



ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



CENA 28 Kč, PŘEDPLATNÉ 23 Kč

ČTRNÁCTIDENÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

24/2012 Toto číslo vyšlo 3. 12. 2012



TÉMA ČÍSLA

Adiktologie

V Evropě se šíří nové drogy i tradiční česká droga pervitin

STRANA 12



PŘEDSTAVUJEME

prof. PhDr. Stanislava Kratochvíla, CSc., nestora české psychoterapie, vedoucího psychologa PL v Kroměříži

STRANA 30



ODBORNÉ AKCE

Kongres s tématem neexistujícího oboru: Dítě ani dospívající dívka nejsou zmenšené ženy

STRANA 20



Pavel Horák: Cítil jsem, že je třeba dát prostor změně, po které mnoho lidí volalo.

Personální zemětřesení ve vedení VZP

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) v minulém týdnu zažila dlouho očekávané personální změny na nejvyšších postech. Na své funkce rezignovali jak dosavadní ředitel Pavel Horák, tak i předseda správní rady Marek Šnajdr (ODS), který však zůstává jejím řadovým členem.

Nástupcem Pavla Horáka ve funkci ředitele VZP se stal Zdeněk Kabátek (ODS), který dosud působil na ministerstvu zdravotnictví pod náměstkem Markem Ženíškem (TOP 09) v pozici vrchního ředitele pro ekonomiku. Marka Šnajdra vystřídal v čele správní rady náměstek ministra zdravotnictví pro zdravotní pojištění Petr Nosek.

Zdeněk Kabátek a Petr Nosek získali v tajné volbě 18 z 27 hlasů, proti bylo 7 členů správní rady. Správní rada VZP má 30 členů, přičemž 10 nominuje ministerstvo zdravotnictví a 20 poslanecká sněmovna. „Chtěl bych upozornit, že šlo o volbu tajnou a že nově zvolení funkcionáři získali plný počet hlasů vládní koalice v tajné volbě, což je silný mandát. Věřím, že do budoucna tato změna bude znamenat zklidnění situace – klid na práci ve prospěch našich pojištěnců a samozřejmě i ve prospěch celého našeho systému,“ zhodnotil volbu člen správní rady a šéf výboru pro zdravotnictví poslanecké sněmovny Boris Štátný (ODS).

Neudržitelné napětí

K této personální rošádě však mohlo dojít až po posílení koaličních, respektive ministerských pozic ve správní radě VZP, o které Leoš Heger dlouhodobě usiloval a snažil se jej protlačit přes jedná-

ní vlády. To se mu však dlouho nedařilo, zejména kvůli rebelujícím poslancům ODS, mezi něž se řadil i Marek Šnajdr, a potřebě předsedy vlády Petra Nečase (ODS) zajistit úspěšné hlasování o daňovém balíčku Miroslava Kalouska (TOP 09), které bylo spojeno s hlasováním o důvěře vládě.

Napětí mezi ministerstvem zdravotnictví a dosavadním vedením VZP bylo patrné zejména v posledních měsících. Sérii mediálních přestřelek odstartovala společná politická intervence Leoše Hegera a Petra Nečase, kteří se vložili do kauzy projektu elektronických zdravotních knížek společnosti IZIP a prostřednictvím svých lidí ve správní radě iniciovali jeho ukončení. Ministerstvo zdravotnictví od nového vedení očekává lepší komunikaci, spolupráci a koordinaci v rámci snah o stabilizaci zdravotnictví.

Prostor pro změnu

O důležitosti narovnání vztahů mezi vedením VZP a ministerstvem zdravotnictví a stabilizace resortu svorně hovoří i všichni ostatní aktéři personálních změn. „Zhruba rok se zde vede střet mezi VZP a ministerstvem zdravotnictví. Nechci nyní analyzovat důvody tohoto střetu, nicméně je zde objektivní fakt, že české zdravot-

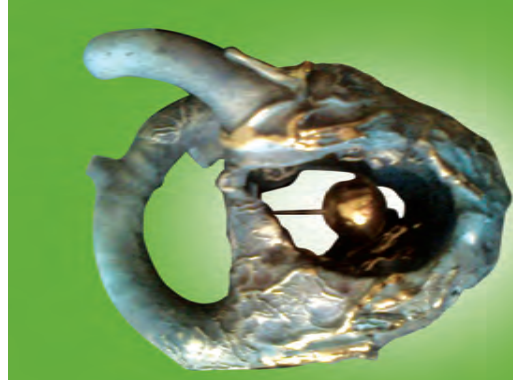
nictví se nenachází ve zrovna nejstabilnější situaci. Mám dostatek profesionálních zkušeností na to, abych věděl, že pokud ministerstvo zdravotnictví a největší zdravotní pojišťovna nepotáhnou za jeden provaz a nebudou mít aktivní společnou vůli tuto situaci v horizontech dnů a týdnů řešit, pak důsledky nebudou jen politické. Dopadne to i na poskytovatele péče, pacienty, a tedy i na celé české zdravotnictví,“ konstatoval po své rezignaci Marek Šnajdr.

Dosavadní vztahy s ministerstvem byly neudržitelné i podle odstoupivšího ředitele Pavla Horáka, který taktéž zdůraznil nutnost koordinované spolupráce. „Jako manažer cítím odpovědnost za chod této instituce a veřejného zdravotního pojištění jako celku. Jako manažer se také musím opírat o důvěru jak ministra, tak i správní rady. Cítil jsem tedy, že je třeba dát prostor změně, po které mnoho lidí volalo,“ komentoval své odstoupení Pavel Horák s tím, že doufá, že se novému vedení podaří situaci zklidnit a stabilizovat.

(pokračování na straně 4)



9 771805 235003 24



Jan Vojáček a Jiří Kettner
pořadatelé

Klinická kardiologie

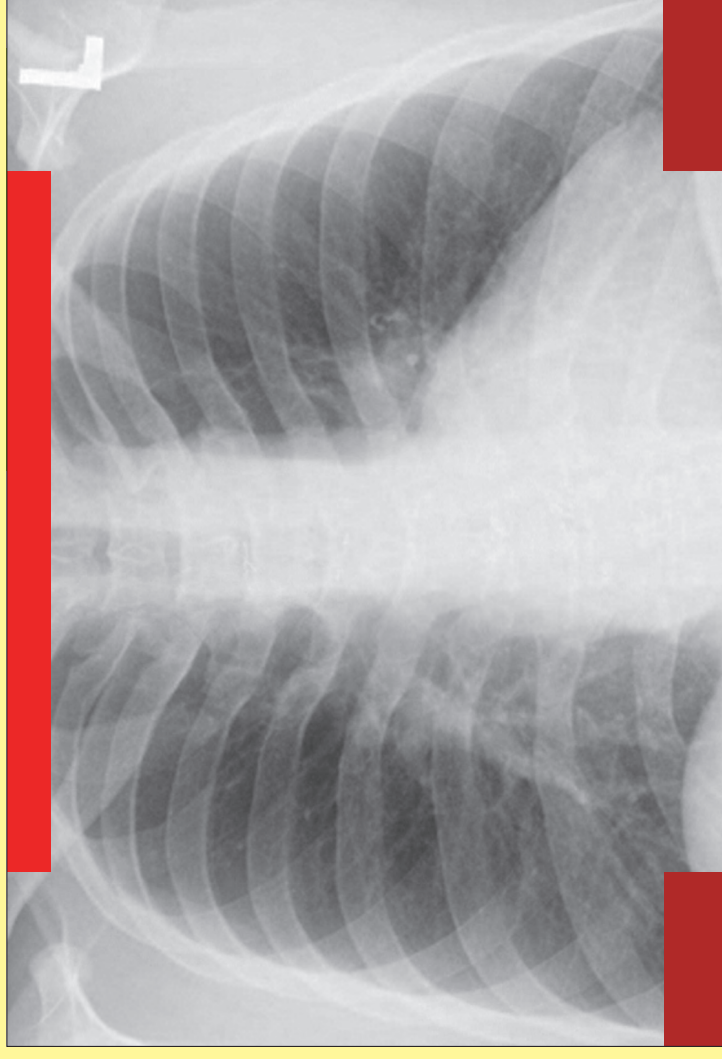
DRUHÉ VYDÁNÍ



Vydavatel: RNDr. F. Skopec, CSc. – NUCLEUS HK®
Banskobystrická 2083, 160 00 Praha, telefon: 603 463 031
Objednávky: www.nucleus.cz • Cena: 1.990,- Kč + poštovné a balné



Vydavatel: RNDr. F. Skopec, CSc. – NUCLEUS HK®
Banskobystrická 2083, 160 00 Praha, telefon: 603 463 031
Objednávky: www.nucleus.cz • Cena: 798,- Kč + poštovné a balné



ÚLOHA PROSTÉHO SNÍMKU HRUDNÍKU V KARDIOLOGII

Steinhart Leo | Pudil Radek | Endrys Jiří



Proběhl první společný protest lékařů V4

Nemocniční lékaři Česka, Slovenska, Polska a Maďarska 20. listopadu zrealizovali historicky první společnou protestní akci. Jejím prostřednictvím chtěli projevit svůj nesouhlas s reformami zdravotnictví v jednotlivých zemích. Charakter protestu byl symbolický a nenarušil péči o pacienty.

Akce se konala pod heslem „Zachraňme zdravotnictví – Nemocný systém je nebezpečný pro každého“. Lékaři – na rozdíl od někdejší akce „Děkujeme, odcházíme“ – tentokrát na svou stranu získali také nemocnice sdružené v Asociaci českých a moravských nemocnic (AČMN), organizace pacientů a zdravotně postižených. Tyto subjekty před časem vytvořily i společný krizový štáb zabývající se problematikou restrukturalizace, rušení lůžek

a smlouvami mezi nemocnicemi a zdravotními pojišťovnami.

„Tentokrát bylo naším cílem propojit se s kolegy z ostatních čtyř evropských zemí a nenásilně protestovat proti stávající situaci ve zdravotnictví. Nechtěli jsme nijak narušit chod nemocnic ani způsobit pacientům potíže,“ řekl ke zvolené formě protestu předseda LOK-SČL Martin Engel. Dodal však, že odboráři touto akcí chtěli lidem na odpovědných místech ukázat, že jsou stále schopni

jednat v součinnosti a uspořádat i „daleko razantnější akce“.

Business se zdravím?

Lékařské odbory zemí V4 dlouhodobě poukazují zejména na způsoby, jakým v jejich zemích probíhají zdravotnické reformy. Domnívají se, že směřují k postupné komercionalizaci sektoru, což by mohlo vést k ohrožení zdravotnictví jako veřejné služby.

„Český zdravotní systém je dlouhodobě podfinancovaný. Para-

doxně v tomto systému vzniká velký počet supermoderních středisek, která nejsou běžná ani v nejrozvinutějších státech. Patrná je snaha vytvářet zdravotnické řetězce, často napojené na plátce péče. Zdroje zdravotního pojištění tak vysává úzká skupina vybraných poskytovatelů,“ tvrdí Martin Engel. Na podobný problém upozorňuje i jeho slovenský protějšek Peter Visolajský: „Naše zdravotnictví nadále upadá. To však není

způsobeno ekonomickou krizí, ale souvislou a záměrnou neochotou slovenských politiků situaci v něm měnit. Kdyby politici plnili své závazky, byli by dnes naši pacienti spokojenější a Slovensko by neřešilo dilema jak ze soukromého pojištění vyplácet různé finanční skupiny.“ Současné i budoucí společné protestní akce lékařů V4 mají podle odborářů směřovat ke třem cílům: zachování zdravotní péče ve formě veřejné služby, zavedení systému reálných plateb od pojišťoven za odvedenou péči a odměňování zdravotníků v rozsahu 1,5–3násobku průměrného platu v zemi. (fkc)

Leoš Heger promrhal důvěru lékařů

Zdravotníci příští rok přidáno nedostanou, reformy, se kterými nesouhlasí, pokračují a nespokojenost odborů v posledních měsících kontinuálně narůstá. Čeká Českou republiku v příštím roce další exodus lékařů? Zeptali jsme se místopředsedy LOK-SČL MUDr. Miloše Volemana.

První společná akce lékařů Vi-segrádké čtyřky sice měla symbolický charakter, ale jak už vás avizoval, protesty by se časem mohly přirostit. Za jakých podmínek a v jakém časovém horizontu by k tomu mohlo dojít?

Ostré protesty lze předpokládat, pokud vlády zemí Visegrádké čtyřky budou pokračovat v politice likvidace veřejného zdravotnictví a pošlapávání všech uzavřených dohod. A vypadá to, že v této politice pokračovat budou. Například dnešní změny ve vedení VZP – kdo se v tomto prostředí trochu orientuje, tomu je jasné, že personální rošáda v největší zdravotní pojišťovně směřuje k posílení vlivu finančních skupin na veřejný sektor.

Co se týká časového horizontu, k tomu se nyní nemohu validně vyjádřit. Tlaky ze strany vlády vyvolají protitlak. Kdy bude dosaženo kritické hranice, nevíme. Že by to mohlo být ve druhé polovině roku 2013, je spíše spekulace.

Můžete být konkrétnější a popsat způsob, jakým podle vás změny ve vedení VZP posilují vliv finančních skupin na veřejný sektor?

V posledním roce je zřejmý trend posilování vlivu zaměstnanec-

kých zdravotních pojišťoven na úkor VZP. Jasným důkazem je sloučení pojišťoven Metal-Alliance a České průmyslové zdravotní pojišťovny – všeobecně známé jako Agel. Dále je zřejmé, že pojišťovny vytvářejí kartel zaměřený na posílení jejich zájmů proti zájmům zdravotnických zařízení (známé memorandum zdravotních pojišťoven, na jehož základě vypověděly smlouvy všem nemocnicím).

Zatímco u VZP je správní rada jmenována transparentním způsobem, u ostatních pojišťoven tomu tak není. Zdravotní pojišťovny *de iure* nikomu nepatří, není jasné, komu se vedení zdravotních pojišťoven zodpovídá. Osoby Zdeňka Kabátka a Petra Noska rozhodně nezbuzují pocit, že by tento trend měl být zastaven. Náměstek Nosek byl signatářem memoranda zdravotních pojišťoven, pan ředitel Kabátek zodpovídal za přímo řízené organizace a jeho činnost vzbuzovala mnoho pochybností.

Lékařský odborový klub má velké obavy, že cílem stávajícího snažení ministerstva je faktická likvidace VZP, jehož důsledkem by pak byla dominance České průmyslové zdravotní pojišťovny. Stav, kdy by o stovkách miliard korun, které ročně plynou do veřejného

zdravotního pojištění, rozhodovala organizace, jejíž struktura je zcela neprůhledná, je pro nás zcela nepřijatelný.

Prezident ČLK Milan Kubek má za to, že „ničemu jinému než síle tato vláda nerozumí“. Sdílíte tento názor nebo existuje nějaký způsob, jak lze případnému opakování protestů typu akce „Děkujeme, odcházíme“ předejít?

Názor Milana Kubka plně sdílím. V posledním roce se nám zástupci vlády a zdravotních pojišťoven při všech jednáních zcela otevřeně smáli do očí. Současné vedení ministerstva zdravotnictví se vyznačuje tím, že používá podraz jako svou základní pracovní metodu a lež jako základní komunikační prostředek. Po stránce odborné přítom ministerstvo i vedení zdravotních pojišťoven projevují neuvěřitelnou neschopnost. Příkladem je oznámená redukce počtu nemocničních lůžek, která byla zřejmě rychle odpískána poté, co se nemocnice dokázaly spojit v odporu.

V současnosti je na tapetě ministerstva vnitřní, které v oblasti přípravy volby prezidenta prokázalo skutečně nepochopitelnou tupost. Většina lidí tohle snadno pochopí, ale fakt, že kvalita činnosti minis-

terstva zdravotnictví je stejně nízká, už veřejnosti unikne.

Myslíte, že se vám podaří přimět zdravotníky k dalšímu organizovanému podávání výpovědí? Změnila se legislativa – máme zde novou personální vyhlášku a řada by jich po ukončení případného protestu nemusela být znova přijata – znamená to tedy větší risk...?

Případný protest takového rozsahu se nedá provést tak, že se pro něj rozhodne několik lidí „nahoře“. Dá se říci, že impuls musí přijít zdola. Úzce to souvisí s první otázkou. Nová legislativa by v takovém případě zřejmě nebyla překážkou. Lékaři už jednou takové riziko podstoupili. Personální vyhláška bude spíše zneužívána k pozvolné „anemizaci“ nemocnic. Jejich zrušení nebo zásadní přepracování je jedním z našich prioritních požadavků.

Na sjezdu lékaři vyzvali Leoše Hegera, aby zvážil svou pozici a případně rezignoval na funkci ministra zdravotnictví. Je to jen politická hra, nebo si myslíte, že by výměna ministra mohla v současné situaci skutečně prospět zdravotníkům, respektive resortu zdravotnictví?

Hodně to souvisí s tím, na co se ptáte v druhé otázce. Ministr He-

ger se stal zosobněním všeho negativního, co se nyní ve zdravotnictví děje. A je třeba říci, že pouze vlastní vinou. Důvěra v něj v momentě, kdy nastupoval do funkce, byla do té doby nevídaná. Naneštěstí ji promrhal, jeho priority jsou zjevně jinde.

I kdyby se přístup vlády k problémům zdravotnictví radikálně změnil, nemůže být garantem Leoš Heger. Nevím, jak to chodí na vládě a v parlamentu, ale ve slušné společnosti platí, že pokud někdo dá čestné slovo stvrzené podáním ruky a vzápětí toto čestné slovo poruší, mezi slušnými lidmi končí. A toto je, bohužel, případ Leoše Hegera

Akce „Děkujeme, odcházíme“ způsobila turbulenci jak na politické scéně, tak mezi širokou veřejností. Postoj ministerstva je obecně znám, jak ale tato zkušenost zapůsobila na managementy nemocnic – jaké pozorujete změny?

Zde se budu pohybovat trochu na tenkém ledě, protože zobecňovat je velmi ošidné. Skutečnost se v jednotlivých nemocnicích může velmi zásadně lišit. Ale snad se dá říci, že nynější pokus ministerstva a pojišťoven o likvidaci části nemocnic v mnoha případech postavil managementy nemocnic a zdravotnické odbory na stejnou stranu barikády.

A samotní lékaři? Jaká nálada panuje na pracovištích?

Opět je těžké zobecňovat. Naštvaní a znechucení, to je zřejmě převažující pocit.

Personální zemětřesení ve vedení VZP

(pokračování ze str. 1)

Vzhledem k tomu, že nominace na oba nejvýznamnější posty v pojišťovně pocházely právě od ministra zdravotnictví, je nanejvýš pravděpodobné, že se minimálně prvního cíle – tedy lepší komunikaci mezi oběma institucemi – podaří dosáhnout.

Vize nového ředitele

Stabilizaci pojišťovny jak po stránce ekonomické, tak politické si vytyčil za hlavní cíl i nový ředitel Zdeněk Kabátek, který při svém prvním vystoupení před novináři v nové roli představil své hlavní priority a zdůraznil zejména souvislosti s ekonomickými předikcemi pro následující období. „Mezi mé priority bezesporu patří provedení pojišťovny problematickým ekonomickým obdobím, ve kterém je nesmírně důležité, aby zůstala stabilní. Rád bych se také zaměřil na zpřístupnění a otevření smluvní politiky a politiky pojišťovny směrem ke svým pojištěncům, aby byly postupně odstraněny tenze, jež všichni v poslední době vnímají,“ formuloval základní teze Zdeněk Kabátek s tím, že by byl rád, aby byla pojišťovna do budoucna vnímána jako „silný, korektní a kvalitní partner, který jedná otevřeně“.

V otázce restrukturalizace sítě lůžkových zařízení a neutěšené situace ohledně dosud neuzavřených jednání o nových smlouvách s poskytovateli zdravotní péče na rok 2013 chce nový ředitel pokračovat v linii, kterou načrtlo memorandum ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven.

„Jednou z prvních věcí, kterým se chci po svém nástupu věnovat, je dokončení smluvních jednání, neboť jsem přesvědčen, že je to nezbytný předpoklad k tomu, aby se mi podařilo naplnit představené vize. V rámci těchto jednání bude samozřejmě řešena i otázka restrukturalizace. V současné chvíli k tomu mohu říci jediné, a to že budeme postupovat v souladu s memorandy, která byla uzavřena, a budeme se maximálně snažit jednat se všemi relevantními partnery,“ konstatoval nový ředitel.

Opozice: Jsou to jen mocenské hry

Schopnost stabilizovat systém a dosáhnout vytyčených cílů, stejně jako samotnou osobu Zdeňka Kabátka, však zpochybnila opozice v čele se členy správní rady VZP jmenovanými za ČSSD, kteří se při hlasování postavili proti jmenování nového ředitele.

ČSSD označuje změny ve vedení největší zdravotní pojišťovny za „mocenskou hru“ ministra zdravotnictví Leoše Hegera, která prý nemůže vyřešit současné problémy českého zdravotnictví. „To, co se odehrálo, neznamená řešení žádného z palčivých problémů, které se dnes ve zdravotnictví projevují. Ministr Leoš Heger v uplynulých letech odmítal řešit dlouhou řadu problémů ve svém resortu s odkazem na to, že tou záhou na prameni je VZP,“ připomněl předseda ČSSD Bohuslav Sobotka s poukazem na krátké období dojednání dlouhodobých smluv s nemocnicemi či sestavení úhradové vyhlášky pro příští rok.

Opozice také požaduje přímou intervenci ministra zdravotnictví. „Podle našeho názoru je zcela nezbytné, aby pan ministr do této věci zasáhl – aby nadále nedocházelo k chaotické restrukturalizaci lůžkové péče, ale aby byla přijatelná koncepční rozhodnutí, která nepoškodí pacienty,“ vyzval ministra předseda sociálních demokratů. Leoš Heger podle něj zatím ignoruje „bobtnající problémy“ ve svém resortu a ty prý začínají přerušovat v krizi. „Bylo by namístě, aby se ministr zdravotnictví kromě mocenských změn ve VZP začal starat také o to, aby této krizové

situaci ve zdravotnictví zabránil a přešel,“ míní Bohuslav Sobotka.

Úspěšný organizátor, nebo politická figura?

„Pan ministr se teď již nemůže vymlouvat na to, že v čele VZP jsou lidé, kteří jsou proti němu, protože to byla jeho nominace na post ředitele VZP,“ uvedl člen správní rady Michal Sojka (ČSSD), který by si na postu ředitele největší pojišťovny představoval někoho s vhodnější kvalifikací.

Členové správní rady z opozičních stran kritizovali především skutečnost, že na pozici ředitele nebylo zahájeno výběrové řízení a že tato funkce byla „obsazena čistě politicky“. „Navrhovali jsme, aby bylo vypsáno výběrové řízení. V této problematické situaci, kdy nejsou dokončena vyjednávání o nových smlouvách a není připravena ani úhradová vyhláška, by bylo skutečně vhodnější jmenovat zatím někoho zevnitř VZP, kdo tomuto prostředí lépe rozumí, a následně vypsát výběrové řízení,“ domnívá se Michal Sojka. „Není přeci možné, aby byl jmenován politický panák z ministerstva, jehož jedinou kvalifikací na tento post je jeho členství v ODS.“

Podle Leoše Hegera je však Zdeněk Kabátek pro takto významný

post vhodnou osobností. „Podle mého názoru je to úspěšný organizátor věcí ve zdravotnictví, získal zkušenost v nemocniční sféře, za ministra Julínka se na ministerstvu staral o investiční politiku a přímo řízené organizace. Myslím, že je to zodpovědný člověk, který si umí poradit s problémy,“ obhajoval svou nominaci ministr Heger v rozhovoru pro Radiožurnál.

Hájil se i sám Zdeněk Kabátek, který si na tuto funkci věří. Současně ale přiznává, že jeden z hlavních motivů této personální změny určitě představovala snaha o zlepšení kooperace s ministerstvem zdravotnictví. „Domnívám se, že největší pojišťovna v zemi nemůže fungovat ve sporu s ministerstvem jakožto regulátorem – myslím, že spolupráce je nezbytná pro to, aby se nám podařilo dosáhnout vytyčených cílů. Ke své kvalifikaci musím říci, že jsem na ministerstvu zdravotnictví pracoval od roku 2006. Měl jsem na starosti kromě jiného agendu přímo řízených organizací, kam spadají i fakultní nemocnice. To znamená, že jsem podrobně seznámen s fungováním těchto zařízení. Zároveň mohu nabídnout zkušenosti i z oblasti těch menších – krajských zařízení, protože jsem léta působil na pozici ve vysokém managementu v krajské nemocnici,“ hájil se před novináři Zdeněk Kabátek.

Filip Kůt Citores

Platforma pojištěnců usiluje o další zvýšení informovanosti

Platforma zdravotních pojištěnců minulý týden na jednání výboru pro zdravotnictví PSP ČR představila vlastní pozměňovací návrh k novele zákona o zdravotním pojištění, který by měl pacientům umožnit snazší získání informací od zdravotních pojišťoven.

Platforma zdravotních pojištěnců (PZP) koncem října letošního roku uzavřela s ministerstvem zdravotnictví memorandum, ve kterém se obě strany zavázaly ke vzájemné spolupráci v oblasti posilování práv zdravotních pojištěnců a možnosti jejich participace na správě věcí veřejných v oblasti zdravotnictví. Nedílnou součástí memoranda bylo kromě jiného ustanovení o společné snaze a podpoře při zvyšování transparentnosti v oblasti financování zdravotní péče a systému veřejného zdravotního pojištění.

Zatěžkávací zkouška platnosti dohod

Prvním testem platnosti dohod mezi ministerstvem a Platformou zdravotních pojištěnců může být nejnovější legislativní iniciativa platformy, kterou minulý týden představila v podobě pozměňovacího návrhu k novele zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, členům výboru pro zdravotnictví Poslanecké sněmovny ČR.

„Náš návrh je mimo jiné určitým testem, jak vážně ministerstvo naše společné memorandum be-

re. Tato úprava totiž neobsahuje nic víc, než je v něm uvedeno,“ konstatoval právník PZP Ondřej Dostál, který věří, že by platforma mohla i díky dohodám s ministerstvem zdravotnictví s tímto pozměňovacím návrhem u poslanců uspět.

Navrhovaná úprava by podle Dostála měla soužit především jako prozatímní řešení do doby, než legislativním procesem projde nový zákon o veřejném zdravotním pojištění, který je již dlouho očekáván všemi zainteresovanými subjekty.

Informace, nebo sankce

Podle Ondřeje Dostála je pozměňovací návrh inspirován jednak úpravou, která již platí a funguje na Slovensku, ale také některými závěry Národní ekonomické rady vlády (NERV). Týká se to zejména §17 zákona, kde se doplňuje odstavec, na jehož základě by zdravotní pojišťovny byly nuceny poskytovat všechny smlouvy o poskytování a úhradě zdravotní péče způsobem, který umožňuje „dálkový přístup“. Pokud by se tak nestalo, nebyly by podle tohoto ustanovení smlouvy platné.

Další navrhovanou změnou je posílení institutu svobodného přístupu k informacím, respektive jeho začlenění do zákona o veřejném zdravotním pojištění. Podle navrhované změny by zdravotní pojišťovny byly povinny poskytovat informace vztahující se k jejich působnosti právě dle zákona č. 106/1999 Sb., o svobodném přístupu k informacím.

Poslední částí navrhované úpravy je i sankce, která by pojišťovnám od ministerstva zdravotnictví hrozila v případě porušení výše zmíněných povinností. PZP tuto sankci navrhuje v motivační výši do 10 milionů korun. „Přístup k informacím je už takovým evergreenem Platformy zdravotních pojištěnců. Pokud v tomto případě neuspějeme a náš návrh do legislativního procesu nedostaneme, budeme zkoušet další cesty – třeba pokračování žalob na zdravotní pojišťovny,“ uzavřel Ondřej Dostál.

Filip Kůt Citores

VZP je příliš lákavá hračka

Pojišťovna nepřestala být politickou institucí. V tom je kořen jejích problémů.

VZP má konečně nového ředitele a střídalo se také v čele její správní rady. Jde bezpochyby o dobré zprávy. Pavel Horák a Marek Šnajdr se měli poroučet už dávno, nejpozději v poslední fázi divokých tanců kolem neúspěšného rozbití vazeb na firmu IZIP. To je mimochodem strašák, který zanedlouho vyskočí i na nové vedení v čele se Zdeňkem Kabátkem.

Není ale v tuto chvíli tím nejděsivějším. Zdeňkem Kabátkem přichází do horké fáze uzavírání nových smluv s nemocnicemi, což je proces, do nějž obě strany, nemocnice i pojišťovny, nešťastně vletly z pozic zavilých nepřátel, místo aby se chovaly jako jednající partneři směřující ke stejnému cíli. Pokud by se Kabátkovi podařilo dát těmto jednáním poněkud důstojnější háv, byl by to velmi slibný začátek ve funkci.

Stejnou cestou

Nicméně přes všechny opatrné naděje, které vzbuzuje odchod staré gardy z čela největší zdravotní pojišťovny, volba nového vedení opět ukazuje, že největší problém VZP leží mnohem hlouběji než pouze v osobě Pavla Horáka či Marka Šnajdra. Dokud bude VZP jen stamiliardovou hračkou v rukou momentální politické nomenklatury, nástrojem pro vyřizování politických účtů, dělení naschválů a uspokojování jednotlivých frakcí v jednotlivých stranách, nebude moci být zcela standardní zdravotní pojišťovnou. Stále budou ve vzduchu viset rizika typu IZIP, rozhodování bude neprůhledné a motivované ledascím, jen zřídkakdy však zájmem pojišťovny či jejích klientů.



Martin Čaban

Na hlavních rizikových faktorech, jež dělají z VZP výsostně politickou institucí štědře financovanou plátcí zdravotního pojištění, se nezměnilo nic. Zdeňkem Kabátkem a Petrem Nosekem se na svá nová místa dostane-

li úplně stejnou cestou jako předtím Pavel Horák s Markem Šnajdrem – táhlymi, pragmatickými, tvrdými a nehezkými politickými dohodami mezi premiérem, ministrem zdravotnictví a rozhádanou ODS. V jejich důsledku sedí na méně viditelných místech ve správní radě za vládu lidí, kteří sice o zdravotnictví nevědí nic, ale zato jsou loajální premiéroví, což je nejdůležitější kvalifikace.

Nepřehánět to s ideály

Na podstatě fungování VZP se

tedy nic nemění a to je smutné. Nový zákon o zdravotních pojišťovnách nejspíš míří k ledu, jasněji uvidíme v revidovaném programovém prohlášení kolem Vánoc. Hegerovy vize pojišťovny kontrolované orgánem složeným z politiků, zaměstnavatelů a pojištěnců tonou v mlze a politická situace je čím dál tím mě-

ně nakloněna nějakým systémovým změnám. Něco ovšem Leoš Heger udělat mohl i bez nového zákona o VZP či o pojišťovnách. Mohl na ředitele nejdůležitější instituce českého zdravotnického systému vypsát výběrové řízení. Neudělal to, protože mu to zákon neukládá. S politickými ideály se to zkrátka nesmí přehánět. Změna v čele VZP tedy sice potěšila, protože dosavadní vedení už bylo neúnosně zprofanované. Čekat nějak zásadně lepší časy však mohou jen nenapravitelní optimisté.

Ing. Zdeňkem Kabátkem

- Narodil se v roce 1970.
- Svou profesní dráhu začal v jaderné elektrárně Temelín jako technik, později se stal projektovým manažerem.
- V letech 2004–2006 působil ve stavební firmě Invest PK, která se věnovala i zakázkám ve zdravotnictví.
- Od roku 2005 do začátku roku 2007 byl členem představenstva

Nemocnice Písek, kde též zastával pozici vedoucího provozu.

- Na MZ ČR nastoupil v roce 2006, v současnosti je zde vrchním ředitelem pro ekonomiku, dříve byl členem správní rady Oborové zdravotní pojišťovny, je také členem představenstva Národního tkáňového centra.
- Je řadovým členem ODS.

(Zdroj: E15)

artesa
SPORITELNÍ DRUŽSTVO

PŘIJĎTE SI K NÁM PRO DÁREK

Ke každému spořicímu produktu založenému ve dnech od 4. 12. 2012 v naší pobočce získáte **DÁREK ZDARMA!**



Sazby jsou uvedeny v % p.a. pro Termínovaný vklad Artesa STANDARD na období 12-ti měsíců.



www.artesa.cz

bezplatná linka: 800 128 836,
e-mail: pobočka.ostrava@artesa.cz

14 opatření ministra Hegera ke zlepšení financování zdravotnictví (2. část)

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. Autority českého zdravotnictví se k nim vyslovily na stránkách našich novin. Přinášíme druhý díl diskuse, prvních sedm bodů jsme analyzovali v minulém čísle.

8. Zveřejňování smluv na internetu

Zdravotní pojišťovny by musely zveřejnit všechny smlouvy a dodatky s poskytovateli, což by mělo podpořit transparentní hospodaření a smluvní politiku všech pojišťoven.

Ing. Jaromír Gajdáček, Ph.D.
prezident Svazu zdravotních pojišťoven ČR (SZP)



dul pro zveřejnění veškerých smluv, tedy i nad rámec zákonných povinností. Považujeme to za základní nástroj

pro posilování prevence v oblasti ochrany před korupčním jednáním a klientelismem.



Svaz zdravotních pojišťoven zveřejňování smluv podporuje, dnes je však ke zveřejnění smlouvy potřeba souhlasu obou smluvních partnerů.

MUDr. Zorjan Jojko

prezeda Sdružení ambulantních specialistů (SAS)



Za celou dobu, po kterou působím v SAS, jsem se ani jednou nesetkal s tím, že by některý soukromý ambulantní specialista byl placen nad rámec úhradové vyhlášky, přičemž v našem segmentu plně funguje seznam výkonů a úhrady jsou pak kráceny přes úhradový vzorec a regulacemi. Zveřejňování smluv, v nichž by byly uvedeny maximálně zálohové platby, respektive z nichž by bylo možné vyčíst maximálně frekvenci výkonů, by tedy bylo k ničemu. Jsem si jistý, že zveřejňování smluv ambulantních specialistů by při současném systému úhrad nepřineslo nic pozitivního.

MUDr. Petr Zajíc, MBA

ředitel Nemocnice Na Bulovce

Naše smlouvy podle zákona také umísťujeme na webové stránky a v tuto chvíli připravujeme i mo-

9. Efektivnější přerozdělení peněz mezi pojišťovnami

V příštím roce bude zkušebně spuštěn mechanismus PCG (model budoucích nákladů), od roku 2014 se pak zavede do praxe. Měl by umožnit zohlednění těžce a chronicky nemocných pojištěnců při přerozdělení peněz.

Jaromír Gajdáček:

Svaz zdravotních pojišťoven tento krok podporuje s tím, že už dnes je přerozdělení na úrovni, kdy peníze jdou za pacientem podle věkových hranic. V novém systému se více usměrní tok peněz za chronicky nemocnými pacienty, upozorňujeme však, že nedojde k dramatickým změnám.

PaedDr. Alena Gajdůšková

místopředsedkyně Senátu Parlamentu ČR a 1. viceprezidentka Svazu pacientů ČR



Přerozdělení peněz mezi pojišťovnami podle modelu budoucích nákladů je otevřením prostoru pro korupci.

MUDr. Milan Kubek

prezident České lékařské komory (ČLK)

Jde o jeden z návrhů předkládaných komorou v době akce „Děkujeme, odcházíme“ s cílem mobilizovat přebytečné peníze z účtů resortních pojišťoven. Otázkou



však zůstává, proč má být systém zaveden až od roku 2014, když ministerstvo tvrdí, že na jeho přípravě pracuje již od počátku roku 2011.

10. Optimalizace revizní činnosti pojišťoven

Mělo by dojít ke zřízení kanceláře zdravotních pojišťoven, která by zodpovídala za jednotné revize a sloužila k odvolání proti rozhodnutí revizních lékařů (sledování předepisování léků a rehabilitací, kontrola duplicit...). Mohlo by tak být dosaženo úspory asi 800 milionů korun, u projektu racionální preskripcie léků i přes miliardu.

Milan Kubek:

Česká lékařská komora souhlasí, že revizní činnost zdravotních pojišťoven je neuspokojivá, funguje většinou pouze formálně (kontroly vykazování, ne kontroly léčby). ČLK se pozastavuje nad statutem „Kanceláře zdravotních pojišťoven“. Představa, že zřízení dalšího úřadu uspoří peníze, je nerealistická.

Jaromír Gajdáček:

Svaz zdravotních pojišťoven optimalizace revize zásadně podporuje, společné revize přinesou významné úspory a povedou k efektivitě.

Zorjan Jojko:

Je obecně známým a námi mnohokrát kritizovaným faktem, že pojišťovny prakticky rezignovaly na cílenou revizní činnost v terénu, tj. u zdravotnických zařízení. Osobně si tedy myslím, že existují-li nějaké volné finance, měly by být použity na zvýšení počtu revizních lékařů a na jejich činnost. Nevěřím, že vznikem dalšího úřadu je možné něco ušetřit. Velmi se obávám, že nový úřad by naopak peníze spotřeboval.

11. Zavedení hodnocení zdravotnických technologií HTA

Jedná se o socioekonomické hodnocení vstupu nových technologií do zdravotnictví, které by mělo napomoci efektivnějšímu využití peněz.

Zorjan Jojko:

Pokud tomu bude podléhat i smluvní politika ZP, pak není důvod nesouhlasit. Toto opatření však asi bude umět šetřit peníze spíše do budoucna, v řešení současného deficitu nepomůže.

Milan Kubek:

Zřízení komise bylo návrhem ČLK. Ministr zdravotnictví Leoš Heger svým příkazem č. 2/2012 zřídil komisi pro posuzování efektivity nových zdravotnických technologií, ale z nejasných důvodů oproti evropským zvyklostem nezařadil do komise zástupce komory a na náš požadavek ani neodpověděl.

ČLK žádá ministra Hegera o členství v komisi pro zdravotnické technologie. Má-li tato komise fungovat transparentním způsobem jako poradní orgán ministra zdravotnictví, není možné z členství v komisi vyloučit Českou lékařskou komoru – profesní samosprávu, která jako jediná ze zákona zastupuje všechny lékaře pracující v České republice.

12. Dočasné plošné snížení úhrad léků

Zákonem by se o 5 procent snížily (jádrové) úhrady, z nichž se vypočítává konečné proplácení dopočetím obchodní přírůžky a DPH. Úspora by měla dosáhnout desítek až stovek milionů korun. Zároveň by však s sebou nesla negativní dopad na pacienty, kteří zatím mají nárok na zajištění plně hrazeného přípravku bez doplatku.

Milan Kubek:

ČLK nesouhlasí a předkládá vlastní návrh jak snížit výdaje za léky z prostředků veřejného zdravot-

ního pojištění. Podle zákona by v každé terapeutické skupině měl existovat plně hrazený lék bez doplatku, toto pravidlo by však bylo v případě schválení plánu ministra zdravotnictví porušeno. Komora navrhuje zavést 0% sazbu DPH na léky. Pravidla Evropské unie toto umožňují a nulovou sazbu DPH na léky mají například Velká Británie, Švédsko či Malta.

ČLK požaduje zavedení DPH ve výši 0% na léky a zdravotnické prostředky hrazené z prostředků veřejného zdravotního pojištění. V případě přijetí návrhu komory by statisticky deklarované výdaje na zdravotnictví byly opravdu výdaji na úhradu zdravotní péče. Zdravotnictví by nebylo nuceno dotovat státní rozpočet cestou zvyšujících se sazeb DPH.

Alena Gajdůšková:

Dočasné plošné snížení úhrad léků a možnost pojišťoven měnit sazbu pojistného jsou opatření, která budou znamenat jen nespravedlivý přesun nákladů na pacienty a ztrátu práva na lék plně hrazený pojišťovnou.

Jaromír Gajdáček:

Jde o nutné opatření vedoucí ke snížení růstu nákladů na léky a zamezení plýtvání.

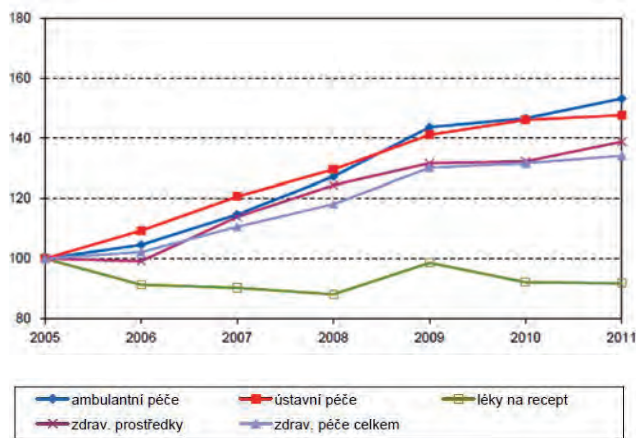
Mgr. Jakub Dvořáček

výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP)



Ministerstvo dočasně snížilo úhrady léků dvakrát během posledních 4 let (Janotovy balíčky z let 2010 a 2011). Pokud dojde k užití tohoto výjimečného kroku potřebí a naváže se na Janotův a Šnajdrův balíček, nejen že to ukáže na nestabilní prostředí, kde průmysl nemůže plánovat, ale hlavně to způsobí odliv hraničně levných

3. 12. 2012



Zdroj: ÚZIS, 2012

Index nákladů zdravotních pojišťoven na zdravotní péči dle segmentů

léků mimo ČR a jejich nedostatek a výpadky léků pro potřebné pacienty. Česko má totiž nejnižší ceny léků v Evropě.

Existují také vážné obavy z trendu, kdy výrobci moderních léků tyto látky na český trh z důvodu nepředvídatelného systému vůbec nevedou. Pacienti tak přicházejí o možnost léčby nejnovějšími prostředky, které například významně zkracují pobyt v nemocnici, navrací pacienty do práce a tím spoří státu v sociální oblasti, protože tyto osoby pak nemusí čerpat sociální dávky. Sociální aspekt moderních léků zatím měřit neumíme, v tomto ohledu by měl napomoci také systém hodnocení HTA (viz bod 11).

Současné snahy o další úspory na léčích dopadnou na pacienta, jehož spoluúčast na platbě za léky se významně zvýší. Závažné je pro nás zjištění ÚZIS, které z nejnovějších dat dokládá, že cena léků se za posledních 7 let výrazně nevyšila (viz graf), naopak strmý nárůst nákladů zaznamenávají segmenty lůžkové a ambulantní péče. Náklady na léky v roce 2011 tvořily pouze 15,5 % z celkového objemu prostředků pro zdravotnictví. Možnost úspor v lékové oblasti vidíme v racionální preskripci, kterou lze zvýšit zprovozněním systému centrálního úložiště a používáním e-receptů. Od elektronické kontroly si slibujeme roční úspory v řádu stovek milionů.

13. Vymezení financování následné a dlouhodobé péče

Úspora by se měla pohybovat v řádu stovek milionů korun.

Zorjan Jojko:

Jistě platí, že vyřazení jakékoli části zdravotní péče ze systému

veřejného zdravotního pojištění tomuto systému peníze ušetří. Návrh opatření by ovšem měl obsahovat informaci, jakým novým způsobem bude tato péče hrazena.

Jaromír Gajdáček:

Jde o nutné opatření – není možné donekonečna hradit sociální péči ze zdravotního pojištění.

Milan Kubek:

Se zpřesněním nároků pojištěnců v rámci dlouhodobé péče ČLK souhlasí, zdravotnictví nemůže suplovat insuficientní sociální služby. Za sociální hospitalizace budou platit klienti. Otázka však zní, kolik z nich si to bude moci dovolit při postupujícím rozkladu systému sociálního zabezpečení.

14. Možnost pojišťoven měnit sazbu pojistného

Pojišťovny s dobrým hospodařením a přebytky by mohly sazbu odvodů snížit o část procenta, pojišťovny v problémech by ji zvedly. Výsledkem by mělo být posílení konkurence pojišťoven a dorovnání deficitů.

Jaromír Gajdáček:

Svaz zdravotních pojišťoven tento návrh podporuje, konečně by došlo na skutečnou konkurenci podle výsledků hospodaření.

Mgr. Jiří Rod

mluvčí Všeobecné zdravotní pojišťovny (VZP)

Tento návrh považujeme za velmi kontroverzní a máme vážné pochybnosti o jeho realizovatelnosti. Dopady si už vůbec netroufáme domýšlet. Podobný model zkoušelo před několika lety Ně-



mecko a poměrně záhy od něj ustoupilo. Podstata výhrad spočívá v tom, že:
a) Nejsou splněny základní předpoklady pro nasazení systému rozdílného pojistného – především přijetí spravedlivého systému přerozdělování. Není pravdou, že rozdílná výše ústatků na účtech ZP je způsobena rozdílnou efektivitou při správě prostředků ZP – to by musel být bezpodmínečně očištěn efekt rozdílné struktury pojištěnců (zbaťování se nákladných pojištěnců atd.). Pokud nedojde k zásadním kompenzacím rizik, nelze přenášet dopad z těchto rozdílů na zbývajícím klienty zdravotních pojišťoven nesoucím vyšší riziko. Je samozřejmě možné to brát jako způsob pro rozprostření rizika na všechny pojišťovny formou likvidace pojišťoven s vyšším rizikem (při likvidaci by museli i rizikovní pojištěnci přejít ke zbývajícím pojišťovnám, ale rovněž zde je víceméně jisté, že zbývajícím pojišťovny se budou bránit náborem rizikových pojištěnců). To je zcela legitimní záměr, měl by se však oznámit spolu s navrhovanou změnou.

b) Zavedení soutěže v základní sazbě pojistného (a nikoli v nominální složce) má velmi odlišný dopad na pojištěnce podle výše příjmů. Nižší sazba pojistného je vítána všemi pojištěnci, kteří mají příjem, ale nejvyšší benefit přináší osobám s vyššími příjmy. Naopak pojištěncům bez příjmů může být takové opatření naprosto lhostejné. Je také prakticky nemožné odhadnout, jakým způsobem by měla být sazba pro konkrétní ZP upravena. Na jedné straně pojišťovny neznají strukturu výše příjmů svých pojištěnců a na straně druhé by například pojišťovna, které zbudou jen státní pojištěnci (a dostala by se i do minimálního deficitu), musela nastavit sazbu na nekonečnou výši.

c) Poslední otázkou je nedomyšlený dopad na přerozdělování. Na jedné straně se píše, že dodatečný příjem nevstupuje do přerozdělování (budíž – i když s výhradami). Hlavně je však u snížení páso: „Snížení pojistné sazby jednou zdravotní pojišťovnou by bylo reflektováno v přerozdělovacím mechanismu tak, aby nedopadalo na ostatní zdravotní pojišťov-

ny.“ Jediné možné reflektování, které dává smysl, by znamenalo, že pojišťovna, která se rozhodne pro snížení sazby, by do přerozdělování musela přihlásit celé základní pojistné (když ZP místo 13,5 % stanoví sazbu 13 %, stejně musí do přerozdělování přihlásit pojistné ze sazby 13,5 % – jiné řešení by znamenalo, že sníženou sazbu pojistného budou dotovat všechny ZP).

Předchozí dvě poznámky jsou velmi výraznou, ale nikoli jedinou komplikací možného zavedení. Další výhradou je, že není specifikováno, jak se odliší předepsané a vybrané pojistné (tj. zda se zvýšená či snížená sazba dotýká výše předepsaného, nebo výše skutečně vybraného pojistného). Vzhledem k obtížné odlišitelnosti a kontrolovatelnosti výše skutečných předpisů (problém by se týkal například jednotného nastavení dohadných položek) by se mohl vytvořit prostor pro „optimalizaci“.

d) Tento bod je nepřehledný a může vzbuzovat nepřiměřená a nerealizovatelná očekávání. Kalkulace dopadů by měla počítat i s „domino efektem“ (nastavení vyšší sazby by vedlo k odlihu pojištěnců právě ze skupin, se kterými se počítalo při výpočtu této sazby, ale po jejich odchodu by došlo k dalšímu zhoršení bilance příslušné pojišťovny a nutně následně k dalšímu odlihu plátců). Jako vhodnější alternativu tohoto návrhu proto považujeme přímé rozpracování avizované druhé (tj. nominální) složky pojistného. Obecně tento bod považujeme za nedotažený a nesprávně analyzovaný.

Milan Kubek:

ČLK zásadně nesouhlasí. Má jít o první krok k zavedení tzv. dvousložkového pojistného. Podle tohoto nizozemského modelu by v budoucnu pouze část pojistného odpovídala určitému procentu příjmů daného člověka. Druhou část pojistného by tvořilo tzv. nominální pojistné, které by každý platil bez ohledu na výši svých příjmů ve stejné výši. Zdravotní pojišťovny by si mohly vzájemně konkurovat právě výší této nominální části pojistného.

a) Návrh boří solidaritu mezi bohatými a chudými. Představa, že multimilionář a invalidní důchodce platí stejné nominální zdravotní pojištění, je obtížně přijatelná. ČLK nesouhlasí se zaváděním tzv. dvousložkového po-

jistného, které považuje za porušení principu solidarity bohatých s chudými. Zavedení vzájemné konkurence zdravotních pojišťoven výší pojistných sazeb ochudí zdravotnictví o peníze a prohloubí nestabilitu systému veřejného zdravotního pojištění.

b) Vzájemná konkurence pojišťoven výší pojistných sazeb zřetelně způsobí snížení celkového výběru pojistného a povede k dalšímu ochuzení zdravotnictví o peníze.

c) Pojišťovny se silným kapitálem v zázemí mohou snižovat nominální pojistné a tím přetahovat klienty své konkurenci. Návrh navíc směřuje ke posílení pozice finanční skupiny Agel ve zdravotnictví.

Zorjan Jojko:

Věřím, že zdravotní pojišťovny (hlavně VZP) mají v současné době v naprosté většině peněz málo nebo hraničně tolik, aby dostály svým povinnostem a uhradily péči zdravotnickým zařízením. Nevěřím, že si mohou dovolit snížit pojistné, což by dle mého názoru byl jediný způsob jak v navrženém režimu eventuálně zabojovat o nové klienty.

Velmi se obávám, že toto opatření by bylo likvidační pro VZP, to jest pro tu zdravotní pojišťovnu, která v současné době financuje největší část zdravotní péče a je vlastně „státní“ (respektive by ji stát měl chránit). S daným návrhem tedy v současné době nelze v žádném případě souhlasit.

Alena Gajdůšková:

Různé sazby pojistného jsou opět porušením práva na rovný přístup ke zdravotní péči. Navíc je návrh zcela absurdní v situaci, kdy zdravotní pojišťovny nejsou soukromými subjekty a neohospodaří se soukromými, nýbrž veřejnými prostředky.

zapsala Petra Klusáková



Ilustraci foto: Shutterstock

Onkologické pacienty **lčíme na dluh**

Centrum excelentní léčby chybí koncem roku prostředky na léčbu pacientů. Některá onkologická centra léčí i na dluh. Onkologové jsou ochotni jít pod doporučené postupy pro standardní léčbu, pokud by tím pomohli vyrovnanému hospodaření.

„Počet pacientů vyžadujících specializovanou léčbu v centrech se každoročně zvyšuje. Mnozí onkologicky nemocní se díky moderní léčbě uzdraví, jiní přežívají déle a další nově diagnostikovaní pacienti neustále přibývají,“ popsal situaci předseda České onkologické společnosti ČLS JEP (ČOS) Jiří Vorlíček. „Kromě zvýšení počtu nemocných se zvyšují také počty dlouhodobě sledovaných pacientů. Díky superspecializované péči se dožívají druhých i třetích malignit, dlouhodobá péče se výrazně prodlužuje,“ dodala primářka KOC FN Motol v Praze Jana Prausová

Odborná společnost nyní zvažuje i možnost, že sníží úroveň poskytované péče pod standardy, které jsou v Evropě běžně užívané. Podle zástupců společnosti však již současný systém financování této péče omezuje pacientům přístup k nejmodernější léčbě. „Je to

špatně řešená situace, ale pokud MZ deklaruje, že financí je nedostatek, přikloníme se k možnosti plošného snížení standardu pro všechny pacienty. Ušetříme za nákladnou léčbu a zachováme vyrovnaný rozpočet. Dalším možným řešením je zvýšení platby za státní pojištění nebo kdyby si lidé více platili levnou zdravotní péči a nákladná léčba by byla proplácena na základě solidarity potřebným,“ uvedl profesor Vorlíček s tím, že nejlepší cestou financování nákladné péče by byla platba za pacientem.

Zálohové platby nepokryjí léčbu pro všechny

Navýšení finančních prostředků cítí centra odborné péče jako nezbytně nutné. Současné paušální úhrady nákladů bez ohledu na reálné počty i potřeby pacientů jsou podle nich v rozporu se zásadou solidarity i stejného přístupu

k péči. „Systém zálohových plateb zdravotnickým pracovištím nedává prostor léčit v daném okamžiku všechny pacienty, kteří terapii potřebují. Zdravotní pojišťovny tímto přístupem současně znemožňují pacientům svobodnou volbu lékaře,“ domnívá se Jiří Vorlíček. Situaci komplikuje také fakt, že za kvalitní centrovou péči nemocní migrují. To pociťuje například KOC ve FN Motol. Onkologičtí pacienti sem za specializovanou nákladnou léčbu přicházejí z regionálních onkologických pracovišť. „Přes 17 procent našich pacientů patří spádově pod mimopražská onkologická zařízení. Ošetřujeme všechny, ale finančně je to pro naše oddělení zátěž. Řada z nich navíc často přichází v pokročilém stadiu onemocnění, s nasazenou léčbou, a u nich jsou náklady ještě vyšší než u pacientů, kteří by z regionu přišli zahájit léčbu rovnou k nám,“ říká primářka Prausová s tím, že nemocní jejich pracoviště často volí právě kvůli kvalitě péče.

Nákladná léčba má smysl

Cenu léčby onkologickým pacientům závažně zvyšuje především nákladná biologická terapie. Komu bude indikována, závisí na rozhodnutí lékaře. Koncem roku, kdy se rozpočty specializovaných center užijí, se pacientům čekací doby na nákladnou léčbu prodlouží. „Přiznávám, že v prvním pololetí léčíme s daleko větším optimismem, u pacientů koncem druhého pololetí je financování jejich péče obtížnější,“ podotýká profesor Vorlíček.

Nejinak je tomu i u ostatních chronicky nemocných, kterým tato léčba pomáhá. „Biologická léčba je nákladná, ale u pacientů s Crohnovou chorobou nabízí rychlý nástup protizánětlivých účinků, snížení počtu hospitalizací a chirurgických zákroků, ale i snížení sociálních nákladů tím, že je pacient rychleji navrácen do pracovního procesu,“ popisuje vedoucí lékař Klinikého a výzkumného centra pro střevní záněty 1. LF UK a ISCARE

Lighthouse v Praze profesor Milan Lukáš.

V porovnání délky trvání pracovní neschopnosti je rakovina druhým nejdelším onemocněním – průměrně jsou onkologičtí pacienti neschopni pracovat celých 180 dní, déle (200 dní) prstonají už jen nemocní s tuberkulózou. „Nové technologie a moderní léčebné postupy včas a lépe diagnostikují, rychleji léčí a vyléčí, zastaví či zpomalí léčebný proces a zmírňují nebo kompenzují nepříznivé zdravotní a sociální důsledky nemoci,“ potvrzuje Alena Zvoníková z Ministerstva práce a sociálních věcí ČR, zároveň však přiznává jejich ekonomickou náročnost s tím, že v sociální oblasti se tyto benefity projeví až ve středně- či dlouhodobém horizontu.

Pojišťovnám schází dlouhodobý pohled

Výhody zdravotních benefitů, které se později promítnou do snížení státem poskytovaných sociálních dávek, zatím v ČR řeší pouze systém HTA. „Pojišťovny takové dlouhodobé vidění nemají, řeší stávající krizi, kdy několik posledních let klesá výběr zdravotního pojištění. Přitom 70–80 procent všech nákladů na zdravotní péči je v EU použito na léčbu chronických onemocnění. Zatím nikdo nezohledňuje nepřímé náklady, jako je ztráta produktivity, snížení pracovního výkonu, invalidita a předčasný odchod do důchodu,“ říká Tomáš Doležal z Institutu pro zdravotní ekonomiku a technology assessment s tím, že počet ekonomicky aktivních obyvatel klesá, zatímco náklady na léčbu se stále zvyšují, aniž by se zvyšovala spoluúčast pacientů na léčbě.

Onkologové vědí, že farmaceutické firmy nyní vyvinuly velmi účinné léky na rakovinu prostaty a maligní melanomy, které jsou pacientům výrazně ku prospěchu, ale jsou velmi drahé a na náš trh jsou zaváděny pomalu. Firmy s nástupem léků do Česka otálejí, protože zdejší trh je pro ně nepřehledný a vratký. Jedním z destabilizačních faktorů, kvů-



Prof. Jiří Vorlíček. | Foto: Leoš Chodura

li kterým firmy na trh preparátů třeba vůbec neuvedou, je opakovaně snižování úhrad za léky hrazené z veřejného zdravotního pojištění.

Jak z toho ven? Sofiina volba...

Onkologové spatřují řešení financování center v zavedení systému, který se v roce 2009 osvědčil, ale následně byl bezdůvodně zrušen. Tehdy platby od zdravotních pojišťoven takzvaně „šly za pacienty“. V praxi to znamenalo, že pacient si mohl vybrat pracoviště, kde chtěl být léčen, a zdravotní pojišťovny tomuto pracovišti léčbu uhradily. „Kdyby tento systém existoval, komplexní onkologické centrum, které bude mít více pacientů, bude mít více práce, ale i adekvátně více peněz,“ dodal profesor Vorlíček.

KOC ve FN Motol má podle Jany Prausové ústní dohodu s pojišťovnami, že jejich léčba nad rámec ročního rozpočtu bude zpětně proplácena. Za své domovské pracoviště, KOC Masarykův onkologický ústav Brno, Jiří Vorlíček potvrdil, že roční rozpočet už spotřebovali. „Lčíme na dluh a jen spádově brněnské pacienty. Komplexní onkologická centra nemohou léčit na základě ústního příslibu, že zdravotní pojišťovny nákladnou léčbu v centrech zaplatí. Lékař, který léčí všechny pacienty podle doporučených postupů, riskuje, že jeho pracoviště překročí paušální limit, pojišťovny léčbu nezaplatí, lékař přijde o práci a nemocnice zkrachuje. Pokud však lékař neléčí dle doporučených postupů, pak mu hrozí oprávněná žaloba ze strany pacientů kvůli postupu *non lege artis*,“ popsal možné scénáře předseda ČOS.

Petra Klusáková

Konference o DRG: Nemocnice nečekají lehké časy

Na konferenci věnované tématu DRG konané 14. listopadu v pražském v Hotelu Olšanka se hovořilo nejen o nastavení DRG, ale také o úhradách za lůžkovou péči v roce 2013.

Podle náměstka MZ Petra Noska Ministerstvo zdravotnictví ČR obdrželo klíčové podklady pro přípravu úhradové vyhlášky s velkým zpožděním, a proto není jisté, zda vyhláška vyjde ještě před koncem kalendářního roku. Stejně tak je podle jeho slov potřeba počítat s tím, že vyhláška bude celkově restriktivní. Náměstek Nosek potvrdil, že v úhradách bude platba formou případového paušálu, jak se DRG jazykem legislativců nazývá, i nadále posílena.

Ministerstvo má v úmyslu pokračovat v dalším sblížování základních sazeb i přes odpor velkých nemocnic, ale zřejmě pomalejším tempem a v jiném poměru než v minulém roce. Systém DRG se tak patrně nevymaní z pout, kterými je nyní svázán. Úzké riskokoridory v mnohém připomínají předchozí systém paušální úhra-

dy, a zdravotnická zařízení tudíž nemají příliš velkou šanci dosáhnout v případě navýšení produkce i adekvátního navýšení úhrady. Na druhou stranu však oproti předchozímu systému výkonové-paušální úhrady zařízením umožňuje úspory, aniž by se šetření promítlo do případného snížení konečné úhrady.

Účastníci konference byli seznámeni s návrhy změn v nastavení systému DRG pro příští rok. Řada z nich však ještě nebyla definitivně schválena, a tak pracovníkům nemocnic nezbývá než doufat, že se o změnách pravidel pro kódování dovídí s takovým předstihem, aby do 1. ledna 2013 stihli aktualizovat informační systémy a vyškolení všechny kódy.

MUDR. Jiří Šedo
autor publikace DRG v praxi
(www.dgvpvpraxi.cz)

Průzkum: Odborníci s redukcí lůžek souhlasí, mají však výhrady

České zdravotnické fórum (ČZF) realizovalo již 15. kolo „Hodnocení ekonomických a sociálních opatření ve zdravotnictví“ (HEZR). Dotázaní odborníci z oblasti zdravotnictví překvapivě nejlépe hodnotili opatření směřující k redukcí počtu akutních lůžek, měli však značné výhrady.

Průzkum ČZF, ve kterém je pravidelně dotazováno 55 odborníků z řad stavovských organizací, pacientů, ekonomů, pedagogů i novinářů, hodnotil opatření ve zdravotnictví zveřejněná v období srpen – říjen 2012. Ministerstvo zdravotnictví společně se zástupci zdravotních pojišťoven zveřejnilo záměr zrušení 6 tisíc akutních lůžek 29. 10. Vybraní experti tak měli možnost vyjádřit se i k tomuto opatření, které se od svého vyhlášení nachází pod nepřetržitou kritikou, přicházející zejména ze

strany menších nemocnic, odborných organizací ve zdravotnictví, patientských organizací a České lékařské komory. Ve světle těchto negativních reakcí se výsledek průzkumu v rámci HEZR jeví do jisté míry jako překvapivý. Respondenti totiž dali restrukuralizačnímu opatření vedoucímu ke zrušení tisíců akutních lůžek nejvyšší počet plusových bodů, přestože někteří z nich měli řadu vážných výhrad; pozitivně toto opatření hodnotili zejména z principiálních důvodů.

Vágní metodika

Kritické hlasy se týkaly především způsobu, jakým zdravotní pojišťovny společně s ministerstvem zdravotnictví došli k závěru, že je v příštím roce třeba redukovat právě 6 tisíc akutních lůžek. Problémem je podle expertů také netransparentnost kritérií, podle nichž pojišťovny určovaly, ve kterých zařízeních má být akutní péče utlumena a kde zachována.

„Nikdo z představitelů MZ a zdravotních pojišťoven nevedl metodiku výpočtu, pomocí níž se dospělo k závěru, že od příštího roku dojde ke snížení počtu lůžek o 6 tisíc,“ uvedla například Alena Maaytová z Vysoké školy ekonomické v Praze. Připomněla také, že již v minulém roce bylo v českých nemocnicích v rámci první vlny restrukuralizace zrušeno 1883 lůžek, přičemž na konci roku 2011 bylo v ČR evidováno 50 678 akutních lůžek. „Jaká lůžka tedy budou rušena, pokud počet cca 50 tisíc akutních lůžek byl v zásadě dosažen již v roce 2011?“ uzavřela svůj komentář řečnickou otázkou Alena Maaytová.

Na netransparentnost procesu poukazuje i slovenský ekonom profesor Juraj Nemeč, který sice potvrzuje jeden z hlavních argumentů architektů restrukuralizace lůžkové péče (tedy zdejší vysoký počet akutních lůžek v porovnání se zahraničím), vadí mu však postup, který dle něj právem vzbuzuje pochybnosti.

„Otázka pro ekonomu není, zda ano, či ne, ale jak. Pokud nebyly zveřejněny transparentní postupy, jak se míra redukce určí, založené na *evidence based medicine*, tak je to chyba a tento postup s sebou přináší nejasnosti a pochybnosti,“ konstatuje Juraj Nemeč.

Princip je správný

Potřebu redukce akutních lůžek uznává i přední český auditor působící v poradenské společnosti PricewaterhouseCoopers Petr Kříž, i jemu ovšem vadí neprůhledný výběr zařízení, ve kterých by se měla péče omezovat. „Z principiálního hlediska je toto opatření zcela nezbytné, dábel však vězí v detailu, tedy v postupu určení

zařízení, v nichž mají být lůžka redukována. Určité mantinely nastaví standardy dostupnosti, ale vhodné bude zohlednit též kvalitu poskytované péče a vytížení konkrétních zařízení,“ míní Petr Kříž. „Náročnější zákroky s delší hospitalizací je lépe provádět ve specializovaných zařízeních, které mají s jejich prováděním větší praxi, byť s vyšší dojezdovou vzdáleností,“ dodává.

Filip Kút Cítores

ČTENÁŘSKÁ ANKETA

JE POTŘEBA REDUKOVAT POČET AKUTNÍCH LŮŽEK V ČR?

34 % ANO

63 % NE

3 % NEVÍM

V ANKETĚ HLASovalo 173 NÁVŠTĚVNÍKŮ WEBOVÝCH STRÁNEK ZDRAVI.E15.CZ.



HEZR – hodnocení ekonomických a sociálních opatření ve zdravotnictví	rok 2012
přínos opatření pro rozvoj země	rating
Redukce počtu lůžek akutní péče	170
Soutěž na elektronizaci	133
Novela transplantčního zákona	66
Novela zákona o léčivech	54
Vyšetřování korupčních kauz farmafirem i v USA	23
Pojišťovny v minusu	11
Časová a místní dostupnost	5
Sloučení ZPMA a ČPZP	-13
Zpoplatnění amalgámových plomb	-33

(+300 = nejvíce pozitivní opatření, -300 = nejvíce negativní opatření)

Pacienti a zaměstnanci zvolili Nejlepší nemocnici 2012

Karvinská hornická nemocnice zvítězila v anketě Nejlepší nemocnice 2012 jak u pacientů, tak u zaměstnanců zdravotnických zařízení. Z fakultních nemocnic se nejlépe umístila FN Ostrava.

Sdružení HealthCare Institute uveřejnilo výsledky celonárodního hodnotícího projektu Nejlepší nemocnice 2012. Zdravotnická zařízení byla komplexně posuzována ve čtyřech klíčových oblastech – spokojenost hospitalizovaných pacientů, spokojenost ambulantních pacientů, spokojenost zaměstnanců nemocnic a finanční zdraví nemocnic.

Absolutní vítěz z Karviné

• Nejlepší nemocnicí 2012 z pohledu spokojenosti hospitalizovaných pacientů (odpovídalo jim téměř 41 tisíc) se stal Masarykův

onkologický ústav, mezi fakultními nemocnicemi obsadila ve stejné kategorii první příčku FN Ostrava. Z hlediska spokojenosti ambulantních pacientů (hlasovalo více než 21 tisíc z nich) zvítězila Karvinská hornická nemocnice, a. s., z fakultních nemocnic pak opět FN Ostrava. Masarykův onkologický ústav navíc respondenti z řad pacientů označili jako „nejusměvavější nemocnici“.

• Téměř 5 tisíc zaměstnanců zdravotnických zařízení zvolilo Nejlepší nemocnicí 2012 Karvinskou hornickou nemocnici, a. s., z fakultních nemocnic se zdravotníci shodli s pacienty na FN Ostrava.

• V kategorii Nejlepší nemocnice 2012 z pohledu finančního zdraví se na prvním místě mezi fakultními nemocnicemi umístila FN Hradec Králové, mezi obchodními společnostmi Nemocnice Český Krumlov, a. s., a ve skupině příspěvkových organizací Vojenská nemocnice Olomouc.

• Absolutním vítězem ankety Nejlepší nemocnice 2012 (tedy mezi nemocnicemi, u nichž byla dostupná data pro všechny tři hlavní kategorie – pohled pacientů, zdravotníků, finanční zdraví) se stala Karvinská hornická nemocnice, a. s. (Podrobnější informace přineseme v příštím čísle.)

(Zdroj: HC)

(kha)

Ústavní soud zrušil přeregistrace

Všechna stávající zdravotnická zařízení, včetně soukromých lékařů, se automaticky stávají poskytovateli zdravotních služeb a nemusejí absolvovat přeregistraci ani žádat o nová oprávnění. Ústavní stížnost na popud České lékařské komory (ČLK) podalo před časem dvacet senátorů.

Ústavní soud zároveň zrušil státní registry zdravotníků, takže registry lékařů dále povede pouze Česká lékařská komora, registr stomatologů Česká stomatologická komora a registr lékárníků Česká lékárnická komora. Zdravotníci nemusí sdělovat státu své citlivé osobní údaje.

„ČLK považovala zákon v podobě prosazené tandemem Heger – Šnajdr za první krok k likvidaci části soukromých lékařů. Toto nebezpečí se komoře podařilo zažehnat díky 20 senátorům, kteří

podali ústavní stížnost zpracovanou právníky ČLK. V otázce drakonických pokut za často velmi banální pochybení, které prosadilo ministerstvo zdravotnictví, Ústavní soud sice příslušná ustanovení zákona přímo nezrušil, zdůraznil ovšem, že sankce udělované správními orgány musejí být přiměřené závažnosti provinění a lékaři i zdravotnická zařízení mají právo se proti jejich tvrdosti odvolat k soudu, včetně soudu Ústavního,“ informoval naši redakci prezident ČLK Milan Kubek. (klu)

Spor mezi Alzheimercentry a VZP vrcholí

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) v tiskové zprávě ze začátku listopadu oznámila, že vypovídá smlouvy s Alzheimercentry ve Filipově a Zlosyni. Zařízení považují tento krok za nelogický a chtějí se bránit proti poškození svého dobrého jména.

Důvodem ukončení smluvního vztahu mezi VZP a zmiňovanými Alzheimercentry je dle zprávy opakovaně neposkytnutí nezbytné součinnosti k výkonu kontrolní činnosti prováděné ze strany pojišťovny. Výpovědní lhůta již běží a výpověď smluv má nabýt účinnosti 1. dubna 2013.

Těžké pacienty nikdo nechce

Zástupci Alzheimercenter označili argumentaci VZP za nepravdivou a situaci definovali jako „mnoho povyku pro nic“. „Alzheimercentra byla pro Všeobecnou zdravotní pojišťovnu nesmluvní dávno před vypovězením smlouvy. VZP nám již několik měsíců hradí péči jako nesmluvním partnerům, protože Alzheimercentra počátkem roku 2012 odmítla podepsat nevýhodné smluvní dodatky a podala na VZP žaloby,“ uvedla ve svém prohlášení pro naši redakci zástupkyně společnosti Alzheimercentrum Jaroslava Jůzová.

Upozornila také na to, že Alzheimercentra jsou registrována jako pobytová zařízení sociálních služeb a jejich provoz není závislý na smlouvě s VZP. Informace, které VZP poskytla médiím, Jaroslava Jůzová označila za šíření

poplašné zprávy. Vyslovila také pochybnosti o tom, zda by pojišťovna byla schopna zajistit péči o tyto pacienty jinde. „V minulosti byla VZP opakovaně vyzvána k tomu, aby svým pojištěncům zajistila právě péči regionálního praktického lékaře, a nebyla toho schopna, protože ošetřovatelsky nákladné pacienty do péče nikdo převzít nechce,“ upozornila zástupkyně Alzheimercenter.

Jsme levnější

Podle názoru zástupkyně Alzheimercenter nemá pojišťovna právo omezovat pacientům výběr péče a nemůže jim ani přikazovat hospitalizaci, pokud ji nevyžaduje závažnost jejich zdravotního stavu. Jaroslava Jůzová argumentuje také tím, že Alzheimercentra jsou alternativou pro pacienty, kteří vyžadují intenzivnější péči a i se službami agentur domácí péče by strádali. Agentura má totiž možnost vykonat pouze tři návštěvy denně, zatímco ve specializovaných centrech lze pacienta ošetřit až 18x denně. „Pacient ošetřovaný agenturou domácí zdravotní péče by kromě toho stál VZP cca o 800 Kč více oproti úhradám, které pojišťovna hradí Alzheimercentrům, protože by pak měla povinnost hradit cestovné,

vyšší hodnotu bodu a vyšší režii. Ani jedno z toho se Alzheimercentrům nehradí,“ tvrdí jejich představitelka.

Jak najít kvalitu?

Předsedkyně České Alzheimerovské společnosti (ČALS) Iva Holmerová upozorňuje na to, že zatímco odborné společnosti či kancelář Veřejného ochránce práv se v otázkách kvality a specifické péče o pacienty s Alzheimerovou chorobou angažují, zájem pojištěn je nu-

lový. V rámci sociálních služeb je údajně situace obdobná. „V takovémto legislativním a právním vakuu a chronickém podfinancování celého systému dlouhodobé péče existuje široké spektrum zařízení. Některá známe, některá ne. V některých naší spolupracovníci uskutečnili audit a vydali certifikát ‚Vážka‘, jenž vyjadřuje shodu s určitými požadavky a názory České Alzheimerovské společnosti na kvalitu péče,“ uvedla předsedkyně ČALS.

Zároveň dodala, že zatímco některá zařízení se snaží poskytovat v mezích možností kvalitní služby, najdou se i taková, jež z chaotické situace profitují.

„V současné době univerzitní Centrum expertizy dlouhodobé péče a dlouhodobosti ve spolupráci s naší společností, dalšími odbornými subjekty a poskytovateli následně a dlouhodobé péče připravuje systém indikátorů kvality v následně a dlouhodobé péči. Musím jen s politováním poznamenat, že ani o tyto podklady VZP ani jiné pojišťovny nejeví zájem,“ uzavírá docentka Holmerová.

Irena Soukupová

Na Bulovce se lůžka pro děti rušit nebudou

Lůžková část dětského oddělení Nemocnice Na Bulovce bude v provozu i od nového roku. Po dohodě se zdravotními pojišťovnami to ohlásil ředitel nemocnice Petr Zajíc.

Návrh pojišťoven na zúžení péče o dětské pacienty v podobě zrušení celého lůžkového oddělení nemocnice byl ještě před několika měsíci zcela reálný. Postavilo se však proti němu nejen vedení nemocnice, ale i pražské městské části, jejichž občané služby tohoto oddělení využívají, nebo Česká pediatriká společnost ČLS JEP a Česká neonatologická společnost ČLS JEP.

Péče na severu Prahy zajištěna

„Jsme velice rádi, že zvítězil zdravý

rozum a pediatriké oddělení bude malým pacientům sloužit i nadále. Jednání nebyla jednoduchá, ale dospěli jsme k dohodě,“ uvedl ředitel Zajíc.

Pediatrie na Bulovce slouží třetině Pražanů a dle vyjádření vedení je i výrazným spádovým pracovištěm pro Středočeský kraj. „Pediatriké oddělení Nemocnice Na Bulovce je jedno z pěti v hlavním městě, a dokonce jedině v severní části Prahy. V případě nemožnosti využít lůžkovou kapacitu by totiž ani ambulance nemohly tak úspěšně fungovat,

protože k některým zákrokům je zapotřebí lůžkového zázemí, nemluvě o omezení dostupnosti této péče pro region s více než 300 tisíci obyvateli,“ tvrdí primář pediatrikého oddělení Ivan Peychl. Upozorňuje i na to, že lůžkové oddělení úzce spolupracuje s dalšími klinikami, a jeho zrušení by tudíž mělo velmi negativní dopad na provoz celé nemocnice.

Pediatriké oddělení Nemocnice Na Bulovce ročně ošetří na 1600 dětí v lůžkové části a až 25 tisíc v ambulanci. (ISO)

Plzeňský kraj se dohodl s pojišťovnami – zachována budou všechna oddělení

Jednání mezi zástupci Plzeňského kraje, jeho Zdravotnickým holdingem a zástupci zdravotních pojišťoven přineslo příslib střednědobých smluv. Rušení celých oddělení je zažehnáno, a to i v případě rokycanské porodnice, jejíž budoucnost byla nejistá.

Zdravotnický holding Plzeňského kraje, a. s., (ZHPK) řídí nemocnice v Klatovech, Domažlicích, Stodu, Rokycanech, Nemocnici následné péče LDN v Horažďovicích a Nemocnici následné péče Svaté Anny v Plané.

Tato zdravotnická zařízení mají nyní dohodou zaručeno, že v nich od nového roku nedojde k rušení oborů ani omezení rozsahu zdravotní péče.

Překvapivá shoda

„Naštěstí se nenaplnily černé scénáře, které naznačovaly materiály, jež se objevovaly v uplynulých dnech. S pojišťovnami jsme našli společnou řeč. Neměla by se utlumovat oddělení, dojde pouze k optimalizaci lůžek, která bude co do počtu velmi podobná našemu návrhu z ledna letošního roku. Ta čísla se budou lišit pouze v jednotkách,“ uvedl radní Plzeň-

ského kraje pro oblast zdravotnictví Václav Šimánek, který byl ve vyjednávacím týmu.

Jeho slova potvrzuje René Zeithaml z kanceláře hejtmana. „Zdravotnický holding je s výsledkem jednání spokojen, přesto bude i nadále postupovat jednotně s ostatními nemocnicemi sdruženými v AKN a AČMN,“ uvedl pro naši redakci. Právě jednotný postup je podle představitelů kraje

jedním z důvodů, proč se podařilo nové podmínky vyjednat. „Roli hraje i rozhodný postoj Plzeňského kraje při podpoře nemocnic a jejich holdingové uspořádání, což přináší silnější vyjednávací pozici,“ uvedl René Zeithaml.

Podmínkou je redukce

Pojišťovny na jednání přiměly holding k příslibu redukce akutních lůžek. „Dojde pouze k reduk-

ci některých lůžek u všech nemocnic řízených ZHPK. Tato redukce se však nedotkne pacienta a kraj i ZHPK ji považuje za racionální, neboť kopíruje vývoj moderní medicíny, kdy se již řada výkonů stává ambulantními, zkracuje se doba hospitalizace nebo je nově dána možnost využití společného lůžkového fondu,“ upřesnil René Zeithaml.

Návrh holdingu z ledna letošního roku na optimalizaci počítá se snížením počtu akutních lůžek v Rokycanech, Stodu, Domažlicích a Klatovech o 123, tedy o 15%. O přibližně o 20% pak bude navýšen počet lůžek následné péče. „Úspora se týká lůžek, kde lze sloučit fond pro více oddělení, nebo lůžek, která jsou v poslední době méně využívána díky vývoji medicíny,“ uvádí se v tiskové zprávě. (ISO)

Předplatte si MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

Předplatné na rok + mimořádný dárek



Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů

Monografie našich předních specialistů shrnuje v současnosti dostupné informace o poměrně nové modalitě léčby Crohnovy choroby a ulcerózní kolitidy. V úvodní části jsou kromě historie biologické léčby probírány jednotlivé molekuly, které se užívají nejen v gastroenterologii, jejich názvosloví, mechanismy účinku a účinnosti. Podrobně je popsána strategie léčby v jednotlivých obdobích, jako je remise, hluboká remise a relaps, včetně indikací, interakcí, kontraindikací a nežádoucích účinků jednotlivých léků.

**Neváhejte! Tato nabídka platí jen do 13. 1. 2013.
Předplatné na rok pouze za 590 Kč**



Předplatte si bezpečně e-mailem

na e-mailovou schránku **predplatne.mf@cpost.cz**, uveďte své **jméno** a **doručovací adresu** a informaci, zdali jste nebo nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví. Do předmětu napište kód **ZDN 1212**. Předplatit si můžete také **on-line** na našich stránkách **www.mf.cz**



Volejte zdarma 800 248 248

Jednoduše zavolejte své osobní údaje a info o požadovaném předplatném a periodiku. Uveďte kód **ZDN 1212**. Nezapomeňte operátorce sdělit, zdali jste či nejste lékař/odborný pracovník ve zdravotnictví.



Pošlete SMS na číslo 900 09 06

ve tvaru **ZDN ABO jméno, příjmení, adresa, lékařská 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 a platí do vyčerpání zásob. Dárky jsou rozesílány do 6 týdnů od obdržení platby za předplatné. 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 prodlužuje na další období v délce jednoho roku, pokud předplatitel svým písemným oznámením adresovaným společnosti Mladá fronta a.s. nesdělí, že trvá na jeho ukončení. Svoji objednávkou předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svoji objednávkou dále dává předplatitel souhlas se zařazením všech jím vyplněných osobních údajů (dále jen údaje) do databáze společnosti Mladá fronta a.s., se sídlem Mezi Vodami 1952/9, Praha 4, jakožto správce, a s jejich následným zpracováním pro účely nabízení výrobků a služeb a pro účely zaslání obchodních sdělení prostřednictvím elektronických a tištěných prostředků dle zákona č. 480/2004 Sb., 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 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 kdykoliv 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

TÉMA ČÍSLA

V Evropě se šíří nové drogy i tradiční česká droga pervitin

Evropské monitorovací centrum pro drogy a drogové závislosti (EMCDDA) vydalo v polovině listopadu výroční zprávu o stavu drog na území EU. Upozorňuje v ní na těžko popsatelný trh s novými drogami, ale i na šíření českého pervitinu po Evropě.

Pozitivním trendem, který EMCDDA zaznamenalo, je snížení oblíbenosti nejčastěji užívané stimulační drogy – kokainu. Pět zemí s nejvyšší mírou jeho užívání (Dánsko, Irsko, Španělsko, Itálie a Spojené království) hlásí za loňský rok pokles v konzumaci mladými dospělými (15–34 let), což je odrazem trendu v Kanadě a Spojených státech amerických. Za velký úspěch národních protidrogových opatření považuje EMCDDA také klesající počet nových případů užívání heroínu v Evropě.

Naopak zesilující hrozbu cítí Evropa ve stále složitějším trhu se stimulanty. „Stimulační a syntetické drogy hrají na evropské drogové scéně ústřední roli a vytvářejí trh, který se rychle pohybuje, je nestálý a obtížně se kontroluje. Více než kdy dříve jsou mladí lidé vystaveni přemíře prášků a tabletek. Údaje z oddělení urgentních příjmů, toxikologických analýz a léčebných zařízení pro uživatele drog naznačují, že ne vždy jsou obeznamenáni s riziky s nimi spojenými,“ řekla evropská komisařka Cecilia Malmströmová, do jejíž působnosti EMCDDA spadá. Zatímco hlavními hráči na scéně stimulantů zůstávají kokain, extáze a amfetamin, rostoucí počet nových syntetických drog, například katinonů, jedné z největších skupin nových drog, které jsou v dnešní Evropě hlášeny, jim začíná konkurovat.



Evropská komisařka Cecilia Malmströmová. | Foto: archiv

Takzvané nové drogy

V letech 2005–2011 bylo prostřednictvím systému včasného varování oficiálně ohlášeno 164 nových psychoaktivních látek. V roce 2011 byl třetím rokem po sobě zjištěn rekordní počet (49) látek vyskytujících se v Evropě poprvé. „V roce 2012 zaznamenáme opět dramatický nárůst nově hlášených látek, které se letos na evropském trhu vyskytly poprvé. Je jich 59, což je nejvíce v historii takzvaných nových drog,“ zdůraznil ředitel EMCDDA Wolfgang Götz. Přítomnost některých z těchto nových drog na trhu byla zjištěna testovacími nákupy produktů „legálních opojení“ na internetu a ze specializovaných obchodů. Ve většině případů však tyto látky byly odhaleny při forenzních analýzách záchytů.

Nové drogy se distribuují již téměř výhradně po internetu. V internetových obchodech typu *head shop* nebo *smart shop*, kde je lze koupit jako „legální opojení“, což je zastřešující termín pro neregulované psychoaktivní látky či produkty uvádějící obsah látek, jež jsou specificky určeny k imitování účinků kontrolovaných drog. Termín zahrnuje širokou škálu syntetických látek a látek rostlinného původu. EMCDDA upozorňuje, že popisovat tyto látky jako „legální“ může být nesprávné nebo zavádějící, protože některé produkty mohou obsahovat látky kontrolované podle protidrogových právních předpisů, zatímco na jiné se mohou vztahovat právní předpisy pro bezpečnost léčiv nebo potravin.

„Aby nové psychoaktivní látky obešly předpisy v oblasti ochrany spotřebitele a registrace pro uvedení na trh, jsou prodávány i pod různými obecnými označeními produktů, například ‚chemikálie pro výzkumné účely‘, ‚koupelové soli‘ a ‚výživa pro rostliny‘,“ podtrhla komisařka Malmströmová.

Léčba zatím v mlze

Mezi několika málo internetovými průzkumy EMCDDA zmiňuje studii, která sledovala užívání a dostupnost nových psychoak-



Národní protidrogový koordinátor Jindřich Vobořil. | Foto: Leoš Chodura

tivních látek v prostředí nočních podniků v České republice. „Nejčastěji uváděná ‚legální opojení‘ představují rostlinné látky, přičemž 23 % z 1099 respondentů uvedlo, že užili šalvěj *Salvia divinorum*. Studie zároveň ukázala, že ze vzorku 1091 uživatelů internetu ve věku 15 až 34 let 4,5 % uvedlo užití nové psychoaktivní látky,“ hlásí výroční zpráva EMCDDA. Léčba osob, které byly vystaveny novým psychoaktivním drogám a hledají formální pomoc, je především podpurná a EMCDDA přiznává, že představa vhodné psychosociální léčby uživatelů látek „legálního opojení“ je zatím mlhavá. Ve Spojeném království byl zahájen pilotní provoz mnohaoborové specializované kliniky pro uživatele klubových drog včetně

„legálních opojení“, která nabízí řadu řešení včetně krátkodobých intervencí, farmakologických terapií a podpory plánované péče a vykazuje dobrou míru udržení v léčbě i uspokojivé výsledky.

„Nyní musíme lépe zmapovat zdravotní a sociální dopad vznikajících trendů, abychom rozvíjeli opatření ke snížení poptávky. Pro tento účel je naprosto nezbytná lepší forenzní a toxikologická analýza, stejně jako je třeba proaktivně se zabývat těmi nejvíce ohroženými,“ uvedl ředitel Götz.

Metamfetamin proniká na evropský trh

Evropské monitorovací centrum upozornilo také na další šíření metamfetaminu (český pervitin), který se v Evropě z historického

hlediska omezuje převážně na Česko a Slovensko. V poslední době však i severské země (Švédsko, Norsko, Finsko a Lotyšsko) upozorňují na rostoucí dostupnost metamfetaminu, kde jako žádaná stimulační droga částečně nahrazuje amfetamin. Údaje o záchytech naznačují, že výroba roste a že metamfetamin dále proniká na evropský trh se stimulanty. V letech 2005–2010 vzrostlo množství metamfetaminu zachyceného ve 25 zemích EU z přibližně 100 kg na cca 600 kg. Počet záchytů metamfetaminu se v tomto období více než ztrojnásobil z přibližně 2200 na 7300. Mezi země, kde došlo k výraznému nárůstu počtu záchytů této drogy v letech 2009–2010, patří Německo, Estonsko, Lotyšsko a Rakousko.

Středem zájmu je nyní právě příhraniční oblast mezi Německem a Českem. Na zhoršující se situaci v přeshraničním pašování pervitinu z příhraničních oblastí ČR v těchto dnech upozornil bavorský ministr vnitra Joachim Herrmann. Komplikovanou situaci pro naši redakci okomentoval Národní protidrogový koordinátor Jindřich Vobořil, který na hrozbu pervitinové epidemie upozorňuje již dva roky. „Ve chvíli, kdy je za hranicemi vytvořena poptávka po této droze, se podle našich zkušeností samotná represe stává po určité době nedostačující. Pokud se Německo rozhodne pouze pro tento represivní krok, je velmi pravděpodobné, že se pervitin naučí vyrábět sami němečtí uživatelé a droga se tak stane díky rychlejší dostupnosti ještě větší hrozbou,“ vysvětluje.

Podle něj je jediným řešením masivní prevence a osvěta na straně německé, hlubší spolupráce s českou stranou při odhalování organizovaných zločineckých skupin, které tuto drogu ve velkém vyrábějí, a pracovní setkání dotčených skupin. „Je nutné zapojit zástupce nejen celní správy a policie, ale také například vietnamské komunity, z jejichž řad se v tuto chvíli významně rekrutuje skupina výrobců pervitinu. Svou roli sehrávají také neziskové organizace, které mohou okamžitě začít s preventivními opatřeními (terénní práce, informační kampaň o rizicích a podobně). Je totiž nutné vzít na vědomí, že ve fázi, kdy je již vytvořena poptávka ze strany německých uživatelů, nebude mít represivní opatření typu uzavírání hranic velkou účinnost, naopak je nutné nasažit nyní více sil do oblasti prevence,“ uzavírá Jindřich Vobořil.

Petra Klusáková

Psychoaktivní látky či „legálních opojení“ nejčastěji k dostání v internetových obchodech zahrnutých do průzkumu v letech 2011 a 2012.

Počet internetových obchodů nabízejících daný produkt			
	leden 2011	červenec 2011	leden 2012
Kratom (přírodní)	92	128	179
Šalvěj (přírodní)	72	110	134
Halucinogenní houby (přírodní)	44	72	95
Metoxetamin (arylcyklohexylamin)	14	58	68
MDAI (aminoindan)	45	61	65
6-APB (benzofuran)	35	49	54
MDPV (katinon)	25	32	44
4-MEC (katinon)	11	32	43
Metiopropamin (thiofen)	5	28	39
5-IAI (aminoindan)	25	27	38

Zdroj: EMCDDA

Nové látky se mění rychleji, než je jakýkoli právní systém stíhá zakázat

Situaci tzv. nových drog v Česku přiblížil našim čtenářům vedoucí pro vědu a výzkum Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN MUDr. **Tomáš Zábranský, Ph.D.**, který zároveň pracuje jako drogový epidemiolog pro OSN a EU.

Ředitel evropského monitorovacího centra (EMCDDA) Wolfgang Götz v minulých dnech uvedl, že jen za první tři čtvrtiny roku 2012 centrum monitoruje 59 molekul nových drog, které se prvně objevily na evropském trhu. Máte přehled o tom, kolik „nových drog“ je v Česku k dispozici?

Jako „droga“ – tedy jako psychotropní látka nebo směs látek ovlivňujících psychiku – se dá užívat řada přípravků a rostlin, které tu jsou už dávno a jsou legální; například některé pokojové rostliny, volně rostoucí rostliny, některá průmyslová rozpouštědla a jiné průmyslově užívané, volně prodejné látky, včetně hnačích plynů, a řada dalších. Pokud zůjím váš dotaz na stimulantům podobné a kanabinoidům podobné syntetické látky, pak kromě těch 33, jež byly předloni zařazeny na seznam kontrolovaných drog, jde nyní o dalších 15–20 látek. Distribučním kanálem už však nejsou kamenné obchody, ale téměř bez výjimky internet. Specifickou otázkou je pak výroba syntetických opiátů – především fentanylu – a jejich distribuce.

Můžete konkrétně popsat specifika fentanylu?

Jde v zásadě o dva oddělené fenomény, které ale mají stejnou cílovou skupinu – problémové (injekční) uživatele opiátů. Fentanyl je syntetický opioid, jenž je při stejné hmotnosti více než

100x silnější než heroin. Využívá se pro léčbu velmi silných bolestí a jako takový je součástí tablet, roztoků a v poslední době také náplastí s prodlouženým uvolňováním. Tyto náplasti a tablety, uniklé ze zdravotního systému, slouží k vyluhování účinné látky, jež se po vysušení a zasahování prodává jako „bílý heroin“ nebo i pod jinými názvy. Takovou drogou, vyrobenou z uniklých náplastí v Německu, se v roce 2010 smrtelně předávkovali dva Češi.

Jiným fenoménem je pak výroba fentanylu v nelegálních laboratořích v Číně a Rusku a zřejmě i v Bělorusku. Tato látka se v zemích bývalého Sovětského svazu prodává jako „čínský bílý heroin“ a zasahuje už i do EU, konkrétně do Estonska, kde má na svědomí stovky životů předávkovaných a tisíce nemocných HIV, kteří se nakazili při jeho injekční aplikaci. Ve Spojených státech amerických proběhla v roce 2009 epidemie několika stovek úmrtí z předávkování fentanylem na východním pobřeží, kam jej jako heroin dodávaly mexické drogové kartely.

Zástupci EMCDDA upozorňují na komplikovanou situaci nových drog s ohledem na poskytování lékařské péče uživatelům, kteří sami často ani nevědí, jakou drogu zkonsumovali. U řady drog není jasný původ, jejich působení, kontraindikace... Jak v tomto ohledu pokračuje výzkum nových drog?

Průběžně, v rámci takzvaného systému včasného varování (*early warning system*) Evropské unie, jehož je Česko aktivním účastníkem.

Jaká je konkrétní činnost České republiky v rámci tohoto systému?

Zjednodušeně řečeno je to vyhodnocování zpráv terénních pracovníků drogových služeb, kteří jsou profesionálně přítomni na akcích noční zábavy, a vyhodnocování záchytů tablet a prášků zabavených policií či celníky. Propojování těchto dvou nepříliš komunikujících odborných oblastí má



Foto: archiv MUDr. Tomáše Zábranského

za cíl podnikat včasné opatření v zájmu ochrany zdraví a životů. Každý stát EU takový systém provozuje a činnost těchto systémů je vzájemně propojena jak horizontálně (mezi státy navzájem), tak vertikálně – s EMCDDA a EuroPolem.

Spolupracuje i vaše pracoviště na nějakém takovém výzkumu?

Účastníme se dvou projektů, jež zkoumají rozšíření těchto látek, rychlost nahrazení nově zakázaných látek a míru jejich konzumace ve zvláště zranitelných skupinách obyvatel, jakými jsou nejen dospívající a mladí dospělí, kteří se zapojují do noční zábavy a účastní se velkých hudebních festivalů, ale i hledači stavů změněného vědomí a jiní intenzivní experimentátoři.

Jak rychle tedy dochází k nahrazení zakázané látky jinou a jaká je míra konzumace nejčastějších syntetických stimulantů a kanabinoidů u dospívajících v Česku?

Na to se nedá odpovědět – a v této fázi projektu už vůbec ne – jinak než obecně: Dochází k ní velmi rychle, rychleji, než jakýkoli právní systém stíhá tyto látky zakázat. Co se míry jejich konzumace týče, je v porovnání s „klasickými“ drogami spíše nízká.

Existují doporučené postupy pro lékařskou péči, která je pa-

cientům po užití nových drog či předávkování poskytována?

Nikoli. Jde o poměrně heterogenní skupinu látek bez specifických antidot. Život ohrožující předávkování připadá v úvahu zejména u látek se stimulačním účinkem (mefedron a jeho nástupci) a pak je léčeno jako každé jiné kardiopulmonální selhávání nebo jiný stav, který stimulancia při předávkování mohou vyvolat. Musím ale podotknout, že v Česku jsme zatím takový případ nezaznamenali.

O kolika případech léčby uživatelů nových drog v ČR mluvíme? Jsou zde již evidována úmrtí v souvislosti s novými drogami?

Nejsou. Čeští uživatelé „nových“ či „legálních“ drog jsou primárně relativně socializovaní experimentátoři a riziko vzniku závislosti je u nich nižší než u typických problémových uživatelů drog. Dosud jsme také nezaznamenali ani jeden případ úmrtí ve spojitosti s těmito látkami. V jiných zemích ale došlo k výraznému prolnutí tradičního trhu

s „klasickými“ drogami s trhem s „novými“ drogami a tam je situace výrazně dramatičtější.

Z výroční zprávy EMCDDA vyplývá, že některé země hlásí při nedostatku heroínu přechod uživatelů na mefedron, katinony a podobně. Je tomu tak i u nás?

Zatím tento fenomén, který známe v našem blízkém okolí z Maďarska, v Česku zaznamenaný nemáme.

Hlavní producenti „nových drog“ Čína a Indie, dle informací z EMCDDA, s evropskými úřady v této oblasti nespolupracují. Je to stejné i na medicínské úrovni, co se týče komunikace s tamními lékaři, nebo jejich odbornými společnostmi?

Čína a Indie nespolupracují v případech falšování řady chráněných evropských značek, v případech produkce zdraví škodlivých potravin ani v dalších závažných kauzách... Konzistentně tedy vykazují nulovou součinnost i v otázce své nekontrolovatelné (a popravdě řečeno – nekontrolovatelné) produkce látek, jež označují za hnojiva, čisticí prostředky nebo koupelové soli.

Petra Klusáková

Odhady psychoaktivity „nových drog“

S rostoucím počtem nových látek hlášených do systému včasného varování EU nabývá na významu úkol určit v rané fázi, zda dané látky mají psychoaktivní vlastnosti.

V současné době je zkoumáno možné využití nenákladných metod predikce vlastností nových drog (toxicita, farmakologie, psychoaktivita) bez nutnosti provádět experimentální studie na zvířatech či lidech.

Jednou ze zkoumaných technik je budování matematických modelů k predikci chování nových látek. Tyto modely vycházejí z „principu podobnosti“, který předpokládá, že molekuly s úzce souvisejícími chemickými strukturami mají podobné psychochemické vlastnosti a aktivitu. Tímto způsobem se poznatky o známé látce využívají k predikci účinků látky neznámé. Možnost předpovězení způsobu

bu působení nových sloučenin, o nichž není mnoho známo, je slibná. V nedávné studii byl psychoaktivní potenciál léčivého přípravku ostarin posuzován za pomoci výpočetních metod (Mohd-Fauzi a Bender, 2012). Analýza měla dvě fáze: první zahrnovala předpověď toho, zda je pravděpodobné, že lék bude cílit na bílkoviny, o nichž je známo, že se podílejí na psychoaktivních účincích; druhá krok zkoumal pravděpodobnost toho, že látka pronikne do centrální nervové soustavy. Z výsledků studie vyplynulo, že není pravděpodobné, že by ostarin u lidí vedl k psychoaktivním účinkům.

(Zdroj: EMCDDA)

(klu)



Ilustrace: foto: Wordpress

Velká Británie: Odborníci upozorňují na nedostatečnou péči o schizofreniky

Ostudné a katastrofální – i takovými slovy Komise pro schizofrenii, složená z psychiatrických odborníků, zhodnotila ve své zprávě úroveň péče o pacienty se schizofrenií ve Velké Británii.

Podle autorů zprávy jsou britští schizofrenici zbytečně často a na dlouhou dobu zavíráni do psychiatrických léčeben, kde se kvůli nedostatečné péči jejich stav nejen nezlepšuje, ale mnohdy i zhorší.

Zatížení předsudky

Profesor Robin Murray z Britského psychiatrického institutu se domnívá, že postavení těchto ne-

mocných je stále zatíženo předsudky přetrvávajícími ve větší společnosti. „I v dnešní době u nás přetrvává představa, že schizofrenik je nějaký šílený násilník se sekerou,“ říká profesor Murray a dodává, že je třeba neustále zdůrazňovat, že větší na pacientů se schizofrenií nemá žádné násilné sklony. „Naopak u nich existuje poměrně vysoké nebezpečí, že se sami stanou

obětmi násilného činu,“ zdůrazňuje psychiatr.

Podle jeho názoru by se Velká Británie měla v péči o psychicky nemocné inspirovat u zemí, jako je Švýcarsko, Nizozemsko či Dánsko. Tamní zdravotní systém se podle něj soustředí spíše na to, aby se schizofrenik dostal do klidného, příjemného prostředí, kde se mu dostane potřebné péče, namísto utrácení velmi omezených finančních prostředků na „zajištění“ pacienta a jeho izolaci s nedostatečnou léčbou.

Údaje Světové zdravotnické organizace (WHO) hovoří o 24 milionech pacientů se schizofrenií ve světě. Navzdory poměrně omezeným znalostem o vzniku choroby pro ni existuje řada terapeutických možností. Podle odhadů WHO se náklady na léčbu schizofrenie mohou pohybovat okolo 2 liber měsíčně, přesto k ní má přístup pouze polovina pacientů – a to i v některých rozvinutých státech včetně Velké Británie.

Antiterapeutické prostředí

Zpráva britských odborníků popisuje schizofrenii jako „přehlíženou nemoc“ a konstatuje, že zdravotníci, kteří pracují s pacienty postiženými touto chorobou, často trpí syndromem vyhoření, a ačkoli jsou se systémem péče o nemocné nespokojeni, ve změnu příliš nevěří. Komise pro schizofrenii při svém hodnocení vycházela z výpovědí odborníků pečujících o schizofreniky, ale také samotných pacientů.

Prostředí léčeben, v nichž jsou britští psychotici umístováni, podle autorů zprávy nemůže nijak přispět k léčebnému procesu. „Pokud trpíte psychózou, měli byste se dostat do prostředí, v němž se budete cítit v bezpečí, kde se vám dostane klidu a potřebné léčby,“ popisuje Robin Murray. „To se ale v praxi nestává. Tady vás prostě zavřou do blázince. A některá taková zařízení jsou silně ‚antiterapeutická‘.

Nejen pro pacienty, ale i pro personál. Žádný člověk, který je při smyslech, by se do takového prostředí nechtěl dostat,“ dodává.

Výkonný ředitel charitativní organizace Rethink Mental Illness Paul Jenkins považuje za skandální, že ještě v roce 2012 umírají nemocní schizofrenií v porovnání s ostatní populací o 15–20 let dříve a pouze 7 % z nich si najde práci. „Příliš mnoho pacientů končí kvůli špatně nastavenému systému ve vězení nebo na ulici,“ upozorňuje Paul Jenkins.

Analýza Londýnské ekonomické školy (LSE) ukázala, že celkové náklady spojené se schizofrenií (nejen výdaje za léčbu, pobyt v léčebnách apod., ale také ztráty spojené s nezaměstnaností schizofreniků a daňovou zátěží) ve Velké Británii dosahují 11,8 miliardy liber ročně. Autor analýzy, profesor sociální politiky Martin Knapp, upozorňuje, že velká část zmíněných prostředků je utrácena zbytečně, zatímco jen velmi málo financí je určeno na preventivní programy a komunitní péči o obyvatele trpící schizofrenií.

(Zdroj: Reuters)

Květa Havlová

Zemřel průkopník transplantací

Joseph Murray, který jako první provedl úspěšnou transplantaci ledviny, zemřel minulý pondělí v Bostonu.

Joseph Murray, který v prosinci roku 1954 úspěšnou operaci uskutečnil se svým kolegou Johnem Merrillem, se letos dožil 93 let. Příjemcem a dárcem orgánu tehdy byla jednovaječná dvojčata Richard a Ronald Herrickovi. O 5 let později tento americký lékař – opět jako první na světě – provedl úspěšnou transplantaci ledviny mezi geneticky odlišnými jedinci, v roce 1962 pak první transplantaci kadaverózní ledviny.

V roce 1990 Joseph Murray za svou práci obdržel Nobelovu cenu za fyziologii a lékařství (společně s americkým lékařem Donnalem Thomasem oceněným za přínos v oblasti transplantací kostní dřevě).



(kha)

Vyšetřování nelegálních transplantací

Erasmus Medical Center v nizozemském Rotterdamu provede mezinárodní vyšetřování nelegálního obchodu s lidskými orgány.

Do tříletého projektu financovaného Evropskou komisí se zapojí také odborníci z Rumunska, Švédska, Bulharska a Španělska. Centrum bude spolupracovat rovněž s Europolem.

Transplantační turistika

V současnosti se vyšetřovatelé Evropské unie zabývají především transplantacemi orgánů, jež měly být nelegálně provedeny v roce 2008 v Kosovu. V květnu letošního roku bylo v souvislosti s případem zadrženo několik podezřelých. V roce 2010 Evropský soud ve své zprávě obvinil bývalého kosovského premiéra Hashima Thaciho z toho, že byl zapleten do pašování orgánů získaných v roce 1999 od zajatců zabitých během války se Srbskem.

Nejen evropské orgány dlouhodobě upozorňují na rozrůstající

se „transplantační turistiku“, v jejímž rámci bohatí pacienti, kteří potřebují transplantaci (nejčastěji ledviny), cestují do chudších zemí, jako je například Indie, kde zákrok podstoupí. Transplantovaný orgán je ovšem v řadě těchto případů získán nelegálně. „O transplantační turistice existuje řada důkazů. Dárci orgánů, ať už jsou k odebrání orgánu přinuceni nebo ne, se často stávají obětmi nelegálního obchodu s orgány. Bohužel máme stále poměrně málo informací o četnosti těchto případů a kriminálních organizací či jednotlivců, včetně lékařů, kteří jsou do těchto obchodů zapleteni,“ píše se v oficiálním stanovisku Erasmus Medical Center.

Výsledky vyšetřování vedeného centrem budou prezentovány na mezinárodní konferenci v roce 2014.

(Zdroj: BBC)

(kha)

Ve Vídni to jiskří

Rakouská vláda přichází s novými reformními záměry, lékařská komora se bouří, a všichni přitom tvrdí, že „sledují zájmy pacientů“.

Ministr zdravotnictví Alois Stöger (sociální demokracie) v parlamentní diskusi obhajoval záměr redukovat akutní nemocniční lůžka a spolu s dalšími opatřeními uspořit ve zdravotnictví miliardy eur s cílem poskytnout finanční prostředky na další rozvoj kvality zdravotní péče. „Úsporná opatření se v žádném případě nedotknou negativně pacientů,“ uvádí šéf resortu a vysvětluje, že se zkracuje doba hospitalizace a naopak se zvyšuje počet výkonů prováděných při ambulantní péči či jednoduché chirurgii.

V prvním období do roku 2016 se počítá s úsporou 3,4 miliardy eur. Vedle redukce počtu nemocnic se plánuje lepší využití zdravotnické techniky a některá opatření by měla napomoci snížení počtu zbytečných duplicitních drahých vyšetření.

Komora vs. pojišťovny

Vedení rakouské lékařské ko-

mory však reformní záměry vnímá zcela jinak a burcuje pozornost veřejnosti s tím, že změny jsou chystány bez diskuse i shody se zdravotníky a některé z nich mohou zhoršit dostupnost péče. „Vše se projednává jen mezi státem, spolkovými zeměmi a svazem pojišťoven, ale lékaři k jednacím stolu přizváni nebyli,“ zlobí se zástupci profesní organizace.

Nejhlasitěji se ozývá vídeňská pobočka komory, které se nelíbí názor zastávaný politiky, že v této spolkové zemi je výrazný nadbytek zdravotnických zařízení. Podle komory by si politici měli uvědomit, že s uzavřením nemocnic zaniknou i jejich ambulance, hojně navštěvované pacienty, a přitom není posilován počet smluvních lékařů v samostatných ordinacích. Napříč celým Rakouskem podle profesní organizace chybí tisíce smluvních lékařů. Obavy komory pramení

rovněž z návrhů, podle nichž by pojišťovny získaly větší možnost vypovídat smlouvy a pořízovat si vlastní, „pojišťovenské“ ambulance.

Reformní návrhy naopak vítá vídeňská všeobecná pojišťovna, která své klienty ujišťuje, že například otevřením či rozšířením vlastních zubních ambulancí by se zlepšila dostupnost i kvalita zubní péče „za příznivé ceny“.

Komora však téměř každý den vydává další záporná stanoviska s „kategorickým ne“ změnám, u nichž nedošlo ke konsenzu s lékaři. Například brojí proti závazným státním léčebným směrnicím, které by údajně představovaly zásah do terapeutické svobody lékaře. Ani příslib ministra, že přes očekávané úspory stát v příštím roce přidá do zdravotnictví stovky milionů eur, hněv nejvyšších představitelů lékařské komory nezmírnil.

(vla)

Irsko chystá změny v protipotratovém zákoně

Katolické Irsko zasáhly protesty požadující zpřesnění legislativy týkající se zákazu interrupce. Jsou reakcí na nedávnou smrt mladé ženy, jež zemřela poté, co jí lékaři odmítli provést potrat.

Irská legislativa patří k vůbec nejpřísnějším protipotratovým zákonům na světě. Stanoví sice, že v případě ohrožení života matky je možné těhotenství uměle přerušit, nespécifikuje však, co přesně ono ohrožení života znamená ani zda existuje situace, kdy je kvůli zdravotnímu stavu ženy nutné potrat provést. Rozhodnutí tak leží přímo na lékařích. Kritici zákona upozorňují, že v úsudku zdravotníků hraje často významnou roli jejich osobní víra.

Náboženství vs. život

Koncem října byla do jedné z irských nemocnic ve vážném stavu přijata 31letá Indka v 17. týdnu těhotenství Savita Halappanavarová. Vyšetření ukázala, že plod se nevyvíjí a dlouho nepřežije. Pacientka kvůli bolestem a zdravotním

potížím žádala o interrupci, lékaři ji však odmítli provést s odkazem na skutečnost, že dítěti stále bije srdce. O několik dní později plod v těle matky zemřel a lékaři jej chirurgicky odstranili. V té době však již pacientka trpěla rozsáhlou sepsí, které nakonec podlehla. Její rodina i někteří odborníci se domnívají, že kdyby lékaři v nemocnici provedli potrat krátce po hospitalizaci, žena by přežila. Savitin manžel Praveen Halappanavar potvrdil, že pokud vyšetřování ukáže správnost této domněnky, je připraven podat žalobu. „Sem stále v šoku. Nemohu uvěřit, že náboženství může převážit hodnotu lidského života,“ uvedl.

Případ X

Po zveřejnění případu se v Irsku zvedla vlna protestů (viz foto) poža-

dujících vyjasnění nepřesné legislativy týkající se interrupcí. Podle jednoho z posledních průzkumů veřejného mínění by se změnou zákona, respektive s jasným definováním umělého přerušování těhotenství v případě ohrožení života matky souhlasili 4 z 5 Irů. Poslední výraznější změna na poli potratů v Irsku nastala v roce 1994, kdy Nejvyšší soud v tzv. případě X (o potratu tehdy žádala 14letá dívka, jež otěhotněla po znásilnění) stanovil, že je-li v důsledku gravidity ohrožen ženin život, a to i sebevraždou, je možné interrupci provést.

V roce 2010 však Evropský soud pro lidská práva kritizoval vágnost irského zákona a nařídil vládě, aby stanovila, co konkrétně toto rozhodnutí znamená. „A přesně o tom evropský soud hovořil – o nutnos-

ti vyjasnit naši legislativu, nikoli o povinnosti povolit potraty,“ upozorňuje irský právník a profesor na londýnské University College Ronan McCrea. „Nepřesné formulace v zákoně lékařům umožňují řídit se osobními názory, navíc i kdyby chtěli zákrok provést, nemají jistotu, že se nedopustí trestného činu,“ dodává právník.

Pomalé změny

Kromě veřejnosti se k případu velmi kriticky postavili i někteří politici. „Zcela zbytečně zemřela mladá, zdravá žena, jež se chystala založit rodinu. A to kvůli neschopnosti naší vlády vypořádat se s touto problematikou,“ prohlásila nezávislá poslankyně Clare Dalyová.

Irský předseda vlády Enda Kenny, jehož strana Fine Gael před volba-



Foto: rabelle.ie

mi deklarovala, že protipotratový zákon nezmění, však uvedl, že se odmítá pod tlakem případu Savity Halappanavarové nechat přinutit k nějakému rozhodnutí. „Interrupce rozděluje irskou společnost po několik let. Nehodlám jednat ve spěchu a pod nátlakem jakékoli z názorových stran,“ řekl v televizní diskuzi. Přesto již vláda prohlásila, že se bude protipotratovým zákonem a jeho případným zpřesněním zabývat. „Je nutné o tomto problému diskutovat racionálně a otevřeně. Přesně to se také stane,“ přislíbil premiér Kenny.

(Zdroj: Reuters)

Květa Havlová

USA budou potřebovat 52 tisíc lékařů navíc

Kvůli rostoucí a stárnoucí populaci, společně se zvyšujícím se počtem obyvatel se zdravotním pojištěním, bude ve Spojených státech amerických v roce 2025 potřeba o 52 tisíc lékařů primární péče více než dnes.

Autoři nové studie se snažili spočítat, jak vzrostou nároky na počet praktických lékařů v závislosti na legislativě v rámci zdravot-

nické reformy prezidenta Baracka Obamy, jež přiznává nárok na zdravotní pojištění téměř 34 milionům Američanů. Jak ale po-

dotýká jeden z vedoucích studie Winston Liaw, samotný nárůst obyvatel s pojištěním potřebu navýšení počtu lékařů primární pé-

če nezpůsobí. „Nejdůležitějším faktorem totiž bude populační růst. Ve srovnání s ním představuje zvyšující se počet lidí se zdravotním pojištěním jen malé procento,“ říká dr. Liaw. Výsledky studie byly otištěny v časopise Annals of Family Medicine.

Hrozí vážný nedostatek lékařů

Výzkum vycházel z údajů o stárnutí a růstu populace, přístupu ke zdravotnímu pojištění a počtu návštěv v ordinacích lékařů primární péče. V roce 2008 Američané vyhledali lékaře ve 462 milionech případech. Výpočty pak předpokládají, že v roce 2025 toto číslo stoupne na 565 milionů, což si ve srovnání s dneškem vyžadá 3% navýšení počtu praktických lékařů, tedy 52 tisíc odborníků, z nichž 33 tisíc bude potřeba kvůli populačnímu růstu, 10 tisíc kvůli stárnutí obyvatel a pouze 8 tisíc kvůli zvyšujícímu se přístupu ke zdravotnímu pojištění. Ačkoli sami autoři studie odmítají spekulovat, zda se takové navýšení počtu lékařů podaří zajistit (s poukazem na skutečnost, že není jasné, kolik zdravotníků

vzejde z lékařských fakult a kolik lékařů naopak odejde do důchodu), některé organizace již začaly upozorňovat, že v následujících letech se Spojené státy americké budou potýkat s vážným nedostatkem lékařů primární péče. Například podle představitelů Asociace amerických lékařských fakult (AAMC) bude zemi v roce 2020 chybět na 90 tisíc lékařů, v roce 2025 již plných 130 tisíc. Některá opatření v rámci reformy zdravotnictví proto cílí přímo na praktické lékaře – mimo jiné těmto odborníkům nabízejí speciální platby a provize, jež mají zajistit, že si tento obor vybere více studentů lékařských fakult (studenti si raději vybírají nejrůznější specializace, jež jsou v porovnání s lékaři primární péče lépe placeny). Zmíněné provize však mají podle odhadů ročně zajistit pouze 500 lékařů navíc. Podle dr. Johna Rowea z Kolumbijské univerzity navíc řada podobných průzkumů nebere v potaz připravované posílení kompetencí nelékařských zdravotníků, které by mělo pomoci zvýšené nároky na počet lékařů vyrovnat.

(Zdroj: Reuters)

Květa Havlová

OECD: Obezita nebezpečně zvyšuje výdaje států

OECD společně s Evropskou komisí varují, že zvýšené výdaje na zdravotní péči o obézní Evropany mohou výrazně zatížit rozpočty jednotlivých států, jež se v současné době snaží kvůli ekonomické recesi ušetřit.

Výdaje na zdravotnictví v přepočtu na 1 obyvatele v členských zemích Evropské unie mezi lety 2000 a 2009 rostly v průměru o 4,6% ročně. V roce 2010 však o 0,6% poklesly.

Stoupá míra obezity i věk

Podle Organizace pro ekonomickou spolupráci a rozvoj (OECD) žije v EU 52% dospělých s nadváhou či obezitou. „Obezita je spojena s vysokým rizikem chronických onemocnění, a tedy i zvýšenými nároky na čerpání zdravotní péče,“ píše se ve zprá-

vě OECD. Její autoři podotýkají, že tyto zvyšující se požadavky na péči o pacienty trpící obezitou či nadváhou narážejí na snahy vlád evropských zemí šetřit veřejné finanční prostředky a snížit dluhy.

„Ve státech nejvíce zasažených ekonomickou krizí začaly výdaje klesat již v roce 2009, o rok později byl propad ještě větší,“ konstatuje zpráva. V roce 2010 členské země EU vydaly na zdravotnictví v průměru 9% svého HDP – nejvíce Nizozemsko (12%), následovaly Francie a Německo (s 11,6%). O rok

dříve průměrné výdaje dosahovaly 9,2%. Počet obézních obyvatel přitom stále narůstá. V již zmíněné Francii tvoří obézní 12,9% populace (asi dvakrát více než v roce 1990), ve Velké Británii dokonce 26,1%. Navzdory poklesu výdajů na zdravotní péči stoupá v Evropě i průměrná délka života. V roce 2010 dosahovala 79 let (v roce 1980 to bylo o 6 let méně). Také tato skutečnost představuje další zátěž pro veřejné rozpočty států, upozorňuje OECD.

(Zdroj: Reuters)

(kha)

ZE ZAHRANIČÍ

Je třeba zlepšit testy na TBC

Humanitární organizace Lékaři bez hranic prezentovala v rámci 43. světové konference plicního zdraví konané v Kuala Lumpur výsledky svých studií týkajících se diagnostiky a léčby tuberkulózy.



Laborantka aplikuje 4leté pacientce rozprašovač, který se u malých dětí někdy používá pro získání dostatečného vzorku sputa potřebného pro diagnostiku TBC. | Foto: Susan Sandarová / Lékaři bez hranic

Lékaři bez hranic (MSF) upozornili především na nutnost efektivního boje s multirezistentní formou tuberkulózy a na stále vysoký počet případů nediagnostikovaného onemocnění u dětí nakažených kromě TBC rovněž virem HIV.

Nutnost rychlejších testů

První ze studií MSF byla zaměřena na zavádění nových, rychlejších diagnostických testů na tuberkulózu. V rámci 25 projektů organizace uskutečněných ve 14 zemích světa po dobu 18 měsíců bylo zjištěno, že při použití nového testu Xpert MTB/RIF narostl v porovnání s obvykle užíva-

nou metodou rozboru hlenu počet diagnostikovaných případů TBC o 41 %. Zmíněný test, který vyhodnotí výsledky do 2 hodin, navíc dokáže odhalit, zda pacient trpí formou multirezistentní vůči rifampicinu.

V jednom z projektů MSF v Zimbabwe došlo díky tomuto testu k téměř čtyřnásobnému nárůstu diagnostikované multirezistentní tuberkulózy, ve Svazijsku pak byla ze stejného důvodu snížena doba mezi odebráním vzorku a začátkem léčby ze 66 na 14 dnů. Nejasné výsledky byly u testu zaznamenány v 6 % případů. I tak se však podle MSF jedná o významný pokrok.

50 let čekání

Organizace upozorňuje, že kromě testování je nutné zaměřit se i na samotnou léčbu multirezistentní TBC – v rámci projektů MSF byla terapie účinná pouze v 53 % případů, u nemocných extenzivně rezistentní formou pak ve 13 % (světový průměr účinnosti léčby multirezistentní TBC se pohybuje okolo 48 %). Příští rok – po více než půl století – by se na trh měly dostat dva nové přípravky proti tuberkulóze. Oba se ukázaly jako efektivní i v terapii multirezistentní formy onemocnění.

MSF upozorňují, že je nutné zajistit dostupnost nových léčiv i v rozvojových zemích. „Blíží se zavedení prvních nových léků proti multirezistentní tuberkulóze po 50 letech. Globální zdravotnická komunita musí této životní příležitosti využít a zastavit nekontrolované šíření multirezistentní tuberkulózy,“ vyzvala výkonná ředitelka kampaně Access Lékařů bez hranic dr. Manica Balasegaramová.

Selhání běžných testů

Druhá studie představená v rámci konference byla zaměřena především na diagnostiku TBC u dětí trpících kromě zmíněné nemoci také infekcí HIV. Vycházela z dat získaných v průběhu 3 let a zúčastnilo se jí 2451 dětí ze 13 projektů MSF v 6 státech. Výsledky ukazují, že u dětských

pacientů s koinfekcí HIV a TBC existuje vyšší riziko úmrtí než u HIV-negativních dětí (12,8 vs. 5,2 %).

Ačkoli více než polovina dětí zapojených do studie trpěla plicní tuberkulózou, běžný diagnostický test pomocí analýzy hlenu ji odhalil pouze u 6,4 % z nich. Nejen že tato metoda není u dětí efektivní, protože se u nich TBC může vyskytovat i mimo plíce, případně vzorek neobsahuje dostatečné množství bakterií, ale je u malých pacientů často použitelná jen s obtížemi – děti totiž dokáží hlen vykašlat jen zřídka.

„Při pokusech o získání dostatečného vzorku jsou zdravotníci nuceni používat invazivní a bolestivé metody včetně odsávání hlenu ze žaludku nebo vhněnění páry do plic,“ říká vědecká poradkyně kampaně Access Lékařů bez hranic dr. Martina Casenghiová. „Urgentně pro děti potřebujeme test na tuberkulózu, který nepo-

užívá hlen, ale lépe dostupné vzorky jako krev, moč nebo stolici,“ dodává.

Příležitost pro vývojáře

Vývoji efektivního diagnostického testu na TBC až donedávna bránila mimo jiné absence jednotného standardu měření kvality nových diagnostických nástrojů. Americký Národní zdravotní ústav (NIH) však inicioval přijetí konsenzu v oblasti definice klinického případu a byly vyvinuty metodologické nástroje pro hodnocení kvality nových testů dětské tuberkulózy.

„Nyní je nutné, aby vývojáři testů ukázali, že vnímají děti jako prioritu, a zaměřili se na vývoj testů lépe přizpůsobených jejich potřebám,“ říká další z poradkyň kampaně Access dr. Grania Brigdenová. „Musíme už konečně přestat děti vystavovat mučivým procedurám, abychom získali laboratorní vzorky, které nakonec stejně ke správné diagnóze nevedou,“ uzavírá.

(Zdroj: Lékaři bez hranic)

(kha)

Screening na HIV pro všechny dospělé

Američtí odborníci doporučují zavedení rutinního screeningu na HIV u všech obyvatel USA mezi 15 a 65 lety. Kromě zlepšení prevence a diagnostiky HIV/AIDS si od něho slíbují i snížení stigma, které s sebou testování na virus HIV stále nese.

Vládní skupina odborníků, především vědců a lékařů, sdružená v poradním panelu pro prevenci, rovněž doporučuje zavedení rutinního screeningu u těhotných žen.

„Původní doporučení znělo testovat všechny adolescenty a dospělé z rizikových skupin,“ říká člen panelu a profesor lékařské fakulty Stanfordovy univerzity Douglas Owens. „V současnosti doporučujeme provádět screening u všech, bez ohledu na stupeň rizika nákazy virem HIV,“ doplňuje prof. Owens a poukazuje na skutečnost, že 20–25 % z 1,2 milionu nakažených Američanů o infekci neví. Podobné doporučení ostatně vydalo již v roce 2006 Centrum pro kontrolu a prevenci nemocí – tamní odborníci hovořili o zavedení screeningu na HIV u obyvatel mezi 13 a 64 lety.

Odlíšná praxe

Pro lékaře nejsou taková stanoviska odborníků povinná – je te-

dy na nich, zda svým pacientům test na HIV nabídnou. Primář infekčního oddělení atlantské Grady Memorial Hospital dr. Jeffrey Lennox potvrzuje, že stále velké procento lékařů se zatím v praxi doporučením neřídí. „Každý týden se setkáváme s mnoha nemocnými, jimž byl HIV nově diagnostikován – s pacienty, kteří za posledních 10 let navštívili spoustu lékařů, ale jimž ani jeden nikdy test na HIV nenabídl,“ upozorňuje dr. Lennox. „Rada z nich k nám přichází již ve velmi pokročilém stadiu onemocnění. Přitom kdyby u nich byla infekce objevena dříve, měli by šanci na plnohodnotný život s účinnou léčbou,“ dodává lékař.

Doporučení panelu odborníků bude nyní předáno k připomínkování a po případném přepracování vejde v platnost v průběhu příštího roku.

(Zdroj: Reuters)

(kha)

OSN hodnotí pokroky v omezování šíření HIV

Podle zprávy Organizace spojených národů (OSN) loni v porovnání s předchozími lety významně klesl počet dětí nově nakažených virem HIV.

V roce 2011 bylo u dětí zaznamenáno 330 tisíc nových případů nákazy HIV, což oproti roku předešlému představuje 24 % snížení. Počet nově nakažených dospělých zůstal i loni na přibližně stejné úrovni jako předchozí 4 roky – diagnostikováno bylo 2,5 milionu lidí. Celkově žije ve světě 34 milionů pacientů s HIV/AIDS.

Zpráva OSN vyzdvihuje skutečnost, že na potřebnou léčbu v současnosti dosáhne stále více lidí. Nicméně 7 milionům nemocných se péče nedostává. Nejvíce posti-

ženým regionem nadále zůstává subsaharská Afrika, nicméně i v této oblasti bylo dle odborníků dosaženo významného pokroku ve snaze redukovat počet nových případů infekce HIV.

Od gest k činům

Výkonný ředitel organizace OSN UNADS Michel Sidibe vyzdvihl především programy zaměřené na HIV/AIDS v Etiopii, Malawi a Botswaně. „Některým zemím se podařilo snížit počet nových infikovaných až o 50 procent. Dá

se říci, že jsme se od politických gest dostali k praktickým programům, jež začínají mít účinek. Nicméně v některých zemích se dosud výsledky nedostavily – například v Rusku počet HIV-pozitivních neustále stoupá,“ upozorňuje Michel Sidibe.

Zpráva OSN navíc ukazuje významný pokles počtu úmrtí v souvislosti s AIDS, k němuž došlo ve východní Evropě, střední Asii, na Blízkém východě a v Severní Americe.

(Zdroj: BBC)

(kha)

Poskytování informací podle zákona o veřejném zdravotním pojištění

Státní ústav pro kontrolu léčiv (dále jen „Ústav“) bude na základě ustanovení § 39m odst. 2 zákona č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, požadovat informace u přípravků, u kterých proběhlo správní řízení o stanovení maximální ceny nebo výše a podmínek úhrady a nabylo právní moci před 31. 1. 2010.

Informační povinnost dle výše uvedeného ustanovení se týká informací způsobilých ovlivnit stanovenou maximální cenu nebo výši a podmínky úhrady. Ústav tedy nebude vyžadovat informace nad rámec této podmínky, a to jak v případech pravomocných správních řízení o výši a podmínkách úhrady (ať už samostatně či ve spojení s řízením o maximální ceně), tak v případě samostatných řízení o maximální ceně.

Ústav bude požadovat informace o změnách v rozsahu ustanovení § 39 f odst. 5 a 6 zákona, ke kterým došlo od podání výše uvedené žádosti o stanovení maximální ceny nebo výše a podmínek úhrady, kterou bylo zahájeno správní řízení s pravomocným rozhodnutím před 31. 1. 2010. Vzhledem k tomu, že informační povinnost se týká osoby, na jejíž žádost bylo vydáno rozhodnutí, rozsah uvedených informací v podobě změn předmětných

údajů uvedených v ustanovení § 39 f odst. 5 a 6 zákona o veřejném zdravotním pojištění je určen právě touto osobou. Ústav předpokládá, že osoba, na jejíž žádost bylo rozhodnutí vydáno, je nejlépe informována o tom, které skutečnosti se od podání žádosti změnily, a které je tedy nezbytné ústavu dle výše uvedeného ustanovení oznámit.

Pokud se tato osoba domnívá, že neexistují žádné podstatné informace, které mají vliv na stanove-

nou maximální cenu nebo výši a podmínky úhrady (např. nová analýza nákladové efektivity, nová klinická studie nebo obdobný odborný podklad pro příznávní bonifikace/malifikace či druhé zvýšení úhrady), pak není třeba ústavu nic nového či dalšího zasílat. Cenové reference a další údaje, které ústav z vlastní úřední činnosti zná nebo je má za povinnost obstarat ve správním řízení, se ústavu zasílat nemusí. Z toho vyplývá, že v těch řízeních, kde

došlo pouze ke stanovení nebo změně maximální ceny, nebude patrně nutné posílat ústavu žádné nové informace.

Ústav připravil orientační přehled přípravků, kterých by se případně ustanovení § 39m odst. 2 zákona o veřejném zdravotním pojištění mohlo týkat. V souboru s názvem *orientační přehled LP_s_NMP_do_31012010* lze dle sloupce M, N a O zjistit, zda pro konkrétní kód SÚKL bylo vedeno řízení o maximální ceně, výši a podmínkách úhrady nebo společné řízení o maximální ceně a výši a podmínkách úhrady, které nabylo právní moci do 31. 1. 2010.

Informace zasílejte e-mailem na adresu: revize@sukl.cz

(Zdroj: SÚKL)

Oznámení a upozornění SÚKL

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 Pfizer, spol. s r. o., se z úrovně zdravotnických zařízení stahuje léčivý přípravek Provera, por. tbl. nob., 20x500 mg (čísla šarží: K229A, T313C).

Léčivý přípravek se stahuje z důvodu závady v jakosti – nesoulad textů s registrační dokumentací (chybné registrační číslo). Dostupnost léčivého přípravku není výše uvedeným opatřením dotčena. K dispozici je šarže č. T313C-R (šarže po opravě chybného registračního čísla).

- Na základě opatření držitele rozhodnutí o registraci, společnosti ratiopharm GmbH, Ulm, Německo, zastoupeného společností Teva Pharmaceuticals ČR, s. r. o., se z úrovně zdravotnických zařízení stahuje léčivý přípravek Zolpidem-ratiopharm 10 mg, por. tbl. flm., 100x10 mg (čísla šarží: K17470, K17471, K35124, K52524, K52525, L07697, L28252). Léčivý přípravek se stahuje z důvodu závady v jakosti chybějícího písme na sekundárním obalu.

- Na základě opatření držitele rozhodnutí o registraci, společ-

nosti Trommsdorf GmbH & Co. KG, Arzneimittel, Německo, zastoupeného společností R-MARK, s. r. o., Praha, se z úrovně zdravotnických zařízení stahuje šarže č. 205711 léčivého přípravku Yal, rct. sol., 2x67,5 ml.

Šarže léčivého přípravku se stahuje z důvodu prověření možné závady v jakosti šarže (záměna příbalové informace léčivého přípravku Rectodelt). Dostupnost léčivého přípravku není výše uvedeným opatřením dotčena, v oběhu jsou k dispozici další šarže přípravku.

- Na základě opatření držitele rozhodnutí o registraci, společnosti Cedeon Richter Plc, Maďarsko, se z úrovně zdravotnických zařízení stahuje šarže č. T21650A léčivého přípravku Verospiron, por. tbl. nob., 20x25 mg. Léčivý přípravek se stahuje z důvodu závady v jakosti – text příbalové informace v českém a slovenském jazyce vložený v krabičce není obsahově shodný. Dostupnost léčivého přípravku není výše uvedeným opatřením dotčena. K dispozici je šarže č. T25778A (obsahující příbalovou informaci jen v českém jazyce).

- Uvolňuje se distribuce, výdej a léčebné použití léčivého přípravku Latanoprost Actavis 50 µg/ml, oční kapky, oph. gtt. sol., 3x2,5 ml (čísla šarží: 0922, 30813, 37214).

Léčivý přípravek se pozastavoval

z důvodu prověření možné závady v jakosti. V rámci šetření se neprokázalo, že by byla ovlivněna bezpečnost léčivého přípravku. Zdravotnickým pracovníkům se však doporučuje věnovat zvýšenou pozornost pacientům užívajícím tento přípravek.

Státní ústav pro kontrolu léčiv na základě § 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 ratiopharm GmbH, Ulm, zastoupeného Teva Pharmaceuticals CR, s. r. o., Praha, se z úrovně zdravotnických zařízení stahuje léčivý přípravek Topiramát-ratiopharm 25 mg, por. tbl. flm., 30x25 mg (čísla šarží: L356592).

Léčivý přípravek se stahuje z důvodu pozbytí platnosti rozhodnutí o registraci.

- Na základě opatření držitele rozhodnutí o registraci, společnosti Boiron, Sainte-Foy-lès-Lyon, Francie, se z úrovně zdravotnických zařízení stahují následující léčivé přípravky: Asterias Rubens, Bothrops Lanceolatus, Grindelia Robusta, Jaborandi, Myristica Sebifera, Naphtalinum, Palladium Metallicum, Rheum Officinale, Sanguinarina Nitrica, Senega, Stannum Metallicum (všechny šarže).



Ilustrační foto: Shutterstock

Léčivé přípravky se stahují z důvodu zrušení rozhodnutí o registraci.

- Uvolňuje se distribuce, výdej a léčebné použití léčivého přípravku Zenaro 5 mg, por. tbl. flm.,

28x5 mg (čísla šarží: 2030312), 90x5 mg (čísla šarží: 2020212).

Nesoulad výrobního postupu a registrační dokumentace byl odstraněn a přípravek se uvolňuje k distribuci, výdeji a léčebnému použití.

(Zdroj: SÚKL)

Informace SÚKL pro pacienty a zdravotnické pracovníky

Informace o povolení uvedení léčivého přípravku Ravata 2 mg, orm. tbl. slg. 7x2 mg, do oběhu s přelepeným štítkem na krabičce a na blistru.

Státní ústav pro kontrolu léčiv informuje o povolení uvedení léčivého přípravku Ravata 2mg, orm. tbl. slg., 7x2 mg, číslo šarže: 11D27/B/1, držitele rozhodnutí o registraci společnosti Heaton, a. s., Česká republika, do oběhu s přelepeným štítkem na krabičce a na

blistru z důvodu prodloužení doby použitelnosti.

Štítkem je přelepeno číslo šarže a použitelnost:

- dříve: číslo šarže 11D27/B, použitelnost do 04/2013,

- nyní: číslo šarže 11D27/B/1, použitelnost do 04/2015. (Zdroj: SÚKL)

ODBORNÉ AKCE

Ohlédnutí za konferencí o aktuální zdravotnické legislativě

V čísle 22/2012 jsme vás informovali o proběhnuvší konferenci divize Medical Services Mladé fronty a. s. pod názvem „Pomáhají nové zákony českému zdravotnictví?“. V aktuálním čísle přinášíme komentáře a postřehy několika účastníků této akce.

Mgr. Jakub Dvořáček

výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP)



Jakub Dvořáček

Stávající a připravovaná legislativa, zejména zákon o léčivech a zákon o reklamě, pro nás po určitou dobu bude mít zásadní význam. Z tohoto důvodu je důležité, že v rámci konference zazněly v celkem rozumném souzvuku příspěvky týkající se přání lékařů, pacientů a odborných společností. Je vidět, že celý proces je postaven na vzájemné diskusi a transparentních vztazích, kdy si jednotliví partneři uvědomují, že jeden bez druhého nemůže dobře existovat.

Přítomnost různých subjektů je dobrá i proto, že pokud se vyjadřuje jen samotný průmysl, často je to vnímáno jako prosazování komerčních zájmů. Je skvělé, když se ozývají rovněž lékaři a jsou v této oblasti edukováni. Dalším subjektem, který by se měl účastnit diskuse, jsou patientské organizace. Bohužel v České republice dosud není dostatečná kapacita těchto organizací pro to být v této diskusi partnerem. Hájení práv pacientů nespočívá pouze v zajištění adekvátní léčby. Je třeba se podílet i na proces vznikající legislativy, což zahrnuje její průběžné sledování a komentování.

Oproti minulosti tento proces znamená velký vývoj v tom, že jednotliví účastníci mají možnost se k připravované legislativě vyjádřit. Jen některé věci se nepodařilo zcela dotáhnout a je potřebné je dořešit před tím, než zákon

vejde v platnost a začne ovlivňovat zdravotní systém. Ne vždy má totiž připravená legislativa pozitivní dopad. Jsou zde *side efekty* vyplývající z toho, že tvůrce zákona neměl úplně vše v zorném poli. Řada věcí může mít nepříznivý dopad například na zaměstnávání lidí či dostupnost léků. Velmi užitečné proto bylo, že se konference účastnil poslanec Boris Štátný ze sněmovního výboru pro zdravotnictví a reflektoval určité problémy spojené s připravovanou legislativou. Nyní bude záležet na tom, které návrhy změn budou akceptovány ve druhém čtení a jak silná bude argumentace jednotlivých stran.

Lepší monitoring vývozu léků

Co se týče konkrétních připomínek k zákonu o léčivech, zde vidím jako klíčové zasadit se o udržení dostupnosti léčiv pro české pacienty na českém trhu. Z připravovaného zákona vypadal paragraf, který měl pomoci monitorovat léky, jež se vyváží. Navíc nám hrozí vysoké pokuty za nedodržení jejich dodávky, čímž se výrobce dostává do situace, kterou není schopen zcela ovlivnit. Problém přitom není tolik v tom, že by nás SÚKL penalizoval, ale kazí nám to pověst. Jestliže pacienti užívají konkrétní lék a ten neustále není k dispozici, pak to na výrobce vrhá špatné světlo. Je nomže my dáme léky do distribuce a ono se 40–60 % vyveze do zahraničí. Navíc vývoj exportu kolísá a my nejsme schopni jej predikovat.

Další věc, ke které máme připomínky, je otázka poskytování vzorků farmaceutickými firmami lékařům, kterou také upravuje zákon o reklamě. Zde je třeba upřesnit množství vzorků, jež se lékařům poskytnou, tak, aby to sloužilo k seznámení s daným lékem, a ne k léčbě pacientů – což vnáší nepořádek do požadavků transparency. Problematickým místem v zákoně o reklamě je také omezení návštěv reprezentantů v ordinacích lékařů. Zákaz návštěv v ordinaci době považujeme za kontraproduktivní. A tím rozhodně není myšle-

no, že by měl být zrušen z důvodu zvýhodnění farmaceutického průmyslu. Oba zákony nyní čeká druhé čtení, doufejme tedy, že se ještě mnohé z připomínek podaří implementovat.

MUDr. Beata Hauser

generální ředitelka společnosti Ipsen Pharma ČR

Konference splnila moje očekávání jak z pohledu výběru řečníků, tak obsahu prezentací. Jen snad vzhledem k rozsáhlosti problematiky by příště bylo lepší zaměřit se detailněji na užší oblast.

Pro farmaceutický průmysl je nyní aktuální novela zákona o reklamě, který ovlivní každodenní fungování jednotlivých společností na českém trhu. Nejsem si však jistá, zda ve stávající situaci bude prostor pro naslouchání našim připomínkám, neboť doba přinesla zcela jiné priority, a byt jsou zde věci pro nás extrémně důležité, v kontextu celospolečenském se mohou jevit jako marginální.

Je třeba pracovat na budování důvěry

Ve srovnání se zahraničím – například Belgií a Itálií, kde jsem 4 roky působila – mě udivuje rychlost, s jakou legislativní změny zde v České republice probíhají. Je to velmi úspěšné, ať už se jedná o přípravu zákonů či jejich připomínkování. Na Západě jsem byla svědkem výrazně větší spolupráce mezi jednotlivými subjekty. Farmaceutický průmysl je tam více partnerem než „nepřítelem“. Je třeba, aby se v Česku pracovalo na budování důvěry mezi všemi zainteresovanými subjekty.

Jsem moc ráda, že na konferenci zazněla sdělení o tom, že vztah mezi farmaceutickým průmyslem a odbornou veřejností je legitimní a významně přispívá ke kvalitnímu postgraduálnímu vzdělávání lékařů. Ukazuje se, že dobře vybalancovaný vztah s jasně transparentními pravidly je přínosem pro obě strany a současně rozptyluje podezření z nekalých praktik. Podobný názor

vzešel i ze strany zástupců pacientů, kde důvěra k lékaři patří mezi jedny z nejdůležitějších faktorů úspěšné léčby. A tady je jistota, že lékař pacientovi předepíše to, co je pro něj nejlepší, bez podezření na jiné motivační prvky, velice důležitá.

Farmaceutický průmysl se snaží rozvíjet partnerství i s patientskými organizacemi, jejichž hlas je v legislativním procesu potřebný. Jednou z aktivit Asociace inovativního farmaceutického průmyslu je podpora profesionalizace těchto sdružení. Zrovna minulý týden byl spuštěn rozsáhlý projekt, jehož součástí je série přednáškových modulů zaměřených na zlepšení dovedností v oblasti fundraisingu, znalosti základních patientských práv a na jednání se státní správou. Tento projekt patientským skupinám jistě pomůže, aby byly více vidět, bylo jim nasloucháno a dosaženy cílů, pro které vznikly.

doc. MUDr. Bohumil Seifert, Ph.D.

přednosta Ústavu všeobecného lékařství I. LF UK



Bohumil Seifert

Důvod, proč jsem tuto konferenci navštívil, byl především ten, že mě jako hlavního organizátora Světové konference praktických a rodinných lékařů (WONKA), která se koná v příštím roce v Praze, zajímá, jak se vyvíjejí zdravotnické zákony a jak vypadá celková atmosféra kolem tohoto

legislativního procesu. Přispěvků, které zde zazněly, jsem si vyslechl se zájmem a též složení vyzvaných řečníků bylo vyrovnané. Jistě je třeba v této diskusi pokračovat, i proto, že celkový legislativní rámec ještě není vytvořen a na mnohé podklady dosud čekáme. Nejde jen o samotné zákony a vyhlášky, ale také o jejich výklad, uplatnění v praxi a vliv na jednotlivé zúčastněné subjekty. Je nezbytné hovořit o novele zákona o reklamě, aby tento zákon byl správně pochopen a vytvořilo se prostředí, které lékařům umožní dobré vzdělání, srovnatelné s evropskými trendy.

Měníci se legislativu je třeba sledovat

Legislativní proces je složitá záležitost a pro odbornou společnost není jednoduché najít potenciál pro to, abychom se mohli novým zákonům dostatečně věnovat. Přesto vítáme, když máme možnost se k nim vyjádřit a některé námi připomínkové návrhy jsou přijaty. Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP i Sdružení praktických lékařů průběžně organizují odborné semináře, které lékaře informují o novinkách v legislativě. Na letošní „Jarní interaktivní konferenci“ byl například věnován prostor výkladu zákonných úprav v oblasti posudkového lékařství, momentálně připravujeme projekt vzdělávání lékařů v oblasti právních norem týkajících se zvyšování kvality a bezpečí pacientů.

Pracovat dnes jako praktický lékař je velmi náročné z hlediska rostoucích požadavků jak na klinické kompetence, tak na sledování rozvíjející se legislativy. Někteří lékaři tyto novinky studují z elektronických zdrojů, jiní upřednostňují prezentační formu vzdělávání. Pochopitelně je třeba o těchto věcech diskutovat na veřejnosti, a to nejen v rámci českého zdravotnictví. O některých globálních záležitostech, jako je systém kvality nebo vztah reklamy a vzdělávání, se průběžně hovoří i na mezinárodní úrovni. Světová konference WONKA bude jistě další příležitostí pro výměnu názorů v této oblasti.

ODBORNÉ AKCE / PUBLIC RELATIONS



Pavol Mazan

Ing. Pavol Mazan

ředitel pro public affairs
a market access, Pfizer

Oceňuji snahu organizátorů se-
zvat zástupce nejrozličnějších sek-

torů – průmyslu, odborné veřej-
nosti, parlamentu i exekutivy,
což umožnilo pokračování dia-
logu mezi zainteresovanými
stranami.

Pro mě jako jednoho ze zástup-
ců průmyslu bylo přínosné vy-
slechnout si přehled současné
legislativy, zejména příspěvky
k zákonu o reklamě, velmi za-
jímavé byly také názory zástup-
ce parlamentu Borise Štastného,
který v diskusi vystupoval. Kon-
ference tohoto druhu přispívá-
jí ke tříbení názorů, vytváření
určitého myšlenkového proudu
a zúčastněným stranám umož-
ňují získat názor na to, jakým
směrem by se ta která legislati-
va měla ubírat.

Jistě je užitečné, když se konfe-
rencí tohoto typu účastní i zá-
stupce ministerstva zdravotnictví,
který zde bohužel tentokrát
chyběl. Ze zkušenosti však vím,
že zástupci ministerstva se ob-
vykle takových akcí zúčastňují
a jejich nepřítomnost na zmíně-
né akci určitě nebyla úmyslná.

Domnívám se, že ministr zdra-
votnictví má zájem o dialog se
všemi stranami, a v tomto směru
to tak dlouhodobě funguje. Urči-
tě by bylo zajímavé navázat v bu-
doucnu další konferencí, která
by shrnula probíhající a chystá-
né události v legislativní či admi-
nistrativní oblasti.

Jana Petrenko

ředitelka Koalice pro zdraví

Účast na této konferenci jsem
uvítala, neboť patientské orga-
nizace nemají moc příležitostí
podílet se na diskusi kolem pří-
pravy legislativních změn. Co se
týče účasti na odborných konfe-
rencích, pokud jsou vybírá-
ny registrační poplatky, obvyk-
le si to nemožou dovolit, někdy
se o těchto akcích ani nedozví.
Posuzovat možný dopad nové le-
gislativy navíc vyžaduje čas, od-
borné znalosti a schopnosti. Za-
tím je u nás jen pár patientských
organizací, které mají někoho,

kdo oblast legislativy průběžně
sleduje.

O pacientech bez pacientů

V minulosti chodili zástupci mi-
nisterstva zdravotnictví na dny
otevřených dveří Koalice pro
zdraví, kde se scházeli se zá-
stupci patientských organizací
a diskutovali s nimi o připravova-
ných změnách. Věřím, že to by-
lo užitečné pro obě strany. Sou-
časný ministr Leoš Heger se však
se zástupci pacientů sešel, pokud
vím, jen jednou loni, a to po roce
mého naléhání. O mnoha věcech
se dozvídáme až v připomínko-
vém řízení. Takže jsme po letech
znovu v situaci, kdy se rozhoduje
„o pacientech, pro pacienty, ale
bez pacientů“.
Nicméně Koalice pro zdraví má
zatím ještě připomínkové místo
na MZ ČR, takže eventuální při-
pomínky od patientských orga-
nizací ministerstvu postupujeme.
V současnosti se například
snažíme prosadit některé změ-



4x foto: Leoš Chodura

Jana Petrenko

ny v novele zákona o reklamě,
které se týkají vzdělávacích se-
minářů a jsou spojené s činnos-
tí patientských organizací. Usi-
lujeme také o to, aby se co nejvíce
spolupracujících organizací za-
pojilo do připomínkování chys-
taného zákona o zdravotnických
prostředcích.

zapsala Andrea Skállová

Úspěchy PROMA REHA na veletrhu v Düsseldorfu

Společnost PROMA REHA z České Skalice se letos již popáté účastni-
la největšího evropského veletrhu zdravotnické techniky a farmacie
MEDICA v Düsseldorfu, kde představila své novinky.



Unikátní bariatrické lůžko

Především se jedná o exkluzivní
lůžko Titan. „Jde o první bari-
atrické lůžko s nosností 500 kg
na světě, které umožňuje obou-
stranný boční náklon ložné plo-
chy a usnadňuje tak péči při léčbě
proleženin a hygienických úko-
nech nepohyblivých pacientů,“
říká ředitel společnosti PROMA
REHA Radek Jakubský.

Lůžko Titan poskytuje zvýšenou
ochranu před pádem pacienta
z lůžka. Čela lůžka jsou užita ja-
ko přídatné postranice proti pá-
du pacienta při bočním náklonu
ložné plochy s elektronickou
ochranou proti nechtěnému po-
lohování, která rovněž obsahu-
je funkci pro snadné vstávání
a usedání. Panel s plně grafic-
kým LCD displejem a podsvícením
usnadní obsluhu při nočních

službách. Celé lůžko je vybaveno
vážícím systémem s řadou mě-
řicích a monitorovacích funk-
cí. Nové lůžko vyvinul tým kon-
struktérů a designérů, kteří se
inspirovali potřebami obsluhu-
jícího personálu.

Pro intenzivní péči

Další novinkou je nemocniční
lůžko Excellent s celonerezovou
konstrukcí, která umožňuje cen-
trální sterilizaci a dezinfekci v au-
tomatických myčkách s teplotou



3x foto: archiv společnosti PROMA REHA



vody až do 60 °C. Navíc jsou ne-
rezové povrchy ošetřeny speciál-
ní povrchovou úpravou zamezu-
jící nežádoucím odleskům. Lůžko
disponuje širokou nabídkou vo-
litelného vybavení a splňuje tak
požadavky pro intenzivní péči.
„Takové lůžko na trhu dosud chy-
bělo, proto o něj odběratelé proje-
vili na veletrhu velký zájem,“ do-
dal ředitel Jakubský.
Třetí, neméně důležitou novin-
kou usnadňující péči o pacienta
je plně elektricky ovládané spr-
chovací lehátko LS-2100. Díky vý-
konnému akumulátoru umožňu-
je celodenní užívání bez dobíjení.
Podélné a příčné naklápění lož-
né plochy lehátka usnadňuje my-
tí pacientů ze všech stran, takže
lůžko plně vychází vstříc potře-
bám trhu. Pro větší komfort pa-
cienta je součástí lehátka i na-
fukovací polštář. Elektromotory
chrání před vlhkostí designové
plastové kryty. Odtoková hadice
je umístěna v nožní části lehát-

ka. Lehátko je pro pacienta poho-
dnější a personálu ušetří spou-
stu každodenní námahy.

Tradiční i nová teritoria

„PROMA REHA je výhradně čes-
kou společností, která oslovu-
je stále nové trhy,“ říká její ře-
ditel. „Jsme rádi, že působíme
v Polsku, Rusku, Rumunsku,
Bulharsku, Itálii, Portugalsku,
Spojených arabských emirátech,
Saúdské Arábii a řadě dalších ze-
mí. Na veletrzích MEDICA utu-
žujeme přátelské vztahy ve sou-
časnými klienty a navazujeme
nové. Na letošním ročníku jsme
v tvrdé mezinárodní konkuren-
ci jako jediní zástupci České re-
publiky ve svém oboru představi-
li ze všech vystavovatelů nejvíce
novinek a dokázali tak naši zemi
dobře reprezentovat. Na veletrhu
jsme uzavřeli zajímavé kontrakty
a několik výhradních zastoupení
pro další teritoria,“ shrnuje Ra-
dek Jakubský.

(akt)

ODBORNÉ AKCE

Kongres s tématem neexistujícího oboru: Dítě ani dospívající dívka nejsou zmenšené ženy

Problematika gynekologie dětí a dospívajících je stále žhavým tématem. Proto se tomuto tématu (stejně jako loni) věnoval i letošní, již XXVI. kongres České lékařské společnosti JEP, který proběhl v rámci akce Medical Fair 17. října na brněnském výstavišti. Odbornou náplní setkání byly specifické aspekty gynekologické péče o děti a dospívající.

Je třeba si uvědomit, že dítě ani dospívající dívka nejsou zmenšené ženy. Dětská gynekologie je dnes ovšem „hobby“, neboť jako primární obor 604 byla zrušena. Zdravotní pojišťovny odmítají s dětskými gynekology uzavírat smlouvy, podle nich jde o neexistující obor. Je tedy třeba, aby se dětská gynekologie vrátila do akreditovaného systému vzdělávání v oboru gynekologie,“ řekl na úvod předseda České společnosti gynekologie dětí a dospívajících ČLS JEP prof. MUDr. Jan Hořejší, DrSc., z Gynekologicko-porodnické kliniky 2. LF UK a FN Motol. Tuto neutěšenou situaci nyní dle svých slov intenzivně řeší s ministrem zdravotnictví.

Dětský lékař v první linii kontaktu

Profesor Hořejší dále připomněl úlohu pediatra jako linii prvního kontaktu s gynekologickými problémy a onemocněními. Má-li dospělá žena jakékoli gynekologické potíže, vyhledá gynekologa. Má-li je mladá dívka, měla by s ní matka navštívit dětského lékaře, na kterém je, aby si dokázal všimnout symptomů gynekologického onemocnění. Pediatr se tak ve své ordinaci může setkat se synechiemi vulvy, výtoky, bolestmi břicha a u starších dívek s poruchami nástupu a nepravidelnostmi menstruačního cyklu.

Výtok není onemocnění, ale příznak, že může jít o vulvovaginitis. Etiologie a klinický obraz vulvovaginitid se výrazně změnila estrogenizací v pubertě a po zahájení pohlavního života. U deflorovaných, pohlavním životem žijících dívek je problematika vulvovaginitid shodná s touto problematikou u dospělých žen. Diagnóza vulvovaginitid se zjišťuje kultivací z pochvy, vzorky by měly být odebrány pomocí vaginoskopu, což je pro dítě nejméně škodlivé.

Mezi etiologická *agens* u dětských výtoků může patřit střevní flóra, streptokoky, stafylokoky a gonokoky. Velmi ojediněle kvasinky, ale ty jen v případě diabetu, po masivní léčbě antibiotiky nebo při nástupu předčasné puberty. Streptokoky bývají nalezeny v případě



Foto: AMCA, spol. s r. o.

celkových infekcí, dítě si spíše než na výtok stěžuje na pálení v oblasti vulvy. Výskyt stafylokoků souvisí s častým dotýkáním se genitálu či se zaváděním cizích předmětů do něj. Na přítomnost cizího tělesa v pochvě u jinak zcela zdravého dítěte může ukazovat náhlý masivní hnisavý a páchnoucí výtok. Autor sdělení velmi zdůraznil, že antimykotika nepatří mezi léky první volby při dětském výtoku. Výskyt chlamydií pak lékaře přivádí k podezření na pohlavní zneužívání dítěte.

Dalším problémem, s nímž se dětský lékař setkává, je synechie vulvy neboli srůst protilehlých sliznic poševního vchodu. Může jít o synechii ventrální, nejčastěji dorzální, vzácně se objeví i synechia media. Je-li onemocnění ve stadiu konglutinace, srostlé části lze oddělit dvěma palci. Pevnější synechie je nutno řešit chirurgicky. Avšak při dobré péči o rodidla, kdy se od sebe stydké prsty alespoň jednou denně oddálí při umývání prsty, nemůže synechie vulvy vzniknout.

Gynekologický původ bolesti

Chronická a recidivující bolest je dalším symptomem, s nímž se dětský lékař setkává. „Dívky s těmito problémy se pohybují mezi pediatrem a chirurgem a stane se, že v diferenciativní diagnostice se nemyslí na možnost gynekologického původu těchto obtíží. Zejména v klidovém období, kdy dívka

není pod vlivem pohlavních hormonů,“ uvedla MUDr. Hana Kosová, Ph.D., z pražské kliniky JL.

„Často se setkáváme s rezistencí v oblasti *adnex* a s jejími komplikacemi, například torzí. Mezi nejčastější příčiny bolesti v podbřišku v klidovém období řadíme vulvovaginitidy, kdy z příznaků nemusí dominovat výtok, který často ujde pozornosti. Dítě trpí opakujícími se záněty močových cest, zdrojem obtíží může být chronická vulvovaginitis. Velkým problémem může být torze *adnex*, jejíž průběh není v tomto období u děvčátka typický. Recidivujícími bolestmi v podbřišku se mohou prezentovat také tumory *adnex*. V tomto období se setkáváme s recidivujícími bolestmi souvisejícími s menstruačním cyklem, je však nutno myslet i na možnost endometriózy. Obtížné diagnostikovatelná i léčitelná je chronická *adnexitis*, která se vyskytuje nejčastěji v období dospívání. Bylo prokázáno, že *adnexitis* následovala po *appendicitis* v 86 procentech případů. I z těchto důvodů se snažíme prosadit, aby každá pacientka po *appendektomii* byla vyšetřena dětským gynekologem, protože hlavní konsekvencí tohoto onemocnění je riziko pro budoucí plodnost pacientky. Pro správnou diagnostiku je třeba využít správné vyšetřovací metody, například vaginoskopii, důkladné gynekologické palpační vyšetření *per rectum* a specializované ultrazvukové vyšetření se zaměřením

na malou pánev, jež by měl provádět odborník erudovaný v oboru dětské gynekologie,“ zdůraznila doktorka Kosová.

Civilizační psychosomatická onemocnění

Poruchy příjmu potravy lze označit jako civilizační psychosomatická onemocnění, jejichž počátek je v typické formě dán psychickými faktory, následně pak významně ovlivňují somatický stav pacientky. Postihují dívky a mladé ženy v poměru asi deset ku jedné k chlapcům a mužům.

Desátá revize Mezinárodní klasifikace nemocí rozlišuje jako základní poruchy příjmu potravy mentální anorexii (MA) a mentální bulimii (MB). U MA je jedním z důležitých příznaků amenorea, případně opoždění puberty u dětí. U MB bývají přítomny nepravidelnosti menstruačního cyklu, v závislosti na kolísání hmotnosti. Vzhledem ke svému psychosomatickému charakteru onemocnění vyžaduje spolupráci psychiatra, pediatra a internisty, dále gynekologa, dermatologa či stomatologa. „Předmětem spolupráce psychiatra s gynekologem jsou endokrinní změny, které se projevují především amenoreou. V dřívějších dobách, kdy nemoc nebyla tak rozšířena, býval tento symptom tím prvním, co vzbudilo pozornost rodičů a vedlo k návštěvě gynekologa, který nezdávka vyslovil

podezření na poruchu příjmu potravy,“ řekl primář Dětské psychiatrické kliniky 2. LF UK a FN Motol MUDr. Jiří Koutek, Ph.D.

„Dříve jsme v léčbě byli v určitém rozporu. Gynekolog při zjištění amenorey hned nasazoval substituční hormonální terapii, psychiatři se zase domnívali, že prvotní je psychiatrická léčba a nárůst váhy a poté se cyklus spontánně upraví. Dnes jsme dosáhli určitého kompromisu, kdy se gynekologické vyšetření a případná substituční terapie indikují až poté, co dívka dosáhne určitého vzestupu hmotnosti z těžké kachexie. U řady pacientek amenorea přetrvává i po normalizaci hmotnosti. Substituční terapie přináší jisté psychologické problémy. Může nastat situace, kdy dívka tuto léčbu odmítá. Výsledek terapie vede k obnovení cyklu, dívky pak mají pocit, že jsou zdravé, a již tedy dále nemusejí zvyšovat hmotnost,“ dodal primář Koutek.

Hormony nejsou bonbony

„S poruchami příjmu potravy či přímo s mentální anorexií se gynekolog setká, když dospívající dívka přijde pro sekundární amenoreu. Při této poruše se proto gynekolog musí zajímat i o hmotnost a její případnou redukci, jež amenoree předcházela,“ uvedl profesor Hořejší. Je nutno se starat o dostatečnou estrogenizaci, která pomůže nejen obnovit menstruační cyklus, ale je také prevencí hypoplazie dělohy a je důležitá i pro dostatečnou mineralizaci kostry a prevenci pozdější osteopenie či osteoporózy. Demineralizace je nevratná. Hormonální léčba je třeba provádět kontrolovaně a přísně individualizovaně (*tailor-made therapy*), protože „hormony nejsou bonbony“, jak podotkl prof. Hořejší.

A kdy zahájit hormonální léčbu? „Ihned po zvládnutí metabolického rozvratu a ubývání na váze. Podle zkušeností víme, že zavedení rozumné hormonální léčby napomůže i realimentaci. Zásadně nesouhlasíme s léčbou amenorey podáváním hormonální antikoncepce. Tuto roli gynekologa by měl přejmout pediatr a dětský psychiatr nejen tolerovat, ale přímo ji vyžadovat,“ dodal gynekolog.

Včasný záchyt pacientek s PPP

Ve FN Ostrava již od března 2010 pracuje mezioborová skupina za-

měřená na léčbu dívek s poruchami příjmu potravy a menstruačního cyklu (dětská psychiatrie, pediatrie, dětská gynekologie, spolupráce s dětskou psychologou) s cílem koordinovat péči a informovat odbornou veřejnost. Iniciátorkou vzniku této mezioborové skupiny byla MUDr. Andrea Polová z ambulance dětské a dorostové gynekologie při Porodnicko-gynekologické klinice LF OU a FN Ostrava. „Úloha dětského gynekologa spočívá ve včasné zachytu při prvních projevech mentální anorexie. Důležitá je spolupráce rodiny a mezioborová spolupráce (gynekolog, pediatr, internista-nutricionista, psychiatr, psycholog). Terapie musí být komplexní, její součástí je správné míření a dávkovaná hormonální substituce,“ informovala MUDr. Polová. Cílem hormonální léčby je nejnižšími účinnými dávkami estrogenů při dlouhodobém hypoestrinním stavu navodit stav normoestrinní. Terapii je vhodné zahájit co nejdříve po zástavě hubnutí, nejpozději při amenoree se známkami hypoestrinismu delší 6 měsíců. Důležitá je podpora růstu dělohy, podpora somatosexuálního vývoje, obnovení menstruačního cyklu, urychlení zvýšené tělesné hmotnosti a zlepšení kostní přestavby.

Ze závěrů zmíněné mezioborové pracovní skupiny vyplývá, že v letech 2011 a 2012 došlo k nárůstu počtu pacientek, ale i ke zlepšení úspěšnosti v péči a léčbě. V roce 2010 bylo diagnostikováno 7 nových případů MA u dívek od 12 do 19 let. V roce 2011 bylo s podezřením na MA po váhové úbytku a s poruchou menstruačního cyklu vyšetřeno celkem 28 dívek ve věku 12–19 let, u 19 z nich byla MA diagnostikována. Do konce srpna 2012 pak byla zjištěna u dalších 13

dívek ve věku 14–19 let. Úloha gynekologa a pediatra se pro včasný záchyt pacientek ukázala jako stěžejní. U těchto diagnóz byla psychiatrická diagnostika a léčba nezbytná.

Být pro ana znamená být křehká víla

Místopředseda České společnosti gynekologie dětí a dospělých ČLS JEP MUDr. Miroslav Havlín z ADC Sanatoria v Praze se ve svém sdělení zaměřil na problematiku mentální anorexie z pohledu pacientek.

„Je mi 15 let. Měřím 165 cm a vážím 56 kilo. Moje cíle jsou 45 kilo a doufám, že to s vámi zvládnou. Rozhodla jsem se, že budu ANOREKTIČKA.“ Jedna z milionů citací z takzvaných *pro ana* blogů dívek s mentální anorexií (mužské blogy tohoto typu jsou vzácné). Zde si pacientky prostřednictvím internetu vyměňují zkušenosti a rady s hubnutím a prozrazují tak své názory a postoje.

Obsah blogů bývá podle doktora Havlína podobný. V motivační části se obvykle objevuje tzv. dopis od *any*, který obsahuje citátý typu: „Anorexie není dieta, ale životní styl. Raději mrtvá než tlustá. Hlad bolí, ale hubenost za to stojí.“ Dále jsou zde sdíleny rady a triky jak hubnout a jak zakrývat hmotnostní úbytek a s tím spojené obtíže: „Jez nahá před zrcadlem. Každé sousto zapij vodou. Nauč se milovat ten prázdný pocit v žaludku.“ Část blogů se zabývá dietními opatřeními („Celý banán? Sebevražda!“) a příklady jídelníčků a potravinových náhražek (pití zeleného čaje, nadměrné užívání psyllia a laxativ).

Tyto blogy jsou zajímavým a užitečným zdrojem informací o myšlení a chování dívek s mentální anorexií pro zdravotníky, kteří se

problematikou zabývají, pedagogy, psychology a sociální pracovníky, ale i pro rodiče pacientek. Stačí do vyhledávače zadat heslo „pro ana blog“.

Neodpírejme antikoncepci mladým dívkám

Doktor Havlín ve svém dalším sdělení, tentokrát zaměřeném na antikoncepci mladistvých, shrnul dvacetileté zkušenosti s činností Antikoncepční poradny pro mladistvé v Praze, kterou dosud prošlo 4870 pacientek ve věku 15–20 let. Ze zkušeností poradny vyplývá, že ubývá nežádoucích gravidit a díky osvětě je u dívek patrná vyšší míra znalostí o antikoncepčních metodách. V souladu s evropskými trendy ubývá zájmu o nehormonální metody, stoupá také zájem o netabletové formy hormonální antikoncepce. Přednášející ovšem zároveň zmínil, že internet může stran informacím váhat, k pacientkám je však třeba volit vstřícný přístup a věnovat dostatek času jejich poučení. Připomněl, že hormonální antikoncepce má i řadu léčebných efektů, jako jsou regulace cyklu, léčba premenstruačního syndromu, omezení výskytu hlubokých pánevních zánětů a ovariálních cyst, může též pomáhat při léčbě akné.

Závěrem shrnul, že mladým dívkám není třeba hormonální antikoncepci odpírat a s jejím nasazením váhat, k pacientkám je však třeba volit vstřícný přístup a věnovat dostatek času jejich poučení. Připomněl, že hormonální antikoncepce má i řadu léčebných efektů, jako jsou regulace cyklu, léčba premenstruačního syndromu, omezení výskytu hlubokých pánevních zánětů a ovariálních cyst, může též pomáhat při léčbě akné.

Sexuální zneužívání – špička ledovce

„Případů sexuálního zneužívání je zřejmě více, než si je většina z nás schopna připustit,“ upozornil doc. MUDr. Peter Koliba,

CSc., z gynekologické ambulance Gynartis v Ostravě. V České republice se počet týraných a zneužívaných dětí ve věku do 18 let odhaduje ročně na 25–50 tisíc. Ze statistik je přitom patrné, že se přichází jen asi na 5 tisíc případů ročně.

Touto problematikou se u nás zabýval profesor Jiří Dunovský, který definoval syndrom CAN (*child abuse and neglect*) jako soubor „nepříznivých znaků ve stavu, vývoji dítěte i jeho postavení ve společnosti, především v rodině. Je výsledkem úmyslného ubližování dítěti způsobeného nejčastěji jeho nejbližšími vychovateli, hlavně rodiči.“

Sexuologové Petr Weiss a Jaroslav Zvěřina zjistili, že zkušenosti se sexuálním zneužíváním prošlo 4,6–7,1% mužů a 8,7–10,4% žen. Většina zneužití byla nepenetrativní povahy. Policii bylo z těchto případů nahlášeno jen minimum. Podobný výzkum provedlo koncem 90. let také sdružení Linka bezpečí. Z reprezentativního vzorku 1112 osob bylo zjištěno, že některou z forem sexuálního zneužití v dětství potvrdilo 33% žen a 17% mužů. Více než polovina zneužitých uvedla opakovanou zkušenost.

Vyšetření oběti zneužití

Postup gynekologa při vyšetřování by se měl řídit metodickými opatřeními „Forenzní vyšetření zevních rodidel a hymenu“ a „Postup lékaře při poskytování zdravotní péče osobám ohroženým domácími násilím“. Součástí postupu je anamnéza (bez přítomnosti jiných /dítěti blízkých/ osob – jde o dotazy zaměřené na zjištění okolností vzniku poranění, přesné časové údaje, zjištění nebo vyloučení znásilnění) a dále samotné vyšetření (ve spolupráci s ostatními odborníky – mělo by

být vyloučeno požití omamných látek a vyloučeno či potvrzeno znásilnění). Poté je doporučeno kontrolní vyšetření s odstupem. Důležitá je učinit přesný záznam do zdravotnické dokumentace. Týraní nebo zneužívání dítěte v rodině musí lékař také oznámit příslušnému orgánu sociálně-právní ochrany dětí, státnímu zástupci nebo policii.

Samotné gynekologické vyšetření nesmí opomenout odběr z pochvy na důkaz přítomnosti spermatu. Dále je nutno přesným popisem, nákresem či fotografiemi zaznamenat stopy fyzického násilí a zajistit stopy, jako jsou krev, sliny, oblečení a biologické stopy, zaznamenat trhliny, popsat umístění defloracních zářezů, jejich hloubku a stav hojení, posoudit čerstvé trhliny (zakrvavené okraje). Po vyšetření s odstupem několika dní se v hymenu objeví zářezy v podobě jizev sahajících do linie poševní sliznice v typických lokalizacích. Jistými gynekologickými známkami jsou čerstvé lacerace a zhmožděny genitálu či hráze, narušení integrity hymenu až k bazální linii, průkaz spermií a gravidita.

Při vyšetření by se lékař neměl nechat ovlivnit rodinou či policií, vyšetřovat vždy v přítomnosti dalšího zdravotníka, provést důkladné vyšetření celého těla včetně genitálu, nález popsat a zdokumentovat, ale nečinít závěry. Dokumentace je pouze formou svědecké výpovědi. Zvlášť obezřetně by měl lékař postupovat v případech simulace násilí (studentky, psychicky nemocné ženy). Někdy se může jednat o dobrovolný styk a následné oznámení nebo manželské neshody. Pozor také na účelové reakce, takzvané „domáhání se svých práv“, a na vymyšlení nepravdivých příběhů u dětí.

Markéta Mlkšová

Nelékařské obory berou výzkum útokem

Fakulta zdravotnických věd Univerzity Palackého (FZV UP) zahájila projekt „Podpora lidských zdrojů ve vědě a výzkumu nelékařských zdravotnických oborů“. Projekt zastřeší vznik i činnost excelentního Centra vědy a výzkumu nelékařských zdravotnických oborů na Fakultě zdravotnických věd.

Problémem nelékařských zdravotnických oborů v Česku je nedostatek vysoce fundovaných lidských zdrojů a příležitostí k jejich rozvoji v oblasti vědy a výzkumu.

„S ohledem na fakt, že zdravotnické obory dosud v českém kontextu neměly výraznou příležitost se vědecky rozvíjet, nejsou jejich nynější výstupy uspokojivé. Jedním z cílů projektu je snaha, aby tyto obory obstály v konkurenci.

Je proto nezbytné zdokonalit jejich vědecký výkon. Díky projektu vznikne na FZV tým odborníků s vědeckým potenciálem pod vedením dvou zahraničních expertů, kteří společně vytvoří personální základ Centra vědy a výzkumu nelékařských zdravotnických oborů,“ uvedla hlavní řešitelka projektu doc. PhDr. Jana Marečková, Ph.D., z Ústavu ošetřovatelství FZV UP.

Skupinu vědců tvoří sociologo-

vé, metodologové a především představitelé ošetřovatelských věd, fyzioterapie a porodní asistence. Vědci z FZV UP by měli získávat přímé zkušenosti od kolegů v zahraničí a na konferencích a workshopch v USA, Velké Británii, Austrálii, Francii nebo Itálii představí olomoucký výzkum.

Udržet ve vědě krok

Projekt usiluje o zvýšení vědec-

kých kompetencí akademické obce FZV UP právě v oblastech metodologie vědy, tvorby projektových žádostí, výzkumu a publikační činnosti, aby nelékařské zdravotnické vědy mohly do budoucna „držet krok“ s tradičními vědními obory.

Jak doplnila Jana Marečková, práce projektu budou navíc zaměřeny na diagnostiku, intervence a sledování výsledků ošetřovatelské a porodně asistenční péče, na

rozvoj vědeckých postupů ve výzkumu motoriky, zdokonalení výzkumu kineziologické laboratoře, *evidence based practice*, tvorbu systematických přehledů a rozvoj excelentních vědeckých poznatků v českém i zahraničním kontextu.

Vzdělávací akce v rámci projektu budou cílit na sociální a psychologickou metodologii a ke vzdělávání o vědě a výzkumu. Jedním z cílů projektu je také tvorba nových studijních textů a odborného poradenství k metodologii výzkumu pro akademické pracovníky Fakulty zdravotnických věd UP.

(klu)

Gunaprevac v prevenci chřipky a chřipkovitých onemocnění

Následující sdělení přináší výsledky srovnávacího hodnocení přípravku Gunaprevac a chřipkové vakcíny v prevenci chřipkového syndromu v dětském věku.

Chřipka a chřipkovitá onemocnění představují nejen zdravotnický, ale i sociální a ekonomický problém. Proto je důležitá prevence těchto chorob. Zajímavým příspěvkem k řešení této problematiky je prospektivní multicentrická randomizovaná kontrolovaná studie italských pediatriů M. Colomba, G. Rigamontiho, M. L. Danzy a A. Bruna, ve které autoři porovnávali účinnost chřipkové vakcíny, multikomponentního přípravku Gunaprevac a kombinace obou metod v prevenci chřipkového syndromu u dětí. Jako kontrola sloužila skupina dětí, kterým nebyl podáván žádný přípravek. Studie byla publikována v časopisech *Physiological Regulating Medicine* a *Biotherapeutics*.

Antigenní shift a drift

Chřipka je epidemickým onemocněním. Každý rok chřipkový virus nakazí miliony lidí. Děti do 6 let jsou virovými infekcemi ohroženější z důvodu nezralosti jejich imunitního systému. Mezi nejběžnější komplikace chřipky patří zánět středního ucha, bakteriální sinusitida a sekundární bakteriální pneumonie způsobená bakteriemi, např. *Haemophilus influenzae*.

Chřipkový virus je charakterizován velkou antigenní variabilitou (antigenní shift a drift), která se projevuje především u typu A. Antigenní shift je častý typ genotypového přeskupení, při němž dochází k náhradě segmentů virového genomu segmenty chřipkových virů z rezervoáru zvířecí infekce; to se obvykle stává v případě pandemií. Antigenní drift je typ mírné antigenní odchylky, která se obvykle projevuje v obdobích mezi pandemiemi.

Chřipková vakcína

Vakcína proti chřipce stimuluje protilátkovou imunitní odpověď, která se vyznačuje specifícností a pamětí. Z toho plyne nižší preventivní účinnost s ohledem na antigenní shift nebo drift. Vakcína má u dětí průměrnou účinnost 68 %, u dospělých nižší. Oč-



Ilustraci foto: Shutterstock

kování nechrání proti kmenům chřipkových virů odlišným od těch, ze kterých je vakcína připravena, ani proti dalším virům, jež způsobují respirační onemocnění s příznaky podobnými chřipce (zoo antigenně odlišných virů, např. viry parainfluenzy, adenoviry). Omezením vakcinace je i nedokonalá stimulace slizniční a buněčné imunity. I když je procento nežádoucích příznaků po očkování vakcínou proti chřipce velmi nízké, byly zaznamenány nežádoucí účinky jak lokální (kožní reakce), tak systémové (horečka, bolest hlavy, bolest svalů, zimnice).

Gunaprevac pro prevenci i léčbu

Gunaprevac je kombinovaný léčivý přípravek s imunomodulačním a sliznice stabilizujícím účinkem. Vyvolává primární buněčnou imunitní odpověď, tím je obcházen problém antigenní proměnlivosti chřipkového viru. Obsahuje komponenty zaměřené na stimulaci imunity a složky zajišťující dlouhodobou stabilizaci slizniční integrity při preventivním podání a kontrolu sympto-

mů v rámci léčebné strategie. Látky jsou v přípravku obsaženy v nízkých farmakologických koncentracích, jež zajišťují preventivní a terapeutické působení při vysoké bezpečnosti.

Do první skupiny patří *Anas barbariae* (extrakt z kachních jater a myokardu obsahující antigeně působící segmenty virových partikulí). Působí protivirově stimulací cytotoxických T lymfocytů a NK buněk s následnou cytolýzou buněk napadených viry. Směs sérotypů inaktivované bakterie *Haemophilus influenzae* posiluje protibakteriální imunitu prostřednictvím stimulace Th₁ lymfocytů. Extrakt z toliity lékařské (*Asclepias vincetoxicum*) stimuluje vrozenou imunitu prostřednictvím makrofágů s následnou produkcí protivirově působícího interferonu gama. Extrakt z *Echinaceae* má imunostimulační, protizánětlivý a antiseptický efekt. Druhou skupinu tvoří složky s preventivním, sliznici stabilizujícím účinkem, umocněným přítomností aktivovaných cytotoxických lymfocytů, tvořících 80 % všech lymfocytů v epitelu sliznic. Ve fázi již probíhají-

cího onemocnění pak tyto látky ovlivňují symptomy. Preventivní dávkování (1x týdně) vede ke stabilizaci sliznic, léčebné dávkování (každých 6-8 hodin až do odeznění příznaků) zmírňuje symptomy. *Cuprum metallicum* chrání sliznice před oxidativním stresem a tím je stabilizuje, navíc je účinné při myalgiiích. *Belladonna* přispívá k dekonstaci sliznic. Při léčbě se využívá jejího bronchospasmolytického efektu. Cis-akonitát, který je alkaloidem obsaženým v *Aconitum napellus*, napomáhá podporou tvorby buněčné energie k zachování integrity

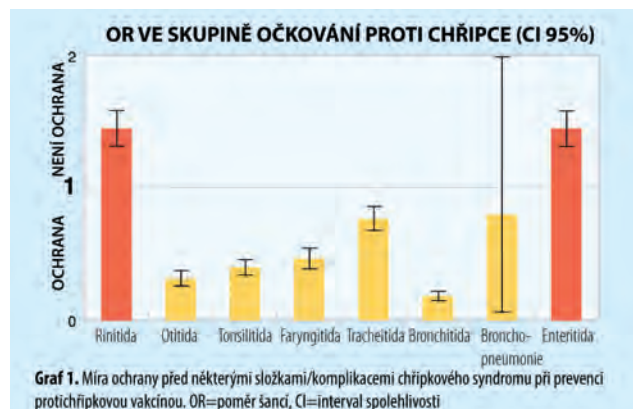
sliznic. Dále má tato složka analgetický a antipyretický účinek.

Klinická studie

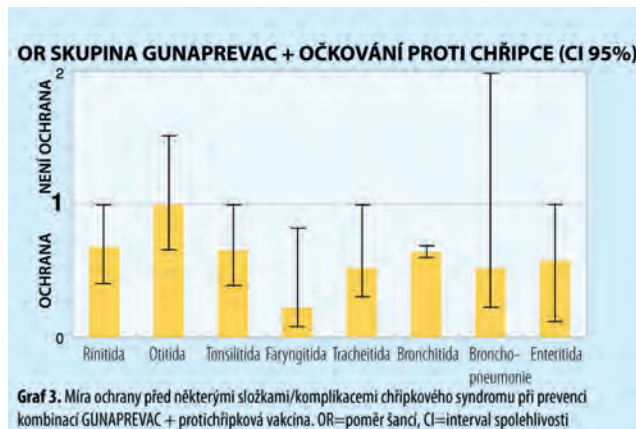
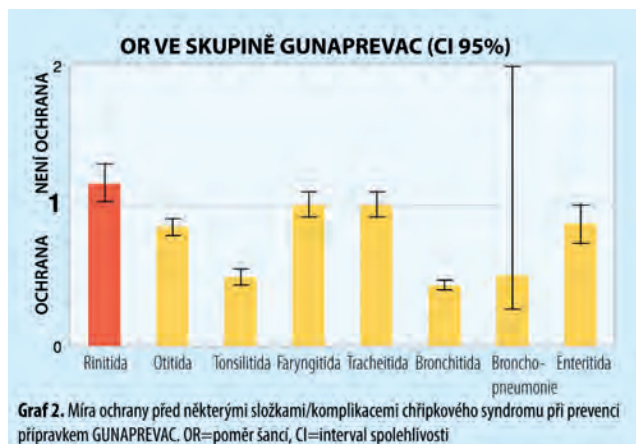
Studie měla tyto cíle: zhodnotit účinnost a bezpečnost přípravku Gunaprevac, vakcinace a jejich kombinace v prevenci chřipkových příznaků u dětí; zhodnotit vliv této léčby na nutnost antibiotické terapie a další parametry. Pro tyto účely byla připravena prospektivní multicentrická randomizovaná kontrolovaná studie se souborem 176 dětí ve věku 2-6 let v péči všeobecných pediatriů na čtyřech pediatrických klinikách v Miláně. Studie probíhala v období od října 2004 do února 2005.

Pacienti a metodika

Do studie byly zařazeny děti, které v předcházejícím roce prodělaly minimálně 4 chřipkové epizody nebo respirační infekce ve sledovaném období (říjen - únor). V době zahájení studie byly všechny zařazené děti v dobrém zdravotním stavu. Byly vyloučeny děti se závažnou poruchou imunity a léčbou imunosupresivou. Pacienti byli rozděleni na skupinu A (aplikace chřipkové vakcíny), skupinu B (podávání přípravku Gunaprevac), skupinu C (kombinace Gunaprevac + chřipková vakcína) a kontrolní skupinu D. Ve skupině A byla aplikována vakcína Vaxigrip Bambini Split, jež splňovala doporučení WHO pro severní polokouli a pokyny EU na sezóny 2002-2005. Vakcína byla injikována intramuskulárně nebo subkutánně ve 2 dávkách s odstupem 4 týdnů. Ve skupině B byl podáván Gunaprevac sublingválně 1x týdně, a to po dobu 8 týdnů. Ve skupině C byly oba



NOVINKY VE FARMAKOTERAPII



způsoby kombinovány. Byl sledován výskyt těchto onemocnění/průběhu příznaků: rinitidy, otitidy, tonsilitidy, faryngitidy, tracheitidy, bronchitidy, bronchopneumonie, enteritidy, zvracení, bolesti hlavy; byla hodnocena nutnost použití antibiotické léčby a další parametry související s účinností léčby (počet dní absence ve škole u pacientů, počet zameškaných dnů v zaměstnání u rodičů nemocných dětí apod.).

Výsledky

Studie prokázala, že u dětí ve skupinách A, B a C mají všechny postupy v porovnání s kontrolami zřejmý preventivní účinek. U každého z preventivních postupů se projevila rozdílná preventivní účinnost, pokud jde o jednotlivé klinické obrazy chřipkového syndromu (viz grafy 1-3). Procento epizod akutních respiračních infekcí, u kterých bylo třeba nasadit antibiotika, bylo u skupin A, B a C významně sníženo v průměru ze 65 na 40 %.

Nejvýraznější výsledky ve snížení nemocnosti přinesla vzájemná kombinace obou přípravků. Navíc všechny způsoby prevence významně snížily absence ve škole

a v zaměstnání (u rodinných příslušníků) a závažnost klinického průběhu u non-respondentů. U dětí užívajících Gunaprevac nebyly zaznamenány žádné vedlejší účinky, compliance dětí a jejich rodičů byla optimální. U chřipkové vakcíny byla zaznamenána jedna nežádoucí reakce.

Závěr

Studie ukázala, že přípravek Gunaprevac má v prevenci chřipkového syndromu srovnatelnou účinnost jako protichřipková vakcína. Může hrát důležitou roli v prevenci chřipkových a parainfluenzových infekcí. Toto působení lze vysvětlit imunoprolifakcím účinkem jeho komponent, a to i v případech častých antigenických driftů, charakteristických pro chřipkový virus. Zajímavé jsou rovněž výsledky svědčící pro synergické účinky kombinace chřipkové vakcíny a přípravku Gunaprevac. Je

to vysvětlitelné komplementárním mechanismem jejich účinku: na jedné straně protilátková imunostimulace v důsledku specifčnosti a velmi vysoké selektivity chřipkové vakcíny (ale také její „bezbrannost“ vůči virovému driftu), vedle toho pak imunostimulace zprostředkovaná buňkami u přípravku Gunaprevac, která poskytuje účinnou obranu i v případě virového driftu. Tyto mechanismy účinku, jak ukazuje výsledek studie, se vzájemně vhodně doplňují.

Zdroje:

Physiological regulating medicine 2009(1): 3-10, *Biotherapeutics* 2011(1): 25-29.

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

MUDr. Pavel Kostiuk, CSc.,
PharmDr. Lucie Kottářová,
Edukafarm, Praha



evropský
sociální
fond v ČR



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY



INVESTICE DO ROZVOJE VZDĚLÁVÁNÍ

Inzerce A121015618

GUNAPREVAC

EDUKAČNÍ MINIMUM

Anas barbariae hepatis et cordis extractum
tradiční protivirová obrana

Haemophilus influenzae
snižuje riziko
komplikací chřipky

Aconitum napellus
podpora tvorby ATP
antipyretický účinek

Asclepias vincetoxicum
stimulace přirozené imunity

Belladonna
antiedematózní účinek
spasmolytikum

Echinacea
stimulace přirozené imunity

Cuprum
podpora enzymatických procesů
antipyretikum, analgetikum

synergie



Účinné látky: Anas barbariae hepatis et cordis extractum 200K, Haemophilus influenzae 9CH, Asclepias vincetoxicum 5CH, Echinacea 3CH, Aconitum napellus 5CH, Belladonna 5CH, Cuprum 3CH. Pomocné látky: sacharóza, cca 1g. **Obvykle se užívá:** Děti od 2 let věku a dospělí: 1 dávka granulí 3x denně až do odeznění příznaků, preventivně 1 dávka granulí týdně po dobu 6 týdnů. **Děti mladší 2 let:** dle doporučení pediatra. **Způsob užití:** granule přímo vysypat pod jazyk, kde se nechají volně rozpustit. Nepřekračujte doporučenou dávku. **Nežádoucí účinky:** nebyly pozorovány. **Balení:** 6 dávek perorálních granulí (po 1g). Lék k vnitřnímu užití. Homeopatický přípravek bez schválených léčebných indikací. Přípravek je k dostání v lékárnách bez lékařského předpisu. Před použitím čtěte pozorně příbalovou informaci. Uchovávejte mimo dohled a dosah dětí.



Geriatric má dostatek následných lůžek, chybí lůžka akutní

V Brně se 16. listopadu konala konference s názvem „Všechno, co jste kdy chtěli vědět o stáří, ale báli jste se zeptat“ zaměřená na různé aspekty stáří a stárnutí, určená pracovníkům nelékařských profesí.

Na setkání v brněnském hotelu Continental se sešly sestry společně s dalšími zdravotnickými pracovníky z celé republiky. Program akce, již pořádaly Aesculap Akademie a Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, nabídl přednášky předních českých odbor-

níků z oblasti geriatric, praktického lékařství či etiky a pohled do praxe v oblasti péče o seniorickou populaci.

Jedním z motivů pořádání podobné akce pro zdravotníky je demografický vývoj v Česku. „Ještě před pěti lety tvořily osoby star-

ší 65 let necelých 15 procent obyvatelstva České republiky. Podle projekce demografického vývoje ČSÚ by to v roce 2030 mělo být už 23 procent. Tato skupina lidí bude tvořit velkou část pacientů a zdravotničtí pracovníci je budou mít ve své péči. Pro specifický přístup k nemocným seniorům bude nezbytné, aby pečující profese měly dostatek kvalitních informací a vědomostí z oborů gerontologie a geriatric,“ uvedla náměstkyně pro ošetrovatelskou péči Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně Jana Zvěřinová.

Chybí akutní geriatrická lůžka

Problematiky gerontologie a geriatric se týkalo vystoupení MUDr. Boženy Juraškové, Ph.D., ze III. interní gerontometabolické kliniky LF UK a FN Hradec Králové. „Geriatr je odborník, který by měl komplexně zhodnotit seniora s jeho riziky, jako je například malnutrice, dehydratace či snížená mobilita, vzít v úvahu jejich etiologii a hlavně jak a kde o pacienta pečovat. Z pohledu geriatric mluvíme o seniorech jako o křehkých jedincích. Rizika je třeba objasnit i nelékař-

ským profesím, aby zdravotníci věděli, na která se mají zaměřit, a jak jim bránit,“ uvedla MUDr. Jurašková.

S ohledem na kvalitu života seniorů by podle ní měla být preferována hlavně akutní geriatric. „Tady jsou u nás rezervy – máme hodně zařízení následné péče i LDN, ale chybí lůžka, kde se řeší akutní problémy a kde lze pro seniory udělat v krátké době maximum, aby se v co nejmenším počtu dostávali do péče následné,“ dodala doktorka Jurašková.

Dnešní rodina je křehká

Vedle medicínských témat se na konferenci objevily i obecnější pohledy na stáří. Komplexně o nich promluvila prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc., z Fakulty humanitních studií UK ve sdělení nazvaném „Mýty o stáří, etické aspekty péče o pacienty v seniorském věku“. Zmínila například mýtus o tom, že se o seniory nestarají jejich rodiny. „Rodiny o seniory pečují, ale za extrémní zátěže pečujících žen, které se k tomu starají ještě o děti, jež třeba studují, a současně i o nemocné rodiče,“ uvedla profesorka Haškovcová.

Dále hovořila o tom, že výrazně poklesla mezigenerační solidarita – lidé mladšího a středního věku pracují a na péči o seniory nemají čas, situaci zhoršují i proměny evropské a české společnosti. „Dnešní rodina je velmi křehká, běžné jsou opakované sňatky, nesezdaná partnerství, lidé volí život jako singles, otázkou také je, co v péči o seniory přinesou registrovaná partnerství,“ podotkla Helena Haškovcová, podle níž dochází k „demontáži sociálního státu“ a v sociálním sektoru se objevuje „zákaznický model“. Konference se věnovala i tématům souvisejícím s trendy rostoucí nespravedlnosti v oblasti zdraví a krátících se výdajů za příčiněných finanční krizí. „Díky moderní medicíně se lidé dožívají stále vyššího věku, kvalita jejich života je ovšem přímo závislá nejen na zdravotním stavu, ale rovněž na společenském postavení. Starých lidí přibývá a ze sociálního hlediska je velmi důležité pochopit jejich problémy, upozornit na ně a hledat smysluplná řešení. Věříme, že společně s odborníky najdeme odpovědi na některé otázky a pomůžeme dnešním i budoucím seniorům k lepším životním podmínkám,“ uzavřel RNDr. Martin Kalina, Ph.D., z pořádající Aesculap Akademie.

David Daniel



Ilustrační foto: Shutterstock

Nová možnost léčby epilepsie – pomocí diety

Po dvou letech příprav, spojených se školením týmu lékařů a nutričních terapeutů, přichystala Klinika dětské neurologie LF MU a FN Brno jako první pracoviště na Moravě pro své pacienty terapii ketogenní dietou. Cílem je zlepšení průběhu farmakorezistentních typů epilepsie.

V brněnském Centru pro epilepsie se lékaři budou věnovat přípravě pacientů na přechod ke ketogenní dietě, což vyžaduje minimálně týdenní hospitalizaci, během níž malí pacienti a jejich rodiče absolvují instruktáž o způsobu přípravy jídel a o podstatě diety. „Dítě bude pravidelně klinicky kontrolováno, budou prováděny odběry krve, a pokud bude dieta bez problémů snášet a budeme si jisti, že rodina režim zvládne, pak je propustíme domů a dále budou probíhat neurologické kontroly a EEG kontroly ke zjištění efektu diety,“ vysvět-

luje doc. MUDr. Hana Ošlejšková, Ph.D., z Centra pro epilepsie FN Brno.

Přesná diagnostika konkrétních případů

Ketogenní dieta je léčebnou možností některých vhodných dětí (i dospělých) s farmakorezistentní epilepsií, u nichž neúčinkují antiepileptika a také u nich nelze aplikovat chirurgický zákrok. Principem této diety je speciální strava s vysokým obsahem tuků, normálním obsahem bílkovin a velmi nízkým obsahem cukrů, navíc je při její aplikaci

omezen i kalorický příjem a příjem tekutin. Dieta působí snížení nebo úplné vymizení epileptických záchvatů dlouhodobým udržením ketózy (metabolickou změnou vnitřního prostředí, jež je důsledkem změny složení stravy). Nadměrné množství ketolátek pak slouží jako náhradní energetický zdroj pro mozkové buňky.

Podmínkou přístupu k léčbě prostřednictvím ketogenní diety však musí být velmi dobrá diagnostika konkrétních případů epilepsie – například pokud je zjištěna příčina typu vrozené vý-

vojové vady mozku, kterou není možno operovat. Podle docentky Ošlejškové musí být rozhodně pečlivě prověřeny a vyloučeny všechny vrozené vady metabolismu, mimo jiné porucha beta-oxidace mastných kyselin, ale i další, jejichž projevem také může být farmakorezistentní epilepsie. Ketogenní dieta by totiž mohla zdravotní stav těchto pacientů ještě zhoršit.

Dieta snižuje počet záchvatů

Epilepsie výrazně snižuje kvalitu života nemocných dětí i do-

spělých a jejich rodin. Špatně léčená dětská epilepsie s opakovaným výskytem nepotlačených záchvatů má navíc nezpochybnitelný negativní vliv na kognitivní vývoj dítěte s výsledkem snížení intelektu a je příčinou řady behaviorálních poruch. Četnost epilepsie v dětské populaci je vysoká, obvykle je udávána prevalence mezi 1 a 3% (nejvyšší v novorozeneckém věku – až 5%). Počet farmakorezistentních pacientů je přitom vysoký.

Praxe jednoznačně ukazuje, že terapie ketogenní dietou bývá úspěšná. U více než poloviny pacientů (50–60%) se dosahuje až 50% redukce záchvatů, počet pacientů, u kterých bylo léčbou dosaženo plné kompenzace, pak činí 8–15%.

David Daniel

Přehled výsledků resekce jater pro HCC v raném stadiu

Nová metaanalýza vyhodnotila dlouhodobé výsledky a přežití pacientů s hepatocelulárním karcinomem (HCC) spadajícím do Milánských kritérií po chirurgické resekci, které byly publikovány v posledních deseti letech (mezi lednem 2000 a prosincem 2010).

V průzkumu literatury na PubMed bylo použito Cochranovy systematické revizní metodologie. Primárním závěrem bylo celkové přežití, sekundární závěry zahrnovaly operační mortalitu a délku přežití bez recidivy nádoru. Z analýzy byly vyloučeny studie zaměřené na geriatric-

kou nebo pediatričskou populaci, podskupinu solitárních nádorů podle Milánských kritérií, dále studie náhodně objevených nádorů, kazuistiky, abstrakta z konferencí a studie s převahou cirhózy 3. stupně nebo neurčeného stadia podle Childovy-Pughovy klasifikace.

Větší délka přežití

Ze 152 prací mohlo být vyhodnoceno 27 retrospektivních studií a 2 randomizované klinické zkoušky. Z výsledků vyplynulo, že 27–81% pacientů přežilo 5 let, z toho 21–57% bez recidivy. V analýze dat se projevovala tendence lepšího přežití v pozděj-

ších letech zkoumaného desetiletí. Pooperační mortalita dosahovala 0–5%.

Vyhodnocením těchto dat autoři analýzy došli k závěru, že chirurgická resekce u pacientů s HCC spadajícím do kritérií Milánské klasifikace a s dobrou funkcí jater vede – zejména v posledních

letech – ke stále stoupající délce celkového přežití, i když recidiva je poměrně častá.

Pozn.: Milánská kritéria jsou používána při rozhodování o transplantaci jater. HCC musí být menší než 5 cm, pokud je solitární, nebo může jít až o 3 tumory, z nichž každý je menší než 3 cm v průměru a pacient nemá mimojaterní tumor ani invazi do krevních cév.

Childova-Pughova klasifikace (3 stupně) vyhodnocuje jaterní funkci a je založena na hodnotách bilirubinu, albuminu v séru, PT nebo INR, přítomnosti ascitu a encefalopatie.

(Zdroj: British Journal of Surgery)

(mls)

Nová strategie pro efektivní eliminaci rakovinných kmenových buněk

Nádorové kmenové buňky hrají klíčovou roli v resistenci a recidivě zhoubných nádorů a jejich eliminace je nezbytná, aby bylo dosaženo zlepšení výsledků léčby.

Spolupráce výzkumníků na univerzitách v jihočínském Kantonu a americkém Texasu ukázala, že kmenové buňky glioblastomu rezistentního vůči léčbě karmustinem a temozolomidem mají nízkou mitochondriální respiraci a vysokou glykolytickou aktivitu a jsou velmi senzitivní na glykolytický inhibitor 3-bromo-2-oxopropionát-1-propylester (3-BrOP), zejména v hypoxických podmínkách. Kombinace 3-BrOP s karmustinem,

ale nikoli s temozolomidem, dosáhla markantního synergického účinku a efektivního zničení buněk glioblastomu rapidní degradací buněčné ATP a inhibicí oprav DNA (způsobenou karmustinem). Tato kombinace nejen podstatně omezila tvorbu tumoru *in vivo*, ale vedla také k celkovému přežití myši po ortotopické inokulaci kmenových buněk glioblastomu. Další studie ukázala, že 3-BrOP s karmustinem utlumí tvorbu gly-

ceraldehyd-3-fosfát dehydrogenázy a způsobuje krizi v zásobě energie pro kmenové buňky glioblastomu. Výsledky této studie vedou k závěru, že kmenové buňky glioblastomu jsou vysoce glykolytické, čehož by se mohlo úspěšně využít v plánované léčebné strategii a na základě metabolických vlastností těchto buněk překonat jejich rezistenci vůči chemoterapii.

(Zdroj: StemCells)

(mls)

Kmenové buňky zaměřené na stroma a angiogenezi gastrointestinálních zhoubných nádorů

Multipotentní kmenové buňky (MKB) vypěstované pomocí genetického inženýrství, které se podaří doručit na místo nádorového onemocnění, mohou pomoci v symptomatické léčbě, nebo dokonce vyléčit tumor.

Non-hematopoetické MKB, které se nacházejí primárně v kostní dřívě, na sebe přilákaly pozornost vědců již dříve, protože se díky své vrozené schopnosti nalézt tumor hodí pro úlohu „doručovatele“. Nové strategie jdou dále a nepoužívají MKB pouze jako doprav-

ního prostředku, ale využívají specifický genetický *make-up* kmenových buněk na omezení exprese transgenu v nádorotvorném prostředí pomocí katalyzátorů specifických pro určitou nádorovou tkáň. Za poslední desetiletí bylo dosaženo značného pokro-

ku ve vývoji cílené buněčné léčby nádorů s použitím MKB. Nové metody se soustřeďují na zvýšení specifity a jsou zaměřeny na gastrointestinální maligní nádory, hepatocelulární karcinom a karcinom slinivky břišní.

(Zdroj: StemCells)

(mls)

Vliv bipolární poruchy na těhotenství

Podle nedávných výsledků švédské studie s více než 330 tisíci rodičkami (zahrnujícími 300 žen s bipolární poruchou, které byly léčeny lithiem a antipsychotiky, a 600 žen s touto poruchou, jež během těhotenství léčeny nebyly) má onemocnění nepříznivý vliv na výsledek těhotenství, a to jak u matky, tak z hlediska dítěte.

Zvyšuje riziko porodu císařským řezem, předčasného porodu a často u žen se zmíněnou poruchou nedochází ke spontánnímu začátku porodu. Ve srovnání s matkami bez bipolární poruchy se neléčeným nastávajícím matkám s tímto onemocněním s větší pravděpodobností rodí děti s mikrocefalií

a u některých se objevuje neonatální hypoglykemie.

Je také důležité pamatovat na možnost recidivy bipolární poruchy během nebo po ukončení těhotenství a zajistit, aby tyto ženy dostávaly potřebnou psychotropní léčbu profylakticky.

(Zdroj: British Medical Journal)

(mls)

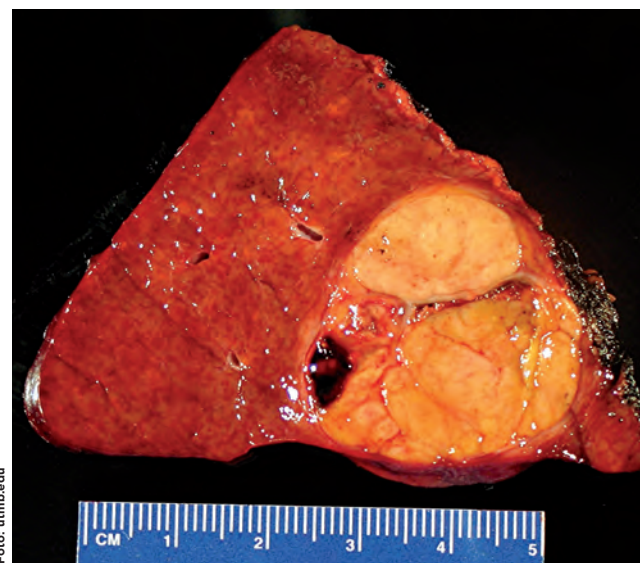


Foto: utmbedu

HPV test a cytologie po léčbě CIN

Dvě nizozemské studie navrhuji změnu strategie po léčbě cervikální intraepiteliální neoplazie (CIN) a doporučují kombinaci testu na HPV s cytologickým vyšetřením, což umožní rychlejší návrat pacientky do rutinního screeningu.

První studie vycházela z údajů nizozemského státního registru. Bylo zjištěno, že u žen léčených na CIN I-III, které prošly screeningem založeným čistě na cytologickém vyšetření (po 6, 12 a 24 měsících), je riziko karcinomu děložního čípku stále čtyřnásobné ve srovnání s ženami, jejichž cytologický nálezy byly normální.

V rámci následující studie výzkumníci vyvinuli matematický model a srovnali 3 různé strategie používané po léčbě CIN. Jejich výsledky ukázaly, že ženy, které byly testovány na HPV s negativ-

ním výsledkem a měly negativní cytologické vyšetření 6 měsíců po léčbě, se mohly brzy vrátit k rutinnímu cytologickému vyšetřování, což se ukázalo jako efektivní a podařilo se tak zamezit více případům CIN III, než by se dosáhlo desetiletým, každoročním pravidelným cytologickým vyšetřováním bez HPV testu.

Například ve Spojených státech amerických se v současné době doporučuje po léčbě *high grade* CIN každoroční cervikální cytologie po dobu 20 let.

(Zdroj: British Medical Journal)

(mls)

ONKOLOGIE

Onkologický screening:

Zpětnou vazbu nelze zajišťovat zpětně

Plošný mamární screening u nás pomáhá včasné diagnostice nádorů prsu již deset let. Účastnit by se ho měly každé dva roky všechny zdravé ženy od 45 do 69 let věku, zatím však na něj přichází jen polovina z nich. O významu a reálných možnostech zvýšení účasti v jednom ze tří stávajících plošných onkologických screeningů jsme hovořili s primářkou Onkologické kliniky 1. lékařské fakulty UK a Thomayerovy nemocnice a předsedkyní správní rady Nadačního fondu onkologie pro 21. století **prof. MUDr. Jitkou Abrahámovou, DrSc.**

Co je cílem programů mamárního screeningu?

Úplně obecně? Snížit ve sledované populaci úmrtnost na karcinom prsu. Cílem screeningu není – a ani nemůže být – snížení incidence karcinomu prsu. Nicméně vyšetření detekuje nádor už v době, kdy ještě není hmatný a kdy o něm pacientka neví, proto jsou zvány zdravé ženy z celé populace v daném věku. Efektivně prováděný program snižuje *staging* v kategoriích T a N u screeningované populace oproti ženám mimo screening. Ve stejném porovnání je v něm zvýšené zastoupení karcinomu *in situ*. V rámci celkového počtu karcinomů tedy zcela jistě modifikuje jejich rozdělení do stadií, ve kterých je objevené, po určitém intervalu pak modifikuje i přežití.

Máte k dispozici konkrétní údaje o takovém dopadu mamárního screeningu za uplynulých deset let?

Přesně ho u nás kvantifikovat nejde. Není oddělena kohorta žen, které prošly screeningem a byl u nich odhalen karcinom prsu, od těch, u nichž byl karcinom prsu odhalen mimo tento program. Museli bychom porovnat tyto dvě skupiny, abychom věděli, jaký přesně je dopad již proběhlého screeningu.

Jaká jsou kritéria při ustavování takového programu?

Důležité je správně určit optimální věkovou hranici a optimální intervaly provádění. Screening musí být dostatečně výtěžný, mít únosný počet intervalových karcinomů a zároveň nesmí být předražený. Po letech by měl být efekt patrný v celkovém poklesu mortality na karcinom prsu. Nicméně mortalita na *ca* prsu u nás klesá v posledních 10 letech i díky dalším pozitivním faktorům. Provádí se efektivnější a výkonnější léčba, zlepšila se i běžná diagnostika, protože ženy přicházejí spontánně dříve. Projevují se rovněž výsledky cílené edukace



Foto: Leoš Chodura

obyvatelstva, ta ostatně zvyšuje i účast ve screeningu.

Podle údajů Asociace odborníků pro mamární diagnostiku ČR účast činí 51,1 procenta a bohužel na tomto čísle již několik let stagnuje. Aby byl screening skutečně výtěžný, měla by návštěvnost dosáhnout alespoň 75 procent.

Zajímavé je, že i za současného stavu je návštěvnost výrazně rozdílná regionálně. V Praze se mamárního screeningu zúčastňuje 45 procent žen z příslušné populace, ale například v Kraji Vysočina 70 procent. Máte pro tak výrazný rozdíl nějaké vysvětlení?

V Praze je v porovnání s Vysočinou značná migrace obyvatelstva. A na Vysočině, která je poměrně málo lidnatá, každý přesně ví, kde má svého lékaře, kdežto v Praze mají lidé na výběr velké množství zdravotnických zařízení, což ovšem vůbec neznamená, že by nakonec vůbec nějaké navštívili.

Nespočívá problém zatím nedostatečné účasti i ve způsobu, jakým se ženy u nás do screeningu dostávají?

Ano, je. Ony přicházejí na základě své dobrovolné účasti, do screeningového místa však nemohou přijít volně, potřebují doporučení praktického lékaře nebo gynekologa. Už to je pro řadu žen významnou překážkou a přesto, že o významu preventivního vyšetření vědí, nejsou kvůli preventivnímu vyšetření ochotny oběhnout takové „kolečko“. Ale řada žen i ve fertilním věku přichází rovněž do gynekologické ordinace bohužel jen sporadicky a nikoli na prevenci.

Probíhající způsob pozvání (a někdy spíše nepozvání, ať už praktickým či gynekologem) do screeningu je výrazně poznamenán samoselekcí žen. Přicházejí ty, které se aktivně zajímají o své zdraví. Tyto ženy ale nejsou reprezentativní skupinou populace, Češi obecně nemají silně vyvinutý smysl pro vlastní zdraví. Samoselekcce tedy stěžejně zajišťuje úspěšný screening. Vyšší úspěšnost by program měl získat díky adresnému zvaní žen cílené věkové skupiny, tedy pokud by se opravdu dostavily v dostatečném počtu.

Jak je u nás daleko projekt adresného zvaní na mamární screening?

Jde o projekt adresného zvaní na naše tři plošné onkologické screeniny, tedy nejen na mamární, ale i kolorektální a cervikální. Projekt je zpracováván za účasti týmu expertů, reprezentován řadou lékařských odborníků a řešen za účasti zdravotních pojišťoven. Garantem projektu je ministerstvo zdravotnictví, hrazen by měl být z evropských fondů.

Nyní je ve fázi návrhu. Ten byl předložen do příslušné výzvy evropských fondů a teď se očekává, zda bude schválen. Všechno se bude odvíjet dál od toho, zda budou přiděleny finanční prostředky z evropských fondů, či nikoli. Následovalo by výběrové řízení na dodavatele celorepublikové informační kampaně. Pokud dojde k dohodám, budou se uzavírat smlouvy se zdravotními pojišťovnami, a to na realizaci adresného zvaní na základě jejich registrů pojištěnců. Realizátorem adresného zvaní tedy u nás mají být zdravotní pojišťovny.

Jak bude projekt konkrétně naplňován?

Expertní skupina, v níž jsou zainteresovaní odborníci včetně zástupců zdravotních pojišťoven, navrhuje znění zvacích dopisů pro všechny tři screeniny. Jde o různé kategorie potenciálních příjemců, takže různá budou samozřejmě i znění textů. Tyto zvací dopisy lze rozesílat pouze podle databází pojištěnců zdravotních pojišťoven. Pojišťovny svá data umějí vyselektovat tak, aby zjistily, kterým svým klientům zvací dopis zaslat. Následně v programu bude zachyceno, zda klient screeningovým programem prošel.

Nezbytné je statistické zastřešení, které musí být zajištěno od prvního kroku. Nejen u adresného zvaní účastníků, ale v celém screeningu musí být jasně patrný způsob provádění a hodnocení. Okamžitě musí být možná kontrola kvality na všech stupních screeningu – komu odešel zva-

cí dopis, kdo ho dostal, zda přišel, jaký měl nález, jaký měl nález dopad, zda byl pacient ihned léčen. Nejde o dokumentaci pro dokumentaci, ale pro zajištění neustálé sebeevaluačního systému. Hodnocení nutně předpokládá zpětnou vazbu – a tu nelze zajišťovat až dodatečně. Vyhodnocovat je nutné průběžně, všechny pochody musejí fungovat v komplexním celku.

Máte vy sama nějakou konkrétní zkušenost s adresným zvaním na screening?

Ano. Z populací, kde s ním mají velkou zkušenost, jsem se s adresným zvaním na mamární screening setkala již před dvaceti lety, a to ve Velké Británii. Žena dostala výzvu s datem a místem, kam se má dostavit, a na pozvání byl i kontakt, kam má zatelefonovat v případě nejasností nebo kvůli změně termínu. Zvalo jí konkrétní screeningové místo. Já tehdy v Anglii na telefonní číslo uvedené ve zvacím dopise zkusila zavolat – a skutečně se mi ihned ozvali.

Bude u nás adresné zvaní cyklické, tedy v případě mamárního screeningu každé dva roky?

Nepůjde o cyklické zvaní v intervalech, adresné zvaní je velmi nákladné. Zdaleka nejde jen o poštovné. Vymyslíte ten správný text, aby to zaujalo, necháte natisknout dopisy, rozešlete je, ale také musíte zajistit a zaplatit přítomnost kontaktní osoby na uváděných místech, kam se lze dovolat, případně odkud vám někdo odpoví e-mailem.

Výzva k účasti na příslušném screeningu tedy bude jednorázová. Předpokládáme, že by to mělo být efektivní. K efektivitě však lze s jistotou říci pouze to, že ve všech dosud adresně zvaných populacích se podíl účastníků zvýšil. Náš záměr je pokračovat v adresném zvaní, pokud to finanční možnosti dovolí.

Úloha lékaře na zelené lince

Pacienti dnes mají podstatně větší přístup k informacím, než měli jejich předkové. Vedle sdělení od ošetřujícího lékaře se k nim dostávají také informované souhlasy, lékařské zprávy a někdy i výsledky vyšetření. Dalším zdrojem mohou být patientské brožury, knihy, publikace v médiích, rady přátel a rodiny. Co však dnes má velký vliv na pacientovu psychiku, jsou informace čerpané z internetu. Vše se potom schází na poradenských telefonních linkách.

V současné době se můžeme na internetu setkat s *on-line* poradnami nebo konzultačními telefonními linkami, které vznikají při patientských organizacích, odborných společnostech nebo je provozují farmaceutické firmy na svých portálech pro pacienty.

O tom, jak poradny v praxi fungují a v čem je jejich přínos pro pacienta, jsme hovořili s **MUDr. Alenou Poštovou**, která působila 30 let v Ústavu radiační onkologie v Praze (dnes součást Nemocnice na Bulovce), nyní již 13 let na lince Ligy proti rakovině a další necelé 2 roky na zelené ovasanové lince.

Jak jste se ke službě na poradenském telefonní lince Ligy proti rakovině dostala?

Před 13 lety náš ústav splýnul s Fakultní nemocnicí Na Bulovce, já tehdy byla již v důchodovém věku a předpokládala jsem, že mi Bulovka pracovní smlouvu neprodlouží. Přečetla jsem si tenkrát inzerát na tuto pozici v časopise *Tempus Medicorum*. Zaměstnal mě tehdejší předseda a zakladatel české Ligy proti rakovině pan profesor Zdeněk Dientsbier. Vedl Ligu opravdu znamenitě, bohužel letos v květnu zemřel. Má ale důstojnou nástupkyni v paní doktorce Michaele Frdrichové.

Co vše zahrnuje vaše role na lince Ligy proti rakovině?

Služba na lince obnáší nejen telefonování, ale i odpovědi na písemné dotazy e-mailem a někdy také

osobní kontakt s pacienty. Spektrum dotazů na telefonní lince je velmi široké – konkrétní otázky týkající se nádorových onemocnění již tvoří poměrně malou část, jejich počet klesá také s rozrůstajícími se informačními možnostmi na internetu. Obvykle pak lidé volají a chtějí spíš vysvětlit, co se na internetu dočetli, objasnit některé výrazy a tvrzení – zejména pokud se rozcházejí s tím, co vědí od lékaře. To se bohužel stává často, příliš mnoho informací na internetu může dokonce zhoršovat pacientovu psychiku. Dále se lidé ptají na právní poradenství, hospicovou péči, rekondiční pobyty a podobné věci.

Stane se, že něco nevíte?

Samozřejmě, medicína jde neustále dopředu, obzvláště v onkologii. Nemám již aktuální přehled o všech léčících firmách, které je vyrábí. V tom případě nahlédnu do odborné literatury.

Jak to funguje na Zelené lince Ovosan?

Práce se příliš neliší od nádorové linky Ligy, dotazy jsou podobné, i když jejich spektrum je možná o něco užší. Průměrně mám 8 dotazů denně. Nejčastěji volají pacienti sami, ve druhé řadě pak jejich rodinní příslušníci. Většinou se dozvědí o preparátu Ovosan a chtějí znát více podrobností. Vytvořil se také okruh pacientů, kteří volají opakovaně a konzultují své nálezy. Nikdy nehodnotím léčbu, kterou jim doporučil ošetřující lékař, k tomu nejsem kompetentní. Často mi však sdělují výsledky kontrolních vyšetření, kde se se-

tkávají se zkratkami a odbornými termíny, jež opět chtějí vysvětlit. Na všech telefonních linkách bez rozdílu poskytuji pacientům vždy i psychickou podporu – teplé lidské slovo je pro ně důležité, někdy je to to nejpodstatnější.

Nenarážíte zrovna u zmíněného přípravku na kontroverzi mezi odborníky? Jak to poté vysvětlujete pacientům?

Ano, někteří lékaři tento preparát velmi radikálně zavrhnou, je zajímavé, že nejčastěji to jsou odborní onkologičtí pracovníci. Ovšem jsou i lékaři, kteří s ním mají opravdovou zkušenost a pacientovi jej doporučí. Negativní postoj onkologů vyplývá dle mého názoru jednak z malé informovanosti (mají málo času a nejsou vůči těmto informacím otevření) a jednak z toho, že si lidé tento lék musí hradit sami a pro některé to může být finančně náročné. Vždycky tvrdím tři zásadní věci: Ovosan není život zachraňující lék, prvotní je onkologická léčba. Pacienti ji však s tímto preparátem lépe snášejí. Záleží jen na rozhodnutí pacienta a jeho rodiny, zda je to v jejich finančních možnostech a chtějí si tento doplněk pořídit. Sama nikoho nepřemlouvám.

MUDr. Martina Leppová

Vliv umělého osvětlení na organismus

Lidský organismus je přirozeně nastaven na pobyt venku, nikoli v uzavřených prostorách, a tedy i na sluneční světlo, s nímž souvisí řada životně důležitých funkcí v našem těle.

Německý oftalmolog profesor Fritz Hollwich při svém výzkumu vlivu umělého a přirozeného světla na lidský organismus došel mimo jiné k závěru, že při užívání běžných bílých zářivek dochází ke zvýšení hladiny ACTH a kortisolu v krvi, což negativně ovlivňuje schopnost soustředění a celkovou únavu.

Většina zdrojů umělého světla (žárovky, zářivky) je konstruována tak, aby produkovala co nejvíce světla. Toho lze dosáhnout jediné vyloučením těch vlnových délek světelného spektra, které na jeden watt příkonu vykazují nízký

světelný tok. Výsledkem je světlo jiného charakteru, než je světlo denní, jehož zdrojem je slunce a v jehož světelném spektru jsou zastoupeny všechny vlnové délky. Klasické umělé osvětlení zkrasluje barvy (u běžně užívaných zářivek zpravidla o 20 %). Zkraslené barvy pak mají za následek horší rozlišení detailů, což samo o sobě přispívá ke zrakové únavě a komplikuje veškeré pracovní úkony. Na rozdíl například od osvětlení plinospektrálního, jež se maximálně podobá světlu přirozenému, má takové osvětlení, kvůli některým chybějícím vlnovým délkám při dlouhodobém užívání negativní dopad na organismus.

Ideální zdroje světla mají vyšší teplotu chromatičnosti (Cr 5500–6500 K) a vysoký index podání barev (Ra nad 90). Teplota chromatičnosti ukazuje, jakou má osvětlení barvu. Čím nižší číslo, tím více je světlo zbarvené do žluta až oranžova. Index podání barev (Ra) pak značí procentní poměr udávající, nakolik se výsledné zobrazení barev shoduje s přírodním venkovním světlem (denní světlo má Ra 100, běžné zářivky Ra 80). (akt)

Lidé a posty

• Přednosta Farmakologického ústavu 1. LF UK a VFN doc. MUDr. Ondřej Slanař, Ph.D., byl jmenován členem Výboru pro humánní léčivé přípravky Evropské lékové agentury.

• Novým eurokomisařem pro zdraví a ochranu spotřebitelů byl poměrem hlasů 386 ku 281 zvolen maltský ministr zahraničí Tonio Borg, známý svými konzervativními postoji (např. proti interrupcím či antikoncepci). Prioritami nového ko-

misaře bude především prosazení přísné tabákové směrnice, směrnice o geneticky modifikovaných potravinách nebo zákaz kosmetických produktů testovaných na zvířatech. Borgův předchůdce v Evropské komisi John Dalli odstoupil v říjnu kvůli údajnému krytí korupce.

• Prezidentem Svazu lékárníků Evropské unie (PGEU) byl pro rok 2013 zvolen italský lékárník a majitel lékární v Bolzanu Maximin Liebl. Víceprezidentem PGEU se pro příští

rok stane člen prezidia Slovenské lékárnické komory Štefan Krchňák. Hlavním úkolem ročního mandátu Itálie bude pokračovat v práci zahájené během francouzského vedení (v čele s Isabelle Adenotovou) a přenést myšlenky Evropského pozičního dokumentu pro veřejné lékární z evropské na národní úroveň. Jde zejména o rozvoj a rozšíření nových farmaceutických služeb a zajištění ekonomické udržitelnosti veřejných lékáren v Evropě.

(Zdroj: 1. LF UK, ČLk, ČT)

(kha)

Krátce z farmabyznysu

Společnost Schiff nakonec získá Reckitt Benckiser

Britský výrobce spotřebního zboží Reckitt Benckiser Group svou nabídkou překonal německý farmaceutický koncern Bayer a stal se kupcem společnosti Schiff Nutrition International specializující se na potravinové doplňky. Hodnota transakce se vyšplhala na 1,4 miliardy (nabídka Bayeru činila 1,2 miliardy). Akvizice Schiff posílí zdravotnickou sekci britské společnosti (v současnosti Reckitt Benckiser vyrábí například léky na bolest, krémy proti akné či prezervativy).

Medicom hlásí růst tržeb

Brněnská farmaceutická společnost Medicom International oznámila nárůst tržeb za loňský rok o 6 %, na 1,24 miliardy korun. Přibližně dvě třetiny tržeb (871 milionů) firma získala v České republice, zbytek na zahraničních trzích. Nejvýznamnějšími exportními státy Medicomu jsou Slovensko, Rumunsko a Polsko, výrazné posílení společnost zaznamenala na bulharském trhu. Medicom loni rovněž zvýšil svůj zisk, na 32,7 milionu korun.

„Rok 2011 byl opět úspěšný. Hlavním cílem zůstalo vyhledávat a přinášet českému zdravotnictví nové kvalitní přípravky od zahraničních výrobců, které by doplňovaly stávající terapeutické možnosti,“ uvedl ve zprávě jednatel Jozef Urban. Ekonomické recesi a konkurenci chce podle jeho slov společnost čelit širokou nabídkou a prodejem nových přípravků. „Důležitou a rostoucí částí portfolia jsou volně prodejné přípravky,“ dodal.

Slovenská Zentiva patří skupině Wood & Company

Podle slovenského portálu eTrend.sk investiční skupina Wood & Company koupila od společnosti Sanofi slovenský závod na výrobu léčiv Zentiva. Nový majitel slovenské Zentivy bude moci podle portálu po dobu 5 let vyrábět léky pro Sanofi. „Finanční závod získávají jen jako výrobní kapacitu bez vlastních značek a přechodná pětiletka od Sanofi jim pomůže přežít první startovací léta,“ píše eTrend.sk. Wood & Company k převzetí výrobce léčiv založil na Slovensku zvláštní společnost Wood Pharma Holding.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

Zemský ráj to na pohled

Motto: Když slepice roztáhne křídla, tak to ještě neznamena, že opravdu vzlétne. (Pavel Kosorin)

Doktoři na předvánočním trhu

Marodíte? Potřebujete doktora? Výborně. Tady je máte. Jak na stříbrném tácu. Starostlivá ČLK, ve snaze vyjít vstříc zvědavé veřejnosti, zpřístupnila svůj registr. Prý aby se pacienti lépe orientovali a každý si mohl najít svého lékaře. Poradíme, posloužíme. *Pravdivost a přesnost těchto údajů garantuje komora, denně je aktualizuje.* (ČTK) Protože součástí mé práce je v posledních letech kontrolní činnost, jaksi mimoděk jsem věc začal prověřovat. Testoval jsem to na regionu, kde se po pětadvaceti letech již tak trochu vyznám. Ten audit moc slavně nedopadl. Přesněji řečeno, bylo to fiasko. Tak například mi ČLK do očí směle tvrdí, že pracuji na neurologickém oddělení nemocnice, již jsem opustil v roce 2004. Moje skutečné pracoviště je uvedeno paralelně, avšak se zkomolenou adresou. Moje bývalá zástupkyně má být dodnes k nalezení v téže nemocnici, ač je už 8 let primářkou v jiném okrese. Jiní dva kolegové též údajně pracují v mladoboleslavské nemocnici, i když se zprivatizovali před nejméně 15 lety, další neuroložka pak podle ČLK pracuje na ORL (!) oddělení, a to na adrese, kde žádné ORL už přes 10 let není (ač profil nemocnice na stránkách majitele, tj. Středočeského kraje, stále úporně tvrdí opak). Noví kolegové v mém oboru jako by pro ČLK naopak vůbec neexistovali. Totéž v oboru mé ženy. Mladí sekundáři, nastoupivší během posledních let, absentují. Zato se pacient zcela přesně dozví, kde najít těžce nemocného lékaře, který už léta praxi nevykonává.

Tak si říkám, že není nad moderní informační technologie, ač je nedávno zkritizoval zapšklý staromilc Klaus. Může mít dokonce pravdu. Na co pára? Což nám nebyli koně dost dobří? Platí to hlavně tehdy, když se ony technologie používají nedbale a chaoticky. Pak se může stát, že čím více informací, tím méně toho doopravdy víme. Od komory není příliš chytré mást veřejnost tím, že takto zveřejňuje svůj vlastní bor... nepořádek. Pokud si není schopna uklidit, pak je rozhodně lepší přes to decentně přehodit nějakou plachtu než to vystavovat v auslágu. Navíc na předvánočním trhu. *Ježíšku, panáčku!*

Co mohou bohové, to nesmějí volové

Antimonopolní úřad pocítil náhlou potřebu vysoutěžít dvě šefovská auta. Mají mít nejméně 260 koní, třílitrový motor a pohon všech čtyř kol, protože panský kočár si chce parádně zajezdit. Podmínkou je i vestavěná televize. Chybí už jen požadavek na úložné prostory pro vychlazený šampus a golfové hole, neboť státní služba, toť přetěžká řehole. *Quod licet Iovi, non licet bovi*, říkali staří Římané. Co je dovoleno bohovi, není dovoleno volovi. To už si bohové mohli do zadávacích podmínek klidně taky napsat, že značka auta musí začínat písmenem „B“ a končit na „W“, přičemž celkový počet písmen se musí rovnat právě třem. Kdo káže vodu, neměl by pít víno. Nebo aspoň nechlastat nejdražší archivní ročníky provokativně na očích veřejnosti. A bryndat rovnou z láhve na kravatou upatlanou od kaviáru. Je to příliš vulgární.

Pokud by si totiž volové (tj. řadové rozpočtové či příspěvkové subjekty) tímto stylem nastavili podmínky na nákup zcela běžných potřeb, právě tento úřad by je bez milosti odvlkl před popravčí četu. *My volové* musíme každou volovinu soutěžit prakticky jenom na cenu - to znamená, že jsme povinni nakoupit jakoukoli nekvalitní blbost, kterou za chvíli vyhodíme, hlavně že v soutěži vyšla jako nejlevnější. Což nás posléze přijde pěkně draho. Čili v soutěži na toaleták pro špitál nemá podmínka „nepotržitelnost při běžném zacházení“ co dělat, respektive měla by jen minimální váhu.

Teď už sám velkomožný ouřad ví, že takhle je to naprosto špatně, beznadějně mimo sféru zdravého rozumu a brutálně kontraproduktivní. Že by byla na obzoru změna legislativy a sluzebně příliš horliví úředníci ji ve své vlastní kauze jenom trochu předbíhali? Nuže, uvidíme. Zatím jsou povinni chtít jakékoli auto, hlavně s nejnižší cenou, což je momentálně, aspoň podle mé krátké rešerše, skladový doprodej končící výroby dvanáctistovky Renault Thalia v základní výbavě. Má motor, čtyři kola, neprší do ní a jede. Za



MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

pouhých 149 900 Kč. Tedy asi desetina až patnáctina ceny toho, co si byrokraté za dlouhých chvílí klimbání v kanceláři vysnili. To jim musí z peněz daňových poplatníků v této svízelné době bohatě stačit. Pokud ne, ať jezdí vlakem.

Případy intelektuální prostitute

Bohuslav Sobotka apeloval na prezidenta Václava Klause, aby vetoval zákon o částečné nápravě nezákonné konfiskace majetku církvi a židovských obcí, přijatý 8. listopadu, tedy v den výročí bitvy na Bílé hoře. Malý Bohouš zřejmě hodně chyběl na dějepis, zato pilně četl Jirásků. Přece probůh nemůže pamatovat senilního Zdeňka Nejedlého, na to je příliš mlád. Sobotkův výrok kandiduje na cenu Smrt mozku roku 2012. Šarvátka na Bílé hoře má s restitucemi asi tolik společného jako bitva u Thermopyl. Zas ty ublížené národní býty: Moravské pole, Lipany, Mýla hora, Temno, tři-sta-let-jsem-trpěl a další tradiční nesmysly. Poslouží kdykoli jakékoli argumentaci. Případ intelektuální prostitute. Úplně stejně jako chudák svatý Václav, jehož existence, přísně heuristicky vzato, není tak zcela prokázána. Je pouze možná, respektive při troše dobré vůle snad pravděpodobná. Více o něm reálně známo není nic, ale co se toho každý rok o jeho vymyšleném odkazu nakeká. Zřejmě podle zásady formální logiky, že o nejsoucím je každý výrok automaticky pravdivý. Což je mimochodem princip cimrmanologie. A Sobotkových historických exkurzů.

Druhým laureátem je Radek John za cizoložné spojení žurnalistiky s politikou. Neuvěřitelné, šílené, oplzlé, necivilizované, zcela mimo pravidla fungování západní společnosti. Nic nepochopil, ničemu se za ta léta nenaučil. Výsledkem je totální nedůvěryhodnost v obou sférách. Nejprve vtrhl na scénu jako česká mutace Chucka Norrise, ale v rekordně krátké době skončil jako méně než nic. Nula. Politická kariéra bližší spíše vánoční prskavce než kometě. Je velmi kormutlivé pozorovat tak progresivní dezintegraci osobnosti, navíc v přímém

přenosu. Zčernalé trosky obalené slizkými chaluhami, za soumraku omývané přílivem a studeným deštěm, nebývají příliš povzbudivým pohledem. Tímhle záběrem by mohl symbolicky končit i nějaký hodně ujetý film. Hlavně ze žánru *film noir*. Brr.

Hledání ztracených ideálů

Hodně jsme nyní slyšeli o ideálech Listopadu. Prý jsme se jim zpronevěřili, ztratili je, vyprázdnil, byly nám ukradeny atd. Takto postaveno zdá se to jako dobrý příklad bohemocentrismu. Logický, nevyhnutelný a dalo by se skoro říci standardní pád koloniálních expozitur komunismu následkem vnitřního zhroutení off-shorové mateřské firmy se sídlem v Kremlu, jaký se odehrál ve všech ujařmených satelitech, je pojat jako unikátní česká záležitost, již se snažíme přijít na kloub zkoumáním vlastního pupku s deseti dioptriemi na očích. Obecně je tu nahlíženo úzkým průřezem borů, co šumí po skalínách, a vod, co hučí po lučinách, jakožto zvláštní. K čemuž se zpětně konstruuji jakési ideály, o nichž nikdo, kdo tehdy cinkal klíči, ještě nic nevěděl. Jako u každé historické události, i zde zpětně projikujeme dodatečně známá fakta a vznešené myšlenky. Každý z nás se toho někdy dopustil i ve svém osobním životě. A kdo se nepřiznal, činí tak dodnes.

K Listopadu se dnes hlásí kdekdo. Možná i sama KSČM. Nestydatosti by na to měla dost. Nejdále však zašli rozčilení odboráři, kteří vyrazili demonstrovat *de facto* za návrat do roku 1989. Jejich úlet podpořil šéf ČSSD Sobotka a bohužel i prezidentský kandidát Dienstbier. Pravil, že odboráři chtějí připomenout, že *dněšní realita se od ideálů Listopadu vzdálila*. Slyšme, slyšme.

Do všech důsledků

Takže jak to s těmi ideály bylo? Kde a jak se formovaly, když události přišly pro drtivou většinu jako překvapení, jehož se ve spontánní reakci bez dlouhého rozmyšlení chytily? Lidé se v první chvíli chtěli především zbavit urážlivě trapného jakešismu a uhnílé normalizace. Hovořilo se o svobodě a otevření hranic. Dokonce o vstupu

do Evropy. Mám vážné podezření, že valnou většinu lidí, jimž dnes sociální demokraté a odboráři říkají s despektem „obyčejní“, vůbec nenapadlo, že nelze jinak než zajít až do konce. Tj. že to znamená pád socialismu do všech důsledků. Ještě jednou: do všech důsledků. Dramatický převrat v ekonomických a sociálních vztazích. Úplně jiný pohled na společnost a právo. Revizi dějinného procesu. Majetkovou diferenciaci, volný trh a účast na globalizaci se všemi výhodami i riziky. Vstup do Evropy znamenající přijetí všech jejích problémů za vlastní: už žádné *my a oni*, jenom *my*. Co z toho jsme dokázali? Vlastně jenom ten majetkový a ekonomický zlom. Navíc velmi nečistě.

Statistický *muž z ulice* si žádná rizika výměnou za svobodu doopravdy nepřál. Jenom ho při zvonění klíči hned nenapadlo, že se tím zbavuje svých jistot. Ubohých, ale zaručených. Bezpečí chudého, smradlavého, ale našeho důvěrně známého dvorku s jeho zažitými nedůstojnými stereotypy. Mnozí tak cinkali za něco, za co nemohli nebo nechtěli zaplatit. Jen to nedomyšleli. A mimochodem, někteří to dělají dodnes. Politici i občané. Nakupují a půjčují si, aniž mohou platit. A ještě se hloupě díví, když to s nimi kolosálně praskne.

Frustrace jako po dvacetiletém manželství

Jen málokdo měl v těch prvních dnech před očima jinou představu než návrat do roku 1968. Odčinit znásilnění. Skloubit důvěrně známý etatismus s trochu větším přidělem svobody a zboží. Jugoslávský model. Rozmrazit to všechno, co bylo dáno k ledu po ruském přepadu, eufemisticky zvaném *vstupem vojsk*. Český svět se po roce 1989 proměnil, ale mentalita zůstala. Trvalo skoro celou generaci, než řadě lidí naplno došlo, že tak to prostě je a bude. Proto se vzedmula taková míra frustrace. Občané si kdysi něco vykoledovali a nyní nejsou spokojeni s výsledkem. Asi jako po dvacetiletém manželství. Jejich původní představy se podstatně liší od reality. Ne proto, že by realita byla až tak špatná, ale proto, že jejich představy byly naivní, iracionální a neslučitelné.

Jak známo, neodpovídají-li fakta teorii, tím hůře pro fakta. Je to divné, ale plno lidí takhle myslí. Hlava jim běží jakoby se zařazenou zpátečkou. Odtud ony příšerné odborářské výroky, že se dnes máme hůře než před rokem 1989 a že současná vláda je nejhorší

NEJSEM SI JIST

od roku 1950. Někdy se bojím, že chybí málo, aby někteří z těchto blábolících idiotů začali dokonce tvrdit, že vůbec nejlépe bylo za Protektorátu. *Nota bene* užitečných idiotů. Zavadičovské odbory jsou už na samé hraně. Úderná pěst KSČM jako v roce 1948.

Pád paradigmatu

A co my, zdravotníci? Někteří z nás hulákají na ulici spolu s buranskými postbolševickými odboráři, jiní skuhrají internacionálně v rámci Visegrádu a sabotují jakoukoli reformu mnohem sofistikovanějšími způsoby. Většina je rozumná, ale není ji moc slyšet, takže těžko odhadovat její sílu. Leč ruku na srdce: Kdo z nás zažil listopadový převrat, napadlo ho ihned a s plnou samozřejmostí, že nastal konec řízeného státního zdravotnictví a všech těch OÚNZů, KÚNZů, hlavních, krajských a okresních odborníků a přímého financování ze státního rozpočtu? Že padne celé paradigma, v němž jsme vyrostli a brali jej jako danost? Že se bude privatizovat? Že se budeme muset učit úplně jiným způsobům? A že se ještě po 23 letech budeme přit o základní strukturální prvky, které charakterizují zdravotnictví vyspělých zemí? Ne, netušil to ani jeden z nás. Jen jsme prostě zvonili klíči, aby Jakeš s Husákem konečně šli do řiti. Nic více a nic méně. Z historie je dobře známo, že provést velký dějinný převrat je brnkačka ve srovnání s časem a námahou potřebnou k proměně lidského myšlení. Tedy dosažení stavu, kdy je společenské vědomí alespoň jakž takž v souladu se společenským bytím, abychom tu stylově použili marxistickou terminologii. Teď jest nám žítí v období takového rozporu, přičemž světová hospodářská recese je dobrou příležitostí, aby se vyhrtil.

Malý krok pro komunisty...

Málokdo si je schopen v klidu uvědomit, že činnost této vlá-



Nejdále zašli rozčilení odboráři, kteří vyrazili demonstrovat *de facto* za návrat do roku 1989. Prý se dnes máme hůře než před Listopadem a současná vláda je nejhorší od roku 1950. Zavadičovské odbory jsou už na samé hraně. Úderná pěst KSČM jako v roce 1948. | Foto: E15/Eduard Erben

dy není příčinou problémů, ale jejich součástí, neřkuli následkem. Bohužel, fakta neznamenají nic, kdežto dojmy a pocity jsou vším. Není důležité, jaké věci jsou, ale jak se jeví. Politika je zboží jako každé jiné a prodává se podobně iracionálním způsobem, jemuž se říká marketing a reklama. Někdy si tak medituji, koho asi volí všichni ti beznadějně předlužení otroci konzumu s intelektuálním obzorem determinovaným neúnávným sledováním slevových akcí, nerozlišitelných televizních seriálů a životů celebrit. Domnívám se, že většinou k volbám nejdou. Jen se děsím chvíle, kdy vyrazí. To není elitářství. To je elementární opatrnost.

Takže co zbylo z ideálů Listopadu, byly-li jaké? Po velkém cinkání klíči jsme volili rudě. Zatím do krajů. Ve sféře zdravotnictví jsme dosáhli největšího posunu v kraji Středočeském, kde bude resort řídit spolehlivá soudružka, která poslancova už v roce 1982, původním povoláním skladnice s úplným základním vzděláním.

Kádry rozhodují vše, jak učil, učil a učil jistý nechvalně proslulý teoretik i praktik revoluce. Je to malý krok pro komunisty, ale velký skok pro tuto zemi. Nevadí to celým 56 % občanů. Je to doklad rčení, že pokud se historie opakuje, pak nejprve jako tragédie, posléze jako fraška. Neboť hlavní myšlenkou Listopadu bylo zba-

vit se bolševiků. Všechno ostatní bylo od toho odvozené. A teď na jedinou bum! Co dál? Jakmile padne zásadní tabu, následuje vždy namydlená skluzavka. Asi jako když se opije klášterní schovanka a ztratí všechny zábrany.

Přehledka promarněných příležitostí

Velká část našinců dospěla k heslu „Pryč z Evropy“. Všechno špatně, zpátky na stromy. Je to tragické dědictví zemského škůdce, který bude ještě chvíli strašit na Hradě se vším svým podivínstvím a idiosynkraziemi, jimiž diskredituje tuto zemi, kamkoli vkročí. Budoucnost nám svého času učinila jakousi nabídku. Co s tím? Antievropanství, pomatené hu-

sitské „Proti všem“, zaprděné přemoudřelé čecháčkovství, které si nevidí na špičku nosu, sláma v botách a z ostudy kabát – to vše rezonuje s nemalou částí veřejnosti. Je toto vskutku náš cíl? A je to cíl dost vznešený a hodný tohoto národa? Opravdu? Pak se zřejmě nemáme dost rádi. Necevníme si sami sebe. A nevěříme si, což kompenzujeme občasným prázdným bušením se v prsa. Je-li tomu tak, jedná se o poruchu osobnosti, u níž je zásah psychoterapeuta plně indikován. Kdo se hlásí?

Současný prezident nám především dluží odpověď na otázku: A kam tedy, když ne do Evropy? Do Kremle, nebo na Bělehrad? Anebo že by přímo do... Ale fuji! Či se máme natrvalo plácát v tomhle paňeništi zloby, maličerných intrik, ukradených per a blbě nálady?

K začátku éry postklausismu již běží *countdown*, ale bojím se, že půjde jen o pokračování téhož jinými prostředky. Zlé sémě bylo zaseto, čekáme na úrodu. Ve skutečnosti však nemáme jinou rozumnou budoucnost než být hluboce a nevratně integrováni v Evropě. A excelovat tam. Být důvěryhodní. Produktivní. Stát se oporou svým spojencům. Aby lidé jednou řekli: „Podívejte se, jak jsou ti Češi šikovní, kreativní a solidní.“ Aby řekli, že *to byla jejich nejslavnější chvíle*. (cit.: sir Winston Churchill) Zkrátka sundat brýle na blízko a vzít si ty na dálku. Cokoliv jiného je špatně. Nedostatečná dvakrát podtržená.

Jsem však v této věci spíš pesimista. Kráčíme, jak je v kraji zvykem, opačným směrem. Jedenáct set let naší státnosti je přehledkou promarněných příležitostí. Obávám se, že po této nám důvěrně známé historické sinusoidě zase sletíme obličejem do hnoje. *Rýt državou v zemi*, toť pravý smysl bytí této země. Touto ideou se stát udržuje. *Země česká, domov můj*. A samozřejmě za to zase budou moci všichni kromě nás. Bůh nám buď milostiv.

Inzerce A121008700

110 let zkušenosti v originálním výzkumu a vývoji a výrobě léků

111 let tradice

171 let zkušenosti v originálním výzkumu a vývoji a výrobě léků

111 let tradice

Kvalitní terapie po generace

Farmaceutická společnost s globální působností

Moderní léčba ve více než 100 zemích

RICHTER GEDEON



Neupsat se jednomu přístupu

Jaroslava Sladká
Foto: Leoš Chodura

Motto transakční analýzy „I am OK, you are OK“ má **profesor Stanislav Kratochvíl** na svém pracovním stole v podobě automobilové značky. Letos v srpnu oslavil osmdesátiny, ale nezasvěcený pozorovatel by mu gratuloval maximálně k sedmdesátinám. Patří mezi nejvýraznější osobnosti české psychologie, a to jak v akademickém, tak v klinickém prostředí.

Vedle odborné autority má i charisma, které souvisí s jeho životním postojem demokrata a člověka, který věří, že vlídným slovem se zmůže víc než „hrncem zlosti“. Asi není příliš nadnesené hodnocení vycházející z psychologické i psychiatrické obce, podle kterého je dnes považován za našeho nejvýznamnějšího psychoterapeuta.

Pane profesore, jak jste se k psychologii vlastně dostal?

Psychologie mne zajímala už na gymnáziu, ale uvažoval jsem na-

příklad i o tom, že bych šel studovat chemii. Pořád mě však přitahovala práce s lidmi – porozumění jejich problémům a hledání pomoci v různých životních konfliktech a potížích. Volba psychologie mi tedy v tomto směru připadala jako smysluplná varianta. V Brně, kde jsem tehdy bydlel, jsem byl přijat na filozofickou fakultu a vybral jsem si studium jednooborové psychologie. Během studia jsem se zaměřil na možnosti psychoterapeutické pomoci, takže jsem k tomu studoval literaturu, která se tehdy obtížně

sháněla. Dnes je toho samozřejmě spousta...

V letech 1969–70 jste byl pozván k ročnímu pracovnímu pobytu na Stanfordskou a Pensylvánskou universitu. V porovnání s tehdejší „tuzemskou šedí“ to jistě bylo inspirativní...

Ano, pozvání se mi podařilo získat v roce 1969, kdy ještě bylo možno vycestovat do zahraničí. Nastoupil jsem jako vědecko-výzkumný pracovník do laboratoře pro výzkum hypnózy, kterou jsem se už u nás zabýval jak vý-

zkumně, tak klinicky. Snažil jsem se dostat do kontaktu se světově uznávanými odborníky z této oblasti, což byl na Stanfordu profesor Ernest Hilgard, i u nás známý jako autor obsáhlé učebnice psychologie. Zabýval se teorií učení a obecnou psychologí a potom založil zmíněnou laboratoř pro výzkum hypnózy. Současně tehdy na psychiatrické klinice ve Stanfordu působil doktor Irvin Yalom, s nímž jsem se také setkal a měl možnost podívat se na sezení jeho skupinové psychoterapie. To byla druhá oblast,

která mě zajímala – psychoterapie a její různé metody, zejména psychoterapie skupinová.

Irvin Yalom je u nás dosti překládaným autorem – poslední z jeho beletristických prací, která u nás vyšla, je „Léčba Schopenhauerem“. Jak jste si s ním porozuměl v oblasti psychoterapie?

Je dobře, že jeho knihy vycházejí česky – mám na mysli nejen ty románové, ale i odborné, což jsou například učebnice skupinové terapie nebo existenciální

PŘEDSTAVUJEME

psychoterapie. Když jsem psal svoji vlastní knížku o skupinové terapii, vždycky jsem si naše české zkušenosti s těmi Yalomovými porovnával. Naše názory jsou si blízké.

Yalom hovoří o tom, že v existenciální psychoterapii jsou čtyři velká témata lidského života – smrt, svoboda, existenciální izolace a nepřítomnost smyslu. Jak byste je hierarchicky seřadil z dnešního pohledu?

Mne z těch čtyř oblastí nejvíce zajímala problematika životního smyslu. Řekl bych, že ještě dříve, tedy nezávisle na Yalomovi, protože my tady v Evropě měli Viktora Frankla, který měl srozumitelnou koncepci životního smyslu.

V psychoterapii se tradičně pracovalo s dynamickým přístupem podle Freuda, kde šlo třeba o podvědomé či neuvědomělé motivace, vlivy z dětství, uspokojené a neuspokojené potřeby. Pak byla Adlerem zdůrazněna potřeba sebeuplatnění. To byli všechno Vídeňáci – proto se Franklovo pojetí také říká „třetí vídeňská škola“. On k tomu, co člověka někam vede nebo ho osobně motivuje, přidal právě životní smysl. Ten podle něj může být důležitý k tomu, aby člověk spokojeně žil, o něco usiloval a věděl, kam směřuje. Stav, kdy tohle všechno člověk nemá naplněné, nazýval existenciální frustrací.

Ale zase ne všichni mají tuto potřebu, někdo dokáže žít, aniž by hledal nějaký vyšší cíl nebo smysl, prostě život prožívá. A Yalom sám to má takto formulováno, ne jako Frankl. Frankl byl věřící člověk, takže měl kromě představy naplněného sebeuplatnění navíc vyšší cíl, který šel ještě dál, za jednotlivce. Yalom to naopak vyjádřil tak, že člověk si někdy s životním smyslem dělá zbytečné starosti a že by mohl vstoupit do řeky života a nechat problematiku trápení se se smyslem života prostě odplout...

Když už jsme u Frankla, v rámci svého logoterapeutického pohledu na svět také říká, že každá doba má svou vlastní „kolektivní neurozu“ a potřebuje k jejímu zdoání svou vlastní psychoterapii. Jaká je tedy podle vás ta naše?

Myslím si, že problematika, kterou lidé přináší v rámci psychoterapie, je stále hodně podobná. Určitý rozdíl je možná v tom, že dříve u nás nebyli nezaměstnaní lidé, kteří nemají práci, i když by pracovat chtěli, nebo přepracová-

vaní podnikatelé a jejich finančně zajištěné, ale emočně nespokojené manželky. V minulosti to všechno bylo v tomto směru možná zjednodušené, nebyly takové rozdíly. Určité proměny, které přináší doba, tady samozřejmě jsou, ale zase na druhé straně jsou zde stále stejné hlavní problémy v partnerských a rodinných i dalších interpersonálních vztazích, neuspokojená snaha někam patřit a uplatnit se. Jde o problémy, které jsou v naší kultuře přítomné stále, a nemyslím si, že by to doba nějak zásadně změnila.

A ještě poslední ohlédnutí – Frankl také ve své psychoterapii zdůrazňoval, že by každému měla být ponechána jistá míra svobody, „byť by mělo jít jen o volbu barvy vlasů“. Myslím, že je zde i určitá paralela s vaším integrativním pojetím.

To ano, ale je třeba dodat, že pokud Frankl hovořil o svobodě, doplňoval to vždycky ještě něčím dalším. Setkali jsme se spolu několikrát, on také jezdil přednášet do Spojených států amerických, a když jsem se s ním pak jednou potkal na ulici ve Vídni, řekl takovou myšlenku – že Američané mají na jedné straně země sochu Svobody, ale měli by si na druhé straně, u Tichého oceánu, postavit ještě sochu Zodpovědnosti. Jinými slovy – vyvážit to, protože svoboda není bezbřehá a je třeba ji využívat zodpovědně. To je v existenciální psychoterapii doplňující se dvojice pojmů.

Co tedy přesně lze chápat pod eklekticko-integrativním pojetím psychoterapie, které zastáváte?

V psychoterapii je řada směrů, někteří říkají, že až čtyři sta. Já sám si myslím, že je asi deset významných směrů, například už zmíněný dynamický, který vycházel z Freuda. Naproti tomu stojí kognitivně-behaviorální koncepce, která vychází z toho, že člověk se něco naučí špatně a může se to naučit lépe nebo se může svým špatným návykům odnaučit, osvojit si chybějící sociální dovednosti a podobně. Důležitými směry jsou také humanistický přístup, gestalt přístup, přístup Virginie Satirové či transakční analýza.

V současnosti to vypadá tak, že adeпти psychoterapie chodí do výcviku k představitelům či zastáncům jednotlivých směrů, kteří mají kvalifikaci na to, aby tento výcvik prováděli. Pak se vycvičí právě v tom směru a následně s terminologií a technikami tohoto směru pracují. Integrativ-

ní či eklektický přístup spočívá v tom, že se terapeut neupíše jednomu přístupu, ale zkouší, co se na konkrétní problémy nebo symptomy a osobnost daného pacienta hodí.

Eklektický přístup je jednodušší a spočívá v pouhém výběru – na jednoho se mi hodí hypnóza, na druhého rozbor jeho životního smyslu nebo traumat z dětství, které je třeba analyzovat, ventilovat, odreagovat. A zase u jiného, který se například bojí chodit do města, je vhodné natrénovat překonání jeho fobie. To je mi blízké. Na druhé straně spolu ovšem jednotlivé teorie moc snadno sladit nelze, představuje to obtížné úsilí. To jsou pokusy o integraci – nějak teoretické přístupy propojit nebo zkoušet vytvořit nadřazenou metateorii. Ale to je zatím spíše úkol než uskutečněná záležitost.

Vraťte se ještě k vaší profesní dráze – když jste se vrátil do Brna s novými poznatky ze zahraničí, nastalo určité rozčarování. Zavládla doba normalizace se všemi jejími absurdními „normami“. Jak jste se s tím vypořádal?

Mně se na Stanfordské univerzitě velmi líbilo. Věda tam byla na úrovni, pracovalo se s tvrdými daty, všechno muselo být podloženo výzkumem. Například když se vytvářela experimentální skupina, vybírali se studenti, kteří jsou hypnabilní, a porovnávaly

se jejich reakce po hypnotizaci s reakcemi studentů nehypnabilních. Zkoumalo se sugestivní ovlivnění vnímání, emocí, motoriky, paměti a podobně. Byl jsem tam tři čtvrtě roku a pak – abych si doplnil poznatky z jiného pracoviště – jsem odjel na čtvrt roku ještě do Filadelfie za profesorem Martinem Ornem. To byl psychiater a psycholog, který vedl vědecko-výzkumný tým rovněž na vysoké úrovni.

Když jsem se vrátil, předpokládal jsem, že z nabytých poznatků něco vytěžuji i pro naše podmínky. Ale nastala normalizace a nebylo vítáno, abych k nám přinášel poznatky a názory z buržoazní ciziny. Sice mne na brněnské fakultě ještě nějakou dobu nechali, ale dali mi najevo, že už nemůžu setrvávat. Nakonec jsem musel v roce 1978 odejít. Přijala mne však, tehdy alespoň jako externistu, katedra psychologie v Olomouci, kde jsem mohl dále přednášet. Tam jsem po roce 1989 získal profesuru a místo řádného člena katedry.

Ale už v roce 1971 jste založil specializované oddělení pro neurotiky v Psychiatrické léčebně v Kroměříži. Po restituci zámku v Lobči to je vlastně jediné zařízení tohoto typu v naší republice, je to tak?

Jediné ne. Vzorová terapeutická komunita pro rehabilitaci neuroz v Lobči u Mělníka skončila svojí činností v roce 1991, dále však

existovalo specializované oddělení např. na psychiatrické klinice v Brně. Nověji podle tohoto modelu vznikla lůžková oddělení v Horních Bečkovících, v Havlíčkově Brodě, na psychiatrické klinice v Olomouci a nedávno ve Šternberku.

V Lobči bylo výhodou, že komunita sídlila v zámečku mimo psychiatrické zařízení. Bylo to u nás jedno z prvních pracovišť tohoto typu, které navíc dlouho vydrželo. V Kroměříži pracujeme systémem terapeutické komunity se skupinovou psychoterapií a dalšími skupinovými technikami od mého návratu z USA už 40 let. Jsem vděčný, že mám kolem sebe stále skvělý terapeutický tým.

Předpokládám, že u těchto pacientů preferujete psychoterapii před podáváním psychofarmak.

Rozhodně ano. Dříve jsme dokonce mohli mít pacienty, kteří léky vůbec neužívali, nebo jsme jim mohli odebrat jejich malé dávky. Dnes sem však přicházejí lidé, kteří jsou už tak navyklí na anxiolytika, že kdyby se jim náhle odebrala, budou mít závažné abstinenční příznaky. Proto se musí postupovat opatrně. Také se hodně rozšířilo užívání antidepresiv, jež nejsou z hlediska návykovosti nebezpečná, takže pacienti většinou nějakou medikaci mají. Hlavní metodou tohoto specializovaného zařízení ovšem nadále zůstává psychoterapie.



Neuspokojená snaha někam patřit a uplatnit se, to je a bude problémem v naší kultuře stále přítomný.

Z hlediska psychoterapie se jedná patrně zejména o odžívání prožitých traumat. Jakých metod k tomu používáte?

Jedná se především o abreakci, odreagování s takzvaným katarzním účinkem. Pokusím se to vysvětlit. Může jít o jednorázové trauma (přepadení, znásilnění, havárii), tedy posttraumatickou stresovou poruchu, nebo o dlouhodobé konflikty a ubližování v rodině či v práci. Snažíme se negativní stavy znovu vyvolat, ovšem za podpůrných podmínek.

Ve skupinové terapii si pacient může události či konfliktové situace přehrát a uvolnit své emoce – plakat, zlobit se, křičet. Je to součástí techniky, které se říká psychodrama. Ke konkrétnímu problému je účelné se několikrát vrátit, ale pak už se spíše pozitivně zaměřovat na situace, které budou pro toho daného pacienta významné v jeho dalším životě, případně nacvičovat vhodnější formy jeho chování.

V minulosti probíhaly na tomto poli i různé experimenty s podáváním psychotropních či halucinačních látek – asi nejznámější inicioval docent Jíří Roubíček, autor knihy „Experimentální psychosa“. Účastnil jste se podobných experimentů a přinesly nějaké klinicky využitelné poznatky?

Já intoxikaci LSD zažil přímo u docenta Roubíčka ještě jako student druhého ročníku psychologie, takže jsem viděl, co to může

udělat. V letech 1965–68 jsme pak v Kroměříži měli možnost pracovat jak výzkumně, tak terapeuticky s LSD, tedy tehdy vyráběla Spofa pod názvem Lysergamid. Nepodávali jsme ho ale pacientům, jen dobrovolníkům z řad kolegů či studentů, kteří chtěli lépe porozumět světu duševně nemocných. Dva ze zúčastněných studentů průběh těchto experimentů zpracovali jako diplomovou práci. Je škoda, že se halucinogeny začaly zneužívat a že se jejich legální aplikace v důsledku toho zakázala.

V léčebně v Sádské například primář Hausner využíval stavy po podání LSD i terapeuticky. Pacientům se podávala psychotropní látka opakovaně a s tím, co promítali do halucinací, se pak pracovalo podobně jako v psychoanalýze se sny. Další skupina byla ve Výzkumném ústavu psychiatrickém v Praze, kde tehdy pracoval Stanislav Grof. Ten se zaměřoval na možnost halucinatorního prožití návratu do nitroděložního života a pak dokonce do minulých životů. To je však pro nás jen fantazie, nikoli prokazatelná realita. Profesor Grof v tom pokračoval po emigraci v USA a po zákazu halucinogenů se přesměroval na vyvolávání podobných zvláštních psychických stavů pomocí holotropního (zrychleného) dýchání a silné hudby.

K podpoření abreakce traumatických zážitků se využívala i narkoanalýza, spočívající v částečném uspání pacienta injekcí krátce účinnějšího barbiturátu. Ve sta-

vu mezi bděním a spánkem se mu připomněly nezpracované zážitky a on je mohl odreagovat. Jinou pomocnou metodou byla injekce povicitinu (tehdy českého preparátu Psychoton), která vyvolala zrychlenou řeč a zesílenou emoční reakci a rovněž podpořila odreagování potlačených emocí.

Dnes už se tyto podpůrné farmakologické metody prakticky nepoužívají. Odreagování se může podpořit například v hypnóze, ale nejčastěji se využijí psychodramatické scénky ve skupině, v nichž si pacient může za pomoci spolupacientů svoji traumatickou nebo konfliktní situaci dramaticky přehrát.

A co jste měl za představy použít LSD vy sám?

Já měl například zážitek, že se ve skafandru nořím do mořské hlubiny a z průhledu pozoruji různé zajímavé ryby a podmořský svět. Potom se mnou kolegové vyšli na dvůr psychiatrické kliniky, to bylo v Praze na Karlově – já šel do kopečka a měl jsem pocit, že se vznáším a necítím tíhu těla. Také jsem viděl blikající barevná světélka jako při jízdě na kolotoči. Mí prazdší přibuzní, u nichž jsem po pokusu přespál, mě pak s obavami hlídali. Ještě jsem trochu halucinoval, ale přes noc vše pominulo.

Dostáváme se k vašemu hlavnímu badatelskému zájmu, kterým je hypnóza. Dnes už víme, že není totéž co spánek, a také není pochyb o tom, že by ji

snad někdo degradoval na pouhou „varietní atrakci“. Jak tedy tento přechodný stav vědomí probíhá?

Existuje několik složek hypnotického stavu. Především se zvýší vnímavost pro sugesci, která u každého trochu funguje i v bdělém stavu. Zesílí se vztah k tomu, kdo hypnózu provádí, a pokud se hypnotizovaný dostane do hlubokého hypnotického stavu, změní se vědomí tak, že až hypnóza skončí, nemusí se subjekt na to, co v ní prožíval a dělal, pamatovat. Přitom může být v hypnotickém stavu aktivní – chodit, psát, dělat psychologický test. Když se vrátí do bdělého stavu, nemusí si nic z toho vybavovat. Ne, že by to bylo zapomenuto, ale zůstává to uschováno. Na určitý signál si může na vše vzpomenout.

Také může provést zadanou posthypnotickou sugesci, například otevřít okno, přesunout židli či papíry na stole, a nevědět, že mu to bylo vsugerováno. Vysvětluje to pak různými vymyšlenými důvody, například že v místnosti bylo horko, že židle překážela... Tyto experimenty jsou dokladem skutečnosti, že člověk si někdy nemusí být vědom skutečných příčin vlastního jednání.

Toho se dá asi docela dobře zneužít. Nebo ne?

Také toho někdy zneužito bylo, ale v podstatě platí zásada, že co je proti morálnímu citění hypnotizovaného, to se v realu nikdy neuskuteční. Běžný, byť hypnózou ovlivnitelný člověk nepůjde na základě posthypnotické sugescie vykrást banku, ale otrlého zloděje by taková sugesci mohla povzbudit.

Nebezpečí hypnózy v rukou nepovolaných osob nespočívá jen v málo pravděpodobném zneužití k nemorálnímu jednání, ale zejména v možnosti vyvolání nežádoucích psychických účinků, které osoba bez znalosti psychopatologie a zkušeností v oblasti psychoterapie nebudou umět zvládnout. Proto se snažíme bránit tomu, aby hypnózu prováděly nebo aby se v hypnotizaci školily osoby, které nemají odbornou kvalifikaci, jaká je u lékařů a psychologů.

Říkáte, že hypnotizovat se může naučit skoro každý, ale vnímavost k hypnóze asi každý nemá.

Odhaduje se, že asi 15 % osob se dokáže pohroužit do hluboké hypnózy se změněným stavem vědomí. Do střední hloubky lze uvést asi 50 % lidí, do lehké hypnózy 30 % a zcela nehypnabilních je asi 5 %.

A jak je tomu obecně s léčebným vlivem sugescí – třeba v oblasti autogenního tréninku? Je rovněž třeba určité psychické výbavy ve smyslu zvýšené vnímavosti?

Většinou platí, že čím je dosažená hypnóza hlubší, tím může být terapeuticky účinnější. Ale někdy jsou při opakovaných sezeních účinné i sugesci postupného zlepšování, podávané pacientovi v jen lehkém relaxovaném stavu. Autogenní trénink představuje vhodnou alternativu k hypnóze, protože na hypnabilitě nezávisí. U autogenního tréninku pacient nacvičuje 3x denně relaxaci a postupně přidává nacvičování představy tmy, tepla, klidného dýchání, klidného tepu srdce, tepla v břiše a chladného čela. To má celkově zklidňující a protiúzkostný účinek. Na nacvičené základní formulky může pacient navázat specifickými formulkami pro sebe, například jsem klidný, jsem odvážný, jsem energický, dovedu se prosadit, život je zajímavý... Důležité je, že na rozdíl od hypnózy to pacient má sám ve svých rukou. Na druhé straně to vyžaduje vyvíjení vlastního úsilí a také to déle trvá.

Proč se u nás téměř nevyužívá hypnotická analgezie?

Pokud jsme měli v kurzech hypnózy lékaře z oblasti anestezie nebo chirurgie (moc jich pravda nebylo), tak to ve svém oboru zkoušeli. Ale výsledek je bohužel závislý právě na tom, zda je daný člověk hypnabilní a zda na tyto sugesci reaguje. Mělo by se to asi vyzkoušet častěji. Někdy by se tím dala například odstranit bezprostřední bolest, v případě bolesti chronické se zase lze pokusit o několik speciálně zaměřených sezení...

S postupy jak sugesci zkoušet, aby zabraly, je možné se seznámit v knize „Klinická hypnóza“, kterou jsem pro tyto účely napsal. Jsou tam uvedeny všechny varianty základních technik vybrané ze světové literatury.

Jste uznávaným pedagogem. Co soudíte o Rogersově myšlence „Neztrácejte čas výchovou psychoterapeutů a věnujte se místu toho jejich výběru“?

To je myšlenka, která byla z našich rogeriánů blízká například profesorovi Janu Vymětalovi v Praze. Souhlasím, že jsou lidé, kteří mají empatii přirozeně ve své povaze, dovedou vcítěním a porozuměním pochopit a podpořit druhého člověka. Myslím si však, že i osoby, které se zpočátku cvičovat do druhých moc neumě-

prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, CSc.

* 25. srpna 1932 v Brně

Přední odborník na psychoterapii (s integrativním pohledem na její směry a metody), speciálně pak psychoterapii skupinovou, manželskou terapii a problematiku sexuálních dysfunkcí, pro něž prakticky rozvíjel a zkoumal párovou formu sexuální terapie. Dále se zabývá hypnózou jako předmětem výzkumu i jako terapeutickou metodou.

V roce 1958 ukončil studium psychologie na FF UJEP v Brně a nastoupil jako psycholog v Psychiatrické léčebně v Kroměříži. V roce 1967 obhájil práci na téma „Psychotonový interview v psychoterapii neuras“ a získal titul PhDr. O dva roky později obhájil kandidátskou disertační práci na téma „Hypnóza a spánek“ na Univerzitě Komenského v Bratislavě. V letech 1969–70 byl pozván do USA, kde se podílel na vědeckém výzkumu hypnózy. Po návratu v roce 1975 se habilitoval s prací „Prolongovaná hypnóza“, jmenování docentem

v Brně se však z politických důvodů neuskutečnilo a v roce 1978 musel brněnskou fakultu opustit. Přijala jej však Univerzita Palackého v Olomouci. V roce 1990 zde byl jmenován docentem klinické psychologie a v dalším roce profesorem.

Až do roku 2009 přednášel obory klinické psychologie. Za jeho celoživotní dílo mu byla v roce 2002 na této univerzitě udělena prestižní Cena Františka Palackého. Je stále pracovně činný v oblasti klinické i publikační. Od roku 1965 je vedoucím psychologem v Psychiatrické léčebně v Kroměříži. V roce 1971 zde založil známé specializované psychoterapeutické oddělení pro léčbu neuróz. Od téhož roku zde také vede každoroční týdenní kurzy hypnózy pro lékaře a klinické psychology.



Je autorem řady odborných publikací. Jeho kniha „Základy psychoterapie“ se stala stěžejním dílem české klinické psychologie a vyšla již v pěti stále doplňovaných vydáních. Do tisku je připraveno rozšířené vydání šesté.

Stále aktualizuje i své knihy „Skupinová psychoterapie v praxi“, „Sexuální dysfunkce“, „Manželská a párová terapie“ a „Experimentální hypnóza“. Populárněji se staly také jeho zdravotně výchovné publikace určené laické veřejnosti, např. „Jak žít s neurózou“.

Je čestným členem řady odborných společností, například Psychiatrické společnosti ČLS JEP, Psychoterapeutické společnosti, České i Slovenské sexuologické společnosti a Asociace manželských a rodinných poradců.

PŘEDSTAVUJEME / ZE SPOLEČNOSTI

jí, se to mohou naučit. Trénink empatie má podle mne smysl.

Obdobně a popularizačně se dlouhá léta věnujete také párové a manželské terapii, stal jste se uznávanou autoritou v oblasti sexuologie. I zde je využití psychoterapie úspěšné?

Je to pomoc nejen v oblasti sexuálních dysfunkcí, ale i při řešení manželských a rodinných konfliktů. Spolupracoval jsem delší dobu s brněnskou manželskou poradnou a také v Kroměříži se v rámci naší skupinové terapie touto oblastí stále zabýváme. Optimální je, když máme k dispozici pár a můžeme posoudit vzájemné vztahy partnerů. Vidíme, jak se k sobě chovají, a můžeme se pokoušet jejich komunikaci ovlivňovat přímo. Učíme je například nahrazovat kritické a obviňující výroky na adresu druhého (ty jsi sobec, ty jsi nepořádný) výpovědí o vlastních pocitech: „když si mne zevšímáš, je mi to líto“, „když po sobě neukli-

diš, mrzí mne to“. Důraz je kladen také na pozitivní myšlení, to jest nezaměřovat se moc na chyby partnera, ale více chválit ve smyslu hesla: „Najdi na druhém něco pěkného a řekni mu to.“

Mezi zkušenosti z práce s páry patří i vaše proslavené edukační zkratky typu „po-po“ (posedět a popovídat), „ne-s-ta“ (nezatěžovat malichernými starostmi) nebo „u-u“ (uvařeno, uklizeno).

To se stalo populárním, když jsme zkoumali, jaké potřeby převažují u mužů a u žen, jak zásadní ty rozdíly jsou a jestli by jeden mohl potřeby druhého, které mu nejsou vlastní, lépe pochopit. Odtud třeba ženská přání „posedět a popovídat“ a „duševní porozumění“ a mužská očekávání „uvařeno, uklizeno“, obdiv a zmíněné nezatěžování malichernými starostmi.

Sex je samozřejmě také velmi důležitá složka partnerského soužití. Jeden čas jsme měli možnost

přijmout k hospitalizaci v samotném pokojíku dvojici, která měla v sexuálním životě potíže. Zadávanými úkoly ke cvičením se během dvou týdnů dařilo upravit jejich pohlavní život k oboustranné spokojenosti. Tu možnost už dnes nemáme, ale naše zkušenosti se mohou využít v ambulancích. Klientům návody ke cvičením nabízím v publikacích „Sex: starosti a radosti“ a „Sex jako obohacení života“.

Není snadné setkávat se každý den s komplikovanými lidskými osudy a navíc se do nich ještě snažit vžívat. Jak odpočíváte, jak si hraje?

Nemám rád pasivní odpočinek. Potřebuji k životu intelektuální práci, která spočívá jak v psaní publikací, tak v přátelském vedení mých kolegů nebo v psychoterapeutické práci s pacienty. A pak se to snažím vyvážit pohybem a aktivitou. Chodím běhat, plavat, v zimě na běžky a o víkendech děláme s manželkou turis-



tické výlety – dříve to byly Tatry, teď jsou to nižší hory – Orlické nebo Jeseníky či Beskydy. Žádný vynikající sportovec nejsem, nikdy jsem v žádném sportu nevynikal, jen mám zkrátka potřebu pohy-

bu. A rekreační sport a pohyb také doporučuji našim pacientům. Udržovat se v tělesné kondici je významnou složkou ochrany před vznikem nebo recidivou neurotických potíží.

Ceny v oboru adiktologie uděleny

22. listopadu byly v Lékařském domě v Praze předány ceny v oboru adiktologie, které jsou každoročně udělovány osobnostem a organizacím, jež se významně podílely na rozvoji tohoto oboru.

Ocenění, jež bylo letos uděleno již posedmé, předávají Společnost pro návykové nemoci České lékařské společnosti J. E. Pur-

kyňe a Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN Praha. Nominováni jsou osobnosti na návrh institucí a odborníků z oboru. Z navr-

žených kandidátů je pak Radou Ceny adiktologie, složené ze zástupců oboru z akademické obce, z oblasti koordinace drogové po-

litiky a ze systému péče o uživatele drog, zvolen laureát. Vedle toho je udělována Cena Kiron za nejlepší adiktologický počín roku pro jednotlivce nebo organizaci (od roku 2010). Tu převzalo P-centrum Olomouc za tvorbu a realizaci projektu „Dokážu to“, který se zabývá řešením problematiky českých uživatelů pervitinu.



Ředitelka P-centra Olomouc Dagmar Krutilová a doc. Lumír Hanuš

ÚHKT oslavuje šedesátiny

U příležitosti 60. výročí založení Ústavu hematologie a krevní transfuze (ÚHKT) v Praze uspořádala Heřmánského nadace hematologické onkologie 20. listopadu v Divadle na Vinohradech benefiční představení hry britského autora Noëla Cowarda „To byla moje písnička“.

Čestným hostem představení byla předsedkyně Poslanecké sněmovny PCŘ Miroslava Němcová, která ve svém krátkém vystoupení vyjádřila podporu aktivitám Heřmánské nadace i práci ÚHKT.

Ředitel ústavu prof. MUDr. Marek Trněný, CSc., v úvodu programu řekl, že touto beneficí chce pracoviště poděkovat všem, kteří přispěli k vybudování prestiže ústavu, i těm, kteří jej podporují, ať už jako pravidelní dárci krve či sponzorských darů. „Nesmírně si této podpory vážíme. Za současné situace ve zdravotnictví, která se ústavu a jeho dalšího fungování přímo dotýká, ji vnímáme jako pozitivní impuls k tomu, abychom nadále pokračovali v úsilí zachovat prestiž a unikátnost ústavu a posunout dál jeho vývoj,“ dodal profesor Trněný. Výtěžek z benefice bude věnován na boj proti nádorovým

onemocněním. Finanční dary se budou shromažďovat na kontu nadace u UniCredit Bank Praha 1, číslo účtu: 202 0021/2700.

Ústav hematologie a krevní transfuze (ÚHKT) byl založen 1. ledna 1952 a je prestižním pracovištěm spojujícím specializovanou léčebnou péči a diagnostiku s intenzivní výzkum-

nou činností v oboru hematologie a krevní transfuze. Heřmánské nadace – Nadace hematologické onkologie byla založena v roce 1995 při 1. interní klinice – klinice hematologie 1. LF UK a VFN v Praze.

Více informací: www.uhkt.cz, www.hermanskeho-nadace.cz

(eta)



Marek Trněný, Miroslava Němcová a Pavel Klener. | Foto: archiv ÚHKT

Na cestě k léčebnému konopí

Cenu adiktologie 2012 za významný přínos oboru převzal světový odborník na poli výzkumu konopí pro léčebné účely a rodák z Olomouce doc. RNDr. Lumír Ondřej Hanuš, DrSc., který působí na prestižním vědeckém pracovišti v Jeruzalému. Docent Hanuš se významně podílí i na českém procesu směřujícím k legalizaci konopí pro terapeutické účely. Jeho vědecké práce jsou v zahraničí vysoce ceněny a uveřejňovány v renomovaných vědeckých časopisech.

„Jsem velmi potěšen letošním laureátem ceny. Jeho úctyhodné úspěchy ve světové vědě jsou tou nejlepší reklamou pro Českou republiku i náš obor. Považuji si za čest předávat cenu letos právě jemu a více jej představit českému

publiku, protože je snad již téměř našim národním sportem, že ti, kdo dosáhli největších světových úspěchů, jsou doma často málo známí. Současně docent Hanuš reprezentuje tu více biologickou, exaktní část našeho oboru a je dobrým příkladem pro flexi jeho celkové šíře a záběru,“ uvedl k letošní volbě přednosta Kliniky adiktologie 1. LF UK a VFN prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D.

Oceněný docent Hanuš poté v diskuzi přiblížil, jak funguje systém pěstování a užívání konopí k léčebným účelům v Izraeli, kde je v tomto hledu mnohem přísnější legislativa než u nás. Znovu zdůraznil, že konopí není univerzálním lékem; podle jeho slov je třeba mít na mysli, že neléčí vždy, každého, každou chorobu ani každé její stadium. (eta)

ZE SPOLEČNOSTI

Letošní ceny „Česká hlava“ z oblasti medicíny

Průkopník chemoterapie zhoubných nádorů, světově uznávaný kardiolog a epidemiolog stojí u zrodu programu boje s poliomyelitidou jsou laureáty oceněnými odbornou porotou v jedenáctém ročníku soutěže „Česká hlava“ pro nejlepší tuzemské vědce.

Národní cenu vlády Česká hlava získal onkolog a hematolog **profesor Pavel Klener** z 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy. Profesor Klener proslul zejména jako odborník na poli chemoterapie zhoubných nádorů a je průkopníkem této terapeutické modality u nás.

Cenu Invence firmy Kapsch za mimořádný vědecký počin posledních let obdržel **profesor Jan Pirk**. Byla mu udělena za inovace při použití dvou dlouhodobých srdečních podpor Heartmate-II jako totální

náhrady lidského srdce u pacientů bez možnosti standardní léčby.

Tradičně je udělována i cena Patria společnosti Veolia, a to vědecké či manažerské osobnosti, která se výrazně prosadila v zahraničí. Tentokrát si cenu přiletěl převzít **profesor Ervín Adam**, který byl u zrodu koncepce boje s dětskou obrnou a po své emigraci do USA v roce 1968 se stal vedoucím epidemiologické části projektu objasňujícího roli virů v patogenezi lidských nádorů. Po roce 1989 se rozhodl podporovat českou vědu.

Cenu Doctorandus pro studenta doktorského studijního programu získala **Anna Fučíková** z Matematicko-fyzikální fakulty UK, která se dlouhodobě věnuje výzkumu nanočástic a jejich vlastností – netoxicity a schopnost rozložit se v živém organismu jim dávají velký prostor pro užití v medicíně.

Cenu Industrie Ministerstva průmyslu a obchodu ČR pro inovační firmu získala společnost **ELLA-CS, s. r. o.**, za vývoj krytého kovového samoexpandabilního jícnového stentu, který je určen k zasta-

vení akutního krvácení z jícnových varixů. Toto onemocnění postihuje převážně pacienty s jaterní cirhózou a je pro ně životně nebezpečné.

Ceny Česká hlava uděluje již od roku 2002 stejnojmenná společnost na návrh nezávislé odborné poroty. Soutěž, která si vydobyla prestiž jednoho z nejvýznamnějších



Prof. Pavel Klener | Foto: Česká Hlava

ocenění, jichž se v tuzemsku může vědci dostat, má od svého vzniku již téměř 80 laureátů v různých kategoriích a výše dotací za stejné období dosáhla téměř 16 milionů korun. Od roku 2005 je hlavní cena udělována jako „Národní cena vlády Česká hlava“ a někdy se o ní hovoří jako o české Nobelově ceně.

Prezident jmenoval nové profesory

Prezident republiky Václav Klaus jmenoval 16. listopadu 2012 ve Velké aule Karolina na návrh vědeckých a uměleckých rad vysokých škol padesát nových profesorů. Je mezi nimi i řada lékařů, biomedicínských vědců a odborníků v příbuzných oborech.

● Na návrh Vědecké rady Univerzity Karlovy v Praze byli jmenováni: Svatopluk Adámek (pro obor chirurgie), Jaroslava Dušková (patologie), David Jahoda (ortopedie), Vladimír Kebza (klinická psychologie), Jan Klozar (otorinolaryngologie), Jiří Kobr (pediatrie), Vladimír

Lonský (kardiochirurgie), Lubomír Opletal (farmakognozie), Miloslav Pleskot (vnitřní nemoci), David Pokorný (ortopedie), Jarmila Procházková (stomatologie), Radek Špišček (lékařská imunologie), Petr Vlček (vnitřní nemoci).

● Na návrh Vědecké rady Masa-

rykovy univerzity v Brně: Johannes Claudius Bruck (chirurgie), Irena Rektorová (neurologie).

● Na návrh Vědecké rady Veterinární a farmaceutické univerzity Brno: Eva Matalová (fyziologie a farmakologie).

(mč)

Štěpánka Čapková oceněna za přínos pro ČŽV

Prezident ČLK MUDr. Milan Kubek v rámci V. ročníku mimořádného výročního semináře „Perspektivy celoživotního vzdělávání lékařů“ udělil v Kaiserštejnském paláci v Praze „Cenu prezidenta ČLK za přínos v oblasti celoživotního vzdělávání lékařů“ vedoucí lékařce dětské dermatologické ambulance FN Motol MUDr. Štěpánce Čapkové.

Milan Kubek ocenil osobnost doktorky Čapkové (v roce 1984 se stala první lékařkou u nás, který složil atestaci z dětské dermatologie), její mimořádnou pedagogickou aktivitu, trpělivou a nezištnou činnost v oblasti celoživotního vzdělávání garantovaného ČLK.

„Celý svůj život jsem zasvětila předávání zkušeností svým mladým kolegům na dětském oddělení i studentům. Jejich reakce mi signalizují, že se na klinice bude v dětské dermatologii pokračovat. Děkuji také své dceři Martině za pomoc při technickém zpracování mých pedagogických vystoupení.“ uvedla ve svém poděkování Štěpánka Čapková.

Vedoucí oddělení vzdělávání ČLK PhDr. Radek Ptáček shrnul stav

a perspektivy celoživotního vzdělávání lékařů. Pochválil stoupající kvalitu přednášek a zdůraznil, že celoživotní vzdělávání je nezbytnou podmínkou výkonu povolání lékařů. Informoval o vytvoření skupiny

padesáti odborných garantů, která pracuje na koncepci celoživotního vzdělávání. Rozšiřuje se také nabídka alternativních forem vzdělávání. V závěru večera zahrálo Quartetto Concentrante.

(ela)



Foto: Michal Sojka

Pozvánka na „Základy aloplastiky kyčelního kloubu“

Anatomický ústav 1. LF UK a oddělení ortopedie, traumatologie a rekonstrukční chirurgie ÚVN vás zvou na sympozium „Základy aloplastiky kyčelního kloubu“

Akce proběhne v sobotu 14. ledna od 9 do 15 hod. v Anatomickém ústavu 1. LF UK, U nemocnice 3, Praha 2.

- Operační technika CCEP
- Peroperační a časné komplikace TEP
- Infekce
- Dobře fixovaná bolestivá TEP

Témata přednášek:

- Anatomie kyčle a operační přístupy – demonstrace v pitevně
- Obecné základy konstrukce TEP
- Polyethylen
- Párování kov-kov, keramika-keramika
- Cement a cementovací technika
- Konstrukce necementovaných TEP
- Příprava pacienta k TEP
- Operační technika u cementované TEP
- Operační technika necementované TEP

Předsedou symposia je prof. MUDr. Jan Bartoníček, DrSc., organizačním sekretářem doc. MUDr. Ondřej Naňka, Ph.D.

Přednášející: doc. MUDr. Zbyněk Rozkydal, Ph.D., doc. MUDr. Jiří Gallo, Ph.D., prim. MUDr. Pavel Kubát, Ph.D.

Organizační zajištění: Ortopedické centrum, Ústí nad Labem,

www.ortopedicke-centrum.cz

(red)

Pozvánka na vánoční koncert na Karlově

Vánoční koncert z cyklu „Fakulta v srdci Karlova“ se koná 10. prosince 2012 od 19.30 hodin v Kostece Panny Marie a sv. Karla Velikého na Karlově, Praha 2. V programu zazní „Česká mše vánoční“ Jana Jakuba Rýby a „Hymni Adventuales“ Petra Koronthalyho v provedení Piccolo coro a Piccola orchestra.

(red)

„Zase ležím v Krči. No a co!“

Výstavu fotografií Jana Šibíka z oddělení dětské neurologie Thomayerovy nemocnice s názvem „Zase ležím v Krči. No a co!“ můžete zhlédnout 3.–9. prosince v Galerii U Prstenu, Jiřská 14, Praha 1 – Staré Město.

Cílem projektu je představit veřejnosti neobvyklým způsobem oddělení dětské neurologie Thomayerovy nemocnice. Projekt je zároveň vzpomínkou na zakladatele tohoto oddělení prim. MUDr. Jiřího Dolanského, od jehož úmrtí v letošním roce uplynulo 10 let.

(red)

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

Kandidáty navrhnou 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
- vložením na 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. Též si o něj můžete zažádat prostřednictvím e-mailu 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, výkonání 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. V případě dotazů pište na adresu sestraroku@mf.cz nebo využijte webové diskusní fórum.

Záštita



Garant



Generální partner



pomáhá léčit.

Partneři



Science For A Better Life



ZDRAVOTNÍ POJIŠŤOVNA
i pro vás!

Mediální partneři



Postgraduální medicína



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 požíváním takových záznamů souhlasí.

Úplné znění pravidel soutěže je k dispozici na 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

Kde jste se o soutěži dozvěděli?

Nový laser pomáhá lékařům FN Olomouc v léčbě rakoviny plic

Slavnostní předání laseru pro léčbu plicních nádorů Klinice plicních a nemocí a TBC LF UP a FN Olomouc proběhlo 14. listopadu. Akce se zúčastnili představitelé Olomouckého kraje, Statutárního města Olomouce, vedení FN Olomouc a Lékařské fakulty Univerzity Palackého.

Při klinice funguje Pneumoonkologické centrum, které ročně diagnostikuje přes 200 nových případů rakoviny plic. Olomoucké pracoviště se dlouhodobě specializuje právě na léčbu pomocí in-

tervenční bronchoskopie, laseru nebo zavádění protéz a zářičů do průdušek. Nákup přístroje podpořilo občanské sdružení Promeritum, které poskytlo finanční příspěvek z darů obyvatel regionu.

Účastníci slavnostního předání přístroje klinice si také připomněli 85. výročí založení prvního plicního léčebného zařízení v Olomouci, kterým byl plicní pavilon postavený v roce 1927 v tehdejších

Moravských zemských ústavech, v místě dnešní II. interní kliniky FNOL. Součástí slavnosti bylo i odhalení plastiky „Dech zdraví“ olomouckého sochaře Karla Hořínka (viz foto).



Profesor Vítězslav Kolek a sochař Karel Hořinek. | Foto: FNOL (red)

„Svět u moře“ mají i děti na Bulovce

Děti milují barvy, obrázky a hry. To všechno teď mají i v ambulanci části dětského oddělení Nemocnice Na Bulovce. Navíc si zde mohou připadat jako u moře.

Nové prostory pediatrie ambulance Nemocnice na Bulovce 25. října symbolicky předala dětským pacientům Chantal Poullain Polívková. V rámci projektu „Svět u moře“ zde Nadace Archa Chantal vytvořila prostředí, které by mělo dětem maximálně zpříjemnit dobu strávenou v nemocnici.

jektu pracovala na nových podlahách a barevné výmalbě. Jsou zde dřevěné mobilní prvky na hraní, s nimiž si děti mohou krátit čas při čekání na vyšetření. Součástí projektu je také nový nábytek, obrázky z výtvarné dílny manželů Elšíkových, nový informační systém pro lepší orientaci na oddělení, grafické dekorace na skleněných plochách,

květiny, plastová okna na chodbě a toaletách. Ambulance se také dočkala renovace dveří a toalet. Celková cena projektu dosáhla téměř 750 tisíc korun. Nadace Archa Chantal se podařilo zrekonstruovat oddělení jen díky sponzorům.

Z neutěšeného prostředí útulné

„Toto je jeden z více než třiceti světů, které Nadace Archa Chantal od roku 1993, kdy byla založena, ve státních zdravotnických zařízeních v České republice vytvořila. Veškerá naše snaha směřuje k vytvoření prostředí pozitivního působícího na dětskou psychiku. Změnou neutěšeného prostředí v útulná, příjemná místa se malý pacient stává součástí kouzelného světa. Touto hrou se dítě lépe vyrovná s pobytem v nemocnici, zbaví se stresu a překoná odloučení od rodičů,“ řekla při předání prostor Chantal Poullain Polívková.



Foto: Leoš Chodura

Profesionální hráč pokeru přispěl na polohovací lůžka

Martin Hrubý, který hraje profesionálně poker v týmu PokerStars, věnoval II. internímu oddělení Nemocnice Na Bulovce finanční příspěvek na nákup polohovacích lůžek.

Šek v hodnotě 4000 dolarů (cca 80 tisíc korun) převzal za nemocnici ekonomický náměstek Ing. Čeněk Kozák a za II. interní oddělení vrchní sestra Jiřina Hrubá a lékař MUDr. Patrick Janicadis.

Martin Hrubý přispěl nemocnici už podruhé, loni částkou 66 tisíc korun. „Chtěl jsem svůj příspěvek směřovat na konkrétní a užitečnou věc. Víím, že zdravotnická zařízení nemají peněz nazbyt, přitom modernizovat potřebují, a jelikož znám prostředí

II. interny v Nemocnici Na Bulovce, rozhodl jsem se přispět na její tech-



Foto: archiv Nemocnice Na Bulovce

nické vybavení,“ zdůvodnil svůj dar nemocnici pokerový profesionál. II. interní oddělení chce za finanční dar pořídit polohovací lůžka na akutní a odbornou ambulanci.

Martin Hrubý je náš nejúspěšnější hráč pokeru. Česká republika má díky němu od roku 2007 také svého zástupce v elitním týmu PokerStars Pro. Původně podnikal v oblasti pohostinství, pokeru se věnuje deset let, od roku 2007 profesionálně.

(red)

Jím pro charitu!

Gastronomický festival „Jím pro charitu“ spojí dobré jídlo s dobrým skutkem a „postaví“ dětskou herna na transplantáční jednotce ve FN Motol.

Nový gastronomický festival pořádaný společností Alakarte.cz probíhá od 19. 11. do 19. 12. ve více než 160 restauracích po celé České republice. Hlavní myšlenkou festivalu je spojit dobré jídlo s dobrým skutkem. Stačí jediné – zdarma si rezervovat stůl ve vybrané restauraci. Za každého hosta věnuje Alakarte.cz 10 Kč Nadačnímu fondu Kapka naděje. Z výtěžku bude postavena dětská herna

na transplantáční jednotce motolské nemocnice.

Slogan festivalu zní „Rezervujte si svůj dobrý skutek“ a rozhodně nejde o nic složitého, pouze o tři jednoduché kroky: vybrat si na oficiálním webu www.jimprocharitu.cz restauraci, rezervovat stůl a pak už si jen užít výborné jídlo. Někteří šéfkuchaři pro tuto příležitost dokonce připravili speciální „charitativní“ menu.

(red)

Liberecký Feminafest

První říjnovou sobotu se v Krajské nemocnici Liberec uskutečnil 1. ročník akce s názvem Feminafest. Jejím smyslem je mimo jiné v přímém kontaktu s budoucími rodiči vyvrátit různé kolující fámy a mýty o tom, co se s matkami a dětmi děje v porodnicích.

Na akci pořádané gynekologicko-porodnickým oddělením Krajské nemocnice Liberec se nastávající maminky nebo páry plánující rodičovství dozvěděly, jak je zde organizována předporodní příprava, jaké možnosti porodnice nabízí, co může v těhotenství ukázat ultrazvuk, jaká životospráva je před a v průběhu těhotenství vhodná a jaký vliv má na vývoj plodu. Přítomní vyslechli i rady odborníků jak během těhotenství přispět ke vzájemnému intimnímu souladu páru nebo jaké možnosti lze využít v oblasti sociálního zabezpečení matek.

Podle ohlasů návštěvníků, kterých se dostavilo kolem sto dvaceti, se celá akce mimořádně vydařila a splnila hlavní účel, jímž bylo vyvrátit mýty a nepravdivé rodíčovství se z ne zkušenosti v nové životní situaci a množství informací pro budoucí rodiče kolujících na internetu.

„Věřím, že se ukáže jako prospěšné pro všechny zúčastněné, že komunikace mezi budoucími rodiči a námi se nebude odehrávat pouze na sociálních sítích a internetu, ale při setkáních tváří v tvář, kdy se mnohá témata lépe objasní,“ vysvětlila vrchní sestra gynekologicko-porodnického oddělení Zuzana Paukertová. „Napříště jsme přemýšleli nejen o tématech pro těhotné, ale i o problematice mateřství v prvním roce života dítěte, žen v období přechodu či o osvětě ohledně plánovaného rodičovství,“ dodala.

(red)



Foto: archiv KNL

Renate Lüllmannová-Rauchová Histologie

Překlad 3. vydání



Rozsah:
576 stran
Cena: 999 Kč
ISBN: 978-80-
-247-3729-4
Vydavatel:
Grada

Publikace postihuje veškerou mikroanatomii člověka ve třech celcích (nauka o buňce, obecná histologie, mikroskopická anatomie) a dále obsahuje četné fyziologické a biochemické odkazy, které ukazují na úzkou souvislost a propojení struktury a funkce. Mnoho dalších informací najdete v petitu, kde je pomocí mnoha křížových odkazů histologie propojena s ostatními obory. Text je bohatě dokumentován více než sedmi stovkami barevných vyobrazení a fotografií histologických preparátů a jeho součástí jsou i tipy pro efektivnější mikroskopování.

Jan Lebl, Jan Janda, Petr Pohunek, Jan Starý a kol. Klinická pediatrie



Rozsah:
698 stran
Cena: 1500 Kč
ISBN: 978-80-
-7262-772-1
Vydavatel:
Galén

Moderní učební text státnicového oboru navazuje na publikaci metodických autorů „Překliční pediatrie“ (Galén, 2003 a 2007) a představuje nové, ucelené zpracování pediatrických oborů. Zprostředkovává základní pohled na nejdůležitější oblasti péče o dítě a dospívající, didakticky jasným členěním poskytuje snadný a rychlý přístup ke všem důležitým informacím v zájmu časné diagnostiky, ověřeného terapeutického postupu a dalšího sledování v oblasti primární péče s návazností na další stupně odborné a specializované péče. Publikace obsahuje kapitoly o jednotlivých tělních systémech a subspecializacích pediatrie, pojednává o etiologii a patogenetice, diagnostice a terapii nemocí dětského věku od prenatálního období po začátek dospělosti.

Učebnice poslouží jednak studentům lékařských fakult pro pochopení základních principů uplatňují-

cích se v rámci různých chorobných procesů, využijí ji však i lékaři pro základní orientaci v praxi.

Bohumil Hučín, Pavel Žáček (ilustrace) Dětská kardiologie 2., doplněné vydání



Rozsah:
320 stran
Cena: 590 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4497-1
Vydavatel:
Grada

Dětská kardiologie umožňuje korigovat většinu vrozených srdečních vad do normálních nebo téměř normálních anatomických poměrů. Korekce je možná již u většiny malých dětí, takže jejich další růst a vývoj probíhá se správnou nebo téměř správnou cirkulací, která zajišťuje většinu operovaných dobrou kvalitou života až do dospělosti. To se neobejde bez pečlivého pravidelného sledování vývoje operovaných a bez kvalitní péče kardiologů (pro děti i dospělé) v terénu. Jim především je věnována tato monografie, která seznamuje kardiology s problematikou i technikou rekonstrukce jednotlivých vrozených srdečních vad, možných pooperačních komplikací a reziduálních nálezů. Její součástí je přehled standardních operačních postupů a 230 vyobrazení, jejichž autorem je doc. MUDr. Pavel Žáček, CSc.

Bronislava Novotná, Jiří Novák Alergie a astma v těhotenství, prevence v dětství



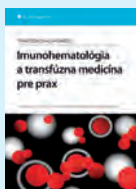
Rozsah:
244 stran
Cena: 379 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4390-5
Vydavatel:
Grada

První část knihy pojednává o přístupu k astmatu v graviditě na základě metodiky připravené pracovní skupinou Národního institutu zdraví v Bethesda. Předkládá doporučení pro dlouhodobou léčbu i pro zvládnutí akutních stavů. Týká se i dalších onemocnění, která mají podstatný vliv na zhoršení astmatu v těhotenství, je uveden také návod pro při-

NOVÉ KNIHY

pravu astmatiček k porodu. Druhá část se věnuje prevenci alergií a astmatu. Opírá se o zahraniční konsenzus, jsou doplněny další nové poznatky. Opatření primární prevence by měla být uskutečněna již v průběhu gravidity a plynule přecházet do časných údobí života dítěte, je uvedena prevence sekundární i terciární. Texty vycházejí z medicíny založené na důkazech.

Viera Fábryová a kol. Imunohematológia a transfúzna medicina pre prax



Rozsah:
236 stran
Cena: 333 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4391-2
Vydavatel:
Grada

Publikace vychází ve slovenštině. Hlavním důvodem k jejímu napsání byl fakt, že za posledních 20 let ve slovenské odborné literatuře nevyšla monografie zaměřená na imunohematologii a transfuziologii. Tento deficit se projevuje hlavně v denní lékařské praxi a ve studiu na vysokých školách se zdravotnickým zaměřením. Kniha má kromě úvodu o historii, současnosti a budoucnosti transfuziologie na Slovensku dvě části. První je věnována imunohematologii, a to od základních pojmů přes charakteristiku jednotlivých systémů krevních skupin a jejich biologickou funkci až po autoimunitně podmíněné anemie a hemolytickou chorobu novorozenců. Je zařazena také praktická část – přehled nejdůležitějších imunohematologických testů.

Druhá část se skládá z kapitol o dárcovství krve, o přípravě a vyšetření transfuzních léků, o racionální hemoterapii a transfuzních reakcích. Věnuje se také některým speciálním problémům, jako jsou masivní transfuze, periferní kmenové buňky a umělé náhrady nosičů kyslíku, a také důležitým problémům, jako je hemovigilance a některé etické otázky oboru. Kniha je koncipovaná jako odborná učebnice, slouží v první řadě studentům medicíny a zdravotnických škol, lékařům jiných oborů (vedle hematologie a transfuziologie) a transfuzním komisím v nemocnicích. Text doplňují tabulky, schémata, legislativní dokumentace, statistický přehled o dárcov-

ství a spotřebě transfuzních léků na Slovensku a barevná příloha.

Jan Štulík a kol. Cervical Spine Trauma



Rozsah:
290 stran
Cena: 1200 Kč
ISBN: 978-80-
-7262-881-0
Vydavatel:
Galén

Anglické a přepracované vydání úspěšné monografie „Poranění krční páteře“ (Galén, 2010) zpracovává problematiku závažných traumat krční páteře v 16 kapitolách. Mezinárodní autorský kolektiv podrobně zmapoval historii chirurgie páteře, vývoj páteře, chirurgickou anatomii, klasifikaci, diagnostiku a léčbu jednotlivých typů poranění, včetně poúrazových deformit. Součástí každé kapitoly jsou konkrétní zkušenosti autorů s léčením vlastních pacientů, s uvedením výsledků léčby nebo závěrů z multicentrických studií. Vše podtrhuje rozsáhlá obrazová dokumentace.

Peter Wendsche, Andrea Pokorná, Ivana Štefková Perioperační ošetřovatelská péče



Rozsah:
117 stran
Cena: 150 Kč
ISBN: 978-80-
-7262-894-0
Vydavatel:
Galén

Každý operační výkon je vždy závažným zásahem do organismu, a to jak po stránce fyzické, tak po stránce psychosociální. Cílem této publikace je poskytnout čtenáři informace, jaké předpoklady musí být splněny, aby byl výkon bezpečný a pacientovi byla poskytnuta kvalitní péče. Autoři rozdělili knihu na deset kapitol, ve kterých přehledně a srozumitelně poskytují informace o provozu operačního traktu, včetně skutečností podstatných pro péči o pacienta v těchto prostorách.

Publikace je výsledkem práce odborníků z oborů traumatologie, ošetřovatelské a radiologie. Problematika poskytování perioperační ošetřovatelské péče je tak zpracována v širších souvislostech.

Milan Valenta, Jan Michalík, Martin Lečbych a kol. Mentální postižení v pedagogickém, psychologickém a sociálně-právním kontextu



Rozsah:
352 stran
Cena: 429 Kč
ISBN: 978-80-
-247-3829-1
Vydavatel:
Grada

Publikace se věnuje specifikám osobnosti žáků a klientů s mentálním postižením a diagnostice těchto zvláštností. Vychází ze tří základních stratifikačních systémů, které se nově využívají v oblasti zdravotnictví (Mezinárodní klasifikace funkčních schopností, disability a zdraví, MKF), v oblasti sociálních služeb (Škála stanovení míry podpory, SIS) a pilotážně ve (speciálním) školství a poradenství (Katalog posuzování míry speciálních vzdělávacích potřeb, KaSPC). Čtenář získá přehled o osobnostní struktuře člověka s mentálním postižením a speciálněpedagogické podpoře pro žáky s mentálním postižením, což je nový fenomén v péči o osoby se zdravotním postižením.

František Véle Vyšetření hybných funkcí z pohledu neurofyziologie Příručka pro terapeuty pracující v neurorehabilitaci



Rozsah:
224 stran
Cena: 249 Kč
ISBN: 978-80-
-7387-608-1
Vydavatel:
Triton

Současná společnost, charakterizovaná sedavým stylem života, postrádá přirozený pohyb, jenž je nezbytný pro udržení zdraví. Jeho nedostatek je nahrazován sportovními aktivitami, které se často stávají zdrojem poruch. Nejen z tohoto důvodu bude potřeba odborných pracovníků v rehabilitaci a fyzioterapii nadále stoupat.

Příručka pojednává o vyšetřování pohybových funkcí a terapii poruch pohybového chování. Autor vychází z vlastních praktických zkušeností, získaných při klinickém vyšetřování osob postižených

pohybovými poruchami, i z literárních údajů osobně ověřených praxí. Představuje zásady, z nichž je třeba vycházet při klinickém fyzikálním vyšetřování a terapii pohybových poruch. Má-li terapeut úspěšně zasáhnout a napravit poruchu pohybového chování, je zapotřebí vyšetřit mnoho parametrů. Úkolem terapeuta není vyšetřovat pouze poruchu pohybové mechaniky, způsobenou patologickou změnou struktury, ale především poruchu funkce celé pohybové soustavy.

Při vyšetřování je nezbytný kinetologický a celostní úhel pohledu, který zahrnuje jak běžně používaný fyzikálně-mechanický lokální přístup, jenž se zaměřuje na fyzikální strukturu organismu a mechaniku pohybu v místě poruchy, tak i psychologický úhel pohledu zaměřený na hodnocení pohybové funkce i charakteru osobnosti a jeho vliv na pohybové chování, které samo může poruchu motoriky zavinit.

Martin Čermák (ed.) Hippokratovské hovory

Rozsah: 248 stran
Cena: 240 Kč
ISBN: 978-80-204-2797-7
Vydavatel: Mladá fronta, divize Medical Services

Myšlenka na exkluzivní knižní výbor časopiseckých rozhovorů s osobnostmi medicínského světa zrála v naší redakci dlouho. Jako ideální příležitost se ukázalo být 60. výročí



založení našich novin, ke kterému redakce sobě i čtenářům nadělila jako dárek „Hippokratovské hovory“. Nejsou obyčejným, či snad dokonce náhodným souborem interview, jde o reprezentativní výběr z rubriky „Představujeme“ (ve které tyto osobnosti pravidelně uvádíme do povědomí širší odborné veřejnosti formou profilových rozhovorů) za posledních několik let

Dvacítku osobností (mj. profesoři Mařatka, Šamánek, John, Špičák, Dienstbier a mnoho dalších), jejichž portréty kniha předkládá, spojuje mnoho společného: Především je to zajímavý, někdy až strhující životní příběh. Rada z nich se také stala průkopníky či přímo zakladateli svých oborů u nás, často navzdory překážkám a ústrkům ze strany minulého režimu. Jejich osudy dokazují, že tam, kde je vůle a víze, se vždy najde i cesta jak prosadit dobrou věc. V širší souvislosti lze tato vyprávění považovat rovněž za svého druhu cenný historický dokument

vyprávějící o stavu naší medicíny, vědy, ale i společnosti v uplynulých desetiletích. V neposlední řadě pak ukazují, že tato země stále má lidi, které lze považovat za příslušníky skutečné elity a na něž může být hrdá.

Co řekli o knize...

Knihu jsem přečetl doslova jedním dechem. Hlavním důvodem byly citlivě vedené jednotlivé dialogy, které umožnily dotazovaným, aby poodhalili bohatství a šířku svého vnitřního života a naznačili důvody, proč se věnují právě té části medicíny, ve které se dopracovali svého dnešního postavení, ale hlavně aby dovolili poznat bohatost a komplexnost své osobnosti, šíří zájmů, mnohdy vzdálených od jejich hlavního oboru činnosti, a sice nikde naplno nevyložené, ale ze stránek přímo vystupující poznání, že čím větší osobnost se „zpyčká“, tím více pokory a ukázněnosti přímo křičí z jejich projevů.

doc. Petr Hach, Ústav pro

histologii a embryologii I. LF UK
Každý autor, který nepíše jen pro úzký okruh odborníků, ví, že čtenáři, posluchači a diváci mají rádi silné lidské příběhy a se zájmem sledují názory autorit dokonce i za hranicemi jejich odborné kompetence. Čtenářsky přitažlivé proto mohou být i výpovědi vynikajících lékařských praktiků a vědců.

MUDr. Ivan David,
Psychiatrická léčebna Bohnice

Úžasný je už výběr osobností. Všichni zde zpodobáni se vyznačují výjimečností charakteru, integritou, nezdolností a současně laskavostí, nemluvíme-li o jaksi automaticky přepokládaném zaujetí pro medicínu, vztahu k lidem a pozitivním přístupu k životu. Všichni oslovení měli co říci a říkají to kultivovaně, srozumitelně, přitom nikoli zjednodušeně. Poznáváme jejich osobnosti, práci i soukromý život, a to na čtenářsky přitažlivé malé ploše, současně ale komplexně a přehledně.

MUDr. Radkin Honzák
Ústav všeobecného lékařství I. LF UK,

Knihu, která se může stát tipem na hezký vánoční dárek, lze objednávat na tel.: 225 276 168, e-mail: knihy@mf.cz

Inzerce A121015795

Mladá fronta divize Medical Services představuje

Biologická 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



Těhotná v ordinaci negynekologa

Knihu pomůže odborníkům nejrůznějších specializací orientovat se v porodnicko-gynekologické problematice natolik, aby se vyvarovali chyb a zároveň zbavili často neodůvodněných obav z možného poškození plodu. Měla by jim pomoci rozlišit situace, kdy je možné řešit obtíže těhotné ženy ve vlastní režii a kdy je třeba odeslat pacientku ke specialistovi. Podstatnou část textu tvoří kapitoly týkající se základních onemocnění (v přímé i nepřímé souvislosti s těhotenstvím) včetně doporučené

farmakoterapie v těhotenství a šestinedělí.

Autoři:
doc. MUDr. Tomáš Binder, CSc.,
as. MUDr. Blanka Vavřínková, CSc.

Doporučená cena 350 Kč



**MEDICAL
SERVICES**

Komplexní informační servis ve zdravotnictví

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

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



PRÁVNÍ PORADNA

Převzetí praxe před atestací

Pracuji jako zaměstnanec nemocnice a připravuji se na atestaci ze všeobecného praktického lékařství. Dostala jsem nabídku na převzetí praxe praktického lékaře. Problém je v tom, že pan doktor trvá na ukončení činnosti o dva měsíce dříve, než atestaci získám. Můžu praxi převzít, i když ještě nebudu mít atestaci, a jak lze eventuálně překlenout toto období?



odpovídá
Mgr. Petra Maryšková

ve že podle § 5 odst. 3 zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu povolání lékaře, je podmínkou pro samostatný výkon povolání lékaře – jako osobou samostatně výdělečně činné – získání specializované způsobilosti, tedy složení atestačních zkoušky.

Zkráceně řečeno podnikatelský status lékaře můžete nabýt až získáním atestace, což bohužel nejde nijak nahradit; do této doby nemůžete toto povolání samostatně vykonávat.

Prodej podniku či majetku

Zároveň ve své odpovědi vycházím z domněnky, že praktický lékař provozuje svou praxi jako fyzická osoba (OSVČ), ne jako právnická osoba (s. r. o., v. o. s. apod.). Situace je tak trochu komplikovanější, protože praxi praktického lékaře, respektive podnik, lze v tomto případě převést jen dvěma způsoby, a to smlouvou o prodeji podniku nebo kupní smlouvou o prodeji hmotného a nehmotného majetku nestátního zdravotnického zařízení. Smlouvou o prodeji podniku se na kupujícího převádějí veškerá práva, ale i závazky spojené s provozem podniku, proto je tento smluvní typ na tento převod vhodný a osobně jej doporučuji. Bohužel tuto smlouvu je možné prakticky využít jen za situace, kdy jsou oba subjekty již podnikatelé. V případě, kdy tuto smlouvu uzavřete jako nepod-

nikatel, můžete situaci značně zkomplikovat například již z důvodu, že se tímto krokem stane zaměstnavatelem personálu podniku.

Kupní smlouvou o prodeji hmotného a nehmotného majetku nestátního zdravotnického zařízení se převádí hmotný i nehmotný majetek, ale bohužel nepřecházejí závazky či další oprávnění, která se k prodávajícímu podniku váží, a proto opět můžou vzniknout zásadní potíže týkající se provozu podniku. Tuto smlouvu sice můžete uzavřít jako nepodnikatel, ale vzhledem k uvedeným komplikacím, které vás s tímto převodem mohou potkat, tento smluvní typ osobně nedoporučuji.

Smlouva o smlouvě budoucí

S ohledem na uvedené tedy shrnu, že k převodu praxe je vhodné přistoupit, až budete mít podnikatelský status. Do té doby si pře-

vod praxe můžete zajistit smlouvou o smlouvě budoucí, ale jak jsem již uvedla, v mezidobí do získání atestace nemůžete podnik samostatně provozovat.

Závěrem si dovoluji konstatovat, že ve Vašem případě by bylo nejjednodušší převést praxi lékaře na právnickou osobu (např. s. r. o.) s tím, že prodej praxe by se vyřešil prodejem obchodního podílu a po dobu, než získáte atestaci, můžete provádět praxi jako zaměstnanec, respektive jako lékař s odbornou způsobilostí, ale pod odborným dohledem lékaře se specializovanou způsobilostí v příslušném oboru. Bylo by tedy ještě nutné získat odborný dohled, který nad Vámi bude v mezidobí dohlížet. Vzhledem k času, který uvádíte, však předpokládám, že není možné vše reálně provést, proto spíše apeluji na to dohodnout se s lékařem, zda by skutečně nebylo možné posunout datum ukončení činnosti.



Ilustrační foto: Shutterstock

Odkdy může absolvent sloužit noční

Je někde v zákoně uvedeno, odkdy může lékař – čerstvý absolvent fakulty – sloužit noční služby? Je to možné již ve zkušební době, nebo až po uplynutí tří měsíců?



odpovídá
Mgr. Markéta Kalivodová

Zákaz nočních služeb pro čerstvé absolventy lékařské fakulty ne-

ní výslovně zakotven v žádném obecně závazném právním předpise, nicméně s ohledem na znění zákona č. 95/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání odborné způsobilosti a specializované způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání lékaře, zub-

získání specializované způsobilosti by neměl sloužit bez odborného dohledu.

Pokud však nebude sloužit noční směnu sám a bude-li nad ním odpovídajícím způsobem zajištěn odborný dohled, není důvod, proč by čerstvý absolvent nemohl sloužit noční služby. Skutečnost, zda se čerstvý absolvent nachází ještě ve zkušební době, nebo zda tato doba již uběhla, je tak vzhledem k výše uvedenému zcela irelevantní.

Potřebuje sestra v LDN pedikéřský kurz?

Pracuji v léčebně dlouhodobě nemocných, mezi našimi pacienty je mnoho diabetiků i seniorů se zanedbanou nehtovou mykózou. Těm dosud stříhali a ošetřovali nehty externí specializovaní pedikéři. Naše nová vrchní sestra však vyžaduje (možná na nátlak ze strany vedení léčebny ve snaze uspořít nějaké peníze), abychom teď těmto pacientům stříhaly nehty my, sestry. Jsou mi známa rizika poškození pacienta, která mohou vyplýnout z neodborného ošetření, a obávám se jich. A tak bych se ráda



odpovídá
Mgr. Kateřina Pecová

zeptala: Mohou pospanou péči poskytovat neproškolené všeobecné sestry, sanitářky a ošetřovatelky, nebo nám musí zaměstnavatel nejprve zajistit pedikéřský kurz? A kdo by odpovídal za případné poškození pacienta?

Dle zákona č. 455/1991 Sb., o živnostenském podnikání, konkrétně podle přílohy č. 1, části C, patří služby spočívající v poskytování pedikúry a manikúry mezi živností řemeslné. Fyzická osoba, jež chce provozovat tuto živnost, tedy poskytovat služby v oblasti pedikúry

a manikúry, musí splňovat následující odbornou způsobilost:

a) střední vzdělání s výučním listem v oboru vzdělání kosmetička, nebo
b) střední vzdělání s maturitní zkouškou v oboru vzdělání kosmetička nebo s předměty odborné přípravy v příslušném oboru, nebo
c) vyšší odborné vzdělání v oboru vzdělání kosmetička, nebo
d) vysokoškolské vzdělání v příslušné oblasti studijního programu a studijního oboru zaměřeném na oblast živnosti, nebo
e) osvědčení o rekvalifikaci nebo jiný doklad o odborné kvalifikaci pro příslušnou pracovní činnost vydaný zařízením akreditovaným

podle zvláštních právních předpisů, nebo zařízením akreditovaným Ministerstvem školství, mládeže a tělovýchovy ČR, nebo ministerstvem, do jehož působnosti patří odvětví, v němž je živnost provozována, nebo
f) doklad o vykonání zleté praxe v oboru v nezávislém postavení či v pracovněprávním vztahu, nebo
g) doklad o uznání odborné kvalifikace podle zvláštního právního předpisu, nebo
h) doklady o tom, že po dobu 2 po sobě jdoucích let působila jako samostatně výdělečně činná osoba nebo ve vedoucím postavení, je-li držitelem dokladu o dosažené kvalifikaci vydaného nebo ozna-

ného příslušným orgánem nebo institucí členského státu a potvrzujícího vzdělání a přípravu, které ji odborně připravují pro výkon předmětné činnosti v členském státě původu.

Vzhledem k tomu, že pedikúra by v tomto případě byla jednou ze služeb poskytovaných ze strany LDN, domnívám se, že i zaměstnanci, kteří budou pedikúru pacientům poskytovat, musejí splňovat kritéria živnostenského zákona uvedená výše. V tomto případě by měl zaměstnavatel zajistit svým zaměstnancům příslušný kurz. Co se týká odpovědnosti, za případné poškození pacienta odpovídá zaměstnavatel.

Zajímavé www stránky

– novorozenecký screening

Novorozenecký screening se v České republice provádí od roku 1975, kdy začaly být v populaci novorozenců děti vyhledávány dvě metabolické vady – fenylketonurie a hyperfenylalaninémie. Od té doby se počet vyhledávaných onemocnění rozšířil na současných třináct. Podle oficiálních zdrojů je pravděpodobnost záchytu některé z vyšetřovaných chorob u konkrétního novorozence velmi malá, nicméně časný záchyt sledovaných metabolických a endokrinních onemocnění může postiženým dětem významně uchránit zdraví, či dokonce život. Následující odkazy nás provedou problematikou novorozeneckého screeningu v České republice a v některých dalších vyspělých zemích.

Novorozenecký screening v České republice

www.novorozeneckyscreening.cz
Oficiální portál s informacemi o novorozeneckém screeningu garantovaný Ministerstvem zdravotnictví České republiky, na jehož tvorbě se podílejí kapacitně převážně z českých fakultních nemocnic. Obsahuje informace



pro laickou i odbornou veřejnost. V odborné sekci je komplexní přehled o všech v současné době celoplošně vyhledávaných chorobách v rámci novorozeneckého screeningu a seznam laboratoří, které se na screeningu podílejí. Přčíst si můžeme i statisticky zpracované výsledky screeningu za ČR v posledních letech. Současně na portálu můžeme získat informaci o tom, že od 1. října 2012 probíhá na Ústavu dědičných metabolických poruch 1. LF UK a VFN v Praze pilotní stu-

die, v níž se rozšiřuje současný počet vyšetřovaných dědičných metabolických poruch o dalších dvacet.

The National Newborn Screening and Genetics Resource Center

http://genes-r-us.uthscsa.edu
Tyto webové stránky nás provedou systémem novorozeneckého screeningu ve Spojených státech amerických. Mají také svou laickou a odbornou sekci. Při studiu stránek získáme přehled o vyšetřovaných chorobách v jednotlivých státech USA (screening se mezi jednotlivými státy částečně liší), mechanismu sběru dat a vyhodnocení screeningu. K dispozici je zde množství edukačních materiálů jak pro rodiče, tak zdravotnickou veřejnost.

International Society for Neonatal Screening

www.isns-neoscreening.org
Oficiální webové stránky mezi-



národní společnosti pro novorozenecký screening, která sdružuje řadu zemí z celého světa včetně ČR. Přináší přehled aktuálních odborných konferencí, které se problematice novorozeneckého screeningu věnují, jejich závěry. Jeden z meetingů se v roce 2009 konal v Praze.

Neugeborenscreening auf angeborene endokrine und metabolische Störungen

www.neoscreening.de
Webový portál s nepřehlednou grafikou, ale velmi zajímavým

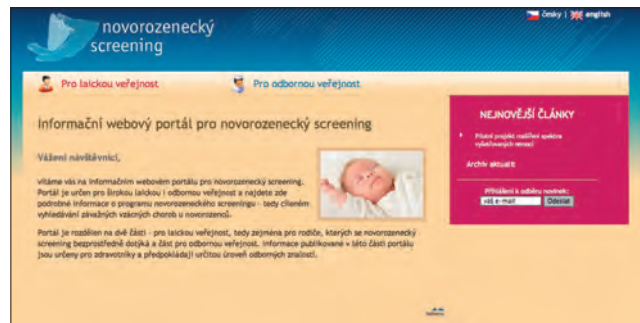


obsahem informuje o novorozeneckém screeningu v Německu.

Association Française pour le Dépistage et la Prévention des Handicaps de l'Enfant

www.afdphe.org
Webová prezentace ve francouzštině představuje systém novorozeneckého screeningu ve Francii. Na stránkách je seznam vyhledávaných onemocnění, ale také přehled aktualit z tohoto dynamicky se rozvíjejícího medicínského odvětví.

MUDr. Michal Peříšek



MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN

číslo 24/2012

Šéfredaktorka

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

Redakce

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

Stálí spolupracovníci redakce

Leoš Chodura, Mgr. Martin Čaban,
Bc. Irena Soukupová, David Daniel,
Eva Pavlatová, MUDr. Milan Novák,
prof. Ing. Jaroslav Petr, DrSc.

Editor/korektor

Mgr. Martin Čermák

Grafika a technické zpracování

Pavla Jilková
tel. 225 276 455, e-mail: jilkovap@mzf.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. Radkín Honzák, CSc.
doc. MUDr. Bohuslav Konopáček, CSc.
prof. MUDr. Miloslav Kříšák, DrSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. MUDr. Zdeněk Malý, CSc.
prof. Ing. Rudolf Poleďník, CSc.
prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
prof. MUDr. Marek Trněný, CSc.
prof. MUDr. Jiří Vencovský, DrSc.
MUDr. Jana Vojtíšková

OBCHODNÍ ODDĚLENÍ

fax 225 276 444

sekretariát

tel. 225 276 299
e-mail: vavrinkova@mzf.cz

personální inzerce

Jiřina Hollá
Tel. 724 561 805
e-mail: holla@mzf.cz



generální ředitel

Ing. David Hurta

kreativní ředitel

René Decastelo

ředitel divize

Medical Services
MUDr. Martin Hofman

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 Starhová

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

DISTRIBUCE TITULU
Předplatné pro Českou republiku vyřizuje:
Postservis – 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,
Videňská 995/63, 639 63 Brno,
tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:
Mediaprint Kapa Pressegrasso, a. s.,
oddelenie inej formy predaja, P. O. Box 183
Vajnorská 137, 830 00 Bratislava 3
tel. +421 244 458 821, fax +421 244 458 819
e-mail: predplatne@abompkapa.sk

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

Tisk EUROPRINT a. s.
Číslo dáno do tisku 29. 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

Primář

LÁZNĚ TEPLICE V ČECHÁCH, A. S., DĚTSKÁ LÉČEBNA NOVÉ LÁZNĚ, vyhláší výběrové řízení na pozici:

■ Primář

Požadujeme:

- atestaci RFM,
- absolventa dětského lékařství,
- jazyková znalost vítána.

Strukturovaný životopis a výpis z rejstříku trestů zasílejte do 15. 12. 2012 paní Ladě Horové, DiS., tel.: 417 977 432, e-mail: horoval@lazneteplice.cz

ZDN A121015696

Volná místa

Lékaři

DOPRAVNÍ ZDRAVOTNICTVÍ, A. S., přijme kolegy lékaře:

- Praha: RDC, stomatolog, anesteziolog
- Nymburk: ORL, ortoped, neurolog
- Přerov: neurolog, praktický lékař
- Ostrava: praktický lékař, oční lékař
- Olomouc: praktický lékař

Více informací o zpracovaném systému benefitů na www.dzas.cz. Nabídky s životopisem zasílejte na e-mail: personalni@dzas.cz

ZDN A121015628

Rentgenolog

NESTÁTNÍ AMBULANTNÍ ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ V BLÍZKOSTI PRAHY

hledá rentgenologa na plný nebo částečný úvazek. Nástupní plat atestovaného lékaře: 70 000 Kč. Neatestovanému lékaři vytvoříme podmínky k získání atestace. Nástup možný ihned. Informace na tel.: 774 272 803.

ZDN A121015691

Lékař

ZDRAVOTNICKÁ ZÁCHRANNÁ SLUŽBA KRAJE VYSOČINA, VRCHLICKÉHO 61, 586 01 JIHLAVA, přijme lékaře pro oblastní středisko Jihlava na hlavní pracovní poměr nebo dohodu o pracovní činnosti.

ZDN A121015668

Podmínkou je specializovaná způsobilost v základním oboru (ARO, chirurgie, interna, neurologie, pediatrie, všeobecné lékařství) nebo v oboru urgentní medicína. Nabízíme vynikající platové podmínky.

Kontakt: MUDr. Novotný, náměstek LPP, tel.: 724 185 792, e-mail: novotny@zsvsvysocina.cz

ZDN A121015683

Lékař

OBLASTNÍ NEMOCNICE Kladno, A. S., NEMOCNICE SČK, přijme do trvalého pracovního poměru lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru urologie. Nástup možný ihned. Kontakt: tel.: 312 606 293 nebo 312 606 296.

ZDN A121015678

Lékař

LITOMYŠLSKÁ NEMOCNICE, A. S., přijme lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru neurologie, případně lékaře zařazeného do specializačního vzdělávání v daném oboru či absolventa LF.

Nabízíme:

- pracovní pozici na akreditovaném pracovišti,
- možnost odborného růstu,
- zajištění ubytování.

Kontaktní osoba: MUDr. Marian Kuchar, Ph.D., e-mail: marian.kuchar@litnem.cz

ZDN A121015674

Fyzioterapeut

JIHOMĚSTSKÁ SOCIÁLNÍ, A. S., přijme do trvalého pracovního poměru (na plný pracovní úvazek) fyzioterapeuta/-ku

Očekáváme samostatnost, spolehlivost, časovou flexibilitu a znalost práce na PC. Nabízíme jistoty zavedené společnosti a motivační mzdový program. Nástup možný ihned. Kontakt: tel.: 267 990 164, e-mail: meixnerova@jmsoc.cz

ZDN A121015671

Zdravotní sestra

VÍCEOBOROVÉ AMBULANTNÍ NZZ NA PRAZE 2 přijme zdravotní sestru na 0,5-1 úvazek. Nástup ihned, odborně zaškolíme. Kontakt: M. Brožková, tel.: 777 013 346.

ZDN A121015668

Lékař/lékařka

NEMOCNICE PÍSEK, A. S., přijme lékaře/lékařku pro dětské oddělení.

Požadujeme:

- odbornou specializovanou způsobilost v oboru dětské lékařství,
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost.

Nabízíme:

- pracovní pozici na akreditovaném pracovišti,
- možnost bezúplatného profesního růstu a dalšího vzdělávání,
- zaměstnanecké benefity,
- zajištění ubytování.

Konkrétní mzdové a ostatní podmínky budou dohodnuty při osobním pohovoru. Přihlášky zasílejte na adresu: Nemocnice Písek, a. s., Karla Čapka 589, 397 23 Písek, tel.: 382 772 001, e-mail: sekretariat@nemopisek.cz

ZDN A121015660

Lékař/lékařka

NEMOCNICE PÍSEK, A. S., přijme lékaře/lékařku pro interní oddělení.

Požadujeme:

- odbornou specializovanou způsobilost v oboru vnitřní lékařství nebo kardiologie,
- zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost.

Nabízíme:

- pracovní pozici na akreditovaném pracovišti,
- možnost bezúplatného profesního růstu a dalšího vzdělávání,
- zaměstnanecké benefity,
- zajištění ubytování.

Konkrétní mzdové a ostatní podmínky budou dohodnuty při osobním pohovoru. Přihlášky zasílejte na adresu: Nemocnice Písek, a. s., Karla Čapka 589, 397 23 Písek, tel.: 382 772 001, e-mail: sekretariat@nemopisek.cz

ZDN A121015655

Zdravotní laboranti

JESSENIA, A. S., NEMOCNICE BEROUN, hledá zdravotní laboranty pro oddělení klinické biochemie a hematologie.

Požadujeme:

- odpovídající vzdělání,
- atestace v oboru 801 nebo 818 výhodou, preferujeme laboranty s registrací.

ZDN A121015647

Nabízíme:

- odpovídající platové ohodnocení,
 - práci v příjemném kolektivu,
 - týden dovolené navíc,
 - možnost profesního růstu a zaměstnanecké výhody.
- Nástup možný 1. 1. 2013.

Žádosti zasílejte poštou na ředitelství Nemocnice Beroun, případně elektronickou poštou na e-mail: info@nember.cz

ZDN A121015664

Ergoterapeut/ka

NEMOCNICE PÍSEK, A. S., přijme ergoterapeuta/ku (i absolventa) pro oddělení akutní rehabilitace.

Požadujeme:

- odbornou způsobilost v oboru podle zákona č. 96/2004 Sb.,
- zdravotní způsobilost,
- morální a občanskou bezúhonnost.

Nabízíme:

- pracovní pozici na akreditovaném pracovišti,
- možnost bezúplatného profesního růstu a dalšího vzdělávání,
- zaměstnanecké benefity, zajištění ubytování.

Konkrétní mzdové a ostatní podmínky budou dohodnuty při osobním pohovoru. Přihlášky zasílejte na adresu: Nemocnice Písek, a. s., Karla Čapka 589, 397 23 Písek, tel.: 382 772 001, e-mail: sekretariat@nemopisek.cz

ZDN A121015651

Praktický lékař

ÚSTAV SOCIÁLNÍ PÉČE PRO TĚLESNĚ POSTIŽENOU MLÁDEŽ V BRNĚ - KRÁLOVĚ POLI, KOCIÁNKÁ 2, 612 47 BRNO, hledá pracovníka na pozici praktický lékař pro děti a dorost.

Požadujeme:

- specializovanou způsobilost v oboru,
- zdravotní způsobilost,

Úvazek: 0,6 (24 hod. týdně)

Nástup: od 1. ledna 2013
Máte-li o nabízenou pracovní pozici zájem, zasílejte své nabídky se strukturovaným životopisem a popisem dosavadní praxe na adresu: ÚSP pro TPM v Brně - Králově Poli, personální útvar, Kociánka 2, 612 47 Brno, nebo na e-mailovou adresu: kessnerova.libuse@kocianka.cz

Lékař

MUDr. MARIE KOŽNAROVÁ hledá lékaře-diabetologa k převzetí zavedené soukromé diabetologické praxe v Sušici.

Kontakt:

tel.: 728 576 247, e-mail: diaambulance@seznam.cz

ZDN A121014585

Prostory k pronájmu vhodné pro ordinaci nebo zdravotnické zařízení
v přízemí o celkové ploše 39,90 m². 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.
Blíže informace na tel. 381 961 255 - J. Pešková.

Inzerce A121014127

Zdravotnická záchranná služba Jihočeského kraje
vyhláší výběrové řízení na obsazení funkce:
lékaře pro Protialkoholní záchranné stanice v Českých Budějovicích
Podmínky: specializovaná způsobilost, trestní bezúhonnost, zdravotní způsobilost
Nabízíme: plný úvazek, částečný úvazek, dohodu o pracovní činnosti, dvanáctihodinové směny (preference 19.00 až 7.00 hodin)
Informace: Ing. Marcela Kubešová
Tel. 387 762 321,
e-mail: sekretariat@zsjck.cz

Inzerce A121015697

NŠP Nemocnice s poliklinikou Karviná-Ráj Karviná - Ráj, p.o.
přijme do pracovního poměru pro gynekologické oddělení
lékaře se specializovanou způsobilostí i absolventy
Blíže informace poskytnete
primář MUDr. Petr Fiala
tel.č.: 596 383 266
email: fiala@nspka.cz
www.nspka.cz

Inzerce A121015409

PERSONÁLNÍ INZERCE

Praktičtí lékaři

ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ MV přijme praktické lékaře pro dospělé do ordinace v Ostravě a Jihlavě.

Požadujeme:

- VŠ (lékařská fakulta), specializaci všeobecné praktické lékařství.

Nabízíme:

- pravidelnou pracovní dobu,
- možnost čerpání zaměstnaneckých benefitů,
- plat je stanoven podle nařízení vlády č. 564/2006 Sb.

Bližší informace podá Bc. Helena Pelikánová na tel.: 603 587 822.

Svou nabídku zašlete na e-mail: helena.pelikanova@zzmv.cz

ZDN A121015644

Lékař - rehabilitace

ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ MV přijme lékaře na oddělení rehabilitace v Praze.

Požadujeme:

- VŠ (lékařská fakulta), specializaci fyziatrie, balneologie a léčebná rehabilitace.

Nabízíme:

- pravidelnou pracovní dobu,
- možnost čerpání zaměstnaneckých benefitů,
- plat je stanoven podle nařízení vlády č. 564/2006 Sb.

Bližší informace podá MUDr. Petr Bébr na tel.: 603 190 201.

Inzerce A121015797

Svou nabídku zašlete na e-mail: poliklinika@zzmv.cz

ZDN A121015640

Vedoucí lékař

ZDRAVOTNICKÉ ZAŘÍZENÍ MV přijme vedoucího lékaře Oblastního zdravotnického zařízení v Brně. Jedná se o atraktivní manažerskou práci s výkonem lékařské praxe.

Požadujeme:

- VŠ (lékařská fakulta), specializaci všeobecné praktické lékařství nebo pracovní lékařství,
- praxe ve vedoucí funkci výhodou.

Nabízíme:

- plat 50 000 Kč
- 5 týdnů dovolené,
- služební mobil, příspěvek na stravování, příspěvek na penzijní připojištění.

Bližší informace podá MUDr. Ladislav Bechník na tel.: 974 827 658, 603 587 821. Svou nabídku zašlete na e-mail: sekret@zzmv.cz.

ZDN A121015633

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 A121014578

Lékař

PŘELOUČSKÁ POLIKLINIKA, A. S., přijme lékaře pro děti a dorost (2 roky praxe, možno i bez atestace).

Výhodné platové podmínky. Nástup 1. 1. 2013.

Bližší informace: e-mail: info@prelouckapoliklinika.cz, tel.: 777 900 901, vedoucí lékař.

ZDN A121014609

Lékař

PŘELOUČSKÁ POLIKLINIKA, A. S., přijme praktického lékaře pro dospělé (2 roky praxe, možno i bez atestace).

Výhodné platové podmínky. Nástup ihned.

Bližší informace: e-mail: info@prelouckapoliklinika.cz, tel.: 777 900 901, vedoucí lékař.

ZDN A121014595

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:

- zájem 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 např. pro lékařský manželský pár nabízí zakladatel nemocnice (město Sušice) podporu 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 (například pro ambulanci specialisty).

Nástup v nejbližším možném termínu.

Bližší informace na tel.: 376 530 216 (MUDr. Jiří Šedivý, ředitel), 376 530 220, 777 113 976 (MUDr. Jiří Choc, náměstek pro LP), e-mail: sekretariat@nemocnice-susice.cz nebo choc@nemocnice-susice.cz

ZDN A121015117

Lékař

NEMOCNICE FRÝDLANT, S. R. O., přijme lékaře pro interní oddělení (vnitřní lékařství), možno i absolvent či důchodce. Taktéž možnost získat praxi v oboru. Atestace nebo základní kmen v oboru vítán.

Zájemci mohou kontaktovat prim. MUDr. Dušana Astla na tel.: 482 369 210, 482 369 216, e-mail: dusan.astl@nemfry.cz

ZDN A121014115

Lékař/lékařka

NZZ RESURF MED, S. R. O., PRAHA 9 - VYŠOČANY, 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@recepcce.eu

ZDN A121010967

Podívejte se světu ekonomiky do očí!

KDEKOLIV

MLADÁ FRONTA **E15**

tisk - internet - iPad - iPhone - Kindle - Windows Phone 7

mf MLADÁ FRONTA



**FULL
SPECTRAL
GROUP**

Největší specialista na plnospektrální osvětlení v ČR.

**TRÁPÍ VÁS ZÁŘIVKOVÉ OSVĚTLENÍ ?
CHYBÍ VÁM DENNÍ SVĚTLO ?**

MÁME ŘEŠENÍ !

PLNOSPEKTRÁLNÍ OSVĚTLENÍ

S VLASTNOSTMI DENNÍHO SVĚTLA



- únava a zhoršení zraku
- snížení absorpce vápníku vedoucí k osteoporóze
- stres a zhoršení schopnosti soustředění
- snížení imunity a zvýšení hladiny cholesterolu

příjemně bílé světlo,
zmírnění únavy,
napětí a pálení očí

podpora zrakové ostroty a
celkové schopnosti vidění

zmírnění symptomů
zimních depresí z nedostatku
slunečního záření

zmírnění pocitů úzkosti a ospalosti



ZAVOLEJTE A VYZKOUŠEJTE ZDARMA

**PLNOSPEKTRÁLNÍ ZÁŘIVKY A ÚSPORNÉ ŽÁROVKY, SVÍTIDLA (LED, ZÁŘIVKOVÁ)
OSVĚTLENÍ KANCELÁŘÍ, ORDINACÍ, NEMOCNIC, LÉKÁREN A DOMOVŮ PRO SENIORY**

info@fullspectral.cz

**+420 604 501 140
+420 737 643 424**

www.fullspectral.cz