hradí dodavatel. Cílem je stopnutí růstu nákladů nad limit.

#### Alena Gajdůšková:

Sdílené úhrady léčiv a přístrojů (risk-sharing) ano, ale nemůže to vést k tomu, že pacientovi kvůli administrativnímu limitu nebudou poskytnuta léčba, která je jinak běžně aplikovaná. To by bylo porušení práva rovného přístupu ke zdravotní péči.

#### Milan Kubek:

ČLK návrh podporuje, sama jej v minulosti několikrát předkládala. Výrobce musí nést zodpovědnost za to, že jeho produkt má opravdu deklarované vlastnosti. Pokud se neprokáže odpovídající účinnost nově dražší terapie, pak výrobce musí být povinen nahradit systému veřejného zdravotního pojištění vzniklé vícenaklady.

#### 6. Zákaz pro VZP naplňovat fond prevence

Opatření má platit od roku 2015, ministerstvo jej však chce prosadit už od roku 2014. Nárokové preventivní programy do neohroží, hradí se ze základních programů. Opatření by vedlo k uvolnění asi 420 milionů korun v systému ročně.

#### Jaromír Gajdáček:

Jedná se o zrovnoprávnění situace stejně jako u zaměstnanec- kých zdravotních pojišťoven, kde už toto opatření platí.

#### Mgr. Jiří Rod

ředitel mluví VZP

Cílenou a účelnou prevencí považujeme za jednoznačně vhodný ekonomický nástroj ke stabilizaci a snižování nákladů na zdravotní péči. Jejím primárním aspektem však nadále musí zůstat předcházení negativním zdravotním jevům, případně komplikacím. Cílem tedy vždy musí být jednoznačně hledisko zlepšení a zkvalitnění zdravotního stavu pacientů, klientů zdravotních pojišťoven i zdravotnických zařízení, jež musí na tomto poli dále spolupracovat. Zrušení fondu prevence by nebylo vhodné řešení ani pro pojištěnce, ani pro jejich zdraví. Navíc by se ministerstvem zdravotnictví chystaná redukce mohla odrazit i na nákladech na léčbu.

#### Milan Kubek:

Tento zákaz pro VZP byl již dříve schválen s účinností od roku 2015, účinnost by se měla předpokládat již od roku 2014. ČLK s ním souhlasí za předpokladu, že zákaz bude platit pro všechny zdravotní pojišťovny.

Fond prevence je ve skutečnosti fond pro korumpování pojištěnců, tedy hlavní marketingový nástroj pojišťoven pro získávání klientů. Pokud by zákaz neplatil pro všechny pojišťovny, byla by VZP na trhu znevýhodněna. Ostatní pojišťovny by jí mohly odlákat klienty, především ty solventnější. Je likvidace VZP cílem ministerstva zdravotnictví? Komu prospěje oslabování VZP, která platí za zdravotní péči více než ostatní pojišťovny?

#### Alena Gajdůšková:

Omezení fondu prevence je proti smyslu zdravotní péče i ekonomické úvahy, tedy cíle udržení zdraví a návratu ke zdraví a efektivního hospodaření v systému. Prevence je pro pacienta vždy lepší a levnější než akutní léčba. V tom smyslu se dá nahlížet i na snahu zrušit úhradu základního stomatologického úkonu, jímž jsou zubní výplně - plomby.

#### Zorjan Jojko:

Opatření by mělo platit pro všechny ZP. Zároveň by ale MZ také mělo jasně říci, co má VZP (tedy „jeho“ - „státní“ zdravotní pojišťovna) za úkol udělat, až od ní právě kvůli tomuto opatření začnou utíkat její pojištěnci a ona nebude mít žádný nástroj jak si je udržet. Rezervní fond je dnes totiž tím jediným, čím se pojišťovny u svých pojištěnců odlišují.

#### 7. Vyjmutí stomatologických výplní z úhrad ZP

MZ zvažuje dvě varianty - nehradit výplně osobám ve věku 18-65 let (s výjimkou vybraných skupin osob s chorobami způsobujícími zvýšenou kazivost chrupu) nebo plomby nehradit osobám, které nechodí na preventivní prohlídky. Tímto opatřením se počítá s uvolněním 1,4 miliardy korun ročně.

#### Milan Kubek:

ČLK varuje před prolomením principu, že pojišťovny musí hradit nejlevnější *lege artis* způsob ošetření. Zákonitě se nabízí otázka, jakou další péči pojišťovny přestanou hradit.

#### Jaromír Gajdáček:

Je to otázka diskuse, podporujeme však názor, že z pojištění se má hradit především akutní a drahá zdravotní péče, kterou by si jinak pacient nemohl dovolit.

## Z DOMOVA

# Nová éra kojeneckých ústavů

Poslanci v minulých dnech přehlasovali prezidentské veto návrhu zákona o sociálně-právní ochraně dětí v gesci Ministerstva práce a sociálních věcí ČR (MPSV) a definitivně tak potvrdili, že nový pěstounský zákon začne platit od 1. ledna 2013. Zástupci České lékařské komory (ČLK) jsou znepokojeni.

**N**ovela zákona omezí nadměrné umísťování dětí do institucionální péče a z kvalitní systém péče o ohrožené děti v ČR. Dosáhnout toho hodlá zavedením standardů kvality a sjednocením postupů sociálně-právní ochrany dětí, novými metodami sociální práce (vyhodnocování situace dítěte a rodiny, individuální plánování, případové konference), preventivní práci s ohroženými rodinami a posílením náhradní rodinné péče.

## Nerušte, co funguje

Ještě v polovině října letošního roku novelu vetoval prezident Václav Klaus. Reagoval tak na kritiku mezinárodních institucí (Úřad vysoké komisařky OSN pro lidská práva, Dětský fond OSN UNICEF a Evropská komise), které opakovaně upozorňují na vysoké počty nejmladších českých dětí v ústavní péči. Prezidentské veto tehdy uvítala i Vědecká rada České lékařské komory (VR ČLK). Vadila jí ambice novely ukončit do roku 2014 činnost kojeneckých ústavů.

Zástupci ČLK se obávají, že neexistuje alternativa, která by péči o kojence nahradila. „Nerušte to, co funguje, když nemáte seriózní alternativu,“ shodli se zástupci Vědecké rady ČLK, která dle svého vyjádření přijala s výrazným znepokojením zprávy o plánovaném zákazu přijímání dětí do 3 let do ústavní péče od 1. 1. 2014, tedy faktickém zrušení ústavů.

Podle lékařů je problém hlavně u kojenců, kteří mají nějaký zdravotní handicap. „V zařízeních jsou často umístěny děti s různými typy postižení vyžadující lékařskou a ošetrovatelskou péči. Tyto děti není snadné a často ani možné předat do náhradní rodinné péče. Budou pak ze sociálních důvodů zůstávat hospitalizovány na dětských odděleních, tedy na lůžkách akutní péče,“ obávají se členové VR ČLK.

## Minimalizace ano, ale ze sociálních důvodů

Jejich obavy mírní vyjádření ministerstva zdravotnictví (MZ), které prý postupnou a náležitě připravenou transformaci systému

péče o ohrožené děti plně podporuje. Mluvčí MZ Vlastimil Sršeň zároveň redakci sdělil, že „zdravotní služby jsou v gesci resortu zdravotnictví. Novela zákona č. 359/1999 Sb., o sociálně-právní ochraně dětí, se však netýká zdravotních služeb a nenavrhuje jakékoli změny v přesunu gescí mezi resortem zdravotnictví a práce a sociálních věcí.“

Resort je pro postupnou minimalizaci počtu dětí v ústavech, přičemž ale nesmí být ohrožena dostupnost a kvalita specifické zdravotní péče pro potřebné děti a jejich rodiny. „Ministerstvo zdravotnictví v současné době připravuje právní úpravu dětských center, která by měla nahradit dosavadní dětské domovy pro děti do 3 let věku. Na základě prvních pozitivních zkušeností, například z Dětského centra Znojmo či Dětského centra Veská, MZ již v roce 2005 zahájilo proces transformace kojeneckých ústavů a dětských domovů pro děti do 3 let věku v dětská centra,“ nastínil mluvčí MZ s tím že, nově by měla vzniknout taková zařízení, kde sice bude poskytována komplexní odborná péče ohroženým dětem a jejich rodinám, ale budou zde převažovat služby ambulantní a lůžkových služeb zůstane minimum.

„Připravovanou změnou by mělo dojít k postupné minimalizaci počtu dětí umístěných na lůžko do dětských center a nepřijímání dětí do těchto zařízení ze sociálních důvodů,“ dodává mluvčí Sršeň a připomíná, že cílem připravované změny je nadále zajišťovat poskytování potřebných zdravotních služeb formou péče ústavní, tedy na lůžku zdravotnického zařízení. Umožní však také ambulantní formu péče, případně i ve vlastním sociálním prostředí dítěte. Jde o děti s perinatální zátěží a zdravotním rizikem, se zdravotním postižením, ale též děti týrané, zneužívané a zanedbávané.

## Nemocné do nemocnice, zdravé do rodiny

S argumentem, že kojenecké ústavy svým svěřencům poskytují zdravotní péči, kterou lze jinak jen těžko suplovat, nesouhlasí vedoucí oddělení vzdělávání ČLK Radek Ptáček, který se na podpoře náhradní rodinné péče dlouhodobě podílí. „Pokud jsou v kojeneckých ústavech nemocné děti, patří jako každé jiné dítě do nemocnice. Lze ale říci, že 90 procent pěstounských rodin zvládá péči o tyto děti v domácím prostředí,“ tvrdí Radek Ptáček a napadá také stanovis-

ko České pediatrické společnosti ČLS JEP, která vyjádřila obavu, že by dětem mimo kojenecké ústavy nebyla poskytována odborná psychologická péče. „Psycholog v kojeneckém ústavu nemá při tak velkém množství dětí šanci je léčit, většinou stíhá pouze základní diagnostiku.“

Z hlediska duality poskytované péče jsou kojenecké ústavy jedním z ukázkových subjektů, kde finanční prostředky zdravotního a sociálního resortu začínou (díky schválení novely) procházet změnami. MPSV chce ústavní péči pro děti do 3 let zarazit a prostředky přesunout pod sebe. „Chceme do konce roku 2013 dosáhnout toho, aby děti nebyly umísťovány do ústavní péče, pouze do péče individuální. K 1. lednu 2014 nebude umístění dětí do 3 let možné, do roku 2016 toto omezení rozšíříme na děti až do 7 let věku,“ uvedl před časem tehdejší ministr práce a sociálních věcí Jaromír Drábek (TOP 09).

Celkové náklady na provoz kojeneckých ústavů vyčísлил na 788 milionů korun ročně, což představuje 37 341 korun měsíčně na jedno dítě v kojeneckém ústavu. „Náklady na jedno dítě v pěstounské péči přitom činí necelých 10 tisíc korun měsíčně. Nám však nejde o úspory, ale o pomoc dětem a lepší využití finančních prostředků v této oblasti,“ doplnil Jaromír Drábek.

VR ČLK přesto nesouhlasí. „Kojenecké ústavy a dětské domovy pro děti do 3 let, případně dětská centra, jsou odbornými zdravotnickými zařízeními a nelze je obratem změnit na zařízení sociálně-právní ochrany, tedy například na zařízení pro děti vyžadující okamžitou pomoc. Tím by došlo k výraznému zhoršení lékařské a ošetrovatelské péče, neboť zařízení sociálně-právní ochrany nejsou – na rozdíl od zařízení zdravotnických – vybavena lékaři, klinickými psychology, fyzioterapeuty a dalšími odborníky z řad ošetrojícího zdravotnického personálu,“ uvádí vědecká rada.

## Jak získat pěstouny?

Stát zatím dostatek pěstounských rodin nemá. „Získat a připravit stovky pěstounských rodin

během 2 let je i podle zahraničních zkušeností zcela nemyšlitelné. Systém kvalitní profesionální pěstounské péče se v zemích, kde funguje, budova řádově 10–15 let. Jen pouhá příprava kvalitních pěstounů trvá například v Norsku až 3 roky,“ namítají lékaři.

„MPSV samozřejmě řadou způsobů podporuje nábor nových pěstounů a osvětu o náhradní rodinné péči. Pěstounských rodin je v současné době asi 8500 a jejich počet se každým rokem zvyšuje. Hlavními důvody, proč není zájemců o pěstounskou péči více a proč v některých případech pěstounská péče nyní selhává, jsou zejména nedostatečná příprava budoucích náhradních rodičů, nepřesné informace o dětech, které přicházejí do náhradní rodiny, slabá (poradenská i hmotná) podpora při výkonu pěstounské péče a nedostupnost odborných, doprovázejících a odlehčovacích služeb,“ vysvětlila naší redakci mluvčí MPSV Viktorie Plívová, která při cílených regionálních kampaních přiznává roli také nestátním neziskovým organizacím.

„Zatím v tomto ohledu supluje me stát. Spolupracujeme s krajskými radními a zastřešujeme regionální neziskové organizace, které se aktivně vyhledávají pěstounů věnují,“ říká Gabriela Lachoutová, předsedkyně správní rady Nadačního fondu J&T, který v regionech kampaň edukativně-náborovou kampaň „Hledáme rodiče“. „Přijetí novely zákona o sociálně-právní ochraně je důležitý krok v rámci reformy celého systému péče o ohrožené děti v ČR. Politická odpovědnost za osudy opuštěných dětí však tímto nekončí. Teď jsou na řadě samosprávy, ty totiž mají v praxi výkon pěstounské péče na svých bedrech,“ komentuje rozhodnutí poslanců představitelka neziskového sektoru a dodává, že „kraje a obce neměly dostatek času se na reformu připravit. Čeká nás ještě hodně práce, než celý systém začne správně fungovat. V rámci kampaně „Hledáme rodiče.č“ nezůstanou stranou ani krajské a regionální politici a představitelé samospráv a orgánů sociálně-právní ochrany dítěte (OSPOD). S těmi všemi jsme připraveni jednat o vzájemné pomoci a spolupráci v naší snaze najít nový domov co největšímu počtu opuštěných dětí,“ uzavírá Gabriela Lachoutová.



Ilustrační foto: Shutterstock



800 521 521  
www.kb.cz

Vyberte  
si kartu  
ve skvělé  
kondici

## Zlatá firemní karta

- prestižní karta  
s exkluzivní péčí  
a službami

fincentrum  
  
Banka roku  
2011

NA PARTNERSTVÍ ZÁLEŽÍ

 NEJLEPŠÍ BANKA 2012  
CENA HOSPODÁŘSKÝCH NOVIN

 **KB**

# Soukromé porodní asistentky v Česku – druh na vymření

Pevně doufám, že lékaři přestanou hledět na soukromé porodní asistentky jako na své nepřátele. Neustálými zbytečnými boji ubližují nejen sobě a pověsti své profese, ale především svým pacientům – v tomto případě ženám a dětem.

Jsem soukromá porodní asistentka a jako jeden z mála zdravotníků této profese mám možnost provázet ženy těhotenstvím, porodem i šestinedělím. Spolupracuji s malou okresní porodnicí ve Vyškově, kde mohu o své klientky pečovat v průběhu celého porodu. Tato porodnice má statisticky jedny z nejlepších porodnických výsledků v kraji. Stran počtu císařských řezů se stabilně drží pod 10 %. Porodní asistentky zde mají možnost pečovat o klientky individuálně, ošetřující personál respektuje porodní plány rodičů, nově podporují *bonding* – v zahraničí zcela běžnou metodu, která zdůrazňuje co největší tělesný kontakt matky a dítěte po porodu. Jsou tu i nadstandardní poporodní pokoje, kde může pobývat celá rodina pohromadě.

## Počet porodů není důkazem kvality péče

Přesto je tato porodnice vystavena tlaku zdravotních pojišťoven

(ZP) a potažmo tlaku lékařů z vedení České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP, kteří se snaží o její zrušení. Nikdo se nezajímá o skutečnou kvalitu poskytované péče v malých porodnicích (Vrchlabí, Jeseník, Vyškov atd.), které chtějí lékaři i zástupci ZP zrušit. Jedinou mírou „kvality“ je pro ně počet porodů za rok. Považuji to za argumenty odporující lékařské etice.

Jak je možné, že se odpovědné osoby rozhodují na základě ukazatelů, které o kvalitě péče rozhodně nevypovídají? Opírá se snad jejich rozhodnutí o studie, které by dokazovaly, že péče v malých porodnicích (pod 700 porodů za rok) není dostatečně kvalitní? Ne. Jejich argumenty se povětšinou opírají o nepodložené tvrzení, že při menším počtu porodů lékaři nemají dostatek zkušeností pro řešení patologických stavů. Jsou ale pro tento argument důkazy? Já tvrdím, že ne. Ve společnosti se tak pouze vytváří dojem, že porod je děj velmi ne-

bezpečný, a ženy se tím odrazují od výběru malých porodnic. Zřejmě je považováno za irelevantní, že se z péče o rodící ženu ve velkých porodnicích vytrácí individuální přístup, klid a intimita. Opravdu chceme rodit na pracovištích, kde je statisticky vyšší procento císařských řezů a vyšší procento rutinních zásahů do porodu? Kde se ztrácí individualita a není prostor pro vznik užšího vztahu s rodící ženou? Kde je personál často přepracovaný a vyhořelý? Tento tlak na malé porodnice považuji pro naši profesi za potenciálně likvidační.

Porodní asistentka od nejstarších dob provázela ženu těhotenstvím, porodem a šestinedělím, ať už o ni pečovala doma, či v porodnici. Porodní asistentka je zdravotník plně kompetentní k vedení těhotenské poradny, k péči o fyziologicky těhotnou ženu při porodu a péči o ženu a dítě po porodu, a to na svou vlastní zodpovědnost. Ze zkušenosti vím, že porodní asistentky dnes tyto kompetence ve velkých porodnicích pomalu, ale jistě ztrácejí. Porod je veden spíše lékařem a porodní asistentka se tak stává jen asistentkou lékaře. Nutno říct, že velké porodnice se soukromými porodními asistentkami nemají zájem spolupracovat. Kde tedy soukromé porodní asistentky mohou svou péči poskytovat?

## Odzvoněno tradiční profesi?

Ministerstvo zdravotnictví se zřejmě rozhodlo profesi soukromé porodní asistentky zcela zlikvidovat. Nejen, že ženy, které ať už z jakéhokoli důvodu chtějí родit jinde než v porodnici, od dubna nemají možnost porodní asistentku najít, ale pokud soukromé porodní asistentky k porodu doma půjdou, jsou vystaveny riziku pokuty ve výši až 1,5 milionu korun. Osobně neznám porodní asistentku, která povolenná od MZ ČR k porodu doma má. Týdně mě kontaktují ženy, které hledají porodní asistentku k domácímu porodu. Tyto ženy jsou vystaveny něčemu, co historie lidstva nepamatuje. Rodící žena

nemá možnost sehnat porodní asistentku, stát ji nechává naprosto bez pomoci. Myslí si snad ministr Leoš Heger či předseda České gynekologické a porodnické společnosti Vladimír Dvořák, že takto tyto ženy umlčí? Budeme dále předstírat, že takové ženy nejsou a nebudou?

Část populace se tak ocitla bez možnosti alespoň minimální zdravotní péče. Tyto ženy momentálně v domácnosti rodí jen s dulou (která není zdravotnickým profesionálem), nebo tajně s porodní asistentkou, která v případě, kdy by musela volat rychlou záchrannou službu, svou přítomností riskuje mediální a poté soudní štvanicí. Mají se snad tyto asistentky před příjezdem záchranné služby schovávat ve skříni?

Jak je možné, že ministerstvo dosud nestanovilo alespoň minimální podmínky bezpečného vedení domácího porodu? Nikde neexistuje seznam věcí, jež si soukromá porodní asistentka má k porodu doma vzít. V případě krvácení nemůže podat uterotonika (léky na stažení dělohy) ani umrtvit hráz před případným šitím porodního poranění, nikde není stanoveno vybavení pro případnou okamžitou resuscitaci dítěte. Západní státy mají tato pravidla již dávno podrobně vypracovaná a vedou pečlivě statistiky péče, kterou soukromé porodní asistentky poskytují mimo zdravotnická zařízení – ať už v porodním domě či doma. Myslíte, že by tuto péči státy tolerovaly, kdyby ze statistik vycházela tak nebezpečná, jak se představitelé lékařské lobby snaží veřejnosti namluvit?

## Porodní asistentky nejsou nepřáteli lékařů

Nyní na MZ ČR probíhá debata o porodních domech. Je to totiž velmi lukrativní záležitost, kterou si zřejmě někteří lékaři nechtějí nechat ujít. Porodní dům je zdravotnické zařízení, kde pracují porodní asistentky a pečují o těhotné a fyziologicky rodící ženy. Je zde vytvořeno téměř domácí prostředí k porodu, kte-

ré rodící ženě dopřeje větší komfort, klid a hlavně stálou péči porodní asistentky, s níž se žena dopředu zná, důvěřuje jí a sama si ji vybere.

Stávající vyhláška stanovující vybavení takového zařízení v ČR obsahuje jednu podmínku – zařízení musí být situováno tak, aby bylo možné do 15 minut od zjištění komplikací zahájit operační řešení porodu (například císařský řez). Sama jsem však zjistila, že tato podmínka je pro otevření porodního domu mimo porodnici nespílitelná. Vedení porodnice Obilní trh (Fakultní nemocnice Brno) tvrdí, že císařský řez do 15 minut lékaři udělají jen v případě, když bude porodní dům umístěn v areálu porodnice, a proto Zdravotnický odbor Jihomoravského kraje pro toto zařízení odmítá vydat povolení, i kdyby bylo naproti nebo 400 metrů od porodnice. Pokud budou porodní domy jen luxusně zařízené pokoje v porodnici, za které si ženy tvrdě připlatí a porodnice tak bude mít zajištěn slušný příjem, naprosto se tím vytrácí celá filozofie péče porodních domů.

Naše profese se tak ocitá na velkém rozcestí: Půjdeme v porodnictví po stopách západních zemí za svobodou a demokracií, nebo se naše zdravotnictví vrhne znovu o pár let zpátky do totality? Ženy ve svobodných zemích mají možnost vybrat si svou porodní asistentku, opakovaně se s ní v těhotenství setkávat v těhotenské poradně a tato porodní asistentka o ně může svobodně pečovat v jakémkoli prostředí – doma, v porodnici či v porodním domě. Lékaře porodní asistentka ke své práci potřebuje, je to její kolega a partner. Pokud zjistí, že těhotenství či porod neprobíhá fyziologicky, spolupracuje dále s ním. Jsem osobně přesvědčena, že jediné toto je model péče, který může v porodní asistenci fungovat ve prospěch matky i dítěte.

Pevně doufám, že si lékaři uvědomí, jak neustálými zbytečnými boji ubližují nejen sobě a pověsti své profese, ale hlavně klientům/pacientům – v tomto případě ženám a dětem. Že si uvědomí nesmyslnost svého přístupu a přestanou na soukromé porodní asistentky hledět jako na své nepřátele.

Bc. Jana Riedlová  
porodní asistentka, Brno



ilustrační foto: Shutterstock

# „Nemocniční“ versus „komerční“ odběr plazmy? – pohled z druhé strany

Článek „Nemocniční“ versus „komerční“ odběr plazmy?“ (č. 21/2012) slibuje, alespoň podle názvu, srovnání obou systémů. Ve skutečnosti však obsahuje pouze informace o komerční plazmaferéze a argumenty z jedné strany (zřejmě velmi pečlivě vybrané).



ilustrační foto: Shutterstock

Článek obsahuje tvrzení, že „hlavním úkolem transfuzních oddělení (rozumím se nemocničních), je odběr červených krvinek pro pacienty“ (cit. z *sloupec, 2. odstavce*). Není to pravda. Nemocniční transfuzní oddělení zajišťují nejen odběry krve a krevních složek a jejich zpracování na transfuzní přípravky (kromě červených krvinek i krevní destičky, plazmu pro klinické použití a další preparáty), ale i diagnostická, předoperační a předtransfuzní vyšetření pacientů, kontrolní vyšetření těhotných žen potřebná pro prevenci hemolytického onemocnění novorozenců, léčebné výkony, podílejí se na nábore a vyšetřování dárců kostní dřeně atd. Jednou z mnoha činností jsou také odběry plazmy pro průmyslové zpracování.

Těžko říci, která z uvedených činností je „hlavní“ a která „méně hlavní“... Jasně je, že prodej plazmy pro průmyslové zpracování znamená předem definovaný finanční přínos, zatímco všechny ostatní činnosti jsou přímo či nepřímo hrazeny ze zdravotního pojištění, a přinášejí tedy nemocni-

cím jen pomyslné „body“, které se následně promítají do úhrad podléhajících řadě regulačních opatření. (Transfuzní přípravky si sice nemocnice vzájemně „prodávají“, ale konečný uživatel je stejně vykazuje pojišťovně...)

## Pár zamlčených faktů

Největší problém ale nespátujeme v tom, co v článku uvedeno je, ale naopak v tom, co v něm není. Uvádíme tedy pár zamlčených faktů:

- Nemocniční transfuzní oddělení odebírají plazmu pro průmyslové zpracování prakticky od svého vzniku, tedy více než 50 let.
- Více než 20 let nemocniční transfuzní oddělení používají techniku přístrojové plazmaferézy (tedy stejnou jako používají komerční plazmaferetická centra).
- Objem plazmy dodávané nemocničními transfuzními odděleními k průmyslovému zpracování (dlouhodobě 100–150 tisíc litrů/rok, v roce 2011 celkem 157,3 tisíc litrů) je dostatečný k pokrytí potřeby celého spektra krevních derivátů pro pacienty v Česku.

- Celkový objem plazmy dodávané z České republiky k průmyslovému zpracování (součet plazmy z nemocničních transfuzních oddělení i komerčních plazmaferetických center) je nejvyšší v Evropě (v přepočtu na počet obyvatel) a 3x přesahuje průměr v EU. Přípravky ze 2/3 objemu plazmy odebrané v ČR jsou použity k léčbě nemocných mimo republiku (*to samo o sobě není „špatně“, ale vědí o tom dárci komerčních plazmaferetických center...?*).

• Krevní deriváty (= přípravky z plazmy) jsou do Česka dodávány na komerční bázi (distribuuje je zejména lékárenská síť, komerční plazmaferetická centra se na tom nijak nepodílí). Produkty tak dostane ten, „kdo je zaplatí“. Tento režim ve světě/v Evropě převažuje. Česká republika nemá žádnou garanci (bez ohledu na existenci či neexistenci komerčních plazmaferetických center), že například v případě nedostatku dostane potřebné produkty přednostně (nebo za jiné než tržní ceny). V případě nemocnic, jež dodávají plazmu ke zpracování, je ovšem nákladem krevních derivátů a prodej plazmy obvykle vzájemně propojen.

• Komerční plazmaferetická centra s velkou pravděpodobností alespoň částečně konkurují nemocničním transfuzním oddělením, pokud jde o získávání dárců krve: před jejich vznikem přicházelo na nemocniční transfuzní oddělení cca 35 tisíc prvodárců ročně (1998–2007), po jejich vzniku je to kolem 27–30 tisíc prvodárců ročně (do komerčních plazmaferetických center přitom přichází cca 20 tisíc prvodárců ročně).

• Dárcovská klientela nemocničních transfuzních oddělení a komerčních plazmaferetických center se (naštěstí) trochu liší. Svědčí pro to nejen výše uvedené počty prvodárců, ale i rozdíl v záhytu infekčních markerů mezi dárci – například záchyt HCV je v komerčních plazmaferetických centrech více než 3x vyšší. Podle statistik Státního zdravotního ústavu Praha jsou cca 2/3 nově zjištěných infekcí HCV

v Česku asociovány s užíváním injekčních drog. Souvislost s finanční motivací „dárce“ se sice nabízí, ale nebyla u nás prokázána (respektive nebyla provedena žádná takto zaměřená studie).

• Zajištění zdravotní péče dárce v případě zjištěného nosičství nebo onemocnění HIV, HBV, HCV aj. u dárce krve nebo jejich složek je samozřejmou povinností všech transfuzních oddělení a nikoli výsadou komerčních plazmaferetických center. Pro nemocniční transfuzní oddělení je to asi snazší (i když to vzhledem k rozdílnému epidemiologickému profilu nastává méně často) – péči mohou zajistit zpravidla v rámci vlastní nemocnice.

• I když je Česká republika dlouhodobě soběstačná v produkci transfuzních přípravků (= čer-

vené krevinky, krevní destičky a plazma pro klinické použití), průběžně (i když pomalu) klesá počet dárců, od kterých byly potřebné přípravky získány.

• Zatímco nemocniční transfuzní oddělení mohou poměr mezi odběry plné krve a plazmaferézou řídit podle aktuální potřeby zásobovat nemocnice transfuzními přípravky, žádná koordinace s činností komerčních plazmaferetických center není možná. Snadno se tak může stát, že budeme „čistými vývozci plazmy“, a přitom budeme mít nedostatek přípravků pro léčbu v nemocnicích.

Je nesporné, že činnost komerčních plazmaferetických center je legální i legitimní. Konkurence je zdravá. Domníváme se ale, že informace poskytované odbornou veřejností by měly být objektivní a úplné.

MUDr. Vít Řeháček, MUDr. Petr Turek, CSC.  
za výbor Společnosti pro transfuzní lékařství ČLS JEP

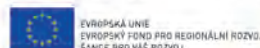
## Co přináší lázeňská péče?

Léčba v českých a moravských lázních je založena na využití minerálních vod, peloidů (slatina, rašelina a bahno) a přírodních plynů a rovněž na pozitivním vlivu klimatu. Lázeňskou léčbu je tak možno považovat za výrazně šetrnější k lidskému organismu než je např. medikamentózní léčba či invazivní lékařský zákrok. Celý léčebný proces v lázních probíhá pod dohledem odborných lékařů a využívá nejmodernější léčebné a rehabilitační postupy současné medicíny. Kvalitní lázeňská kúra působí pozitivně nejen po dobu pobytu v lázních, ale její účinky se projevují ještě několik dalších měsíců. Návrh na lázeňskou péči vystavuje praktický lékař nebo ošetřující lékař při hospitalizaci. Pro zjednodušení celého procesu a rychlou orientaci lékařů připravil Svaz léčebných lázní ČR webové stránky [www.lecebnelazne.cz](http://www.lecebnelazne.cz), na nichž lze najít všechny potřebné informace včetně aktuálního Indikačního seznamu a elektronického formuláře Návrhu na lázeňskou péči s detailními pokyny k jeho vyplnění.

Více informací naleznete na [www.lecebnelazne.cz](http://www.lecebnelazne.cz)



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



## Čína stanovila pravidla pro psychiatrickou péči

Čína přijala dlouho očekávanou legislativu, jež upravuje podmínky pro léčbu duševně nemocných osob.

Mimo jiné má nový zákon zabránit hospitalizacím lidí v psychiatrických léčebnách proti jejich vůli. Tuto praxi totiž čínský režim často zneužíval vůči svým kritikům, proti čemuž dlouhodobě protestovaly nejen mezinárodní organizace, ale také samotné obyvatelstvo.

## Pravomoci pouze pro psychiatrii

Legislativa stanovuje standardy pro poskytování psychiatrické péče, zavádí pro zdravotnická zařízení povinnost zřídit specializační pracoviště pro ambulantní i nemocniční psychiatrickou péči, požaduje rovněž větší důraz na výškolení nových lékařů v této oblasti. Vláda tak reaguje na současnou situaci, kdy v zemi narůstá počet obyvatel trpících některou z psychických poruch vyžadujících léčbu.



Ilustrace: Shutterstock

Zneužívání psychiatrických léčeben je v Číně poměrně časté nejen ze strany režimu, média nezřídka přinášejí zprávy o lidech, kteří se do zařízení dostanou po neshodě se zaměstnavatelem nebo kvůli rodinným sporům. Nový zákon proto jasně stanoví, že psychiatrické vyšetření či léčba musí být dobrovolná, výjimkou jsou případy, kdy je pacient nebezpečný sobě nebo svému okolí. Pouze psychiatři budou mít pravomoc nemocného doporučit k hospitalizaci – pokud nemocný bude trpět vážnou duševní chorobou vyžadující léčbu, terapie se pro něj stane povinnou.

Policii nadále zůstane jen pravomoc nařídit člověku psychiatrické vyšetření. Lidé, kteří mají pocit, že byli do léčebny odesláni bezdůvodně či v rámci „vyřizování účtů“, nově dostanou právo se proti rozhodnutí odvolat.

(Zdroj: Guardian)

(kha)

# Slovensko: Zákoník práce vyvolal protesty mezi zdravotníky

Slovenští zdravotníci protestují proti novele zákoníku práce. Lékaři i sestry prostřednictvím svých organizací žádají prezidenta Ivana Gašparoviče, aby dokument vrátil k projednání zpět do parlamentu.



Ivan Gašparovič. | Foto: www.prezident.sk

Lekárske odborové združenie (LOZ) zaslalo slovenské hlavě státu otevřený dopis, v němž zdůrazňuje, že nový zákoník obsahuje pro lékaře řadu znevýhodňujících ustanovení, jež mají podle slov předsedy LOZ Petera Visolajského „zamaskovat nedostatek lékařů v systému zdravotnictví“.

## Obětí pacient

„Například navýšení maximální týdenní pracovní doby pro lékaře, jež novela zákoníku práce stanoví, by mělo mít podle předpisů Evropské unie pouze přechodný charakter, tedy s pevně určeným termínem ukončení platnosti,“ uvádějí lékařské odbory a zdůraz-

ňují, že nedostatek zdravotnických pracovníků ve slovenských nemocnicích by se dal řešit dodržením memoranda, jež koncem loňského roku kvůli rozsáhlým protestům podepsala s LOZ bývalá vláda.

Peter Visolajský upozorňuje, že obětí novely se stanou pacienti – pokud totiž legislativa vejde v platnost, může se stát, že akutní zákroky bude provádět vyčerpaný lékař, navíc podle něho zákonodárci nijak nezohlednili lékařky-matky. „Rádi bychom Vás upozornili, že 250 přesčasových hodin může znamenat, že kromě práce od pondělí do pátku by každou sobotu v roce měly lékařky-matky přijít do zaměstnání na pět hodin,“ píše odbory Ivanu Gašparovičovi.

## Diskriminační změny

Otevřený dopis slovenskému prezidentovi adresovalo rovněž Odborové združenie sestier a pôrodných asistentek – ačkoli jeho vedení uznává na jedné straně některé pozitivní změny, jež novela zákoníku práce přináší ve

prospěch zaměstnanců a odborů, na straně druhé upozorňuje na neakceptovatelné navýšení práce pro sestry. „Zvýšení počtu hodin povinných přesčasů pro zdravotnické pracovníky jasně svědčí o tom, že sester, porodních asistentek, lékařů a dalších zdravotníků je ve slovenských nemocnicích vážný nedostatek. Namísto toho, aby se zákonodárny orgán zabýval způsobem stabilizace pracovních sil ve zdravotnictví, změnami poměrů ve zdravotnictví a zabezpečením či kontrolou dodržování personálních norem v nemocnicích, takovýmto diskriminačním způsobem mění zákoník práce,“ píše se v dopise odborového sdružení.

Také představitelky sester poukazují na rizika, jež nový zákoník může znamenat pro pacienty, když upozorňují, že povolání sester a porodních asistentek vyžaduje plné nasazení a jakákoli nepozornost může mít pro nemocného fatální následky. „Převzme Národní rada SR odpovědnost za kvalitu poskytnuté zdravotní péče přetáženými a vyhořelými zdravotníky?“ klade v dopise slovenskému prezidentovi otázku Odborové združenie sestier a pôrodných asistentek.

(Zdroj: Pravda)

Květa Havlová

## Krátce ze světa

• **Slovenská vláda** Roberta Fica schválila návrh postupu pro vytvoření jediné zdravotní pojišťovny: Dvě soukromé pojišťovny (Dôvera a Union), jež nyní v zemi působí, chce kabinet odkoupit, v případě nedohody s jejich akcionáři vyvlastnit. O hodnotě transakce slovenský premiér nechtěl spekulovat, cenu za klienty soukromých pojišťoven má stanovit vybraný znalec.

• **Německo** se rozhodlo zrušit od příštího roku regulační poplatky za návštěvu lékaře zavedené v roce 2004. Svůj původní účel – snížit četnost návštěv ordinací – nesplnily, navíc pro lékaře znamenaly administrativní zátěž navíc. Pacienti starší 18 let platí za první návštěvu ve čtvrtletí 10 eur, pak už mají v daném období všechny návštěvy zdarma. Zatímco v ostatních zemích EU se počet návštěv pohybuje okolo 10 ročně, Němci chodí k lékaři 18x za rok. „Zaplacení poplatku mnoho lidí svá-

dělo k tomu plně využít oněch 10 eur a chodit častěji,“ citují tamní média dermatoložku Gabriele Doukliasovou. Zatímco němečtí lékaři zrušení poplatku přivítaly, zdravotní pojišťovny s ním nesouhlasí – ročně totiž přijdou téměř o 2 miliardy eur a podle jejich představitelů hrozí, že se tak výrazně sníží rezervy. Vláda totiž navíc rozhodla o snížení plateb za státní pojištěnce.

• Počet obětí meningitidy, jež se ve **Spojených státech amerických** rozšířila aplikací infikovaných injekcí se steroidy, dosáhl 32. Celkově bylo nakaženo 438 osob. Úřady očekávají, že tato čísla budou i nadále stoupat.

• **Americký** soud přiznal odškodnění 12 vojákům, kteří byli během války v Iráku vystaveni karcinogenním látkám. Sumu ve výši 85 milionů dolarů má zaplatit společnost Kellog Brown and Root, jež v roce 2003

nechala vojáky strážit ropný areál na jihu Iráku, který byl zamořen dichromanem sodným. Postižení kvůli tomu podle žaloby trpí řadou závažných onemocnění. Zmíněný rozsudek není posledním sporem vedeným příslušníky americké armády proti firmě KBR – další žalobu na ni podalo více než 120 vojáků či vdov po zemřelých vojácích.

• **Čína** se rozhodla zřídit celostátní dárcovský systém orgánů. Země nechce nadále záviset na orgánech pro transplantace získaných od popravených vězňů, od nichž dnes pocházejí nejméně 2/3 orgánů. Nový systém, který byl v posledních 2 letech testován v 16 tamních provinciích a plně zprovozněn bude počátkem roku 2013, bude fungovat pod vedením Čínského červeného kříže. Tamní ministr zdravotnictví Chen Zhu letos na jaře oznámil, že od popravených vězňů přestane země získávat orgány pro trans-

plantace do 5 let. Kvůli této praxi je Čína dlouhodobě kritizována mezinárodními organizacemi pro lidská práva.

• K policejní razii a následnému okamžitému uzavření došlo v jedné ze 4 soukromých psychiatrických léčeben v **Izraeli** poté, co vyšly najevo informace o fyzickém a sexuálním násilí, jemuž byli ze strany personálu vystaveni někteří z tamních 155 pacientů. Bylo obviněno 14 ze 75 pracovníků léčebny Nevah Jaakov u města Petach Tikva, 9 skončilo ve vazbě. „Zatčení jsou výsledkem operace, která trvala přes 6 měsíců,“ komentoval akci policejní mluvčí. Podnětem k vyšetřování se podle deníku Haarec staly případy několika pacientů, kteří byli hospitalizováni ve veřejných nemocnicích s podezřelými zraněními ukazujícími na pravděpodobně vystavení násilí. O zneužívání navíc mluvili i bývalí zaměstnanci léčebny či sami pacienti.

# Zpráva o výdajích za odškodnění překvapila porodníky

Britská Národní zdravotní služba (NHS) čelí tlaku na zvýšení kvality péče o rodičky a novorozence. Podle nejnovější zprávy Úřadu NHS pro občanské spory (NHS Litigation Authority, NHSLA) totiž veřejné zdravotnictví vydalo za odškodnění kvůli pochybením zdravotníků při vedení porodu v posledních 10 letech 3,1 miliardy liber.

Dokument uvádí, že mezi lety 2000 a 2010 zdravotničtí pracovníci vážně pochybili při 5087 porodech. Tuto skutečnost někteří odborníci považují za „ohromující“ a „vážné varování“. Podle NHSLA, jenž pro svou studii vycházel z údajů o žalobách proti zdravotnickým zařízením podaným v daném období, při porodu nejčastěji chybovali začínající lékaři a nezkoušené porodní asistentky, kterým se během služby nedostalo potřebné pomoci od starších kolegů. Celkově vyčíslená suma 3,1 miliardy liber zahrnuje i poplatky za soudní procesy. Úřad proto zdůrazňuje právě důležitost odborného dohledu ze strany zkušených zdravotníků.

## Máme stále co dohánět

„Zpráva NHSLA je ve svých závěrech představující realitu a množství finančních prostředků vydaných na odškodnění a soudy kvůli pochybení při porodu skutečně ohromující. Ovšem

za onou finanční stránkou věci se skrývá bezpočet příběhů o tragédiích jednotlivců a rodin,“ komentuje studii viceprezident pro klinickou kvalitu Královské gynekologicko-porodnické společnosti David Richmond. „Je to pro nás jakýmsi vážným varováním dokazujícím, že ve zvyšování bezpečí rodiček i novorozenců dětí máme ještě co zdokonalovat,“ dodává.

Výkonná ředitelka NHSLA Catherine Dixonová nicméně zdůrazňuje, že i přes zveřejněné statistiky je gynekologicko-porodnická péče v nemocnicích NHS kvalitní. „Přivést na svět dítě v péči lékařů a porodních asistentek zůstává bezpečným způsobem porodu. V Anglii ročně dochází k 5,5 milionu porodů. Pouze u jednoho z tisíce dojde k pochybení, po němž následuje žaloba,“ upozorňuje Catherine Dixonová s tím, že i přesto je nutné organizaci porodnické péče zdokonalovat. Zdravotníci by si pod-

le ní ze zprávy NHSLA měli vzít ponaučení.

Úřad, ale i sami odborníci rovněž upozorňují na nedostatek zkušených lékařů v zařízeních NHS. „Náklady spojené s personálně plně vybaveným gynekologicko-porodnickým oddělením jsou mnohem nižší než náklady spojené se soudními spory,“ říká David Richmond.

## Nedostatek personálu

Na nedostatek erudovaných a zkušených zdravotníků upozorňuje i výkonná ředitelka Královské společnosti porodních asistentek Cathy Warwicková. „Je smutné, že se v péči o rodičku a její dítě v našich porodnicích rok co rok opakují ty samé chyby,“ podotýká. „Klíčem ke kvalitní péči je dobře seštrhaný, komunikující tým zdravotníků. Něco takového se ovšem při současném nedostatku personálu zabezpečuje jen velmi těžko.“

Zprávu NHSLA okomentoval také

britský ministr zdravotnictví Dan Poulter, jenž je sám porodníkem pracujícím v rámci NHS. „Národní zdravotní služba zůstává nadále jedním z nejbezpečnějších míst, kde přivést na svět dítě. Bohužel, bez ohledu na to, jak zkušené lékaře a porodní asistentky

máme, u malého počtu rodiček a dětí dojde k fatálním komplikacím. Ve výjimečných případech se stane, že poskytnutá péče neodpovídá daným standardům a nezaručuje bezpečí pacientek. Jako lékař pracující v této oblasti jsem si vědom tlaku, pod kterým v takových situacích rodiče a jejich děti jsou. Navíc kdyby k těmto incidentům nedocházelo, NHS by měla o 3 miliardy liber více na zkvalitňování péče o pacienty,“ prohlásil ministr zdravotnictví.

(Zdroj: Guardian)

Květa Havlová



Ilustrační foto: Shutterstock

- Odškodnění ve výši 30 tisíc eur musí podle Evropského soudu pro lidská práva zaplatit **polský** stát dnes 18leté ženě, již před 4 lety odmítli v nemocnici ve východopolském Lublinu provést interrupci navzdory věku a tvrzení dívky, že otěhotněla po znásilnění. Zárok nakonec vykonalo zdravotnické zařízení ležící o 500 km dále. Soud rozhodl, že Polsko porušilo základní práva ženy (i její matky, jež dívku doprovázela a které soud přiklil odškodnění ve výši 16 tisíc eur).

- Podle průzkumu uveřejněného **britským** deníkem Daily Telegraph dostalo v minulých 2 letech nejméně 900 dívek ve věku 13–16 let od školní zdravotní sestry hormonální antikoncepci (buď ve formě injekce, nebo podkožního implantátu). Pohlavní styk je přítom ve Velké Británii povolen až od 16 let věku, navíc rodiče o tom, že jejich nezletilé dcery užívají antikoncepci, nevědí – kvůli

přísným pravidlům o ochraně pacientova soukromí je sestry o tomto kroku nesmějí informovat.

Právě tuto skutečnost kritizují někteří konzervativní politici, ale i lékaři. Obávají se totiž, že mladé dívky nebudou přistupovat k sexu odpovědně, což povede k šíření pohlavních chorob. Britský ministr zdravotnictví Dan Poulter jakoukoli změnu systému odmítá, nicméně zdravotníky vyzval, aby se dívky snažili přesvědčit, že mají o antikoncepci rodičům říci. Zemi se soustavně daří snižovat počet nechtěných těhotenství u náctiletých dívek – je jich nejméně od roku 1969, ve srovnání s Německem či Francií však jejich počet stále dosahuje dvojnásobku.

- **Srbské** ministerstvo zdravotnictví vyšetřuje vedení jedné ze soukromých bělehradských nemocnic, která na slevovém portálu nabízela za zvýhodněnou cenu interrupci. Zdra-

votnickému zařízení hrozí pokuta ve výši nejméně 300 tisíc dinárů, konečná suma však může být mnohem vyšší – srbská legislativa totiž nedovoluje reklamu na konkrétní lékařské zákroky. Vedení nemocnice odmítlo situaci komentovat, nabídka ze slevového portálu zmizela. Interrupce je v zemi legální, v počtu provedených potratů Srbsko zaujímá jednu z předních pozic v Evropě. V roce 2010 podstoupilo zákrok 150 tisíc žen, narodilo se však pouze 67 tisíc dětí.

- Obyvatelé **kalifornských** měst Richmond a El Monte v referendu drtivou většinou odmítli zavedení zvláštních daní pro obchody, jež prodávají slazené nápoje. Tamní samospráva si od daní slibovala nejen zvýšení příjmů do městské pokladny, ale také posílení boje s obezitou, jež v současnosti postihuje již třetinu Američanů. Obyvatele zmíněných měst odradilo od zavedení daní ne-

jen avizované zvýšení cen za oblíbené nápoje, ale také strach o osud místních firem prodávajících tyto nápoje – údajně by totiž lidé pro limonády jezdili do vedlejších měst.

- Ve snaze přimět **švédské** ženy, aby upřednostňovaly kojení před umělou dětskou výživou, tamní vláda přišla s návrhem zakázat v reklamách na kojeneckou výživu fotografie dětí. Stockholm tak reaguje na směrnici Evropské unie z roku 2006, jež po státech požaduje zaměřit podporu této výživy na úkor kojení. Připravovaná legislativa počítá mimo jiné s tím, že reklama na umělou výživu se bude moci objevit pouze v odborných a specializovaných periodikách, balení produktů budou muset namísto zmíněných obrázků malých dětí obsahovat grafický postup při přípravě výživy a upozornění, že rodiče by její podávání dítěti měli konzultovat s odborníkem. Zakázáno bude rozdáv-

vání vzorků s umělou kojeneckou výživou, její prodej v rámci slevových akcí i tvrzení, že je stejně dobrou (případně lepší) volbou ve srovnání s kojením.

- V rámci pilotního programu byl na několika **britských** školách v oblasti Manchesteru spuštěn program, v jehož rámci si budou žáci mezi 5 a 7 lety věku 1x denně pod dozorem pedagoga čistit zuby. Učitelé projdou speciálním školením dentálních hygienistů. Velká Británie tak reaguje na nedávno zveřejněnou statistiku, podle níž v zemi trpí zubním kazem téměř polovina dětí mladších 12 let. Damien Walmsley z Britské stomatologické asociace je však přesvědčen, že samotná čistění zubů ve škole špatný stav chrupu dětí nevyřeší. Největším problémem podle něho zůstává nezdravá a nekvalitní strava, kterou děti dostávají.

(Zdroje: ČTK, Reuters, BBC)

(kha)

## ZE ZAHRANIČÍ

## Do nemocnice v Dánsku podle kvality

Dánské ministerstvo zdravotnictví se pyšní studií, která porovnává kvalitu a efektivitu nemocnic v této zemi spolu se sedmi dalšími státy EU. Ve většině ukazatelů se dánské zdravotnictví celkově jeví jako vysoce kvalitní a dobře fungující.

Do studie byly kromě Dánska zahrnuty také Švédsko, Norsko, Finsko, Nizozemsko, Německo, Velká Británie a Francie.

**Nízká úmrtnost, vyšší náklady**

Jak konstatuje v komentáři dánské ministerstvo zdravotnictví, kromě vysoké kvality a funkčnosti je tamní zdravotnictví vůči pacientům maximálně vstřícné, s přístupem k péči takřka bez čekacích dob.

Kvalitu péče v oblasti kardiovaskulárních i dalších onemocnění studie dokládá zejména nejnižší mírou úmrtnosti (v porovnání s dalšími sedmi sledovanými státy) po přijetí pacienta s akutním infarktem myokardu či mozkovou mrtvicí do nemocnice.

Výkonnost zdravotnických pracovišť v Dánsku studie prokazuje tím, že se tu provádí v přepočtu na tisíc obyvatel více chirurgických výkonů, z toho polovina ambulantně či v rámci jedno-

denní chirurgie. Hospitalizace probíhá s krátkou ošetrovací dobou. Náklady na nemocnice se v Dánsku drží lehce nad průměrem oproti ostatním zemím. Ministerstvo nicméně připouští, že některé nedostatky se vyskytují v péči o onkologicky nemocné.

**Pomáhá internet**

V rámci průběžného zvyšování kvality péče i výkonnosti nemocnic obyvatelstvo získalo možnost vybírat si prostřednictvím

internetu kliniku či nemocniční oddělení podle regionů i podle vybraných ukazatelů, zejména čekacích dob a údajů vypovídajících o kvalitě.

Přes dvě webové adresy se zájemce dostane na seznam všech dánských nemocnic a odtud k podrobnějším údajům o jejich činnostech, jež jsou zveřejňovány jednotným způsobem, aby data byla snadno a rychle porovnatelná. Například stačí zadat druh nemoci či léčebného zákroku

a zájemce dostane přehled všech příslušných pracovišť.

Některé údaje hovoří o celkové „vstřícnosti“ pracoviště vůči pacientům, další o opatřeních proti nemocničním nákazám atd. Čekací doby se sledují odděleně pro ambulantní a lůžkovou péči, ale i pro tzv. první vyšetření a následnou hospitalizaci. Například na ortopedické vyšetření v nemocnici se čeká většinou do 6 týdnů, výjimečně 16 týdnů (univerzitní nemocnice v Odense), na hospitalizaci v této odbornosti zpravidla do 8 týdnů. Spokojenost pacientů s nemocnicemi se pohybuje kolem 90 %.

Vladimíra Boškova

## Rakousko vytváří nový přístup k datům pacientů

Rakouská vláda schválila návrh zákona, jímž se zavede jednotný informační systém propojující pacienty, lékaře, nemocnice, lékárny i ošetrovatelské ústavy.

Systém ELGA má ošetřujícím lékařům vždy na čtyři týdny umožnit elektronický přístup ke všem datům relevantním pro aktuální léčbu prostřednictvím průkazu pojištěnce. Lékařská komora proti zavedení systému ELGA dlouhodobě protestovala, nyní zklamane ukončila svou „odbojnou“ kampaň, nicméně dále sbírá podpisy občanů, kteří se obávají potenciálních rizik elektronické zdra-

votnické dokumentace. Vedení komory se chystá s přetrvávajícími obavami seznámit parlament a požádat zákonodárce o přepracování některých ustanovení.

**Pro lékaře povinný, pro pacienty dobrovolný**

Naopak ministr zdravotnictví Alois Stöger prezentoval na tiskové konferenci pouze „pozitiva“ systému. Tvrdí například, že pro

pacienty zůstane dobrovolný, respektive z tohoto systému budou moci vystoupit. Zatímco komora preferuje výslovnou dobrovolnost pro všechny strany, ministr potvrdil, že pro lékaře, nemocnice a další poskytovatele péče a služeb bude systém povinný. Pacienti do něj budou moci vstoupit na přelomu let 2013 a 2014, od roku 2015 bude ELGA povinná pro veřejné a neziskové nemocnice

i ošetrovatelské ústavy, od roku 2016 se budou muset zapojit všichni smluvní lékaři a v dalším roce i soukromé nemocnice.

ELGA však byla založena již v roce 2009, aby se předem připravily technické a další podmínky. Vlastníky stejnojmenné společnosti, která je neziskovou organizací, jsou stát, spolkové země a svaz veřejnoprávních pojišťoven. Svaz pojišťoven má hlavní povinnosti a pravomoci ve vztahu k datům pacientů (například bude data ničit deset let po úmrtí pojištěnce). Od rychlého přístupu k údajům, jako jsou laboratorní testy, rentgenové snímky, předepsané léky či propouštěcí lékařské zprávy, si ministr slibuje

zkvalitnění léčby. Nicméně přístup ošetřujícího lékaře k datům je časově omezen na 4 týdny, později by pacient musel znovu poskytnout svůj souhlas se vstupem lékaře do dokumentace na jiných zdravotnických pracovištích.

„Nejde o centrální shromažďování dat o pacientech,“ zdůrazňuje ministr, ale jen o „elektronické propojení jednotlivých poskytovatelů péče závislé na souhlasu pacienta“. Pacienti si tak budou moci kontrolovat, kdo nahlížel do údajů týkajících se jejich zdraví. Všichni účastníci dostanou možnost obracet se na pracoviště speciálního ombudsmana, jehož do funkce ustaví ministr zdravotnictví s cílem zajistit nestranou osobu pro vyřizování připomínek či stížností.

Vladimíra Boškova

**Německo: Kvůli skandálu s orgány se zpřísní kontroly**

Po skandálu kolem transplantací, kdy na jednoho z vedoucích lékařů působícího na klinikách v Göttingenu a Řezně padlo podezření z manipulace se seznamy čekatelů na transplantaci a přijetí úplatků, Německo zpřísní předpisy a kontroly.

V příštích třech letech budou muset všechna německá transplantáční centra podstoupit nejméně jednu hloubkovou kontrolu a při náznaku nedostatku je postihne další šetření. Vyplyvá to z aktuálního sdělení spolkové lékařské komory.

Ta ostatně informuje i o tom, že některé kontroly se rozběhly bezprostředně po skandálu – už letos v září se prověřily transplantáční programy na klinikách v Hamburku, Berlíně a Mnichově. Jež se týkají transplantací jater. Žádné nesrovnalosti se podle předběžných informací nevyskytly v Hamburku, avšak v transplantáčním centru v Mnichově se provádí ještě zvláštní kontrola (výskyt náznaku

nesrovnalostí) – na výsledky se zatím čeká.

Po skandálních událostech předstoupili letos v srpnu před znepokojenou veřejnost zástupci komory, německé společnosti nemocnic a svazu zdravotních pojišťoven se společným prohlášením, v němž požadují větší transparentnost a intenzivnější kontrolu nad oblastí lidských orgánů a zároveň deklarují svou ochotu přispět ke zlepšení situace. V popředí pozornosti jsou seznamy čekatelů na transplantaci a zprostředkovávání orgánů. Všichni účastníci se shodují na potřebě zpřísnit předpisy, ale i postihy. Za hrubé pochybení musí jednotlivci i případně celá klinika

očekávat přerušení či zákaz činnosti (odejmutí licence k lékařské činnosti či zánik povolení provozovat určitý transplantáční program). Na kontrolních akcích v transplantáčních centrech se budou podílet erudovaní lékaři nezávislí na příslušné nemocnici, ale i právníci. Komise pro tato šetření budou sestávat z zemské úřady. Celkem se nově definovaná kontrola dotkne 47 center se 140 transplantáčními programy, uvádí komora. Za účelem jejich prověření bude sestaveno 12 speciálních komisí. Jakmile si jejich členové na některé z klinik povšimnou nějakých „nápadností“, nastane na příslušném pracovišti daleko hlubší šetření.

(Vla)



Ilustrační foto: Shutterstock

# Česku chybí rozsáhlé kampaně proti kouření

Pražské Centrum pro závislé na tabáku při 3. interní klinice 1. LF UK a VFN navštívil uznávaný odborník a představitel patrně nejlepšího systému léčby závislosti na tabáku **profesor Robert West** z Health Behavior Research Service londýnské University College.



## Můžete našim čtenářům přiblížit, jak je organizován systém léčby závislosti na tabáku ve Spojeném království?

Od roku 1998 u nás funguje národní systém, který zaručuje dostupnost léčby založené na důkazech pro každého kuřáka. Ten má více možností jak se k této léčbě dostat – prostřednictvím praktického lékaře, webových stránek, kde se zaregistruje, případně může zavolat na národní linku pro odvykání kouření nebo jít přímo na kliniku. Všichni kuřáci, kteří chtějí přestat, tak mají zajištěnou komplexní podporu. Počet lidí, kteří tento systém využívají, přitom každoročně narůstá. V roce 1998 to bylo kolem 100 tisíc kuřáků, v roce 2012 už je to téměř 900 tisíc lidí. To odpovídá asi 10 % kuřáků ve Velké Británii.

Naše metoda léčby je založena na modelu, který máte i zde v Praze. Spočívá v tom, že kuřák navštěvuje jedenkrát týdně po dobu minimálně jednoho měsíce poradnu pro odvykání kouření, kterou vede kvalifikovaný lékař. Zde se pacient učí techniky jak změnit své chování (*behavior change techniques*). Obdrží také zdarma léky jako nikotinové náplasti či vareniklin.

Našemu systému chybí centrální autorita, která by kontrolovala, jak pracujeme. Takže některé kliniky u nás si vedou skvěle, podobně jako ve vaší VFN, a jiné hůře. Tyto rozdíly jsou napříč zemí dosti výrazné. V posledních 3 letech nás nicméně oslovila jedna organizace s nabídkou, že by pomohla zlepšit standard této péče. Tak vzniklo National Center

for Smoking Cessation and Training, které je odpovědné za tvorbu standardů léčby závislosti na tabáku, výcvik a certifikaci praktických lékařů a další výzkum v této oblasti, který povede k dosažení lepších výsledků.

## Jaké jsou hlavní přednosti tohoto systému?

Zásadní přínos spočívá v tom, že kuřáci, kteří nedovedou sami přestat s kouřením, mají k dispozici různé možnosti a místa, kam se mohou obrátit o pomoc. Z průzkumu víme, že služby nabízené v rámci tohoto systému pravděpodobně zachraňují více životů než zbytek zdravotního systému. Navíc je to velice účinné s ohledem na náklady. Národní ústav pro klinickou kvalitu (National Institute for Health and Clinical Excellence, NICE) provedl analýzu efektivitu nákladů, ze které vyplynulo, že každý kuřák, který přestane kouřit, šetří zdravotnímu systému peníze. Naučit lidi přestat kouřit přitom státní kasu prakticky nic nestojí. Této skutečnosti by si měla být vědoma každá země. Je to opravdu významné poselství.

## Jaké procento kuřáků, kteří využijí některou ze služeb vašeho systému, opravdu přestane kouřit?

Z celkového množství 900 tisíc Britů, kteří se letos obrátili na některého z našich odborníků, jich s kouřením skončilo asi 300 tisíc, ale konečné číslo bude patrně o polovinu nižší, protože někteří z nich se ke kouření znovu vrátí.

## Jak kuřáky motivujete k zanechání kouření? Jsou to převážně zdravotní důvody?

V naší zemi každý ví, že kouření poškozuje zdraví, a to díky mnohaletým mediálním kampaním. Nicméně přišli jsme na to, že nejlepším způsobem jak motivovat kuřáky k nekouření je nabídnout jim pomoc. Důvod, proč dosud nepřestali kouřit, totiž není v tom, že by nechtěli, ale že nevědí, že se jim to podaří. Takže dnes kuřákům neříkáme: „Musíte přestat kouřit, protože to škodí vašemu zdraví.“ Řekneme jim: „Víme, že chcete přestat kouřit, a můžeme vám s tím pomoci.“

## Co je podle vás hlavním důvodem, proč se lidé ke kouření vrací?

Je to především závislost na nikotinu. Ale je třeba, aby kuřáci věděli, že nejde o to, kolikrát se jim nepodařilo přestat. Není třeba tyto pokusy vnímat jako selhání. Každý jednotlivý den, kdy nebudou kouřit, má smysl. Pokud člověk nekouřil 3 týdny a pak zase začal, získal tím 3 týdny zdravého života. Naopak každá cigareta je tím, co ho přibližuje k riziku rakoviny plic a dalších nemocí. Dalším důvodem, proč lidé znovu začnou kouřit, je, že mnoho bývalých kuřáků špatně odolává vlivu kuřáckého prostředí, v němž se do té doby pohybovali. Proto jim doporučujeme, aby ostatním kuřákům říkali: „Teď zrovna se mi nechce kouřit.“

## Je nějaká souvislost mezi začátkem kouření a patologií v nervovém systému, ze které by vyplý-

## valo, že kuřákům, kteří skončí s kouřením, je vhodné poskytnout například antidepresiva?

Nic takového se neprokázalo. Naopak naše studie, kterou budeme publikovat na konci roku, ukazují, že lidé, kteří přestanou kouřit, jsou méně depresivní. Dokonce někteří lidé, kteří užívali antidepresiva a přitom kouřili, mohli tyto léky vysadit poté, co kouřit přestali. Kouření v kuřákově vytváří iluzi, že mu pomáhá – například zvládat stres. Je to zčásti tím, že když kuřák dvě hodiny nekouří, začne být nervózní, úzkostlivý, takže si zapálí, na chvíli se mu uleví a on si řekne: „Aha, ono to pomáhá proti stresu.“ Ve skutečnosti kouření tyto stavy zhoršuje. Lidé, kteří přestanou kouřit, po pár týdnech udávají, že jsou méně úzkostní, méně depresivní, méně se stresují a jsou šťastnější. Je však třeba dát tělu čas, aby se zotavilo.

## Jaké rozdíly vnímáte mezi naším a naším systémem léčby závislosti na tabáku? Co bychom měli zlepšit?

Je zde řada odlišností. V něčem jste lepší, v něčem horší. Každá země má svoji kulturu a postoje ke kouření. Ve Velké Británii chce každý kuřák přestat, protože, jak jsme si řekli, díky kampaním si lidé uvědomili, jak je kouření nebezpečné. Je tu velká podpora vlády. V naší zemi všechny politické strany vědí, že kontrola tabáku je velice důležitá. Jsou do ní investovány velké peníze, kolem 100 milionů liber ročně. Nejen proto, že se kontrolou tabáku zachraňuje životy, ale je to dobré i pro ekono-

nomiku. Lidé si sice nekoupí cigarety, ale koupí si něco jiného. A systém zdravotní péče ušetří na léčbě následků kouření.

U vás toto povědomí chybí. Neproběhly zde rozsáhlé kampaně proti kouření. Na druhé straně zde při VFN máte jedno z nejlepších center pro závislé na tabáku na světě. Sami jsme se tímto vzorem v 90. letech inspirovali. Je zde velmi dobrá kvalita péče a velká úspěšnost v léčbě tabákové závislosti, navíc toto centrum disponuje rozsáhlými daty, díky kterým je možné úspěchy prokázat. Je třeba, aby se tento model péče coby správná praxe rozšiřoval i do dalších center v republice a vzdělávali se další odborníci v této oblasti.

## Jak si vysvětlujete, že v době, kdy celý svět přestává kouřit, v naší zemi stále začínají kouřit mladí lidé?

Tito mladí lidé jsou odrazem kultury své země. Ve Velké Británii se v posledních letech počet mladých začínajících kuřáků snížil na polovinu. Kouření zde již není něčím atraktivním. Takže hodně závisí na tom, jak se ke kouření staví zbytek společnosti. A rozhodně je nezbytné poskytnout mladým kuřákům stejnou podporu jako ostatním. Protože i oni mohou být silně závislí a nedokáží sami přestat. Co by vám zejména pomohlo, by bylo, kdyby vaše vláda podpořila mediální kampaně proti kouření, tak jako se to stalo u nás.

Andrea Skálová

Inzerce A121003683

REHABILITACE | KARDIOLOGIE | SONOGRAFIE | ODBORNÉ AMBULANCE | ESTETICKÁ MEDICÍNA

ČESKÝ VÝROBCE

VÝVOJ – VÝROBA – PRODEJ – SERVIS A SLUŽBY

### BTL-6000 Lymphastim

- ◇ lymfodrenážní přístroje pro lymfologii, rehabilitaci i kosmetiku
- ◇ široký výběr kvalitních aplikátorů s prodlouženou zárukou!



**ceny přístrojů od 39 990 Kč**

### BTL-08 CARDIOPOINT-EKG

- ◇ dvanáctikanálové EKG s tiskem na A4
- ◇ spolupracuje s ambulancními programy Medicus a PC Doktor
- ◇ automatické rozměření EKG



**akční cena: 35 000 Kč**

### DP-50

- ◇ iClear – vyhlazení a zjemnění obrázku
- ◇ 15" TFT monitor
- ◇ intuitivní ovládání
- ◇ 320 GB – harddisk
- ◇ váha 7 kg = snadný přenos



**Cena s konvexní nebo lineární sondou 139 000 Kč**



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

ceny uvedeny bez DPH

## ZAHRA NIČNÍ ZKUŠENOST

# Těšila jsem se na mor, bohužel marně

Infektoložka MUDr. Jitka Bolchová v létě letošního roku křižovala v mobilní ordinaci mongolskou step a nabízela prostřednictvím mongolských zdravotníků tamním pastevcům odbornou zdravotní péči, které se jim v odlehlých oblastech nedostává.

J eště během medicíny jsem začala studovat teritoriální vztahy na Fakultě sociálních věd UK v Praze. Vždycky jsem se snažila propojit medicínu a zahraniční vztahy s rozvojem pomoci. Takže jsem se po nástupu na Kliniku infekčních, parazitárních a tropických nemocí Nemocnice Na Bulovce ještě přihlásila k prezenčnímu studiu na Master of Science Programme in International Health pořádanému organizací TropEd na Charité Universitätsmedizin v Berlíně, který jsem si mohla dovolit díky stipendiu Nadace Zdeňka Bakaly. Po úspěšném ukončení první části studia jsem se letos v lednu vrátila na infekční kliniku, kde se mi mezitím zmenšil pracovní úvazek. Na dobu, než mi jej opět navýší, jsem si jej chtěla doplnit jinou prací, nejlépe rozvojem pomoci. Společnost Člověk v tísni mi na léto nabídla dozorování projektu mobilních klinik v Mongolsku.

Člověk v tísni v loňské první fázi projektu vybavil sanitkami dva mongolské kraje. V každém jezdí jedna mobilní ordinace vybavená přenosným EKG, UZ, audiometrií, biochemickým analyzátozem, rapid testy na virové hepatitidy a syfilis, jednorázovými gynekologickými sety, přenosnými lůžky, generátorem a různými drobnými vyšetřovacími nástroji potřebnými k běžnému klinickému vyšetření, jako je tonometr, váha, teploměr atd. Já do třetího projektu vstoupila v jeho druhé třetině, kdy mongolské nemocnice v dalších dvou krajích dostaly v pořadí třetí a čtvrtou mobilní sanitku. Příští rok by měly přibýt ještě poslední dvě. Mobilní ordinace zavádí Člověk v tísni na mongolský venkov spolu s Českou rozvojem agenturou, která projekt financuje. Mongolsko je totiž pro Česko jednou z prioritních zemí rozvoje spolupráce.

### Projekt bez příkras

V projektu jsem působila jako zdravotnický expert, který má (spíše než vyšetřování pacientů) na starost pomoc místním zdravotníkům, revizi projektu a návrhy možných zlepšení. Léka-



Foto: archiv Jitky Bolchové

ři zde byli zkušenější, profesně starší, takže s kvalitou poskytované péče nebyl problém a do diagnostiky jsem nikomu nemluvívala. Monitoring projektu obnášel především rozhovory s příjemci pomoci – místními pastevci, lékaři a hlavními organizátory, tedy řediteli nemocnic, které dostaly mobilní kliniky k užívání. Druhým úkolem byla organizace projektu. Snažila jsem se, aby fungoval všude stejně dobře. Dvěma novým provozovateli sanitek jsem radila a dobře nápady již fungujících předávala dál.

Před vedoucími projektu, kteří většinou přijíždějí na týden dva, lze projekt trochu přikrášlit. O mně místní lékaři věděli, že jsem nemocniční lékařka, takže mě tak i brali a za pět týdnů jsem měla možnost vidět jejich běžnou praxi při výjezdech. Během pobytu jsem objela všechny čtyři kraje, kde mobilní ambulance působí. Porovnávala jsem nové týmy sanitek a dva kraje, kde už mají s projektem téměř roční zkušenost. Mongolští lékaři mají výjezdy se sanitkou jako práci navíc. Nemají za to, kromě denních diet, žádný extra bonus ani si pak za tyto dny nevybírají volno. Výjezdy do stepi jsou často až týden dlouhé. Krajské nemocnice, kterým byly vozy s vybavením svěřeny, si tak musí zvyknout na penzum práce navíc.

### V minus 50 stupních do stanu nelez

Mongolsko je rozděleno na kraje (*ajmagy*), každý z nich dále na oblasti (*sumy*), které zahrnují pět až šest bagů. *Bagy*, oblasti ve stepi bez konkrétního centra (typu města nebo vesnice), už obsahují pouze různé se měnící počet jurts pastevců – nomádů. Disponují ale bagovým lékařem, jehož vysokoškolské vzdělání je o několik let kratší než klasického lékaře a který má přehled o počtu pastevců na daném území a jejich aktuální poloze. Jednou měsíčně bagový lékař navštíví své pacienty a zjišťuje jejich zdravotní stav, eviduje nové těhotné a očkuje děti. Je to spíše jakýsi „praktik“, který v případě potřeby odesílá své pacienty do větších nemocnic. Při plánování výjezdů s ním musí krajská nemocnice efektivně spolupracovat, aby péče mobilního týmu byla dostupná co možná největšímu počtu pastevců. Ideální je, aby sanitka ročně projela 90 procent sumů a jejich vesnických nemocnic. Většina výjezdů se uskuteční v létě a na jaře, i když se výjezdy sanitek plánují i v zimě a ve sněhu. Tam je ale podmínkou, aby byl výjezd naplánován do některé z vesnických budov, protože klasicky používané vyšetřovací stany by se v minus 50 stupních nevytopily. Vliv počasí na úspěch výjezdu je

ovšem celoroční. Stalo se nám, že jsme přijeli do bagu, kde přišlo na vyšetření málo lidí. Zjistili jsme, že většina pastevců se předem odštěhovala pryč, protože dobytek neměl kvůli suchu kvalitní trávu. Byli už tak daleko, že na naše vyšetření nestihli dojet.

### Za den 70 pacientů na lékaře

Rozvrh a realizaci výjezdů sanitek zajišťují lékaři v krajské nemocnici. Problém nastává, když má krajská nemocnice zaměstnáva jediného lékaře daného oboru a nemůže jej postrádat, protože by jej během cesty s mobilní sanitkou neměl v nemocnici kdo zastupovat. Seznam zúčastněných tedy vzniká na základě jejich dostupnosti. Já jezdila se sedmi až devíti lékaři. Zastoupen bývá internista, kardiolog, gynekolog, radiodiagnostik, který pracuje s ultrazvukem, laboratorní pracovník, dále většinou lékař ORL, někdy pediatr a zubař, občas jel i neurolog. Když jsme přijeli na místo, rozbalil se vyšetřovací stan a do přivezeného generátoru se zapojily přístroje, každý lékař si našel svůj kout, v případě gynekologie oddělený plentami, a v 9 ráno se začalo vyšetřovat. Končili jsme kolem sedmé večer, podle toho, jaký byl nápor pacientů. Počty vyšetřovaných se lišily podle krajů a oblastí. Nejvíce lidí čekalo na vyšetření internistou, ten měl 60 i 70 pacientů za vyšetřovací den. Večer jsme stan a zařízení sbalili a jeli několik hodin na další vyšetřovací místo.



Foto: archiv Jitky Bolchové

Mongolové jsou našťastí velmi přátelští a usměvaví a pořád si vyprávějí vtipy a historky. Po mnoha, někdy třeba deseti patnácti vysilujících hodinách v sanitce jsem se smála už i vtipům, kterým jsem, ani přes snahu tlumočnicka, vůbec nerozuměla.

### Úroveň zdravotnictví

V Mongolsku je, s ohledem na tamní podmínky, poskytována relativně dobrá zdravotní péče. Medicínské vzdělání a směrnice, podle kterých postupují, jsou poměrně kvalitní. Některé obory totiž ještě nemají vytvořeny vlastní národní postupy, takže se řídí metodickými pokyny Světové zdravotnické organizace (WHO), což je v tomto ohledu skvělá náhrada. S českým zdravotnictvím je to ale nesrovnatelné, hlavně pokud jde o přístrojové vybavení. Kromě Ulánbátaru nemají v žádné krajské nemocnici magnetickou rezonanci, CT je pouze v jednom dalším městě na úplném východě země.

V případech, že lékaři z mobilní sanitky pacientovi potvrdili onemocnění, na místě dostal léky od lékárníka. Snažili jsme se, aby byl vždy součástí týmu. Jeho účast na výjezdech se ukázala jako klíčová, protože vesnické nemocnice většinou takovými léky nedisponují. Pokud byl zdravotní stav pastevce komplikovanější, třeba když šlo o nádorová onemocnění nebo závažné kardiologické problémy, byl o jeho stavu informován bagový lékař. Pacientům bylo doporučeno, aby se s lékařskou zprávou dostavili do krajské nemocnice. Zda se tam pastevci vydali, nebylo naší zodpovědností, ale bagový lékař na to měl dohlédnout. Pastevci podřizují veškerý čas starosti o stádo, a pokud je, zvláště v menších rodinách, nemá kdo zastoupit, několikahodinovou cestu do krajské nemocnice nepodstoupí. Lékařskou péči většinou vyhledávají jen pro děti a seniory nebo v případech, že jde o něco skutečně akutního.





### Mor ani slintavka se nekalaly

Hodně jsem se těšila, jak ve stepi uvidím mor, kterým se pastevci nakazí, když jedí nebo manipulují se svišti. Byla jsem v Mongolsku právě během „morové sezóny“, ale bohužel jsme na žádnou takovou infekci nenarazili. Nesetkali jsme se ani se slintavkou nebo kulhankou, která však u lidí není tak častá. Měla jsem ovšem možnost vidět cysty na játrech echinokokové etiologie nebo brucelózu, což se u nás často nevidá.

V jiných ohledech se nemocnost výrazně nelišila. U dětí, stejně jako u nás, byly časté angíny, respirační problémy a průjmky, které jsou zde častěji bakteriálního původu. Zajímavé byly u dětí některé avitaminózy. Viděla jsem bohužel řadu nejasných typů nádorů, protože jsme pracovali jen s ultrazvukem, často jaterní nádory spojené s cirhózou související s vysokou mírou alkoholismu a virovými žloutenkami. Mongolští muži také mívají zdravotní následky po nehodách na motorcích. Často si po nich stěžují na bolesti hlavy, mohou mít různé deformity kostí, chronickou rýmu apod.

### Civilizační choroby

Vůbec nejčastější byly interní diagnózy, hlavně kardiologické (hypertenze) a diabetes spojený s obezitou. I když pastevci nežijí ve městech, čím dál více podléhají civilizačním onemocněním. Stejně jako je to trendem v ostatních rozvojových zemích – již „jen“ 50 % onemocnění tvoří infekční etiologie a naopak až 50 % tvoří civilizační choroby.

V případě Mongolska je tento trend zvláštní hlavně proto, že tučná masitá strava je zde tradiční po stovky let. Jejich stravování pro mě osobně bylo velmi náročné. Živit se pět týdnů nevábně aromatickým ovčím masem obaleným tukem, ovčím lojem a zapřít to celé slaným čajem bylo i pro

mě jakožto zapřisáhlého jedlíka masa dost obtížné.

Na obezitu, která je zde závažná i ve světovém měřítku, jak dokládají tabulky WHO, navazují gastroenterologické problémy, nejčastěji pálení žáhy, gastroezofageální reflux a jaterní choroby. Žlučnickové koliky způsobuje charakter zdejší vody, která zde má vysoký obsah minerálů, takže se snáze tvoří žlučnickové kameny.

### Vidina celonárodního programu

Zpětnou vazbu a zprávy o tom, jak si sanitky v odlehlých regionech vedou, posílají mongolské krajské nemocnice ve čtvrtletním reportu do místní pobočky organizace Člověka v tísni, kde pracují koordinátoři mongolských projektů. Lékaři v reportech vypočítávají navštívené destinace, počty ošetřených pacientů, diagnózy, kolik z vyšetřených pacientů bylo odesláno na další vyšetření, upozorňují na problémy, které se během výjezdu vyskytly, a jmenují zúčastněné zdravotníky. Nemocnice také musí samy řešit doplňování materiálu, který jim postupně dochází, například papír do EKG či rapid testy, a hradit je z vlastního rozpočtu.

Dvě sanitky, které příští rok dostanou dva další kraje, budou zatím poslední. Protože jsou ale ředitelé podarovaných krajských nemocnic i starostové krajů poměrně nadšení, mohl by se program v budoucnu prosadit i na celonárodní úrovni. Nabízí se také výhodné propojení s tradičním „bagovým dnem“, kdy jeden den v roce přijíždí do odlehlých oblastí poskytovatelé základních státních služeb, které jsou během roku pastevcům nedostupné. Vedle kulturního a sportovního vyžití přijíždějí regionální politici i státní úředníci, takže mobilní ambulance by mohla být završením spektra státem nabízených služeb.

zapsala Petra Klusáková



## Velké podzimní slevy Nejlepší čas na investici do kvalitních lůžek

Sofistikovaná lůžka s elektrickým polohováním výrazně usnadňují práci ošetrovatelského personálu a zvyšují komfort klientů. Nyní si je můžete objednat za výhodné ceny se zajímavým bonusem – **evakuační podložkou zdarma.**



#### Latera Thema

Lůžko s laterálním náklonem Latera Thema v atraktivním designu v kombinaci s evakuační podložkou.

**67 550 Kč** vč. DPH



#### Sentida

Elektricky polohovatelné lůžko Sentida s nízkou nástupní výškou a dělenými postranicemi v kombinaci s evakuační podložkou.

**39 950 Kč** vč. DPH



#### Movita

Lůžko Movita s dělenými postranicemi v domáckém designu určené pro klienty vyžadující dlouhodobou péči v kombinaci s evakuační podložkou.

**35 900 Kč** vč. DPH

Navíc je možné uplatnit **množstevní slevy již od 3 kusů lůžek.**

**Kontaktujte Vašeho obchodního zástupce nebo lůžka objednávejte e-mailem: [obchodcr@linet.cz](mailto:obchodcr@linet.cz)**

**Akce je platná od 15. 9. do 31. 12. 2012, v ceně není zahrnuta doprava. Zároveň je do 31. 12. 2012 prodloužena akční nabídka matrací se slevou až do výše 25%.**

**Více informací získáte na [www.linet.cz](http://www.linet.cz) nebo na tel. 312 576 400.**



LINET spol. s r. o., Želevec 5, 274 01 Slaný, Česká republika  
tel.: +420 312 576 400, fax: +420 312 522 668  
e-mail: [obchodcr@linet.cz](mailto:obchodcr@linet.cz), [www.linet.cz](http://www.linet.cz)

# Přínosy klinických studií pro Českou republiku

Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP) prezentovala výsledky studie, provedené na její popud auditorskou společností Ernst & Young. Studie se věnovala ekonomickým a sociálním benefitům klinických studií a byla založena na veřejně dostupných údajích a informacích poskytnutých členskými společnostmi AIFP (zúčastnilo se jich 80 %).

**V**e sledovaném období 2007–2011 bylo v České republice realizováno na 1300 klinických studií, většinou fáze III. Celkem 90 % z nich bylo prováděno ve spolupráci se zahraničním partnerem. Pouze 10 % pochází z národního akademického výzkumu. Celkové investice členů AIFP do klinických studií v tomto období dosáhly 5,5 miliardy Kč. Klinického výzkumu se ve sledovaném období účastnilo 22 tisíc lékařů (někteří realizovali více než jednu studii), přičemž každý rok bylo zapojeno asi 20 tisíc pacientů – nejvíce v oblasti kardiologických a onkologických onemocnění. Během sledovaného období tak bylo zdarma léčeno 62 tisíc pacientů, jejichž léčba by jinak byla hrazena z veřejných peněz. Díky klinickým studiím financovaným členy AIFP systém veřejné zdravotní péče ušetřil na léčbě pacientů v pouhých třech oblastech léčby s nejzávažnějšími diagnózami 850 milionů Kč.

Jak uvádí výkonný ředitel AIFP Mgr. Jakub Dvořáček, vysoká úroveň i počet klinických studií dokládá velký zájem zahraničních farmaceutických společností o Českou republiku. Studie mj. prokázala, že Česko je v regionu střední a východní Evropy nejvyhledávanější lokalitou pro klinické studie. Inovativní farmaceutické společnosti v ČR investují ročně do výzkumu a vývoje v průměru 1 miliardu korun.

## Farmaceutický průmysl a ekonomika

Ekonomický pokrok stále více závisí na inovacích, nejmodernějších technologiích, výzkumu a vývoji i *know-how*. Největší část inovací se totiž v dnešní době odehrává ve farmaceutickém průmyslu, který do výzkumu a vývoje investuje nejvíce – přes 5 % svých celkových tržeb (viz graf 1). Důvodem tak velkých investic je mimořádně riziková, nákladná a zdlouhavá cesta k novému léku. Vývoj nového léčivého přípravku dnes stojí až 90 miliard korun.

Přítomnost farmaceutického průmyslu zvyšuje lokální hospodářskou aktivitu. Podíl na tom mají nejen investice do výrobních kapacit, zvýšení zaměstnanosti a podpora mezinárodní obchodní výměny. Farmaceutické firmy navíc

umožňují vznik řady menších dodavatelů společnosti, navázaných na proces výroby léků. Z provádění klinických studií profitují jak samotní pacienti, kteří získávají přístup k nejmodernější léčbě, tak nemocnice a stát. Ten na zdravotním pojištění, které za účastníky klinických studií nemusí platit, ročně jen ve třech nejzávažnějších terapeutických oblastech ušetří miliardu korun. Další úspory na zdravotním pojištění přinášejí i již registrované léky, které umožňují lepší léčebnou péči a tím snižují počet čerpaných dnů nemocenských i náklady na pobyt v nemocnici. Klinické studie jsou rovněž přínosem pro lékaře, kteří tak jsou v kontaktu s nejnovějšími vědeckými poznatky.

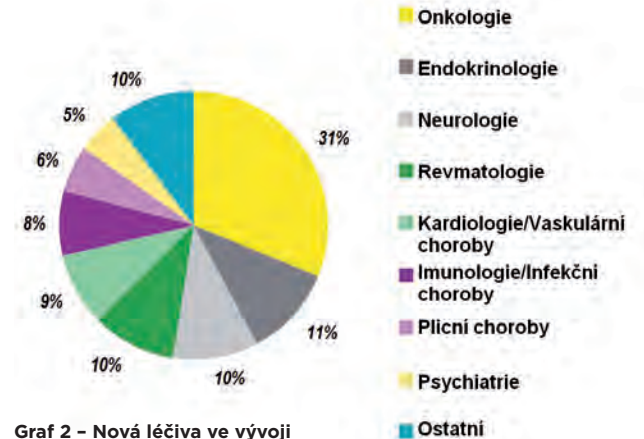
## Klinické studie

Farmaceutický výzkum patří k nejnáročnějším oblastem podnikání. K vytvoření nového léku je třeba tisíců nových sloučenin, z nichž jen zlomek se nakonec dostane k pacientům. Pro představu, z 10 tisíc nově vyvinutých molekul se do předklinické fáze zkoušení dostane přibližně 250. Do klinického zkoušení postoupí jen nepatrný počet a jen 1 z 5 zkoušených léků získá registraci a je uveden na trh. Aby nový nadějný léčivý přípravek mohl být uveden na trh, je nezbytné jej důkladně testovat. Klinické studie tak trvají i 6–7 let, přičemž primárním cílem je zajištění bezpečnosti účastníků. Studie probíhají před registrací léčiva ve třech fázích, čtvrtá fáze je poregistrační.

Ve fázi I se nová látka testuje na několika desítkách zdravých dobrovolníků. Zjišťuje se tak bezpečnost a nežádoucí účinky léku, jeho vliv na orgány člověka a toleranční dávky. Ve fázi II se zkoumá účinnost nového léku, vhodné dávkování pro léčbu nemoci a tolerance nemocného organismu. Fáze III klinického testování zkoumá na vzorku několika tisíc lidí dlouhodobý účinek užívání léku, prověřují se výsledky předchozích testů a odhalují případné nežádoucí účinky. Studie probíhají často mezinárodně, aby látka mohla být zkoumána v co nejkratší době na co největším počtu vhodných pacientů.

Každé pracoviště, na kterém studie probíhá, musí postupovat v souladu se standardy správné klinické praxe. Výrobce, který nový lék vyvíjí, musí požádat státní úřady o povolení zahájit klinické hodnocení. Povolení v ČR vydává Státní ústav pro kontrolu léčiv (SÚKL), v Evropě Evropská léková agentura (EMA) a ve Spojených státech amerických Úřad pro kontrolu léků a potravin (FDA). Přehled klinických studií je veřejně dostupný v evropském registru klinických hodnocení a v registru *ClinicalTrials.gov*. Klinické hodnocení v České republice není možné zahájit bez povolení SÚKL, souhlasu etické komise příslušné nemocnice (případně ministerstva zdravotnictví) a informovaného souhlasu pacienta.

Předměttem nejintenzivnějšího výzkumu a vývoje jsou onkologická onemocnění. V současnosti je v laboratořích farmaceutických firem



Graf 2 - Nová léčiva ve vývoji

až 948 potenciálních onkologických léčiv (graf 2).

## Inovativní léčba

Největší přínos inovativních léků spočívá v dramatickém posunu v léčbě mnoha závažných, chronických i běžných onemocnění. Revmatoidní artritida, Parkinsonova choroba, některé formy nádorových onemocnění nebo HIV/AIDS byly donedávna spojovány s invaliditou a předčasným úmrtím. Dnes mohou pacienti s těmito onemocněními žít déle a kvalitněji. Mezi další milníky farmaceutické inovace patří i objev antibiotik, vakcín, imunosupresiv, monoklonálních protilátek, nových typů anestetik či nové generace antidepresiv. Zásadou inovativních léčiv se radikálně zvýšily šance na přežití pacientů s leukemií i na úspěšnou terapii včas diagnostikovaných nádorových onemocnění. Hodnota inovativních léků spočívá v:

- nových možnostech léčby dosud nevyčísitelných nebo obtížně léčitelných onemocnění,
  - vyšší účinnosti léků, které umožní pacienta léčit lépe,
  - nižším výskytu nežádoucích účinků a vyšší bezpečnosti,
  - vylepšeném dávkování a snadnějším užívání léku,
  - variabilitě v užívání léku v čase a v délce (lék je možné nasadit u různých skupin pacientů),
  - alternativní léčbě pro pacienta s případně sníženou účinností dosažené terapie,
  - přizpůsobení potřebám konkrétního pacienta.
- Podle údajů AIFP nyní inovativní farmaceutický průmysl čelí mnoha mezinárodním výzvám. Zvyšování nároků na kvalitu léčby vede ke většímu rozsahu, složitosti a delšímu trvání klinických zkoušek, v důsledku čehož se snižuje jejich nákladová efektivita. Rostoucí obtížnost vývoje nových léčiv a lé-

čebných postupů vede ke snižování produktivity výzkumu a vývoje ve farmacii. Současně dochází ke snižování výdajů na zdravotní péči. Dále se očekává, že vlivem konkurence v podobě generických léčiv v blízké budoucnosti dramaticky poklesne tržní podíl léčiv originálních. Objevuje se také nová konkurence ve formě biologicky podobných látek (*biosimilars*), jež by podle očekávání měly vstoupit na americký a evropský trh v roce 2014. V důsledku bude snížen tržní podíl současných biotechnologických společností. V neposlední řadě se zájem farmaceutických společností zaměřuje na nové vznikající trhy.

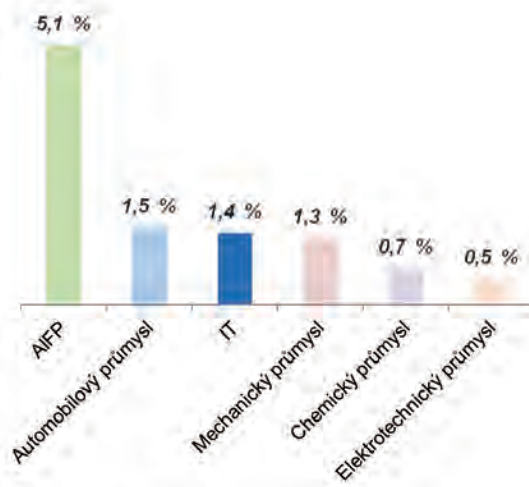
## Ohrožená pozice ČR

Česká republika je mezi farmaceutickými společnostmi obzvláště oblíbená díky vysoce kvalifikovanému poskytovatelům, příznivému postojí účastníků klinickým zkouškám a také přísným právním předpisům týkajícím se klinických zkoušek. S posunem celosvětového trhu směrem na východ však české úřady musejí zahájit řadu iniciativ za účelem udržení současného pozitivního trendu v oblasti klinických zkoušek, prováděných členy AIFP v České republice. Podle AIFP nesou orgány české zdravotní péče výhradní odpovědnost za míru atraktivnosti zdejšího prostředí pro inovativní farmaceutické společnosti. AIFP proto doporučuje regulačním úřadům, aby:

- vytvořily stabilní a efektivní legislativní prostředí,
- zkrátily registrační období a stanovily transparentnější pravidla,
- minimalizovaly administrativní překážky,
- umožnily rozšíření personalizované medicíny a léčby pomocí kmenových buněk,
- zlepšily dostupnost moderních léčebných metod.

(Zdroj: AIFP)

Andrea Skálová



Graf 1 - Investice do výzkumu a vývoje

## FARMABYZNYS / SÚKL INFORMUJE

## Oznámení a upozornění SÚKL

## Krátce z farmabyznysu

## Bayer kupuje výrobce doplňků

Německý farmaceutický koncern **Bayer AG** se rozhodl koupit americkou firmu Schiff Nutrition International Inc. specializující se na výrobu potravinových doplňků. Transakce si vyžádá 1,2 miliardy dolarů. Bayer tak chce posílit své aktivity v oblasti přípravků, jež nejsou vázány na lékařský předpis. Ačkoli tyto výrobky nejsou tak ziskové, nepředstavují tak rizikovou kategorii přípravků jako léky na předpis (ukončení patentové ochrany, nejistota výsledků klinických zkoušek apod.). Za jednu akcii firmy Schiff nabízí Bayer 34 dolarů, což představuje 47% zisk. Transakce by měla být dokončena ještě letos.

## Novartis investuje do výroby biologik

Švýcarská farmaceutická společnost **Novartis** oznámila, že hodlá investovat nejméně 500 milionů dolarů na výstavbu nového výrobního areálu v Singapuru. Nová továrna, jejíž stavba by měla započít na začátku příštího roku a výroba v ní má být podle předpokladů spuštěna koncem roku 2016, by se měla zaměřit především na produkci přípravků biologické léčby.

## Sanofi poklesl zisk, příjmy stouply

O 20%, tedy na 1,6 miliardy eur, klesl ve třetím čtvrtletí zisk francouzské farmaceutické společnosti **Sanofi**, jež ovládá mimo jiné českého výrobce generik Zentivu. Za zmíněnými hospodářskými výsledky stojí především konkurence v podobě levnější generické obdoby jejího přípravku Eloxatin. Právě ta zapříčinila pokles příjmů o 448 milionů eur. Letos v květnu navíc Sanofi přišla o patentovou ochranu Plavixu, jenž byl druhým nejprodáváním léčivem na světě. Celkové příjmy Sanofi nicméně stouply o 3,3% – na 9 miliard eur. Podpořil je především zájem o lék Lantus (užívaný při diabetu) ve Spojených státech amerických a slabší kurs eura. Podle zástupců Sanofi společnost očekává pokles očištěného zisku za celý rok o 12% (odhady hovořily o rozmezí 12–15%), optimistická je nicméně při výhledu na příští rok, kdy očekává návrat k růstu.

## Teva zaznamenala navýšení zisku

Izraelská farmaceutická společnost **Teva Pharmaceuticals Industries**, jež je největším výrobcem generických léků, oznámila nárůst provozního zisku za třetí čtvrtletí o 6% – na 1,4 miliardy dolarů. Zvýšily se i příjmy Tevy, a to o 14% na 5 miliard dolarů. Předpokládané tržby a zisk za celý rok nicméně firma o něco snížila (původní předpoklady hovořily o 20–21 miliardách dolarů, nyní se pohybují mezi 20,1 a 20,7 miliardy). Za dobrými výsledky ve třetím čtvrtletí stojí především vysoký prodej ve Spojených státech amerických, jenž stoupl o 33% (na 2,6 miliardy dolarů) a na celkovém prodeji se podílel 52%. V Evropě se prodej zvýšil o 1% (na 1,4 miliardy dolarů; v místních měnách však stoupl o 13%).

## Pfizer nenaplnil předpoklady analytiků

Zisky i příjmy farmaceutického koncernu **Pfizer Inc.** ve třetím čtvrtletí poklesly. Na vině je především ztráta patentové ochrany některých důležitých léčiv. Čistý zisk společnosti se snížil o 14,2% na 3,21 miliardy dolarů, tržby pak o 16% na 13,98 miliardy dolarů. Analytici přitom očekávali tržby v hodnotě 14,64 miliardy dolarů. I tak Pfizer podle tržeb zůstává největším výrobcem léků na světě. Jeho zisk v České republice za loňský rok dosáhl 231 milionů korun.

## GSK poklesl prodej v Evropě i USA

Britská farmaceutická společnost **GlaxoSmithKline** zaznamenala ve třetím čtvrtletí pokles zisku o 18%, tedy na 1,12 miliardy liber. Za tímto výsledkem stojí především pokles prodeje v Evropě (zde se tržby snížily o 9% především kvůli úsporným balíčkovým vládním) i Spojených státech amerických (pokles tržeb o 6%). Naopak v rozvojových zemích prodej výrazně stoupl – o 11% – a překonal v tržbách i Evropu. Rozvojový svět je tak podle agentury Reuters největším trhem GSK.

## Bayeru poklesl zisk, stouply tržby

Německý farmaceutický gigant **Bayer AG** zaznamenal ve třetím čtvrtletí pokles čistého zisku o 17,8% na 528 milionů eur. Naopak tržby společnosti se za stejné období navýšily o 11,4%, a to na 9,665 miliardy eur. Bayer tak naplnil očekávání analytiků.

(Zdroje: Reuters, ČTK, Pharma Times)

Státní ústav pro kontrolu léčiv na základě § 99 odst. 1 písm. b) zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů, informuje, že:

- Na základě opatření držitele rozhodnutí o registraci, společnosti Glenmark Pharmaceuticals, s. r. o., se z úrovně zdravotnických zařízení stahuje léčivý přípravek **Trimepranol 10mg**, por. tbl. nob. (čísla šarží: 030711, 020711, 051111, 041111, 041210).

Léčivý přípravek se stahuje z důvodu zániku rozhodnutí o registraci.

- Na základě opatření držitele rozhodnutí o registraci Teva Pharmaceuticals CR, s. r. o., Praha, se z úrovně zdravotnických zařízení stahují léčivé přípravky **Doxorubicin-Teva 0,2%**, inj. sol. (čísla šarží: 11A31LK, 11A31LL, 11E04QC, 10L17KB, 11B16MC) a **Flutaplex**, por. tbl. nob. (čísla šarží: 08B20OA, 07L03KA, 07J29LB, 08A29LB).



Ilustrační foto: Shutterstock

Léčivé přípravky se stahují z důvodu zrušení rozhodnutí o registraci.

Státní ústav pro kontrolu léčiv, na základě § 98 odst. 1 a § 99 odst. 1 písm. a) zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech a o změnách některých souvisejících zákonů (zákon o léčivech), ve znění pozdějších předpisů, informuje, že:

- Na základě opatření držitele rozhodnutí o registraci, společnosti Merck KGaA Darmstadt, Německo, se z úrovně pacientů stahují **pouze cizojazyčná balení léčivého přípravku Euthyrox 50 mikrogramů**, por. tbl. nob. (číslo šarže: 148799).

Důvodem je, že v rámci šarže číslo 147529 (použitelnost do 04/2015) distribuovaného léčivého přípravku Euthyrox 50 mikrogramů byl v České republice zaznamenán výskyt několika cizojazyčných balení (balení v čínském jazyce s číslem šarže 148799). **Balení v českém jazyce s číslem šarže 147529 se nestahují.**

Dostupnost léčivého přípravku na trhu v České republice není výše uvedeným opatřením držitele rozhodnutí o registraci nijak dotčena.

(Zdroj: SÚKL)

## ViiV Healthcare získal exkluzivní práva na dolutegavir

Společný *joint venture* projekt farmaceutických společností GlaxoSmithKline a Pfizer – ViiV Healthcare – oznámil, že se s japonskou firmou Shionogi dohodl na převzetí exkluzivních práv na nový přípravek proti HIV/AIDS dolutegavir, jenž patří mezi inhibitory retrovirální integrázy.

Shionogi se podle uzavřené dohody stala 10% akcionářem ViiV Healthcare a rovněž po určitou dobu získá licenční poplatky z daného portfolia přípravků a podíl vyplacených dividend. Dolutegavir prokázal slibné výsledky v klinických testech a podle analytiků

se může stát velmi silnou konkurencí léčiv vyráběných lídrem v oblasti terapie HIV/AIDS, společností Gilead Sciences. Schvalovací proces dolutegaviru v Evropě a Spojených státech amerických by měl začít u příslušných úřadů ještě do konce tohoto roku, odhaduje se, že

na trhu by se přípravek mohl objevit koncem roku 2013.

Povstupu dohody mezi zúčastněnými subjekty v platnost budou podíly ve ViiV Healthcare rozděleny následovně: Shionogi získá 10%, Pfizer 13,5% a GSK 76,5% (dosud 15 : 85).

(Zdroj: Reuters)

## Medicover novým vlastníkem Mediconetu

Soukromý poskytovatel ambulantní péče Medicover, s. r. o., odkoupil od společnosti Mediclinic, a. s., firmu Mediconet.

„Spojením firem Mediconet a Medicover vzniká v oblasti privátního zdravotnictví neobyčejně silný subjekt, který svým způsobem nemá na dnešním trhu prémiové zdravotní péče v České republice konkurenční alternativu.“ komentoval transakci generální ředitel Medico-

ver pro Českou republiku a Slovensko Miloš Miller. Medicover (působící na českém trhu od roku 2001) disponuje třemi zdravotnickými zařízeními, Mediconet (na trhu od roku 2003) vlastní dvě zařízení. Spojením obou společností dochází k rozší-

ření stávající nabídky jak z pohledu lékařských specializací, tak z pohledu lokalit, ve kterých je možné čerpat péči. Lékařskou péči nabízejí obě společnosti také v regionech prostřednictvím sítě smluvních lékařů.

(Zdroj: Medicover)

# Imunoglukan a respirační infekce

Infekce horních cest dýchacích patří k nejčastějším lidským infekčním onemocněním. Průměrný výskyt představuje u dospělých 2–4 epizody onemocnění ročně, u dětí však až 6–10 epizod. I když má většina těchto infekcí tendenci ke spontánnímu vyléčení, nese významné riziko sekundárních bakteriálních infekcí a má významné socioekonomické dopady.

**H**lavními původci těchto onemocnění jsou viry (více než 400 různých druhů, např. rhinoviry, parainfluenza viry, adenoviry, respiračně syncytiální virus a další) a bakterie (např. *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pyogenes*, *Moraxella catarrhalis*). Bakteriální infekce se vyskytují jak ve formě primární, tak jako sekundární superinfekce, nasedající na infekce virové. Vzhledem k velkému počtu potenciálních patogenů i k možnosti jejich mutací je zřejmé, že cílená ochrana před těmito infekcemi ovlivněním specifické imunity (např. vakcinací) není možná. Jedinou možností je proto podpora systému vrozené imunity, který je rozhodující pro iniciační detekci a rozpoznání patogenů a také pro následnou aktivaci adaptivní (specifické) imunitní odezvy.

Systém vrozené imunity je fylogeneticky nejstarší systém rozpoznávání patogenů, z velké části založený na systému rozpoznání specifických molekul – tzv. molekulárních vzorů asociovaných s patogeny (*pathogen-associated molecular patterns*, PAMP). Pokud tyto molekulární vzory dokážeme z přírodních zdrojů (např. některých hub) izolovat, můžeme jejich podáním stimulovat nespecifickou imunitní odezvu. Imunitní systém totiž tyto přírodní struktury vnímá obdobným způsobem jako napadení organismu patogenem a zvyšuje tak svoji protinfekční pohotovost. Mezi nejlépe známé PAMP patří strukturální polysacharidy buněčných stěn hub, označované jako  $\beta$ -glukany<sup>1,2)</sup>.

## Strukturální polysacharidy hub a odezva imunitního systému

Struktury  $\beta$ -glukanů jsou identifikovány (jako PAMP) zejména imunitními buňkami, které obsahují tzv. receptory rozpoznávající vzory. Po této identifikaci následuje aktivace imunitního systému. Její mechanismus sice dosud není zcela zmapován, ale jsou známy hlavní kroky, které se podílejí na rozpoznání PAMP systémem nespecifické imunity i přenosu těchto podnětů na specifickou imunitní odezvu. Hlav-

ní roli v tomto procesu hrají receptory dektin-1, komplementový receptor CR3 a receptory TLR-2/6, které spouštějí kaskádu reakcí zasahující makrofágy, neutrofile, monocyty, NK buňky a dendritické buňky. Např. receptor dektin-1 po navázání  $\beta$ -glukanu spouští fagocytózu, proliferaci mononukleárů a produkci prozánětlivých cytokinů, např. interleukinů 6, 10 a 12. Dektin-1 zajišťuje též fagocytózu nevstřebatelných  $\beta$ -glukanových řetězců a tím i jejich přenos k dalším složkám imunitního systému. V tomto ději se uplatňuje také další mechanismus, zprostředkovaný aktivovaným komplementovým receptorem na NK buňkách, neutrofilech a lymfocytech. Výsledkem je zlepšení imunitní funkce, například posílení cytotoxické odezvy neutrofilů vůči opsonizovaným nežádoucím buňkám. Podrobný souhrn současných poznatků k této problematice lze nalézt v přehledové práci Goodridge a kol.<sup>3)</sup> nebo Zanonihho a Granucciho<sup>4)</sup>.

Většina z polysacharidových PAMP (včetně  $\beta$ -glukanů) je po perorálním podání pouze do jisté míry fermentována střevní mikroflórou. Jejich systémové účinky jsou však velmi dobře prokazatelné. Prokázanou cestou stimulace imunity je přímá internalizace epitelovými buňkami střevní sliznice a střevní lymfatické tkáně (GALT). Perorálně podávané  $\beta$ -glukany jsou dále vychytávány makrofágy střevní sliznice, fagocytovány a posléze štěpeny na menší fragmenty, které stimulují periferní granulocyty<sup>5)</sup>.

Poznání molekulárního mechanismu účinku  $\beta$ -glukanů ukázalo význam jejich izolace z přírodních zdrojů. Tyto glukany jsou relativně heterogenní skupinou molekul, které se liší makromolekulární strukturou, molekulární hmotností, rozpustností, viskozitou a také biologickou aktivitou. Nejrozšířenější jsou polymery glukózy s molekulou obsahující (1→3)- $\beta$ -D-glykosidové vazby, případně s větvenou molekulou obsahující postranní řetězce vázané (1→6)- $\beta$ -D-glykosidovými vazbami. Makromolekulární struktura, stupeň větvení a délka řetězců je do značné míry specifická pro přírodní zdroj, ze kterého je



Ilustrační foto: Shutterstock

$\beta$ -glukan izolován. Tyto strukturální faktory významně určují i odezvu imunitního systému při kontaktu s nimi<sup>6)</sup>. Glukany izolované z různých zdrojů tak mohou mít velmi rozdílnou imunomodulační aktivitu.

Aktuální poznatky ukazují, že například nejsilnější stimulaci cytokinové produkce lze očekávat u  $\beta$ -(1→3)- a  $\beta$ -(1→6)-glukanů<sup>7)</sup>. V buněčné stěně hub jsou tyto strukturální polysacharidy obsaženy zejména ve střední vrstvě stěny; na povrchu je volně dostupná pouze malá část. Odstraněním nepotřebných částí (např. povrchových glykoproteinů a kotevnic proteinů) se velmi významně zvýší schopnost  $\beta$ -glukanu interagovat s cílovými imunitními buňkami – odhalí se tím podstatně větší část vzorů PAMP rozpoznávaných nespecifickou imunitou. Zároveň musí být izolace dostatečně šetrná, aby při tomto zpracování nedošlo ke štěpení dlouhých vláknitých polysacharidových řetězců a větvení, protože polysacharidy s narušenou přirozenou strukturou (s nedostatečným větvením či nízkou molekulární hmotností) ztrácejí imunomodulační účinnost. U klinických aplikací tak nelze účinnost paušalizovat, ale

je třeba důsledného rozlišování na základě klinické dokumentace, specifické pro zcela konkrétní typ  $\beta$ -glukanu.

## Klinické zkušenosti s imunoglukanem u dětí

S ohledem na množství klinických zkušeností patří u běžných respiračních infekčních onemocnění k nejlépe popsáným imunomodulačním polysacharidům tyto strukturální polysacharidy označované jako *imunoglukan*. Strukturálně patří do skupiny  $\beta$ -1,3-D-glukanů, izolovaných z hlívy ústříčné (*Pleurotus ostreatus*). Díky efektivnímu odhalení imunomodulačních molekulárních struktur při patentovaném výrobním procesu se vyznačuje specifickými vlastnostmi, které jej řadí k nejperspektivnějším látkám. Jeho použití je rozšířeno a zdokummentováno zejména u dětské populace.

Za největší studii hodnotící účinnost a bezpečnost imunoglukanu u dětí je možno považovat československou multicentrickou pediatrickou studii, která hodnotila vliv imunoglukanu na frekvenci infekcí horních cest dýchacích (IHCD) u dětí<sup>8)</sup>. Do studie se zapojilo 28 pediatrik prvního kontaktu z Česka a Slovenska. Byly do ní zařazeny děti ve věku 3–7 let s vý-

skytem 5 a více infekcí horních cest dýchacích (IHCD) léčených antibiotiky za předchozí rok. Pacienti užívali sirup s obsahem imunoglukanu po dobu 6 měsíců. Statisticky významně příznivý účinek mělo užívání sirupu u 71,2% sledovaných dětí. U těchto dětí došlo ke snížení frekvence respiračních infekcí v následujícím roce o více než polovinu (60%). Pokud se u nich tyto infekce vyskytly, ve většině případů nebyla pro terapii potřebná antibiotika a postačovala symptomatická léčba. Zlepšení klinického stavu těchto dětí bylo doprovázeno i pozitivní změnou imunologických laboratorních parametrů (CD16/56, fagocytová aktivita). Tato studie potvrdila výrazný účinek imunoglukanu v prevenci infekčních onemocnění v dětském věku. Nežádoucí účinky imunoglukanu nebyly pozorovány.

V další, dvojité zaslepené, multicentrické, placebem kontrolované studii<sup>9)</sup> byla sledována skupina 175 dětí ve věku 5,65±2,39 roků s více než 5 respiračními infekcemi za posledních 12 měsíců. Pacienti byli randomizováni do aktivního ramena, kteří byli léčeni imunoglukanem ve formě sirupu po dobu 6 měsíců a do ramena s „aktivním placebem“ – vitamínem C. Výsledky ukázaly, že podávání imunoglukanu snížilo frekvenci respiračních infekcí a celkovou nemocnost. Imunoglukan významně zvýšil plazmatickou koncentraci všech tří izotypů imunoglobulinů (IgG, IgA, IgM), a to hlavně během podávání léčby. Celkový počet CD3+, CD4+ a CD8+ T lymfocytů zůstal ve skupině s beta-glukanem stabilní, přičemž ve skupině s placebem pomalu klesal. Na konci studie byl celkový počet CD8+ T lymfocytů v aktivním rameni významně vyšší než v rameni s placebem. Studie prokázala imunostimulační účinnost imunoglukanu u dětí, a to jak v klinické, tak laboratorní oblasti.

## Klinické zkušenosti u dospělých

Dokumentace účinku imunoglukanu je k dispozici i u dospělých. Z dosud nepublikovaných výsledků klinických pozorování lze zmínit např. práci MUDr. Jülie Michalíkové z oddělení klinické imunologie Národního ústavu tuberkulózy a respiračních chorob v Bratislavě, která u pacientů s častým výskytem infekcí horních cest dýchacích (5x a více

## NOVINKY VE FARMAKOTERAPII

v jednom roce) zaznamenala při podávání imunoglukanu signifikantní pokles četnosti infekcí. Obdobné zkušenosti zaznamenal MUDr. Kováč z Denní ORL kliniky NZZ v Banské Bystrici, který při podávání imunoglukanu pozoroval u tohoto typu pacientů snížení počtu akutních exacerbací, recidiv a spotřeby antibiotik.

Důkladně byla dokumentována imunostimulační účinnost imunoglukanu u dospělých zatěžovaných sportovců a výsledky těchto studií byly publikovány v renomovaných odborných časopisech. V randomizované a dvojité zaslepené studii<sup>10)</sup> byl u vrcholových sportovců (běžkařů) sledován vliv podávání imunoglukanu na odezvu imunitního systému po fyzické zátěži. Tato zátěž představuje stres, který u skupiny sportovců užívajících placebo vyvolal snížení aktivity NK lymfocytů až o 28 %. U sportovců užívajících imunoglukan po dobu 2 měsíců však autoři nezjistili žádné významné změny, což svědčí pro imunostimulační účinek imunoglukanu.

Druhá studie<sup>11)</sup> sledovala dlouhodobý prospěšný vliv podávání imunoglukanu u intenzivně tré-

nujících dospělých sportovců (vodáků a triatlonistů) na základní imunologické parametry a charakter respiračních onemocnění. Oproti skupině užívající placebo byl při stejné fyzické zátěži v průběhu 3měsíčního podávání imunoglukanu pozorován významně lepší stav imunity, dokumentovaný jak zlepšením laboratorních parametrů (významně vyšší počet NK buněk, vyšší fagocytová aktivita i schopnost respiračního vzplanutí), tak i výrazně méně závažným průběhem onemocnění horních cest dýchacích.

Velkým přínosem těchto studií je důkaz účinnosti imunoglukanu v reálných zátěžových podmínkách. Je obecně známo že k oslabení imunitního systému může vést jak nadměrná fyzická, tak i psychická zátěž. V obou případech dlouhodobý stres vede k uvolňování řady stresových mediátorů a hormonů (noradrenalin, kortisol atd.), které se považují za faktory vedoucí k narušení funkce imunity. Vysokou fyzickou zátěž lze do určité míry považovat za ekvivalent psychické zátěže (stres) a získané výsledky je možné relevantně aplikovat i na běžnou dospělou populaci.

### Závěr

Imunomodulátory přírodního původu představují zajímavou možnost jak řešit stále častější výskyt poruch imunitního systému v populaci.

Stimulace nespecifických složek imunity prostřednictvím izolovaných PAMP, jako jsou například strukturální polysacharidy izolované z hub (mj.  $\beta$ -glukany), působí na řadu komponent obranné schopnosti a pomáhá u dětí i dospělých vytvářet stabilní imunitní systém účinně chránící organismus před infekcemi.

### Literatura:

1. Ramberg JE, Nelson ED, Sinnott RA: Immunomodulatory dietary polysaccharides: a systematic review of the literature. *Nutr J* 2010; 9: 54–76.
2. Thompson IJ, Oyston PC, Williamson DE: Potential of the beta-glucans to enhance innate resistance to biological agents. *Expert Rev Anti Infect Ther* 2010; 8: 339–352.
3. Goodridge HS, Wolf AJ, Underhill DM: Beta-glucan recognition by the innate immune system. *Immunol Rev* 2009; 230: 38–50.
4. Zanoni I, Granucci F: Regulation and dysregulation of innate immunity by NEAT signaling downstream of pattern

recognition receptors (PRRs). *Eur J Immunol* 2012; 42: 1924–1931.

5. Rice PJ, Adams EL, Ozment-Skelton T et al.: Oral delivery and gastrointestinal absorption of soluble glucans stimulate increased resistance to infectious challenge. *J Pharmacol Exp Ther* 2005; 314: 79–108.

6. Barsanti L, Passarelli V, Evangelista V et al.: Chemistry, physico-chemistry and applications linked to biological activities of  $\beta$ -glucans. *Nat Prod Rep* 2011; 28: 457–466.

7. Noss I, Doekes G, Thorne PS et al.: Comparison of the potency of a variety of  $\beta$ -glucans to induce cytokine production in human whole blood. *Innate Immun* 2012 May 30 [Epub ahead of print].

8. Jeseňák M, Sanislo L, Kuniaková R a kol.: Imunoglukan P4H v prevencii recidivujících infekcí dýchacích cest v detstvom veku. *Čes Slov Pediat* 2010; 65: 639–647.

9. Jeseňák M, Bánovčín P, Rennerová Z et al.: Immunomodulatory effect of beta-glucan isolated from *Pleurotus ostreatus* on adaptive immunity in children

with recurrent respiratory tract infections. *Congress EAACI 2012 (Abstracts, poster 380)*.

10. Bobovčák M, Kuniaková R, Gabříž J et al.: Effect of Pleuran ( $\beta$ -glucan from *Pleurotus ostreatus*) supplementation on cellular immune response after intensive exercise in elite athletes. *Appl Physiol Nutr Metab* 2010; 35: 755–762.

11. Bergendíová K, Tibenska E, Majtan J: Pleuran ( $\beta$ -glucan from *Pleurotus ostreatus*) supplementation, cellular immune response and respiratory tract infections in athletes. *Eur J Appl Physiol* 2011; 111: 2033–2040.

Zpracování dané problematiky je součástí edukačních aktivit podpořených v rámci projektu Popularizace zdraví – Po.Zdrav.

MUDr. Pavel Kostlůk, CSc.,  
PharmDr. Lucie Kotlířová,  
PharmDr. Vladimír Věgh,  
Edukafarm, Praha  
MUDr. Jiří Sliva, Ph.D.,  
Ústav farmakologie 2. a 3. lékařské fakulty  
Univerzity Karlovy



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

# Imunoglukan P4H<sup>®</sup>

komplex biologicky aktivních polysacharidů a vitamin C

### vhodný při

- ◆ opakovaných infekcích horních cest dýchacích
- ◆ zvýšené zátěži imunitního systému (např. v období chřipky)
- ◆ opakovaném podávání antibiotik
- ◆ velkém psychickém či fyzickém stresu
- ◆ nástupu dětí do kolektivu

sirup neobsahuje alkohol,  
barviva ani aromatické látky



sirup již  
od 1 roku



www.imunoglukan.cz

doplňky stravy

Výrobce: Pleuran, s.r.o., Peterská 16a, 821 03 Bratislava, Slovenská republika  
Informační servis: inPHARM, tel.: 241 432 133, e-mail: inpharm@inpharm.cz

## EPIDEMIOLOGIE

# Aktuální doporučení k očkování proti chřipce pro ČR

Strategic Advisory Group of Experts (SAGE) Světové zdravotnické organizace (WHO) na posledním setkání v dubnu letošního roku doporučila jako nejvýznamnější rizikovou skupinu pro očkování proti sezónní chřipce těhotné ženy. SAGE také podpořila doporučení pro očkování proti sezónní chřipce pro známé cílové skupiny, tj. pracovníky ve zdravotnictví, děti od 6 do 59 měsíců věku, starší osoby a osoby s rizikovými přidruženými onemocněními.

V **doporučení Rady Evropy** z 22. 12. 2009 o očkování proti sezónní chřipce (2009/1019/EU) se členské státy vybízejí, aby podle potřeby přijaly a prováděly národní, regionální nebo místní akční plány či politiku zaměřené na zlepšení proočkovanosti proti sezónní chřipce tak, aby bylo co možná nejdříve – nejlépe do zimního období na přelomu let 2014 a 2015 – dosaženo 75% proočkovanosti u starších věkových skupin a pokud možno i u dalších ohrožených skupin, jestliže se tak již nestalo. Členské státy se také vybízejí ke zvýšení proočkovanosti u zdravotnických pracovníků.

### Národní akční plán a doporučený postup

Reakcí České republiky na výše uvedené doporučení Rady Evropy je **usnesení Vlády České republiky č. 600 ze dne 10. srpna 2011, kterým se schvaluje „Národní akční plán na zvýšení proočkovanosti proti sezónní chřipce v České republice“**. Hlavním strategickým cílem plánu je jednak zajistit edukační kampaně o významu očkování proti sezónní chřipce jak pro zdravotnické pracovníky, tak pro laickou veřejnost, dále dosáhnout co nejdříve, nejlépe do zimního období na přelomu let 2014 a 2015, 75% proočkovanosti proti chřipce u star-

ších věkových skupin, u osob se zdravotním postižením a osob chronicky nemocných, u nichž by onemocnění chřipkou mohlo znamenat vážné zhoršení základního onemocnění, a v neposlední řadě zvýšit proočkovanost proti chřipce u zdravotníků. Pro samotné očkování proti chřipce je důležitý dokument **„Doporučený postup Národního imunizačního komise Ministerstva zdravotnictví pro očkování proti sezónní chřipce“** ze dne 11. 7. 2011. Vakcinační strategii je nutné zaměřit zejména na starší osoby (věk 65 let a více), na osoby jakéhokoli věku (včetně dětí) s chronickým stavem, zahrnujícím následující

cíle kategorie nemocí: chronická onemocnění dýchacího systému včetně diagnózy asthma bronchiale, chronická onemocnění srdce a cév, chronická onemocnění ledvin a jater, chronická metabolická onemocnění včetně diabetu; osoby s nedostatečností imunitního systému (vrozenou nebo získanou), osoby s poruchou funkce průdušek a plic (tj. včetně poruch respiračních funkcí po poranění mozku, míchy, v důsledku křečových stavů nebo dalších neurologických či svalových poruch). V těchto případech je očkování včetně očkovací látky hrazeno z prostředků zdravotního pojištění na základě znění zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném

zdravotním pojištění. Vakcinace proti chřipce je dále doporučována: těhotným ženám ve kterékoli fázi těhotenství a ženám, které plánují těhotenství během chřipkové sezóny, osobám, jež zvyšují možnost nákazy rizikových skupin uvedených výše. Patří mezi ně zejména: odborníci, kteří o rizikové osoby pečují (zdravotníci a sociální pracovníci), lidé žijící s rizikovými osobami v domácnosti, a lidé, kteří jsou s rizikovými osobami v kontaktu (zaměstnanci pošt, obchodů, služeb, pracovníci ve školství, dopravě...).

MUDr. Jana Pratingerová  
vedoucí protiepidemického odboru  
Krajská hygienická stanice Libereckého kraje

## Vliv očkování na výši nákladů na chřipku u zaměstnaných osob

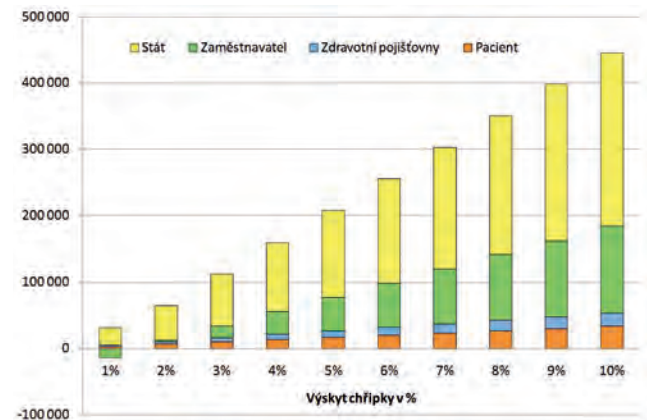
### Úvod a cíle studie

Chřipka je vysoce nakažlivé virové onemocnění, jehož výskyt se výrazně zvyšuje v době sezónních epidemií. V průměru chřipkou ročně onemocní 10–15% populace. Na rozdíl od jiných akutních respiračních onemocnění, se kterými se někdy zaměňuje, chřipka obvykle má závažnější průběh a bývá provázena komplikacemi. Nejvyšší výskyt bývá u dětí a mladých lidí, největší riziko s chřipkou spojených úmrtí je naopak u seniorů. Přestože je chřipka závažným zdravotním i sociálním problémem, bývá stále podceňována.

Velice účinnou možností prevence a zároveň nejdůležitějším protiepidemiologickým opatřením je očkování protichřipkovou vakcínou. U osob v produktivním věku je její účinnost vysoká, udává se rozmezí 70–90%. U starších osob, u nichž vždy nezabrání vzniku onemocnění, může alespoň snížit závažnost chřipky, počet hospitalizací a úmrtnost. Přestože je vakcína běžně dostupná a některým rizikovým skupinám je očkování hrazeno ze zdravotního pojištění, je celková proočkovanost v České republice nízká. Kromě zdravotních důsledků je výskyt chřipky spojený s ekono-

mickou ztrátou, zejména u pracujících, ať už v souvislosti s jejich vlastní pracovní neschopností nebo s ošetřováním nemocných dětí. I když chřipka pro tuto věkovou skupinu není tolik riziková jako pro seniory a podíl nemocných obvykle není tak vysoký jako v případě dětí, značná část nákladů spojených s chřipkovým onemocněním je generovaná právě v této skupině obyvatel. Proto je práce zaměřena právě na ekonomicky aktivní část české populace, na náklady spojené s chřipkovým onemocněním u této cílové skupiny obyvatel a na možnost ovlivnění výše těchto nákladů očkováním.

Cílem této farmakoeconomické analýzy bylo odhadnout a vyčíslit ekonomické náklady, které vznikají v souvislosti s chřipkovým onemocněním u ekonomicky aktivní části české populace. Náklady byly hodnoceny jak z pohledu plátce (zdravotních pojišťoven, popř. státu), tak z pohledu zaměstnance i zaměstnavatele. Následně byl hodnocen efekt očkování proti chřipce v této cílové populaci na snížení nákladů celkově i z hlediska jednotlivých subjektů. V použitém modelu byl uvažován zaměstnavatel jako plátce očkování proti chřipce, které nabízí svým zaměst-



Graf 2 – Nárůst ušetřených nákladů v Kč na 100 očkovaných zaměstnanců při vzrůstající frekvenci chřipky v neočkované populaci

nancům coby zaměstnavatek benefit.

### Metodika

Hodnocení se zabývá skupinou zaměstnaných, tedy lidí v produktivním věku, kteří v Česku představují přibližně 46% populace. Výpočty jsou založeny na statistických datech pro Českou republiku. Data o nemocných chřipkou jsou založena na počtu ukončených pracovních neschopností (PN) z důvodů této diagnózy. Náklady jsou odvozeny z platných úhrad přípravků a výkonů stejně jako cen volně prodejných léčiv v lékárnách.

### Struktura nákladů z hlediska jednotlivých subjektů:

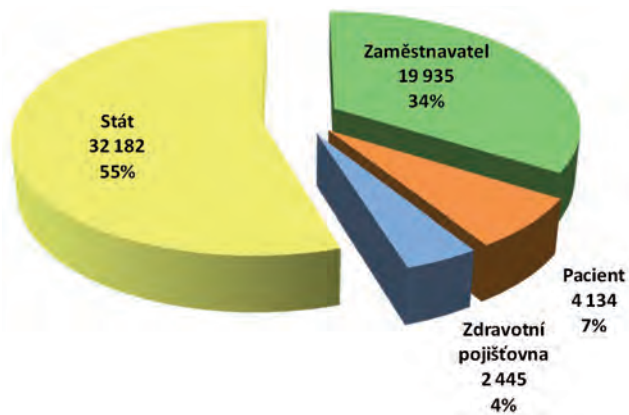
• **Pacient (zaměstnanec):** náklady na OTC a návštěvy lékaře a lékárny a s tím spojené poplatky,

náklady na pracovní neschopnost (PN) – ztráta části výdělku, náklady na hospitalizaci a s tím spojené poplatky.

• **Zaměstnavatel:** náhrada mzdy při pracovní neschopnosti (PN), minimální ušlý zisk po dobu PN.  
• **Zdravotní a sociální pojištění:** nemocenská, náklady na léky hrazené ze zdravotního pojištění, náklady na vyšetření, náklady na hospitalizaci.  
• **Stát:** ztráta na HDP.

### Výsledky

Celkové průměrné náklady na jedno onemocnění chřipkou (tj. na jednoho nemocného zaměstnance) byly propočteny na 58 696 Kč, z čehož 55% představuje ztráta na HDP, 34% činí náklady zaměstnavatele, 7% náklady pacienta a 4% náklady zdravotního systému.



Graf 1 – Rozložení nákladů na léčbu jednoho pacienta (zaměstnance) s chřipkou

Účinnost očkování je závislá na mnoha faktorech. V literatuře se uvádí účinnost u osob do 65 let na úrovni 70–90 %. V české studii z roku 2000, která sledovala efekt očkování proti chřipce, je udávána účinnost 81,2 %, což je přibližně uprostřed intervalu uvedeného v literatuře.

Nákladová efektivita očkování proti chřipce je závislá na jejím výskytu. Čím je výskyt chřipkového onemocnění v sezóně vyšší a čím vyšší je podíl očkovaných, tím vyšší je i nákladová efektivita očkování. V posledních deseti letech, ze kterých jsou známy údaje (2001–2010), byla incidence chřipky v analyzované populaci mezi 1,1 a 9,7 % (hodnoceno nemocnými chřipkou, kteří zůstali doma na pracovní neschopnosti). Pokud bude uvažována 81,2 % účinnost vakcinace a různá frekvence chřipky (od 1 do 10 %), pak bude vakcinace nákladově efektivní i pro zaměstnavatele (který v tomto modelu nese náklady na vakcinaci svých zaměstnanců) od přibližně 2 % výskytu chřipky ve skupině neočkovaných zaměstnanců.

### Závěry

Jedním z cílů této analýzy bylo zjištění nákladů na onemocnění chřipkou u osob v produktivním věku.

Průměrné náklady na jednoho nemocného chřipkou přesahovaly 58 tisíc korun. Nejvýznamnější část představuje ztráta na HDP spojená s absencí zaměstnanců v pracovním procesu během pracovní neschopnosti (55 %) a pak také náklady zaměstnavatele tvořené vyplácenou náhradou mzdy a ušlým ziskem, který nebyl vytvořen v době pracovní neschopnosti zaměstnance (34 %).

Každého pacienta nemocného chřipkou pak toto onemocnění stojí v průměru více než 4 tisíce korun, z čehož většinu činí ušlá čistá mzda po dobu pracovní neschopnosti, zatímco ze zdravotního pojištění je v průměru vyplaceno na každého nemocného chřipkou téměř 2,5 tisíce korun, většina ve formě nemocenské. Z analýzy rovněž vyplývá, že očkování zaměstnanců je ekonomicky výhodné (náklady šetřící) pro zaměstnavatele při výskytu chřipky v populaci nad 2 % při předpokládané úhradě vakcinace zaměstnavatelem. Pokud se podíváme na výskyt chřipky za posledních 10 let, jednalo se o průměrnou roční incidenci 5 %.

PharmDr. Václava Černá,  
MUDr. Jana Skoupá,  
Pharma Projects, s. r. o.

## ICRC v Brně spojuje špičkovou praxi a výzkum

V Brně zahájilo provoz Mezinárodní centrum klinického výzkumu (ICRC) Fakultní nemocnice u sv. Anny zaměřené na léčbu kardiovaskulárních a neurologických onemocnění. Činnost ICRC zahrnuje i klinicko-výzkumné aktivity v oblasti nových metod v prevenci a léčbě těchto nemocí.

Objekt centra se začal stavět v červnu 2010 a celková plocha nově vytvořených pracovišť činí téměř 24 tisíc metrů čtverečních. Projekt, na nějž více než z poloviny přispěla Evropská unie, představuje investici 4,6 miliardy korun.

Úkolem ICRC bude především zkvalitnění možností současné klinické medicíny a lékařského výzkumu, na čemž se budou podílet zejména dvě nová pracoviště – klinika kardiovaskulárních chorob a neurologická klinika, ale i komplex integrovaných vědeckých laboratoří. Koncept těsného propojení lékařského výzkumu s klinickou péčí umožní velmi rychle přenášet výsledky nejnovějších výzkumů do klinické praxe a poskytovat tak pacientům přístup k nejmodernějším léčebným metodám.

### Tým tvoří přes 300 vědců

Na aktivitách ICRC se podílejí odborníci z několika amerických



Docent Tomáš Kára (uprostřed) a ředitel FN u sv. Anny Petr Koška (vlevo) při slavnostním zahájení a prohlídce ICRC. | Foto: Martin Ježek

pracovišť, především z nemocnice Mayo Clinic. Centrum spolupracuje také se šesti univerzitami v Evropě a deseti akademickými pracovišti v České republice. Aktuálně zde pracuje 17 mezinárodních vědeckých týmů, jež jsou tvořeny celkem 307 odborníky. Vědci přitom budou do Brna při-

jíždět rovněž na výměnné pobyty. Lékařské a vědecké týmy ICRC ještě před oficiálním otevřením centra dosahovaly řady významných výsledků v oblasti klinické medicíny i výzkumu, dařilo se jim při publikaci řady prestižních prací i v získávání vědeckých grantů a ocenění.

## Zobrazovací centrum pro biomedicínu v novém

Laboratoře Zobrazovacího centra pro biomedicínu a lékařské nanotechnologie Ústavu buněčné biologie a patologie 1. LF UK prošly rekonstrukcí a byly vybaveny novým mikroskopickým zařízením dosahujícím světové úrovně.

Zřízení centra zásadním způsobem urychlí a zefektivní vědeckou práci a zvýší kompetitivnost vědeckých výstupů Ústavu buněčné biologie a patologie (ÚBBP) a dalších ústavů, laboratoří a klinik 1. LF UK v Praze.

### Zlepšení studia dynamických jevů

Podle doc. RNDr. Dušana Cmarka, Ph.D., z ÚBBP je nejvýznamnějším přírůstkem ve světelné mikroskopii konfokální fluorescenční mikroskop s rotujícím diskem, jehož zobrazo-

vací rychlost v rozlišení 512x512 pixelů je mnohem vyšší než rychlost bodových rastrovacích mikroskopů. Toho lze využít při studiu dynamických buněčných jevů odehrávajících se během několika milisekund. Rovněž jeho další vybavení vyhovuje vysokým nárokům rychlého zobrazování živých buněk.

„Tento mikroskop je důležitý i v kontextu na našem pracovišti vyvíjeného programovatelného maticového mikroskopu (*programmable array microscope*, PAM), který je využíván

pro 4D zobrazování dynamických buněčných jevů. Systém umožňuje snížit množství světla nutného pro osvětlení vzorku, čímž se výrazně snižuje fototoxická. V rozlišení jsme s PAM překročili Abbeho difrakční mez a jako první v Česku docílili takzvaného superrozlišení,“ popisuje docent Cmarko. Dalším klíčovým přístrojem zobrazovacího centra je konfokální mikroskop pro pozorování živých buněk při současně detekci až pěti fluorescenčních signálů vybavený rychlým rezonančním skenerem.

### Modernizace stávajícího vybavení

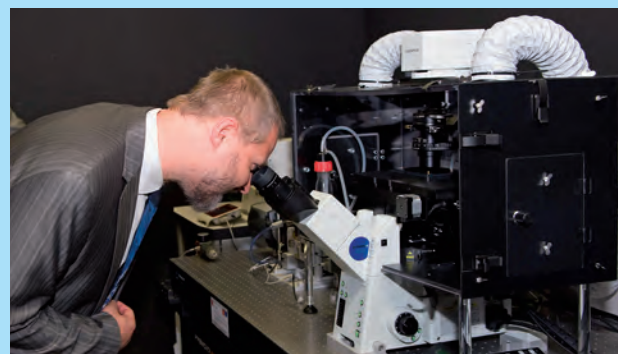
Řada přístrojů stávajícího vybavení také prošla modernizací. Například epifluorescenční mikroskop byl vybaven adaptérem pro experimenty na živých buňkách, světelným zdrojem pro nízkou fototoxicitu a citlivou CCD kamerou, na další z mikroskopů byl instalován kompletní mikroinjekční systém a CO<sub>2</sub> inkubátor pro *in vivo* pozorování injikované buněčné kultury. Stávající

### Inspirace pro mladé vědce

Díky mezinárodním vzdělávacím programům bude mít ICRC pozitivní vliv i na zkvalitnění vzdělávání českých studentů a lékařů v oblasti medicíny a souvisejících oborů. „FNUSA-ICRC se stává jedním z nejmodernějších center pro kardiologii a neurologii v Evropě,“ uvádí vedoucí lékař Mezinárodního centra klinického výzkumu doc. MUDr. Tomáš Kára, Ph.D., který je společně s profesorem Virendem Somersem z Mayo Clinic hlavním autorem koncepce projektu ICRC. „Podobně jako se Olympijské hry v Londýně staly inspirací pro mladé sportovce, věříme, že ICRC bude inspirací pro mladé talentované odborníky z naší země, Evropy i celého světa, kteří svůj život zasvětili medicíně a lékařskému výzkumu a pomohou vyvinout nové metody, postupy, technologie a léky, jež dají novou naději těm nemocným, kterým současná medicína dokáže pomoci jen částečně,“ věří docent Kára.

Současně s otevřením ICRC vzniká i Nadační fond ICRC Brno, jehož cílem je poskytovat podporu mezinárodní spolupráci v lékařském výzkumu, vzdělávání a klinické medicíně, a to zejména v návaznosti na projekt Mezinárodního centra klinického výzkumu FN u sv. Anny v Brně.

David Daniel



Laboratoř si prohlídl i rektor UK prof. Václav Hampl. | Foto: Leoš Chodura

(Zdroj: ÚBBP 1. LF UK)

(red)

## KOMUNIKACE / AKTUALITY

# Zdravotníci se učili jak sdělovat nepříznivou zprávu

Ve dnech 25.–27. října 2012 se v Popovičkách uskutečnil intenzivní kurz nácviku komunikačních dovedností při sdělování nepříznivé zprávy, který pořádala MUDr. Eva Pokorná, CSc., z Transplantcentra IKEM. Proběhl již poosmé a stále se těší velké oblibě účastníků.

Absolventi lékařských fakult opouštějí univerzity s mnoha znalostmi v oblasti medicíny, nicméně v poslední době se do popředí dostává rovněž orientace na pacienta z hlediska komunikačních dovedností. Sami účastníci kurzu – lékaři z oddělení ARO a jednotek intenzivní péče nemocnic z celé České republiky – se shodují na tom, že univerzita komunikaci s pozůstalými příbuznými nestaví do centra zájmu a budoucí lékaře na problematice situace nepřipravuje.

## Jak snižovat napětí

Z iniciativy MUDr. Evy Pokorné tak vznikl interaktivní kurz vedený klinickou psychologkou PhDr. Blankou Čepickou, Ph.D., a psychiatrem MUDr. Janem Čermákem. Lektoři v průběhu tří dnů provází účastníky různými etážemi výuky komunikace zážitkovou metodou, aby byli sami schopni efektivně komunikovat v kri-

tických situacích, mezi něž patří i zpráva o úmrtí či spolupráce s pozůstalými při realizaci transplantčního programu.

Správná komunikace s příbuznými zemřelých může nejen snižovat napětí v krizové situaci, ale vhodně vedeným dialogem lze pozůstalé seznámit s možností odběru orgánů zemřelého k transplantaci. V současné době se jedná o život zachraňující zákrok, který významně ovlivňuje osud mnoha chronických a jinak nevléčitelných pacientů.

## Vysoce stresující faktor

V Česku je zakotven princip takzvaného předpokládaného souhlasu s posmrtným darováním orgánů. Navíc ČR eviduje registr osob nesouhlasících s odběrem orgánů a tkání po smrti. Zákon současně ošetřujícímu lékaři možného dárce ukládá povinnost informovat pozůstalé o předpokládaném odběru orgánů (§ 20, odst. 2, zákona č. 285/2002 Sb.). Pokud rodina s od-

běrem nesouhlasí, v běžné praxi se jejich přání respektuje a bohužel odběr orgánů proveden není.

Ze slov doktorky Pokorné vyplývá (a to na základě zkušeností ze seminářů, osobních diskusí s lékaři i z výsledků několika anket), že kontakt s pozůstalými označují lékaři (intenzivisté dárcovských nemocnic) za jeden z nejvíce stresujících faktorů ve své práci. Nejedná se jen o samotné sdělení smrti blízkým zemřelého, vždy jde o celý proces indikace, potvrzení smrti mozku a organizace odběru orgánů od zemřelého dárce. Procento odmítnutí odběru rodinou není vysoké (cca 15 %), ale sami lékaři přiznávají, že v řadě případů ani možného dárce neindikují právě kvůli obavám z případného konfliktu s příbuznými.

## V kůži pacientů a příbuzných

Z těchto důvodů se odbornice z IKEM rozhodla začít s pořádáním

speciálních kurzů věnovaných komunikačním dovednostem a praktickému nácviku sdělování nepříznivých zpráv. Této zásadní oblasti není ani v pregraduálním, ani v postgraduálním vzdělávání věnována pozornost a právě lékaři-intenzivisté jsou velice často ve své profesi vystaveni situacím, kdy musí příbuzným takové zprávy sdělovat.

Letošního kurzu se zúčastnilo celkem 18 lékařů a jedna všeobecná sestra. Přítomní mohli během prvních dvou dnů nejen diskutovat o technikách rozhovoru při stresové situaci, ale sami si ji vyzkoušet a zažít jako pacienti/příbuzní, kterým je sdělována nepříznivá zpráva. Během různých cvičení a aktivit účastníci hodnotili svou neverbální a verbální komunikaci, učili se v dané situaci poznávat emoce a pracovat s nimi a společně s lektory hledali východiska z kritických momentů.

Závěrečný dopolední blok třetího dne patřil rekapitulaci a tréninku modelových situací, které v reálné nemocniční praxi nastávají. Během 23 vyučovacích hodin účastníci získali alespoň základní představy jak pozůstalé provést velmi náročnou životní zkouškou a navíc zvýšit naději pro nový život využitím možností transplantčního programu.

## Stačí být na blízku

„Pouhé“ provedení pozůstalých krizovou situací může vypadat jako zdánlivě nedostatečné řešení. Ovšem i to může být velmi efektivní a především je významným zlomem v problematice, která je krajně nepřijemná pro obě strany – nejen pozůstalé, ale také nemocniční personál. Navíc i jen snaha bude vždy hodnocena lépe než naprostá nečinnost.

Kurzy sdělování nepříznivé zprávy jsou příkladem toho, že každý, byť i malý krok znamená velkou změnu v situaci, o které jen neradi slyšíme. Až zde většina účastníků pochopila, že zlehčit nepřijemnou situaci nebo ji vyřešit za truchlícího kolikrát vůbec není možné. A že občas pouze stačí být na blízku, nedělat nic jiného než stát vedle a sdílet emoce pozůstalých. Možná se vám zdá, že je to málo – ale i to „málo“ je velkou pomocí.

Jaroslav Pekara

# V Olomouci otevřeli třetí hybridní sál v ČR

Pouze dva hybridní operační sály dosud fungovaly v České republice, třetí 9. listopadu otevřela Fakultní nemocnice Olomouc. Pacientům s onemocněním srdce a cév, kteří potřebují specializovanou péči, tak může nabídnout nejmodernější léčebné metody.

Přínos pro nemocného je jednoznačný – větší bezpečnost během výkonu na sále, menší zátěž a také kratší rekonvalescence. Nemocnice sál vybuďovala v rámci projektu „Modernizace a obnova přístrojového vybavení komplexního kardiologického centra FN Olomouc“, který realizuje s podporou Evropské unie za více než 80 milionů korun.

„Jsme součástí národní sítě jedenácti komplexních kardiologických center, do kterých je soustředěna nejnáročnější a nejnákladnější péče o pacienty s onemocněním srdce a cév. V našem centru léčíme nemocné z celého Olomouckého kraje, historicky také z Valašska a Zlínska a u některých diagnóz i z celé ČR. Pro obyvatele těchto regionů je určitě skvělá zpráva, že nyní patříme mezi tři centra v zemi, kde je možné provádět hybridní vý-

kony, tedy to nejmodernější, co může současná medicína v daném oboru nabídnout,“ říká ředitel FN Olomouc doc. MUDr. Roman Havlík, Ph.D.

„Kombinace neinvazivních a chirurgických metod, kterou umožňuje špičkové vybavení hybridních sálů, je považována za nejlepší cestu, jak co nejúčinněji a nejhospodárněji pacienta léčit,“ dodává vedoucí lékař centra a přednosta 2. chirurgické kliniky – cévně transplantční LF UP a FNOL prof. MUDr. Petr Bachleďa, CSc.

## Odpadá putování pacienta po nemocnici

Sál pro hybridní výkony spojuje výhody sterilního prostředí klasického chirurgického sálu a špičkové zobrazovací techniky.

„Hybridní sál je vybaven kvalitním rentgenovým přístrojem –

angiolinkou, jejíž plovoucí deska slouží zároveň jako operační stůl. To nám umožňuje snadno a rychle přejít z běžného výkonu na kombinovaný. Pro pacienta to znamená menší zátěž a větší bezpečnost. Pokud by se například při neinvazivním výkonu cokoli stalo, je zde okamžitě připraven chirurgický tým, který může zasáhnout klasickou otevřenou cestou,“ popisuje profesor Bachleďa.

Hlavní výhodou hybridního sálu je komplexnost řešení onemocnění kardiologického systému. Odborníci přicházejí v rámci centra za pacientem a spolupracují na jeho léčbě, není tedy nutné, aby za jednotlivými léčebnými zásahy „putoval“ sám pacient po různých pracovištích nemocnice.

Projekt spolufinancovaný z Evropského fondu pro regionální

rozvoj umožnil nemocnici modernizovat a dovybavit všechna pracoviště komplexního kardiologického centra. Kromě angiolinky tak zdravotnické za-

řízení pořídilo například čtyři speciální ultrazvukové přístroje k vyšetření srdce, přístroje pro podporu dýchání a pro mimotělní oběh nebo dvě desítky monitorů životních funkcí. Náklady ve výši 80 milionů korun jsou hrazeny z 85 % z příspěvku Evropské unie a z 15 % z rozpočtu FN Olomouc. (II)



Foto: FN Olomouc



# Mít znovu lidskou tvář

„Rozhodli jsme se udělit naši výroční cenu za rok 2011 doktoru Bohdanu Pomahačovi z bostonské Brigham and Women's Hospital. Provedl mimořádný výkon, první transplantaci celého obličejce v USA. Pod jeho vedením lékaři dokázali vrátit tvář již čtyřem pacientům. V loňském roce vedl také zákrok, při kterém byly transplantovány obě ruce najednou,“ zdůvodnil rozhodnutí České transplantční nadace předseda její správní rady MUDr. Štefan Vítko, CSC.



MUDr. Bohdan Pomahač a MUDr. Štefan Vítko

Cena je určena českým i zahraničním vědcům, kteří se mimořádným způsobem zasloužili o rozvoj transplantční medicíny. Symbolický kruh života vyrobený ze skla převzal **MUDr. Bohdan Pomahač** 25. října v Karolinu. Při té příležitosti jsme mu položili několik otázek.

**Do Prahy jste přijel i přednášet na sympozium Prague Transplant Connection. V čem se zásadně liší plastická rekonstrukční chirurgie u nás a v USA a co ji naopak (krom vaší osoby) spojuje?**

V USA i v Česku je řada fundovaných expertů na jednotlivé techniky. Ale tady a obecně v celé Evropě je oproti Americe poměrně těžké získat opravdu široké zkušenosti z mnoha specializací existujících v rámci plastické chirurgie.

Domnívám se, že vzdělání, kterého se plastickému chirurgovi dostává v USA, je daleko širší: Během postgraduálního studia se dostanete k práci na plastické chirurgii pro děti i pro dospělé, k mikrochirurgii, chirurgii ruky, a to ve špičkových centrech – a zároveň v jednom městě. V Evropě je málo míst jako například Boston, kde je vše dosažitelné v jedné lokalitě.

**Jaké velké jsou náklady na nově zaváděné transplantční po-**

**stupy v USA a z jakých zdrojů je vaše pracoviště hradí?**

Cenu lze stanovit různými způsoby, ale pokud jdeme úplně do detailu, kdy se počítá i každá rouška na sále, vychází ve Spojených státech amerických zákrok včetně pooperační rehabilitace (čili první 3 měsíce) zhruba na 250 tisíc dolarů, záleží i na délce hospitalizace. Zahrnutý jsou náklady spojené s výzkumem.

Ano, tyto operace jsou momentálně nesmírně nákladné. Ale ta suma je trochu zavádějící, i první transplantace jater tehdy stála půl milionu dolarů a teď se náklady pohybují okolo 50–60 tisíc dolarů. Každá nová technologie má období, kdy je její použití nesmírně drahé, ale pak se díky standardizaci a zvýšené efektivitě podaří náklady snížit. My momentálně hradíme náklady z grantu od ministerstva obrany.

**Pokud porovnáme transplantace vnitřních a periferních orgánů, druhá oblast je zatím méně rozvinutá. Je tedy každá taková operace vlastně experimentem?**

Bohužel téměř každá taková operace je experiment, protože jsme zatím nebyli schopni standardizovat postup, ale velmi aktivně na tom pracujeme. Nicméně transplantací rukou už proběhlo takřka šedesát a obličejů přes dvacet.

**Co konkrétně vás k těmto experimentům přivedlo?**

Pacienti, o něž jsem se staral, ale kterým jsem nebyl schopen vrátit to, v co jsem doufal, že bych jednou mohl. Jsme špičkové pracoviště se všemi existujícími technikami konvenční i rekonstrukční chirurgie a není nic, co bychom pacientům nemohli poskytnout.

Přesto jsou výsledky mnohdy tak nedostačující, že mě to přinutilo zabývat se alternativními způsoby jak je vylepšit. Byla v tom i touha udělat víc, než co bylo konvenční z hlediska momentálního stavu, v jakém zrovna plastická rekonstrukční chirurgie je. V konečném důsledku to vedlo k zavedení transplantace jako momentálně v podstatě jediného řešení situace těchto lidí.

**Transplantologové zdůrazňují, že se zabývají transplantacemi orgánů umožňujícími přežití. Vy se zabýváte nemocnými, kteří sice prodělali devastující poranění, ale „jen“ kompozitních tkání. U tváře napřed musíte provést desítky rekonstrukčních operací, pak se potýkáte s imunologickou bariérou... Vybáží konečný efekt celé to riziko?**

Ještě můžete dodat, že výsledek nakonec ani není moc hezký... Ale tvář je naprosto nedílná součást člověka, je nezbytná pro každodenní interakci. Je téměř nemožné představit si, že byste šla do práce, když vám chybí velká část obličejce, nemůžete pořádně mluvit, jíst a komunikovat.

Ti lidé byli prakticky izolováni od společnosti, a když jsme s nimi o myšlenkách transplantace začali mluvit, měli obrovskou touhu podstoupit téměř jakékoli riziko, protože život v podobě, jakou měli, je téměř nesnesitelný. Možná to, co děláme, není život zachraňující, ale je nesmírně důležité dát člověku šanci vrátit se do společnosti, znovu začít pracovat, spojit se s rodinou. To jsou věci, o něž v životě jde.

**Jak si pacienti na své nové obličejce zvykají?**

Uvědomte si, že oni začínají. Ztratili podobu, kterou měli, znají ji už jenom z fotek. Nezačínají s předpoklady, že budou vypadat jako kdysi, ale s touhou, že budou vypadat alespoň lidsky.

Všichni naši pacienti byli bílé pleti a jeden z nich nám řekl, že by měl raději obličej černý než žádný. Touha mít znovu lidskou tvář je daleko větší než řešit detaily toho, jak bude vypadat.

**Nová tvář není jen zásah do psychiky příjemce. Co rodina dárce, když se mu podívá do tváře?**

Jsou dva aspekty transplantace obličejce, které od počátku spouštěly celou řadu etických debat: zda dojde k přenosu podoby nebo identity z dárce na příjemce a zda s tím člověk, který ji přijal, bude vůbec schopen zacházet. My jsme zjistili jak počítačovými simulacemi, tak z konkrétních případů, že k přenosu podoby v podstatě nedochází.

Osobně jsem viděl všechny dárce a příjemce a je to vždy synergie, součet měkkých a tvrdých tkání. Každý má specifický tvar lebky a specifickou šíři i výšku obličejce, zároveň stačí jenom milimetr, o který jsou určité tkáně na obličejci posunuty nahoru či dolů, a člověk už vypadá jinak. K přenosu podoby nedojde, to se naštěstí ukázalo jako neoprávněná obava, a stejně tak dárcovské rodiny už se toho neobávají.

**Jak se vám daří přesvědčit rodiny k souhlasu s „darováním“ obličejce jejich příbuzného?**

V USA se člověk musí k dárcovství aktivně přihlásit, většinou se tak děje s převzetím řidičského průkazu. Zaškrtnete v dotazníku políčko, zda jste, nebo nejste dárce. Komunikace, na kterou se ptáte, pak probíhá mezi orgánovou bankou a rodinou. Nikdy do nich nevstupuje chirurg či nemocnice, aby nedocházelo ke střetu zájmů. Já před čtyřmi lety strávil hodně času s těmito koordinátory, kteří rodiny oslovují. Mají speciální výcvik, aby věděli jak vést diskuse o dárcovství. Je důležité tyto ko-

ordinátory přesvědčit, že to, co chceme dělat, má opravdu smysl. Strávil jsem hodně času na různých akcích a schůzkách, kdy jsem jim ukazoval případy neřešitelných problémů deformit obličejce. Myslím si, že pokud tomu člověk začne rozumět do té míry, že tu potřebu vidí a cítí, je pro něj jednodušší přenést tento pocit i na dárcovskou rodinu. Drtivá většina rodin opravdu hned od začátku souhlasila.

**První dárce byl po transplantaci srdce. Pomohla tato skutečnost v komunikaci s jeho rodinou?**

Možná to hrálo určitou roli. Ano, ten pacient dlouho čekal na transplantaci srdce, dostal ho, ale bohužel po operaci zemřel na mozkovou embolii.

**Na jaké další zákroky se nyní připravujete?**

Snažíme se zjistit, jakým způsobem bude možné pomoci dalším pacientům, kterým chybí jiné typy tkání nebo těžce nahraditelných orgánů; tkáně budou v tomto kontextu asi lepší výraz.

Zvažujeme řadu různých kombinací, například horních a dolních končetin, ale i jiných tkání, které mohou pro kvalitu života hodně znamenat. Nedávno například byla ve Švédsku provedena transplantace dělohy. Čím víc budou pracoviště schopna reportovat pozitivní výsledky, tím více se rozšíří indikace a uvolní hranice možností.

**Jak se daří vašim pacientům? Mám na mysli ty čtyři po transplantaci obličejce a pacienta po transplantaci horních končetin v úrovni předloktí.**

Všichni jsou déle než rok po operaci, první z nich dokonce tři a půl roku. Musím říct, že všem se opravdu daří skvěle a naprosto předčili všechna očekávání, která jsme měli – jak z hlediska návratu funkce, tak i tím, že mají velmi malé nebo prakticky žádné komplikace. Všichni jsou na minimálním množství imunosupresiv a s tím pravděpodobně souvisí i fakt, že se u nich projevuje minimum nežádoucích účinků těchto léků.

Obecně máme nesmírně příjemný pocit z toho, jak se jim daří, a doufáme, že tato pozitivní zkušenost přispěje k tomu, že budeme tyto techniky dále rozvíjet.



## NEJSEM SI JIST

jsem nahlédl svůj omyl a změnil názor. Má to totiž háček a tím je prodleva, než se zjistí, že potřebná péče nebude až tak bazální, jak se mohlo v první chvíli zdát. Máme tak dokonalou RZP, že to vždy rozliší? Extrémy určitě, ale co to ostatní? Takže přicházejí sekundární transporty. A ne vždy příjemné dohady s pracovištěm „vyššího“ typu. A také někdy nepříjemnosti s VZP, která hraje převoz do nejbližšího zařízení, kde je možné péči poskytnout. Otázka ovšem je, jakou přesně péči, což může být předmětem nekonečných sporů.

Nejednou jsem musel zdůvodňovat, proč jel pacient až tam a ne jenom sem. A měl jsem frustrující pocit dojem, že mluvím s houpacím koněm. S natvrdlým úředníkem, který nemá ánunek o rozsahu jednotlivých druhů péče a potřebách pacientů. Takže ke škodě pacienta nakonec k indikovanému sekundárnímu transportu třeba ani nedojde. Systém se tu chová jako invalida na vozíku v barierovém prostředí. Je bezradný, našťavaný, vyčerpaný, zhroutený a nepohne se nikam. Stejně tak pacient a lékař.

A ještě je tu jeden možný pohled: V moderním zdravotnictví nemá banální, obyčejné stonání v nemocnici co dělat. Tam patří výhradně závažné kauzy. Ostatní se léčí ambulantně. Pokud je třeba někoho umístit, pak jsou to dlouhodobí klienti ošetrovatelské péče. To není úkolem akutních interních či jiných oddělení. A právě kombinace takových druhů péče je perspektivou ma-



**ČLK ze své podstaty vyzve k odchodu každého ministra, který jedná v rámci reálných možností udržitelného rozvoje. Je to takový folk-lór. Rituál. Třeba jako vynášení Morany. Komora má prostě čas od času takové nutkání. Ministr, kterého by nevyzvala k demisi, by byl bezvýznamnou figurou.** | Foto: Leoš Chodura

lých nemocnic. Následná a dlouhodobá lůžka, poliklinika využívající stávající komplement a nejvýše jednodenní zákroky. To bude jejich místo v systému, a to bez ohledu na něčí rozhodnutí či nerozhodnutí. Heger neheger, letos či jindy. Dříve nebo později si to vynutí váha reality. Škodu utrpí hlavně ti, kteří to neuznají a včas k této nevyhnutelnosti nezaujímou vstřícný, ba přímo aktivní podnikatelský postoj.

### Rudým inkoustem

Nyní malý tip na drsnou četbu pro každého, komu náhodou unikl článek „Lidé volili podle zdra-

vého rozumu“ (opět v minulém čísle 22/2012). Co se tam všechno dozvíme? Rozhodně víc, než lze snést. Četba jako adrenalinový sport.

Na téma volebního debaklu, který – pokud by signalizoval začátek vývoje – má potenciál vážně ohrozit demokracii v naší zemi, se dočteme, že lidé konečně začali hlasovat podle zdravého rozumu. No tčpic! Následuje likvidace posledních zbytků sociálního státu, a to prosím v zemi se stále obrovskými mandatorními výdaji.

Výrok o strašení lidí jakýmsi řeckým nebezpečím mě dojal vskutku ohromující mírou slepoty. Možná, že

tzvané Řecko ani neexistuje. Prý jsme na tom, co se dluhů týče, pořád ještě dobře (řekla žába v hrnci ohříváné vody). Možná relativně ano, ale podstata věci je přeci v trendu.

Odhalování minulých politicko-kriminálních kauz osvobozenými orgány se tu interpretuje jako negativum. Je tomu naopak. Jde o nadějný pokrok. A pokud pochybí někdo ze současné garnitury, je do týdne po něm, což se v článku nezmiňuje.

Pak se tu jalově rekriminují banální pravdy z 90. let, s čímž už nic nenaděláme. Byla jiná doba. Je to historie. A tato vláda tenkrát nevládla. Jenže teď nám prý bere naši životní úroveň. Asi schválně, z čiré zlomyslnosti. Nebo že by světová recese, na niž nemá vliv? O tom tu nic není. Jde jen o to vršit selektovaná negativa bez ladu, skladu a souvislosti.

*Tolerance veřejnosti už končí.* Vůči komu? Vůči světélku na konci tunelu? Vůči těm, kteří se to snaží napravit, byť kostrbatě a klopýtavě? Nechápu. A které veřejnosti? Já znám nejméně dvě: Jednu, která šla k volbám, a druhou, která zůstala doma a tím to podělala.

*Reformní kroky vlády v oblasti zdravotnictví dále pokračují směrem k likvidaci bezplatné zdravotní péče pro všechny.* Proboha! To je hrozné. Že o tom nic nevím. Ve skutečnosti je spoluúčast pacientů stále nižší než ve vyspělých zemích. Čili lež jako věž.

*Tento národ již nebude dít nekriticky přijímat opatření vlády, pokud se budou promítat do jeho životní úrovně.* Že by autor byl mluvčím nejen vý-

še zmíněné veřejnosti, ale přímo národa? Těžko uvěřitelné.

Nejvýživnější výrok nakonec: *Politiky si nevolíme proto, abychom zlepšili jejich životní úroveň, ale proto, že od nich očekáváme, že oni zlepší životní úroveň naší.* Zní to jako ohromný bonmot, ale je to nesmysl. Pro pět ran do čepice! Ani ve snu by mě nenapadlo volit politika kvůli tomu, aby mi zlepšil životní úroveň. Na ni si dohlédnu sám. Nejlépe tou poctivou prací, již autor v textu také zmiňuje. Taková oblundná věta svědčí o socialismu beznadějně hluboko zažraném pod kůží. Politik se nemá co plést do mé životní úrovně. Do té je mu prd. Politik má spravovat věci veřejné, lajnovat hřiště, vytvářet víze i podmínky, zachytit trendy, vnímat perspektivy a příležitosti. A v souladu s nimi vést stát optimálním směrem, tedy v kontextu jeho možností a geopolitického zařazení. Stát je manažer, nikoli živitel. Od politiků žádám *leadership*, nikoli žvanec. A podle toho si je vybírám.

Matičko skáková! Úplně mě to vyvedlo z míry. Jako kdyby to psal sám soudruh Dolejš či Filip rudý dýmistou. Pak jsem se zastýděl, že jsem se nechal tak snadno nachytat. Vždyť to musí být nějaká provokace kvůli srandě. Takhle přexponovaná a pokroucená demagogie nemůže být ničím jiným než persiflází, která má zesměšnit ultralevice. Jak jsi starej, tak jsi blbej, říkám si. Jenže bohužel. Autorem je JUDr. Ing. Jaroslav Staněk, CSc., a myslí to zjevně naprosto vážně. Smutné. Moc smutné.

Inzerce A121015255

# POZVÁNKA

PRACOVNÍ SKUPINA  
**KARDIOVASKULÁRNÍ  
REHABILITACE ČKS**

pořádá za organizačního zajištění

**MEDICAL  
SERVICES**

**mlf**  
MLADÁ FRONTA



 ČESKÁ  
KARDIOLOGICKÁ  
SPOLEČNOST

  
**KONSTANTINOVY LÁZNĚ**  
LÉČEBNĚ LÁZNĚ A. S.  
[www.konstantinovy.cz](http://www.konstantinovy.cz)



# XXII. LÁZEŇSKÉ KARDIOVASKULÁRNÍ DNY V KONSTANTINOVÝCH LÁZNÍCH 15.-16. BŘEZNA 2013

Více informací naleznete na [www.medical-services.cz](http://www.medical-services.cz)



## „Měkké dovednosti“ jsou důležitou součástí ošetrovatelského procesu

Marcela Svěráková  
Foto: Leoš Chodura

**Mgr. Eva Marková** je přednostkou Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství na 1. lékařské fakultě Univerzity Karlovy v Praze. Vede pracoviště, které se jako první v Československu věnovalo vysokoškolskému vzdělávání sester, respektive učitelek odborných předmětů na zdravotnických školách.

**O**vznik ústavu se zasadil především tehdejší přednostka III. interní kliniky FVL UK a VFN profesor Vladimír Pacovský. Dnes se zde připravují absolventi bakalářského studijního programu adiktologie, ergoterapie, fyzioterapie, oborů nutriční terapeut, všeobecná sestra, ale i magisterského studia všeobecného a zubního lékařství. Navazující magisterský studijní program je zaměřen na intenzivní péči.

**Co ovlivnilo vaše rozhodnutí stát se sestrou?**

Když o tom přemýšlím, tak vlastně ani nedokážu popsat momenty, které byly pro mé rozhodování klíčové. Nikdy jsem neuvažovala o studiu na jiné než zdravotnické škole, takže vůbec nedokážu identifikovat, kde se to v dětství vzalo.

Když teď o tom přemýšlím, napadá mě, že jsem možná byla trochu ovlivněná sestřenicí mé maminky, která byla sestrou a často vyprávěla příběhy ze své praxe. Takže jsem udělala přijímací zkoušky a byla přijata na střední zdravotnickou školu do Kladna.

**Jaké oddělení jste si po maturitě vybrala?**

Po maturitě jsem nastoupila jako sálková sestra na chirurgickou kliniku Všeobecné fakultní nemocnice v Praze, ale dlouho jsem tam nebyla.

Po krátké době jsem si uvědomila, že by mě daleko více lákala práce sestry na psychiatrickém oddělení, a tak jsem hledala možnosti uplatnění v této oblasti. Začala jsem pracovat v psychiatrické ambulanci na Zeleném pruhu, posléze jsem přešla do Psychiatrické léčebny Bohnice. Tam pra-

cuji dodnes, nechala jsem si malý úvazek.

**Čím pro vás byla péče o psychiatrické pacienty zajímavá?**

V psychiatrické léčebně jsme se hodně věnovali oblasti vzdělávání sester a uvádění nových ošetrovatelských postupů do psychiatrické praxe. Bylo to velmi kreativní období. Tenkrát byl v léčebně jako vedoucí ošetrovatel Jan Kříčka a ten měl spoustu nápadů, jak by se ošetrovatelská péče dala zlepšovat, a já byla členkou kolektivu, který jeho nápady uváděl do pra-

xe. Na tomto pracovišti také probíhala část výuky psychiatrických sester a této oblasti jsem se začala více věnovat. Zároveň jsem pracovala v Centru krizové intervence Psychiatrické léčebny Bohnice. Později jsem dostala nabídku na spolupráci od jedné kolegyně, která spolupracovala s Kabinetem ošetrovatelství. Přešla jsem na lékařskou fakultu, respektive do Ústavu teorie a praxe ošetrovatelství 1. LF UK. Nechala jsem si ale v krizovém centru malý pracovní úvazek. Kromě toho, že mě práce v centru baví, to také považuji za

## PŘEDSTAVUJEME

přínosné i ve výuce. Spojení teorie a praxe u učitelů ošetrovatelství je podle mého velmi důležité. Uvědomila jsem si to před několika málo lety, když bylo krizové centrum bývalým ředitelem léčebny zrušeno a zhruba rok klientům neposkytovalo služby. To mě mrzelo, kontakt s pacienty mi chyběl. Když pak byla činnost centra obnovena a já dostala nabídku tam opět pracovat, ráda jsem ji přijala. Je to sice časově náročnější a někdy si povzdechnu, že už zase musím do služby, ale mám tu práci ráda.

#### V čem spočívá vaše působení v krizovém centru?

Je zde osm lůžek, čtyři pro muže a čtyři pro ženy, součástí je ambulance a linka důvěry. Já pracuji především na lince důvěry, ale když mám noční službu, mám samozřejmě své povinnosti i na lůžkovém oddělení. Jejich součástí je také péče o klienty, kteří přijdou na konzultaci. Centrum poskytuje služby 24 hodin denně, klienti mohou přijít skutečně kdykoli a my se jim snažíme pomoci s řešením jejich problémů.

#### Jako odborná asistentka na fakultě jste si doplnila vysokoškolské vzdělání. Jaký obor jste studovala?

Studovala jsem při zaměstnání na filozofické fakultě obor, který byl otevřen pouze dvakrát – v roce 1987 a 1989. Byla to andragogika a personální řízení. Toto zaměření se hodilo především pro sestry, které působily ve funkcích staničních, vrchní nebo hlavní sestry. Já sama tenkrát sice v žádné vedoucí pozici nebyla, ale do tohoto studia jsem se pustila. Začala jsem studovat v roce 1989 a musím říci, že jsme měli velkou výhodu v tom, že značná část výuky byla věnována filozofii, sociologii či psychologii, tedy společenským vědám. Myslím, že jsem pro svoji práci získala velmi užitečné znalosti, a i když to tak na první pohled nevydává, jsou určité využitelné i v ošetrovatelské praxi. Podle mého názoru tehdy sestry byly dobře připraveny pro ošetrovatelskou péči ze zdravotnické školy. Ty, které pokračovaly dál v magisterském studijním programu, potřebovaly vzdělání zejména v psychologii, andragogice, pedagogice, sociologii, filozofii, etice a v oblasti sociální práce. Dnes je tomu jinak, sestry se vzdělávají na vyšších nebo vysokých školách. Výuka by měla být více zaměřena na komunikační dovednosti, ale i na písemný projev. Od vysokoškolsky vzdělané sestry se očekává určitý rozhled

a schopnost řešit problémy v širším kontextu.

#### Na jakou oblast je zaměřena vaše pedagogická činnost?

Učila jsem ošetrovatelský management. O tuto oblast se stále zajímám, protože ji pokládám za velmi důležitou. V současné době mám rozpracovaný výzkum zaměřený na pracovní strategie vedoucích sester. Mám také přednášky a cvičení z ošetrovatelství v psychiatrii a pak vedu seminář pro vysokoškolské kvalifikační práce, a to jak pro bakalářské obory, tak i pro navazující magisterské studium intenzivní péče. Náš ústav má zatím akreditovaný magisterský studijní program zaměřený pouze na intenzivní péči.

#### Plánujete rozšíření magisterských studijních oborů?

Ano. Máme již připravený akreditační materiál pro obor ošetrovatelská péče v psychiatrii. Domnívám se, že je velmi výhodné mít tento obor na naší fakultě, protože tu máme výborné zázemí. Jednak je tu Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN, v Bohnicích je vedle toho psychiatrická léčebna, dobře funguje komunitní péče. Pro studenty budeme schopni zajistit praxi na velmi dobré úrovni.

#### Proč právě ošetrovatelství v psychiatrii?

Řekla bych, že práce sestry na psychiatrii nikdy nebyla vnímána jako atraktivní obor. Já sama jsem se setkala s názorem, že na psychiatrii mohou pracovat jen sestry, které neuspěly v „somatických“ oborech. S tím ale nemohu souhlasit. Samozřejmě, je to jiný charakter ošetrovatelské péče, vyžadující například dobré komunikační dovednosti, ale je to práce náročná a odpovědná. Trochu zkrleslé vnímání této práce možná do určité míry souvisí s tím, jak byla vedena výuka na zdravotnických školách. Možná je to také tím, že výuka byla a občas ještě i teď je soustředěná na „ošetrovatelské výkony“. Studenti si pak na praxi na psychiatrickém oddělení stěžují na to, že možnost plnit výkony je poměrně málo, a mají pocit, jako by nedělali nic. Pro studenty je například komunikace s psychiatrickým pacientem a vytváření vztahu pacient – sestra něco, „co přece umí každý“. Nevnímají tyto „měkké dovednosti“ jako něco, co je velmi důležitou součástí ošetrovatelského procesu u psychiatrických pacientů. A to není dobře.

#### Domníváte se, že kvalitu ošetrovatelské péče o psychiatrické

#### pacienty zvýší absolvování psychoterapeutického výcviku?

Určitě je to jedna z možností jak se stát kvalitním členem ošetrovatelského týmu. Já výcvik absolvovala a rozhodně ho považuji za přínosný, protože to člověka posune v rovině osobnosti i profesní. Ve výcviku je sestra v roli klienta/pacienta a na základě osobního prožitku získává větší jistotu v práci se svými vlastními klienty. Může se pak podílet na psychoterapeutickém programu, což je z mého pohledu velmi zajímavá práce, protože je do určité míry samostatná a kreativní. Sestra může v komunikaci s pacienty odvést velký kus důležité práce.

Práce na lince důvěry má trochu jiný charakter, protože se zde sestra nesetkává s klientem *face to face*, ale slyší se pouze přes telefonní linku. Je tedy odkázána na to, co klient sděluje, a ochuzená o vnímání některých neverbálních projevů. Když jsem na lince důvěry začínala, vadilo mi, že nevím, co se s klientem dělo dál, jak šel jeho život. Ve svém bývalém působení na psychiatrickém oddělení jsem pacienty (zejména s chronickým onemocněním) znala velmi dobře, protože se vraceli zpět na kontroly nebo k hospitalizaci. Ale i práce na lince důvěry má svůj půvab, když navážete kvalitní vztah s klientem a „jďte“ spolu, být jen pár desítek minut telefonního hovoru.

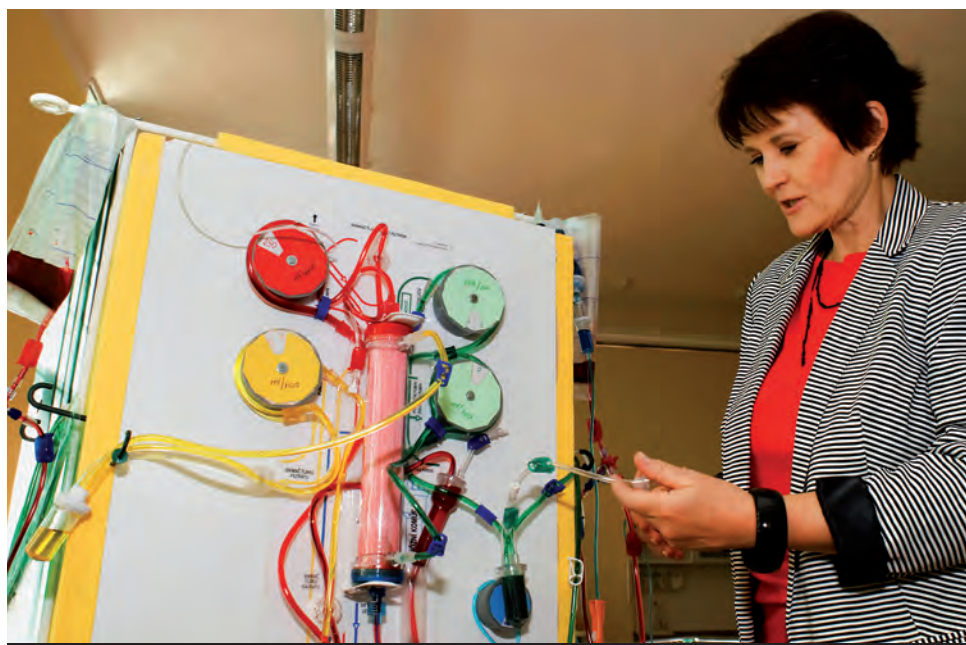
#### Během své praxe jste se jistě setkala se zajímavými lidmi, kteří ovlivnili vaši kariéru...

Musím říci, že jsem se potkala s řadou zajímavých osobností a často si na některé z nich vzpomenu. Rozhodně jsem si vážila Jana Kříčky, se kterým jsem úzce spolupracovala v psychiatrické léčebně. Tam jsem zažívala situace, kdy jsme řešili různé problémy, hodně jsme o nich debatovali. Pod jeho vedením se vytvořil skvělý tvůrčí kolektiv, skutečný tým. Tato týmová kreativní práce mi pak trochu scházela, když jsem přišla na fakultu. To už se ale od té doby také změnilo. Jsem ráda, že mám možnost spolupracovat s panem docentem Jiřím Neuwirthem. To je osobnost, která mě inspiruje i motivuje v mé práci. Spolu pravidelně diskutujeme o některých problémech a já jsem ráda, že má u nás ještě malý úvazek a mohu se s ním radit. Dávám mu také číst věci, které jsem napsala, a vážím si jeho připomínek k mé práci. Nesmím zapomenout ani na profesora Michala Miovského, proděkana naší fakulty, který pomáhá vytvářet stále lepší image nelékařským oborům. V poslední době úzce spolupracujeme i s docentem Petrem Bartůňkem, který je „otcem“ oboru intenzivní péče na fakultě. Musím vzpomenout paní profesorku Valerii Tóthovou. Velmi cenné jsou pro mě její zkušenosti s budováním týmu na Zdravotně

sociální fakultě Jihočeské univerzity. Také občas vzpomínám na Danu Juráskovou, a když tu řeším nějaké problémy, říkám si: „Co by asi Dana na tohle řekla...?“ Další z osobností, kterých si vážím, je doktorka Alena Mellanová. Kromě jiného i díky jejímu smyslu pro humor. A v poslední době hodně spolupracuji s docentkou Sylvou Bártlovou z Jihočeské univerzity, která mi vede disertační práci. Ve své pedagogické i sesterské práci jsem se tedy rozhodně setkala s řadou lidí, kteří mě inspirovali.

#### Jaké téma ve své disertační práci zpracováváte?

Je orientovaná na pracovní strategie vedoucích sester. Navazuji v ní na zkušenosti, které jsem získala jako členka řešitelského týmu v mezinárodním projektu Leonardo da Vinci I a II. První řešitelský tým vedla docentka Marta Staňková, členkami byly Dana Jurásková, vrchní sestra Jaroslava Kvíčalová z Thomayerovy nemocnice a já. Ve druhé části tohoto projektu jsme pak začali spolupracovat s vedením Fakultní nemocnice Motol a tamní náměstkyní pro ošetrovatelskou péči magistrou Janou Novákovou. Naše spolupráce byla výborná. Tématem projektu byla „Činnost staničních sester“ a my měly za úkol sledovat podle dané metodiky práci staničních sester na určitých typech oddělení.



Od vysokoškolsky vzdělané sestry se očekává určitý rozhled a schopnost řešit problémy v širším kontextu.



# Předplatte si MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

## A jako dárek si vyberte druhý časopis na rok ZDARMA.



1  
DÁREK Č.

2  
DÁREK Č.



3  
DÁREK Č.

Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 2. 12. 2012.  
Předplatné na rok pouze za **590 Kč**



**Předplatte si bezpečně e-mailem**

na e-mailovou schránku [předplatne.mf@cpost.cz](mailto:předplatne.mf@cpost.cz), uveďte své **jméno** a **doručovací adresu** a informaci, zdali jste nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZDN 1112** a **číslo dárku**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách [www.mf.cz](http://www.mf.cz)



**Volejte zdarma 800 248 248**

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZDN 1112** a **číslo dárku**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.



**Pošlete SMS na číslo 900 09 06**

ve tvaru **ZDN ABO 1** nebo **2** nebo **3** (podle výběru dárku) **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 pouze pro nové předplatitele.** Předplatitel bere na vědomí, že předplatné s dárkem nebo slevou nelze po dobu jednoho roku ode dne provedení objednávky vypovědět. Předplatitel dále bere na vědomí, že předplatné se automaticky produkuje 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 objednávku předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávku 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 či služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., o některých službách informační společnosti, a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má právo dle § 11, 21 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, tj. zejména že poskytnuté údaje je dobrovolně, že svůj souhlas může bezplatně kdykoliv na adresu správce odvolat, že má právo přístupu k osobním údajům a právo na opravu těchto osobních údajů, blokování nesprávných osobních údajů, jejich likvidaci, atd. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na [www.mf.cz](http://www.mf.cz)

# Anton Pavlovič Čechov

## – lékař s velkou duší

Anton Pavlovič Čechov se ve světě prosadil jako spisovatel, nikoli lékař. Jeho zásluhy o rozvoj medicíny v zaostalém carském Rusku zůstávaly vždy poněkud ve stínu lékařovy výjimečné literární práce. On sám však psaní hanlivě označoval pouze za svou milenkou, zatímco za svou zákonnou manželku považoval medicínu. A lékařská kariéra dr. Čechova, který léta bojoval i s vlastní těžkou nemocí, rozhodně není méně zajímavá než jeho literární či dramatický odkaz.

„Má duše chce expandovat horizontálně i vertikálně,“ napsal Čechov svému nakladateli, „volky nevolky však musím žít nízkou existenci neoddělitelnou od mizerných rublů a kopějek... Mou duší skličuje vědomí, že pracuji kvůli penězům a že výdělek je středem mé aktivity. Tento bolestný pocit ospravedlňuje mou spisovatelskou profesi, v mých očích opovržením hodnou. Nevážím si toho, co píšu, nudí mě to a unavuje a jsem rád za svou lékařskou práci, kterou, v mém případě, nedělám pro peníze.“

S chudobou se poprvé setkal už v jinošském věku. Narodil se roku 1860 v Taganrogu, prosperujícím přístavním městečku a středisku obchodu s obilím u Azovského moře. Jeho otec se zařídil jako kupec. Koloniál, který rodině za-

jišťoval živobytí, však nikdy příliš neprosperoval. Obchodní význam Taganrogu s postupným zanášením přístavu písekem klesal a bigotní otec se více než obchodu věnoval péči o církevní život. Posledním hřebíkem do rakve neúživého podniku byla finančně nákladná stavba nového domu, v jejímž důsledku Čechovův otec vyhlásil bankrot, a aby se zachránil před vězením pro dlužníky, uprchl do Moskvy. Mladý Anton (na rozdíl od matky a sourozenců) otce do hlavního města nenásledoval. Setrval v rodném městě ještě tři roky, aby dokončil střední škola studia a rozprodal rodný majetek.

### Student v jednom kole

Pro studium medicíny se rozhodl již v Taganrogu. Do Moskvy pře-

šlil teprve roku 1879 a krátce poté se zapsal na univerzitu. Studium bylo náročné a následujících pět let Anton Pavlovič musel velmi tvrdě pracovat. Vedle přednášek, praktického a laboratorního výcviku, zkoušek a pobytů na klinikách či pitevnách navíc stále vyvíjel aktivní literární činnost, která se stala rozhodujícím zdrojem příjmu pro celou jeho rodinu.

„Píšu za těch nejnhusnějších podmínek,“ stěžoval si v srpnu 1883 redaktorovi, s nímž spolupracoval. „Před sebou mám svou neliterární práci, která mi nemilosrdně hryže svědomí, ve vedlejší jizbě křičí děcko příbuzného, co přišel na návštěvu. Ve druhé jizbě čte otec matce nahlas ‚Věčného anděla‘. Kdosi natočil hrací skříňku a slyším ‚Krásnou Helenu‘. Postel mi obsadil příbuzný, který ke mně každou chvíli přichází a začíná o medicíně... Mám to neštěstí, že jsem medik a že není člověka, který by si nepokládal za povinnost podnikávat se mnou o medicíně. A kdo má už dost medicíny, začne o literatuře. Skvělé podmínky.“

Během univerzitního studia publikoval několik set statí, aniž kdykoli ze studentů za nápadným pseudonymem Antoša Čechonte identifikoval nenápadného spolužáka. Povrchní kontakty s vrstevníky byly vyváženy Čechovovým obdivem k profesorskému sboru, jehož členy byli tehdejší vynikající ruští lékaři, například zakladatel moskevské histologické školy A. I. Babuchin či vedoucí terapeutické nemocniční kliniky A. A. Ostroum. Nejvícejší vztah Čechov choval ke G. A. Zacharinovi, který proslul hrubým chováním, ale jedinečnou odborností. Jeho přednášky spisovatel navštěvoval i po ukončení univerzity. „Vezme od vás sto rublů, ale užitek máte minimálně za tisícovku. Jeho rady jsou cenné,“ uváděl o něm.

### Doktor Čechov se zaučuje

První praktické zkušenosti z lékařské práce Čechov získal již ve

druhém ročníku v zemské nemocnici v Čikinu na okraji města Voskresensk. Nemocnice sídlila v budově bývalé textilky, byla první zemskou léčebnou v Moskevské gubernii a na svou dobu měla velmi moderní uspořádání. V jejím čele stál známý lékař a terapeut P. A. Archangelov, který kolem sebe soustřeďoval nadějně mediky a mladé lékaře, z nichž mnozí se později stali předními odborníky ruského zdravotnictví. Od ostatních lékařských služeb carského Ruska se čikinská nemocnice odlišovala profesionalitou lékařů a laskavým přístupem k pacientům.

Čechov, který zde začal přijímat pacienty, se v Čikinu poprvé setkal s prostředím nemocných chudých rolníků a začal vnímat jejich mravy a také zvyklosti nižšího lékařského personálu, jež posléze mnohokrát výstižně ztvárnil ve svých povídkách. Čikino si Čechov oblíbil také pro večírky, jež Archangelov pro své studenty pořádal a kde se debatovalo o aktuálních literárních, politických i vědeckých otázkách. Čechovův bratr Michail, který také býval mezi pozvanými, na onen společenský život vzpomíná: „Tyto večírky pro mě byly školou, kde jsem dostal politické i společenské vychování a kde se navždy zformovala má přesvědčení jako člověka a občana.“

Sotva Čechov v červnu 1884 zakončil studium, byl požádán, aby dočasně zastoupil vedoucího lékaře zemské nemocnice ve Zvenigorodu. Po jistou dobu pak prováděl všechny úkony, které patřily ke každodenní rutině újezdního lékaře, včetně vykonávání soudně-lékařských pitev a svědeckých výpovědí v roli soudního znalce. Z léčení však neměl prakticky žádné příjmy, protože jen málokterý pacient si mohl dovolit zaplatit. „Za celé léto se u mě vystřídalá několik set nemocných, ale vydělal jsem všehovšudy jeden rubl,“ stěžoval si v září v dopise příteli.



Anton Pavlovič ve 29 letech

### Pořád myslím na vředy a otoky

Krátkou dobu provozoval také soukromou praxi, ochotně léčil jak příchozí, tak zejména své přátele v Moskvě. Ale ani tento způsob obživy nebyl příliš výnosný. „Každý den musím platit za fiakr více než rubl. Známych mám mnoho, a tedy mnoho nemocných,“ konstatoval spisovatel hořce.

Během roku 1885 měl v úmyslu obhájit disertační práci a získat doktorát. Jako téma disertace si vybral historii lékařství v Rusku. V rámci svého výzkumu shromáždil rozsáhlou bibliografii, vypisoval texty z kronik či sborníků národních písní, práci však nakonec nedokončil. Medicína mu v této době poskytovala nevyčerpatelnou zásobu témat, která mohl využít pro svou literární činnost, ale zároveň mu svými časovými nároky znemožňovala psaní. Již roku 1886 se proto rozhodl, že s medicínou skončí a bude se definitivně věnovat pouze literatuře.

Navzdory tomuto předsevzetí Čechov lékařem nikdy zcela být nepřestal. Nejbližší přátele léčil dál – a nejen je. „Pořád myslím na vředy, otoky, průjmy, nečistoty v očích a ostatní nadělení. V létě obvykle půl dne přijímám zesláblé a moje sestra mi asistuje,“ napsal v květnu 1888. Nadále se zajímal o novinky ve své profesi, odebíral časopis Lékař a další odborné tituly, finančně podporoval časopisy Chirurgie a Chirurgický letopis, které trpěly nedostatkem prostředků, a sám rovněž publikoval v lékařském tisku.

### Hruzný obraz vězeňské kolonie

Koncem 80. let se ve spisovatelské osobním životě událo několik nepříjemných změn. Bratr Nikolaj zemřel na tuberkulózu, Čechova láska se provdala za jiného muže. Čechov se potýkal s depresí a kladl si otázky po smyslu



Rodina Čechovova v roce 1874, mladý Anton stojící druhý zleva



Chlapecké gymnázium v Taganrogu, které navštěvoval.



života. V bezútešném rozpoložení se seznámil s otřesnými výsledky výzkumu, který v rámci svých právnických studií prováděl jeho bratr Michail ve věznicích, a našel nový podnět v prosazování reformy vězeňství.

Pocit určitého dluhu vůči lékařské profesi a snaha dát vlastnímu životu nezpochybnitelný smysl přivedla Čechova k rozhodnutí vydat se na ostrov Sachalin, do nejhorší trestanecké kolonie carského Ruska. Podstoupil velmi náročnou tisícikilometrovou cestu a tři měsíce roku 1890 strávil rozhovory s vězni a vyhnanci. Na vězeňském ostrově se stal mj. svědkem bičování, nucené prostituce žen i zpronevěry dodávek. Studoval hygienické podmínky ve vězeňských barácích, lazaretech, ale i na místní pediatrii. „Měl jsem pocit, že před sebou vidím extrémní limity lidské degradace,“ sdělil později o otřesných podmínkách, v jakých lidé na Sachalinu žili. Kniha „Ostrov Sachalin“, kterou na základě svého pobytu mezi vyhnanci vydal, je považována spíše za sociologickou studii než reportáž.

### Aristokrati jako trhovkyně

Nový rozměr získalo Čechovo lékařské působení počátkem 90. let, kdy mu příjem ze psaní umožnil zakoupit zemědělskou usedlost Melichovo nedaleko Moskvy. Okruh jeho pacientů se rozšířil o nemajetné obyvatele ze širokého okolí. Jako novopečený majitel panství na sebe Čechov automaticky převzal povinnosti správce a začal pečovat o lid. Z Moskvy přivezl velkou zásobu léků a hned po příjezdu do Melichova si otevřel lékařskou praxi.

„Od prvního dne k němu začali proudit nemocní z okruhu dvacetí mil,“ vzpomíná bratr Michail. „Přicházeli pěšky nebo je přivá-

želi na vozících, často byl povolán ke vzdálenému pacientovi. Někdy už od časného rána před jeho dveřmi stály ženy a děti rolníků.“ Většinu z nich Čechov léčil zdarma, ač za léky, které jim podával, sám hradil značné sumy. Pacienti z vyšších vrstev si ce platili, avšak jiný zásadní rozdíl mezi nimi a chudinou Čechov neshledával. „Aristokrati? Úplně stejně ošklivá těla a tělesná nečistota, totéž bezzubé stáří a ohavná smrt jako trhovkyně,“ hodnotil.

### Hygienikem v boji s cholerou

V létě 1892 začala Moskvu a okolí ohrožovat epidemie cholery, která postupovala z jihu. Čechov se okamžitě zapojil do organizace hygienických opatření. Zemstvo jej jmenovalo hygienikem melichovského okrsku, jenž zahrnoval 25 vesnic, čtyři továrny a jeden klášter. „Ráno přijím nemocných, pak výjezdy. Jezdím, čtu, starám se, a jelikož mi zemstvo nedalo ani kopějku na organizaci punktů, klekám před bohatými lidmi... Díky mému žebračkému nyní aspoň dva vynikající baráky a pět baráků ne vynikajících, nýbrž škaredých,“ píše Čechov v srpnu 1892 nakladateli. „O literatuře není čas přemýšlet... Takže dokud sloužím v zemstvu, nepovažujte mě za literáta,“ dodává.

Korespondence z podzimu 1892 je důkazem, jak vysilujícím obdobím si Čechov tváří v tvář choleře a zoufalým hygienickým podmínkám prošel, zrcadlí však i jeho uspokojení z odvedené práce. „Sloužil jsem v zemstvu, zasedal ve zdravotní radě, jezdil po fabrikách – a líbilo se mi to,“ píše. Jinde uvádí: „Mám dojem, že ještě ani jedno léto jsem nestrávil tak dobře jako toto. Nehledě na bláznec s cholerou a nedostatek peněz, který mě neopouštěl až

do podzimu, líbilo se mi a chtělo žít.“ Když se cholera napřesrok vrátila, navzdory svému zhoršujícímu se zdravotnímu stavu s ní bojoval znovu.

Se zájmem sledoval nejen cholery, ale i další zdravotní rizika pramenící ze zaostalosti ruské společnosti a zapojoval se do jejich řešení. Prováděl rozsáhlou osvětu mezi mužiky, účastnil se práce komise pro zavedení opatření proti alkoholismu v Rusku, organizoval opatření proti hladomoru a tak dále. Při tom všem stále psal a věrně zachycoval obraz nemoci i medicíny kolem sebe.

### Nedisciplinovaný pacient

Zatímco ve vztahu k pacientům byl Čechov vzorem pečlivosti, svou vlastní nemoc – tuberkulózu – vědomě přehlížel a vytěšňoval do pozadí. S prvními příznaky bojoval již na univerzitě. „Trvá to už tři dny, co mi nanejdříve nemístně teče z hrdla krev. Zřejmě to zapříčinila nějaká prasklá cévka,“ píše v prosinci 1884. Přestože se dlouhé roky nenechal vyšetřit od specialisty, díky svému lékařskému vzdělání pravděpodobně znal nemilosrdnou diagnózu. „Bylo by třeba odjet na jih, ale nejsou peníze,“ konstatoval.

Dobrodružným výletem na sychravý Sachalin se jeho zdravotní stav dále zhoršil. Nemoc střídavě polevovala a vracela se, aby udeřila s ještě větší silou. Na jaře roku 1897 došlo k rapidnímu zhoršení tuberkulózního procesu a Čechov musel být po silném chrlení krve hospitalizován. Na radu lékařů se poté rozhodl změnit životní styl a především podnebí. Podzim téhož roku strávil v Nice. „Náladu mám překrásnou, zvenčí, zdá se, jsem zcela zdrav, avšak co je moje trápení – chrlení krve. Krev vychází pomalu, ale dlouho, poslední krvácení, které trvá dosud, začalo před třemi týdny. Kvůli



tomu jsem nucen podrobovat se různým strádáním. Nevycházím z domu po třetí odpoledne, nepíju vůbec nic, nejím horké, nechodím rychle, nikde kromě ulice nebývám, jedním slovem nežiju, ale živořím,“ napsal z lázní sestře.

### Osudem odsouzen k smrti

Protože ani lázeňská léčba nepomohla, přesídlil Čechov roku 1898 z melichovské oblasti, kde mezitím vystavěl tři školy, hasičskou zbrojnicí a kliniku, dlouhodobě do Jalty, jejíž podnebí bylo pro léčbu tuberkulózy vhodnější. Ani zde však nezůstal dlouho nečinný. Prodal autorská práva na své souborné dílo a z výtěžku zde nechal postavit vilu, která se mu po zbytek života měla stát domovem. Již roku 1900 se zapojil do sbírky ve prospěch hladovějících dětí. Za přímořským podnebí do města přicházelo velké množství tuberkulózních pacientů.

„Posílají sem nemocné ze všech stran – s bacily, s kavernami, se zeleným tvářem, ale bez groše v kapse. Je nutné s touto noční můrou bojovat,“ napsal z Jalty bratru Michailovi. Řešení spatřoval ve zřízení sanatoria pro chudé nemocné a osobně se angažoval ve shánění finančních prostředků na stavbu. „Jestli je to možné, propagujte tuto výzvu prostřed-

nictvím nižegorodských i samarských novin... Může se stát, že lidé něco pošlou,“ žádá v dopisech své literárně činné přátele.

Na svůj zdravotní stav si Čechov stěžoval pouze prostřednictvím literární tvorby. Jeho pocity lze najít například v povídce „Nudný příběh“, kde hrdina, nepřiliš starý úspěšný profesor stížený smrtelnou chorobou, jež mu dává jen poslední půlrok života, říká: „Chci řvát, že já, slavný muž, jsem byl osudem odsouzen k smrti... Chci řvát, že jsem otráven. Nové myšlenky, jaké jsem dříve neměl, otrávil poslední dny mého života a bodají mě v mozku jako komáři... Chci, aby všichni mí posluchači byli zděšení, vyskakovali ze sedadel a v panice se zoufalým křikem spěšně utíkali k východu.“

Jalta se pro Čechova nikdy nestala domovem. „Doktoři mě z Jalty nepouštějí. Ale mně se toto milé městečko omrzelo až k nevolnosti, jako protivná žena. Vyléčí mě z tuberkulózy, zestárnu tu však o deset let,“ stěžoval si roku 1900. Netušil, že tato jeho předpověď je příliš optimistická. Přestože se ještě stihl oženit s herečkou Olgou Knipperovou, o čtyři roky později, ve věku pouhých 42 let, tuberkulóze podlehl v německých lázních Badenweiler.

Martina Řehořová



Čechovův dům v Taganrogu

## ZE SPOLEČNOSTI

# Nejlepší medicínské publikace za rok 2011 oceněny

Slavnostní předání Cen předsednictva ČLS JEP za nejlepší knižní publikace za rok 2011 proběhlo 7. listopadu 2012 v Rytířské síni Valdštejnského paláce.

Slavnostní akt se konal pod záštitou předsedy Senátu Parlamentu ČR Milana Štěcha, který ve svém úvodním slovu vyzdvihl kvalitu českých odborníků v biomedicínských vědách a odezvu doma i ve světě na české lékařské a vědecké publikace. Předsednictvo ČLS JEP poté vyhlásilo tři nejlepší medicínské publikace za rok 2011 a ocenilo jejich autory.

Předseda ČLS JEP profesor Jaroslav Blahoš na úvod podotkl, že vybí-

rat oceněné je vždy problém, protože mnoho publikací má špičkovou úroveň. Stejně tak je obtížné stanovit jakékoli pořadí, i letos byly všechny oceněné práce mimořádně rovnocenné.

## Od prvního nadechnutí k poslednímu vydechnutí

Následně profesor Blahoš představil publiku knihu „Pneumologie“ (Maxdorf) autorů Vítězslava Kolka, Viktora Kašáka, Marti-

ny Vašákové a jejich kolektivu, kterým se podařilo pokrýt celou problematiku svého oboru, od prevence a epidemiologie přes moderní diagnostiku, léčbu a následnou péči až po výzkum a edukaci. Zdůraznil, že plicní onemocnění se týkají 1 miliardy lidí po celém světě, z toho na následky CHOPN každoročně zemřou 3 miliony pacientů, na ca plic 1,5 milionu. „Fakt, že obor pneumologie prostupuje nejen celou medicínou, ale i celým lidským životem, lze ostatně symbolicky ilustrovat na dvou biologických konstantách: prvním nadechnutím a posledním vydechnutím. A také na úsloví *dum spiro, spero*,“ uzavřel profesor Blahoš a popřál autorům, aby nabrali dech i pro další vydání.

## Celoživotní dílo

Druhou oceněnou publikaci „Základy klinické obezitologie“ (Grada) představil místopředseda ČLS JEP profesor Vladimír Palička. 16členný kolektiv pod vedením Vojtěcha Hainera dle jeho slov opět pokryl tuto problema-



Martina Vašáková, Viktor Kašák a Vítězslav Kolek. | Foto: Leoš Chodura

tku v celé její šíři, od genetiky přes např. komplikace související s diabetem až po psychologické aspekty. Profesor Palička zdůraznil rovněž fakt, že předmluvu ke knize napsal profesor Albert Stunkard z Pensylvánské univerzity, označovaný za „otce moderní obezitologie“. „Celoživotní dílo docenta Hainera vrcholí právě v této publikaci. Obezitologii u nás dostal na vrchol medicíny. Bohužel jde také o jeden z jejích pomyslných vrcholů, pod kterými se skrývá množství problémů. Přejí nám všem, abychom se z této knihy pouze učili jak obezitě bránit nebo ji léčit, ale sami ji ke své léčbě nepotřebovali,“ dodal.

## Unikátní atlas

Třetí oceněnou knihou se stal „Atlas kolposkopie“ (Maxdorf) autorů Georga Herbecka, Jiřího Ondruše, Vladimíra Dvořáka a Alexandrose Mortakise. Vědecký sekretář ČLS JEP profesor Tomáš Zima vyzdvihl bohatou obrazovou dokumentaci (přes 1000 fotografií) s tím, že podobně výpravné medicínské atlasy u nás až tak často nevycházejí. „Stálo by za to uvažovat o překladu do angličtiny, publikace si najde své čtenáře nejen v Česku, ale je unikátní i v mezinárodním písemnictví,“ uzavřel profesor Zima s tím, že atlas bude sloužit nejen gynekologům, ale celé lékařské obci.

Martin Čermák



Vojtěch Hainer, Vladimír Palička a Milan Štěch. | Foto: Leoš Chodura

## Česká polní nemocnice jako první na světě prošla hodnocením nasaditelnosti pro NATO

Stejně jako jsou v naší zemi pravidelně hodnocena a akreditována civilní zdravotnická zařízení, rovněž u vojenských zdravotnických prvků se posuzují jejich odborné, operační a bojové schopnosti. Důvodem hodnocení polní nemocnice je její zapojení do ozbrojených sil NATO připravených k bojovému nasazení.

V Hradci Králové hodnocení probíhalo na Nemocniční základně AČR (NZ) během letošního cvičení „Medical Man“, kterému velel plk. gšt. prof. MUDr. Jan Österreicher, Ph.D.

Celému procesu ovšem předcházela složitá příprava dokumentace, materiálu, personálu i samotná výstavba polní nemocnice. Hlavním úkolem byla její připravenost pro rychlé

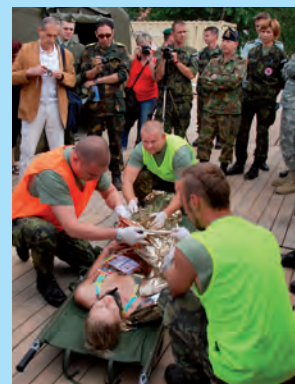
síly Severoatlantické aliance s hotovostí po celý rok 2013 a její hodnocení z hlediska schopnosti zapojení do ozbrojených sil NATO.

„Uchazeči, kteří toto hodnocení dosud podstoupili, zatím nebyli úspěšní ve všech součástech nemocnice. Jsme skutečně první, kdo tuto latku přeskočil ve všech ohledech. Můj dík patří především lidem, kteří při přípravě i vlastním cvičení pracovali za hranicí svých dosavadních schopností. Myslím, že jsme zvýšili kvalitu českého vojenského zdravotnictví,“ uvedl v této souvislosti velitel NZ AČR plk. Österreicher.

## Od ledna v pohotovosti

Pro sjednocení standardů byly přijaty limity nasaditelnosti, které kontroluje tým hodnotitelů pod záštitou NATO Centre of Excellence for

Military Medicine se sídlem v Budapešti. Tým (složený z řad příslušníků armád České republiky, Francie, Itálie, Maďarska, Německa, Nizozemska, Slovenska, USA a zástup-



Zdravotní třídění již dekontaminovaného pacienta. | Foto: archiv NZ AČR

ců jednotlivých velitelství NATO v Evropě) měl možnost sledovat výcvik, organizaci práce odborného zdravotnického personálu a pracovní postupy, které byly zaměřeny na koordinaci činnosti v souladu s dokumenty NATO a s ohledem na platné zákonné normy ČR.

Komise hodnotila 15 zdravotnických modulů – oddělení, z nichž je polní nemocnice dle potřeb konkrétního nasazení tvořena. Jedná se například o ambulance, laboratoře, operační sály, oddělení ARO a JIP, stomatologii, psychologické poradenství a podobně. Závěr hodnotící komise zněl jednoznačně: Česká polní nemocnice splnila podmínky hodnocení a počínaje dnem 1. ledna 2013 budou její příslušníci v pohotovosti pro potřebu NATO.

(mč)



Operační sál polní nemocnice. | Foto: archiv Nemocniční základny AČR

# Sestra roku 12



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

## Přihlaste svého kandidáta!

I navrhovatelé vítězů získají hodnotné ceny

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

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

Titul Sestra roku je udělován ve třech kategoriích:

- Lůžková a ambulantní péče
- Komunitní a sociální péče
- Management a vzdělávání

Redakce časopisu Sestra tradičně uděluje mimořádnou cenu:

- Čestné ocenění za celoživotní dílo v ošetrovatelství

Uzávěrka přihlášek nejpozději do 12. 12. 2012

### Stručná pravidla soutěže

Soutěž je určena sestřím, porodním asistentkám, sestřím domácí a sociální péče a dalším nelékařským zdravotnickým pracovníkům, kterým se jejich profese stala spíše posláním než pouhým zaměstnáním.

Kandidáty navrhuje jejich kolegové, nadřízení, lékaři, zástupci odborných společností i pacienti. Přístupná je i možnost přihlášení vlastní osoby do soutěže. Všechny přihlášky však musí splňovat podmínky a další náležitosti stanovené v pravidlech soutěže (<http://sestraroku.zdn.cz/pravidla-souteze/>).

#### PRŮBĚH SOUTĚŽE:

Navrhovatel zašle kompletně vyplněnou přihlášku spolu s motivačním dopisem jedním z následujících způsobů:

- e-mailem na adresu [sestraroku@mf.cz](mailto:sestraroku@mf.cz)
- vložením na [www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz)

– v obálce označené heslem „Sestra roku 2012“ na adresu redakce časopisu Sestra, Mezi Vodami 1952/9, 143 00 Praha 4.

Akceptovány budou pouze přihlášky doručené nejpozději do 12. 12. 2012. Formulář přihlášky do soutěže najdete v titulech Sestra, Mladá fronta Zdravotnické noviny ZDN, na internetových stránkách [www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz). Též si o něj můžete zažádat prostřednictvím e-mailu [sestraroku@mf.cz](mailto:sestraroku@mf.cz).

Soutěž probíhá ve dvou kolech. V prvním kole, zahájeném dnem uzávěrky soutěže, vybere nezávislá první odborná porota pro každou kategorii tři finalisty. Druhé kolo proběhne na slavnostním galavečeru v březnu 2012 v Praze. Navrhovatelé mají možnost zúčastnit se tohoto večera spolu s finalisty. V tomto závěrečném kole vybere vítěze druhá nezávislá odborná porota složená z významných osobností našeho lékařství, ošetrovatelství, zástupců sponzorů, politické sféry a výherců uplynulých ročníků soutěže Sestra roku.

#### PODMÍNKY ÚČASTI V SOUTĚŽI:

Soutěžící musí splňovat hlavní kritérium soutěže, kterým je např. nadstandardní přístup při zvládnání náročných situací, vykonání výjimečného činu v každodenní ošetrovatelské praxi nebo intenzivní činnost směřující ke zkvalitňování vzdělávacího systému apod. Postup do druhého kola, tzn. finále soutěže, je možný pouze za osobní přítomnosti finalistů na vyhlášovacím galavečeru. Po oficiálním vyhlášení vítězů soutěže budou vítězům předány věcné hodnotné dary.

Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na [www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz). V případě dotazů pište na adresu [sestraroku@mf.cz](mailto:sestraroku@mf.cz) nebo využijte webové diskusní fórum.

Záštitu



Garant



Generální partner



pomáhá léčit.

Partneři



Science For A Better Life



Mediální partneři



[www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz)

MEDICAL SERVICES



# Sestra roku 12

## Přihláška do soutěže

Přihlašuji kandidáta do soutěže Sestra roku 2012 v kategorii:

- Lůžková a ambulantní péče  
 Komunitní a sociální péče  
 Management a vzdělávání

(vybranou kategorii označte křížkem)

### Navrhovatel

Jméno a příjmení navrhovatele .....

Kontaktní adresa, PSČ .....

E-mail ..... Telefon .....

### Soutěžící

Jméno a příjmení soutěžící(ho) .....

Kontaktní adresa, PSČ .....

E-mail ..... Telefon .....

Obor, ve kterém soutěžící působí .....

Funkce .....

Pracoviště (název zařízení včetně oddělení) .....

Nejvyšší dosažené vzdělání, kvalifikace .....

Registrovaná sestra: ano  ne  Počet let ve zdravotnictví .....

Publikační činnost .....

Přednášková činnost .....

Jazykové schopnosti .....

Zahraniční stáže .....

Podpis soutěžícího: ..... Podpis navrhovatele: ..... Datum: .....

### Základní informace o soutěži

Popis aktivit kandidáta odpovídajících hlavnímu kritériu soutěže musí být k přihlášce přiložen na zvláštním papíře ve formě – písemné odůvodnění návrhu/nominace. Rozsah tohoto sdělení by neměl přesahovat jednu normostranu (tj. 30 řádků).

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

Soutěžící i navrhovatel berou na vědomí, že s nimi mohou být pořizovány fotografické snímky, videozáznamy a rozhovory v rámci

dokumentace akce, které mohou být přiměřeně využity organizátorem soutěže pro účely prezentace této akce a reklamu spojenou s ní a dalšími ročníky této akce, a s pořizováním takových záznamů souhlasí. Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na [www.sestraroku.cz](http://www.sestraroku.cz)

Odesláním přihlášky do soutěže uděluje navrhovatel i soutěžící 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., o některých službách infor-

mační společnosti, a to na dobu neurčitou, tj. do odvolání souhlasu. Předplatitel rovněž uděluje souhlas k tomu, aby poskytnuté osobní údaje byly zpracovány i prostřednictvím třetích osob pověřených správcem. Bere na vědomí, že má práva dle § 11, 21 zák. č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, 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. V případě pochybností o dodržování práv správcem se může na správce obrátit a případně se s podnětem může obrátit i přímo na Úřad pro ochranu osobních údajů. Více informací a všeobecné dodací podmínky naleznete na [www.mf.cz](http://www.mf.cz)

Kde jste se o soutěži dozvěděli? .....

# Zahájena výstavba univerzitního medicínského centra v Plzni

Po dokončení přípravných prací se naplno rozjede výstavba první části Univerzitního medicínského centra Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Plzni. Výstavba byla slavnostně zahájena 9. listopadu.

Slavnostní zahájení stavby za účasti rektora UK profesora Václava Hampla a dalších významných hostů včetně náměstka MŠMT pro výzkum a vysoké školství Tomáše Hrudu, primátora města Plzně Martina Baxy a biskupa plzeňské diecéze Františka Radkovského se uskutečnilo na místě výstavby centra v Aleji Svobody, na pozemku v sousedství fakultní nemocnice.

„V nyní budované první části areálu najde nové sídlo pět teoretic-

kých ústavů fakulty a nově vznikající Biomedicínské centrum. Plzeňský region, který bývá vnímán převážně jako technický, tím získá novou kapacitu ve výuce přírodních a lékařských věd a ve výzkumu směřujícím ke zlepšení lékařské péče,“ řekl prof. Hampl. Lékařská fakulta v Plzni, která od svého založení stále sídlí v historických, památkově chráněných objektech, bude moci po dokončení areálu přesunout část svých pracovišť do nových budov. Nová

infrastruktura poslouží pro výuku všech studentů fakulty, jejichž počet se pohybuje okolo 2 tisíc. Sedmipodlažní budova teoretických ústavů nabídne 5 tisíc m<sup>2</sup> moderních laboratoří, pracoven pedagogů a dalších prostor. Ve dvou budovách Biomedicínského centra pak budou pracovat týmy zaměřené především na výzkum v oblasti náhrady a regenerace orgánů. Do aktivit centra se postupně zapojí na 110 výzkumníků a dalších odborných pracovníků. (red)



Vizualizace: archiv Univerzity Karlovy

## Zrekonstruované dialyzační středisko v Kladně

Dialyzační středisko Fresenius Medical Care v Kladně prošlo generální rekonstrukcí. Pohodlné a komfortní prostory včetně nejmodernějšího technického vybavení a dialyzačních technologií splňují standardy evropských i světových směrnic provozu dialyzačních středisek.

Od října podstupují pacienti léčbu v prostorách, které vznikly na místě původní budovy v areálu

kladenské nemocnice. Dialyzační středisko s celkovou kapacitou 20 lůžek zabezpečuje péči více než

70 pacientům v chronickém dialyzačním programu. Generální rekonstrukce byla uskutečněna v průběhu 7 měsíců, během nichž provoz střediska zajišťovaly dialýzy Fresenius Medical Care v Praze a ve Slaném. Kladenské dialyzační středisko s nefrologickou ambulancí bylo uvedeno do provozu v roce 1992 v rámci kladenské nemocnice. Současným provozovatelem, Fresenius Medical Care – DS, s. r. o., bylo převzato v roce 2006. Do dialyzačního programu je tu nyní zařazeno 68 hemodialyzovaných a 5 peritoneálně dialyzovaných pacientů.

(red)

Foto: archiv Fresenius Medical Care – DS



## Tři kamióny autolékárniček na charitu

Společnost Hartmann-Rico darovala 40 tisíc kusů autolékárniček v hodnotě 7,8 milionu korun na dobročinné účely.

Část autolékárniček v hodnotě 3,7 milionu korun míří do Českého červeného kříže. Organizace je využije v rámci pořádaných kurzů první pomoci, především pro budoucí řidiče, pro zdravotníky zotavovacích

akcí či absolventy dalších typů kurzů. Další část autolékárniček dostala humanitární organizace Charita ČR, Hasičský záchranný sbor ČR a Vězeňská služba ČR.

(red)

## Pozvánka na konferenci na téma primární prevence

IX. ročník mezinárodní konference primární prevence rizikového chování 2012 „Prevence v pohybu...“ se bude konat ve dnech 3.–4. 12. 2012 na pražském magistrátu.

Pořadatelé konference jsou Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze, Hlavní město Praha a Sdružení SCAN. Místo konání konference bude jako tradičně v prostorách Magistrátu hl. města Prahy, Praha 1, Mariánské

nám. 2. Tematické bloky konference budou zaměřeny na aktuální, inovativní a vývoj v oblasti primární prevence rizikového chování. Bližší informace o programu a registraci najdete na: [www.pprch.cz](http://www.pprch.cz)

(red)

## Pozvánka na konferenci o péči o osoby po poškození a poranění mozku

Občanské sdružení Dílny tvořivosti zve na odbornou multidisciplinární konferenci „Vliv pozitivních rituálů při péči o osoby po poškození mozku“, věnovanou problematice péče o osoby po poškození a poranění mozku. Uskuteční se 28. listopadu 2012 v prostorách Amerického centra, Tržiště 13, Praha 1, od 8:30 hod.

Konference je určená zájemcům z oboru neurologie, neuropsychologie, psychiatrie, psychologie, fyzioterapie, ergoterapie a všem, kteří pracují s cílovou skupinou osob po poškození/poranění mozku.

### Program:

- Prezentace výstupů mapování aktuálních potřeb lidí po poško-

zení mozku – uživatelů služeb DT (Mgr. Lada Marešová)

- Hudba jako pozitivní rituál (PhDr. Marina Stejskalová, CSC.)

- Úspěchy bazální stimulace u lidí po závažném poškození mozku (PhDr. Karolína Friedlová)

- Logopedická intervence u osob po traumatu CNS – vliv dlouhodobého rehabilitačního procesu a je-

ho pozitivních rituálů na osoby s poruchami paměti a komunikace (doc. PaedDr. Karel Neubauer, Ph.D.)

- Spolupráce s klientem trpícím ztrátou paměti, představení modelu AEDL prof. Krohwinkelové (Mgr. Miroslav Snášel)

- Psychické změny po poškození mozku (Mgr. Alice Pulkrábková)

Konference získala akreditaci České asociace sester, Asociace klinických logopedů, České asociace ergoterapeutů, Unie fyzioterapeutů a Asociace klinických psychologů ČR. Účast na konferenci je ohodnocena 4 kreditními body.

Pro účast je nutné nejpozději do 21. 11. 2012 odeslat vyplněnou přihlášku na e-mail:

[dilny\\_tvorivosti@seznam.cz](mailto:dilny_tvorivosti@seznam.cz) či poštou na adresu: Dílny tvořivosti, Podskalská 1252/24, 128 00 Praha 2.

Účastnický poplatek: 400 Kč. Kontaktní osoba: Mgr. Lada Marešová, tel.: 774 372 796

Další informace: [www.navraty.info](http://www.navraty.info)

(red)

## RECENZE

### Jan Lebl, Jiří Bronský a kolektiv Malá diferenciální diagnostika v pediatrii



Rozsah:  
120 stran  
Cena: 150 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7262-939-8  
Vydavatel:  
Galén

Publikace představuje stručný přehled základních problémů, příznaků a projevů nemocí v dětském lékařství, které napomáhají provedení diferenciální diagnostiky – specifického postupu v medicíně, jenž dovoluje s vysokou pravděpodobností vybrat z možných alternativ tu správnou. Autoři si kladou za cíl pomoci lékařům prvního kontaktu v řešení problémů dětských pacientů a přispět ke zvýšení kompetence, ale i profesního uspokojení praktických dětských lékařů.

### Dan Marek Echokardiografie levé síně



Rozsah:  
115 stran  
Cena: 350 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7262-901-5  
Vydavatel:  
Galén

První souhrnná práce na toto téma v naší odborné literatuře teoreticky shrnuje základy fyziologie levé síně a patofyziologické mechanismy vedoucí k jejímu přetížení. Na základě literárních dat a vlastního výzkumu autor komentuje možnosti echokardiografie při hodnocení morfologie a funkce levé síně a stanovení možných příčin její remodelace v praxi.

### Ivan Landor, Pavel Vavřík, Jiří Gallo, Antonín Sosna a kolektiv Revizní operace totálních náhrad kyčelního kloubu



Rozsah:  
398 stran  
Cena: 1495 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7345-254-4  
Vydavatel:  
Maxdorf,  
edice Jessenius

Uvolnění totálních endoprotéz je velkým problémem moderní ortopedie. V podkladu tohoto stavu je masové rozšíření aplikace totálních endoprotéz (zejména kyčelního kloubu), které následně do centra zájmu posunulo revizní operace totálních náhrad velkých kloubů. Autorský kolektiv složený z předních českých ortopedů i odborníků dalších medicínských profesí vytvořil rozsáhlou monografii koncipovanou jako průvodce ortopedy, od příčin přes operační návody až po řešení případných dalších komplikací.

### Ivana Žofková Osteologie a kalcium-fosfátový metabolismus

Aktuální témata



Rozsah:  
148 stran  
Cena: 399 Kč  
ISBN: 978-80-  
-247-3919-9  
Vydavatel:  
Grada

Monografie upozorňuje na odbornou problematiku pohybující se na hranici několika příbuzných oborů. Autorka se tématem zabývá mnoho let a v publikaci podává moderní aktuální pohledy zejména na specifické problémy patogeneze osteoporózy, například genetiku, a na možnosti její prevence. Kniha je určena zejména postgraduálním studentům, internistům, endokrinologům a osteologům.

### Janka Jakubíková Vrozené anomálie hlavy a krku



Rozsah:  
256 stran  
Cena: 549 Kč  
ISBN: 978-80-  
-247-4064-5  
Vydavatel:  
Grada

Monografie zahrnuje vrozené anomálie v oblasti hlavy a krku, i dosud v literatuře nepopsané, podle nejnovějších poznatků – uvádí etiologii, příznaky, diagnostiku a možnosti léčby. V úvodu každé kapitoly je stručně nastíněn intrauterinní a postnatální vývoj, protože jeho znalost je důležitá k pochopení vzniku jednotlivých anomálií. K nim jsou zařazeny i syndromy,

## NOVÉ KNIHY

což čtenáři umožňují zaměřit se na odhalení anomálií i jiných orgánů. U anomálií hltnu, hrtanu, průdušnice, jícnu a krku jsou zvláště u malých dětí nejzávažnějšími příznaky stridor a dysfagie; v přehledných tabulkách je zpracována diferenciální diagnostika těchto symptomů, která lékaři pomáhá stanovit správnou diagnózu a léčebný postup. Text je doplněn mnoha fotografiemi a endoskopickými i radiodiagnostickými nálezy.

### Thomas Weber Memorix zubního lékařství

Překlad 3., zcela přepracovaného a rozšířeného vydání



Rozsah:  
608 stran  
Cena: 990 Kč  
ISBN: 978-80-  
-247-3519-1  
Vydavatel:  
Grada

Překlad již 3. německého vydání knihy „Memorix Zahnmedizin“ z nakladatelství Thieme obsahuje (stejně jako minulá vydání) mnoho základních i speciálních informací z jednotlivých stomatologických odvětví a také řadu poznatků z hraničních medicínských oborů. Cenné je množství zcela praktických připomínek. Dvojbarevně provedená publikace je zcela přepracovaná a podstatně rozšířena (o více než 200 stran) a modernizovaná, nyní je v ní přes 800 vyobrazení a stovky tabulek.

### Zdeněk Rušavý, Jan Brož a kolektiv Diabetes a sport



Rozsah:  
184 stran  
Cena: 395 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7345-289-6  
Vydavatel:  
Maxdorf,  
edice Jessenius

Diabetes u dětí a mladistvých byl tradičně považován za překážku větší sportovní aktivity. Výrazné zlepšení kvality života diabetiků 1. typu (v důsledku nových technických i farmakologických možností inzulinové terapie) umožňuje mnohým z nich život téměř srovnatelný se zdravými vrstevníky. Přirozeným zájmem se tudíž mezi diabetiky 1. typu stává

sport, včetně jeho závodního provozování. Diabetologové i další lékaři se tak stále častěji dostávají do situace, kdy nedokáží pacientovi a jeho rodině adekvátně poradit, resp. starat se o aktivně sportujícího diabetika. Riziko hypoglykemie i další nebezpečí spojená se sportem nelze podceňovat, na druhou stranu se lékař dostává do nepříjemného světla, když mladému pacientovi sport zakáže, zvláště pokud on sám zná další diabetiky, kteří se sportu věnovat mohou, a to někdy i vrcholovému. Kniha je proto koncipována jako praktický návod pro diabetology, resp. ošetřující lékaře, kteří se starají o sportující diabetiky 1. typu.

### David Tod, Joanne Thatcherová, Rachel Rahmanová Psychologie sportu



Rozsah:  
200 stran  
Cena: 389 Kč  
ISBN: 978-80-  
-247-3923-6  
Vydavatel:  
Grada

Psychologie tělesné výchovy a sportu původně vyšla z biologických věd a psychologie motivace. Z obsahu knihy je zřejmé, že od dob těchto začátků téma významně pokročilo. Většina profesionálních sportovců dnes spolupracuje se sportovním psychologem a lidé, kteří připravují profesionální i amatérské sportovce, chápou psychologii tělesné výchovy a sportu jako důležitou součást své vlastní profesní přípravy. Studijních programů, pro něž je tato kniha vhodná, je nespočet a jejich množství i obliba stále rostou. Psychologové, sociologové, vědci v oboru sportu, lékaři, sportovní terapeuti, fyziologové a fyzioterapeuti v knize naleznou užitečné informace, stejně tak amatérští nebo profesionální sportovci.

### Jan Lužný Gerontopsychiatrie



Rozsah:  
160 stran  
Cena: 199 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7387-573-2  
Vydavatel:  
Triton

Souhrnem základních a aktuálních poznatků z oboru gerontopsychiatry

rie autor zaplňuje téměř dvacetiletou mezeru v českém gerontopsychiatrickém písemnictví od posledního vydání učebnice pro tento obor (Bašteccký a kolektiv). V publikaci čtenář najde úvod do základní psychiatrické terminologie, návod k orientačnímu vyšetření kognitivních funkcí, informace o diagnostice, diferenciální diagnostice i léčbě základních typů demencí (atroficko-degenerativní demence, vaskulární a ostatní symptomatické demence). Nechybí ani poznatky o ostatních významných diagnostických kategoriích (deliriózní stavy, ostatní organické duševní poruchy, mírná kognitivní porucha, závislost na alkoholu a dalších návykových látkách ve vyšším věku, psychotické poruchy a deprese ve vyšším věku, úzkostné poruchy ve stáří, poruchy spánku). Na závěr je připojena kapitola o léčbě duševních poruch ve vyšším věku a rovněž kapitola o sociální a právní problematice v gerontopsychiatrii.

### Helena Hašková Sociální gerontologie aneb senioři mezi námi



Rozsah:  
194 stran  
Cena: 190 Kč  
ISBN: 978-80-  
-7262-900-8  
Vydavatel:  
Galén

Rok 2012 byl vyhlášen Evropským rokem aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity a autorka této knihy se stala jednou z jeho patronek pro ČR. Je přesvědčena o tom, že porozumění je základním předpokladem kvalitního mezigeneračního soužití, potřebné integrace seniorů do společnosti i zárukou, že pozdější vstřícnou péčí o nesoběstačné a nemocné osoby vyššího věku nebudou ani laičtí, ani profesionální pečovatelé vnímat jen jako vysílující činnost. Porozumění ale předpokládá společnou řeč. Proto je text publikace uspořádán tak, abychom sobě, svému stáří i stávajícím seniorům rozuměli. V první části knihy jsou popsány důležité problémy, které se týkají zdravotních i nemocných seniorů. Druhá část – informační minimum – je abecedním heslářem nejdůležitějších pojmů a informací, které se k seniorské problematice vztahují. Kniha je adresována „začátečnickům“, ať již laikům nebo profesionálům v přímé péči, využijí ji však i studenti, kteří se chtějí uplatnit v pomáhajících profesích.

## NOVÉ KNIHY

Nick Lund  
Intelligence a učení

Rozsah:  
152 stran  
Cena: 279 Kč  
ISBN: 978-80-  
-247-3922-9  
Vydavatel:  
Grada

Zkoumání inteligence je důležitou součástí psychologie a občas vyvolává spory, zejména když dojde na témata jako vztahy mezi rasou a inteligencí nebo porovnávání inteligence mužů a žen. Autor provádí čtenáře různými oblastmi inteligence, věnuje pozornost detailům a neopomíjí dílčí témata ani výzkumy. Popisuje, vysvětluje a dokládá na mnoha příkladech a experimentech témata, jako je učení a inteligence zvířat, existence (či neexistence) jazyka u zvířat, a to nejen u šimpanzů a delfinů, ale také u ptáků nebo včel. Kniha poutavě popisuje

evoluci lidské inteligence od prvních lidí po moderního člověka, rozebírá jednotlivé teorie inteligence a věnuje se i často kontroverznímu tématu testování lidské inteligence.

Joy A. Glennerová  
Péče o člověka  
s demencí

Průvodce pro rodinné příslušníky



Rozsah:  
136 stran  
Cena: 229 Kč  
ISBN: 978-80-  
-262-0154-0  
Vydavatel:  
Portál

Péče o člověka, který trpí nějakou formou demence, stojí hodně úsilí. Je třeba předcházet různým nehodám, zajistit problematická místa v domácnosti a zabezpečit člověku s demencí i sobě samému co nejbezpečnější prostředí a zá-

roveň se seniorem, jehož duševní schopnosti a praktické dovednosti postupně mizí, jednat adekvátně jeho možnostem a přítom jako s dospělým. Kniha zkušených odborníků nabízí praktické rady, které se týkají všech oblastí života člověka s demencí a jeho rodiny. Najdeme v ní doporučení jak nemocnému pomáhat s osobní hygienou, jak zajistit dostatečnou výživu i jak s člověkem s demencí komunikovat tak, aby nám co nejvíce porozuměl a abychom ho svým mluveným projevem nedráždili nebo nestresovali.

Všechny oblasti péče o člověka s demencí jsou v knize přiblíženy pomocí kazuistik. Publikace je velmi praktická; autoři radí jak zvládat každodenní problémy a zároveň upozorňují na to, že by se pečovateli měli snažit zachovat člověku s demencí jeho lidskou důstojnost a umožnit mu, aby využil všechny své zbylé schopnosti, protože co nepoužíváme, o to brzy přijdeme. Kniha osloví rodinné příslušníky a přátele osob s demen-

ci, sociální pracovníky, pečovateli a personál zařízení pro osoby s demencí.

Miroslav Kudláček  
Svět dětské  
mozkové obrny

Nahlížení vlastního postižení  
v průběhu socializace



Rozsah:  
200 stran  
Cena: 255 Kč  
ISBN: 978-80-  
-262-0178-6  
Vydavatel:  
Portál

Život s postižením dětskou mozkovou obrnou má mnohá úskalí. Od formy DMO a včasnosti určení diagnózy se odvíjejí konkrétní překážky na cestě k samostatné a soběstačné existenci. Komplikovanost určení diagnózy, nároky kladebné rehabilitací a vyrovnávání se s vlastním postižením, zatěžova-

ným stigmatizací, tuto cestu často znesnadňují. Vzhledem k vrozené povaze onemocnění DMO člověk s tímto postižením postupně rozpoznává jeho jednotlivé projevy a důsledky pro život ve společnosti. Kniha čtenáře zasvětčuje do spleteného světa DMO, nabízí historický pohled na postižení, klasifikaci forem DMO, představuje dvě nejčastější rehabilitační metody a především dává nahlédnout do osobní zkušenosti života s tímto postižením na pozadí konkrétních příběhů.

Autor je sociolog, zabývá se problematikou postižení dětskou mozkovou obrnou, se kterým sám žije. O vzniku knihy říká: „Mým cílem je popsat skrze reflexi svých vzpomínek a zdravotní dokumentace cestu, zkrocení svého postižení. Vedle autobiografické linie jsem pořídil také devět rozhovorů s dalšími lidmi postiženými DMO. I na jejich životních příbězích ukážeme jejich zápasy, které museli při svém začleňování do společnosti svádět se sebou i s okolím.“

Inzerce A121013439

Mladá fronta  
divize Medical  
Services  
představujeBiologická terapie v léčbě  
idiopatických střevních zánětů

Monografie shrnuje v současnosti dostupné informace o poměrně nové modalitě léčby idiopatických střevních zánětů. Autoři předkládají jejich klinickou i endoskopickou klasifikaci a věnují se účinnosti biologické terapie na Crohnovu chorobu i ulcerózní kolitidu. Podrobně je popsána strategie léčby v jednotlivých obdobích, jako je remise, hluboká remise a relaps, včetně indikací, interakcí, kontraindikací a nežádoucích účinků jednotlivých léků. Opomenuta není ani problematika včasné



indikace chirurgického řešení, nutriční intervence, bezpečnosti podávání biologické léčby ve specifických situacích a též selhání biologické terapie a možnosti jejího ukončení.

Autoři:  
doc. MUDr. Vladimír Zbořil, CSc.,  
a kolektiv

Doporučená cena 350 Kč

Recidivující infekce dýchacích  
cest a imunomodulácia u dětí

Monografie podává recentní pohled na problematiku opakovaných respiračních infekcí (RIDC) v dětském věku a na možnosti jejich komplexní léčby a prevence. Vedle definice RIDC je na úvod analyzována etiologie těchto onemocnění a popsán diagnostický přístup k dětským pacientům, kteří opakovanými infekcemi trpí. Tato problematika je dána do souvislosti i s fyziologickou, tedy „normální“ nemocností dítěte. Nejrozsáhlejší část knihy je věnována možnostem ovlivnění imunitního systému v dětském věku pomocí různých látek, ale i režimovými opatřeními ad. Další oddíl se pak týká imunomodulace v hraničních disciplínách. Vhodným obohacením monografie je kapitola zdůrazňující multidisciplinární přístup k diagnostice a léčbě RIDC.



Autoři:  
doc. MUDr. Miloš Jeseňák, Ph.D., MBA,  
MUDr. Zuzana Rennerová, Ph.D.,  
prof. MUDr. Peter Bánovčín, CSc.,  
a kolektiv

Doporučená cena 850 Kč



MEDICAL  
SERVICES

komplexní informační servis ve zdravotnictví

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

Při objednání na **knihy.cz**  
sleva 25%



## NOVÉ KNIHY

Nick Lund  
Intelligence a učení

Rozsah:  
152 stran  
Cena: 279 Kč  
ISBN: 978-80-  
-247-3922-9  
Vydavatel:  
Grada

Zkoumání inteligence je důležitou součástí psychologie a občas vyvolává spory, zejména když dojde na témata jako vztahy mezi rasou a inteligencí nebo porovnávání inteligence mužů a žen. Autor provádí čtenáře různými oblastmi inteligence, věnuje pozornost detailům a neopomíjí dílčí témata ani výzkumy. Popisuje, vysvětluje a dokládá na mnoha příkladech a experimentech témata, jako je učení a inteligence zvířat, existence (či neexistence) jazyka u zvířat, a to nejen u šimpanzů a delfinů, ale také u ptáků nebo včel. Kniha poutavě popisuje

evoluci lidské inteligence od prvních lidí po moderního člověka, rozebírá jednotlivé teorie inteligence a věnuje se i často kontroverznímu tématu testování lidské inteligence.

Joy A. Glennerová  
Péče o člověka s demencí

Průvodce pro rodinné příslušníky



Rozsah:  
136 stran  
Cena: 229 Kč  
ISBN: 978-80-  
-262-0154-0  
Vydavatel:  
Portál

Péče o člověka, který trpí nějakou formou demence, stojí hodně úsilí. Je třeba předcházet různým nehodám, zajistit problematická místa v domácnosti a zabezpečit člověku s demencí i sobě samému co nejbezpečnější prostředí a zá-

roveň se seniorem, jehož duševní schopnosti a praktické dovednosti postupně mizí, jednat adekvátně jeho možnostem a přítom jako s dospělým. Kniha zkušených odborníků nabízí praktické rady, které se týkají všech oblastí života člověka s demencí a jeho rodiny. Najdeme v ní doporučení jak nemocnému pomáhat s osobní hygienou, jak zajistit dostatečnou výživu i jak s člověkem s demencí komunikovat tak, aby nám co nejvíce porozuměl a abychom ho svým mluveným projevem nedráždili nebo nestresovali.

Všechny oblasti péče o člověka s demencí jsou v knize přiblíženy pomocí kazuistik. Publikace je velmi praktická; autoři radí jak zvládat každodenní problémy a zároveň upozorňují na to, že by se pečovateli měli snažit zachovat člověku s demencí jeho lidskou důstojnost a umožnit mu, aby využil všechny své zbylé schopnosti, protože co nepoužíváme, o to brzy přijdeme. Kniha osloví rodinné příslušníky a přátele osob s demen-

ci, sociální pracovníky, pečovateli a personál zařízení pro osoby s demencí.

Miroslav Kudláček  
Svět dětské mozkové obrny

Nahlížení vlastního postižení v průběhu socializace



Rozsah:  
200 stran  
Cena: 255 Kč  
ISBN: 978-80-  
-262-0178-6  
Vydavatel:  
Portál

Život s postižením dětskou mozkovou obrnou má mnohá úskalí. Od formy DMO a včasnosti určení diagnózy se odvíjejí konkrétní překážky na cestě k samostatné a soběstačné existenci. Komplikovanost určení diagnózy, nároky kladebné rehabilitací a vyrovnávání se s vlastním postižením, zatěžova-

ným stigmatizací, tuto cestu často znesnadňují. Vzhledem k vrozené povaze onemocnění DMO člověk s tímto postižením postupně rozpoznává jeho jednotlivé projevy a důsledky pro život ve společnosti. Kniha čtenáře zasvěcuje do spleteného světa DMO, nabízí historický pohled na postižení, klasifikaci forem DMO, představuje dvě nejčastější rehabilitační metody a především dává nahlédnout do osobní zkušenosti života s tímto postižením na pozadí konkrétních příběhů.

Autor je sociolog, zabývá se problematikou postižení dětskou mozkovou obrnou, se kterým sám žije. O vzniku knihy říká: „Mým cílem je popsat skrze reflexi svých vzpomínek a zdravotní dokumentace cestu, zkrocení svého postižení. Vedle autobiografické linie jsem pořídil také devět rozhovorů s dalšími lidmi postiženými DMO. I na jejich životních příbězích ukážeme jejich zápasy, které museli při svém začleňování do společnosti svádět se sebou i s okolím.“

Inzerce A121013439

Mladá fronta  
divize Medical  
Services  
představujeBiologická terapie v léčbě  
idiopatických střevních zánětů

Monografie shrnuje v současnosti dostupné informace o poměrně nové modalitě léčby idiopatických střevních zánětů. Autoři předkládají jejich klinickou i endoskopickou klasifikaci a věnují se účinnosti biologické terapie na Crohnovu chorobu i ulcerózní kolitidu. Podrobně je popsána strategie léčby v jednotlivých obdobích, jako je remise, hluboká remise a relaps, včetně indikací, interakcí, kontraindikací a nežádoucích účinků jednotlivých léků. Opomenuta není ani problematika včasné indikace chirurgického řešení, nutriční intervence, bezpečnosti podávání biologické léčby ve specifických situacích a též selhání biologické terapie a možnosti jejího ukončení.

Autoři:  
doc. MUDr. Vladimír Zbořil, CSc.,  
a kolektiv

Doporučená cena 350 Kč

Recidivující infekce dýchacích  
cest a imunomodulácia u detí

Monografie podává recentní pohled na problematiku opakovaných respiračních infekcí (RIDC) v dětském věku a na možnosti jejich komplexní léčby a prevence. Vedle definice RIDC je na úvod analyzována etiologie těchto onemocnění a popsán diagnostický přístup k dětským pacientům, kteří opakovanými infekcemi trpí. Tato problematika je dána do souvislosti i s fyziologickou, tedy „normální“ nemocností dítěte. Nejrozsáhlejší část knihy je věnována možnostem ovlivnění imunitního systému v dětském věku pomocí různých látek, ale i režimovými opatřeními ad. Další oddíl se pak týká imunomodulace v hraničních disciplínách. Vhodným obohacením monografie je kapitola zdůrazňující multidisciplinární přístup k diagnostice a léčbě RIDC.

Autoři:  
doc. MUDr. Miloš Jeseňák, Ph.D., MBA,  
MUDr. Zuzana Rennerová, Ph.D.,  
prof. MUDr. Peter Bánovčín, CSc.,  
a kolektiv

Doporučená cena 850 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, e-mail: knihy@mf.cz, www.medical-services.cz

Při objednání na *knihy.cz*  
sleva 25%



## PRÁVNÍ PORADNA

# Odpovědnost lékaře a sestry

**Kdo je odpovědný za poškození zdraví pacienta, když jsem jako lékař dal sestře jasný pokyn k péči, a ona ho nesplnila? Konkrétně jsem požadoval, aby sestra měřila každou hodinu pacientovi krevní tlak. Tento pokyn jsem jí dal osobně a zapsal ho také do zdravotnické dokumentace. Už jsem ovšem nekontroloval jeho dodržení. Budu se z poškození zdraví zodpovídat já, nebo sestra?**



odpovídá  
JUDr. Pavel Zajíc

Hned na úvod je třeba uvést, že ve vztahu k pacientovi je za škodu na jeho zdraví odpovědný poskytovatel zdravotních služeb (nemocnice, soukromá ambulance apod.). Pokud by poskytovateli zdravotních služeb (zaměstnavateli) vznikla škoda v důsledku toho, že byl nucen pacientovi zaplatit za poškození zdraví, může zaměstnavatel tento nárok přenést na své zaměstnance (lékaře i sestru). K tomu, aby zaměstnavatel mohl po zaměstnanci požadovat ná-

hradu škody, mu musí prokázat jeho zavinění (lhostejno zda lékař či sestře). Zavinění zaměstnance přitom může být nedbalostní nebo úmyslné. Zavinění však vždy musí být prokázáno ve kterékoli formě, jinak zaměstnavatel nemůže vůči zaměstnanci uplatňovat nárok z odpovědnosti za škodu.

Výše požadované náhrady škody způsobené zaměstnancem z nedbalosti přitom nesmí přesáhnout částku rovnající se čtyřnásobku jeho průměrného měsíčního výdělku. Toto omezení však neplatí, byla-li škoda způsobena úmyslně, v opilsti

nebo po zneužití jiných návykových látek.

## Určení míry zavinění

Pokud jde o určení míry zavinění mezi Vámi a sestrou, pak zde platí ustanovení zákoníku práce, podle kterého „odpovídá-li za škodu více zaměstnanců, hradí každý z nich poměrnou část škody podle míry svého zavinění“. K Vašemu konkrétnímu dotazu pak uvádím, že pokud by bylo shledáno zavinění jak na straně Vaší (absence kontroly dodržování pokynů udělených sestře), tak i na straně sestry (neměření krevního tlaku každou hodinu podle Vašich

pokynů), bylo by možné, že za poškození zdraví pacienta budete se sestrou spoluzodpovídat.

Závěrem uvádím, že pokud by skutečně byla prokázána škoda způsobená na zdraví pacienta v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, pak by tato škoda měla být pacientovi hrazena především z pojištění odpovědnosti poskytovatele zdravotních služeb (zaměstnavatele) za škodu způsobenou v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb. Každý poskytovatel zdravotních služeb je přitom povinen ze zákona tuto pojistnou smlouvu uzavřít.

## Dříve vyslovené přání u právně nezpůsobitelných

**Lze uplatnit institut dříve vysloveného přání v případě osob zbavených způsobilosti k právním úkonům?**



odpovídá  
Mgr. Lucie Neubertová

Institut dříve vysloveného přání je právem pacienta předem vyslovit souhlas nebo nesouhlas s poskytnutím zdravotních služeb a způsobem jejich poskytnutí – a to pro případ, že by se pacient dostal do takové

ho zdravotního stavu, ve kterém nebude schopen takový souhlas nebo nesouhlas vyslovit. Poskytovatel zdravotních služeb je povinen brát dříve vyslovené přání pacienta na zřetel v případě,

že: (i) má dříve vyslovené přání pacienta k dispozici; (ii) v době poskytování zdravotních služeb nastala předvídatelná situace, k níž se dříve vyslo-

vené přání vztahuje, a (iii) pacient je v takovém zdravotním stavu, kdy není schopen vyslovit nový souhlas nebo nesouhlas.

Je však respektováno jen takové dříve vyslovené přání, které bylo učiněno na základě písemného poučení pacienta o důsledcích jeho rozhodnutí, a to praktickým lékařem, u něhož je pacient registrován, nebo jiným ošetřujícím lékařem zdravotní služby, s nímž dříve vyslovené přání souvisí. Pacient také může učinit dříve vyslovené přání při přijetí do

péče nebo kdykoli v průběhu hospitalizace, a to pro zdravotní služby s ní související. Takto vyslovené přání se zaznamená do zdravotnické dokumentace pacienta a záznam podepíše pacient, zdravotnický pracovník a svědek.

## Kdy nelze dříve vyslovené přání uplatnit

Dle zákona o zdravotních službách platí, že dříve vyslovené přání musí mít písemnou formu, musí být opatřeno úředně ověřeným podpisem pacienta a musí obsahovat výše uvedené pouče-

ní pacienta. Platnost dříve vysloveného přání je 5 let. Zákon o zdravotních službách dále vymezuje, kdy dříve vyslovené přání nelze nebo není třeba respektovat. Jedná se např. o případy, kdy by jeho splnění mohlo ohrozit jiné osoby nebo pokud nabádá k takovým postupům, jejichž výsledkem je aktivní způsobení smrti apod.

Podle § 36 odst. 6 zákona o zdravotních službách institut dříve vysloveného přání nelze uplatnit u nezletilých pacientů nebo pacientů zbavených způsobilosti k právním úkonům.

## Pochyby sestry o správnosti lékové ordinace

Vím, že za ordinaci léku je zodpovědný lékař a povinnost sestry je „jen“ podat lék v určeném čase. Na naše oddělení však nastoupil mladý, nezkušený lékař a my, starší sestry s dlouholetou praxí,



odpovídá  
Mgr. Ivan David

máme někdy pochyby o správnosti jeho ordinace. Zatím se sice nic vážného nepříhodilo, ale vždyť i lékař může chybovat (když ne z neznalosti, tak třeba kvůli únavě) a vzdělaná a zkušená sestra může jeho chybu napravit. V konečném důsledku jde přece o zdraví pacienta. Moje otázka proto zní, jak se má sestra zachovat, má-li pochyby o správnosti ordinovaného léku...

Jak správně uvádíte, předepisovat léčivé přípravky je oprávněn pouze ošetřující lékař, a to na svou

odpovědnost, jak vyplývá z obecné úpravy zákona č. 378/2007 Sb., o léčivech, jakož i z podrobnější regulace stanovené vyhláškou Ministerstva zdravotnictví ČR č. 54/2008 Sb., o způsobu předepisování léčivých přípravků, údajích uváděných na lékařském předpisu a o pravidlech používání lékařských předpisů. Stejně tak je pravdou i to, že mezi kompetence sestry patří podávání léčivých přípravků pouze na základě předchozí indikace lékaře, jak stanovuje vyhláška Ministerstva zdravotnictví ČR č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků.

## Vodítkem je občanský zákoník

Jak je tedy vidět, právní úprava k ře-

šení Vašeho dilematu neposkytuje jednoznačný klíč, a není tak ani možné dát všeobecnou univerzální radu jak v takových případech postupovat. Jistým vodítkem je nicméně obecná povinnost každého občana počínat si tak, aby nedocházelo ke škodám na zdraví, zakotvená v § 415 občanského zákoníku. Pokud by sestra navíc aplikovala lék, u něhož by si například byla vědoma, že může vážně poškodit zdraví pacienta v důsledku chybné indikace, mohla by být teoreticky shledána spoluodpovědnou za poškození pacientova zdraví, a to případně i podle příslušných trestněprávních norem.

V situaci, kdy si je sestra jistá škodlivostí předepsovaného léku, by tedy měla především na tuto skutečnost upozornit ošetřujícího lékaře, který lék předepsal. Pakliže ošetřující lékař na předpisu setrvá, sestra by měla na případ upozornit nadřízeného lékaře.



ilustrační foto: Shutterstock

# Zajímavé www stránky – lékové interakce

Problematiku lékových interakcí je z nejrůznějších důvodů věnována čím dál větší pozornost. Z části je to jistě dáno rozšiřující se nabídkou léčivých prostředků, ale i tím, že současné laboratorní technologie dokáží tyto interakce podrobně sledovat a interpretovat. S problematikou lékových interakcí jsou navíc úzce spojeny dopady polyfarmacie u řady zejména starších pacientů.

## FDA – Drug Interactions [www.fda.gov/drugs/resourcesforyou/ucm163354.htm](http://www.fda.gov/drugs/resourcesforyou/ucm163354.htm)

Oficiální webový portál amerického Úřadu pro kontrolu léků a potravin (Food and Drug Administration), což je vládní instituce, která kromě jiného dohlíží na regulaci léčiv ve Spojených státech amerických. K náplni její práce samozřejmě patří i studium možných lékových interakcí. Výše uvedený odkaz nás zavádí na kapitolu článků na webu FDA, které se problematikou interakcí blíže zabývají. Neupozorňují jen na interakce dvou či více užívaných léků, ale také na možné ovlivnění účinnosti léku různými potravinami či aktuální změ-



nou zdravotního stavu léčeného pacienta.

## Drug Digest [www.drugdigest.org/wps/portal/ddigest](http://www.drugdigest.org/wps/portal/ddigest)

Tento nekomerční webový projekt si klade za cíl shrabovat informace o léčích a zveřejňovat je, čímž chce přispět k uvážlivější volbě optimálního léčivého přípravku k léčbě konkrétního pacienta. Můžete si přečíst podrobné informace o jednotlivých léčích užívaných na území USA, prostudovat lze možné interak-

ce jednotlivých léčivých skupin a v přehledné tabulce vyhledat konkrétní interakce mezi dvěma individuálně zvolenými léky.

## Infopharm [www.drugagency.cz](http://www.drugagency.cz)

Řadu informací týkajících se preskripce léčiv a možných rizik polyfarmacie lze získat i na českých webových stránkách. Jednou z nich je portál společnosti Info-



pharm, která se snaží budovat centrální databázi dostupných informací o léčích se zaměřením i na lékové interakce. Při procházení webových stránek nacházíme články s bližšími daty o interakcích, ale také o spotřebě léků jako takové, spoluúčasti pacientů v lékové politice a další zajímavá farmakoeconomická data.

## Státní ústav pro kontrolu léčiv [www.sukl.cz](http://www.sukl.cz)

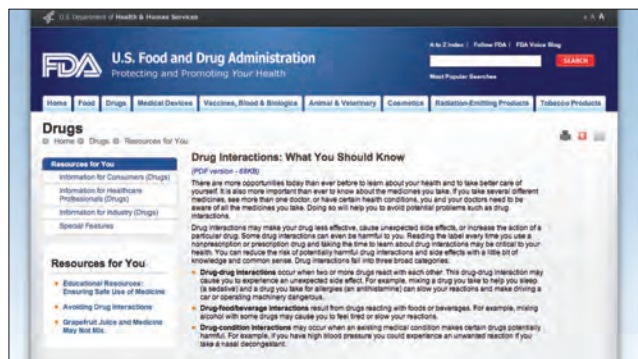
Věnujeme-li se problematice lékových interakcí, nemůžeme samozřejmě pominout národní autoritu ve schvalování a regulaci trhu s léčivy. Vedle řady informací o činnosti úřadu nalezneme

v databázi i podrobné údaje o jednotlivých v Česku registrovaných léčích s popisem možných interakcí. Mezi na webu aktuálně publikovanými odbornými články se samozřejmě najde i řada těch, které se problematice vzájemného ovlivňování mezi léky věnují podrobněji.

## Medigrd [www.medigrd.cz/interakce](http://www.medigrd.cz/interakce)

Z databáze Státního ústavu pro kontrolu léčiv čerpá i tento webový portál, který nabízí jednoduché rozhraní, kde lze do formuláře zadat několik konkrétních léků a systém sám vypíše dosud známé interakce mezi nimi.

MUDr. Michal Pelíšek



MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

číslo 23/2012

### Šéfredaktorka

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

### Redakce

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

**Stáli spolupracovníci redakce**  
Leoš Chodura, Mgr. Martin Caban, Bc. Irena Soukupová, David Daniel, Eva Pavlatová, MUDr. Milan Novák, prof. Ing. Jaroslav Petr, DrSc.

**Editor/korektor**  
Mgr. Martin Čermák

**Grafická a technická zpracování**  
Pavla Jilková  
tel. 225 276 455, e-mail: jilkovap@mf.cz

**Redakční rada Lékařských listů ZDN**  
prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc., MBA (předseda)  
prof. MUDr. Petr Arenberger, DrSc., MBA  
prof. MUDr. Jaroslav Blahos, DrSc., MUDr. Ivan David, CSC, doc. MUDr. Petr Hach, CSC, doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D. MUDr. Radkin Honzák, CSC, doc. MUDr. Bohuslav Konopásek, CSC, prof. MUDr. Miloslav Kršík, DrSc, prof. MUDr. Milan Kvapil, CSC, MBA prof. MUDr. Zdeněk Malý, CSC, prof. Ing. Rudolf Poledne, CSC, prof. MUDr. Richard Rokytka, DrSc, prof. MUDr. Marek Trněný, DrSc, prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc, MUDr. Jana Vojtišková

**INZERCE**  
fax 225 276 444

**group sales manager**  
Jiří Pánek  
tel. 725 729 879  
e-mail: panejk@mf.cz

**personální inzerece**  
Jiřina Hollá  
Tel. 724 561 805  
e-mail: hollam@mf.cz

**generální ředitel**  
Ing. David Hurta

**kreativní ředitel**  
René Decastelo

**DTP**  
retuš Milan Kubička, Lenka Horáková, Libor Horyna, Michal Žák



**MARKETING**  
ředitelka marketingu novin a časopisů  
Hana Holková  
brand manager  
Kristýna Dytrchová

**DISTRIBUCE A VÝROBA**  
vedoucí distribuce a výroby  
Soňa Starbová

**manažerka předplatného**  
Jana Horáková,  
tel. 225 276 317, e-mail: horakovaj@mf.cz

**výroba**  
Monika Šnaidrová,  
Renáta Čermáková, Michaela Mrázová

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

**DISTRIBUCE TITULU**  
Předplatné pro Českou republiku využívaje: Postservice – předplatné, Olšanská 38/9, 225 99 Praha 3 tel. 800 248 248, e-mail: predplatne.mf@cpost.cz www.mf.cz

Objednávky do zahraničí:  
Mediaservis, s. r. o., zákaznické centrum, Vídeňská 995/63, 639 63 Brno, tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz  
Objednávky SR:  
Mediaprint Kapa Pressgrosso, a. s., oddelenie inej formy predaja, P. O. Box 183 Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3 tel. +421 244 458 821, fax +421 244 458 819 e-mail: predplatne@abompkapa.sk

Smluvní vztah mezi vydavatelem a předplatitelem se řídí všeobecnými obchodními podmínkami pro předplatitele. Předplatné se automaticky prodlužuje. Vydavatel a redakční rada nenesou odpovědnost za obsah inzertní ani jiných materiálů komerční povahy.

Tisk EUROPRINT a. s. Číslo dáno do tisku 15. 11. 2012

Přetisk a jakékoli šíření pouze se souhlasem vydavatele. Tiskový 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

### Zástupce přednosta

**ŘEDITEL FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA** vyhláší výběrové řízení na obsazení pracovního místa:

#### Zástupce přednosta pro léčebnou péči chirurgické kliniky

Kvalifikační požadavky:

- VŠ lékařského směru,
- specializovaná způsobilost v oboru chirurgie,
- organizační a řídicí schopnosti.

K přihlášce nutno přiložit:

- strukturovaný profesní životopis,
- osobní dotazník,
- doklady o vzdělání,
- platný výpis z rejstříku trestů,
- čestné prohlášení uchazeče, že proti němu není vedeno soudní řízení.

#### Zástupce přednosta pro výchovnou a vědeckou činnost chirurgické kliniky

Kvalifikační požadavky:

- VŠ lékařského směru,
- specializovaná způsobilost v oboru chirurgie,
- vědecký titul (CSc. nebo Ph.D.) nebo zařazení do doktorského studijního programu, případně zahájení studia doktorského studijního programu do 1 roku od vyhlášení výběrového řízení,
- pedagogická a publikační aktivita,
- organizační a řídicí schopnosti.

K přihlášce nutno přiložit:

- strukturovaný profesní životopis,
- osobní dotazník,

- doklady o vzdělání,
- přehled pedagogických a publikačních aktivit,
- platný výpis z rejstříku trestů,
- čestné prohlášení uchazeče, že proti němu není vedeno soudní řízení,
- návrh koncepce výchovné a vědecké činnosti chirurgické kliniky.

Přihlášky přijímá do 30. 11. 2012 do 14 hodin úsek zaměstnanosti nebo podatelna, FN Ostrava, 17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava-Poruba.

ZDN A121015112

## Volná místa

### Více pozic

**AMBASÁDA LIBYE V PRAZE – LIBYJSKÁ VLÁDA** hledá pro nové specializované centrum El Swani v Tripolisu:

#### Lékaře Střední i vyšší zdravotnický personál

se specializací – rehabilitace, protetika a edukace pacientů po úrazových stavech.

V případě zájmu zašlete svůj životopis na e-mail: embassylibyaprg@gmail.com (Ambasáda Libye v Praze).

ZDN A121014577

### Lékař/lékařka

**THOMAYEROVA NEMOCNICE, VÍDEŇSKÁ 800, 140 59 PRAHA 4 – KRČ,** přijme:

#### Lékaře/lékařku pro Kliniku dětské chirurgie a traumatologie 3. LF UK a TN a dětské traumacentrum

Požadujeme:  
• odbornou a zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost podle zákona č. 95/2004 Sb.,  
• ukončený společný chirurgický kmen výhodou.

Nabízíme:  
• zajímavou práci,  
• možnost celoživotního vzdělávání,  
• odpovídající platové podmínky,  
• zaměstnanecké benefity.

Nástup dle dohody, je možný ihned.

Přihlášky včetně životopisu, od-

borné a zdravotní způsobilosti a výpisu z rejstříku trestů zašlejte na výše uvedenou adresu k rukám přednosta kliniky prof. MUDr. Petra Havránka, CSc. Kontakt: e-mail: petr.havranek@ftn.cz

ZDN A121015140

### Lékaři

**KRAJSKÁ NEMOCNICE LIBEREC, A. S.,** přijme:

#### Lékaře/lékařky na oddělení neurologie

Požadujeme:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- specializovanou způsobilost ukončený základní interní či neurologický kmen, případně i absolventa s trvalým zájmem o obor,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- znalost práce na PC (Word, Excel),
- motivovaný přístup k práci.

Nabízíme:

- perspektivu dlouhodobého uplatnění v oboru,
- nadstandardní platové ohodnocení k jednání,
- možnost profesního růstu na moderně vybaveném pracovišti,
- příjemné pracovní prostředí,
- možnost ubytování,
- 5 týdnů dovolené,
- zaměstnanecké výhody (například příspěvek na stravování, na penzijní a životní pojištění).

Kontakt:

Krajská nemocnice Liberec, a. s., Husova 10, 460 63 Liberec 1, Jana Stupková – personální oddělení, tel.: 485 313 466, e-mail: jana.stupkova@nemlib.cz

ZDN A121015120

### Více pozic

**KOMPLETNĚ ZREKONSTRUOVANÁ A NADSTANDARDNĚ VYBAVENÁ NEMOCNICE SUŠICE, O. P. S.,** přijme do pracovního poměru:

- Sekundárního lékaře na interní oddělení s výhledem funkčního místa (atestace v oboru interního lékařství, kardiologie apod.)
- Lékaře na oddělení následné péče

Požadujeme:

- vzdělání odpovídající danému zařazení,

- morální a občanskou bezúhonnost,
- ochotu k intenzivnímu pracovnímu vytížení.

Nabízíme:

- zázemí nemocnice se 160 lůžky akutní i následné péče v základních oborech, včetně multidisciplinární JIP a RLP,
- garanci dlouhodobého smluvního vztahu se zdravotními pojišťovnami,
- kolegiální atmosféru s nadstandardními pracovními podmínkami,
- zajímavé ohodnocení odpovídající zastávané pozici,
- profesní růst s intenzivním dalším vzděláváním,
- ubytování v areálu nemocnice s možností služebního bytu,
- pro perspektivní lékaře nebo například pro lékařský manželský pár nabízí zakladatel nemocnice (město Sušice) podporu při získání rodinného domu,
- atraktivní prostředí centrální Šumavy s nabídkou plného sportovního i kulturního vyžití.

Dále nemocnice nabízí volný operační prostor pro gynekologickou operativu včetně laparoskopie (např. pro ambulantní specialisty).

Nástup v nejbližším možném termínu.

Bližší informace na tel.: 376 530 216 (MUDr. Jiří Šedivý, ředitel), tel.: 376 530 220, 777 113 976 (MUDr. Jiří Choc, náměstek pro LP),

e-mail: sekretariat@nemocnice-susice.cz nebo choc@nemocnice-susice.cz

ZDN A121015116

### Více pozic

**NEMOCNICE ČESKÝ KRUMLOV, A. S.,** přijme:

- Lékaře/lékařku s potřebnou kvalifikací pro oddělení následné péče – může být i absolvent
- Lékaře/lékařku s potřebnou kvalifikací pro interní oddělení – může být i absolvent
- Lékárníka/lékárnicí pro lékárnou – vzdělání v oboru, vhodné i pro absolventa

Nabízíme:

- výborné mzdové podmínky,
- možnost ubytování,
- dobrý kolektiv,
- podporu při dalším vzdělávání.

Bližší informace při osobním jednání.

Kontaktujte personální oddělení, tel.: 380 761 361, 777 486 121, e-mail: markova@nemck.cz

ZDN A121014297

### Lékař

**NEMOCNICE MILOSRDNÝCH BRATŘÍ VE VIZOVIČÍCH**

Přijme lékaře pro práci na lůžkovém oddělení následné péče a na interní ambulanci.

Požadovaná kvalifikace: atestace z geriatry nebo z vnitřního lékařství,



## 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  
tel.: 724 561 805

### Prostory k pronájmu vhodné pro ordinaci nebo zdravotnické zařízení

v přízemí o celkové ploše 39,90 m<sup>2</sup>. Součástí je i sociální zařízení a čekárna.

Prostory mají samostatný vchod z ulice a snadné parkování.

**Měsíční nájemné činí 5300 Kč včetně internetu.**

Do současné doby jsou prostory využívány jako zubní laboratoř. Pronájem možný od 1. 12. 2012.

Bližší informace na tel. 381 961 255 – J. Pešková.

## PERSONÁLNÍ INZERCE

(s II. atestací možnost funkce zástupce primáře).

Nabízíme:

- práci v pěkném prostředí,
- spodní mzdovou hranici 33 tisíc Kč.

Bližší informace u ředitelky – primářky MUDr. Zdislavy Tělučilové, tel.: 731621234, e-mail: telupilova@nmbvizovice.cz

ZDN A121014733

### Lékař

**REHABILITAČNÍ CENTRUM NEMOCNICE BEROUN, JESSENIA, A. S.,** přijme lékaře se základní atestací (v oboru vnitřní lékařství, neurologie, ortopedie, chirurgie příp. jiného oboru) nebo s ukončeným kmenem (nejlépe interna, neurologie, ortopedie, chirurgie, případně možné i z jiných oborů), se zájmem o rehabilitační lékařství.

Zařazení a vzdělávání v oboru v rámci akreditace našeho pracoviště.

Nástup možný dle dohody.

Informace o rehabilitačním centru: www.nember.cz

Kontakt:

prim. MUDr. Ondřej Horáček, e-mail: horacek@nember.cz

ZDN A121015134

### Lékař

**NEMOCNICE FRÝDLANT, S. R. O.,** přijme lékaře pro interní oddělení (vnitřní lékařství), možný i absolvent či důchodce. Taktéž možnost získat praxi v oboru.

Atestace nebo základní kmen v oboru vítán.

Zájemci mohou kontaktovat prim. MUDr. Dušana Astla, tel.: 482 369 210, 482 369 216, e-mail: dusan.astl@nemfry.cz

ZDN A121014114

### Lékař/lékařka

**MĚSTSKÁ NEMOCNICE NÁSLEDNÉ PÉČE, PRAHA 9,** přijme na lůžkové oddělení lékaře/ku. Splněný interní základ či

atestace (interna, geriatric) výhodou, ale není podmínkou.

Nabízíme:

- klidnou práci v malém kolektivu,
  - velmi dobrou dopravní dostupnost (přímo u metra),
  - motivující platové ohodnocení (smluvní plat možný) a benefity.
- Částečný úvazek možný.

Kontakt:

pí. Vašínková, tel.: 284 000 824, e-mail: vasinkova@mnp.cz

ZDN A121015131

### Lékař

**PŘELOUČSKÁ POLIKLINIKA, A. S.,** přijme lékaře pro děti a dorost (2 roky praxe, možno i bez atestace).

Nástup 1. 1. 2013. Výhodné platové podmínky.

Bližší informace: e-mail: info@prelouckapoliklinika.cz, tel.: 777 900 901, vedoucí lékař.

ZDN A121014608

### Lékař

**PŘELOUČSKÁ POLIKLINIKA, A. S.,** přijme praktického lékaře pro dospělé (možno i bez atestace, 2 roky praxe).

Nástup ihned. Výhodné platové podmínky.

Bližší informace: e-mail: info@prelouckapoliklinika.cz, tel.: 777 900 901, vedoucí lékař.

ZDN A121014594

### Lékař

**MUDR. MARIE KOŽNAROVÁ** hledá lékaře diabetologa k převzetí zavedené soukromé diabetologické praxe v Sušici.

Kontakt: e-mail: diaambulance@seznam.cz, tel.: 728 576 247.

ZDN A121014584

### Dermatovenerolog

**DERMATOLOGICKÉ CENTRUM V PRAZE 8 A POBOČKAMI V ŘÍČANECH A NERATOVICÍCH** přijme dermatovenerologa, nejlépe se specializovanou způsobilostí (není podmínkou). Možný plný i částečný úvazek.

Bližší informace: tel.: 603 448 353, e-mail: pavlicekr@volny.cz

ZDN A121013518

### Lékař/lékařka

**NZZ RESURF MED, S. R. O., PRAHA 9 – VYSOČANY,** přijme lékaře/lékařku těchto oborů:

- PL pro dospělé na plný úvazek
- Ortoped na částečný úvazek

Motivační platové podmínky. Nástup dle domluvy. Kontakt: tel.: 776 875 513, e-mail: info@recepce.eu

ZDN A121010966

## Různé

### Pronájem ordinace

**PRONAJMU ZAŘÍZENOU ORDINACI V CENTRU BRNA** ve velmi hezkém prostředí. Možnost okamžitého zahájení praxe.

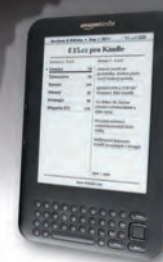
Kontakt: e-mail: remunda@centrum.cz

ZDN A121014617

Inzerce A121015258

# Podívejte se světu ekonomiky do očí!

## KDEKOLIV



MLADÁ FRONTA  
**E15**

tisk - internet - iPad - iPhone - Kindle - Windows Phone 7

**mf**  
MLADÁ FRONTA

# Zabiják alergenů

Trápí Vás alergie, astma, ekzémy? Pomůže Vám jedinečný zabiják bakterií, virů, roztočů a alergenů **UV-C antibakteriální vysavač Raycop.**

Jako účinného pomocníka při úklidu domácností s malými dětmi, se zvířecími mazlíčky a hlavně domácností s alergiky a astmatiky si jej zamiluje opravdu každý. Díky jeho malé váze a jednoduchému ovládání pomocí jediného tlačítka zvládnete úklid matrací, lůžkovin a čalouněného nábytku během několika minut. Zbavíte se nebezpečných alergenů a výrazně zlepšíte svůj zdravotní stav.

## raycop

UV-C antibakteriální vysavač

**Raycop** prokazatelně zabije 99,9% virů, plísní, bakterií E.Coli, Stafylokoků a kvasinek. Efektivně odstraní 93,5% roztočů.

Seznam autorizovaných prodejců na:

[www.raycop.cz](http://www.raycop.cz)

Distributor: BLAKAR trading s.r.o., Kupeckého 6, 149 00 Praha 4, Tel.: 606 839 644

**ELECTRO WORLD**  
SVĚT NABÍTÝ ELEKTRM

**MALL.CZ**

**DATART**

**PROZDRAVI.CZ**



Schválen Britskou nadací pro alergie  
Testován Japan Food Research lab.

**Doporučeno českými  
lékaři pro alergiky  
a astmatiky**

 **helpmation**

Bezdotyková domácnost

Více informací na

[www.helpmation.cz](http://www.helpmation.cz)

 **Infrared  
Sensor**

## Bezdotykové odpadkové koše Helpmation

Bezdotykové koše Helpmation jsou kvalitní, velmi tiché a úsporné designové koše vyrobené z matné nerez oceli. Přiložením ruky 15 cm nad senzor koše se víko automaticky otevře a po vhození odpadu se samo zavře.

Distributor: BLAKAR trading s.r.o., Kupeckého 6, Praha 4 - Háje  
Tel.: 606 377 814, 606 839 644, e-mail: obchod@blakar.cz

 **Infrared  
Sensor**

## Bezdotykové dávkovače mýdla Helpmation

Nemusíte se dotýkat žádného tlačítka, které je plné bakterií. Jednoduše vložte ruku pod senzor dávkovače, který Vám automaticky mýdlo nadávkuje do dlaně. Tento systém je velmi hygienický a snižuje výskyt bakterií.

**VELKÉ SLEVY pro lékaře**