



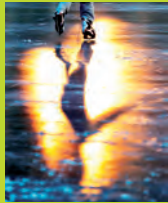
ZDRAVOTNICKÉ NOVINY



CENA 28 Kč, PŘEDPLATNÉ 23 Kč

ČTRNÁCTIDENÍK PRO ODBORNÍKY
VE ZDRAVOTNICTVÍ A FARMACII

25/2012 Toto číslo vyšlo 17. 12. 2012



VÁNOČNÍ PŘÍLOHA

Povídky, vzpomínky,
medicínský humor
a další adventní čtení
naleznete uprostřed čísla.



PŘEDSTAVUJEME

MUDr. Martina Čihaře,
primáře neonatologického
oddělení Nemocnice
Na Bulovce

STRANA 26



LÉKAŘSKÉ LISTY

11/2012 – Ortopedie
Naleznete jako přílohu
v tomto čísle



**Zorjan Jojko (SAS):
Ke vzniku nových
ambulancí má
docházet jen tam, kde
kapacita stávajících
prokazatelně nestačí.**

(viz str. 2)

Foto: Leoš Chodura

Dohoda nemocnic s pojišťovnami stále v nedohlednu

Krizový štáb nemocnic, pacientů a odborů dementoval zprávu Svazu zdravotních pojišťoven o dohodě se 133 nemocnicemi – smlouvy podepsaly jen dvě nemocnice AČMN a žádná krajská. Nemocnice však pacienti ujistují, že péči budou poskytovat i po 1. lednu 2013.

Zprávu Svazu zdravotních pojišťoven ČR (SZP) o tom, že se s většinou nemocnic dohodl na uzavření nových dlouhodobých smluv, označují představitelé krizového štábu za „novinářskou kachnu“. „Sdělení zdravotních pojišťoven z 10. prosince 2012, že se dohodlo

133 ze 158 nemocnic, je dezinformace. Z nemocnic sdružených v Asociaci českých a moravských nemocnic (AČMN) smlouvy podepsaly jen dvě, z Asociace krajských nemocnic dosud žádná,“ sdělil novinářům na tiskové konferenci místopředseda AČMN Petr Fiala.

Současné smlouvy nemocnicím vyprší 31. prosince, a ačkoli zdravotní pojišťovny očekávají, že se jim do konce tohoto termínu podaří uzavřít smlouvy s přibližně 80% nemocnic, z posledních prohlášení krizového štábu vyplývá spíše pravý opak.

Vážení čtenáři,

tak tu máme konec. Ne však světa, jak někteří hrozí, ale konec tohoto – dalo by se říci plodného – roku. Ale spoň ve zdravotnictví to změnami jen kvetlo. Ale nebudeme tu dnes bilancovat. Ohlížet se za uplynulým rokem budeme jako vždy až v prvním – novoročním – čísle, které vyjde 14. ledna 2013. Najdete v něm přehled nejdůležitějších událostí ve zdravotnictví doma i v zahraničí na poli politickém i právním a mnoho dalších zajímavých informací. Nenechte si jej ujít. Dnes si však užijte poslední letošní vydání, které máte právě před sebou, a ponořte se i do čtení, jež vám přináší speciální vánoční příloha. Ráda bych poděkovala všem čtenářům, předplatitelům a ostatním členům našeho „fan klubu“ za přízeň, kterou nám již po dlouhá léta věnujete. Díky za všechny názory, nápady a pobídky, jež píšete do redakce, na webové stránky či na náš facebook. Velice děkuji také redakční radě za podporu a pomoc při tvorbě novin, zejména odborných příloh. A co bych to byla za šéfkou, kdybych nepoděkovala i všem kolegyním a kolegům, kteří mi svou pílí a smyslem pro humor zpřijemňují pracovní život v této redakci již osm let. Dovolte, abych vám všem popřála klidně prožít vánočních svátků a hodně zdraví a energie pro příští rok. A sledujte, jestli čtete ty správné noviny. Příští číslo vyjde 14. ledna 2013.



Markéta Mikšová, šéfredaktorka, miksova@mf.cz

Psané i nepsané dohody

Podle AČMN zdravotní pojišťovny nejen že neplní dohody, které uzavřely před samotným vyjednáváním s nemocnicemi, jež sdružuje jejich organizace, ale dokonce ani s těmi, které zřizují kraje. Krizový štáb se proto v rámci ustavující schůze Asociace krajů ČR sešel s hejtmany a primátorem hlavního města Prahy. Podle jednoho z mluvčích krizového štábu a výkonného ředitele AČMN Stanislava Fialy došlo mezi všemi účastníky k naprosté shodě v negativním hodnocení situace ve vyjednávání mezi zdravotními pojišťovnami a nemocnicemi o nových smlouvách na příští rok.

(pokračování na straně 2)



Dohoda nemocnic s pojišťovnami stále v nedohlednu

(pokračování ze str. 1)

„Zdravotní pojišťovny neplní uzavřené dohody. Návrhy smluv zdravotních pojišťoven nemocnicím jsou v rozporu s dohodami, které byly za účasti krajských orgánů učiněny v krajích Plzeňském, Jihočeském, Jihomoravském a na Vysočině. Proto byly nemocnicemi odmítnuty,“ uvedl místopředseda AČMN Petr Fiala. Většinou nemocnic se návrhy smluv příliš nezamlouvají a stejně jako v případě zveřejněných parametrů restrukturalizace i zde často skloňují slovo „diktát“.

Skrutá čertova kopýtka

AČMN sice přiznává, že zdravotní pojišťovny většinám nemocnic

nabídlý dlouhodobé smlouvy, problémem jsou však drobná ultimativní ustanovení.

„Téměř v každé z navržených smluv je skryté nějaké „čertovo kopýtko“. Smlouvy jsou sice nominálně na 5 let, ale v řadě případů v podstatě jen na 6 měsíců, pokud nemocnice nebudou respektovat další podmínky uvedené v přílohách smluv,“ řekl Petr Fiala.

Zmíněná čertova kopýtka podle něj spočívají v tom, že přestože je návrh jako celek koncipován jako dlouhodobá smlouva, některá klíčová oddělení nemocnic (laboratoře, magnetická rezonance atd.) by měla smluvní jistotu pouze v rádech několika měsíců, což by prý prakticky uvrhlo do nejistoty celé zařízení.

Zajištění zdravotní péče

Výkonný ředitel AČMN Stanislav Fiala zdůraznil, že nemocnice o dohodu přesto usilují, a i pokud k ní do konce roku nedospějí, jsou připraveni od 1. ledna 2013 poskytovat zdravotní péči ve stávajícím rozsahu, a tedy i bez smluvní jistoty jejího proplacení zdravotními pojišťovnami.

„Nemocnice usilují o dohodu a AČMN v nejbližších dnech předloží zdravotním pojišťovnám za nemocnice jejich návrhy smluv, které budou vycházet z toho, co navrhuje pojišťovny. Navrhne, aby se od 1. ledna poskytovala péče v rozsahu, v jakém se poskytuje dosud, aby tedy 1. leden nebyl žádný zlom, žádná katastrofa. Současně navrhuje za-

vázat se, že struktura a rozsah péče vymezený v přílohách se upraví podle výsledků jednání v jednotlivých krajích,“ řekl na adresu zdravotních pojišťoven Stanislav Fiala.

Zákonná povinnost

Podle ministerstva zdravotnictví je škoda, že nemocnice přicházejí s vlastními návrhy až 2 týdny před vypršením stávajících smluv, apeluje proto na poskytovatele i plátce péče, aby se dohodli v co možná nejkratším čase.

Petr Fiala však namítá, že návrhy smluv nikdy nebyly zákonnou povinností nemocnic, nýbrž právo pojišťoven, které na to měly více než rok. „Jsou to zdravotní pojišťovny, kdo nesplnil zákonnou povinnost smluvně zajistit péči pro své pojištěnce, ponese tak právní odpovědnost za veškeré dopady a následky, vzniklé v příčinné souvislosti s porušením právní povinnosti zdravotními

pojišťovnami,“ dodal místopředseda AČMN.

Obě svářící se strany však dosud zachovávají koordinovaný postup – zdravotní pojišťovny na základě svých vlastních memorand a nemocnic společně s kraji na podkladě dřívějších doporučení asociace nemocnic. Stanislav Fiala v této souvislosti upozornil, že i zmíněné dvě nemocnice, které k návrhům smluv nemají žádné výhrady, budou v této věci s ostatními poskytovateli péče solidární.

Potřebu součinnosti na krajské úrovni již před časem zdůraznil i šéf asociace krajů a hejtman Jihomoravského kraje Michal Hašek (ČSSD), který se jako jediný představitel opozice písemně – prostřednictvím tzv. jihomoravského memoranda – dohodl s ministerstvem a pojišťovnami na podobě sítě nemocnic v jím řízeném kraji.

Filip Kůt Citores

Návrh úhradové vyhlášky je likvidační, říkají lékaři

Česká lékařská komora (ČLK) zaujala nesouhlasné stanovisko k prvnímu návrhu úhradové vyhlášky pro rok 2013. Restriktivní charakter úhrad v následujícím roce pocítí prakticky všechny segmenty. Bity však budou zejména nemocnice a specializované ambulance.

Kubek: Ministr trestá za vlastní neschopnost

Podle prezidenta ČLK Milana Kubka ministr zdravotnictví Leoš Heger (TOP 09) tímto návrhem vyhlášky „trestá lékaře za vlastní neschopnost získat pro zdravotnictví dostatečné finanční zdroje“. Pokud by se podoba vyhlášky významně nezměnila, mohlo by to podle ČLK vést i k omezení dostupnosti a kvality péče.

Změna je možná

Ministerstvo zdravotnictví ČR poslalo vyhlášku k připomínkám. Posledním dnem, kdy dotčené instituce a lékaři mohli své připomínky uplatnit, byl 5. prosinec. Podle náměstka ministra zdravotnictví pro zdravotní péči Petra Noska jsou změny možné za předpokladu, že lékaři předloží „pádné argumenty“.

Důležité je podle něj i to, co si sami lékaři dojednájí se zdravotními pojišťovnami. Nicméně restriktivní charakter úhrad by měl zůstat zachován, neboť je to oficiální politika ministerstva zdravotnictví, kterou Leoš Heger přednedávnm vyhlásil v rámci sady opatření pro finanční stabilizaci zdravotnictví.

Příliš mnoho proměnných

K úsporám ovšem tentokrát nepovede pouze skutečnost, že se úhrady oproti předchozímu roku nebudou navyšovat, ale i samotný způsob výpočtu. Podle Krizového štábu nemocnic, pacientů a odborů je totiž výpočet letos mnohem „sofistikovanější“. Asociace českých a moravských nemocnic (AČMN) informovala, že ve vyhlášce je uplatněno 21 různých vzorců s celkem 64 proměnnými.

„Složitost výpočtu úhrady, která je ještě vyšší než v předchozích obdobích, umožňuje provést tento výpočet pouze institucím, které jsou na to vybaveny náročným výpočetním systémem. Mezi ně však nepatří dokonce ani všechny zdravotní pojišťovny. I nevybavenější zdravotní pojišťovna, VZP ČR, ve většině případů není schopna provést výpočet úhrady bez chyb a omylů a již vypočtenou úhradu, sdělenou zdravotnickému zařízení, i několikrát mění. Většina nemocnic stále ještě nemá vypočtenou úhradu za rok 2011 a některé dokonce ani za rok 2010,“ uvádí AČMN.

Svůj komentář k úhradové vyhlášce 2013 pak doplňuje predikcí poklesu úhrad v jednotlivých segmentech. Úhrada lůžkové péče by

prý mohla poklesnout o 2–3 %, ambulantní péče o 6 % a úhrada ministerstvem preferované následné péče až o 5 %.

Ambulantní specialisté v likvidaci?

Návrhem vyhlášky se cítí být dotčeni zejména ambulantní specialisté, méně již praktičtí lékaři. Specialistům návrh vyhlášky garantuje pouze 98 % objemu úhrady oproti referenčnímu období (rok 2011). Podle Petra Mácy z právního oddělení ČLK se navíc do maximálního objemu úhrady pro ambulantní specialisty počítá pouze celkový počet vykázaných bodů, které nebyly v referenčním období uhrazeny ve „snížené hodnotě bodu“. To podle experta ČLK znamená posun k horšímu, neboť dosud se prý započítávaly veškeré uznané body v referenčním období, tedy včetně těch ve snížené hodnotě. U některých výkonů navíc dojde ke snížení samotné hodnoty bodu.

„Jestli úhradová vyhláška vejde v platnost v nynějším znění, což je znění téměř likvidační, tak si myslím, že se velmi zhorší dostupnost péče pro naše pacienty,“ uvedla lékařka Ludmila Říhová a apelova-

la na ministra, aby úhradovou vyhlášku ještě změnil.

Podle Milana Kubka hrozí, že lékaři budou muset péči o pacienty dotovat ze svých příjmů. „Úhradová vyhláška říká v podstatě toto: Doktoři, pracujte tak, jak pacienti potřebují, a smiřte se s tím, že značnou část své práce nedostanete vůbec zaplacenou,“ konstatoval Milan Kubek, který je sám ambulantním specialistou.

Paralela s restrukturalizací

Návrh úhradové vyhlášky byl šokující i pro předsedu Sdružení ambulantních specialistů Zorjana Jojka. Navrhované restriktive jsou prý vůči ambulantním specialistům zbytečně tvrdé. Nesmyslnost návrhu spatřuje i v souvislosti s předpokládanými dopady probíhající restrukturalizace lůžkové péče.

Koncept optimalizace lůžkové péče totiž prý z části počítá s tím, že některé pacienty převezmou právě specializované ambulance. Podle Jojky však návrh úhradové vyhlášky neumožňuje ambulantním navýšovat počty pacientů. Možné by to bylo, ale jen pokud by byla část úspor z rušení lůžek přesunuta do

segmentu specializovaných ambulančních, s čímž se ve vyhlášce nepočítá. „Považujeme za správnou základní myšlenku, že pacienti, jejichž potíže se dají řešit ambulantně, by měli být přesunuti právě do ambulančních. Tímto mechanismem vzniklá zbytečná lůžka, respektive nadbytečná oddělení či celá lůžková zařízení, by měla být bez náhrady zrušena,“ domnívá se zástupci Koalice soukromých lékařů, jež kromě ambulantních lékařů sdružuje i praktické lékaře, praktické lékaře pro děti a dorost, stomatology a soukromé gynekology. „Ke vzniku nových ambulančních má docházet jen tam, kde kapacita stávajících zařízení prokazatelně nestačí. Zároveň musí jít o otevřený proces, kdy nové ambulance smí dostat smlouvu jen na základě pozitivního výsledku výběrového řízení, do něhož se mohou přihlásit všechna zdravotnická zařízení v regionu,“ dodává soukromí lékaři s důrazem na racionální navýšování ambulantního segmentu, který současně musí být doprovázen přesunem financí.

Podle náměstka MZ Petra Noska je však medializovaná připomínka před ukončením jednání o vyhlášce kontraproduktivní a zbytečně vytváří atmosféru, že ambulantní specialisté skončí v krachu. Omezení dostupnosti péče prý nehrozí.

Filip Kůt Citores

Leoš Heger: Proměna

Tajemství politické životnosti Leoše Hegera tkví v plynulém a zvládnutém přerodu lékaře v politika.

Leoš Heger míří k překonání dosud nepokorené hranice 900 dnů ve funkci českého ministra zdravotnictví. Bohumila Fišera, který měl k této metě dosud nejbližší, ale unikla mu o pouhých 13 dní, již současný ministr o jeden den trumfl (v den vydání tohoto čísla) a nyní s každým dalším ránem ve funkci nastavuje nový rekord v životnosti polistopadových uživatelů jednoho z nejvratších vládních křesel. To je dobrá záminka pro určitou dílčí bilanci.



Martin Čaban

poslance ODS Borise Šťastného, z nějž touha usednout na Hegerovu židli už dlouhé měsíce cáká na všechny strany. Kdyby za Leošem Hegerem nebylo něco víc než jen ochota dělat cosi, co nikdo dělat nechce, dávno by v některé z vládních a koaličních rošád padl. Ani příslušnost k relativně nejstabilnější vládní straně není dostatečným vysvětlením. Jiří Besser a Jaromír Drábek by mohli vyprávět o tom, že stranická knížka TOP 09 není zárukou uchování ministerského křesla.

dávno by v některé z vládních a koaličních rošád padl. Ani příslušnost k relativně nejstabilnější vládní straně není dostatečným vysvětlením. Jiří Besser a Jaromír Drábek by mohli vyprávět o tom, že stranická knížka TOP 09 není zárukou uchování ministerského křesla.

Rošádám navzdory

Předem nutno říci, že jde o dost obdivuhodný výkon, uvážíme-li, že Leoš Heger sedí ve vládě, která má 15 ministrů, ale za 2 roky a 5 měsíců už v ní usedlo 28 lidí. V dnešním kabinetu jsou už jen čtyři ministři, kteří mají na jmenovacím glejtu stejné datum jako jejich premiér – 13. července 2010, a ministr zdravotnictví je jedním z nich. Kde hledat příčinu takové výdrže?

Bylo by snadné svést ji na fakt, že křeslo ministra zdravotnictví je politicky rozžhavené době, proč o něj nikdo nestojí. Jenže to bychom museli zapomenout na

Zakopaná politická hřívna

Hlavní příčinou Hegerovy ministerské dlouhověkosti je jeho schopnost osobního rozvoje. Na ministerskou židli usedl zcela nečekaně poté, co TOP 09 v koaličních jednáních získala resort zdravotnictví a zjistila, že na něj nikoho nemá, protože hlavní autor jejich volební koncepce zdravotnictví Rudolf Zajac poradil a vrátil se na Slovensko. Narychlo sehnáný šéf hradecké fakultní nemocnice se ovšem ukázal jako zakopaná politická hřívna.

Jako docent a šéf nemocnice se při nástupu těšil mezi lékaři velké důvěře, takže ač byl politickým cucákem, jeho výchozí pozice nebyla špatná. Důvěru lékařů pak si ce v následujících měsících a letech zcela ztratil, ale stihl se za tu dobu stát velmi zdatným politikem, což jej dále drží v křesle. Skutečně – těžko bychom v české historii hledali ministra, který si proti sobě dokázal poštvat úplně všechny součásti zdravotnického systému – od odborářů (flagrantní porušení memoranda) přes ambulantní specialisty (úhradová vyhláška) až po šéfy nemocnic a zdravotní pojišťovny (restrukturalizace lůžek). Dosud snad nikomu nechodili plakat před dveře ředitel nemocnic a odboráři najeďnou ruku v ruce.

Velkolepý prodej dílčích úspěchů

Ano, Leoš Heger toho spoustu pokazil. Selhal především ve velkých systémových změnách, v první řadě ve vztahu ke zdravotním pojišťovnám, k nimž vzhlíží jako ke klíčovému hráčům systému, ale nedokázal (a už ani nedokáže) jim pro takové postavení vytvořit kloudné právní prostředí. Namísto toho nereformovaným pojišťovnám světil projekt restrukturalizace lůžek, i když musel alespoň

tušit, že namísto racionálního vyjednávání s nemocnicemi se tento proces zvrhne v nebezpečnou zákopovou válku. Nemluvě o tom, že ve vztahu k VZP se vyžíval ve zcela stejných politických intrikách jako jeho předchůdci. Selhání v klíčové systémové vě-

ci však Leoš Heger dokázal vyvažovat schopností velkolepě prodat dílčí úspěchy, jichž byla řada – zavedení polomrtvých nadstandardů, uzavření memoranda, porušení memoranda, nárůst platů nemocničních lékařů, řez do kauzy IZIP a podobně.

Parádně zvládnutý přerod schopného lékaře a šéfa nemocnice ve schopného a obratného politika je na Hegerově působení tím nejzajímavějším.

Viceprezident ČLnK Havlíček rezignoval

V pondělí 10. prosince 2012 požádal PharmDr. Stanislav Havlíček z osobních důvodů představenstvo České lékařnické komory o zproštění funkce viceprezidenta ČLnK.

Představenstvo ČLnK jeho žádosti vyhovělo. Po uvolnění z funkce viceprezidenta zůstává PharmDr. Stanislav Havlíček i nadále členem představenstva ČLnK.

Prezident komory Lubomír Chudoba Stanislavu Havlíčkovi poděkoval za dosavadní spolupráci, která bude i nadále pokračovat v oblas-

tech koncepce, vzdělávání a dopadu evropské legislativy na české lékařství. Prezident také připomněl přínosy zapojení doktora Havlíčka v orgánech Evropského svazu lékárníků (PGEU). O novém viceprezidentovi rozhodne volbou z řad členů představenstva nejbližší sjezd delegátů ČLnK. (klu)

Petr Salák vrchním ředitelem MZ pro ekonomiku

Ministr zdravotnictví jmenoval s platností od 1. 12. 2012 do funkce vrchního ředitele pro ekonomiku Petra Saláka. V této funkci nahradil Zdeňka Kabátka, který nastoupil na pozici ředitele Všeobecné zdravotní pojišťovny ČR.

„Chtěl bych Zdeňkovi Kabátkovi poděkovat za odvedenou práci a profesionální přístup. Jeho nástupci pak přeji, aby se mu dařilo pokračovat v nastavených kvalitních standardech svého předchůdce,“ uvedl ministr zdravotnictví Leoš Heger. Petr Salák, který není členem žádné

politické strany, působí na ministerstvu zdravotnictví řadu let, zastával pozice vedoucího oddělení či ředitele odboru investičního rozvoje. Před svým jmenováním do funkce vrchního ředitele pro ekonomiku působil jako ředitel finančního odboru. (klu)

Bývalý hlavní hygienik obžalován ze tří trestných činů

Policie minulý týden navrhla obžalovat bývalého hlavního hygienika ČR a bývalého náměstka MZ Michaela Víta. Viní jej ze tří trestných činů, jež souvisejí se zmanipulovanou zakázkou na poradenství pro MZ.

„Podali jsme návrh na podání obžaloby pro trestné činy zneužití pravomoci veřejného činitele, zneužití pravomoci úřední osoby a porušování povinnosti při správě cizího majetku,“ uvedla mluvčí pražské policie Eva Kropáčková.

Na rozporuplnou zakázku začala předloni ministra zdravotnictví Leoše Hegera upozorňovat organizace Transparency International (TIC) a na jaře 2011 podala na Michaela Víta trestní oznámení. „Existuje důvodné podezření na nehospodárné a účelové vyvážení

veřejných prostředků. Konkrétně se jedná o smlouvy, které jménem Ministerstva zdravotnictví České republiky uzavíral hlavní hygienik ČR a náměstek ministra zdravotnictví MUDr. Michael Vít, Ph.D., přičemž předmětem těchto smluv byl výkon analyticko-poradenské činnosti, kterou ministerstvu poskytoval RNDr. Otakar Vychodil. Z informací a dokumentů, které má TIC k dispozici, vyplývá, že je nezbytné objasnit určité skutečnosti vztahující se k výše uvedeným smlouvám, mimo jiné i o otáz-

ku, zda se činnost RNDr. Vychodila nepřekrývala s činností odboru, který ministerstvo pro tyto účely zřídilo,“ napsal tehdy ředitel TIC David Ondráčka ministru Hegerovi.

Jak také vyšlo najevo, v době podpisu smlouvy s bývalým poslancem ODS Vychodilem vedla zmíněný odbor MZ Vychodilova manželka Karla Říhová. V březnu letošního roku pak Michaela Víta obžalovala policie, spáchanou škodu nyní vyčíslila na několik milionů korun.

(klu)

SZP ČR nadále povede Jaromír Gajdáček

Na další dvouleté období, do roku 2014, byl začátkem prosince zvolen současný prezident Svazu zdravotních pojišťoven ČR (SZP) a generální ředitel Zdravotní pojišťovny ministerstva vnitra Jaromír Gajdáček.

Prezidenta zvolila do funkce Rada SZP ČR na svém zasedání. Svůj post obhájil i viceprezident svazu a generální ředitel Oborové zdravotní pojišťovny zaměstnanců bank, pojišťoven a stavebnictví Ladislav Friedrich.

Rada SZP je nejvyšším orgánem

svazu a má pravomoc volit statutárního zástupce. Svaz zdravotních pojišťoven ČR vznikl v květnu 1997, zastupuje a hájí zájmy přibližně 4,3 milionů pojištěnců-občanů ČR, kteří jsou pojištěni u šesti zaměstnaneckých zdravotních pojišťoven v Česku. (klu)

Povinné elektronické recepty vyvolaly bouři nevole

Pozměňovací návrh skupiny poslanců okolo Borise Štátného (ODS) k vládnímu návrhu zákona o léčivech, jímž se mimo jiné zavádí povinnost předepisování léčiv prostřednictvím elektronických receptů, putuje do závěrečného schvalování. Lékaři to nesou těžce.

Pozměňovací návrh sněmovně předložili poslanci Boris Štátný (ODS), Jiří Skalický (TOP 09) a Jiří Rusnok (LIDEM). Původní materiál vzešel od ministra zdravotnictví Leoše Hegera (TOP 09), který jej předložil jako vládní návrh zákona.

Podle ministra byla hlavním důvodem pro zpracování nové normy transpozice dvou směrnic Evropského parlamentu a Rady. „Jednak je to farmakovigilanční směrnice, která má zlepšit dohled nad dopady léku a jeho používání. Druhá se týká zabránění vstupu padělaných léčivých přípravků do legálního dodavatelského řetězce,“ vysvětlil poslancům.

Další změny v zákoně jsou již specifikovány pro Českou republiku. Podle Leoše Hegera se úpravy týkají záležitostí okolo aplikační a rozhodovací praxe, změn v registraci léčiv a omezování léčivých přípravků vydávaných na lékařský předpis s omezením – především pak léků obsahujících pseudoefedrin, který bývá zneužíván pro výrobu pervitinu.

ePreskripce a eHealth

Po opakovaném projednání ve výboru pro zdravotnictví byl původní návrh doplněn o řadu pozmě-

ňovacích ustanovení, z nichž nejvýznamnější, ale z pohledu lékařů také nejkontroverznější normou, je ta, která zavádí povinnost používání dosud dobrovolných elektronických receptů.

Hlavní návrhatele Boris Štátný tuto změnu považuje za přelom i v souvislosti s implementací eHealth v ČR. „Jde skutečně o klíčový návrh a klíčovou změnu v oblasti elektronického zdravotnictví. Legislativní rámec umožňující zavedení elektronické preskripce do praxe prosadily již minulé vlády ODS. Technologicky je dnes systém dobře nastaven, funguje centrální úložiště elektronických receptů a povinné jsou tyto recepty vydávány například na léky obsahující pseudoefedrin. S povinnou elektronickou preskripční počítá i nově schvalovaný zákon o legalizaci konopí pro léčebné účely. Masivnějšímu využití elektronických receptů však doposud bránil princip dobrovolnosti, který nemotivoval zejména lékaře, aby tuto možnost využívali,“ uvedl Boris Štátný. Sám se domnívá, že elektronická preskripce přinese výhody všem zúčastněným – tedy lékařům, lékárníkům i pacientům. Předkladatelé si od elektronického předepisování léčiv slibují mili-

dové úspory a eliminaci podvodů s falešnými recepty.

Obavy z růstu nákladů

Odborná i laická veřejnost ovšem optimismus Borise Štátného a jeho kolegů z výboru pro zdravotnictví PSP ČR příliš nesdílí. Lékaři a lékárníci se obávají především zvýšených nákladů spojených s pořízením nového softwaru a stejně jako Svaz pacientů ČR zpochybňují i možné pozitivní dopady ePreskripce na financování zdravotnictví.

„Po věčné stránce jsme si jisti, že by přijetí tohoto návrhu nebylo přínosem ani pro pacienty, ani pro lékaře a ani by neznamenalo ekonomický přínos pro systém veřejného zdravotního pojištění. Realitou by byl pravý opak,“ uvádí ve svém prohlášení Koalice soukromých lékařů (KSL). Soukromým lékařům vadí především fakt, že s nimi tento návrh nikdo z příslušných poslanců neprojednal a že nejsou dostupné potřebné analýzy dopadů. „Odmítáme postup, kdy je bez jasného zhodnocení benefitů, nákladů, technického řešení a náročnosti a podobně formou zákona nejprve určité opatření přijato, a to bez promyšlení a prodiskutování dalších návr-

ností, přičemž výhrady se odbudou konstatováním, že vzhledem k odložené účinnosti o dva roky bude dosti času tyto detaily dořešit následně,“ dodává KSL.

Pacienti chtějí právo volby

Svaz pacientů ČR má za to, že současná právní úprava je „naprosto dostačující“, neboť prý lékařům umožňuje na přání pacienta vystavit jak papírovou, tak i elektronickou verzi receptu. Svazu se nelíbí, že by pacienti v oblasti předpisů ztratili možnost volby. Vadí jim také nedostatečná a vágní obhajoba normy ze strany poslanců, kteří návrh předložili. „Všechny argumenty zastánců eReceptu již byly v průběhu posledních čtyř let, kdy měl systém podle zákona o léčivech fungovat, různými oponenty opakovaně vyvráceny, takže je zřejmé, že v celé kauze jde o něco jiného,“ spekuluje prezident Svazu pacientů ČR Luboš Olejář. „Odmítáme diktát politiků a podnikatelů proti zájmům poskytovatelů zdravotní péče i jejich příjemců.“

Léčka softwarové lobby?

Prezident České lékárnické komory (ČLnK) Lubomír Chudoba je toho názoru, že úspory v řádech miliard korun, které by do systému

mělo přinést zavedení elektronických receptů, jsou naivní představou předkladatelů návrhu. „Pokud by pouze měly být zavedeny elektronické recepty, které slouží jen k náhradě těch papírových, je to zcela zbytečné, protože představa pana poslance Štátného, že ušetříme miliardy, je naivní. To mohlo platit před patnácti lety, ale v současné době v žádném případě. Toto řešení také vůbec neposkytuje ochranu před padělkami léků, neboť to má řešit evropská směrnice,“ uvedl v rozhovoru pro Radiožurnál Lubomír Chudoba. Podle něj na takto významnou změnu není systém připraven a to, co již bylo v rámci příprav učiněno, nefunguje, jak by mělo. „Datová sice existuje, ale je dosti chaotická a nevyužitelná, což jsme kritizovali již před lety. Chceme se vyhnout starým chybám, kdy stát v rámci centrálních úložišť Státního ústavu pro kontrolu léčiv vyhodil stamiliony korun. V tom zákoně nemohou být zavedeny pouze elektronické recepty, důležitá je podoba celého systému včetně sdílení dat. Obávám se, že tady pan poslanec Štátný sedl na lep nějaké softwarové firmy a lékaři i lékárníci teď budou nuceni zbytečně investovat desetitisíce korun měsíčně do počítačů, ale především do software, který je na tom nejdražší,“ vysvětlil obavy lékárníků Lubomír Chudoba.

Filip Kút Citores

Julínek: Je nutné dokončit reformu pojišťoven a zdravotního pojištění

Absence reformy zdravotních pojišťoven a zdravotního pojištění stojí podle exministra zdravotnictví Tomáše Julínka za příčinami krize, která může v českém zdravotnictví eskalovat již v roce 2015.

Nominální pojištění k tržnímu přístupu

„V tuto chvíli se řítíme do finanční pasti – očekávám, že nejhorsí situace nastane okolo roku 2015. Stávající systém nedovoluje pružně reagovat na změněné makroekonomické podmínky a státní rozpočet, na který se zdravotnictví v minulosti mohlo spoléhat, není v takové kondici, aby mohl situaci ve zdravotnictví ochránit,“ uvedl bývalý ministr zdravotnictví a současný vedoucí pracovní skupiny think-tanku eStat – Efektivní stát Tomáš Julínek.

V situaci, kdy od státu nelze předpokládat zvýšení platby za státní zaměstnanec, dochází ke zpoždování plateb poskytovatelům zdravotních služeb, omezování plánovaných operací a zastavení rozvoje českého zdravotnictví, je podle Julínka významně pozitivním nástrojem tzv. nominální pojištění. „Část ze současné zdravotní daně, která činí 13,5 procenta, by se odváděla jako skutečné zdravotní pojištění, kde si pacienti volí pojistný balíček, který jim osobně nejlépe vyhovuje. Ceny budou sice regulovány státem, ale

zdravotní pojišťovny budou konečně v čistě tržním hospodaření,“ vysvětlil Tomáš Julínek a připomněl, že v takovém systému musí být brán v potaz také model PCG (pharmacy-based cost group), který stanovuje potenciální rizikovitost pacientů na základě nákladů na léky a celkových nákladů na péči v předcházejícím období. Lze tak zabránit situaci, kdy je jedna pojišťovna zatížena kmenem vysoce nákladných pacientů.

Žádná pozitiva, jen rušení

Restrukturalizace lůžek podle Ju-

línka k vyrovnání hospodaření resortu velkou měrou nepřispěje. „Nejsou jasné definována lůžka následně, dlouhodobé a domácí péče. Tím, že budou zrušena akutní lůžka na úkor dlouhodobých, se nekontrolovatelný tok prostředků nevyjasní. Zdravotní pojišťovny na tento typ lůžek nemají jasné deklarovanou koncepci, takže pacientům hrozí nekvalitní a neefektivní zdravotní služby typu LDN. U akutních lůžek je zase riziko neadekvátní struktury nabídky péče z hlediska dostupnosti,“ uvedl na adre-

su současných změn exministr Julínek.

Julínek na závěr doporučil, aby v období krize jeho představitelé státu do systému příliš nezasahovali. „Krátkodobým úkolem k překonání krize je nezhoršit současný stav například prostřednictvím úhradové vyhlášky, jež by měla být upravena pouze v nejnnutnějších případech. Pokud bude vyhláška vytvářena pod politickým tlakem, situace se jen zhorší. Nemocnicím by zase prospělo, pokud by dostávaly korunové kontrakty či celé balíčky služeb a management nemocnic by si mohl sám vybrat, na kterou cenu přistoupí. Současná transformace není pro nemocnice v ničem atraktivní, protože kromě rušení nenabízí pozitivní změny v cenových a smluvních ujednáních ve prospěch pacientů,“ domnívá se Tomáš Julínek.

Petra Klusáková

V Mariánských Lázních ruší všechna akutní lůžka. VZP i přesto slibuje komplexní péči

Několikaměsíční jednání jsou u konce. Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) odmítla prodloužit smlouvu lůžkové části urologického oddělení Nemocnice Mariánské Lázně. Ta je nucena transformovat akutní lůžka na ošetřovatelská, a to i na chirurgii, interně a JIP.

Akutních lůžek je v nemocnici v současnosti 87. Od nového roku budou komplexně převedena na tzv. lůžka ošetřovatelská. Propuštěny budou desítky sester.

Urologie nevyhovuje

VZP se rozhodla neprodloužit smlouvu lůžkové části urologického oddělení na základě rozhodnutí České urologické společnosti ČLS JEP, která ji označila za nevyhovující novým požadavkům. Jednání se vedle zástupců nemocnice, města a pojištěnec zúčastnili i ředitelé nemocnic v Chebu a Karlových Varech (spadajících pod Karlovarskou krajskou nemocnici). „Bylo rozhodnuto, že všechna lůžka, která jsou dnes akutní, budou převedena na ošetřovatelská, v poměru 1:1. Z toho vyplývá, že k 1. lednu 2013 končí lůžková část nejen urologie, ale i chirurgie, interny a JIP,“ uvádí se ve společném prohlášení starosty Mariánských

Lázní Zdeňka Krále a jednatelky Nemocnice Mariánské Lázně Miluše Tukové. „Je to z toho důvodu, že dvouoborová nemocnice, tedy interna a chirurgie, je ekonomicky neudržitelná a ve spojení s personálními problémy, se kterými se nemocnice potýkala dlouhá léta, je velké nebezpečí, že by v následujících měsících došlo k velkým problémům a VZP by stejně neprodloužila smlouvu na provoz těchto dvou oddělení, nedošlo by tedy ani k zachování počtu lůžek.“

Akutní péče přesunuta

Dle vyjádření zástupkyně nemocnice novým předpisům nebudou po Novém roce vyhovovat ani operační sály, přestože byly před časem modernizovány dle současných předpisů za téměř 60 milionů korun. Starosta města Zdeněk Král upozornil na tristní situaci při redukování lůžkových částí. Dle jeho slov nelze investovat peníze do mo-

dernizace a poté čekat na smlouvu. „Změnily se podmínky pro urologickou operativu a ty mohou splnit pouze fakultní nemocnice. Prostě systém nastavili tak, aby z kola vypadlo co nejvíce těch, kteří jsou podle mínění pojištěnec navíc. Bohužel,“ dodal starosta. Generální ředitel Karlovarské krajské nemocnice Luděk Nečesný údajně při jednáních jednoznačně deklaroval, že jeho nemocnice je připravena se o všechny akutní pacienty postarat ve svých zařízeních v Karlových Varech a Chebu. Omezena nebude ani zdravotnická záchranná služba v Mariánských Lázních. Na schůzce bylo rovněž domluveno, že se bude nadále jednat o rozšíření ambulantní péče v nemocnici v Mariánských Lázních. Všechny ambulance mají smlouvy do roku 2015 a zástupci VZP ujistili vedení nemocnice, že ambulantní péče do tohoto data nebude krácena.

Protesty i propouštění

Přeměna akutních lůžek na lůžka ošetřovatelská si vyžádá změny i na personální úrovni. „Vzhledem k tomu, že VZP s námi uzavře smlouvu na ošetřovatelská lůžka v poměru 1:1, střední a nižší zdravotnický personál z lůžkových oddělení budeme dále potřebovat. Zaměstnanci z JIP, sálové sestry a zaměstnanci laboratoře však dostanou řádnou výpověď z nadby-

tečnosti, zřejmě v prosinci. V současné době jde o 36 lidí,“ uvedla jednatelka nemocnice Miluše Tuková. Ředitelé zdravotnických zařízení v Chebu a Karlových Varech již dle jejich slov projeví zájem zaměstnat sálové sestry a sestry na JIP.

V Mariánských Lázních také proběhl protestní pochod, který si dal za cíl upozornit na nesouhlas obyvatel města s redukcí lůžek v nemocnici nesouhlasí. Jejich absence totiž údajně může ovlivnit cestovní ruch v tomto lázeňském letovisku.

Irena Soukupová

Nemocnice v Ostrově a Sokolově dosáhly dohody

Dvě západočeská zařízení, Nemocnice Ostrov a Nemocnice Sokolov, mají po jednáních s VZP zaručeny nejdéší, tedy pětileté smlouvy. Zachovány budou také všechny obory i oddělení. V tiskovém prohlášení to sdělila mluvčí Nemocnice Sokolov.

Podle zprávy existuje shoda mezi vedením nemocnic a pojišťovnami o dílčí optimalizaci a redukcí lůžek na některých odděleních. O které oddělení se jedná konkrétně, se nám nepodařilo zjistit.

Někde lůžka přibudou

„Přijaté dohody zajišťují dostupnost péče minimálně ve stejném rozsahu jako doposud. Stejně tak

je zajištěn prostor pro další rozvoj péče a služeb. Nad rámec současného stavu se zvyšuje počet lůžek na neurologii a v iktovém centru v Nemocnici Sokolov a na rehabilitaci v Nemocnici Ostrov. Nově bude nasmlouvána rehabilitační lůžková péče v Nemocnici Sokolov,“ uvedla tisková mluvčí tohoto zařízení Petra Soukupová. Většina oddělení zůstává beze změny. (Iso)

Nemocnice Mělník má pětiletou smlouvu

Zdravotnické zařízení v Mělníku nepřijde při restrukturalizaci zdravotnické péče o žádné oddělení. Dohody o spektru péče získalo zařízení na 5 let s výjimkou ORL, které musí být do konce roku 2013 včleněno do společného lůžkového fondu chirurgických oborů.

Všeobecná zdravotní pojišťovna (VZP) nabídla smlouvu na 5 let pro všechna oddělení, pro ORL na 1 rok. „Péče tohoto oddělení zůstane v Mělníku i nadále zachována, změní se jen její organizace. Nejspozději od roku 2014 bude fungovat jako součást společného lůžkového fondu jednodenní chirurgie a chirurgického oddělení. Změny nepřinesou žádné propouštění,“ potvrzuje ředitel Nemocnice Mělník Tomáš Jedlička.

V souvislosti s nadcházející změnou nemocnice plánuje rozšířit také ambulantní péči ORL. „Zejména chceme, aby se zkrátily čekací doby. Některé zákroky z oblasti ORL přesuneme do oblasti

jednodenní péče,“ vysvětluje ředitel. Část operativy se přestěhuje do pavilonu chirurgických oborů, část zůstane v současných prostorech, stěhovat se bude muset také pohotovost ORL.

Redukce akutních lůžek o 9 %

Nemocnice měla ještě na konci loňského roku 12 oddělení s 355 lůžky. Slouží pro spádovou oblast, kde žije 100 tisíc obyvatel. Ročně mělničtí lékaři ošetří více než 12 tisíc hospitalizovaných pacientů, kteří sem za péčí dojíždějí také z Prahy-východ a Roudnicka. „Restrukturalizací jsme sami v průběhu roku počet lůžek snížili

o 9 procent. Dvacet lůžek akutní péče nemocnice vyměnila za lůžka následné péče na nově vznikajícím oddělení lůžkové rehabilitace. VZP koncept odsouhlasila, se zaměstnaneckými pojišťovnami budeme ještě jednat,“ dodává ředitel nemocnice.

Snížení počtu akutních lůžek se týkalo všech oddělení mělnické nemocnice – umožňuje jej vývoj medicínských technologií a postupů. Lůžkovou rehabilitaci naopak podle slov ředitele Jedličky nemocnice potřebuje, zaznamenává totiž zvyšování počtu pacientů po ortopedických a traumatologických operacích.

(Iku)

Na pneumologii na Bulovce vzniklo lůžko pro terminální pacienty

Klinika pneumologie a hrudní chirurgie 3. LF UK a Nemocnice Na Bulovce zřídila první lůžko hospicového typu.

Vedení kliniky tím vyhovělo přání pacientů a jejich rodinných příslušníků. Za první dva měsíce fungování bylo využito již pro 11 pacientů. Ke vzniku prostoru, kde mají pacienti v terminálním stadiu samostatný prostor pro sebe i své blízké, přispěla vrchní sestra kliniky, která uvolnila svou kancelář. Přestavbou vznikl pokoj se dvěma lůžky – pro pacienta a rodinného příslušníka, s potřebným zázemím a vybavením.

„Z organizačního hlediska nejde o hospicovou péči, lůžko je vedeno jako lůžko plicní kliniky a péči dle potřeby pacienta i zde poskytuje per-

sonál z oddělení. Nemocnice spíše chtěla vyjít vstříc potřebám pacientů v terminálním stadiu a jejich rodinným příslušníkům na klidné, oddělené místo, kde mohou být společně,“ řekl naší redakci mluvčí Nemocnice Na Bulovce Martin Šalek.

Klinika pneumologie a plicní chirurgie je největším pracovištěm v ČR, jež se věnuje diagnostice a léčbě bronchogenního karcinomu. Kromě specializovaných ambulancí dále zahrnuje také Centrum diagnostiky a léčby obtížně léčitelného astmatu, Centrum pro léčbu závislosti na kouření či Národní centrum pro léčbu plicního karcinoidu. (Iku)

Jedinečný program prevence potřebuje politickou podporu

Česká republika má jako první v Evropě navržený celonárodní systém zahrnující všechny oblasti primární prevence rizikového chování u dětí. Unikátní projekt Vynspi, na kterém se podílí také ministerstvo zdravotnictví, pozitivně hodnotí evropská i americká odborná veřejnost.

Projekt Vynspi jako jediný v Evropě vytvořil na celostátní úrovni systém modulárního vzdělávání v oblasti prevence sociálněpatologických jevů pro pedagogické a poradenské pracovníky školských zařízení. Zatím je pouze v rovině návrhu, pro implementaci jeho tvůrci určili příští tři roky.

„Jedná se o průlomový materiál překonávající dosavadní problémy v resortu příslušnosti různých poskytovatelů preventivních služeb a nesmírné rozmanitého původního profesního vzdělání preventivních pracovníků. V praxi dosud nebylo možné jasně pojmenovat, kdo je, a kdo není dostatečně odborně vybaven, aby s dětmi pracoval. Nebylo možné pojmenovat jakési ‚minimum‘ vzdělání, které budeme pro tuto práci s dětmi požadovat. To je obrovský přínos pro zvýšení bezpečnosti dětí a jejich ochranu před různými pseudoprogramy pochybné kvality často nabízenými lidmi s různorodou erudicí pro takto zodpovědnou a náročnou práci,“ uvedl přednosta Kliniky adiktologie 1. LF a VEN profesor Michal Miovský.

Krátká intervence nefunguje

Projekt vypracoval standardy kvality a návaznost na systém certifikací, jednotný slovník a teoretický rámec, jednotný systém posuzování odbornosti nezávisle na profesi, kurikulum školní prevence zahrnující zdravotní, sociální, výchovná i bezpečnostní témata, s návazností na školní poradenství a časnou diagnostiku a intervenci.

Svoji roli v projektu primární péče sehraje také praktičtí lékaři pro děti a dorost. Jedním z úkolů, který spadá do jejich působnosti, je povinnost plynoucí ze zákona č. 379/2005 Sb., o opatřeních k ochraně před škodami působenými tabákovými výrobky, alkoholem a jinými návykovými látkami. Zde je zakotvena povinnost poskytovat rizikovým uživatelům alkoholu krátkou intervenci. „V ordinacích praktických lékařů se setkáváme s různou mírou plnění této povinnosti. Vcelku však lze říci, že tento preventivní nástroj nefunguje,“ postěžoval si předseda Společnosti pro návykové nemoci ČLS JEP Petr Popov, který si zlepšení situace slibuje od novelizace tohoto zákona.



Ilustrační foto: www.aicargo.com

„V průběhu tří let projektu Vynspi byl vytvořen a ověřen návrh čtyřúrovňového modelu systematického celoživotního vzdělávání v účinné prevenci rizikového chování pro pedagogické pracovníky škol a školských zařízení na národní úrovni. Součástí projektu bylo i vytvoření metodiky a nástrojů pro hodnocení úspěšnosti konkrétních aktivit v rámci primární prevence rizikového chování,“ řekl naší redakci ministr školství, mládeže a tělovýchovy profesor Petr Fiala, který pochválil také vznik Slovníku primární prevence rizikového chování, jenž sjednocuje terminologii v oboru. Dosud byla příprava projektu financována z evropských prostředků (operační program Vzdělávání pro konkurenceschopnost), nyní již půjde o implementaci na státní úrovni a autoři projektu pro ni požadují politickou podporu.

Nezodpovědný systém

České protidrogové strategii se zatím vždy dařilo najít účinný a levný model fungování, díky kterému byla vzorem pro mnoho zemí. Vzhledem k dlouholetému propadu financí a zastaralému způsobu rozdělování finančních prostředků však nyní vzniká obava, že celý tento systém je v ohrožení.

„V České republice máme vysoce profesionální a účinné služby v oblasti prevence a léčby závislosti, ale způsob, jakým se z velké části financují, je nesystémový. A pokud v době ekonomické recese nesebereme odvalu ke změně, bude i nezodpovědný. Nikdo z poskytovatelů těchto služeb dnes neví, zda bude moci pracovat i další rok – tuto situaci považují za velice rizikovou pro občany této země. V posledních letech neustále dochází k rozpadu sítě základní pomoci. Síť ambulantní péče v oblasti alkoholu se již rozpadla zcela a péče v oblasti patologického hráčství ani nemá jak vzniknout,“ upozorňuje národní protidrogový koordinátor Jindřich Vobořil a dodává, že ČR dosud nepřijala opatření, která by zaručovala dlouhodobě udržitelné financování programů, center pro prevenci a léčebných zařízení pro drogově závislé. Zároveň v době, kdy výzkumy ukazují prvenství Česka v konzumaci alkoholu mezi mladistvými, doposud chyběla jednotná strategie. „Nelze pracovat nahodile bez jasného systému financování nezbytné péče a nelze oddělovat řešení jednotlivých druhů závislosti. V dnešní době je již jen mýtus, že alkohol a drogy jsou oddělené kategorie. Závislosti jsou velmi

často kombinované, takže řeší-li pracovníci drogových služeb problém drog, velmi často zároveň řeší klientovu závislost na alkoholu, případně patologické hráčství. Je třeba tato témata postupně a citlivě integrovat do jedné strategie. Ta se musí projevit ve vyjednání jasnějších úhrad základní prevence a léčby ze zdravotního pojištění. Stejně tak musejí být jasnější pravidla v platbách ze sociálního pojištění. Samozřejmě je naprosto nutné, aby se k této zodpovědnosti zároveň přihlásily i kraje a obce,“ doplňuje poslanec Pavel Bém.

Opilé děti jsou politický problém

Že jde o politické téma i na úrovni primární prevence rizikového chování, dokládají právě alarmující výsledky „Evropské školní studie o alkoholu a jiných drogách“, kde české děti vykazují nebyvale nadprůměrné zkušenosti. Třeba první zkušenost s tabákem ve 13 letech nebo i dříve má 52 % Čechů – tedy výrazně víc oproti světovému průměru (31 %), Velké Británii (25 %) i USA (19 %). Podle stejného průzkumu 6 z 10 českých studentů zkusilo alkohol ve věku 13 let nebo dříve a 12 % již bylo v tomto věku opilých. Podobně „kladný“ vztah mají Češi i ke konopným drogám (celoživotní prevalence v Česku činí 42 %, světový průměr 17 %, ve Velké Británii 25 %, v USA 35 %).

„Na vysoké úrovni zůstává i subjektivně vnímaná dostupnost cigaret a alkoholu, přestože se jedná o látky, které by šestnáctiletým studentům neměly být volně dostupné,“ uvedl v této souvislosti Jindřich Vobořil. „Celkem snadno by si cigarety a alkohol dokázalo obstarat více než 85 procent studentů. Dlouhodobě převládá podíl respondentů, kteří uvádějí konzumaci alkoholu v restauraci, baru nebo na diskotéce, v posledních letech roste také podíl těch, kteří si alkohol pro vlastní spotřebu kupují v obchodech,“ dodal.

Za velmi snadný přístup dětí a mladistvých k alkoholu Česká republika dlouhodobě čelí kritice odborné veřejnosti, která požaduje vyjmout alkohol z běžného sortimentu obchodů a jeho prodej podmínit získáním licencí, která může být právě při prodeji alkoholu mladistvým odebrána. Obdobné restrikce jsou již v Evropě běžné.

Pomohou civilní kontroly?

Zajímavému projektu, který má zamezit nalévání alkoholu dětem na diskotékách a v restauracích, dala nedávno vzniknout městská policie v Pardubicích.

„Vytvořili jsme koncepci spolupráce, kterou chceme nabídnout restauracím, diskotékám, barům a dalším podnikům. Tam, kde se s majiteli dohodneme, by kontroly na alkohol mohli dělat lidé v civilu a takové podniky by mohly dostat označení samolepkou,“ uvedl ředitel pardubické policie Petr Kvaš. V zařízeních, kde majitelé vstřícní nebudou, budou městští policisté dál provádět kontroly v uniformách.

Policisté tak chtějí tlačit podniky ke spolupráci. Předpokládají totiž, že kontroly v civilu neudělají takový rozruch jako kontroly v uniformách a provozní raději zvolí „civilní“ variantu kontrol. Vytvořením nového plánu jak bojovat proti pití alkoholu u dětí pověřila městskou policii rada města, která už také novou koncepci schválila.

Kromě kontrol nalévání alkoholu se chtějí strážníci zaměřit i na jeho prodej v supermarketech nebo na stáncích. „To vidíme také jako velký problém. Děti si alkohol odnesou a dopátrat se toho, kdo jim ho prodal, je potom velmi těžké,“ dodal policejní ředitel Kvaš. (klu)

Jen podávání informací jako prevence nestačí

Možnosti protialkoholních opatření v ČR komentuje viceprezident Mezinárodní společnosti editorů adiktologických časopisů (ISAJE) **profesor Thomas F. Babor**, vedoucí katedry veřejného zdraví a zdravotní péče na Lékařské fakultě Connecticutské univerzity ve Farmingtonu.

Patnáctiletí Češi vedou evropské žebříčky v kouření marihuany, tabáku i v konzumaci alkoholu. Co byste v této situaci doporučili české vládě i nevládním organizacím?

Účinným prostředkem, který se osvědčil v řadě zemí, je zvýšení kontroly dostupnosti alkoholu mladistvým mladším 18 let. Někteří země věkovou hranici legálního nákupu alkoholu aktuálně posouvají až na 19 let. Mladší lidé by neměli mít vůbec šanci alkohol koupit.

Dalším úkolem státu a zároveň osvědčeným postupem je zákaz reklamy, která cíleně podporuje zájem zkoušet v raném věku alkohol. Výrobci alkoholu v reklamních spotech často porušují etické kodexy a paradoxně dávají alkohol do souvislosti s úspěchem ve sportu, ve společnosti i v sexuální oblasti. S ohledem na skutečné účinky alkoholu na organismus je to paradoxní, zároveň ale na skupinu mladých lidí velmi účinné lákadlo.

Třetím krokem je zvýšení účinnosti primární prevence ve školách. Jde především o práci s učiteli, protože je důležité vytvářet ve třídách děti s psychologickými problémy a spolupracovat s rodiči těchto dětí.

Jednou z cest ke snížení konzumace alkoholu je podle vás zvýšení alkoholové daně. V České republice je ale spotřební daň z tvrdého alkoholu v porovnání se vyspělými zeměmi stále dost nízká. Jaké jsou argumenty pro její zvýšení?

Argumentem pro zvýšení daně z alkoholu je výnos pro stát, a to dvěma způsoby. Část putuje rovnou do státní pokladny a druhá jsou ohromné úspory za zdravotní náklady a nemalé náklady v sociální oblasti. Je důležité nastavit takové daňové sazby, které nebudou každoročně ohroženy inflací. Ideální by bylo, kdyby se Česko vrátilo k dani v takové vý-

ši, která byla na alkohol uvalena před listopadem 1989 (i když to nepovažují za šťastné přirovnání). Ale určitě by se ČR měla inspirovat výší daně na alkohol u ostatních členských států EU. Další krokem správným směrem je stanovení minimální ceny alkoholu, které letos schválil například skotský parlament. Minimální cena zabraňuje prodeji alkoholu pod jeho tržní cenou. Významně sníženou cenu alkoholu totiž prodejci často používají jako lákadlo, které má lidi přitáhnout do obchodů. Takový postup lze považovat téměř za rozdávání alkoholu. A zdůrazňuji, že alkohol je návyková látka, nelze ho jako takový rozdávat.

Česká republika se nyní chystá implementovat řadu opatření v rámci nového systému primární péče. Existují problematické oblasti, kterým se lze už od počátku vyhnout?

Jednou z problematických oblastí je výběr takového systému, který bude skutečně efektivní. Musí být jasně stanovena a popsána snížená dostupnost alkoholu při jeho prodeji.

Další výzvou je regulace alkoholového průmyslu. Jde nejen o domácí, kteří jsou politicky silní, ale i mezinárodní globální výrobce, hlavně producenty piva. I ti jsou velmi vlivní a rádi oponují efektivním strategiím, které se snaží limitovat objem vypitého alkoholu a snaží se o zvyšování jeho ceny. Výrobci by například rádi zvyšovali množství alkoholu, které se obecně považuje za „společensky i zdravotně přijatelné“.

Ve své přednášce na mezinárodní konferenci „Prevence v pohybu“ jste zmínil, že vzdělávací programy primární prevence mají nízký efekt, pokud jsou zaměřeny pouze na sdělování faktů...

Ano, mají. Vedle informací musí

existovat ještě další intervence. Pro prevenci je nutné vytvořit ve třídách přátelské, otevřené prostředí, musí být vytipovány děti s rodinnou zátěží nebo psychologickými problémy, zapojení musí být také rodiče.

Když porovnáte jednotlivé přístupy k prevenci, které programy lze označit za úspěšné?

Nejúspěšnější programy jsou ty, které kontrolují limity ekonomické dostupnosti alkoholu, tedy které kontrolují cenu. Kontrola fyzické dostupnosti alkoholu znamená regulaci doby, dnů a místa, kde je alkohol prodáván. Čím více míst a čím delší otevírací doba, tím masivnější propadání alkoholu. Otázka psychologické dostupnosti zahrnuje kontrolu (a tedy omezení) reklamy.

Úkol pro zdravotníky spočívá v rozvinutí screeningových programů krátkých intervencí, které by měli zahrnout do léčby. Druhým úkolem je podpora protialkoholických strategií, jež jsou založeny na důkazech a dostupnost alkoholu pozitivně regulují.

Jak by měla krátká intervence probíhat?

Měla by zaplnit mezeru mezi úsilím primární prevence a intenzivní léčbou pacientů s vážnými poruchami spojenými s užíváním alkoholu. Přitom ji nutně nemusí provádět lékař, může ji provést i sestra v ordinaci. I pět minut někdy stačí na předání základních, a přitom zásadních informací. Intervence se skládá z informování pacienta, jehož zdravotní stav může být kvůli nadměrnému pití ohrožený. Zdravotník by jej měl nabádat ke snížení dávek alkoholu či k úplnému ukončení pití alkoholu. Sdělit mu, aby nepil více než dva alkoholické nápoje denně a vyhýbal se pití alespoň dva dny v týdnu, během nichž by neměl pít vůbec žádný alkohol. Zároveň je třeba, aby se pacienti

orientovali v dávkách alkoholu – měli by mít na paměti, že jedna láhev piva, sklenice vína a sklenička destilátu obsahují přibližně shodný obsah alkoholu. A že osoby, které tyto limity zvyšují, se vystavují zdravotnímu riziku, kam by zdravotníci měli zahrnout dopravní nehody, zranění, vysoký krevní tlak, jaterní onemocnění, rakovinu a srdeční choroby.

V čem spatřujete zásadní přínos lékařů, kteří se věnují adiktologii?

Každá země musí disponovat skupinou vědců, kteří budou znát nejnovější informace v oboru adiktologie a budou je, jako odborná veřejnost, zprostředkovávat politickým činitelům, protože ti například v souvislosti se snížením spotřeby alkoholu se-



Fotografie prof. Thomase Babora

hrávají klíčovou roli. Pokud preventivní programy nebudou mít politickou podporu, jen velmi obtížně se situace v konzumaci alkoholu změní.

Adiktologická skupina na Univerzitě Karlově sehrává v české prevenci klíčovou roli právě při zprostředkování zásadních doporučení vládě. Navíc má potenciál vyvíjet vzdělávací programy pro mladé lékaře a ostatní zdravotníky a zároveň provádět výzkum. Všechny tyto složky jsou propojené a je výhodné pro každou vyspělou zemi takovou skupinu vědců mít.

Petra Klusáková

Lázně – i nadále součástí našeho zdravotního systému

Česká republika disponuje velkým množstvím přírodních léčivých zdrojů, které se již po staletí využívají k léčbě a prevenci nemocí. Díky unikátnímu spojení lékařské vědy se silou léčebných zdrojů u nás vznikla celá řada lázní a pobyt v nich se stal důležitou součástí moderní medicíny. Vedle nemocniční a ambulantní péče je lázeňství uceleným léčebným systémem, jenž cíleně a systematicky doplňuje předchozí složky v péči o zdraví dospělých i dětí. Lázeňská péče má prokazatelné výsledky zejména u stavů po těžkých operacích, u chronických a těžkých onemocnění. Jejím hlavním cílem je dokončit léčebný proces v návaznosti na péči v nemocnicích či odborných ambulancích, u chronických onemocnění je cílem stabilizovat stav pacienta a průběh jeho nemoci. Lázeňská léčba je určena také dětským pacientům, ať už se stále častějšími dýchacími potížemi či jinými onemocněními.



Více informací naleznete na www.lecebnelazne.cz

Více informací najdete na www.lecebnelazne.cz.

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



EVROPSKÁ UNIE
EVROPSKÝ FOND PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ
ŠANCE PRO VÁS ROZVOJ



MINISTERSTVO
PRO MÍSTNÍ
ROZVOJ ČR

Efektivní nemocnice 2012

Koncem listopadu proběhla v pražském Clarion Congress Hotelu dvoudenní odborná mezinárodní konference „Efektivní nemocnice 2012 – Strategie nemocnic a zdravotních pojišťoven“, kterou již posedmé uspořádal HealthCare Institute. Letošní konference se nesla v duchu personálních změn na vedoucích pozicích Všeobecné zdravotní pojišťovny a čerstvých nálezů Ústavního soudu.

Hlavními tématy letošního ročníku byly: strategie ve zdravotnictví – vztahy mezi zdravotními pojišťovnami a nemocnicemi v nadcházejícím roce; finance v roce 2012 – nemocnice a pojišťovny; změny v legislativě a první praktické zkušenosti; řídicí zkušenosti ředitelů ve zdravotnictví; řízení lidských zdrojů, zvyšování bezpečnosti a kvality zdravotní péče v nemocnicích. Oficiální záštitu nad akcí převzal 1. místopředseda Senátu Parlamentu České republiky MUDr. Přemysl Sobotka. Účastníky přivítali ředitel Institutu postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví (IPVZ) MUDr. Vladimír Pavelka, generální ředitel a předseda představenstva Všeobecné zdravotní pojišťovny SR Ing. Marcel Forai, proděkan 1. LF UK prof. MUDr. Tomáš Zima, DiSc., zástupce firmy Novartis

v České republice Heidrun Irschik-Hadjieff a zástupce velvyslance USA v Praze Joseph Pennington, který ve svém projevu v češtině mimo jiné ocenil, že Česká republika dává značné prostředky do vědy a výzkumu, a ocenil také rozvoj informačních technologií. Konference se dále zúčastnili mj. náměstek MZ pro zdravotní pojištění Ing. Petr Nosek a náměstek MZ pro legislativu a právo Mgr. Martin Plíšek.

Nová legislativa ve zdravotnictví

Martin Plíšek shrnul novinky, které přinesly nové zákony upravující oblast zdravotnictví, platné od 1. dubna 2012. Připomněl, že koncem letošního srpna byl vládou schválen zákon o léčivech, který kultivuje prostředí lékové politiky v ČR, zabráňuje zneužívání léčiv výrobci a uživateli drog, zvyšuje

informativnost pacientů o cenách a úhradách léků. Rovněž se snaží vypořádat s problémem reexportu léků do zahraničí (paragraf upravující reexporty byl z návrhu zákona vyškrtnutý, předpokládá se jeho navrácení v průběhu legislativního procesu). Náměstek dále zmínil návrh věcného záměru zákona o univerzitních nemocnicích, který stanovuje proměny fakultních nemocnic, které jsou příspěvkovými organizacemi zřízenými MZ ČR, na univerzitní nemocnice s novou právní formou, vytvoření lepších podmínek pro spolupráci univerzitní nemocnice a vysoké školy a tím také pro zlepšení poskytování zdravotních služeb i uskutečňování výuky, vědy a výzkumu. Zdůraznil i další přínos, kterým je ukončení přímé vazby na státní rozpočet v podobě příspěvku ze státního rozpočtu.

Další zmíněný návrh zákona o regulaci reklamy, který vláda schválila 26. 6. 2012, přináší zejména snížení prostoru pro korupci a neetická jednání ve zdravotnictví, zakazuje soutěže, loterie a hry, kterými firmy ovlivňují předepisování léků, a stanoví za porušení sankce až do výše 15 milionů korun.

Úhradová vyhláška pro rok 2013

Petr Nosek v úvodu představil determinanty úhradové vyhlášky. „Růst předchozích let byl umožněn díky nakumulovaným rezervám z minulých let. Rezervy již byly vyčerpány a došlo i k mimořádnému přerozdělení prostředků na účtech zdravotních pojišťoven. Ekonomická situace nedovoluje, aby úhradová vyhláška pro rok 2013 umožnila další nárůst úhrad poskytovatelům,“ řekl náměstek Petr Nosek. Vyhláška pro rok 2013 vznikla na základě modelací nad daty Národního referenčního centra s cílem, aby objem úhrad zůstal roven vybraným prostředkům. Růst bude zastropován na úrovni pozitivní nuly. Restrikce se nedotkne centrové péče, DRG beta (úhrad vyčleněných z případového paušálu) a domácí péče. Dojde ke sblížení základních sazeb za účelem odstranění historických nerovností. DRG bude jako hlavní úhradový mechanismus fungovat i v roce 2013. Referenčním obdobím pro stanovení úhrady ambulantní péče bude rok 2011, nikoli příslušné pololetí. Finanční objem bude omezen na 98 % referenčního období. Prioritou vyhlášky je zejména léčba hrazená systémem DRG beta (nárůst hrazeného objemu na 115 %) a léčba v centrové péči.

V centrové péči v diagnostických skupinách Revmatologie, Roztroušená skleróza a Plicní hypertenze dojde k navýšení na 108 % počtu unikátních pojištěnců léčených k 31. 12. 2012. V ostatních diagnostických skupinách dojde k navýšení na 102 % počtu unikátních pojištěnců léčených během celého roku 2012. V diagnostických skupinách metabolických chorob, kde je dlouhodobě stabilní úhrada i počet nemocných, zůstává limit 100 % počtu unikátních pojištěnců léčených k 31. 12. 2012. Podle náměstka Noska ministerstvo zdravotnictví bude prosazovat

změny, které povedou k aktivní roli zdravotních pojišťoven. Představil vizi ministerstva pro budoucnost, která spočívá v dlouhodobě finančně udržitelném a vyváženém systému zajišťujícím každému spravedlivě ochranu zdraví a přístup k péči. Dále je podle jeho slov třeba rozvíjet systém DRG a zabudovat jej do zákona, změnit působení pojišťoven a jejich motivaci, zveřejňovat smlouvy a zavést systém přerozdělení PCG (pharmacy-based cost group – skupiny stanovené podle užívání léků) a hodnocení HTA (health technology assessment), což mimo jiné umožní vstup dalších technologií do zdravotnictví.

Nárok pojištěnce bez ohledu na limity poskytovatele

„Právní změny jsou tak rychlé, že i prezentace zastarávají, takže si dnes dovoluji jenom ústně,“ řekl v úvodu místopředseda Platfory zdravotních pojištěnců ČR JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D.

Ve svém vystoupení se věnoval zákonu o veřejném zdravotním pojištění. „Velkým trendem posledních dvou let je otázka reálné vymahatelnosti takzvaného nároku, někdy se říká úhradového standardu. Čili toho, co má pojištěnec právo čerpat na účet zdravotní pojišťovny. Domnívám se, že pro poskytovatele péče bude v roce 2013 totéž klíčovou otázkou, neboť ministerstvo zdravotnictví na jedné straně plánuje redukci sítě nemocnic, a na straně druhé redukci nákladovou podle připravované úhradové vyhlášky. Péče tedy bude v roce 2013 relativně přísně objemově limitována. Zdravotní pojištěnci, jak ukázaly kauzy z oblasti roztroušené sklerózy, ale i dalších onemocnění, se již přitom naučili, že nárok na plnění ze zdravotního pojištění je individuální. To znamená, že já mám nárok vždy, kdy to zákon stanoví, bez ohledu na to, že už nemocnice třeba dočerpala limit. Bez ohledu na to, zda je zdravotní pojišťovna třeba 5 miliard v mínusu. Na úrovni poskytovatelů tedy vzniká velký tlak – neporušit práva pacientů a zároveň ekonomicky vyjít s daným limitem. Zde je nutno říci, že jedním z největších přínosů zákona o zdravotních službách je povinnost lékaře poučit pacienta o ceně péče nehrazené, a tedy i povinnost lékaře naučit se, co je hrazeno ze zdravotního pojištění a co hrazeno není. Tam, kde se jedná o péči hrazenou, musí být poskytnuta bez jakýchkoli omezení v rámci časové a místní dostupnosti, jinak se poskytovatel setká se stížnostmi. A co je podstatné, nejen poskytovatel, ale i zdravotní pojišťovna, která

Zkušenosti ze Slovenska

Ing. Marcel Forai stručně představil Všeobecnou zdravotní pojišťovnu SR (VŠZP), která má největší podíl na trhu, nízkou fluktuaci pojištěnců a nejvyšší výdaje na zdravotní péči na jednoho pojištěnce. VŠZP pokrývá 65,80 % trhu, zdravotní pojišťovna Důvera 26,79 % a Union 7,41 % trhu. VŠZP má 3,44 milionu pojištěnců, Důvera 1,40 mil. a Union 0,39 milionu pojištěnců. Přednášející se podělil o zkušenosti VŠZP zejména v oblasti přerozdělování zdrojů, centrálních nákupů léčiv a optimalizace lůžkového fondu.

Přerozdělování zdrojů

Zdroje, které v systému více ZP vyberou jednotlivé zdravotní pojišťovny, se mezi ně přerozdělují podle parametrů rizika pojistných kmenů. Za parametry rizika pojistného kmene byly do 30. 6. 2012 brány demografické ukazatele, ekonomická aktivita, věk, pohlaví, typ plátce (EA, EN). Od 1. 7. 2012 to jsou: demografické ukazatele, ekonomická aktivita, indikátor chronické choroby, věk, pohlaví, typ plátce (EA, EN) a farmaceuticko-nákladová skupina (FNS).

FNS je definována ATC skupinou léčiv, což umožní odhad budoucích nákladů na zdravotní péči pojištěnce s chronickou chorobou na základě spotřeby kategorizovaných léků.

Každá FNS má 1x ročně vypočítaný index rizika. Pojišťovna zařadí pojištěnce do FNS (měsíčně), jestliže mu za posledních 12 měsíců bylo vydáno nebo podáno aspoň 18 standardních dávek léčiva dle příslušných ATC. Pokud pojištěnec splní podmínky zařazení do více FNS, je zařazen jen do jedné (s nejvyšším indexem rizika).

Centrální nákupy léků

Zdravotní pojišťovna může u výrobce nebo u velkodistributora centrálně objednat registrovaná humánní léčiva. Nesmí objednávat léky s obsahem omamných a psychotropních látek. Pojišťovna může objednat léky v případě, že cena balení léku je větší nebo se rovná 200 eurům nebo cena terapeutického cyklu či léčby stojí více než 1000 eur a také v případě nákupu očkovacích látek.

Centrálně pojišťovna nakupuje koagulační faktory, růstové hormony, oftalmologika, trombolitika, interferony, očkovací látky a od 1. srpna 2012 také prostředky biologické léčby. Inženýr Forai uvedl příklady úspor: například náklady na interferony v roce 2011 činily 12 986 876 eur a díky centrálním nákupům úspora dosáhla 2 020 422 eur; od ledna do srpna 2012 tyto náklady činily 8 352 615 eur a úspora za toto období dosáhla 1 648 201 eur.

Optimalizace lůžkového fondu

Cílem optimalizace je efektivnější využití zdrojů, tedy bezpečnější zdravotní péče a modernější formy jejího poskytování, kratší doba léčby, zachování nebo zlepšení dostupnosti péče, vytvoření předpokladů lepšího hospodaření poskytovatelů. Dále změna struktury lůžkového fondu – akutní, chronická a sociální lůžka.

VŠZP přehodnotila smlouvy s nemocnicemi k 1. 7. 2011. Smluvní vztah ukončila se 116 odděleními (cca 11 % z celkového počtu oddělení) a počet lůžek byl redukován o 2500 (cca 7 % z celkového počtu 35 295 lůžek) ve všech regionech a typech nemocnic.

Proces optimalizace pokračuje za dodržování základních principů, jimiž jsou: kvalifikované posouzení stavu, potřeby pojištěnců, hledání konsenzu zdravotních pojišťoven, poskytovatelů a ministerstva zdravotnictví, dostatečný čas na realizaci změn a zachování objemu zdrojů v ústavní zdravotní péči, materiálně-technické a personální vybavení, spádovost a geografická dostupnost, poměr počtu operací k počtu hospitalizací, portfolio výkonů a délka hospitalizace, překládání pacientů atd.

podle velmi užitečného ustanovení § 45 zákona o veřejném zdravotním pojištění může dostat pokutu ve výši až 10 milionů korun, pokud nezajistí dostupnost péče hrazené z veřejného zdravotního pojištění. Naopak jde-li o péči nehrazenou, v takovém případě se jako pacienti budeme muset učit, že si za ni musíme platit nebo že se musíme domáhat schválení výjimečné úhrady podle § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění, tedy podle ustanovení, které lze nazvat záchranným, aby se každý, pro koho žádná jiná hrazená léčba není, po schválení revizním lékařem tohoto práva domohl,“ okomentoval Ondřej Dostál.

Co znamená úhradový standard?

Autor sdělení dále hovořil o úhradových standardech a jejich přesném vymezení. Uvedl, že pojišťovny v revizích, které probíhají, často říkají: „My nebráníme lékařům léčit, my vůbec nemluvíme do toho, jak léčí.“ A mají pravdu, protože lékař je povinen pacienta (bez ohledu na to, zda se jedná o péči hrazenou, nebo ne) poučit o tom, co je pro něj medicínsky nejlepší. Zdravotní pojišťovna pouze rozhoduje o tom, kterou alternativu uhradí. Tady je důležité správně pracovat (zejména u nákladných

léků) s tím, jaká je návaznost na odborná doporučení – ta vymezují, o jakých terapeutických možnostech lékař poučuje pacienta, ale nikdy neříkají, co je péči hrazenou. Na druhé straně jsou pak rozhodnutí SÚKL o výši a podmínkách úhrady, tedy za jakých podmínek a který lék je hrazen.

Velkým tématem diskusí jsou takzvané nadstandarty (podle § 13 odst. 3), ty jsou přítom ekonomicky zcela bezvýznamné oproti již dávno existujícímu rozčlenění standardu a nadstandardu v oblasti lékové. Poskytovatelé i pojištěnci se proto v příštím roce budou muset učit jak standard poznat, aby se na úkor pojišťovny nesnažili poskytovat jako standard něco, co ve skutečnosti součástí úhradového standardu není a co jim pojišťovna nakonec nezaplatí. Poskytovatelé by se pak dostali do milionových ztrát proto, že nenaučily své lékaře poznat, jaký je důsledek toho, když špatně aplikují zákonná kritéria nebo kritéria SÚKL.

Doktor Dostál se dále věnoval § 16 zákona o veřejném zdravotním pojištění. Uvedl, že v tomto případě budou patrně terčem zájmu pojištěnců zdravotní pojišťovny, protože tam, kde zákonodárce vymezil, že se jedná o péči nehrazenou, budou ZP muset vést s pacientem komunikaci o tom, kdy mu

schválí nehrazenou péči jako jedinou možnou a kdy nikoli. Podle svých slov je pevně přesvědčen, že toto podléhá pravidlům správního práva – pacient musí být v postavení účastníka řízení, a pokud není, jednalo by se o porušení jeho práva na spravedlivý proces. Zdravotní pojišťovny v tento moment nemají dostatečné postupy jak s pojištěnci komunikovat. Rozhraní mezi úhradovým a odborným standardem bude jedním z trendů příštího roku a odpovědnost za protizákonné uvalování čekacích dob pro protizákonné odmítání pacientů bude patrně trendem odpovědnostních sporů příštích let.

Chybí motivace lékařů

Ředitel IPVZ MUDr. Vladimír Pavla konstatoval, že úroveň kvality postgraduálního vzdělávání lékařů klesá. Kurz MBA není určen pro zdravotníky. Pro vzdělávání lékařů je nutný program specifický pro lékaře pracující v českých podmínkách. Zájem o vzdělávací kurzy budou stoupat, důležitá je však motivace. Uvedl, že zaměstnanec by měl být hrdý na firmu, měl by mít možnost profesionálního růstu a uspokojivý plat. Pak bude milá atmosféra a do práce se zdravotníci budou těšit.

Předseda komise pro zdravotnictví Asociace krajů ČR a hejtman

Kraje Vysočina MUDr. Jiří Běhounek mimo jiné řekl, že jsme mistři v demontáži, když jsme si rozložili systém vzdělávání IPVZ, který fungoval. „Dnes nejsou lidé, kteří jsou schopni řídit zdravotnictví. Když se v rozpočtech nemocnic dělají škrty, první se sáhne na zdroje na vzdělávání.“ Konstatoval také, že organizace práce kulhá za medicínou 3. tisíciletí.

Profesor Tomáš Zima k otázce postgraduálního vzdělávání mimo jiné podotkl, že v tomto směru nám Brusel nic nediktoval – vzdělávání je plně v gesci jednotlivých států EU – a dokázali jsme si jej proto rozložit sami. Problém je podle něj v tom, že žijeme v permanentní revoluci, v době neustálých reforem školství a zdravotnictví, což má pro systém vzdělávání dramatické důsledky. Studenti ucházející se o studium medicíny navíc mají základní neznalosti. Prodekan Zima také shrnul důvody, proč absolventi lékařských fakult odchází do zahraničí: celkové postavení lékaře ve společnosti, nestabilita zdravotního systému a ekonomické ohodnocení, které je nesrovnatelné s lékaři pracujícími v ekonomicky vyspělejších zemích Evropské unie.

Účastníci diskuse se shodli, že do základního žebříčku motivačních kritérií zdravotníků by mělo pat-

řit: zveřejňování výsledků vlastní práce a její uznání, odpovídající finanční ohodnocení, vlastní dobrý příklad (např. ze strany vedení nemocnic) a benefity pro zaměstnance. Příčinou poklesu zájmu o výkon povolání lékaře je podle nich ztráta prestiže lékařů, jejich dehonestace, kriminalizace, nejistota z dalšího vývoje a celková frustrace. Zakladatel Advance Healthcare Management Institute MUDr. Pavel Hroboň závěrem shrnul, že pokud se lékaři, kteří odešli pracovat do zahraničí, zase vrátí zpátky, obohaceni o zkušenosti, pak je možno na jejich odchody nahlížet pozitivně. Důležité však je, aby se mohli vrátit na stejnou pozici, kterou opouštěli a odpovídá jejich kvalifikaci.

Otázky k zamyšlení

V závěrečné diskusi na konferenci zazněly otázky, jako: *Boďové ohodnocení, nebo reálná cena výkonu? Jedna pojišťovna, nebo pluralita? Měly by mít ZP volnější smluvní politiku a větší pravomoci? Je snižování počtu poskytovatelů opravdu jediná cesta z krize? Může být výkon provedený ve fakultní nemocnici ohodnocen stejně jako v malé nemocnici? Kde se dá v nemocnici ušetřit? Je spravedlivé, aby zdravotní pojišťovny, které mají na kontech prostředky, dotovaly ty, které nemají?*

Markéta Míková

Nejlépe hodnocené nemocnice

V rámci konference byli vyhlášeni vítězové žebříčku celorepublikového komplexního hodnocení nemocnic „Nemocnice ČR 2012“.

Nemocnice byly hodnoceny ve čtyřech klíčových oblastech: spokojenost hospitalizovaných pacientů, spokojenost ambulantních pacientů, spokojenost zaměstnanců nemocnic a finanční zdraví nemocnic.

Spokojenost pacientů a zaměstnanců

• Jako nejlepší nemocnice z pohledu spokojenosti hospitalizovaných pacientů byl vyhlášen Masarykův onkologický ústav v Brně (MOÚ). Na druhém místě se umístila Swiss Med Clinic Planá a jako třetí skončila Vojenská nemocnice Olomouc. V kategorii fakultních nemocnic se na prvním místě umístila FN Ostrava, na druhém VFN Praha a na třetím FN Olomouc. Hlasovalo celkem 40 908 pacientů.

• Nejlepší nemocnicí 2012 z pohledu spokojenosti ambulantních pacientů byla vyhlášena Karvinská hornická nemocnice. Druhá se umístila MOÚ a na třetím místě Vojenská nemocnice Olomouc. V kategorii fakultních nemocnic byla nejlepší FN Ostrava a na druhém místě skončila ÚVN Praha. Ostatní nemocnice z to-

hoto segmentu nebyly pro nedostatek údajů hodnoceny. Hlasovalo celkem 21 702 pacientů.

• Nejlepší nemocnice 2012 z pohledu spokojenosti pacientů (hospitalizovaných i ambulantních) – absolutní výsledky: na prvním místě Masarykův onkologický ústav, druhá se umístila vojenská nemocnice Olomouc a třetí Karvinská hornická nemocnice. V kategorii FN zvítězila FN Ostrava. Ostatní nemocnice nebyly pro nedostatek údajů hodnoceny.

• Nejlepší nemocnicí 2012 z pohledu spokojenosti zaměstnanců se stala Karvinská hornická nemocnice, druhou Městská nemocnice v Litoměřicích a třetí Nemocnice Na Homolce Praha (hlasovalo 4814 zaměstnanců nemocnic). V kategorii fakultních nemocnic se v tomto ohledu nejlépe umístila FN Ostrava a na druhém místě VFN Praha. Ostatní nemocnice z tohoto segmentu nebyly pro nedostatek údajů hodnoceny.

Jako skokani roku jsou označeny nemocnice, které zaznamenaly největší přírůstek v počtu hlasů. Nejvíce poskočila Thomayerova nemocnice Praha, a to o 5834 hlasů. Nejkratší

doba čekání z pohledu pacientů byla v Nemocnici Český Těšín a z fakultních nemocnic pak ve FN Ostrava.

Finanční zdraví nemocnic

V této oblasti byly nemocnice rozděleny do tří kategorií: fakultní nemocnice, obchodní společnosti a příspěvkové organizace. Žebříček byl sestaven z veřejně dostupných účetních výkazů za roky 2010 a 2011.

• Nejlepší nemocnicí z pohledu finančního zdraví se v kategorii fakultních nemocnic stala FN Hradec Králové, na druhém místě skončila FN Olomouc a třetí FN Motol.

• V kategorii obchodních společností se nejlépe umístila Nemocnice Český Krumlov, druhá byla Nemocnice Kadaň a třetí Městská nemocnice Městec Králové.

• Z příspěvkových organizací se nejlépe umístila Vojenská nemocnice Olomouc, druhý skončil Revmatologický ústav Praha a třetí IKEM Praha. Absolutně nejlepší nemocnicí České republiky v roce 2012 byla vyhlášena Karvinská hornická nemocnice, druhá skončila Nemocnice Kadaň a na třetím místě Městská nemocnice

Ostrava. Hodnoceny byly nemocnice, u nichž byla k dispozici relevantní data pro všechny výše uvedené oblasti zároveň.

Nejismělavější nemocnice ČR v roce 2012

I v letošním roce byly (ve spolupráci s charitativním projektem „Úsměv pro život“) nemocnice hodnoceny také na základě pozitivního přístupu k nemocným, konkrétně dle úsměvů personálu směrem k pacientům, kteří se v těchto zařízeních mnohdy cítí nejistě a mají potřebu vlídného zacházení. Cílem akce bylo podpořit nemocnice, kde jsou zaměstnanci ve vztahu ke svým pacientům pozitivně naladěni.

Kritériem pro hodnocení byla odpověď na otázku: „Jak často se personál nemocnice při komunikaci s Vámi usmívá?“ Vítězem soutěže o „nejismělavější nemocnici“ se stal Masarykův onkologický ústav, jako druhá se umístila Swiss Med Clinic Planá a třetí skončila Nemocnice Prostějov. V kategorii fakultních nemocnic zvítězila VFN Praha, druhé místo pa-

tří FN Olomouc a třetí skončila FN Ostrava.

Zvyšování kvality péče

Realizátorem rozvojového projektu „Nemocnice ČR 2011“ je HealthCare Institute. Hlasování probíhalo, podobně jako v minulých letech, s pomocí rozsáhlé skupiny dobrovolných koordinátorů přímo v nemocnicích, kteří zajišťovali sběr vyplněných tištěných dotazníků. Bylo také možné hlasovat pomocí zabezpečeného elektronického dotazníku, který byl po celou dobu průzkumu alternativně dostupný na internetových stránkách www.hc-institute.org. Dotazník obsahoval 34 klíčových indikátorů. Do porovnávání se zapojilo celkem 159 nemocnic s akutními lůžky z celé České republiky. Průzkum spokojenosti pacientů a zaměstnanců nemocnic za rok 2012 začal 1. března a byl ukončen 30. září 2012. HealthCare Institute je nezisková organizace, která usiluje o postupné zvyšování kvality poskytované péče o pacienty v nemocnicích. Více informací:

www.hc-institute.org

(eta)

Implementace systému hodnocení zdravotnických technologií v ČR

Naleznou lékaři, ekonomové a politici společnou řeč?

Díky prudkému a téměř nepřetržitému rozvoji moderních postupů v medicíně lze v současnosti efektivně léčit drtivou většinu onemocnění. Úvodní pozitivní sdělení má však také svou odvrácenou stranu – finance. Jak tedy zajistit dostupnost nejmodernějších technologií pro pacienty, a přitom udržet náklady na uzdě? Odpovědi by mohl být systém hodnocení zdravotnických technologií (*health technology assessment*, HTA).

Ekonomická náročnost zdravotnických technologií není sama o sobě tím, co by v budoucnu omezovalo vstup nejnovějších technologií do České republiky. Lékaři i specializovaní ekonomové v oblasti zdravotnictví se shodují na tom, že problémem je především šíře léčebných možností a míra jejich přínosu pro pacienta i společnost v porovnání s náklady.

„Během posledních 50 let se zvýšila technologická základna zdravotní péče jak po stránce znalostí, tak i v oblasti investic, přístrojů a léků. Tento proces proběhl vesměs dobře, přesto se objevily problémy ve vztahu k porizování, šíření a využívání medicínských technologií. Byly též vysloveny pochybnosti o účinnosti, efektivnosti a vhodnosti již zavedených postupů ve zdravotní péči,“ konstatuje ve svém mate-

riálu Mezinárodní síť agentur pro hodnocení zdravotnických technologií (INAHTA).

Vybrat optimální alternativu

Také podle poradce ministra zdravotnictví a předsedy občanského sdružení Občan Pavla Vepřeka, který patří mezi hlavní propagátory implementace HTA do našeho zdravotnictví, je třeba, abychom z množství alternativ uměli vybrat tu optimální. Správné volbě by mělo napomoci právě systematizované hodnocení zdravotnických technologií, jež by se stalo nástrojem sloužícím k posuzování efektivty nejen nových technologií, ale i těch, hež se již v našem zdravotnictví využívají, nicméně jejich přínos dosud nebyl patřičně prozkoumán. Výsledek tohoto procesu by byl rozhodující pro eventuální zařazení posuzovaných technologií do úhrady z veřejného zdravotního pojištění.

Ministerstvo zdravotnictví plánuje spuštění systému HTA v roce 2014, k tomu je však nejprve třeba vytvořit legislativní zázemí. Implementace HTA je také jedním ze sady 14 opatření ke zlepšení financování českého zdravotnictví, které po nedávném zasedání vlády představil ministr zdravotnictví Leoš Heger.

Existuje zde však i mezinárodní imperativ – v březnu minulého roku Evropský parlament vydal směrnici o uplatňování práv pacientů v příhraniční zdravotní péči (24/2011/EU), jejíž součástí je apel na členské země EU, aby své právní řády uzpůsobily pro spolupráci v oblasti HTA a budoucí vytvoření evropské sítě HTA agentur. Národní legislativa by se měla dostat do souladu s touto směrnicí nejpozději do 25. října 2013.

Multidisciplinární přístup

„HTA je multidisciplinární proces, který shromažďuje a hod-

notí informace o medicínských, sociálních, ekonomických, ale i etických dopadech používání zdravotnických technologií,“ definuje Pavel Vepřek. Rozhodnutí, kterým technologiím stát prostřednictvím úhrady z veřejného zdravotního pojištění dá zelenou, proto podle zainteresovaných stran nemůže být závislé pouze na názoru lékařů, stejně tak ale ani na jednostranném ekonomickém zhodnocení nákladové složky. Proces HTA by měl vždy vyústit v kompromis medicíny, ekonomiky a politiků – tedy volených zástupců české společnosti, kteří nesou hlavní díl odpovědnosti za fungování našeho systému.

„Hlavní je, aby se v procesu vždy uplatňovalo odborné hledisko a aby celý proces hodnocení zdravotnických prostředků neskončil sporem právníků,“ zdůrazňuje nutnost tohoto kompromisu předseda České farmako-ekonomické společnosti (ČEFS) profesor Jan Švihovec, který na téma HTA vystoupil v rámci říjnového diskusního panelu Institutu pro veřejnou diskusi.

Proces rozhodování

Shoda odborníků a politiků při rozhodování o zdravotnických technologiích by měla být zajištěna díky jednotlivým fázím procesu HTA. Ve fázi hodnocení (*assessment*) by mělo docházet ke zhodnocení posuzované technologie na základě existujících vědeckých důkazů a multidisciplinárních analýz. „Zde se zkoumá účinnost a bezpečnost technologie, počítají se náklady a nákladová efektivita, odhaduje se dopad na veřejné rozpočty a zvažují se organizační, etické, sociální a právní aspekty,“ vysvětluje Pavel Vepřek.

Odborné výstupy z první fáze by poté byly podkladem pro posouzení (*appraisal*) dané zdravotnické technologie a rozhodnutí o jejím

zařazení do úhrady z veřejného zdravotního pojištění. Závěrečné stanovisko by vydávala komise pro zdravotnické technologie, ve které budou zastoupeny zdravotní pojišťovny, odborné společnosti, ministerstvo zdravotnictví i pacienti.

„Pro čistotu procesu je podstatné vzájemně nemíchat a institucionálně nepropojovat hodnocení s posuzováním. Prvé je ‚vědou‘, jež přináší co nejpřesnější informace, a to druhé ‚politikou‘, která na jejich základě rozhoduje. HTA by mělo být filtrem, jenž do zdravotnictví pouští jenom účinné a přiměřeně nákladné technologie, a současně nástrojem, který zjednodušuje volbu mezi alternativami a vyřazuje z úhrady ty postupy, které nedostaly vloženému očekávání,“ komentoval proces rozhodování pro elektronický měsíčník „Občan v síti“ Pavel Vepřek.

Dostupnost nových technologií

Význam hodnocení a rozhodování o úhradách pro jednotlivé zdravotnické technologie je patrný i vzhledem k budoucímu určování nadstandardů ve zdravotnictví. Zástupci zainteresovaných stran z řad odborníků v oblasti medicíny, organizace zdravotnictví i politiků, kteří na říjnové konferenci Institutu pro veřejnou diskusi vystoupili, se však shodli na základní tezi – HTA se nesmí stát byrokratickou překážkou pro vstup nových technologií do ČR. Naopak cílem systematického hodnocení zdravotnických technologií a rozhodování o úhradách v rámci procesu HTA by mělo být dostat do Česka co nejrychleji technologie, které mají potenciál ušetřit náklady při současném zachování kvality péče, nebo za adekvátní cenu zlepšit klinické výsledky.

„Při posuzování zdravotnických technologií je nutné vědět, jaké



Foto: Marek Podhora

technologie budou hodnoceny, jaký bude rozsah tohoto hodnocení, jaké ceny péče se budou v Česku používat a s čím se zde budou nové technologie srovnávat,“ míní zakladatel a ředitel Advance Healthcare Management Institute Pavel Hroboň.

Současná česká legislativa sice poskytuje určitou podporu pro srovnávání zdravotnických technologií, orientuje se však jen na posuzování srovnatelných postupů, přičemž o případné úhradě rozhoduje pouze nejnižší cena. Ostatní postupy se pak mohou stát nadstandardem. Náš právní řád prý ale neumožňuje efektivní hodnocení technologií, které nemají srovnatelnou alternativu. Fakt, že něco je nové a unikátní, nemusí nutně znamenat, že to pacientům přináší také větší užitek. Podle Pavla Hroboně je třeba umět rozlišovat mezi novými technologiemi, které mají skutečný a prokázaný přínos, a technologiemi, jež pouze zvyšují náklady. Právě HTA by se v blízké době mohlo stát nástrojem, který by umožnil „oddělit zrno od pleve“ a napomáhal tak rozhodování o úhradách nejen podle ceny zdravotnické technologie, ale především podle poměru mezi jejími přínosy a náklady.

Co je HTA?

HTA (*health technology assessment*) je definováno jako systematické hodnocení vlastností a účinků zdravotnických technologií. Zabývá se jak přímými účinky těchto technologií, tak i jejich nepřímými a nezamýšlenými důsledky, přičemž cílem je získání informací pro rozhodování o zdravotnických technologiích.

Co je „zdravotnická technologie“?

Pod pojmem zdravotnické technologie jsou myšleny intervence, které mohou být využity při prevenci a podpoře zdraví, diagnostice a léčbě akutních a chronických onemocnění či při rehabilitaci. Mezi zdravotnické technologie se řadí: léky, lékařské přístroje, diagnostické a terapeutické metody, ale také systémy organizace zdravotnictví.

(Zdroj: <http://htaglossary.net>)

Zeptali jsme se...

Vítáte záměr ministerstva zdravotnictví zavést systém hodnocení nových zdravotnických technologií – HTA? Co by to pro vás znamenalo?

MUDr. Milan Kubek

prezident České lékařské komory (ČLK)



Vytvoření komise pro hodnocení medicínské účinnosti a finanční efektivnosti nových zdravotnických technologií, přístrojů a léků bylo jedním z našich návrhů jak ušetřit peníze systému veřejného zdravotního pojištění, který jsme předkládali v rámci akce „Děkujeme, odcházíme“. Nechápu, proč zřízení této komise a vytvoření pravidel pro její činnost trvá ministerstvu zdravotnictví tak dlouho. Vždyť podobné komise za účasti lékařských komor ve většině vyspělých evropských zemí fungují. Není tedy třeba vymýšlet něco nového.

Odpověď na druhou otázku je poměrně jednoduchá: Zřízení komise bohužel pro Českou lékařskou

komoru neznamená nic. Pan ministr Heger totiž navzdory našim opakovaným žádostem a v rozporu se svými veřejně danými sliby zástupce profesní lékařské samosprávy do komise nepřizval. Transparentnost a důvěryhodnost tohoto procesu tedy patrně nejsou prioritami pana ministra.

Mgr. Jakub Dvořáček

výkonný ředitel Asociace inovativního farmaceutického průmyslu (AIFP)



Způsob hodnocení dle HTA určitě vítáme. Zakomponovat do zdravotních nákladů také sociální aspekt je pro systém jednoznačně pozitivní. Je přínosné, aby se například u nákladných léků zohlednil fakt, že zkrátí dobu hospitalizace, zamezí progresi onemocnění, omezí vedlejší pří-

znaky a umožní pacientům časnější návrat do pracovního procesu.

MUDr. Pavel Březovský, MBA

ředitel Státního ústavu pro kontrolu léčiv (SÚKL)



Státní ústav pro kontrolu léčiv využívá principy a systém HTA v praxi od roku 2009, a to při stanovování cen a úhrad léčivých přípravků. Metodiky hodnocení jsou po konzultaci a připomínkách jednotlivých účastníků řízení publikovány na webu www.sukl.cz. Zákonem č. 48/1997 Sb. je nastaven i princip otevřenosti řízení, to znamená, že všichni účastníci řízení mají možnost celý průběh správního řízení sledovat (a tím i připomínkovat) *on-line*. Tento typ hodnocení je v posuzování HTA celosvětově vnímán jako transparentní a doporučovaný. Aktivita ministerstva zdravotnictví je logická a pomůže i SÚKL, protože tím vznikne možnost posuzovat zdravotnické technologie průřezově, tzn. různé léčebné modalitky navzájem: operační postupy vs.

konzervativní terapie, hemodialýza vs. transplantace a podobně. SÚKL zatím posuzuje pouze efektivitu terapie léčivými prostředky oproti lékům s podobným účinkem a dopadem na rozpočet. Tím, že dojde ke komplexnímu posouzení i jiných terapeutických možností, bude pohled na efektivitu léčby komplexní a může to napomoci i při rozhodování o zařazení nových terapeutických postupů, léků, zdravotnických prostředků a techniky do úhrad ze všeobecného zdravotního pojištění. Za SÚKL mohu prohlásit, že je to cesta správným směrem.

MUDr. Miroslav Palát, MBA

prezident České asociace dodavatelů zdravotnických prostředků (CzechMed)



Zda záměr zavádění HTA vítáme, nebo ne, není až tak důležité. Spíše jde o to, co lze od HTA očekávat, jaké nabízí příležitosti a jaké jsou jeho hrozby. *Příležitost:* Formalizovat racionální diskusi kolem rozhodování, zda něco začít hradit anebo přestat hradit. Pod slovem „formalizovat“

rozumíme, že existuje společný jmenovatel – tedy extra náklady na jeden získaný QALY (*quality adjusted life year* = rok získaného života ve standardní kvalitě).

Hrozby: Málokdo je ochoten přemýšlet, co to vlastně „náklady na jeden získaný QALY“ znamená. Celému konceptu neprospívá, že někteří novináři jsou schopni napsat, že „3x HDP na obyvatele je rovno ceně života“. To je donebevolající nesmysl.

Další hrozbou je, že existují určité „stupně volnosti“, které musí být zachovány, aby HTA plnilo to, co má – tedy že přes proces HTA procházejí pouze ty intervence, které usilují o zásadní navýšení úhrady za zásadní přínos. Nejsme si jistí, jak je možné toto jednoznačně formulovat ve vyhláše či zákonu tak, aby všichni měli dojem, že vědí, co mají dělat.

Za třetí jde o to, zda se má HTA použít k tomu, jak za srozumitelných podmínek a rychle přinést nová medicínská řešení k pacientům, nebo vyhledávat novou obzvlášť k tomu „jak nehradit, co se nám nezdá“.

Jistě, je to o lidech. Je to ale také o systému a nástrojích, které se lidem dají do rukou. (fk, klu) ▶

Inzerce A121013399

artesa
SPOŘITELNÍ 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: pobocka.ostrava@artesa.cz

TÉMA ČÍSLA

Komentář právníka:

Hodnocení zdravotnických technologií a „úhradový standard“ z pohledu pojištěnce

Proces *health technology assessment* (HTA, hodnocení zdravotnických technologií) bude nepochybně jedním ze zásadních medicínských, ekonomických, ale i etických a právních témat příštího roku.

HTA spočívá v hodnocení přínosu jednotlivých medicínských technologií ke zlepšení zdravotního stavu vzhledem k nákladům. Z pohledu pojištěnce se tento proces stává klíčovým ve chvíli, kdy začne ovlivňovat rozsah jeho práv, tedy jakmile jeho výsledky budou použity k určení, co se z veřejného pojištění hradí a co ne (tj. „úhradového standardu“).

Skrytý práh regulace

Každý systém veřejného zdravotního zabezpečení má z povahy věci pouze omezené zdroje, proto má vždy zavedeny mechanismy pro přidělování (*rationing*), tj. pro rozhodování, komu a jaká léčba bude poskytnuta a uhradena a do jaké maximální výše. Tyto mechanismy mohou být zjevné nebo skryté, férové či neférové, ale vždy jsou přítomny. Zkušenost naznačuje, že čím více se v dané zemi existence takových omezujících mechanismů popírá („u nás máme zdravotní péči pro všechny zadarmo“), tím je pravděpodobnější, že jsou neférové a v neprospekch slabších účastníků systému.

U nás jsou bohužel dosud tyto mechanismy pojištěncům veskrze nepřístupné a velmi složité. Shrneme-li ve stručnosti současnou značně kusou právní úpravu stanovovaní „úhradového standardu“, zjistíme, že o zahrnutí do úhrady jednotlivých druhů medicínských investic (ambulantních léčiv, léčiv v ústavní péči, materiálu a pomůcek, zdravotních výkonů, v širším slova smyslu i prevence) se rozhoduje roztržštěně, dle rozdílných kritérií, nadto veskrze velmi vágních. Současně se jedná (s výjimkou rozhodování SÚKL o výši a podmínkách úhrady léčiv) o rozhodování bez dostatečných procesních záruk, na základě libovůle, přičemž tento nežádoucí stav se v průběhu času ještě zhoršuje – například v bouřlivých diskusích nad zavedením regulačních poplatků za minulou vládu zapadlo odstranění zákonného práva pojištěnců a zástupců odborné veřejnosti na účast při tvorbě seznamu výkonů s bodovými hodnotami.

Nadto je stále s větší intenzitou používán druhý, skrytý práh regulace – objemová limitace v každoroční tzv. úhradové vyhlášce a navazující smluvní politice zdravotních pojišťoven. Tento druhý práh sice formálně nevyklučuje žádné medicínské intervence z úhrady, přenos finančního rizika na poskytovatele však vede ke snížení reálné dostupnosti péče pro nemocné.

Trnitá cesta k nápravě

Zkušenosti z praxe ukazují, že tato skrytá regulace dopadá disproporčně na pojištěnce s nižším ekonomickým a sociálním kapitálem, kteří jsou méně schopni prosadit si naplnění svého nároku právní či mimoprávní cestou. Současně mechanismy pro stanovení reálného „úhradového standardu“ jsou tedy ekonomicky iracionální, neumožňují dostatečnou participaci pojištěnců a z pohledu nemocných jsou diskriminační. Systémová změna je proto nutná a právě proces HTA by mohl být správnou cestou k nápravě.

Není však možné zavést proces HTA, který by nezapadal do platného ústavněprávního rámce. Rozpor s Listinou základních práv a svobod nehrozí pouze kvůli jejímu čl. 31, který (přes rozšířený omyl) nezakotvuje „právo na veškerou péči zadarmo“, ale umožňuje omezení rozsahu hrazené péče, je-li tak učiněno zákonem. Při vylučování medicínských intervencí z úhrad dle kritéria nákladové efektivity je ovšem třeba pamatovat na nemocné, u kterých je jediná fungující terapie mimořádně nákladná a v testu nákladové efektivity by neobstála – často jde o vzácná onemocnění. Pokud by taková léčba procesem HTA neprošla a vypadla z úhrady, systém by konkrétnímu pojištěnci pro jeho nemoc nenabízel žádnou hrazenou léčbu, což by již bylo mimo povolené meze čl. 31. I v budoucnu proto bude třeba umožnit výjimky pro nákladově neefektivní



JUDr. Ondřej Dostál, Ph.D., LL.M.

terapií (jsou-li pro pacienta jedinou možností), podobné dnešnímu § 16 zákona č. 48/1997 Sb., o výjimečné úhradě. Je však zapotřebí vytvořit proces a kritéria pro posuzování, kdy jde skutečně o jedinou možnost léčby

vzhledem k neexistenci či rizikovitosti alternativ a kdy je naopak pro léčbu pacienta přijatelná i některá z alternativních možností léčby, jež obecným testem nákladové efektivity prošla.

Do čeho budeme chtít investovat?

Za významný korektiv lze považovat Listinný zákaz diskriminace, který nepřipouští vytváření neodůvodněných rozdílů v přístupu k péči z hlediska místa bydliště, věku nemocného či druhu nemoci; jakkoli si lze do jisté míry představit vyloučení úhrady u některých frekventních a finančně nenáročných intervencí, patrně by v testu ústavnosti neobstál stav, kdy by účastníci systému s chorobou A měli hrazenou nákladnou léčbu, kdežto účastníkům systému s chorobou B by se srovnatelně účinná a nákladná péče nehradila. Toto riziko hrozí zejména v případech přílišné politizace stanovování úhrad, kdy by byla upřednostněna úhrada určité metody či produktu pro vyjednávací schopnosti toho, kdo v dané oblasti podniká, nebo kdyby došlo k úhradovému znevýhodnění léčby vážných nemocí, které veřejnost nevnímá jako problém, případně nemá „v oblíbené“ dané nemocné.

Velkou právně-filozofickou výzvou je a bude definice toho, co je žádoucí efekt, se kterým v rámci hodnocení technologií pomeřujeme náklady; jinými slovy, co je účelem systému veřejného zdravotního pojištění. Tento účel nemusí být nutně totožný s účelem zdravotní péče. Účel zdravotní péče, spočívající v naplnění veškerých individuálních zdravotních potřeb autonomního jedince, se

nemusí zcela překrývat s tím, do čeho chce investovat společnost povinně vybrané zdroje a co naopak nechá na peněženkách jednotlivců.

Účelem veřejného zdravotního pojištění tak může být například získání co nejvíce let života (což by v krajním případě favorizovalo v hodnocení nákladové efektivity udržování terminálně nemocných pacientů na přístrojích); nebo dosažení kvality života (což by za jistých okolností silně favorizovalo úhradu Viagra); nebo klást důraz na produktivitu společnosti a tvorbu HDP (což by upřednostnilo úhradu rozsáhlých preventivních služeb v produktivním věku a naopak vyřadilo z úhrady nákladné intervence v postprodukčním věku).

Dodržet pravidla spravedlivého procesu

Toto bytostně politické rozhodnutí, které je jen v extréměch omezeno ústavním právem, je výzvou už pro současné parlamentní politiky, a to proto, že od 1. 4. 2012 platná novela zákona 48/1997 Sb. v § 13 odst. 1) písm. a) stanovuje jako obecnou podmínku úhrady zdravotních služeb „soulad s účelem, jehož má být jejich poskytnutím dosaženo“ a obdobně v písm. c) požaduje „účinnost vzhledem k účelu jejich poskytování“ – aniž by dal dostatečné vodítko, co tímto účelem je.

Asi největší výzvou pro proces HTA jako nástroj pro stanovení úhrady je povinnost dodržet pravidla spravedlivého procesu dle čl. 36 Listiny. V minulosti již Ústavní soud s odkazem na článek 36 zrušil proces stanovování úhrady léčiv založený na činnosti ministerské komise a stanovení úhrad léčiv vyhláškou, což si vynutilo zavedení systému zařazování do úhrad rozhodnutími SÚKL. Z rozhodnutí Ústavního soudu je zřejmé, že zásah do práv výrobců léčiv, kterým rozhodnutí o úhradě léčiva nepochybně je, nesmí být založený na libovůli, ale vyžaduje proces s předem známými kritérii, možností účasti a odvolání. Lze předpokládat, že stejný názor by soud zaujal i v případě, že by hodlal stanovování úhrad v jiné oblasti přezkoumat výrobce materiálu či pomůcek, poskytovatel zdravotních služeb či – v širší

analogii – též pojištěnec, do jehož práv je stanovováním úhrady též zasahováno, aniž má možnost se tohoto procesu smysluplně účastnit.

Nezkoumejme slepé uličky

Obávám se ovšem, že dosud představené návrhy budoucího procesu HTA tyto právní požadavky zcela nenaplní. Proces sestávající z vlastního hodnocení technologií v „odborné komisi“ s tím, že o zařazení do úhrady rozhodne „politická komise“, až příliš nápadně připomíná systém „kategorizační komise“ u léčiv, který byl zatížený podezřeními na korupci a který jako ústavně nekonformní zrušil Ústavní soud. Je pochopitelné nutno rozhodovat na základě odbornosti. Nicméně lze vyjádřit jistou obavu, že pokud se vytvoří „odborná komise“, jejíž názor je pro dané rozhodování jediný přípustný, bývá to na úkor jak férovosti procesu, tak často i odborné úrovně výstupů, zejména jsou-li nominace členů komise věcí libovůle politiků či úředníků. Je-li pro jakékoli veřejnoprávní rozhodování zapotřebí odborného vstupu, obecné právo zná institut znalců a znaleckých ústavů, pro které zákon stanoví přísné podmínky nepodjatosti a řádného výkonu znalecké činnosti; „odborných komisí“ tedy v moderním právu netřeba.

Pokud jde o samotné rozhodování o zařazení do úhrad, nemůže probíhat bezprocesně, na základě libovůle – nutná je naopak účast všech dotčených stran, v tomto případě pojišťoven, poskytovatelů, výrobců léčiv či materiálu a zejména pojištěnců, kteří budou ze svých odvodů hrazenou službu financovat a někteří ji též čerpat. Zde opět v zásadě není třeba nic složité vytvářet, protože většinu potřebného z hlediska veřejnoprávních procesů již nyní předvádá a relativně kvalitně řeší obecný zákon – platný Správní řád. Lze proto doufat, že se v průběhu tvorby nového procesu HTA a stanovování úhrad oprostíme od překonaných a s právem neslučitelných řešení a maximálně využijeme poznatky obecné právní vědy bez „průzkumu slepých uliček“ – jenom tak tento proces povede ke skutečným úsporám a efektivitě.

Slovenské sestry se soudí kvůli platům

Několik slovenských sester, které byly propuštěny kvůli odmítnutí podepsat dodatek pracovní smlouvy, jimž se nemocnice snažily vyhnout zvýšení jejich platů, se obrátilo na soud.

Slovenské nemocnice se často bránily zvyšování platů sester, jež jim ukládal zákon, rozdělním úvazku zdravotnic na výkony sestry a administrativní pracovnice. Pokud sestry na takovou úpravu nepřistoupily a odmítly podepsat dodatek pracovní smlouvy, přišly o místo. Některé z nich vedou se svým bývalým zaměstnavatelem soudní spory, jedna ze sester již při vyhrála. Dá se očekávat, že její úspěch může spustit lavinu dalších žalob. „Neplatnost ukončení pracovního poměru momentálně řeší osm sester, čtyři po podání žaloby uzavřely se zaměstnavatelem mimosoudní dohodu o urovnání sporu,“ cituje deník Pravda zástupkyni Slovenskej komory sester a pôrodných asistentiek Martinu Bušniakovou.

Údajná nadbytečnost

První sestrou, jež v žalobě na

svého bývalého zaměstnavatele uspěla, je Mária Bujňáková, která pracovala v nemocnici v Krumpáších. Soud rozhodl, že jí musí bývalý zaměstnavatel vyplatit ušlou mzdu.

Další ze sester, které se rozhodly nemocnice kvůli výpovědím zažalovat, je Mária Dulajová ze Žiaru nad Hronom. V tamní nemocnici pracovala na neurologickém oddělení, propuštěna „pro nadbytečnost“ byla poté, co odmítla podepsat dodatek k pracovní smlouvě. „Naše oddělení přitom stavy snížili nepotřebovalo, k žádné změně na něm nedošlo. Když mě propouštěli, bylo nás deset sester, dnes jich tam znovu deset pracuje,“ říká Mária Dulajová. Její kolegyně prý podepisovaly dodatek ke smlouvě rozdělující úvazek na práci sestry a administrativní pracovnice pod nátlakem, ředitel zařízení si je měl volat po skupinkách.

„V dodatku byla i klauzule, že podepisujeme bez nátlaku, s plným vědomím i svědomím, ovšem nátlak na mě vyvíjen byl. Říkali, že si máme uvědomit, že jsme staré, drahé, a že jsou dohodnutí, že v Banskobystrickém kraji nás nikdo nezaměstná,“ popsala pro deník Pravda. „Jsem sestrou 27 let, doplnila jsem si vysokoškolské vzdělání a nakonec mě vyhodili proto, že chci být sestrou a odmítám dělat jinou profesi,“ uzavírá Mária Dulajová.

Nesklonit se před nespravedlností

Společně s ní dostaly v žiarské nemocnici výpovědi další dvě sestry. Na rozhodnutí soudu si Mária Dulajová bude muset počkat na začátek února, případy jejích kolegyň by mohly být projednány do konce roku. Projednávání její žaloby muselo být odročeno kvůli postojům nemocnice, jež v den pro-

jednání případu nahlásila změnu právního zástupce. Propuštěná sestra nyní pracuje v jedné z bratislavských nemocnic. Pokud by soud vyhrála, do svého původního zaměstnání by se již nevrátila. „Bude mi stačit zadoštičnění z finančního odškodnění,“ říká Mária Dulajová, která podle svých slov zvolila soudní spor hlavně kvůli svým dětem. „Co bych jim jinak měla říct? Že se klidně skloním před nespravedlností? Musím dětem dokázat, že pokud žijeme v právním státě, nemůže mě nikdo vyhodit za to, že chci být i nadále sestrou,“ uzavírá.

Navzdory tvrzení představitelů

nemocnic o oprávněnosti výpovědí odborník na pracovněprávní vztahy, právník Vojtech Földes, pro Pravdu uvedl, že zdravotnická zařízení správně nepostupovala. „V našem právním prostředí je zakotvena zásada smluvnosti v pracovních vztazích, tedy že smlouvy v pracovněprávních vztazích se mohou uzavírat nebo měnit pouze na základě vzájemné domluvy mezi zaměstnancem a zaměstnavatelem. Zjednodušeně řečeno – pokud zaměstnanec odmítne podepsat obdobný dodatek, jaký měly podepsat zmíněné sestry, nemůže to být důvodem ukončení pracovního poměru a ani to není možné posuzovat jako porušení pracovní kázně,“ vysvětluje právník.

(Zdroj: Pravda)

(kha)

Řecko selhává v základních hygienických standardech

Evropské centrum pro kontrolu a prevenci nemocí (ECDC) upozorňuje na tristní stav řeckých nemocnic, které mnohdy porušují i základní hygienické podmínky pro poskytování péče, čímž zvyšují pravděpodobnost šíření nebezpečných infekcí, včetně rezistentních.

Řecko již nyní vévodí pomyslnému žebříčku v počtu případů nozokomiálních nákaz v Evropě, situace se však podle ECDC může ještě zhoršit, protože tamní nemocnice, jež byly přinuceny k drastickým finančním úsporám, nedodržují základní hygienické standardy – zdravotnický personál mnohdy nemá k dispozici ani tak základní ochranné pomůcky, jako jsou rukavice či pláště.

„Věděli jsme, že Řecko je na tom, co se týká počtu případů nákazy infekcemi rezistentními vůči lékům, špatně, ovšem poté, co jsme byli svědky tamní situace, se obávám, že potřebný zásah přijde přinejlepším za pět minut dvanáct,“ uvedl po dvoudenní cestě po athénských zdravotnických zařízeních ředitel ECDC Marc Sprenger.

Krátkodobé úspory vlády

Dluh řeckého zdravotnictví dosa-

huje 2 miliard eur, tamní vláda přistoupila k razantním škrtům, mnoho zdravotníků ztratilo práci a řada zaměstnanců veřejných nemocnic již několik měsíců nedostává plat v plné výši. Navíc ve zdravotnických zařízeních chybí řada pomůcek – kromě již zmíněných rukavic a plášťů se jedná například o dezinfekční tampony či jednorázová papírová prostěradla na vyšetřovací lůžka.

Člen lékařských odborů a neurochirurg působící v jedné z athénských nemocnic Panos Papanicolaou uvedl, že snížení stavu zdravotnického personálu má mimo jiné za následek i to, že se mnoha nemocným nedostane potřebného ošetření. Na chodbách nemocnic podle něho čeká i 100 pacientů denně, většina z nich odchází bez pomoci a vrací se často až ve vážném stavu. „Když ještě k tomu musí sestra ošetřit proti dřívějšíku dvojnásobek pacientů

a nemá k dispozici ani jednorázové rukavice, je jasné, že riziko přenosu infekcí se prudce zvyšuje,“ dodává Panos Papanicolaou. Mímoto se Řecko potýká i s nedostatkem řady životně důležitých léčiv, některé farmaceutické společnosti jejich dodávku do země zastavily, protože nemocnice mají několikaměsíční zpoždění v platbách za léky. Zástupce Světové zdravotnické organizace (WHO) při Evropské unii Roberto Bertollini uvedl, že je situací v Řecku znepokojen, a vyzval státy, aby ve snaze ušetřit pečlivě zvážily, ve kterých oblastech se uchýlí k drastickým škrtům. „Zdravotnictví je velmi závažnou oblastí. Výrazné úspory se mohou negativně odrazit na zdraví populace především ve střednědobém měřítku, čímž v důsledku dojde ke zvýšení, nikoli úspoře výdajů,“ varoval.

(Zdroj: Reuters)

(kha)



Ilustrační foto: Shutterstock

Slovensko opět povolalo armádní lékaře

Slovenská vláda byla nucena po roce povolát kvůli zabezpečení péče o pacienty armádní specialisty. Důvodem byla situace v žilinské fakultní nemocnici, v níž část lékařů kvůli snížení platů a výpovědím odmítla provádět některé plánované výkony a sloužit pohotovost.

FN Žilina propustila 18 z 228 lékařů, kteří nepřistoupili na snížení platů. Tito zdravotníci pak odmítli nastoupit na noční služby, na což ministerstva zdravotnictví a obrany reagovala povoláním armádních lékařů. Většina žilinských lékařů kvůli tomu odmítla nastoupit na pohotovostní služby, čímž prakticky ochromila činnost jedné z největších slovenských nemocnic. Lékaři využili ustanovení zákoníku práce, které říká, že po vyčerpání určitého počtu přesčasových hodin zaměstnanec nemůže být nucen k další práci přesčas. Situaci měly vyřešit tři desítky armád-

ních specialistů. Vedení nemocnice se nakonec s 18 propuštěnými zaměstnanci dohodlo – výpovědi budou staženy a lékaři na oplátku přistoupili na snížení svých platů o 150–500 eur.

Slovenská média upozorňují, že obdobná situace jako v Žilině by mohla nastat i v dalších zdravotnických zařízeních. Lékaři by rovněž prostřednictvím odmítání služeb mohli přimět vládu k dodržení slibu o zvýšení platů lékařů, přestože kabinet již avizoval, že na splnění tohoto závazku nemá dostatek finančních prostředků.

(Zdroj: ČTK)

(kha)

„Vánoční“ protesty lékařů v Rakousku a SRN

Politici v Rakousku i Německu dostávají v předvánočním čase protestní rezoluce lékařských komor, které se přinejmenším zčásti týkají odměňování lékařů v nemocnicích.

Například německá lékařská komora informuje o rezoluci, kterou podpořila pracovní skupina pro oblast univerzitních nemocnic a jež je kriticky namířena proti způsobu finančního hodnocení zejména tzv. šéflékařů (lékařů ve vedoucích pozicích na klinikách). Ti se obávají záměru politiků zavést do smluvních platů princip odměňování výrazněji podle faktické výkonnosti lékařů, například podle počtu operací. Komora uvádí, že variabilní složka smluvního platu by se z 50 i více procent odvíjela od toho, zda lékař dosáhl určitého počtu výkonů – buď by získal bonus, nebo by jej naopak postihlo krácení části platu.

Kvalita nad kvantitou

Pracovní skupina pro univerzitní nemocnice uvádí, že již nyní na nemocnice často negativně dopadá systém úhrad podle odlečených diagnóz, kdy se pracoviště hodnotí primárně podle ekonomického hlediska či kvantity práce. Jestliže by se podobný mechanismus (hodnocení takřka výlučně podle kvantity práce) vztáhl i na jednotlivé lékaře, mohlo by to přinést rizika pro pacienty a narušila by se jejich důvěra k ošetřujícím lékařům. Komora

proto navrhuje, aby kvantitativní kritéria byla ve smluvních vztazích mezi lékaři a nemocnicemi nahrazena kvalitativními: lékař by mohl získat vyšší odměnu ve vztahu ke kvalitě výsledku léčby, k zajištění bezpečnosti pacientů na klinice, k úrovni vedení školení pro personál apod.

„Lékařská profese je svobodně povolání, není byznysem,“ zdůrazňují němečtí lékaři – tato zásada je dokonce zakotvena do jejich stavovských předpisů. Pokud by vedení nemocnic prostřednictvím smluv pro šéfy klinik jednostranně preferovalo „sekání výkonů“ za každou cenu, mohlo by to celkově ohrozit svobodu lékařů při léčbě nemocných. Prezident německé lékařské komory Frank Ulrich Montgomery uvedl (patrně v reakci na záměr zavést povinné zveřejňování uplatňovaných forem bonusů a malusů pro lékaře ve výročních zprávách nemocnic), že je pro transparentní zveřejňování smluv, aby bylo zcela jasné, za co jsou odměny zvyšovány či kráceny.

V Rakousku je „horko“

Ani rakouští lékaři nejsou spokojeni s odměňováním v nemocnicích. Například vídeňská lékařská komora informuje o protestní



Thomas Szekeres. | Foto: aekwien.at

rezoluci proti nulovému navýšení finančních prostředků, jež mají směřovat na platy ve veřejných nemocnicích. „Nelze tolerovat, aby tato situace negativně dopadla především na začínající lékaře,“ rozčiluje se její prezident Thomas Szekeres.

Naproti tomu rakouská komora podpořila návrh zástupců osob samostatně výdělečně činných na zrušení či zredukování spoluúčasti těchto pojištěnců. V Ra-

kousku totiž pojištěnci-zaměstnanci mají odlišné podmínky oproti pojištěncům-podnikatelům (ti mají vlastní systém pojištění s nižší sazbou pojistného, ale s vyšší spoluúčastí). Komora podporuje, aby se tyto podmínky sjednotily, a to i za cenu případného zrušení spoluúčasti u ambulancních výkonů, kdy osoby samostatně výdělečně činné dnes mají 20% spoluúčast (záměrem je snížit ji na 10% nebo zrušit).

Vedení vídeňské komory navíc ukazuje na výzkumné studii, jež signalizují úzký vztah mezi chudobou a nemocí (chudší obyvatelstvo bývá více nemocné). Drobní podnikatelé, kteří například vedou malou firmu a zároveň jsou v ní i „zaměstnancem“, podle komory někdy z obav před finanční zátěží odkládají včasné vyšetření a léčbu a nakonec tyto případy v důsledcích celkově zdražují zdravotnický systém (namísto levnější včasné léčby dojde k dražšímu řešení větších komplikací). Profesní organizace se rovněž pozastavuje nad „absurditou“, kdy osoby samostatně výdělečně činné platí v ordinacích, kde je péče levnější, spoluúčast, zatímco v nemocničních ambulancích, jež jsou pro systém dražší, nikoli.

Stížnost na přenos dat

Rakouská lékařská komora rovněž „hrozí“ vládě, že zváží ústavní stížnost na zavádění systému elektronického přenosu dat o léčbě pacientů (tzv. ELGA). Až dosud jedině pacient sám rozhodoval o tom, zda někomu povolí přístup do údajů ve zdravotní dokumentaci – zda ošetřující lékař smí někdy jinam přeposílat tato data apod. Nyní by občané byli automaticky zahrnuti do systému ELGA, v němž se primárně počítá s přenosem dat mezi zdravotníky zapojenými do péče, a pacient by mohl vznést námitky teprve následně: buď žádat o vyškrtnutí ze systému, nebo o vyloučení některých subjektů z nahlížení do dat. Okleštění práva pacientů na soukromí se kohoře jeví jako protiústavní.

Vladimír Boškova

Zavřou se v lednu v Rakousku ordinace?

Bez ohledu na blížící se svátky rakouská lékařská komora stupňuje svou kampaň proti vládním reformním záměrům ve zdravotnictví. V médiích se dokonce diskutuje o možnosti uzavření lékařských ordinací jako výrazu protestu, avšak podle komory budou taková krajní opatření zvážena až v lednu.

Zatím se lékaři chystají vyvěšovat plakáty v čekárnách a dalšími prostředky informovat pacienty o tom, proč komora s vládou nesouhlasí. Nejvíce lékařům vadí, že se za jejich zády vláda spolu se spolkovými zeměmi a svazem veřejnoprávních pojišťoven dohodla na dalším tlumení nákladů ve zdravotnictví. V jeho rámci se do roku 2020 počítá s úsporou kolem 11 miliard eur. Tento záměr souvisí s již schválenou koncepcí nemocniční péče, v níž se plánuje

nejen modernizace zdravotnických zařízení, ale také uzavření některých z nich.

Kdo znervózňuje pacienty

„Pokud se reforma primárně zaměřuje na úspory, bez dalších opatření, jako je například posílení ambulancní péče, může ohrozit kvalitu a prodloužit čekací doby,“ varuje vedení komory. Podle profesní organizace jsou již nyní lékaři v nemocnicích přetížení stoupajícím počtem pacientů a napříč

celým Rakouskem chybí kolem tisíce smluvních lékařů. Ve vládní reformě chybí kohoře mj. opatření, která by z lékařského povolání učinila atraktivnější profesi.

Jenže vláda myslí svou reformu vážně. Například vídeňský magistrát počítá s restrukturalizací některých zařízení. „Nechceme ovšem jít cestou privatizace,“ uvádějí radní s tím, že považují za vhodnější nově upravit síť veřejných nemocnic – modernizovat provozy novějších ústavů tak,

aby byly kvalitnější a výkonnější, a vzdát se budov, jež není racionální finančně posilovat.

„Neznervózňujte pacienty,“ vyzvali představitelé lékařského stavu nejen politici, ale také vídeňská všeobecná pojišťovna, která v otevřeném dopise nabádá komoru, aby k věci přistupovala konstruktivně.

Rakouská vláda i vídeňští radní ujišťují veřejnost, že podle reformních záměrů se kvalita péče naopak zvýší, a pokud vůbec

existují čekací doby, pak se novými opatřeními zkrátí. Politici trvají na tom, že v posledních letech rostly náklady na nemocnice ročně o 5–6%, zatímco HDP se zvyšoval jen o 2,1%. Proto se nyní například jedna z nejstarších vídeňských nemocnic promění v moderní ústav pro seniory a obdobné zásahy do zdravotnictví lze očekávat i v dalším období, uvádějí politici.

Vedení rakouské komory, a zvláště její vídeňské pobočky, podle všech známek zůstane na přelomu let 2012 a 2013 v plné pohotovosti. Prezident Artur Wechsberger trvá na tom, že komora pacienty „neznervózňuje“, ale pravdivě informuje o důsledcích reformy, jež nemá plnou podporu lékařů. (vla)

Rakovina není jen nemocí bohatých států

Rakovina je stále považována za nemoc rozvinutého světa. Ve skutečnosti ovšem představuje stále vážnější problém i v zemích rozvojových. Přesto stále není prioritou pro humanitární organizace ani sponzory, její léčba v těchto regionech neexistuje, případně je velmi primitivní.

Jackson Orem stojí v čele Ugandského institutu pro léčbu rakoviny – jediného specializovaného zařízení tohoto druhu v zemi s 33 miliony obyvatel. Ročně se zde léčí asi 22 tisíc pacientů, 20 tisíc z nich však nemoci do roka podlehnou. Podle dr. Orema v Ugandě neexistuje žádný koncept diagnostiky a léčby rakoviny, pro spoustu lidí navíc zůstává zcela neznámým onemocněním – v některých kmenových jazycích, jež se v zemi užívají, pro rakovinu ani neexistuje označení.

„Většina nemocných vůbec netuší, jakou chorobou trpí,“ říká Jackson Orem a dodává, že i když je některým pacientům rakovina diagnostikována, odbornou léčbu stejně nevyhledají. „Mnoho z nich bere onkologické onemocnění jako automatický rozsudek smrti, takže v léčbě nevidí žádný smysl,“ vysvětluje lékař, který se do Ugandy vrátil v roce 2004 poté, co se atestoval v oboru onkologie ve Spojených státech amerických. Několik let byl jediným lékařem s touto odborností ve své rodné zemi.

Konkurence ostatních chorob

Při své práci a pobytu v zahraničí se často setkával s názorem, že rakovina je onemocněním především bohatých států a že se v rozvojových zemích příliš nevyskytuje. „Lidé si myslí, že obyvatele oblastí s nízkým socioekonomickým

statutem zabíjí malárie a podobné choroby. Je velmi důležité, aby si uvědomili, že obyvatele Afriky rakovina zabíjí úplně stejně jako lidi kdekoli jinde ve světě,“ zdůrazňuje dr. Orem.

Právě nedorozumění ohledně výskytu onkologických onemocnění v rozvojovém světě negativně ovlivňuje i financování léčby rakoviny, zejména ze strany zahraničních organizací a dárců. „Když žádáte o peníze pro rakovinu, nikdo vám žádné nedá. Když se však zmíníte o jiných chorobách, jsou dárci mnohem ochotnější,“ stěžuje si ugandský onkolog.

Podle něho je na vině i představa, že léčba rakoviny je nutně velmi drahá záležitost vyžadující technické prostředky příliš složité na to, aby je bylo možné používat v chudých zemích. „Chirurgický zákrok a chemoterapie však několikamilionové přístroje nevyžadují,“ podotýká Jackson Orem. Skutečností nicméně zůstává, že na léčbu rakoviny v rozvojovém světě putuje pouze zlomek finančních prostředků, jež dárci věnují například na malárii, tuberkulózu či HIV/AIDS.

„Myslím, že dárci v tomto ohledu zaspali,“ říká editor odborného časopisu Lancet Richard Horton. Řada sponzorů podle něho navíc odmítá darovat peníze na léčbu rakoviny, neboť ji vnímají jako nemoc, kterou si pacienti způsobili sami kouřením a obezi-

tu. „Navíc HIV, tuberkulóza či malárie jsou ‚propagovány‘ velmi výraznými kampaněmi. Je těžké přes ně vidět další choroby,“ podotýká Richard Horton, který je nicméně přesvědčen, že s tím, jak budou úmrtí na zmíněná tři onemocnění klesat, se do popředí dostanou i onkologické diagnózy. Na přehlížení zvyšujícího se počtu případů rakoviny v chudých státech upozornila již minulý rok Organizace spojených národů (OSN). Jackson Orem doufá, že podobné výzvy situací okolo onkologických onemocnění v rozvojových regionech změní.

Naděje do budoucna

S neinformovaností o rakovině mezi obyvateli se potýká i nejchudší stát západní polokoule – Haiti. Některá tamní zdravotnická zařízení se proto rozhodla s neznalostí bojovat. Dr. Ruth Damuseová vede jednu z mála klinik v zemi specializujících se na rakovinu prsu a děložního čípku. Podle ní v zemi umírá přibližně polovina pacientek s touto diagnózou, mnoho žen však lékaře vůbec nenavštíví. „Snažíme se dělat, co můžeme. Často však poskytneme už jen paliativní péči,“ říká lékařka.

Klinika ve městě Cange disponuje operačním sálem, místností pro chemoterapii a několika pokoji. Kromě práce v nemocnici Ruth Damuseová pořádá i osvětové přednášky zaměřené na rakovinu prsu a děložního čípku. Posluchačkám ukazuje obrázky tumorů a upozorňuje na důležitost prevence a včasné diagnózy. Pro většinu žen jsou tyto informace naprostou novinkou. Rovněž léčba onkologických onemocnění je na Haiti velmi limitovaná a je většinou možná jen díky partnerství s několika americkými nadacemi a nemocnicemi. Klinika v Cange například nemá k dispozici onkologa, řada případů tak musí být konzultována po telefonu s partnerským zařízením. Dostupnost léčiv rovněž závisí na finanční pomoci zahraničních dárců.

Podobně jako v Ugandě se ani haitským lékařům peníze neshá-

nějí snadno. Sara Stulacová, ředitelka onkologického programu organizace Partners in Health, která poskytuje lékařskou pomoc nejen na Haiti, ale i v několika dalších rozvojových zemích, potvrzuje, že se její tým při jednáních o finanční pomoci často setkává s nepochopením. „Spousta lidí je přesvědčena, že je zbyteč-

ně soustředit se na Haiti právě na léčbu rakoviny. Sice nemůžeme zachránit všechny nemocné, můžeme však zmírnit jejich utrpení a řadu z nich uzdravit,“ říká Sara Stulacová. Jak dodává, před lety se lidé podobně dívali i na léčbu HIV/AIDS v rozvojových zemích. „Dnes jsou díky podpoře dárců a organizací zachraňovány miliony HIV-positivních. Není důvod, aby v budoucnu podobná situace nenastala i v případě rakoviny,“ uzavírá Sara Stulacová.

(Zdroj: BBC)

Květa Havlová

Dárfúr se potýká se žlutou zimnicí

Nejméně 165 lidských životů si v súdánském Dárfúru za posledních 3 měsíce vyžádala žlutá zimnice.

Podle Světové zdravotnické organizace (WHO) poskytují pomoc nakaženým téměř výlučně humanitární organizace, přístup k nemocným je však ztížen neustále probíhajícími boji. Infikováno bylo v období od 2. září do 29. listopadu letošního roku téměř 700 obyvatel regionu, minimálně 165 nemocí podlehl. Téměř polovi-

nu všech případů tvoří mladí lidé mezi 15 a 30 lety, čtvrtinu pak děti mladší 15 let.

Ačkoli na žlutou zimnici neexistuje účinný lék, k dispozici je vakcína. Tu by podle WHO mělo dostat na 3,6 milionu obyvatel Dárfúru, koncem listopadu již byla očkována téměř polovina z tohoto počtu.

(Zdroj: Reuters)

(kha)

Gruzie zakládá obor adiktologie – i díky Česku

Dvaadvacet zástupců tří gruzínských univerzit v Praze položilo základní kameny oboru adiktologie v Gruzii. Zúčastnili se tréninkového programu budoucích pedagogů v magisterském oboru adiktologie, pořádaném 1. lékařskou fakultou UK.

Cílem programu je zavést v Gruzii multidisciplinární obor adiktologie a nahradit tak v národní protidrogové politice nefunkční (post)sovětský koncept, jenž se omezuje na biopsychiatrický model léčby a trestní represí.

Projekt „Zavádění oboru adiktologie do vzdělávacího systému v Gruzii“ realizují na české straně Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN v Praze a na straně gruzínské Centrum pro výzkum závislosti Alternativa v Georgii. Projekt je financován rovným dílem Českou rozvojovou agenturou (ČRA) a Americkou agenturou pro mezinárodní rozvoj (USAID) v rámci sektoru podpory státní správy a občanské společnosti v Gruzii.

Problém zneužívání drog v Gruzii zhoršují sociální problémy, vysoká dostupnost nelegálních látek a vysoká míra migrace. Počet injekčních uživatelů drog se odhaduje na 40 tisíc a v přepočtu na počet obyvatel je tak více než 3x vyšší než v ČR a v EU. Od roku 2006 se v zemi ztrojnásobil počet registrovaných HIV+ obyvatel a stále více se vyostřuje hrozba rychlého nárůstu infekce HIV kvůli masivnímu injekčnímu užívání drog a intenzivní migraci obyvatel mezi Gruzii a sousedními zeměmi s extrémně vysokou prevalencí HIV/AIDS. Právě injekční užívání drog je v Gruzii hlavním způsobem přenosu infekce.

(Zdroj: Klinika adiktologie 1. LF UK a VFN) (red)



Ugandský institut pro léčbu rakoviny. | Foto: fhrc.org

Vysokodávkovaný vitamin C

– zapomenutý poklad ve farmakoterapii

V posledních letech se v odborném tisku stále častěji objevují materiály a studie o roli oxidativního stresu v patogenezi řady onemocnění a roli antioxidantů v jejich prevenci. Množí se i práce o využití vysokých dávek vitaminu C, který je významným antioxidantem. Této problematice byla věnována tisková konference s odborníky z oblasti farmacie, která proběhla 4. prosince 2012 v Bratislavě.

Historie vitaminu C, jeho úloha v organismu

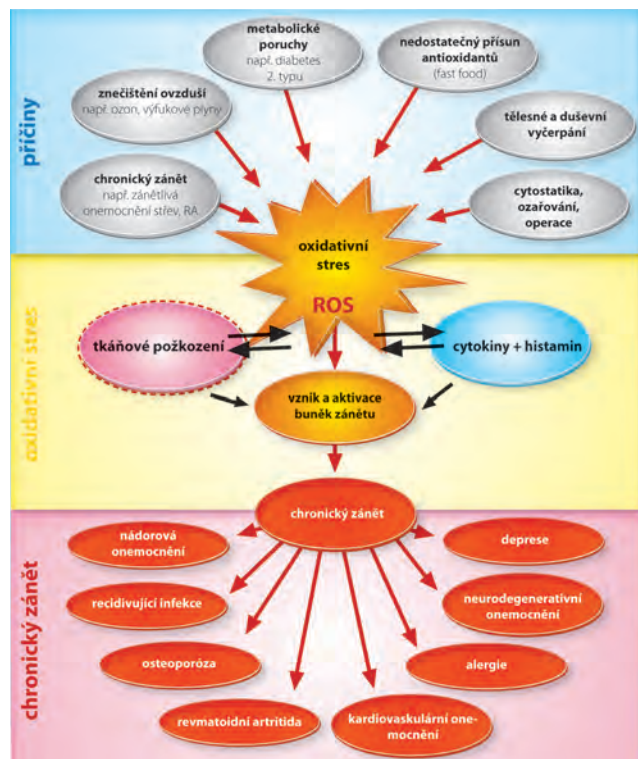
Konferenci zahájil **PharmDr. Zdeněk Procházka**, generální ředitel společnosti Edukafarm, která se zabývá vzděláváním v oboru farmakoterapie. Poukázal na rostoucí význam antioxidačních látek v současné době, kdy vzrůstá počet osob postižených působením faktorů způsobujících oxidativní stres (například znečištění životního prostředí, psychický a fyzický stres) – viz obr. 1.

V této souvislosti se objevuje koncepce podávání vysokých dávek vitaminu C, a to v oblasti prevence i terapie.

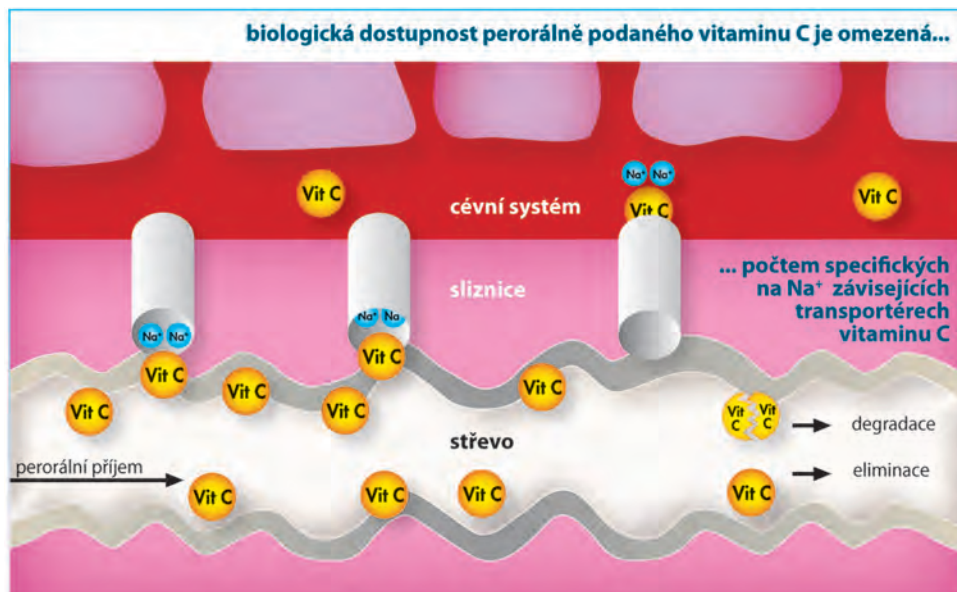
O významu vitaminu C pro lidský organismus a o historii objevu této látky promluvil děkan Farmaceutické fakulty Univerzity Komenského v Bratislavě **prof. PharmDr. Ján Kyselovič**,

Csc. Poukázal na to, že vitamin C, chemicky kyselina L-askorbová, patří mezi klíčové molekuly vitálně důležité pro lidský organismus. Existenci této látky a její význam pro terapii skorbutu lékaři předpokládali několik století. V roce 1617 britský lékař John Woodall použil citrusy pro léčbu skorbutu. Chemická struktura vitaminu C je známa až od 30. let 20. století. Za identifikaci a syntézu této látky byly v roce 1937 uděleny dvě Nobelovy ceny: za medicínu (Albert Szent-Györgyi – terapie skorbutu vitaminem C) a za chemii (Walter Norman Haworth – syntéza vitaminu C).

V rámci moderního molekulárně-medicínského výzkumu byla identifikována a studii potvrzena řada důležitých účinků vitaminu C. Od důkazů jeho antioxidačního působení, vlivu na



Obr. 1 Oxidativní stres vyvolává chronické záněty. Exogenně a endogenně vyvolaný oxidativní stres je významnou hnací silou chronických zánětů a tím i klíčovým faktorem v etiologii a patofyziologii řady onemocnění. (ROS = reactive oxygen species neboli reaktivní sloučeniny kyslíku.)



Obr. 2 Biologická dostupnost perorálně podaného vitaminu C je omezená, p. o.; vitamin C je aktivně a závisle na Na⁺ vstřebáván prostřednictvím speciálních transportérů. Resorpční kapacita klesá s rostoucí jednorázovou dávkou a dosažením saturace transportérů.

elasticitu kůže, hojení ran, integrinu pojivové tkáně či vstřebávání železa až po studii prokazující jeho specifickou úlohu v boji proti infekci, nádorovým buňkám, kardiovaskulárním onemocněním, alergiím a dalším chorobám, ale například i při hojení zlomenin. Vitamin C působí především jako elektronový donor, mimo jiné u klíčových enzymů syntézy kolagenu v kůži a chrupavce, cévách a ranách či u enzymů syntetizujících karnitin. Dále je důležitý pro syntézu dopaminu a dalších peptidových hormonů, významný je jeho antiproliferativní účinek na růst některých typů maligních buněk. Během posledních let se podařilo exaktněji charakterizovat nejen preventivní účinek dostatečného příjmu vitaminu C, ale i terapeutický potenciál vysokých dávek (v řádu několika gramů denně) u mnohých patologických stavů.

Nové poznatky o úloze vitaminu C v prevenci a terapii

Novými poznatky o úloze vitaminu v prevenci a terapii se ve

svém sdělení zabývala vedoucí klinického výzkumu a farmakovigilance společnosti Edukafarm **PharmDr. Lucie Kotlářová**. Poznatky z posledních let ukazují, že se významně liší farmakokinetika vitaminu C podle formy podání. Perorálně podaný vitamin C má kvůli limitní absorpční kapacitě ve střevě pouze omezený vstup do organismu (jednorázovým podáním 1 gramu vitaminu C se dosahuje hladiny 0,085 mmol, jednorázovým podáním 18 gramů pak hladiny 0,22 mmol). V případě intravenózního podání vitaminu C je možné dosáhnout mnohem vyšších koncentrací v plasmě, což je zásadní předpoklad pro distribuci vitaminu C do daných orgánů a jeho následné působení (jednorázovým intravenózním podáním 7,5 gramu vitaminu C se dosahuje hladiny 2,38 mmol). Tento významný objev v oblasti farmakokinetiky vitaminu C propůjčuje této fyziologické a tělu vlastní látce nové terapeutické možnosti (viz obr. 2).

Vitamin C představuje významný antioxidační léčebný nástroj.

Bohužel člověk evolučně ztratil možnost vlastní produkce vitaminu C společně s morčetem, opicí a netopýrem. Ostatní živočišné druhy si vitamin C syntetizují, míra produkce je v úzké korelaci s psychickým a fyzickým stresem a je individuální pro každý živočišný druh. Obecně živočišové produkují 100 mg/kg hmotnosti při zátěži, čímž dosahují vysokých hladin askorbátu během a po traumatu. Vznik volných radikálů reprezentuje základní příčinu oxidativního stresu a vzniku následného chronického zánětu v etiopatogenezi mnoha onemocnění. Řada chronických chorob je doprovázena zvýšeným množstvím volných radikálů a snížením schopnosti organismu pro regeneraci askorbátu, a proto je doprovázena subklinickým deficitem vitaminu C⁴.

Dostatečný příjem vitaminu C má významnou profylaktickou roli. Studie EPIC, do které bylo zařazeno téměř 20 tisíc osob, ukázala, že zvýšení koncentrace vitaminu C v séru o 20 μmol snižuje mortalitu o 20 %¹. Pokud jde o léčebné podávání vitaminu

NOVINKY VE FARMAKOTERAPII

C u onemocnění doprovázených oxidativním stresem a sníženou hladinou askorbátu, je zapotřebí aplikovat podstatně vyšší dávky, které se dosahují právě intravenózním podáním vitamínu C. Evolučně ztracená schopnost vlastní zvýšené produkce při zátěži je suplementována intravenózní formou vitamínu C v dávce 100 mg/kg hmotnosti, tedy 7,5 g vitamínu. Tato dávka vitamínu C není u pacientů s normálními ledvinými funkcemi doprovázena nežádoucími účinky. Pacienti se sníženou funkcí ledvin či s oxalátovou nefrolitiázou pro tento typ léčby nejsou indikováni, stejně tak děti do 12 let, těhotné a kojící, u nichž není dostatek informací pro používání vysokých dávek vitamínu C.

Klinické studie účinnosti vysokodávkovaného vitamínu C

Výzkum ukázal, že u řady onemocnění (například alergií, včetně atopické dermatitidy, dalších kožních chorob, jako je psoriáza, dále například revmatoidní artritidy, aterosklerózy, únavového syndromu či depresivní poruchy) byla prokázána nízká hladina vitamínu C, která vede k chronickému oxidativnímu stresu. Existuje například souvislost mezi nedostatečnou hladinou vitamínu C a hypertenzí⁹ nebo kataraktou¹⁰. Prospěšná role vysokých dávek vitamínu C u různých onemocnění byla prokázána v řadě studií, například u diabetiků snižují riziko vzniku diabe-

tických komplikací¹¹. Aplikace vysokodávkovaného vitamínu C u pacientů s herpes zoster výrazně zmírňuje projev postherpetické neuralgie (PHN)⁶. Další studie ukázala, že vysoké dávky vitamínu C v průběhu operací (myektomie) snižují ztráty krve¹².

Výzkum rovněž ukázal, že vysokodávkovaný vitamin C potlačuje množení buněk některých maligních tumorů, usmrcuje je a redukuje hmotu tumoru. Mechanismů tohoto účinku je pravděpodobně několik, za hlavní se považuje, že působí v okolí maligních buněk vznik peroxidu vodíku, a to vlivem specifického prostředí, které se v okolí nádorových buněk vyskytuje. Toto prostředí je charakterizováno vyšším výskytem iontů železa a kyselého pH způsobeného nádorem produkovaným laktátem, tvořeným nádorovou buňkou z glukózy. Kyselá prostředí, ionty železa a přítomnost askorbátu vedou k tvorbě peroxidu vodíku, který má na nádorovou buňku fatální vliv, dochází k apoptóze této buňky zásahem do funkcí mitochondrií a vlivem na DNA. Peroxid vodíku je pro některé maligní buňky toxický, příčinou je defektní enzymatické vybavení těchto buněk, které nejsou schopny peroxid detoxikovat. Jedna ze studií ukázala, že podávání vysokodávkovaného vitamínu C vedlo v několika případech u pacientů s různě lokalizovanými maligními tumory ke zlepšení stavu a prodloužení doby přežití¹³. V klinických studiích účinků vy-

sokodávkované infuzní terapie vitamínem C jako součásti protinádorové terapie se prokázalo, že tato léčba zvyšuje kvalitu života nemocných. Například v jedné studii byl pacientkám s karcinomem mammy podáván souběžně se standardní onkologickou terapií po dobu 4 týdnů vitamin C (1x týdně 7,5 g v infuzi). Kontrolní skupinu tvořily pacientky léčené pouze standardní protinádorovou terapií. Přidání vitamínu C vedlo k významnému zmírnění projevů onemocnění a vedlejších účinků terapie⁸. PharmDr. Kotlářová též uvedla doporučené dávkování infuzně podávaného vitamínu C u některých typů onemocnění.

Německá zkušenost

Za výrobce přípravků pro vysokodávkovanou parenterální aplikaci vitamínu C promluvila ředitelka výzkumu a vývoje německé společnosti Pascoe **dr. Gabriele Weissová**. Tato společnost nashromáždila v rámci téměř 90 klinických studií údaje od více než 2 milionů pacientů. Přípravky vyráběné touto společností jsou registrovány ve 23 zemích světa. Přípravek pro vysokodávkovanou parenterální aplikaci vitamínu C je v Německu registrován od roku 1970. Ve výzkumu použití parenterální aplikace se firma soustřeďuje především na oblasti imunologie, alergologie, kardiologie a onkologie. Pokud jde o využívání infuzní aplikace vysokodávkovaného vitamínu C v Německu, nejčastěji se tak děje



Ilustrační foto: Shutterstock

kvůli posilování imunity, zvláště v prevenci chřipky, dále následují oblasti alergologie, onkologie, revmatologie a kardiovaskulárních chorob (viz obr. 3).

Literatura:

1. Khaw KT, Bingham S, Welch A et al.: Relation between plasma ascorbic acid and mortality in men and women in EPIC-Norfolk prospective study: a prospective population study. *Lancet* 2001; 357: 657–663.
2. Deicher R, Zitai F, Bieglmayer C et al.: Low total vitamin C plasma level is a risk factor for cardiovascular morbidity and mortality in hemodialysis patients. *J Am Soc Nephrol* 2005; 16: 1811–1818.
3. Mayland CR, Bennett MI, Allan K: Vitamin C deficiency in cancer patients. *Palliat Med* 2005; 19: 17–20.
4. Klauinig JE, Kamendulis LM: The role of oxidative stress in carcinogenesis. *Ann Rev Pharmacol Toxicol* 2004; 44: 239–267.
5. Du WD, Yuan ZR, Sun J et al.: Therapeutic efficacy of high-dose vitamin C on acute pancreatitis and its potential mechanisms. *World J Gastroenterol* 2003; 9: 2565–2569.
6. Schencking M, Vollbracht C, Weiss G et al.: Intravenous vitamin C in the treatment of shingles: results of a multicenter prospective cohort study. *Med Sci Monit* 2012; 18: CR215–224.
7. Chen Q, Espey MG, Krishna MC et al.: Pharmacologic ascorbic acid concentration selectively kill cancer cells: action as a pro-drug to deliver hydrogen peroxide to tissues. *Proc Natl Acad Sci USA* 2005; 102: 13604–13609.
8. Vollbracht C, Schneider B, Leendert V et al.: Intravenous vitamin C administration of vitamin C improves quality of life in breast cancer patients during

chemo-/radiotherapy and aftercare: results of a retrospective, multicentre, epidemiological cohort study in Germany. *In Vivo* 2011; 25: 983–990.

9. Myint PK, Luben RN, Wareham NJ et al.: Association between plasma vitamin C concentrations and blood pressure in the European prospective investigation into cancer-Norfolk population-based study. *Hypertension* 2011; 58: 372–379.
10. Ravindran RD, Vashist P, Gupta SK et al.: Inverse association of vitamin C with cataract in older people in India. *Ophthalmology* 2011; 118: 1958–1965.
11. Mazloom Z, Hejazi N, Dabbaghmanesh MH et al.: Effect of vitamin C supplementation on postprandial oxidative stress and lipid profile in type 2 diabetic patients. *Pak J Biol Sci* 2011; 14: 900–904.
12. Pourmatroud E, Hormozi L, Hemadi M et al.: Intravenous ascorbic acid (vitamin C) administration in myomectomy: a prospective, randomized, clinical trial. *Arch Gynecol Obstet* 2012; 285: 111–115.
13. Padayatty SJ, Riordan HD, Hewitt SM et al.: Intravenously administered vitamin C as cancer therapy: three cases. *CMAJ* 2006; 174: 937–942.

Oborný syllabus ze slovenské tiskové konference obsahující příklady terapeutických protokolů (včetně dávkování) je dostupný na vyžádání na e-mailové adrese edukafarm@edukafarm.cz nebo na tel.: 224 252 435.

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

MUDr. Pavel Kostiuk, CSc.
Edukafarm, Praha



Obr. 3 Pro intravenózní aplikaci vysokodávkované infuzní terapie vitamínem C je pro klinickou praxi k dispozici léčivý přípravek Vitamin C – Injektapas 7,5 g, který je vázán na lékařský předpis (bez omezení specializace) v rámci individuálního dovozu (dle §8, odst. 3 zákona č. 378/2007 Sb, o léčivech).

Eutanazie očima různých oborů

V rámci setkání „Etika a komunikace v medicíně“ proběhlo koncem listopadu v Praze již 2. sympozium České lékařské komory „Eutanazie pro a proti“, na němž byly prezentovány medicínské, etické, filozofické, právní, sociální a duchovní souvislosti eutanazie. Diskuse se zúčastnili významní čeští odborníci z uvedených oborů.

Slovy „můj postoj k eutanazii je jednoznačně proti“ zahájil sympozium prezident České lékařské komory MUDr. Milan Kubek. Zdůraznil, že lékaři musejí mít úctu k životu a jejich cílem je život udržovat a zlepšovat jeho kvalitu. Česká lékařská komora nicméně považuje za důležité o této problematice odborně diskutovat.

„Lidé se nebojí tolik smrti jako spíš umírání. Současná doba navíc přinesla mnohé možnosti technické i medicínské a lidé začínají přemýšlet o tom, jak a kdy umřít. Laické diskuse na toto téma jsou velice emotivní a zavádějící. Přesné vymezení pojmu a aktivit je proto nezbytné. Tuto konferenci vnímám jako zahájení kvalifikovaného diskusního fóra o závažném tématu, jakým eutanazie je,“ uvedla předsedkyně etické komise ČLK MUDr. Helena Stehlíková. „Ráda bych připomenula, že posláním lékaře je mírnit utrpení, ne zbavovat života,“ dodala.

ETICKÉ SOUVISLOSTI

Hodnota života a rozhodnutí zemřít

Provokativní otázku položila v úvodu prof. PhDr. RNDr. Helena Haškovcová, CSc., z Fakulty humanitních studií Univerzity Karlovy: „Všechny argumenty pro i proti, které zde zazní, lze jistě uznat i zpochybnit. Kdo však bude tím arbitrem, který určí, kdo má pravdu? Podle jakých kritérií se rozhodne?“ Profesorka Haškovcová se domnívá, že klíčem ke kvalitativnímu posunu ve stávajících diskusích je odpovědná debata nad tím, co je to svobodné rozhodnutí člověka a v jakém vztahu je jeho svoboda k životu, o němž rozhoduje.



V současnosti se v medicíně klade velký důraz na individualitu a svobodné rozhodování, odrazem toho je například *living will* pacienta. Je však důležité se ptát, z jakých okolností a emočních stavů předem vyslovené přání vychází, respektive do jaké míry je přání pacienta zemřít racionální.

„Podle dostupných informací volí asistovanou sebevraždu stále častěji i ti, kteří by mohli žít spokojeně dál. Šokující jsou zejména zprávy o rozhodnutí ukončit život proto, že dotyčný již byl životem unaven a život pro něj přestal mít smysl,“ varuje odbornice na etiku.

Lidé si podle ní přejí dlouhý, spokojený a zdravý život, a protože žijeme v době vyspělé medicíny, domnívají se, že lékaři mohou (s využitím svých odborných znalostí a farmakologických možností) zaříditi i jejich bezproblémový skon. Stačí k tomu sepsat *living will*. „Je to ovšem tak jednoduché?“ ptá se Helena Haškovcová a dodává, že „právně ano, morálka je však něco jiného“.

Sebevražda ne, asistovaná ano?

„Dlouhá staletí jsme nemohli ovlivnit začátek ani konec života. První prolomení přišlo s legalizací potratů. Nyní stojíme před otázkou, zda člověk má svobodnou volbu rozhodnout o ukončení svého života,“ poukázala přednášející mimo jiné na paradox sebevraždy, která je tradičně odsuzována (i dnes sebevrahy zachraňujeme), a asistované sebevraždy, k níž dáváme právní souhlas.

Diskuse se vedou o tom, zda lékaři touto možností nezrazují své poslání, zda se nemocní nebudou lékařů bát a také zda lékař může pacientovo přání zemřít odmítnout. Současná právní úprava lékařů umožňuje využít výhrady svědomí, filozofickou otázkou však zůstává, zda člověk v mírových podmínkách vůbec může žádat po druhém člověku tak extrémní pomoc, jakou je asistovaná sebevražda. Skutečnost, kdy jeden vysloví přání a druhý jej vykonává, s sebou nese etické problémy. Svobodný člověk (lékař) totiž nejen rozhoduje, ale nese za své rozhodnutí i odpovědnost. Přihlídnout je nutno také k otázkám, jak lékařskou i laickou veřejnost rozdělí fakt, že jedni budou asistovanou sebevraždu odmítat, a druhí ne. Nenastane zde posun od práva zemřít na povinnost zemřít? Nebudou nakonec lidé bojovat za možnost pokračovat v životě i za neutěšených podmínek? „Zdá se, že dochází k nevídané

změně paradigmatu. Hodnota života sestupuje na druhé místo, přičemž na prvním je svoboda. V době vypjatého individualismu je nutno připomenout, že smrt sice patří k člověku, ale umírání má – a snad i nadále bude mít – charakter sociálního aktu. Tradiční formy doprovázení umírajícího mohou dostat novou tvář, ale neměly by být smazány,“ uzavřela profesorka Haškovcová.

Nacistická vs. moderní eutanazie

Kontroverzní srovnání nacistické akce s názvem eutanazie (za



níž se letos německá lékařská komora omluvila) se současnými úvahami o legalizaci eutanazie přinesla prof. MUDr.

Marta Munzarová, CSc., z Ústavu lékařské etiky LF MU v Brně. Němečtí zástupci ve své omluvě konstatovali, že lékaři nebyli nuceni podílet se na zločinech, naopak často byli jejich nadšenými podporovateli a iniciátory. „Cílem německé deklarace bylo varování do budoucna. Zmíněná akce nám dnes může poskytnout velmi přesvědčivé argumenty proti podobným aktivitám moderním. I když se mnozí cítí pohoršení pouhým srovnáváním těchto dvou skutečností, neboť cílem nacistických akcí nebylo blaho nemocného ve snaze zblavit jej utrpení ani se nejednalo o vyhovění jeho autonomní žádosti. Avšak dnes, stejně jako tehdy, jde o rozhodování, kdo bude žít a kdo zemře,“ upozorňuje Marta Munzarová. „Tehdy to byli lékaři, kdo daný život označil za méněcenný a zničil jej, dnes je to nízká kvalita života člověka, který hodnotí svůj život jako nehodný žítí, ale lékař je opět tím, kdo zabíjí a s postojem nemocného se ztotožňuje.“

Nizozemci hrdí na svá data

Profesorka Munzarová dále citovala amerického psychologa Roberta Jay Liftona, který na základě studií tehdejších lékařů varuje před legalizací eutanazie, neboť zde dochází k zaměňování a pře-

vracení pojmů hojení a zabíjení: „V Nizozemsku byly v posledních dvaceti letech prostřednictvím eutanazie zabity desítky tisíc pacientů. Vědecké studie, které zpracovávají data z těchto případů, měly podle nizozemských lékařů pozitivní vliv na rozvoj péče na konci života.“

Termín „péče“ přednášející zdůraznila a konstatovala, že nemocní, respektive mrtví pacienti jsou převedeni na čísla a zahrnuti do sledovaných souvislostí. „Věříme snad tomu, že tyto údaje pozitivně ovlivní péči na konci života?“ ptá se prof. Munzarová. „V Belgii již došlo ke sjednocení paliativní péče s eutanazií pod názvem integrativní paliativní péče, a to s odůvodněním, že obě tyto aktivity jsou podloženy etickými hodnotami, autonomií nemocného a dobročinněním. Liftonův paradox převrácení pojmů a klamání sebe sama opět ožívá. Ale zabíjení přece nepatří do péče!“

Rozkladný vliv zabíjení

Hlavními důvody žádostí pacientů o eutanazii nejsou bolesti a tělesné obtíže. Ve všech publikacích nemocní uvádějí především důvody jako pocit ztráty důstojnosti a smyslu života, osamělost, opuštěnost a obavy, že jsou přítěží pro ostatní. „Jde tedy o těžkosti pramenící z oblasti sociální a spirituální, které nabývají na ostrosti. Věříme tomu, že v těchto situacích jde o svobodnou, autonomní žádost? Nejde naopak o její ztrátu?“ pokládá otázku profesorka Munzarová.

O nemocného je podle ní potřeba starat se v rámci všech jeho dimenzí tak, aby neměl důvod žádat o tak hroznou smrt – být zabít v naprosté bezmoci a beznaději. „Je však ještě další důvod, proč lékař nesmí zabíjet. Jde přece i o něj samotného! Zabít člověka je závažný akt a mravnost lékaře není ztotožněna s vykonáváním takové žádosti pacienta. Riziko, že dojde k narušení jeho osobní a profesní integrity, je obrovské. To, jak žiji, ovlivňuje můj charakter. Zračnu-li zabíjet, zvyknou si na zabíjení. Rozkladný vliv se dříve či později projeví na ostatních pacientech.“

Kulturu můžeme podle autorů sdělení chápat jako moudrost

a mravnost. Jednoznačný postoj odmítnutí jakýchkoli snah o legalizaci zabíjení nemocných je pak v souladu jak s moudrostí, tak s mravností. Přitom je třeba jasně odlišit úmysl zabít a zabít od takzvaného nechání zemřít. Marta Munzarová uzavřela svou přednášku citátem dávné lékařské přísahy lékaře Asafa, v níž stálo: „Nebudeš nazývat dobro zlem a zlo dobrem.“

MEDICÍNSKÉ SOUVISLOSTI

Smrt jako nedůstojný akt

Na spojitost eutanazie s anomii (stavem společnosti, v níž přestávají platit morální a kulturní pravidla) poukázal doc. MUDr. Martin Bojar, CSc., z Neurologické kliniky 2. LF UK a FN Motol v Praze. „Nevím-li, jak s tématem, podívám se do Pisma, esejí a moudrých knih, teprve poté do Googlu a Wikipedie. Inspiraci o otázkách umírání můžeme hledat také například v esejích Michela de Montaigne,“ zahájil své vystoupení docent Bojar.

Poukázal na to, že smrt a umírání byly vždy intimní záležitostí, která se odehrávala v kruhu rodinném a byla svázána s rituály. Dnes mnozí rodinní příslušníci pacientů říkají, že „doma se přece neumírá“. Zážitek smrti tak zůstává nesnesitelný a trýznivý, smrt je nedůstojným, neosobním a depresivním aktem, odehrávajícím se kdesi za plentou. Na druhé straně lékaři často provádějí distanzaci (udržují nemocného co nejdéle při životě), což se podobá spíše iatrogeně navozenému zívání.

„Mezi základní lidská práva prý patří právo na pokojné umírání. Zde jsem trochu na rozpacích. Jistě, že naši pacienti by rádi umírali spokojeně a klidně, mnohdy to ovšem není možné. Je však řešením tohoto problému eutanazie?“ ptá se Martin Bojar. „Eutanazisté“ podle něj poukazují na to, že se u nás eutanazie provozuje, je však výsadou privilegovaných a pouze oni mají právo na to skotnat ve chvíli, kdy chtějí.

„Polovina Čechů je dnes jednoznačně pro eutanazii, pouze 10–15 procent říká jasně ne. Chceme však situaci jako v Nizozemsku, kde se v současnosti prohánějí týmy nabízející eutanazii? Máme se my, co jsme byli služebníky Hygie, stát služebníky Léthé? Soudím, že ne,“ vymezuje se docent Bojar. „Pacient má

právo nebýt léčen, nebýt hospitalizován a nebýt resuscitován. Je však třeba přihlížet k zákonům. Soudím, že v zemi, kde si mnozí myslí, že není třeba respektovat zákony, a kde vládne anomie, je diskuse o eutanazii velmi riskantní,“ obává se.

Lékař není popravčí

Je rozhodnutí pacienta v terminálním stadiu nemoci svobodné?



Touto otázkou se k problematice svobodného rozhodování, nastíněné v úvodních přednáškách, vrátil i prof. MUDr.

Pavel Klener, DrSc., z Ústavu hematologie a krevní transfuze a 1. interní kliniky 1. LF UK a VFN v Praze. „Psychika nemocného se každý den mění. Opakovaně jsem ve své praxi zažil, že mě jeden den pacient žádal „pane doktore, už to konečně ukončete“, ale druhý den už tak lpěl na životě, že to bylo až neuvěřitelné. Autonomii rozhodování ovlivňuje jak samotné onemocnění, tak podávaná medicína, ovlivnit ji může i okolí,“ upozornil profesor Klener, který zároveň zpochybnil roli lékaře v ukončení života. „Lékař, kterému pacient důvěřoval, se má stát jeho popravčím? Od vykonání eutanazie není cesta zpět, stejně jako od restu smrti. Proto byl ve většině států trest smrti zrušen.“

Ukazuje se, že pro eutanazii jsou zejména mladí lidé a lidé, kteří nemají s umírajícími žádnou zkušenost, případně mají zkušenost negativní, kdy jim doma umíral třeba prarodič v bolestech a oni ho nemohli té bolesti zbavit. Řešením této situace je však moderní paliativní a hospicová péče. Skutečnost, že se těchto prostředků dostatečně nevyužívá, nemůže být podle přednášejícího ospravedlněním k eutanazii.

Svobodné rozhodnutí – nejvyšší hodnota

„Slova, slova, slova,“ reagoval prof. MUDr. Pavel Pafka, DrSc.,



ze 3. chirurgické kliniky 1. LF UK a FN Motol v Praze na předchozí řečníky. „Slyšel jsem dnes tolik slov na téma eutanazie, ale žádnou definici. Bez definice přitom přece nemůžeme o žádném tématu diskutovat. Tady se hovoří o eutanazii, asistované sebevraždě, paliativní léčbě... Osobně vnímám aktivní eutana-

zii jako ukončení života na přání nevyléčitelně nemocného poté, co byly vyčerpány všechny léčebné možnosti k prodloužení či zachování jeho života. Při pasivní eutanazii pak nejsou všechny léčebné možnosti vyčerpány. Sem lze zařadit i důsledek ekonomických limitů, kdy pacient nemůže dostat příliš drahou léčbu.“

Podle profesora Pafka je fakt, že s eutanazií by souhlasila polovina lidí a že se na toto téma diskutuje, dokladem posunu lidského myšlení a vyústěním heroické medicíny, která dokáže to, co bylo dříve nemyslitelné. „Eutanazie není problém medicínský, nýbrž filozofický, jehož základní otázka zní: „Má jedinec přikládat větší váhu svému životu, nebo svobodnému rozhodnutí? Osobně jsem zastáncem toho, že svobodné rozhodnutí člověka je nejvyšší hodnotou, jakou máme,“ uzavřel přednášející.

Marnost kontra smysluplnost

Jsou však skupiny pacientů, pro něž by případné uzákonění eutanazie mělo převážně negativní důsledky. K dopadu na geriatricky křehké pacienty se vyjádřil internista a geriatr



MUDr. Zdeněk Kalvach, CSC. Zdůraznil, že o tom, zda eutanazie bude uzákoněna, nerozhodnou lékaři, ale postoj veřejnosti a politiků, tedy laiků. Významnou roli podle něj sehrávají média a jimi předkládaná opakovaná stereotypizace stáří. Pořady ČT věnující se problematice eutanazie například ukazovaly výhradně pacienty v tzv. území nikoho – klienty léčeben dlouhodobě nemocných. To podle doktora Kalvacha vzbuzovalo dojem, že eutanazie se týká jen neléčitelných lidí tohoto typu.

„Existuje něco jako eutanatická propedeutika, která by měla ukázat, že jde o střet konceptu lidské marnosti s konceptem smysluplnosti lidského života, a žádat nejprve nastavení podpůrných služeb paliativních a dlouhodobých sociálně-zdravotních,“ domnívá se Zdeněk Kalvach a rovněž tvrdí, že je třeba připomínat německou zkušenost. Jako příklad uvedl Goebbelsův výrok: „Nesdílíme názor, že se mají napojit žíznící a obléci nazí, my chceme být zdraví a silní.“ Tím podle něj došlo k překlopení společenské úlohy zdravotnictví. Poukázal také na německou kampaň „s tímhle se vláčíš“, jež získávala podporu

poukázáním na ekonomickou záležitost, kterou „způsobují“ postižení a staří lidé.

Podle autora sdělení existují dva přístupy k následné a dlouhodobé péči: celostně-humanistický a redukcionistický. Na konci tohoto druhého ovšem hrozí přesmyk z marné léčby na léčbu marných lidí – se zanedbáním péče, což je konečnou pasivní eutanazie. „Humanistický vývoj jako by charakterizoval posun od zobrazení lidského těla v muzeu k putovní výstavě „Bodies“, tedy od „modelu jako živého“ k „jako živé mrtvole“,“ přirovnal přednášející. Mediální zobrazování stáří ve spojení s marností, přestárlostí, ústavy dlouhodobé péče a odmítnutím biopsychosociálního přístupu může podle jeho slov vyústit v podivně pseudoeutanatické zanedbání.

PRÁVNÍ SOUVISLOSTI

Eutanazie v zahraničí

V některých zemích (vedle zmíněného Nizozemska jde například o Švýcarsko, Benelux či některé státy USA) je buď eutanazie, nebo asistovaná sebevražda legalizovaná. V jednotlivých státech jsou podmínky pro jejich vykonávání ošetřené odlišnými právními předpisy.

O tom, že role lékaře je v provádění eutanazie nebo asistované sebevraždy nezastupitelná, se na základě zkušeností ze zahraničí snažila účastníky konference přesvědčit **JUDr. Helena Peterková** z Centra zdravotnického práva Právnické fakulty UK v Praze. „Důvod, proč to má být lékař, je zřejmý. Pokud se posuzuje oprávněnost pacientovy žádosti, je třeba se vypořádat nejen s tím, že „pacient žádá“, ale také s tím, zda jsou splněny podmínky stanovené zákonem. Pokud jsou splněny, nejedná se – v zemích, kde je to uzákoněno – v případě ukončení života pacienta na jeho žádost o trestný čin. Řada z těchto podmínek je však typicky medicínského charakteru. Kromě toho je nutno zajistit, aby toto ukončení života proběhlo bez problémů, například bylo podáno adekvátní množství pentobarbitalu či morfinu,“ vysvětlila doktorka Peterková.

Ve svém sdělení dále prezentovala případ ze Švýcarska, který se v roce 2008 odehrál ve společnosti Dignitas (organizace, zajišťující asistovanou sebevraždu). Její členové se (v reakci na odsouzení jednoho z lékařů, předepisujícího pentobarbital svým pacientům) rozhodli vyzkoušet u svých klientů požadující asistovanou se-

bevraždu namísto pentobarbitalu helium. Zmíněná heliová metoda však měla za následek, že titolové neupadli hned do bezvědomí, jak se očekávalo, ale zmítali se v křečích. Ačkoli bylo posléze vyhodnoceno, že pacienti již v tuto chvíli pravděpodobně netrpěli, metoda byla posouzena jako nepřijatelná. V reakci na tento případ se Švýcarsko shodlo, že pouze lékař může poskytnout adekvátní prostředek k ukončení života (v uvedeném případě totiž figurovali nelékaři).

V Česku prozatím trestný čin

O nutnosti nalézt nejprve společenskou shodu a až poté řešit detaily právní úpravy této problematiky se zmínil **JUDr. Ing. Lukáš Prudil, Ph.D.**, z Ústavu sociálního lékařství a veřejného zdravotnictví LF MU v Brně. „Hlubší debata na téma eutanazie v České republice chybí, a pokud se o tématu hovoří, pak většinou jen ve chvílích, kdy se medializuje nějaký případ nebo novináři zrovna nemají o čem psát,“ domnívá se. Upozornil však, že eutanazie je u nás trestným činem, a pokud tedy někdo v médiích uvádí, kolik eutanazií se u nás provádí a podobně, vystavuje se tím sám trestnému stíhání, neboť měl povinnost tuto skutečnost nahlásit policii.

Dále přednášející poukázal na to, že v rámci debaty o právní úpravě eutanazie (ale týká se to i jiných medicínských témat) se objevují výzvy typu „ať to vymyslí právníci“. „Právníci však nic nevymyslí, ale konečné znění nemusí být společensky přijatelné. Již ve starém Římě přitom platilo, že zákon, který je společensky nepřijatelný, nebude dodržován,“ zdůrazňuje JUDr. Prudil.

DUCHOVNÍ SOUVISLOSTI

1000 eutanazií bez vědomí pacienta

„Důvod otevření diskuse na téma eutanazie je jednoduchý. Zatímco dříve jsme prožívali relativně krátké aktivní životy, krátce jsme stonali a smrt přicházela rychle, dnes žijeme dlouho a často také dlouho stonáme a umíráme,“ lapidárně shrnul přednostka Ústavu etiky 3. LF UK v Praze **Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D.**

V Nizozemsku se podle něj vytvořil „kluzký svah“: V roce 1991 by-



la zformulována zpráva Remmelinkovy komise, která posuzovala téměř 9 tisíc úmrtí, přičemž zjistila 1000 případů, kde došlo

k ukončení života bez žádosti pacienta (aniž by s ním toto téma někdo otevřel!). Uvedené číslo se podle přednášejícího stává jedním ze základních argumentů proti eutanazii.

Naproti tomu stojí udávané důvody pro eutanazii: tělo jako majetek, který mohu „vyhodit“, jestliže přestane sloužit; svobodná volba jedince; nesnesitelná bolest; „špatné umírání“, které je možné zkrátit. V neposlední řadě pak argument utilitaristické logiky – jestliže v životě převáží nepřijemnosti, pak zde má eutanazie své místo.

„Je třeba si uvědomit, že umírající je vulnerabilní a eutanazie zneužitelná. Umírající člověk není ten silný, který by dokázal argumentovat. Snadno může nabyt pocitu, že se od něj eutanazie očekává. Odborník na etiku varoval před užíváním termínu „důstojná smrt“ ve spojení s eutanazií: „Je lepší hovořit o laskavé či pokojné smrti ve spojení s hospicem a dobrou paliativní péčí. Rozhodně se nelze zbavit utrpení tím, že se zbavíme trpčícího.“

Bezradnost vyústující v likvidaci

„Problém, se kterým se zde potýkáme, bychom mohli nazvat absolutizací svobody,“ navázal **doc. Ing. Mgr. Aleš Opatrný, Th.D.**, z Katolické teologické fakulty UK v Praze. „Dalo by se říci, že v Evropě jsme přešli od víry v Boha k víře v absolutní hodnotu osobní svobody. To s sebou nese různé konsekvence, mimo jiné otázku k čemu tuto svobodu použít. K tomu, abychom zničili vlastní život?“

Docent Opatrný se domnívá, že současná společnost uctívá funkčnost a je bezradná nad dysfunkcí. Nefungující život je pak problémem, na jehož zvládnání běžný člověk není trénovaný, a má proto tendenci trápení odkládat. „Sympatii k eutanazii obvykle projevují zdraví bezradní lidé, kteří vidí řešení nefunkčnosti v likvidaci. K této bezradnosti vede ztráta víry nebo řekneme smyslu života, jakož i nezájem se zvládnáním negativ. Je však třeba zdůraznit, že plné lidství integruje i negativní stránky života a neodvolává se jen na požadavek bezvadnosti,“ uzavírá Aleš Opatrný.

MUDr. Andrea Skálová

AKTUALITY

Cesta echokardiografie vede přes 3D technologie

V brněnském Centru kardiovaskulární a transplantační chirurgie (CKTCH) lékaři úspěšně využívají revoluční zobrazení srdce 3D sondou přes jícen. V aplikaci této metody navíc školí lékaře z celé republiky.

Zobrazovací metody v kardiologii a kardiokorologii představují důležité diagnostické nástroje, které podávají cenné informace o morfologii a funkci srdečně-cévního systému. K nejvýznamnějším patří echokardiografie, angiokardiografie (rentgenové kontrastní vyšetření srdce a cév), počítačová tomografie (CT) a magnetická rezonance (MRI). „Echokardiografii však mezi zobrazovacími metodami připadá prioritní postavení hlavně díky tomu, že má oproti jiným diagnostickým postupům řadu výhod – vyšetření trvá řádově desítky sekund, přístroje jsou dostupné, mobilní a relativně levné, zobrazení probíhá v reálném čase, zdravotní rizika jsou nulová a vše lze bez

omezení opakovat,“ říká o významu echokardiografie MUDr. Josef Nečas z CKTCH.

„Již před sedmi lety zakladatel CKTCH profesor Jan Černý pochopil, že další cesta v echokardiografii vede přes 3D technologie, a podpořil zakoupení přístroje s 3D sondou pro vyšetření přes hrudník. Postupně jsme s touto zobrazovací metodou začali získávat zkušenosti včetně vyšetření srdce při operaci na otevřeném hrudníku,“ říká o počátcích využití 3D technologií ředitel CKTCH docent Petr Němec.

Široké uplatnění

Echokardiografické zobrazování má ovšem i své omezení – nedokáže zobrazovat přes kosti a plí-

ce, které na hrudníku na mnoha místech stojí v cestě. Řešením je jícnové vyšetření, jež poskytuje zobrazení srdečních struktur v nejvyšší kvalitě. V CKTCH proto v roce 2007 zakoupili jako první u nás 3D jícnovou sondu.

„Do té doby se vyšetřovalo přes hrudník, ale nebylo to dostatečně výtěžné. Dostali jsme našťastě možnost zakoupit jednu z prvních sond pro vyšetření jícnem v Evropě. Jícen je hned za levou srdeční síní a je tak možné jedno z nejlepších zobrazení. Informaci lze získat během několika vteřin a v endoskopické kvalitě,“ popi-

suje výhody tohoto vyšetření Josef Nečas.

Další významnou oblastí uplatnění 3D echokardiografie je navigace u některých katetrizačních výkonů, při nichž se v srdci umísťují různé systémy uzavírající nežádoucí otvory (defekty síňového a komorového septa, uvolnění umělé chlopně, katetrizační náprava některých chlopněních vad apod.).

Jícnová 3D echokardiografie se stala součástí každého jícnového vyšetření, v CKTCH se nyní používají čtyři echokardiografické přístroje vybavené 3D softwarem a čtyři matrixové jícnové sondy. Toto vybavení tak patří k nejobhatšímu 3D arzenálu v kardiocentrech u nás. Díky zkušenostem 3D echokardiografickými zobra-



MUDr. Josef Nečas před monitorem s 3D zobrazením srdeční chlopně. | Foto: David Daniel

zovacími metodami bylo v brněnském CKTCH zřízeno školicí středisko pro celou Českou republiku, které slouží i k proškolení zahraničních kardiologů. Od února 2010 zde vyškolili třicet českých echokardiografistů včetně lékařů z Itálie, Maďarska, Litvy, Slovenska nebo Keni.

David Daniel

V Brně se zavádí speciální studijní modul pro nejlepší studenty

Talentovaní studenti budou moci působit na Lékařské fakultě Masarykovy univerzity (LF MU) jako špičkoví vědeckí pracovníci v oblasti biomedicíny nebo kliničtí lékaři nové generace, po vzoru prestižních zahraničních univerzit.

Nejlepšími studentům bude na fakultě věnována zvláštní pozornost. „Nový studijní modul nabídne kromě standardního obsahu pregraduálního programu Všeobecného lékařství také možnost rozšířené vědecké přípravy, postgraduálního vzdělávání v plném rozsahu klinických i teoretických oborů, základního výzkumu a bioinženýrství,“ uvedl proděkan pro klinické obory LF MU profesor Jaroslav Štěrba.

Podle něj je pro orientaci v problematice dnešní moderní medicíny zcela zásadní, aby pregraduální úroveň navazující postgraduální výuka zahrnovala právě vlastní praktickou zkušenost s vědeckou prací.

Krok do vědeckého světa

Vedle povinných předmětů tak studenti ve speciálním programu absolvují například předměty zaměřené na molekulární biologii, vybranou přístrojovou techniku nebo na získávání, zpracování a prezentování vědeckých informací. Po ukončení pregraduálního studia dostanou nabídku pokračovat ve vědecké práci v rámci doktorské-

ho studia společně s přípravou na specializační zkoušku (atestaci) ve vybraném klinickém oboru.

„V pilotní fázi fakulta nabídne účast v modulu pouze studentům oboru Všeobecného lékařství, do budoucna zvažuje rozšíření na další obory,“ doplnila spoluautorka programu a proděkanka pro denní studium LF MU Eva Táborská. Do modulu pro nejlepší studenty budou zájemci zařazeni podle výsledků středoškolského studia, přijímacích zkoušek, vlastní aktivity a prokázaného zájmu, například formou středoškolské odborné činnosti s biomedicínským zaměřením. Nezbytnou podmínkou je velmi dobrá znalost anglického jazyka.

Oboustranná prostupnost

„Modul je v této fázi oboustranně prostupný, zůstává otevřen i dalším posluchačům s výbornými studijními výsledky a motivací k vědecké práci. Studenti, kteří naopak neprokáží odpovídající výsledky ve studiu a vědecké práci, budou z modulu vyřazeni,“ vysvětlila Eva Táborská. Na podporu vybraných studentů fakulta otevře i speciální stipendijní program. (ktu)

Nové přístroje zvýší bezpečnost diagnostiky i léčby

V kardiocentrech Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně (FNUSA) proběhla rozsáhlá modernizace, v jejímž rámci bylo za více než 60 milionů korun nakoupeno 25 přístrojových celků, které rozšířily vybavení centra.



Foto: David Daniel

Účelem projektu bylo zvýšení úrovně kvality vybavení a standardů péče komplexního kardiovaskulárního centra FNUSA a zdokonalování kardiologické péče. Mezi nově pořízenými přístrojovými celky dominuje angiografická linka určená k diagnostice a provádění terapeutických zákroků. Rozšíření přístrojového vybavení o další angiografické pracoviště má přitom významně zvýšit kapacitu kardiocentra.

„Pacienti s akutními stavy budou ošetřeni přednostně bezprostředně po příjezdu na pracoviště bez nutnosti přerušení výkonu u předchozího pacienta, jako tomu bylo doposud. Rozšíření kapacity pracoviště samozřejmě zkrátí čekací doby na intervenční výkony,“ uvedl

primář I. interní kardiologické kliniky LF MU a FN u sv. Anny MUDr. Ladislav Groch.

Effektivní léčba život ohrožujících stavů

Kvalitu péče o pacienty přijaté akutně na koronární jednotku zvýší i nový přenosný ultrazvukový přístroj – *bed-side* echokardiograf, který pomůže zlepšit možnosti diagnostiky. Díky tomu nebude nutné převážet pacienta do specializované laboratoře, ale diagnostika bude možná přímo u lůžka. K dalším zařízením pořízeným v rámci modernizace kardiocentra FNUSA patří 3D mapovací systém, intrakraniální ultrazvuk a ablační jednotka. „Na oddělení elektrofy-

ziologie se tak zásadně rozšíří přesnost vyšetření a bude možné provádět nové typy zákroků, jakými jsou například ablace komorových arytmií,“ říká o dalším přístrojovém vybavení centra Ladislav Groch.

V případě komplikací bude pacientům zásadně pomáhat další novinka – chladič a ohřívací jednotka, která umožní efektivní léčbu život ohrožujících stavů kardiologických pacientů. Chlazení totiž po zástavě oběhu zvyšuje šanci minimalizovat u takových stavů poškození mozku.

Projekt modernizace a obnovy přístrojového vybavení komplexního kardiovaskulárního centra FNUSA představuje náklady ve výši 62 milionů korun a byl z 85 % financován z Evropského fondu pro regionální rozvoj prostřednictvím Integrovaného operačního programu, zbylých 15 % pokryly vlastní zdroje. Oproti plánovaným nákladům se přitom nemocnici podařilo podstatnou část ušetřit. „Odhad ceny vznikl na základě průzkumu trhu v době podání žádosti o evropské dotace, následně se ale podařilo vygenerovat úsporu ve výši přes 18 milionů korun a celkové náklady dosáhly necelých 62 milionů,“ uvedl ředitel FNUSA Petr Koška.

David Daniel

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, přijmeni, adresa, lekarska specializace** (v případě, že jste lékař) předplatitele. Cena SMS je 6 Kč včetně DPH. Službu provozuje go.NET 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. Svojí objednávkou předplatitel potvrzuje, že s těmito dodacími podmínkami souhlasí a zavazuje se jimi řídit. Svojí 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

GERONTOLOGIE

Aktivní stárnutí vyžaduje politickou i osobní angažovanost

V rámci projektu FRAM proběhl koncem listopadu v pražské Gröbeho vile mezinárodní workshop na téma „Aktivní stárnutí v ČR“.



Ilustrační foto: Shutterstock

Akce se účastnili odborní zástupci z řad gerontologie a geriatry, Národní sítě zdravých měst, politiků a architektů věnující se problematice stárnutí, tvorbě infrastruktury a plánování aktivit a služeb dlouhodobé péče na municipální úrovni.

Evropský projekt FRAM, představující „Nový rámec politiky pro aktivní, zdravé a důstojné stárnutí a poskytování služeb dlouhodobé péče“, má za cíl podpořit v členských zemích EU kvalitu, udržitelnost, dostupnost a efektivitu výdajů na služby zajišťující zdravotní, sociální a dlouhodobou péči. Tohoto cíle chce FRAM dosáhnout prostřednictvím nových pravidel a postupů, které by podpořily aktivní a zdravé stárnutí. Projekt sestává ze 4 klíčových aktivit: analýzy a sběru dat, výměny zkušeností, politických doporučení a šíření těchto doporučení.

Stáří jako příležitost, ne jako problém

Cílem workshopu bylo prezentovat modely dobré praxe a poskytnout prostor pro diskusi o přenositelnosti těchto modelů do dalších samosprávních regionů v České republice. Akce byla organizována Centrem pro studium dlouhověkosti a dlouhodobé

péče (CELLO) Fakulty humanitních studií UK.

„Evropská unie vyhlásila rok 2012 rokem aktivního stárnutí a solidarity mezi generacemi. Aktivní stárnutí zahrnuje mnohé aktivity jako zaměstnanost seniorů, jejich účast ve společnosti, nezávislý život,“ vysvětluje organizátorka workshopu a zakladatelka CELLO doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D., ředitelka Gerontologického centra Praha. „Důležitým předpokladem aktivního stárnutí je zdraví a co nejdříve zachování soběstačnosti. Avšak je třeba říci, že i nemocní lidé a lidé s disabilitou se mohou aktivně podílet na společenském životě. K tomu je nezbytné změnit pohled společnosti na stárnutí a vnímat stáří ne jako problém, nýbrž jako příležitost,“ dodává.

Současný pojem „aktivní stárnutí“, jak jej navrhla Světová zdravotnická organizace, vznikl postupně a tím se měnil i jeho význam. Zpočátku byl spojován zejména se zdravím a oddálením chronických onemocnění do vyššího věku, později – mimo jiné i s narůstajícím výskytem neurodegenerativních onemocnění – bylo „zdravé stárnutí“ nahrazováno spíše pojmy „úspěšné stárnutí“, „dobré stárnutí“ či „produktivní stárnutí“. „Zachování soběstačnosti je přitom úzce spo-

jeno nejen se samotným zdravotním stavem, ale také s prostředím, v němž člověk žije, ať se jedná o prostředí fyzické či společenské. Staří lidé potřebují široké spektrum služeb, aby mohli žít nezávisle. Prostředí plné bariér a s nedostatkem sociálních služeb může naopak soběstačnost výrazně omezovat,“ upozorňuje Iva Holmerová. Zdůrazňuje také význam dlouhodobé péče – systému zdravotnických, sociálních a dalších podpůrných služeb, jejichž cílem je podpora kvality života lidí s ohroženou či ztracenou soběstačností.

Pod vedením docentky Holmerové nedávno v 10 municipalities proběhl průzkum zaměřený na oblast aktivního stárnutí a poskytování služeb dlouhodobé péče s cílem vyhledat příklady dobré praxe. „Některé závěry z průzkumu nás tolik nepřekvapily. Například důraz kladený na mobilitu, bezbariérovost a vhodné bydlení; také aktivit pro seniory uvedené obce organizovaly hodně. Na druhé straně dosud v obcích chybí cílené pohybové aktivity vhodné pro staré lidi, málo pozornosti je věnováno zdravotní gramotnosti, ovládnutí počítače, bezpečí či finanční gramotnosti,“ udává gerontoložka. Zájem o seniory je podle ní výrazem politické kultury dané obce a vychází z osobní angažovanosti politika/koordinátora. Nedostatky byly nacházeny především v malých a okrajových obcích a v propojení zdravotní a sociální péče. Podrobné výsledky šetření lze nalézt ve „Zprávě o dobré praxi“, která je k dispozici u autorů.

Akční plán a zdravá města

V připomínkovém řízení je v současnosti „Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí“. „Tento program pro období let 2013–2017 vychází z principu, že stárnutí je celoživotní proces, v němž investujeme do jeho kvality. Součástí plánu je zajistit dodržování a ochranu lidských práv seniorů, kam patří právo na respekt, důstojné zacházení a vhodné životní podmínky,“

řekl poradce a analytik kabinetu MZ ČR Mgr. Tomáš Roubal.

Problematika seniorů je také součástí širší koncepce mezinárodního programu zdravých měst. Tento program u nás běží již 19 let, v současnosti je do něj zapojeno 107 členů, zahrnujících 2250 obcí, tj. 37% populace ČR. Součástí strategie zdravých měst je téměř 20 tisíc cílů (podrobnější informace lze nalézt na webových adresách www.zdravamesta.cz a www.databaze-strategie.cz). „Zdraví obyvatel patří mezi témata udržitelného rozvoje, součástí národního programu je například projekt „Města přátelská seniorům“, přičemž seniory patří mezi účastníky diskusních fór, na nichž probíhá plánování infrastruktury s veřejností,“ uvádí ředitel Národní sítě zdravých měst ČR Ing. Petr Švec.

„Důležité je navazovat na to, co dříve fungovalo, a sít aktivity na míru podle preferencí a zájmů seniorů,“ tvrdí Hana Rabenauptová z MěÚ Prachatice, která ve městě koordinuje zdravotnické a sociální služby poskytované dalšími subjekty (charitou, hospicem, krajským domovem pro seniory). V Prachaticích funguje například Rada seniorů a Poradní sbor zdravotně postižených a seniorů, řada seniorů je zapojena do komunitního plánování sociálních služeb. Ze strany politiků města mají tyto otázky výraznou prioritu a je jim věnována pozornost.

Nad tím, co potřebují staří lidé, jaká jsou jejich přání, obavy a představy o dlouhodobé péči, se zamýšlely autorky průzkumu Michala Peškeová a Olga Starostová z CELLO. „Z rozhovorů s 8 společensky aktivními seniorkami vyplynulo, že jejich přáním je vyhnout se stavu nesoběstačnosti a závislosti, zůstat co nejdéle doma ve vlastním, obavy naopak mají z instituce a nechtěného režimu, „osamělého života v čistotě“, bydlení ve dvoulůžkovém pokoji s cizí osobou bez osobních předmětů, ale také z terénních služeb. Seniorky vyjádřovaly přání bydlet v menším zařízení rodinného typu, na známém místě a moci samostatně

rozhodovat o svém programu,“ popsala Mgr. Peškeová.

Asistivní technologie a komunitní bydlení

Současným a budoucím možnostem asistivních technologií se věnovala prof. RNDr. Olga Štěpánková, CSc., z katedry kybernetiky FEL ČVUT. Konstatovala, že ve společnosti s 20% populace nad 65 let narůstají nároky na objem služeb dlouhodobé péče, naproti tomu však stojí nedostatek pracovních sil a prostředků. Řešení je třeba hledat jednak v propojení technologií a zdravotně-sociálních služeb, jednak v dalším rozšiřování nabídky služeb asistivní technologie. „Abychom mohli toto realizovat, potřebujeme mít jasné zadání, znát potřeby seniorů a připravovat e-péči na míru uživatelů,“ zdůraznila profesorka Štěpánková, podle níž se telepéče může stát mimo jiné lékem na sociální izolaci.

Koncept komunitního bydlení pro seniory na semináři prezentoval Ing. arch. David Tichý, Ph.D., z Centra kvality bydlení. Podle jeho slov podmínky obce charakterizovala proporce mezi individuálním a sdíleným prostorem, podobně jako to dnes známe z městských center. V pozdějším kolektivním bydlení, jehož extrémem jsou sídliště s paneláky, docházelo ke shlukování apartmánů, přičemž komunita se vytrácela. „Překlopený panelák pak představují satelitní městečka, kde se zdůrazňuje individualizovaná forma bydlení a komunita zde zcela chybí. Aby se zabránilo osamění, je nutné znovu nastolit přirozenou hierarchii bydlení,“ vysvětlil Ing. Tichý s tím, že prototypem takového bydlení je tzv. *senior cohousing*, představující platformu vlastního bydlení, společenských aktivit a vzájemné pomoci. Standardní komunitu by podle něj mělo tvořit 50–100 lidí (což je společenství dostatečně malé na to, aby se lidé znali jmény, a dost velké na to, aby si zde našli přátele). Vlastní komunitní bydlení vhodné pro seniory charakterizuje bezbariérovost, součástí by měl být například společenský dům, pěší areál, pokoje pro hosty... „Ukazuje se, že bydlení v těchto podmínkách oddaluje nezbytnou péči o seniory,“ uzavřel David Tichý.

Andrea Skálková

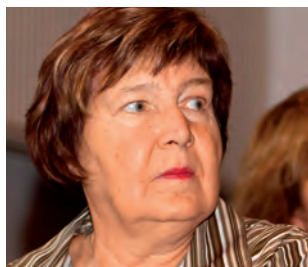


Foto: Leos Chodura

Mýty o stáří mají tuhý kořínek

Jedním z nevyraznějších příspěvků konference „Všechno, co jste kdy chtěli vědět o stáří, ale báli jste se zeptat“, kterou pořádala Aesculap Akademie a Fakultní nemocnice u sv. Anny v Brně, bylo vystoupení **profesorky Heleny Haškové**, jež mluvila o mýtech, které provázejí náš pohled na stárnutí a stáří.

Proč jste se ve svém příspěvku soustředila právě na mýty o stáří?

Odpověď je celkem jednoduchá. I když právě končí Evropský rok aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity, v jehož rámci byla diskutována problematika stárnutí a stáří věcně a pravdivě, mýtu o stáří se to příliš nedotklo. Ty žily, žijí a nepochybně budou žít dál. Mají totiž „tuhý kořínek“ spočívající v tom, že se jedná o vyprávění, které je v prostředí, kde vzniklo a kde koluje, pokládáno za pravdu prostě proto, že zrnka pravdy obsahuje.

Ve své přednášce jsem uvedla celkem třináct mýtů. Některé byly v anglosaské odborné literatuře popsány už v 70. letech minulého století (například mýtus falešných představ, mýtus homogenity, mýtus zjednodušené demografie), jiné vznikly později (například mýtus o chudobě seniorů, mýtus o úbytku sexu) a tři častá a „pravdivá“ vyprávění jsem si dovolila formulovat a zařadit je do kategorie mýtů já (mýtus o Alzheimerově chorobě, mýtus o bezplatném zdravotnictví a mýtus o nepečujících rodinách).

Co takové mýty znamenají pro společnost?

Význam mýtů se v praktickém životě občanů proměňuje. Stává se, že v určitém časovém úseku dominují dva až tři, které jsou časem vystřídány jinými, aniž by však ty první zanikly. Důvodů pro takové střídání mýtů na prvních pozicích je řada a obvykle mají charakter společenský, politický, nebo dokonce odborný. Nepochybně je třeba vzít v úvahu také česká specifika. I když většina mýtů vesele žije v celém moderním civilizovaném světě, přece jen je popularita jednoho či jiného závislá na situaci v jednotlivých zemích.

Považujete některé z tradičních mýtů za nebezpečné? A které jsou naopak neškodné?

Dejme si příklad: Za velmi nebezpečný a našimi politiky silně podporovaný mýtus považuji ten, který říká, že v době socialismu bylo zdravotnictví zadarmo. Nebylo a ani nemohlo být. Všichni občané tehdy platili obecné daně a složitým přerozdělováním ze státního

rozpočtu „šly“ peníze do zdravotnického systému. Jistě můžeme diskutovat o tom, že jich bylo málo a nebyly účelně využívány a podobně, ale tvrdit, že zdravotnictví bylo zadarmo, není pravda.

Když dnes stoupá spoluúčast pacientů, tak i ti starší pod opakovanou palbou nepravdy tohoto typu „zapomínají“, že platili daně, a tedy též přispívali na zdravotní péči. Ti mladší, kteří nezažili éru socialismu a vzhledem ke svému věku ani nemohli být v tehdejší postavení zaměstnance, pak takovému mýtu lehce uvěří. V obou případech pak vznikají reminiscence na bájně časy bezplatného socialistického zdravotnictví. A z celé nešťastné argumentace se stane politikum, které, jak jsme viděli, se jistým způsobem promítne i do volebních preferencí Komunistické strany Čech a Moravy.

A ten neškodný mýtus?

Já bych řekla, že je to určité efektivně božený mýtus o úbytku sexu ve stáří. Až do nedávné doby se problematice sexu a erotiky ve stáří nikdo odborně nevěnoval. Neříká divu, byly důležitější starosti. V posledních letech se však otázka sexuality seniorů stala atraktivní. Vznikla řada odborných studií dokládajících, že opravdu „láska kvete v každém věku“. Také film Andriase Dresena „Sedmé nebe“ a třeba knihy Renaty Daimlerové detabuizovaly sex ve vyšším věku za mimořádného zájmu celé české veřejnosti. Přesto je však nutné dodat, že problematika takzvaného přijatelného partnera, tedy toho, kterého si žena či muž namluví a rozhodne se s ním žít až v seniorském věku, trvá.

Jak vnímáte všeobecně přijímaný kult „věčného mládí“ ve společnosti a zejména v médiích?

Kult věčného mládí nevznikl náhodně a společně s takzvanou ideologií práce ovládl celý moderní a ekonomicky vyspělý svět. Média jsou toho pouze odrazem a je palčivou otázkou, zda a jakým způsobem mají zejména ta veřejnoprávní přispívat k větší prezentaci starších spoluobčanů. Dobře se jim to daří v pořadech, kam zvou všeobecně známé a uznávané herce a zpěváky seniorského věku. Aby se neprohluoval *ageismus*

a naopak utužovala mezigenerační solidarita, měli by být starší spoluobčané přirozenou součástí všech mediálních prezentací. Věkově segregovaná kultura (třeba úspěšný pořad „Barvy života“) je v určitém rozsahu vítaná, ale měla by být jen doplňkem pořadů pro všechny a se všemi.

Jak se s tím srovnává jiný jev – trend aktivního stárnutí? Neříká to jen součást podřizování se diktátu „povinného“ věčného mládí?

Předně je třeba říci, že lidé si vždy a ve všech historických dobách přáli žít nejen dlouho, ale také šťastně. Ono štěstí je v posledních padesáti letech zřetelně spojováno s mládím a plastičtí chirurgové by jistě mohli vyprávět o tom, co vše jsou ochotny některé ženy (ale i muži) podstoupit pro svůj mladistvý vzhled.

Dále je třeba zdůraznit, že si lidé všech věkových kategorií a ve všech dobách přáli být zdraví a nemocí se pochopitelně báli. I když stáří rozhodně není synonymem nemoci, přece jen všichni víme, že onemocnět nebo postupně ztrácet soběstačnost je právě s přibývajícím věkem realitou. Celý koncept úspěšného, respektive zdravého stárnutí koreluje s přáním všech lidí: žít spokojeně, pokud možno bez zdravotních komplikací, a když už život člověka musí skončit, tak tedy po rychlém a krátkém stonání. Odborně se hovoří o komplexní nemocnosti a to je úžasný cíl, jenž má své klady v osobní pohodě seniorů a jistě potěší i ekonomy, kteří se zabývají financováním zdravotní péče ve vyšším věku. Jediná cesta, která klidně, postupně a zároveň spokojeně stárnutí se závěrečnou kompresí nemocnosti zaručí, je aktivita. Takže aktivní senior je požehnáním sobě, rodině i společnosti.

Jak vážný problém v českém prostředí představuje *ageismus*? Mají v boji s ním smysl aktivity podobné například ženské emancipaci na začátku minulého století?

Ageismus je nepochybně velký problém. Zčásti konkrétně známý, zčásti tušený, protože některé známé averze vůči starším spoluobčanům představují jen pověstnou

špičku ledovce. Problém je komplexní a řešení nesnadné.

Něco mohou udělat i aktivní seniři, kteří se budou dál chovat sebevědomě a budou slušně, ale důrazně usilovat o své upírané místo na slunci. V tomto smyslu snad lze nějaké analogie s někdejší emancipací žen najít. Problémem je, že jim musí být ochotni naslouchat ti mladší, ať již v rodině, komunitě nebo celé společnosti. To se příliš nedaří, respektive je opakovaně prokázáno, že mezigenerační dialog „vážne“, a jedním ze způsobů jak na problém upozornit je i současný celoevropský důraz na mezigenerační solidaritu.

Ovlivňuje přístup k seniorům proměna současné rodiny?

Evropská – a s mírným časovým posunem i česká – rodina se výrazně proměňuje. Všichni víme, že moderní rodina je křehká, rozvodovost vysoká a opakované sňatky komplikují stávající rodinné vztahy zejména dětem. K tomu všemu přibývá nesezdaných partnerství a rodičovství a stále populárnější je i volba *single life*, tedy svobodného individuálního života s programovou bezdětností.

Problém je v tom, že se zatím příliš nezabýváme tím, jak to bude dál. Už současní seniři okrouží hlavou nad změnami rodinnými scénáři. Když se jejich dospělé děti rozhodnou pro *single life*, litují, že nebudou mít vnoučata. Někdy jich ovšem v opakovaných sňatcích svých dospělých dětí mají řadu. To je sice těší, ovšem o kterého z četných vlastních i nevlastních, ale starajících se prarodičů se takové dospělé vnouče bude ochotno starat? Péči o všechny jistě nezvládne.

Za větší odbornou pozornost by zajisté stála problematika především budoucích zdravotnických a sociálních služeb, jmenovitě rezidenčního bydlení seniorů. Už teď je zřejmé, že takové služby si budou moci dovolit především majetní lidé (13–15 % v populaci) a pak ti, kteří žili jako *singles* a věnovali se své finančně úspěšné kariéře. Zbývá dopovědět, že v uvedených službách budou pracovat děti těch rodičů, kteří si právě proto, že se jim rozhodli darovat život, výrazně, a někdy dokonce celoživotně snížili životní úroveň. První zkuš-

nosti tohoto typu jsou známy například z Německa, kde populace *singles* stojí na prahu svého raněho stáří.

Jakou roli může hrát stát, pokud jde o tak komplexní problematiku, jako je stárnutí a stáří?

V současnosti jsme svědky výrazné redukce až demontáže sociálního státu. Šetřit se jistě musí, ale koncepčně a uváženě, tedy na správných místech. Stát v žádném případě nemůže rezignovat na některé povinnosti, k nimž je i zavázán řadou nadnárodních a národních smluv.

Citlivou a aktuální otázkou je zaměstnávání osob vyššího věku, když víme, že už někteří 50+ mají nemalé potíže uplatnit se na trhu práce. Mnozí starobní důchodci dále pracují a jiní by rádi pokračovali, pokud by se našlo vhodné místo. Pozitivní diskriminace v tomto směru je však riziková, neboť by mohla posílit ageistické postoje mladších věkových kategorií. Cílené vytvoření pracovních míst pro seniory za situace, kdy práci nemají ani absolventi vysokých škol, by bylo kontraproduktivní. Přesto je třeba situaci na trhu práce věnovat zvýšenou pozornost, kterou nelze redukovat pouze na proklamativní dobré úmysly.

Kde je jeho role podstatná?

Nepochybně je stát odpovědný také za dostupné zdravotnické a sociální služby pro všechny, a to nejen finančně, ale i geograficky. Zatím panuje nekonceptní zmatek, kdy zejména uvedené služby pro seniory nejsou účelně provázané. Kritizovat umí každý, ale vytvořit promyšlenou koncepci zdravotně-sociálních služeb umí málokdo. V tomto smyslu lze uvítat „Národní program aktivního stárnutí“ i vládou schválenou variantu celosvětového „Plánu Alzheimer“ . K určitým pozitivním změnám došlo rovněž v návaznosti na „Evropský rok aktivního stárnutí a mezigenerační solidarity“, který u nás poukázal na řadu problémových oblastí, jež je třeba řešit ve středně- i dlouhodobém výhledu. V tom smyslu máme zcela jistě práce nad hlavu, a jaké podmínky si pro svůj seniorský věk připravíme, takové je budeme mít.

Jako vězni zakleté časové smyčky

Motto: Politické ideály určitého národa a jeho postoj k moci jsou zároveň následkem i příčinou politických institucí, které mu vládnou.

(Friedrich von Hayek)

Zdá se, že ministerstvo zdravotnictví vyhrálo krucióální zápas o VZP. Určitě ve složení správní rady, jejímž předsedou se stal Petr Nosek. To je nadějně. Teď bude mimo jiné možné trochu prohrábnout účty a zjistit, kdo koulel a kdo přikuloval. Rozpačitější jsem z překabáčení na postu generálního ředitele. Snad jde o úlitbu úhlavnímu koaličnímu partnerovi. Máme-li věřit médiím, neprovází nového ředitele zrovna na nejskvělejší pověst. Nevím. Nejsem si jist. Mně osobně jen zaskočil slabou znalostí českého jazyka, neboť se držím aforismu, že jaká gramatika, taková politika. Jeho první věta citovaná v médiích začíná otřesným agramatismem „budeme se soustředit“. Tak jsem zvědav, na co se nový šéf bude soustředit, až bude nastoupit do funkce. Zda nám třeba bude přidat nějaké peníze? Budeme uvidět. Ale pryč od konkrétní osoby, uříct se dnes může každý. Mohou-li lékaři V4 protestovat za fungující systém, je už dnes zřejmě možné řídit slova za sebe úplně jakkoli.

Entropizace vyjadřovacích schopností

Vede mě to spíš k obecnější úvaze: Už neumíme česky. Ztrácíme cit a elementární gramotnost. Denně slyšíme i čteme bizarní předložkové vazby, podivuhodné neologismy, mylně použité významy slov, popletená ustálená rčení, zkomolené internacionality, chybné pády a osoby i nepatřičná zájmena, a dokonce slovesné vidy. Začínáme mluvit jako cizinci ze třídy středně pokročilých, ale nepříliš snaživých studentů češtiny. Jako bychom se tu ani nenarodili. Naše vyjadřovací schopnosti valem entropizují.

Nejde o teoretický lingvistický problém. Jazyk je vnějším obrazem mysli. Jejho formátování. To znamená, že tato žalostná ztráta gramatiky i sémantiky koreluje s rozpadem myšlenkových paradigmat, tj. rámcových pravidel logických operací. Ta jsme si v průběhu staletí vytvořili proto, aby jedna mysl byla kompatibilní s jinou. Moderně informaticky řečeno, všichni jsme si stáhli do hlavy stejnou aplikaci. Abychom sdíleli tytéž vzorce jazyka.

Abychom měli stejný zdrojový kód. Prostě bychom se domluvili, tedy bychom témuž výroku přikládali totožný význam. Protože pokud ne, pak se tomu říká schizofrenie (MKN: F20). Někteří by asi měli nosit na čele varovnou samolepku: „Pozor, zavirovaný mozek. Připojení jen na vlastní nebezpečí.“ To není skrytá reklama na Avast, ale podnět k vážnému zamyslení.

Reakce štěpu proti hostiteli

Leč opusťme jazykový koutek. V dnešní rozčilené, z kloubů vyviklané době všeobecné pomatenosti a revolučních výzev si naléhavě klademe širší otázku: Proč vůbec jde u nás všechno posledních dvacet let tak zvláště našreko. Dobré úmysly přináší výsledky radikálně odlišné od našich očekávání. Nic nedopadne podle původního záměru, všechno vyjde více či méně kontraproduktivně. Přenesené cizí zkušenosti se chovají jako reakce štěpu proti hostiteli. Čtu úvahy, v nichž každý nalézá a poté generalizuje nějakou jinou jednotlivost. Ta se však nakonec ukáže ne jako příčina, ale zase jen dílčí následek v celém řetězu malérů.

Osobně věřím, že je to ve staleté mentalitě, zadřené jako škvára v dlaních nešikovného cyklisty, mentalitě, která jako *soundtrack* nemilosrdně podkresluje tisícileté dějiny tohoto státu, nehledě na právě panující režim. Ten se jí spíš nakazí a harmonizuje se s ní, než aby ji zlomil. Feudalismus, komunismus, demokracie, reformace či transformace, všechno jedno. Panoptikum země české, démoni minulosti. Ona mentalita se vyznačuje zabeđenou rigiditou a xenofobií. Ostatně, potýkala se s ní již první přemyslovská knížata, později dokonce ošklivě narazil i sám Karel IV. Snadnost opičení se v nepodstatných, povrchních jevech s tím není vůbec v rozporu. Naopak tuto tezi významně podporuje.

Dorazí-li k nám jakákoli civilizovaná novinka ve sféře organizace společnosti, vyvíjí se obližně ve



MUDr. Milan Novák
neurolog@centrum.cz

třech fázích: 1. apriorní odpor (dříve: „Cizácké mravy!“, dnes: „Zas ta EU!“), 2. nepochopení principu, 3. v důsledku toho zkarikování formální stránky věci, na níž si celou věc zredukujeme. Výsledkem je třínohý kůň s vemenem,

prázdna byrokratická hovadina, která je pochopitelně právem kritizována, což nás zpětně utvrzuje v oprávněnosti primárního odporu: „Vidíte, vždyť jsme to říkali!“ Beznadějným zacyklením tohoto mechanismu jsme se při pokusech o re-civilizaci této země dostali až tam, kde se právě nalézáme. Což je ono příslovečné a silně frekventované místo, které nemá salonní pojmenování. Metaforicky řečeno, nerozumíme, proč Petr Veliký oholil svým bojarům jejich pravěkých staroslovanských plnovous. Hloubka symboliky toho činu nám uniká, možná v nevyřčené obavě o naše vlastní plnovousy. Mimochodem, vůbec to nepomohlo.

Malý, ale dokonalý příklad

Dnes vynecháme všechny ty Opencardy, sKarty, státní maturity, registry vozidel, internet do škol, elektronická výběrová řízení, volbu prezidenta či další velké blamáže a pojďme si pro malý, ale naprosto dokonalý příklad do zdravotnictví. A tím je informovaný souhlas.

Pro velký úspěch se k němu vrátím letos podruhé a podrobněji. Především, že jsem byl účastníkem četných diskusí na toto téma, vyslechl stížnosti řady kolegů z různých zařízení a v jedné nemocnici bylo mým úkolem předělat kolegům z invazivních oborů celkem 88 informovaných souhlasů. Skoro jsem při tom zavařil klávesu DELETE.

Co je společnou bolestí? Především kormutlivě nepochopení, proč to vlastně děláme. Kterýmžto pádem to ani nejde provést správně. Takže, děláme to kvůli tomu, že pacient má právo na autonomii osobnosti, to jest na svobodné rozhodování. Podmínkou *sine qua non* pro konzumaci tohoto práva je odpovídající informovanost. To znamená, že je celkem lhohostejné, kolik stránek nesro-



ilustrace: alothmanblog.com

zumitelného blábolu v odborné hantýrce jsme napsali a kolik komplikací jsme vyjmenovali. To nám každý soud hodí na hlavu. Podstatná není informace vyslaná, ale informace přijatá. Tedy zda měl průměrně vzdělaný pacient šanci pochopit to podstatné tak, aby mohl poučeně vyslovit své *ano* či *ne*.

Tango mortale nad propastí

Informovaný souhlas nás nijak nechrání před odpovědností za výkon, který by nebyl odveden v souladu s náležitým odborným postupem (historická zkratka: *lege artis*). Chrání nás, a to jen relativně, před lidskoprávní žalobou o nemateriální újmu, která by spočívala v tom, že jsme nevytvořili dostatečné věcné (= informační) podmínky k právu rozhodnout se. Všichni ten kouzelný starý francouzský film známe: *Kdyby sem to bejval věděl, tak by sem sem nechodil*.

K tomu je třeba s pacienty také určitým způsobem hovořit. Je-li kontakt formální a odtazitý, jen málokterý nemocný položí nějakou otázku. Oni se zhusta neptají ani při vší vstřícnosti. Kývají, že chápou, aby se neztrapnili či „aby se pan doktor nezlobil“. Potom se vyptávají na základní věci sestřiček a spolupacientů. Čili ke kladení dotazů je nutno povzbuzovat i nonverbálně, postojem a mimikou. A občas si kontrolní otázkou ověřit pochopení. Volit jazyk i míru partnerství versus patriarchálnosti přístupu úměrně osobnosti pacienta. Čím slabší IQ, tím více patriarchálnosti. A vystihnout ty nemocné, kteří partnerský přístup vnímají jako nežádoucí nejistotu lékaře.

I tak si nejsem jist, zda lze ve smyslu zákona úplně efektivně poučit debila. Ale slaboduchého určitě. Jde jen o nervy a čas. Nezasťírám, že velký problém může nastat s psychopatem. Avšak

právne a v důsledku finančně se ta snaha vyplatí. Nikoli do přehřle jen velmi relativně indikovaných vyšetření a léků, ale sem, do oblasti práva a dokumentace, je třeba přelít náš omluvitelný alibismus. Protože medicína je moc nebezpečné povolání. Smrtící tanec nad propastí. *Tango mortale*. A bude hůř. Je tudíž poněkud neprozíravé nadávat na papíry, které nás, jsou-li správně pojata, mohou účinně ochránit. Dělat medicínu bez kvalitní papíroviny je jako výlet do Kábulu bez neprůstřelné vesty. Takže hlavy ven z písku a do střehu!

Méně znamená více

Nikdy samozřejmě nelze dosáhnout stoprocentní informovanosti. Neurotická snaha po kompletnosti je kontraproduktivní. Datové zahlcení pacienta příjem podstatných informací invalidizuje, což nám může soud rovněž vyčíst. Jsme tak mezi dvěma mlýnskými kameny. Cestou ven je zásada, že méně je někdy více a kdo chce moc, nedostane nakonec nic. Prioritou je srozumitelnost. A tady se při pohledu na některé texty ukazuje, že neumíme mluvit s laiky.

Perličkou budiž sdělení v jednom informovaném souhlasu s orchitektomií: „Po otevření šourku varle exponujeme, jeho obaly incidujeme a poté ho vyluxujeme.“ Katastrofální nepochopení lékaře nespočívá jenom v jazyce *hatla-matla*, který nemocnému neříká vůbec nic, dokonce ani v nešťastném výrazu „luxování“, který v laikovi vzbudí zcela jiné a v kontextu poněkud děsivé konotace. Jde hlavně o nesmyslnou nadbytečnost takového sdělení *en bloc*, tj. podrobného výkladu operační techniky, jako kdyby šlo o urologické seminář. Nebyl jsem nikdy u toho, když (a pokud) tito kolegové hovořili s pacientem. Ale ta představa mě ještě dlouho strašila za bezesných nocí.

Jedno z největších nepochopitelných spočívá v představě, že informovaný souhlas je jen obtížný papír, který pacient musí za každou cenu podepsat, což zařazuje sestru jako jednu z položek banální administrativy. Chybá lávky. Papír je sekundární, primární je rozhovor lékaře s pacientem. Sestra tu nehraje vůbec žádnou roli. Teď kus zdravého rozumu: Přeci jsme se vždycky nějak bavili s pacientem o tom, co chceme dělat a proč. Nebo snad ne? Písemný souhlas následuje jako jakési memorandum, stručný a výstižný zápis z takového rozhovoru, klidně v bodech. Komu se nevejde na jednu stranu A4, písmo Arial 10, řádkování 1, pak nechť takový text zahodí a začne úplně znovu. Takový text radím ani nezkušet předělat, například v zájmu kontinuity, neboť kontinuita je právě to, čemu je nutno za každou cenu zabránit.

Podstata a rizikovitost

Co pacienta zajímá? Podstata výkonu: *Asi odtud potud vám rozřízeme břicho a vyndáme vám váš kamenitý šnítý žlučník. Tadyhle vám otevřeme hlavu zhruba v tomto rozsahu a tuď ten nádor vyndáme. Pak to zase zavřeme a uklidíme po sobě tak, že to za chvíli ani nebude vidět.* A tak dále. Proč se výkon dělá? Co hrozí, když se neudělá? Nedá se to řešit nějak jinak se zhruba rovnocenným výsledkem? A pokud ne, jaké jsou šance? Je to fifty fifty, čili hop nebo trop? Nebo prospěch řádově, v desítkách procent, převyšuje rizika? A jaká ta rizika jsou (neboť pro každého jsou indivi-

duálně přijatelná, respektive nepřijatelná jiná rizika)? Nikdy je nelze vyjmenovat všechna. Tady narážíme na preferenci srozumitelnosti nad vyčerpávající úplností a je třeba udělat rozumný kompromis u vědomí toho, že nesrozumitelné poučení rovná se žádné poučení. To je klíčový poznatek.

Rizika je nejlepší vybírat podle dvojkritéria závažnost/četnost. To znamená, že se určitě uvedou i vzácnější rizika závažná, z nezávažných pak ta frekventní. Jistě můžeme v pádě sporu narazit na soudce, který to nechápe. To je riziko podnikání. Jakéhokoliv. My své právní riziko informovaným souhlasem nevylučujeme, jen výrazně snižujeme.

Závažnost rizika nemusí být jen obecně vitální. Musí být vztažena k povaze výkonu. Například informace o tom, že sterilizace má těhotenské číslo vyšší než nula, byť jen nepatrně, patří při poučení před tímto výkonem rozhodně mezi mimořádně závažná a tím prioritní sdělení. Pacientka v pádě selhání asi nevy soudí újmu na zdraví, protože těhotenství je fyziologický děj. Ale vysoudí, a to pravděpodobně mnohem více, při žalobě na porušení práv. To dá rozum. Jak se mohla v dalším životě rozhodovat, když neznala zcela zásadní informaci týkající se samé podstaty toho, co si dala udělat? Následuje sdělení, co pacientka čeká po výkonu. Bude nějak omezen? Jak? A na jak asi dlouho? Bude zase někdy moci dělat to, co dělal dosud a na čem mu

záleží (pracovně, rekreačně)? Samé logické otázky, které bychom kladli také, pokud by nám měli něco provést v oboru, v němž se nevyznáme.

Je to všechno v odstavci (2) paragrafu 31 zákona č. 372/2011 Sb., písmeno a) až e). Tedy pouhých pět bodů. To Mojžíš jich z hory Sinaj přinesl dvakrát tolik, ale stačily mu dvě kamenné desky s hodně velkými písmeny. Nikde není psáno, že co bod, to stránka A4, Times New Roman 8. Zákon tu opakuje slovo „srozumitelný“. Jako by autoři předlohy tušili, že přesně tady to nezadržitelně zvoráme.

Právní, selský a medicínský rozum

Další omyl spočívá v tom, že pacient musí vždycky něco podepsat, a to i když vzhledem k okolnostem (naléhavost výkonu, premedikace, stres v časové tísní) nemá šanci se s poučením seznámit, pochopit ho, promyslet a ptát se. Podpis během poklusu vedle vozíku směr sál je absurdní. Situace ani náznakem nesplňuje náležitosti informovaného souhlasu. Je to bezobsažný rituál, podpis je neplatný a ono „poučení“ je právně nulitní, protože neúčinné a nekonzumovatelné. V naléhavých situacích je lepší jednostranně do zdravotnické dokumentace několika větami zapsat, že nemocný byl poučen o absolutní indikaci i časové naléhavosti s tím, že jde o bezprostřední vážné ohrožení zdraví či života, byť výkon není bez rizik. Že pacient těch několik vět zjevně

pochopil a dal jednoznačně najevo takovým a makovým způsobem svůj souhlas. Podpis, svědek, tečka.

Mám zkušnost, že mnoha kolegům stále není jasný rozdíl mezi neodkladnou a plánovanou péčí, a to ani v debatách, ani v praktickém počínání. V režimu neodkladné péče ani žádný souhlas není zapotřebí, pokud pacientův zdravotní stav neumožňuje validní souhlas podat. Pokud umožňuje, je i tak logicky nutné postup modifikovat ve výše naznačeném smyslu. Nelze použít rozsáhlý materiál, jaký se dává k domácímu samostudiu pacientovi, který má za půl roku termín na TEP. Všichni ten rozdíl asi cítíme. Jde o nesrovnatelné situace, přičemž právní, selský a medicínský rozum jsou tu výjimečně v souladu. Toho je třeba si vážit a nevytvářet zbytečné problémy. Máme jich dost.

Stejně tak nedává smysl ona oblíbená věta, že pokud během výkonu dojde k neočekávaným komplikacím, pacient souhlasí s jakýmkoli zákrokem, který lékař uzná za nutný pro záchranu života a zdraví. Takováto *carte blanche* jednak nesplňuje požadavky kladené na informovaný souhlas, jednak je nadbytečná. Lékař má ve smyslu neodkladné péče toto právo i povinnost rovnou ze zákona a žádný souhlas nepotřebuje.

Nový rok, ze slepého ramene krok

Shrnutí: Zcela prvotní je rozhovor s pacientem. Takže proč ty

texty vůbec píšeme? Kromě několika zákonem daných situací je to volba každé nemocnice. Zákon nám jen nařizuje pacienta poučit a na základě poučení provést výkon pouze s jeho souhlasem. Techniku provedení nám zákon neříká, jenom témata: O čem všem pacient musí být poučen. Jenže problém je v tom, že to v případě potřeby také musíme umět prokázat. Pokud by pacient řekl, že nebyl poučen a nedal souhlas, je důkazní břemeno na naší straně. A unést ho bez lejsotra (či autorizovaného audiozáznamu, pokud by snad někomu přišel jednodušší) by nebyla žádná sranda. Ten papír však obsahem ani způsobem pořízení nesmí popřít svůj vlastní účel a stát se tak bezcenným. Protože s blbým papírem neuneseme důkazní břemeno stejně jako bez papíru. Dokonce by se mohlo stát, že žádný papír by byl menší malér než hodné blbý papír.

Omlouvám se za takové těžké téma před svátky a přeji veselé Vánoce. Jo a taky úspěšný Nový rok. Bez legrace. Moje největší přání je, abychom konečně přestali blbnout, silou mocí zvrátili své nešťastné osudové předurčení a vykročili ze slepého ramene dějin. Aby už pominula doba věčného českého podučitelství, éra Václavů Klausů, poručíků Dubů a Josefů Švejků, epocha zatvrzelé malichernosti a skuhravé národověcké křeče, jakož i čas prudičů všeho druhu s jejich vztyčenými ukazovákky. Nebojme se být normální. Nemělo by to být až tak obtížné.

Inzerce A121016644

Mladá fronta divize Medical Services představuje



Hippokratovské hovory

Setkání s osobnostmi české medicíny

Exkluzivní knižní výběr rozhovorů z naší rubriky „Představujeme“ za posledních několik let předkládá zajímavé, někdy až strhující životní příběhy dvacítky výjimečných osobností české medicíny (mj. profesoři Mařatka, Šamánek, John, Špičák, Dienstbier a řada dalších). Mnozí z nich jsou průkopníci či přímo zakladateli svých oborů u nás, často navzdory překážkám a ústrkům ze strany minulého režimu. Jejich osudy dokazují, že kde je vůle a víze, vždy se najde i cesta. V širší souvislosti lze jejich vyprávění považovat rovněž za svého druhu cenný historický dokument vypovídající o stavu naší medicíny, vědy, ale i společnosti v uplynulých desetiletích.

Editor: Martin Čermák

Doporučená cena 240 Kč (knihu, která se může stát tipem na hezký vánoční dárek, lze objednat na níže uvedených kontaktech)

MEDICAL SERVICES

komplexní informační servis ve zdravotnictví

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

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





Z jaderného fyzika specialistou na nedonošená miminka

Eva Pavlatová
Foto: Leoš Chodura

Primář neonatologického oddělení Nemocnice Na Bulovce MUDr. Martin Čihař je jedním z odborníků, kteří stáli u zrodu intenzivní péče o nedonošené děti a děti s nízkou porodní váhou.

Co vás vedlo k výběru medicíny jako svého povolání?

Náhoda. Rodina v roce 1968 emigrovala, ale ačkoli se nám ve Švýcarsku dařilo skvěle, po několika měsících jsme se vrátili zpět do Československa. Naši totiž byli oba jedináčci a chtěli se postarat o své rodiče. A tehdejší režim nám potom všem tu emigraci „spočítal“. Mně tím, že jsem nesměl na gymnázium, po kterém jsem chtěl jít na architekturu. Dostal jsem se nakonec na Střední průmyslovou školu jaderné techniky a studoval obor Elektronika jaderných zařízení. Když za mnou ve třetáku přišel tatínek, který byl biochemik, s otázkou, kam půjdu po maturitě, zvolil jsem si pragmaticky medicínu, protože to byla jediná vysoká škola, u které mi mohl částečně pomoci s přípravou. Kromě jaderné fyziky jsem se tedy začal učit ještě biologii, chemii a latinu, abych k přijímačkám alespoň něco uměl.

Kdy jste se rozhodl pro pediatrii a péči o nedonošené děti?

Studoval jsem Fakultu dětského lékařství UK v Motole a toužil dě-

lat dětskou chirurgii. Poslední dva roky jsem už na chirurgii praktikoval a domníval se, že na ni také nastoupím. Měl jsem to slíbené. Jenomže už za studií jsem založil rodinu a v Praze jsme neměli kde bydlet. Náš bytový problém jsme tedy vyřešili přestěhováním se do Moravských Budějovic, kde jsme měli k dispozici dům po dědovi, a já začal pracovat na dětském oddělení v nemocnici ve Znojmě. Přislíbili mi práci na chirurgii, po návratu z vojny už to však neplatilo. Na pediatrii jsem ale zůstal, byť to nebyl můj vysněný obor. A dnes jsem moc rád, že to tak dopadlo.

K neonatologii to pak byl už jen krůček?

V rámci povinného kolečka jsem pár měsíců působil ve znojemském kojeneckém ústavu, kde v té době fungovala také stanice nedonošených dětí. Všechny nezralé děti, které se narodily ve znojemské nemocnici, mohly být převezeny buď do Brna, nebo do onoho kojeneckého ústavu, kde se o ně s minimálním vybavením pečovalo. Převoz do Brna byl naprosto iluzorní, protože tak malé děti ve-

lice špatně snášejí transport. Navíc brněnské zařízení tehdy stejně nemělo dostačující kapacitu. Přístroje pro řízení dýchání tam většinou měli obsazené většími dětmi se zápalu plic. Museli jsme to tedy zvládnout sami.

Do té doby se dětem s nízkou porodní váhou vůbec neposkytovala ventilační podpora, a tak jsem víceméně na kolenech začal vyrábět různé pomůcky a jednoduché přístroje na podporu dýchání. A to, že jsem mohl něco vymýšlet, vylepšovat a zařizovat, mě ohromně chytlo a vlastně se i stalo důvodem, proč jsem se začal více věnovat neonatologii.

Zřejmě se vám práce dařila, když se o vás dozvěděli až v Praze...

Často jsem jezdil do Prahy na různé krátké stáže a kamarádi z dětské nemocnice v Motole a z novorozeneckého oddělení v Apolinářské mi pomáhali, ať už se získáním technického materiálu nebo se sestrojením některých jednoduchých přístrojů. Právě při jedné takové stáži, kdy už jsem zdárně dokončil vybavení jednotky intenzivní péče pro nedonošené dě-

ti ve Znojmě, mě zlákala primářka Jana Melková na novorozenecké oddělení gynekologicko-porodnické kliniky v Apolinářské. Nabídla mi vysněné místo. Přesun do Prahy ovšem nebyl jednoduchý, protože jsem už tehdy měl dvě malé děti a bydlení na Moravě. Také přechod z okresní nemocnice na kliniku byl složitý, byť už jsem v oboru nebyl žádný „zajíc“.

Tehdy, v 80. letech, v neonatologii docházelo ke střídání generací odborníků. Lékaři, kteří do té doby o nedonošené děti pečovali, nebyli zvyklí na intenzivní péči, jež se začala velmi rychle měnit a rozvíjet. A ačkoli to byli výborní doktoři, neměli už většinou energii začínat úplně od nuly a úplně jinak. Ve vedení neonatologických oddělení jsme tedy již po dobu dvaceti až pětadvaceti let prakticky jedna parta, která do oboru naskočila, když nám všem bylo kolem třiceti. Jednu dobu jsem byl ve svých dvaatřiceti letech nejstarším lékařem týmu.

Neonatologické oddělení v Nemocnici Na Bulovce jste opět vytvářel sám od základů?

V roce 2006, kdy jsem pracoval na neonatologii v Motole, mě oslovila Nemocnice Na Bulovce. Odjakživa tady byla obrovská porodnice, ale neměla vůbec žádné neonatologické zázemí. Když se tu narodilo dítě, které mělo sebemenší problém, muselo být přeloženo na jiné pracoviště. Přitom se zde nacházely nádherně nevyužité prostory. Dostal jsem ohromnou šanci vybudovat si vše podle svého, což bylo velmi příjemné. Před vedením nemocnice jsem předstoupil se svou koncepcí. Měl jsem celkem jasnou představu, jak by oddělení mělo vypadat jak po stránce prostorové, tak z hlediska přístrojového vybavení a personálního obsazení. Se stavebním projektem mi tehdy pomáhala moje dcera – architektka, která vytvořila i první náskry. A všechno se nakonec opravdu povedlo.

Co bylo nejtěžší? Sehnat technické vybavení?

Ne. Nejtěžší bylo vše dojednat se zdravotními pojišťovnami a s ministerstvem zdravotnictví. Na vybavení přístroji se podílelo více složek. Jak správně tušíte, nejedná se

PŘEDSTAVUJEME

o levnou záležitost. Vybavení pro jedno děťátko na úrovni, kterou my potřebujeme, má hodnotu přibližně jeden milion korun. Část financí poskytla nemocnice a mně se podařilo sehnat dostatečné množství sponzorů, z nichž největším byla Nadace Kapka naděje Venduly Svobodové, která nám pořídila prakticky všechny inkubátory a veškerou techniku na podporu dýchání.

Tak mě napadá – jste víc lékař, nebo manažer?

O oddělení jsem se prostě musel postarat. Cenil jsem si toho, že jsem měl volnou ruku i v personálním obsazení. Původně zde pracovalo jen osm sester a jedna lékařka, nyní máme přes čtyřicet sestřiček a sedm lékařů. Hodně mi záleží na tom, aby to fungovalo po lidské stránce. Aby si lidé vyhovovali. Potom se zcela jinak pracuje... Z Motola se mnou přišly dvě zkušené lékařky, ohromně mi pomohly a oddělení na nich stojí. Sestřičky máme také výborné, základ opět tvoří ty, které za námi přišly z Motola. Šikovné jsou i mladé lékařky, ale sotva začnou neonatologii zvládat, odcházejí nám na mateřskou dovolenou – a začínáme zase znovu.

Chlapi zřejmě více inklinují právě k té chirurgii, po které jste také toužil...

Neonatologie je ale také akční a adrenalinový obor, jen se o tom studenti v rámci studia medicíny nedozvědí. Myslím tím ty budoucí lékaře, které bychom na jednotce intenzivní péče potřebovali. To znamená ty, kteří jsou schopni se rychle rozhodovat, jsou medicínsky fundovaní, organizačně schopní a vydrží náročné služby. Většina takových studentů si vybírá obory, jako je chirurgie, traumatologie a jim podobné. Na druhé straně mě to ani nepřekvapuje. Ono to vlastně funguje fyziologicky. Myslíte si, že si čtyřadvacetiletý kluk řekne: „Jé, hele, malá miminka, o ta se budu starat“? A kdyby náhodou zájem měl, může ho odradit, že začíná nejprve u fyziologických porodů, kde se s intenzivní medicínou moc neseťká. Tam se musí soustředit na komunikaci s maminkami, aby jim například citlivě vysvětlil, že tahle bolístka jejich děťátko není nic vážného, jak mají kojít a podobně... a to opravdu není práce pro chlapa. Snažíme se studenty podchytit na škole v rámci kroužků, kde jediné máme šanci je pro neonatologii zlákat. Ale aby to nevyznělo tak, že si stěžují – mám skvělé šikovné kolegyňe.

Určitým argumentem pro studenty by mohly být obrovské úspěchy v neonatologii, kdy jsme v celosvětovém měřítku na předních místech co do přežití narozených dětí s nízkou porodní váhou. Jak jsme vlastně takových úspěchů u nás dosáhli?

Jde o více důvodů, ale především máme mimořádně dobře propracovaný systém a organizaci péče, kterou nám celý svět závidí. V jiných zemích není zvykem, aby všechny maminky chodily do těhotenských poraděn. A především aby se soustředily na specializovaných pracovníků, pokud se u nich nebo u jejich plodu odhalí nějaký závažný problém. Nejvíce nám pomohlo, že se v 90. letech při největších porodnicích vybudovalo dvanáct perinatologických center. Do nich se soustředil erudovaný personál a drahá technika. Zahájil se takzvaný transport *in utero*, takže se děťátko narodí už v místě, kde se takto koncentruje lidská a technická pomoc. Mají-li být děti, u nichž byl odhalen závažný problém nebo které mají vyšší riziko, že se narodí předčasně, v pořádku a zdravé, musí se narodit v místě, kde se jim dostane vysoce kvalifikované péče. Pro novorozence s velmi nízkou porodní hmotností pod 1500 g je převoz velmi náročný a u dětí s extrémně nízkou porodní váhou pod 1000 g je skoro fatální záležitostí.

Dalším důvodem naší úspěšnosti je, že jsme v rámci neonatologie velice rychle začali přecházet od invazivního přístupu k neinvazivnímu, což je velmi důležité především u podpory dýchání. Doba na ventilátoru se zkrátila z dnů a týdnů na hodiny. Většinou ale děti vůbec neintubujeme. Moderní neinvazivní ventilační podpora (metoda nazývaná nosní CPAP) je založena na udržování určitého stálého přetlaku v dýchacích cestách. Tlak aplikujeme nosními kanylkami a dítě dýchá spontánně. Nové postupy se objevily i v rámci farmakoterapie. V 90. letech se maminkám, u kterých hrozil předčasný porod, začaly ordinovat kortikosteroidy, jež zajistily maturaci plic, a porod se současně oddálil tak, aby plíce byly v mnohem lepší kondici. Zároveň se novorozencům začal podávat do plic přelomový lék – plicní surfaktant. Jedná se o látku, která plíce většinou rychle stabilizuje, takže není nutná dlouhodobá intubace. Péče o ně je tak šetrnější a mnohem efektivnější. Tím vším se tedy ohromně zlepšilo přežívání malých dětí.

Za dobu vašeho působení v neonatologii došlo v tomto ohle-

du ke skutečně velkému posunu...

Úspěchem neonatologie je markantní snížení novorozenecké úmrtnosti v jednotlivých váhových skupinách. Před 30 lety, když jsem začínal, pro nás byla zásadní skupina dětí s porodní vahou 1000–1500 gramů, kde úmrtnost překračovala 20 procent a přeživší děti měly hodně dlouhodobých hendikepů. Pokud se takové děťátko v současnosti narodí v perinatologickém centru, kde je dobře opečované, pohybuje se úmrtnost okolo 3 procent a z 90 a více procent jsou takové děti zdravotně naprosto v pořádku. Současnou prioritou je pomoci skupině novorozenců extrémně nezralých, s extrémně nízkou porodní hmotností, což jsou děti pod 1000 gramů a především pod 750 gramů. Děti s porodní vahou 500–750 gramů jsou zatížené nejen nejvyšší úmrtností, ale také dlouhodobými následky. To, o čem se nyní snažíme nejvíce, je udržet stávající dobré výsledky z hlediska mortality a nadále snižovat dlouhodobou morbiditu. Nejde o to, aby přežilo 100 procent dětí, ale aby odcházely domů zdravé, mohly prožít plnohodnotný život a byly pro rodinu radostí. Ve váhové skupině 1000–1500 gramů jsou výsledky skvělé a naprostá většina dětí je zdravých. Ve skupině nad 750 gramů je to již horší a ve skupině 500–750 gramů má přibližně polovina dětí závažnou morbiditu.

Jaké další komplikace se u dětí s nízkou porodní váhou či nedonošených vyskytují, kromě potíží s dýcháním? A co takové děti nejvíce hendikepuje?

Svá specifika má kromě dýchání také krevní oběh a trávení. Nedonošené dítě navíc bojuje s různými infekcemi, protože má limitovanou obranyschopnost. Vlastně je toho hodně, co takové děťátko musí vyřešit. Jeho budoucí stav nejvíce ovlivňuje například těžké krvácení do mozku, hypoxické změny v mozku, hydrocefalus, slepota a bronchopulmonální dysplazie. Bronchopulmonální dysplazii nakonec nějakým způsobem většinou zvládneme. Pokud má dítě lehčí oční problémy, nosí brýle a může žít plnohodnotný život. Znovu však zdůrazňuji, že závažné problémy se týkají především těch nejmenších, tedy převážně dětí s porodní vahou pod 750 gramů. Po propuštění z jednotky intenzivní péče je nadále nutné kvalitní sledování zdravotního stavu v centrech následné péče, kde jsou soustředěni potřební odborníci – neonatolog, dětský neurolog, oftalmolog, rehabilitační sestra a další, kteří děťátko hlídají a včas odhalí i řeší případné problémy.

Může mít na zdravotní stav novorozence vliv porod císařským řezem, který se v některých zemích stal první volbou rodičky?

Existují pouze dva důvody, kdy může být císařský řez správně zvolen. A to akutně z důvodu stresu plodu nebo ze zdravotní indikace maminky. Císařský řez na vyžádání, bez medicínské indikace, není optimální. Jde o operaci, která v každém případě představuje pro maminku riziko, jako každá jiná operace. Má ale vliv i na děťátko, jež bezprostředně po porodu mnohem častěji trpí respiračními problémy, někdy i problémy s hladinou glykemie. Laktace nastupuje opožděně a máme informace, že by porod císařským řezem mohl souviset i s výskytem některých alergických nemocí ve vyšším věku dítěte. Státy, které výběr způsobu porodu uvolnily, se už dostaly do určité spirály, protože žena, která jednou rodila císařským řezem, již většinou musí z medicínské indikace rodit znovu císařským řezem.

Jaký je váš názor na porody doma?

Patřím již mnoho let k zarputilým bojovníkům proti domácím porodům. Jsem i členem komise pro porodnictví na ministerstvu zdravotnictví, kde tento problém také řešíme. V poslední době je mu přikládána velká mediální pozornost, ale o porod doma má zájem naprostě minimum maminek. Jedná se spíše o byznys malé skupiny porodních asistentek. Oč méně jich je, o to více jsou slyšet. Mimo zdravotnické zařízení rodí zhruba ▶



I neonatologie je akční a adrenalinový obor, jen se o tom studenti v rámci studia medicíny nedozvědí.

PŘEDSTAVUJEME

200–300 maminek ročně, ale z této statistiky není zřejmé, které mimo něj porodily proto, že do něho nestihly přijet, a kolik záměrně. Některé ženy nechtějí rodit v porodnicích, protože s nimi mají nějakou špatnou zkušenost, což bychom měli reflektovat a pokusit se vytvořit zde takové prostředí, aby se u nás maminky cítily jako doma.

Stále platí, že porod doma je obrovské riziko a skupinu porodních asistentek, které ho propagují, považují za vysoce nezodpovědnou. Mluví o právech ženy, ale zapomínají na práva dětí. I pokud jde o legislativu – přijali jsme přece Úmluvu o právech dítěte, ve které se v článku 2 praví, že zájem dítěte je vždy prioritní. A to je důležitá věc, kterou si všichni musí uvědomit. Dokážu si představit, že porod doma, probíhající normálně, může být krásný zážitek, ale nikdo neodhadne, kdy a co se může akutně komplikovat. V nebezpečné situaci je potom i ta nejrychlejší sanitka pomalá. Odnese to buď maminka, nebo dítě, což je naprosto zbytečná tragédie. Stačí sledovat statistiky. Až 10 procent novorozenců má po porodu nějakou poruchu adaptace, 4 procenta novorozenců potřebují přímo resuscitaci. A na to není nikdo v domácnosti vybavený.

V době, kdy se ještě rodilo doma, třeba ve 30. a 40. letech 20. století, mortalita novorozenců dosahovala 5 procent, čili zemřelo jedno dítě z dvaceti. Loni jsme měli novorozeneckou úmrtnost 1,44 promile, čili zemřelo 1 dítě z jednoho a půl tisíce narozených. Statistiky, z nichž se vyvozuje, že porod doma

je stejně bezpečný jako v porodnici, většinou vycházely ze skupiny maminek, které neměly vůbec žádná rizika. Není však rozhodující, o kolik procent je porod doma nebezpečnější, důležité je, že pokud dojde ke komplikaci, doma ji vyřešit nelze. Takzvaný fyziologický porod je až retrospektivní hodnocení.

Kromě nezodpovědných maminek a některých soukromých porodních asistentek už v oboru nejsou žádné další problémy?

Udržení kvality akutní péče, nízké mortality a další snižování dlouhodobé morbidity, rozvoj kvality dalšího sledování dětí, podpora rodičů nezralých dětí – to je spousta práce. Podmínky k ní však nejsou vždy ideální. Problémů k řešení je stále dost. Nejvíc jsme si „užili“ od roku 2008 do roku 2011, kdy probíhal *baby boom*. Vůbec jsme nestíhali. Když na ministerstvu zdravotnictví vysvětlujeme, že nám i nyní nadále chybí lůžka a personál, slyšíme, že *baby boom* už přece skončil. To je sice pravda, protože před dvěma roky proběhlo 120 tisíc porodů a v loňském roce „pouze“ 108 tisíc, jenomže my jsme stále kapacitně nastaveni na 90 tisíc porodů, což bývalo před deseti lety!

Existuje však mnohem závažnější důvod, proč jsou neonatologické jednotky intenzivní péče přetížené. Rychle stoupá procento novorozenců s nízkou porodní hmotností, tedy dětí s porodní váhou pod 2500 gramů. Před deseti lety jich bylo 5 tisíc, v loňském roce již 8200. Ubylo sice porodů, ale přibývají porody předčasné. Jejich procento bude ještě stoupat. Zdvoujná-

sobil se hlavně počet dvojčat, která se většinou rodí předčasně. Souviselo to především s rozvojem metod umělého oplodnění. Yníní, kdy byl uzákoněn přenos pouze jednoho embrya, by se situace mohla stabilizovat. Přibývá však stále rodiček vyšších věkových kategorií a starší maminky rodí podstatně častěji předčasně.

Zároveň bojujeme i s problémy v legislativě, která se týká novorozenců. Pár let se v parlamentu pokoušíme prosadit novelu zákona, který řeší poskytování rodných čísel. Z důvodu údajné ochrany osobních dat nám matřiky přestaly předávat rodná čísla novorozenců, která ovšem nutně potřebujeme. Dostáváme se do tak kuriózních situací, že voláme mamince třeba do parku, aby nám nadiktovala rodné číslo svého dítěte.

Aktuálním tématem také je, zda by se měly, nebo neměly zrušit kojenecké ústavy. Co vy na to?

Přibližně 70 procent dětí, které v nich jsou umístěné, nemají jen sociální, ale i zdravotně-sociální důvod pobytu. Najdeme zde například děti drogově závislých maminek, které se jdou léčit a pro něž je jejich dítě obrovským motivem. Dále tam jsou děti, které objektivně nemohou ani domů, ani do pěstounské rodiny. Velmi dobře znám například kojenecký ústav v pražské Krči, kde děti žijí v malých buňkách a stíhají se u nich jenom tři sestřičky, jež si dítě zafixuje a má je rádo.

A teď si představte, že kojenecké ústavy zrušíme, tyto děti nebudou moci do pěstounské péče a budou muset pobývat v jiném zdravotnickém zařízení. V jakém? Může to být vlastně už jenom nemocnice. Jim ale na rozdíl od vážně nemocných dětí zase až „tak moc“ nebude, budou ležet někde v koutě, nikdo nebude mít čas se o ně starat a budou podstatně více deprivované. Nemluví o tom, jaké finanční částky na jejich péči bude stát muset vynaložit. Nemocniční péče je drahá.

Některé děti jsou ovšem v kojeneckých ústavech opravdu zbytečně a mohly by být třeba u pěstounů. Ty bychom měli nejprve kvalifikovaně vyškolení, vychovat a postupně k nim takové děti přesouvat. Pěstounů je však již nyní nedostatek. Co ale bude s dětmi, které do pěstounských rodin nemohou? A také se obávám zneužití pěstounské péče pro možný byznys. Někdo si může říct: „Vezmu si domů několik dětí a budu mít vyděláno.“ Jsem tedy přesvědčen, že kojenecké ústavy by se neměly rušit, nýbrž transformovat v centra rodinné péče.



A co porody vašich dětí? Báli jste se? Máte profesionální deformaci?

Mám tři dcery ve věku 32, 29 a 16 let. Když se narodila ta nejstarší, byl jsem ještě hodně mladý a moc jsem toho o porodech nevěděl. Druhá dcera se narodila ve Znojme, když jsem se tam zrovna staral o novorozenecké oddělení. Bylo to takové přenošené dítě a sestřičky mi vyčítaly, že moje první reakce, když se Tereška narodila, byla: „Připravte infuzi!“ Při porodu třetí dcery už jsem měl hrozný strach a nejvíc se bojím nyní, když mé dcery rodí má vnoučata. Mám už tři, všechna se narodila v Motole a já tam dělal jenom jakousi stafáž. Fotil jsem a měl pocit, že kdyby se něco dělo, měl bych hned přiskočit. Což naštěstí nebylo ani jednou zapotřebí, protože bych se o ně rozhodně nechtěl starat jako lékař a mít za mě medicínskou zodpovědnost. Jsou kolegové, kteří jsou schopni starat se bez emocí o své rodinné příslušníky, ale to já nejsem.

Čím kompenzujete to, že kolem sebe stále máte malé děti? Nepochíváte, že sloužíte v domovech pro seniory, ale přece...

To opravdu nesloužím. Když už mluvíme o starších lidech, mám štěstí, jak báječně stárne moje maminka, která je 82 let. Stále cestuje po celém světě, přednáší animovaný film na FAMU a je tak vitální, že jí ani nestačí do schodů. To je obrovská výhra. Jinak mám rád rockovou muziku, cestování a hlavně sport. Pokud čas a počasí dovolí,

jezdím do práce na kole a hraju plážový volejbal. V zimě lyžuji, hraju tenis. A hodně fotím.

Měl jste nějaké výstavy?

Ještě ve Znojme, vysloveně amatérské. Bylo to v době, kdy jsem si v domě po dědovi vybudoval fotokomoru a vyvolával až třicet filmů měsíčně, z nichž jsem vytvářel černobílé zvětšeniny. Také jsem stavěl surfy. Dodatečně se dívám, jak jsem to tehdy stihнул. Měl jsem minimálně šest služeb do měsíce, ještě nebyly počítače, takže když mi primář roztrhal chorobopis, musel jsem ho večer doma na stroji přepisovat.

Nyní moc volného času nemám. Často sloužím a mám hodně pracovních aktivit. Jsem místopředsedou České neonatologické společnosti ČLS JEP, takže se v rámci oboru hodně zabývám organizační prací. Zároveň osm let vedu časopis Neonatologické listy, pro který se snažím získat odborné materiály od kolegů. Také se samozřejmě staráme o postgraduální vzdělávání lékařů i sester, přičemž proběhla reforma postgraduálního vzdělávání považují za naprosto šílenou.

Jak vidíte budoucnost neonatologie?

Potřebujeme dobré podmínky k práci a dostatek kvalitního a zapáleného personálu. Budoucnost oboru je samozřejmě v nových léčebných a ošetrovatelských metodách, které povedou ke snížení mortality a dlouhodobé morbidity ohrožených novorozenců.

MUDr. Martin Čihař

* 26. května 1956 v Praze

Povystudování Fakulty dětského lékařství Univerzity Karlovy absolvoval několik odborných stáží. V roce 1992 dlouhodobě pobýval v Clevelandu v Ohiu v USA (Department of pediatrics, University Hospitals Rainbow Babies & Children's Hospital and Case Western Reserve University). Škóil se rovněž například v Kardiocentru Fakultní nemocnice Motol.

V letech 1981–1988 působil na dětském oddělení Nemocnice s poliklinikou ve Znojme jako ordinář novorozeneckého oddělení. Poté nastoupil na novorozenecké oddělení s JIP I. gynekologicko-porodnické kliniky FVL UK a VFN v Praze (u Apolináře), kde působil jako ve-



doucí lékař JIP a zástupce primáře. V roce 1995 krátce působil jako ředitel v Marseille Kliniken, s. r. o., společnosti, která měla za cíl investovat do českého zdravotnictví. Od roku 1996 pracoval jako

vedoucí lékař na novorozeneckém oddělení s JIRP Gynekologicko-porodnické kliniky 2. LF UK a FN Motol a od září 2006 dosud je primářem neonatologického oddělení Nemocnice Na Bulovce. Je místopředsedou České neonatologické společnosti ČLS JEP, šéfredaktorem časopisu Neonatologické listy, vedoucím Koordinačního centra pro imunopfyxi RSV Infekce a členem Vědecké rady České lékařské komory.

Bašťovic Božena je jednička

„Nevím, jestli je právě tato nejzdařilejší, ale byla moje první, a tak ji mám nejraději,“ říká MUDr. Martin Gregora z dětského oddělení Nemocnice Strakonice. Bašťovic Božena je dřevěná socha, kterou zhruba před dvaceti lety vytvořil ze starého borového trámu. A tak se vedle poezie, divadla a psaní knih stalo vyřezávání jeho dalším koníčkem.

„Dlabání do dřeva mě naplňuje a je to i jisté odreagování od psaní a od lékařské profese. Začal jsem s tím již dávno. S kamarádem jsme tenkrát byli v Paříži a dostali se na retrospektivní výstavu Constantina Brâncușiho, rumunského sochaře žijícího ve Francii. Byl jsem z jeho děl do slova unesen. Pařížská výstava mě tak nadchla, že jsem si pořídil staré dřevěné trámy, vyřezané při opravě hradu Strakonice, a řekl jsem si, že si taky udělám svého Brâncușiho. V té době jsem netušil, jak pracně se z borovice se vyřezává. Nakonec z toho vzniklo 180centimetrové děvče se štíhlým tělem a nesmělýma prsama, které se líbí nejen mně, ale i některým známým, o nichž bych řekl, že kumštu na rozdíl ode mne rozumí.“

K soše má citový vztah. A přitom ji tvořil naprosto nevhodnými nasazovacími dláty, která byla tupá a neprofesionální, pracoval na ní jen tak venku na zahradě, dřevo měl položené na špalcích na zemi. Stvoření zkrátka trvalo dlouho...

Sklep je lepší než čaj s rumem

Ve žhavém létě dává doktor Gregora přednost jízdě na kole či jiným sportům. Teď v zimě může v klidu vyřezávat. „Donedávna jsem ale musel pracovat venku



Bašťovic Božena. | Foto: Martin Gregora

Od 5. března 2013 bude Martin Gregora vystavovat své skulptury ve výstavní síni hradu Strakonice společně s malířem Josefem Synkem.

nebo v kolně na špalku. Byl jsem celý ztuhlý a ruce jsem někdy měl tak zkřehlé, že jsem si musel dávat do čaje rum. Když mrzlo víc, spotřeba rumu stoupala. Když ho pak bylo více než čaje, lezlo to do peněz a také jsem pak už nemohl pracovat...“ směje se. „Teď jsem na tom ale lépe. Pracuji na chalupě ve sklepě, který jsme opravili a prohloubili, abych tam mohl stát. Staré omítky jsme sloupali ze zdi, takže je to hezký kamenný sklep se stálou teplotou deset stupňů. Mám tam fortelný stůlek zabetonovaný do podlahy. Na něj si pomoci upínáků, kterým říkám hupcuky, připevním dřevo, krásně to drží a mnohem lépe se mi pracuje. Už tam dělám druhou sochu a jsem spokojen. Dokonce mi tam funguje i rádio, tak si s ním zpívám... Když pak dřevo vezmu do ruky, cítím, co by tak v něm mohlo být, někdy se to však celé obrátí a navede mě to jinou cestou. Původní představu se podaří dodržet jenom někdy. Také se stane, že mě dřevo nepustí tam, kam bych si já přál, protože řezbařinu vlastně neumím a ani na to nemám ta správná dláta. Třeba dělám hlavu, ale nikdy nevím, jaké překvapení mě čeká. Nejhezčí jsou sochy, které vznikají jenom proto, že máš před sebou kus stromu, který má duši, hodně zajímavou, a ty jí chceš najít. Dívám se na ten výřez kmene a říkám si: „Tak, a co bych s tím teď mohl provést.“ Velká tvrdá dřeva je nutno předem nahrubo opracovat motorovou pilou a tím předřezáváním už to vlastně začne. A někde tam se pak ukáže ten tvar. U některých soch mám od počátku jasnou představu, co bych chtěl udělat, ovšem ne vždy se to přesně podaří. Jiné vznikají zcela náhodně. Je to hra a ta hra mě baví,“ vypráví Martin Gregora.

Koncert pro olše a tři potoky

Již od dětství má zvláštní náklonnost k olším. Nejspíš i proto, že



Dobry vítr do plachet Jimmyho Jatkinse. | Foto: Markéta Mikšová

u jeho šumavské chalupy, kterou zdědil po rodičích, se slévají tři potoky, které si pojmenoval Vlčí, Medvědí a Pšoutek. Vlčí, Medvědí... ale Pšoutek? „Pšoutek je náhon k mlýnu, o jednom kole na nestálé vodě“, jak je napsáno v tereziánském katastru. Jako dítě jsem si tam chodil hrát a také jsem do nich párkrát spadl. Kolem těchto potoků všude rostou olše. Tyto stromy mám rád pro jejich zvláštní vůni. Jak do olše člověk dlabá, voní po vodě a blátu, ze které vyroste. Když s ní pracujete jako s čerstvým dřevem, voda z ní doslova stříká. Olše má oranžovo-krvavou barvu, ale vysycháním světlá, na rozdíl od ostatních dřev, která žloutnou nebo tmavnou. Z čerstvé olše se dá docela dobře vyřezávat, když pak ale ztuhne, už tak tvárná není. Taková lípa, to je klasika, u olše se však člověk dočká většího překvapení. Jednou jsem z nemocného stromu dělal sochu. Viděl jsem, že dřevo je provrtané nějakým broukem, ale neměl jsem ponětí, o jakého jde. Hotové dílo jsem přivezl kamarádce jako dar a na druhý

den, asi jak socha byla v teple, z ní najednou vylezl krásný tesařík. Nevím, jestli bych se takového překvapení mohl dočkat třeba u lípy. I když, také mě jednou potěšila. Dostal jsem od kamaráda lipový kmen, který dlouho ležel na půdě, kde se sušilo seno. Když jsem pak dřevo opracovával, po celou dobu tím senem nádherně vonělo. Pracovat se dá s každým dřevem, i s javorovým, ale musí být čerstvé.“

Ve své poslanecké kanceláři (doktor Gregora byl v roce 2010 zvolen za TOP 09 do PSP ČR) má tři sochy: „Pihulín Ouha“ a „Torzo mé matky“ jsou vytvořeny z habru a javoru. Dřevo se dalo opracovat, protože to byly čerstvě uříznuté větve. „Dobry vítr do plachet Jimmyho Jatkinse“ vznikl kombinací hrušky a pláště kmene smuteční vrby. „Když se sundá kůra, je pod ní pás, který je odolnější, protože uvnitř už byl kmen vykotlaný. A zůstala vlastně jen taková skruž, kterou je třeba upravit. Podstavec je z lipového dřeva,“ říká k tomu. Sochy nepočítá, ale podle toho, kolik jich je u rodičů, na chalupě, u známých a v kan-

celáři, odhaduje, že se blíží ke třem desítkám.

Právo na první kritiku

Sochání ze dřeva je fyzicky poměrně náročná činnost. Když člověk třeba dva měsíce nepracuje, na sochání se podle Martinových slov úplně třese a po hodině ho z toho začne bolet ruka. Ale už za takový týden se člověk opět dostane do formy. Socha se nedá vytvořit na jeden zátah, člověk nemá na dlabání vždy náladu a také záleží na tom, kolik má času. Teoreticky by se dala udělat za dva tři dny. To ale nejde, člověk u sochání dlouho nevydrží, potřebuje si jej nechat v hlavě rozležet, získat odstup... takže ze tří dnů jsou nakonec klidně i tři měsíce. „Je to jako s psaním,“ říká MUDr. Gregora, „knížku by taky šlo ‚namastit‘ hrozně rychle, ale když ji nenecháte uzrát, zůstanou tam chyby, které vidíte až s odstupem. U sochání je právě moc hezké to uzrávání díla, když chodíte kolem sochy, díváte se a říkáte si: ‚Hm, tak tohle bychom měli, ještě tohle udělat a tadyhle přišmrncnout.‘ Mám už teď takový grif, místa, která chci měnit, si označuju tužkou – tady je taková boule, ta není pěkná, tu kdyby tak Brâncuși viděl, obracel by se chudák v hrobě...“ směje se lékař.

Prvním kritikem je jeho nejbližší okolí, tedy manželka. Vždycky se však v názoru na hotové dílo neshodnou. „Volali mi kamarádi, že mají krásné, minimálně stoleté kmene, jsou z habrů údajně z křivoklátských lesů, ať se na ně přijedu podívat. Tedy, to bylo dřevo! Tvrďe a jak dlouho rostlo, má nádherné vrásnění, a když se sundá kůra, je takové štráfkované, asi jako manšestr. Navíc jako byste ten manšestr různé překládali a byly tam takové sklady. Trochu mi to připomíná šat gotických madon nebo když František Muzika dělal návrhy scén, tam ty sklady také vidím... Sundal jsem z něj kůru a pracoval jen s takovým kusem podobným fošně, prostě nahoře je to kulaté a dole rovné. Seřizli jsme z obrovského kmene asi osmicentimetrovou masu a říkal jsem si – tady by mohla být hlava a tady je ještě jedna hlava, přimknutá k té větší... Já v tom prostě vidím matku s dcerou tak mezi 8 a 12 lety, která je ještě tvárná a kterou k sobě matka přimyká, aby ji chránila. Jasně to tam vidím – bude to reliéf, a když se pověsí na zeď v určité výšce... Moje žena z toho ale zatím moc nadšená není, asi se do toho ještě nevžila,“ uzavírá s úsměvem nadšený sochař-amatér.

ZE SPOLEČNOSTI

Cena **Celestýna Opitze**

3. prosince byly uděleny „Ceny Celestýna Opitze za vzor v péči o nemocné a jinak potřebné“. Cenu již třetím rokem udílí Hospitálský řád sv. Jana z Boha – Milosrdní bratři, jehož byl lékař Celestýn Opitz členem. Slavnostní předání proběhlo v rámci adventního koncertu v kostele sv. Šimona a Judy u Nemocnice Na Františku.

Letošním laureátem je katolický kněz, jezuita a pouťník P. František Lízna, SJ. V roce 1968 vstoupil do řádu jezuitů a v roce 1974 byl vysvěcen na kněze. Při primičním mši svatě žehnal všem přítomným es-tébákům ve jménu Ignáce z Loyoly

a na přímluvu Panny Marie, ať se stanou bojovníky pro Krista, načež nedostal státní souhlas s kněžskou službou. Zákaz platil až do roku 1990. Během této doby vystřídal řadu manuálních zaměstnání, včetně oblasti zdravotnictví.

Staral se o lidi mentálně a tělesně postižené a především o ženy s roztroušenou sklerózou. Během života byl třikrát vězněn z politických důvodů. Je signatářem Charty 77. Po revoluci se začal věnovat pastoraaci Romů, ze solidarity dokonce

Celestýn Opitz, průkopník anestezie

Milosrdný bratr Celestýn František Xaver Opitz zavedl celkovou inhalační anestezii. Když pacienta před amputací končetiny nechal vdechnout výpary éteru, jistě věděl, že mu pomáhá od nesnesitelné bolesti zákroku. Určitě ale netušil, že právě otevírá bránu i novému převratnému oboru, anesteziologii. Bylo to v únoru 1847.

Světové prvenství jen o pár měsíců dříve

Celestýn Opitz se narodil 25. února 1810 v Heřmánkovicích (tehdy Hermsdorf) u Broumova. pocházel z chudé venkovské rodiny, ale velmi toužil stát se lékařem a pomáhat nemocným.

Ve dvaceti letech vstoupil do Řádu milosrdných bratří svatého Jana z Boha, který mimo jiné nemocnice u nás vlastnil a vedl pražský špitál „U milosrdných“, dnešní Nemocnici Na Františku. Začal tu pracovat jako ošetřovatel, později se vypracoval na ranhojiče. V Praze se také zapsal na univerzitu a stal se magistrem chirurgie.

Informaci o celosvětově první úspěšné éterové narkóze, kterou provedl v Bostonu William T. G. Morton v říjnu 1846, získal podivuhodně brzy od řádového bratra Patricka, který byl přímým svědkem této události.

Větší odvalu měli milosrdní bratři

Celestýn Opitz pečlivě ověřoval účinnost a použitelnost éteru na zvířatech a pak i na zdravých dobrovolnících, zejména dalších bratrech. O jeho přípravách věděl i profesor chirurgické kliniky, primární chirurg a soudní lékař v císařsko-královské trestnici v Praze František Piha, „jehož přednášky a skvě-



Foto reprodukce obrazu: Leoš Chodura

pro nemocného a neměsí pro chirurgy, inhalace éteru působila značně efektivněji než do té doby používané omámení pacienta velkou dávkou alkoholu.

Anesteziolog, převor, provinciál...

Po úspěchu s anestézií mohl Opitz dále studovat na lékařské fakultě, pozvání ke studiu dostal i od vídeňské lékařské fakulty a přijal je. Ve Vídni nejen studoval, nýbrž také teoreticky i prakticky prosazoval anestezii. Různí se údaje o tom, kolika pacientům on sám za svého života anestezii podal; podle jednoho pramene to například bylo 186 případů jen za období únor – duben 1847.

V medicínské praxi měl široký záběr i mimo anestezii a zájem o jeho práci byl obrovský, dostal dokonce nabídku pracovat ve Vatikánu jako osobní lékař papeže. Roku 1849 mu byl císařem propůjčen zlatý kříž za zásluhy. O tři roky později, po návratu do Čech, se stal převorem pražského konventu milosrdných bratří, o další čtyři roky později dokonce provinciálem nad dvaceti konventy tehdejší rakousko-české provincie. V roce 1866 mu byl udělen rytířský kříž řádu Františka Josefa I. V prosinci téhož roku následkem přepracování zemřel.

Jana Jilková



František Lízna a Jaromíra Machovcová. | Foto: Leoš Chodura

dobrovolně přijal romskou národnost, staral se o bezdomovce a vězně, se kterými pracoval jako kaplan ve věznicí na Mírově.

Druhá letošní laureátka Ing. Jaromíra Machovcová se více než 10

let stará o P. Filipa M. A. Stajnera ve svém domě, protože nebyl nikdo, kdo by se o něj postaral v jeho nemoci, a kvůli nutně nepřetržitě péči se vzdala i velmi dobrého zaměstnání. (ii)

Předány granty a ocenění Neuron 2012

V polovině listopadu se v pražském Profesním domě uskutečnilo slavnostní předání cen Neuron 2012 za celoživotní dílo špičkovým vědcům z oborů ekonomie, medicíny a matematiky. Předána byla i ocenění a granty mladým vědcům do 40 let v hodnotě téměř 4 milionů korun.

Ocenění Neuron vzniklo pod záštitou Nadačního fondu Karla Janečka, který se tímto krokem snaží obnovit tradici podpory české vědy.

• V oblasti medicíny převzal cenu za celoživotní dílo **profesor Marek Malík**, jehož tým jako první na světě před deseti lety vyvinul metodu identifikace léků vyvolávajících srdeční arytmií.

• Cenu pro vědce do 40 let obdržel **profesor Radek Špišek**, jehož tým vyvinul preparát, který má naději stát se lékem na karcinom prostaty.

• Grant letos získal **doktor Přemysl Jiruška**, jehož tým se zabývá neuronální organizací a dynamikou korových epileptických ohnisek. (red)

Armádní sestra získala prestižní ocenění „Lady Pro“

Hlavní sestra Nemocniční základny Armády ČR kapitánka Mgr. Hana Kodoušková převzala 30. listopadu 2012 ve Španělském sále Pražského hradu z rukou zástupce náčelníka Generálního štábu AČR generálmajora Miroslava Žižky prestižní ocenění „Lady Pro“.

Ocenění uděluje panevropská společnost pro kulturu, vzdělávání a vědecko-technickou spolupráci Comenius. Čestný titul „Lady Pro“ náleží ženám, které ve své profesionální, politické, sportovní, umělecké nebo jiné činnosti dosáhly skutečně mimořádných úspěchů a přitom si dokázaly při své každodenní časově a odborně náročné pracovní náplni zachovat to, co je na nich nejcennější – své ženství.

Kapitánka Kodoušková se tak zařadila mezi 12 úspěšných žen roku 2012. Během své téměř 12 let dlouhé kariéry v Armádě ČR se zúčastnila osmi zahraničních misí. „Neříkám, že bylo vždy snadné zkombino-



vat práci, studium a rodinu,“ říká oceněná. O tom, že se jí to podařilo, svědčí nejenom toto ocenění, ale zejména slova

těch, kteří s ní měli možnost pracovat nebo se jako pacienti octli v její péči. Všichni se shodují, že je to sestra na svém místě. „Můj život je moje dcera, moje práce a jsem za to velmi vděčná,“ dodává Hana Kodoušková. „Tohoto ocenění si velmi vážím a je pro mě velkou ctí zařadit se mezi významné laureátky Lady Pro,“ uzavírá. (mč)

Publikace Léčba bolesti oceněna

Společnost pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP udělila cenu za nejlepší knižní publikaci za rok 2011 MUDr. Marku Haklovi, Ph.D., a kolektivu autorů za práci „Léčba bolesti – současné přístupy k léčbě bolesti a bolestivých syndromů“ vydanou nakladatelstvím Mladá fronta a. s. v edici Aesculap.

Kniha patří k nejúspěšnějším titulům odborné medicínské edice nakladatelství Mladá fronta. První vydání je téměř vyprodané, nyní se připravuje 2., doplněné vydání, které by mělo vyjít v průběhu příštího roku. (red)



ZE SPOLEČNOSTI

Slavnostní zahájení provozu JIP a operačních sálů v TN

Thomayerova nemocnice vybuďovala nejmodernější operační sály a jednotku intenzivní péče na gynekologicko-porodnickém oddělení

Po několikaměsíční rekonstrukci byly v polovině listopadu v Thomayerově nemocnici slavnostně otevřeny moderní operační sály na gynekologicko-porodnickém oddělení. Ve stejné době došlo k rekonstrukci jednotky intenzivní péče, kde bude možná péče až o šest pacientek, také na nejvyšší úrovni. Operační sektor byl vybudován v prostorách

bývalých operačních sálů a je vybaven nejmodernější přístrojovou technikou, díky které je možné provádět komplexní spektrum gynekologických výkonů.

„V posledních dvaceti letech je kladen důraz na endoskopické výkony a miniinvazivní přístup při gynekologických operacích. Díky vzdělávání našich lékařů a novému špičkovému vybave-

ní jsme schopni provádět endoskopicky výkony, které dosud byly doménou klasických břišních operací. V současné době endoskopicky provádíme i řadu onkogynekologických operací a také operace urogynekologické a závažné,“ říká nový primář gynekologicko-porodnického oddělení TN MUDr. Petr Kolek.

(ji)



Foto: archiv TN

Další pediatrie a neonatologie dostaly Babysense

Pražská Thomayerova nemocnice dostala přístroje pro boj se syndromem náhlého úmrtí novorozenců (SIDS).



Ing. Miloslav Novotný z Nadačního fondu Křížovatka, přednostka Pediatrické kliniky TN doc. Hana Houštková a primář novorozeneckého oddělení TN doc. Jan Janota. | Foto: archiv FTN

22. listopadu proběhlo v Thomayerově nemocnici slavnostní předání speciálních monitorů, které pomáhají dětem ohroženým SIDS. Jedním z možných kroků ochrany novorozenců je kontrola dýchání a pohybu přímo v postýlce. Nadační fond Křížovatka věnoval 10 přístrojů Babysense, které slouží právě k tomuto monitorování, Pediatrické klinice IPVZ, 1. LF UK a TN, 19 přístrojů dostalo novorozenecké oddělení.

(red)

Nehtové studio v Havířově zajistí práci lidem se zdravotním hendikepem

Suchou, mokrou nebo japonskou manikúru a také pedikúru či parafinový zábal nabízí nehtové studio, které v Havířově 3. prosince otevřela obecně prospěšná společnost UnikaCentrum.

O zákazníky se budou starat dvě odbornice se zdravotním postižením. Většinu financí na vybavení studia společnost získala od Nadace OKD. „Věřím, že nehtové studio bude dělat dobrou reklamu zaměstnávání lidí se

zdravotním hendikepem. Po ukončení projektu by si na sebe mělo vydělat, abychom mohli obě pracovní místa udržet,“ řekl ředitel UnikaCentra David Jelínek. Společnost založil v roce 2002 se svou

nevidomou maminkou, tehdy pod názvem TyfloCentrum ČR, s cílem pomáhat lidem se zdravotním postižením na Karvinsku. Nyní organizace zaměstnává přes 30 lidí, z nichž více než polovina má zdravotní hendikep. Kromě nehtového studia provozuje masérská centra v Karviné a Havířově, účetní firmu a dopravu pro zdravotně postižené. Poskytuje také sociální rehabilitaci a další služby pro hendikepované, seniory a dlouhodobě nezaměstnané. Zatímco obě masérská centra už mají své stálé příznivce, nehtové studio si bude muset zákazníky teprve najít. „Až do konce března jsme proto vyhlásili soprocentní slevu. Lidé si u nás mohou také koupit permanentku a použít ji třeba jako netradiční vánoční dárek,“ dodal David Jelínek.

(ji)



Foto: Nadace OKD

Emauzy ozářilo Purpurové srdce

Občanské sdružení Nedoklubko ve spolupráci s Českou neonatologickou společností ČLS JEP vyhlásilo u příležitosti Světového dne předčasně narozených dětí letos již potřetí cenu „Purpurové srdce“ (tentokrát ji získal neonatolog docent Petr Zoban), podruhé cenu „Zlatý kulíšek“ a také uspořádalo tiskovou konferenci na téma „Dítě nedonošené NEROVNÁ SE postižené“. Purpurovou barvou, symbolem předčasně narození, zářilo 20. listopadu od

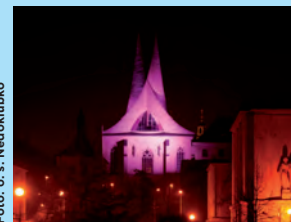


Foto: o. s. Nedoklubko

16.30 do 23.30 hod. průčelí Emauzského kláštera na Palackého náměstí v Praze, s řadou dynamických světelných efektů. (red)

V Liberci otevřeli záchytku

V Krajské nemocnici Liberec (KNL) se 29. listopadu za přítomnosti vedení nemocnice a zástupců jejích akcionářů uskutečnilo slavnostní otevření Záchytné stanice KNL.

„Zřízení záchytné stanice nám pomůže s intoxikovanými pacienty, které jsme doposud ošetřovali na našich ambulancích. Zejména agresivní jedinci narušovali chod natolik, že se sestřičky nemohly věnovat své práci. Navíc svým chová-

ním omezovali i ostatní pacienty,“ podotkl generální ředitel KNL, a. s., Ing. Jiří Veselka, MBA.

Záchytná stanice vznikla přestavbou bývalého plicního oddělení. Pracoviště s kapacitou 10 lůžek bude zajišťovat pobyty pro klienty intoxikované alkoholem nebo jinou psychoaktivní látkou ze spádového území KNL, Panochovy nemocnice Turnov a Nemocnice Jablonec nad Nisou, přes léto pak i z Frýdlantska. Za jednu noc na záchytné stanici klient zaplatí 3500 Kč a navíc uhradí toxikologické vyšetření krve k průkazu intoxikace. (red)



Foto: archiv KNL

Křest knižní novinky z oboru ortopedie

„Revizní operace náhrad kyčelního kloubu“ (Maxdorf) autorů prof. Ivana Landora, prof. Pavla Vavříka, doc. Jiřího Galla a prof. Antonína Sosny jsou monografií koncipovanou jako průvodce ortopeda od příčin přes operační návody až po řešení případných dalších komplikací uvolnění totálních endoprotéz kyčelního kloubu. (red)



Kmotr knihy - děkan 1. LF UK prof. Aleksi Šedo a jeden z autorů prof. Ivan Landor. | Foto: Leoš Chodura

Richard Rokyta, Miloslav Kršiak, Jiří Kozák Bolest

Přepracované a doplněné vydání



Rozsah:
747 stran
Cena: 1245 Kč
ISBN: 978-80-
-87323-02-1
Vydavatel:
Tigis

Bolest je všudypřítomná a prolíná všemi obory medicíny. Monografie je proto polytematická a shrnuje poznatky o bolesti a jejím léčení napříč obory. V úvodu jsou zmíněny některé filozofické náhledy na bolest, její smysl, interpretaci a zpracování bolestivých podnětů. Jsou popsány patofyziologické mechanismy různých typů bolesti a jejich význam jako biologického fenoménu, a to nejen jako syndromu, ale také jako nozologické jednotky. Autoři vycházejí z toho, že bolest, zejména chronická, je nemocí sama o sobě (*sui generis*), zatímco akutní bolest je spíše symptomem. Velkou důležitost připisují také současným poznatkům o léčbě bolesti z různých medicínských disciplín, zejména z farmakologie, psychologie a léčebné rehabilitace, a věnují se též metodám neuromodulačním, chirurgickým a neurochirurgickým. V dalších kapitolách jsou specifikovány jednotlivé typy bolesti v rozsahu orgánů a orgánových systémů, kterými se jednotlivé lékařské obory zabývají. U léčby jsou diskutovány i některé ne úplně běžné metody – například různé typy adjuvantní terapie a akupunktura. Bolest – zvláště ta dětská a ve stáří – je pojímána i z hlediska ontogenetického.

Karin Doležalová, Svatopluk Býma, Martin Fried, Štěpán Svačina a kol. Bariatrická chirurgie a primární péče



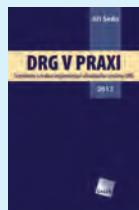
Rozsah:
200 stran
Cena: 390 Kč
ISBN: 978-80-
-904899-2-9
Vydavatel:
Axonite

Obezita se stává natolik rozšířeným onemocněním, že ji nelze léčit bez širší spolupráce praktických lékařů. Vedle léčby režimové a farmakologické se praktičtí lékaři stále častěji setkávají s bariatrickou chirurgií. Přesto-

že operovaných je u nás ročně kolem dvou tisíc, pořád platí, že k výkonu se dostává jen několik procent z těch pacientů, kteří splňují jeho indikace. Přitom mortalita a morbidita po výkonu klesla o více než polovinu.

Jednou ze závažných komorbidit obézních pacientů je *diabetes mellitus*. Léčit jej mohou i praktičtí lékaři a je také pozitivně ovlivnitelný bariatrickým výkonem. Proto je diabetu v této knize věnováno hned několik kapitol. Praktický lékař hraje důležitou roli i v komplexní péči, která je pacientům po operaci celoživotně poskytována. V knize nechybí ani pohled psychologa na tuto problematiku, jsou zde popsána specifika bariatrických výkonů u adolescentů a seniorů a probráno je i téma těhotenství po těchto zákrocích.

Jiří Šedo DRG v praxi 2012 Seznámení s českou implementací úhradového systému DRG



Rozsah:
97 stran
Cena: 150 Kč
ISBN: 978-80-
-7262-950-3
Vydavatel:
Galén

Cílem publikace je zprostředkovat rychlé seznámení se základními principy úhradového systému DRG a jeho implementací v našich podmínkách. Výklad je zaměřen na představení tohoto klasifikačního systému v širších souvislostech, záměrem je především ukázat jeho praktické dopady. Závěr knihy obsahuje několik konkrétních příkladů, na kterých si čtenář může otestovat své porozumění pravidlům DRG.

Jiří Šedý Kompendium Stomatologie I



Rozsah:
1200 stran
Cena: 2499 Kč
ISBN: 978-80-
-7387-543-5
Vydavatel:
Triton

Rozsahem ojedinělá oborová monografie podává přehled dostupných poznatků a principů oboru stomatologie. Autor chápe stomatologii jako komplexní disciplínu o lékařství orofaciální oblasti, kam kromě sou-

NOVÉ KNIHY

částí dutiny ústní řadí i přilehlé prostory včetně dutiny nosní a vedlejších dutin nosních, očníci s okem, přední část baze lební, vnější a střední ucho, farynx a larynx. Stomatologie je zde vnímána jako obor zabývající se integrální součástí celého lidského těla, proto jsou detailně probrána i onemocnění orofaciální oblasti, která mohou ovlivňovat jiné systémy těla, stejně jako onemocnění jiných systémů, jež se naopak mohou projevat v orofaciální oblasti nebo ji ovlivňovat. Kniha je rozdělena do pěti částí. První se zabývá obecnými aspekty stomatologie, druhá jednotlivými obory praktického zubního lékařství, třetí část orální a maxilofaciální chirurgií, čtvrtá projev onemocnění jiných systémů v orofaciální oblasti a pátá diferenciální diagnostikou.

Andrea Kurucová První pomoc Pracovní sešit pro SZŠ a zdravotnická lycea 2., doplněné vydání



Rozsah:
160 stran
Cena: 159 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4582-4
Vydavatel:
Grada

Učební pomůcka seznamuje se základními pravidly poskytování první pomoci u drobných i větších poranění i v případě život ohrožujících stavů. Každá kapitola obsahuje vedle výkladu také úkoly, text je doplněn obrázky. Sešit nabízí prostor pro vlastní poznámky studentů, vytvoření slovníku termínů a zapsání poznatků z exkurzí na pracovištích první pomoci a urgentní medicíny.

Jarmila Kelnarová, Jana Toufarová, Jana Váňová, Zuzana Číková První pomoc I Pro studenty zdravotnických oborů 2., přepracované a doplněné vydání



Rozsah:
104 stran
Cena: 185 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4199-4
Vydavatel:
Grada

Nová, moderní učebnice seznamuje studenty zdravotnických

oborů i účastníky kurzů první pomoci s principy základní a rozšířené první pomoci. Kniha je doplněna modelovými úlohami, bohatou fotografickou dokumentací i kreslenými obrázky a naučí studenty rychle a kvalitně zachránit lidský život, ošetřit postiženého v extrémních situacích i komunikovat s dispečinkem integrovaného záchranného systému. Přeprocování se týká hlavně principů kardiopulmonální resuscitace podle *guidelines 2010*. Publikace vychází ve dvou dílech a zahrnuje také platné vyhlášky a normativy týkající se dané problematiky. První díl obsahuje obecné poznatky – od vybavení příruční lékárny přes obvazovou techniku, polohování a transport raněných, bezvědomí a křečové stavy až po ošetřování ran. Ve druhém díle jsou uvedeny postupy nutné k vyhodnocení a ošetření úrazů podle jednotlivých tělních systémů.

Jana Heřmanová, Marek Vácha, Hana Svobodová, Marie Zvoníčková, Jan Slovák Etika v ošetrovatelské praxi



Rozsah:
200 stran
Cena: 259 Kč
ISBN: 978-80-
-247-3469-9
Vydavatel:
Grada

Publikace vychází z domácích realit a odráží problémy sester v českých nemocnicích a dalších zdravotnických zařízeních. Kapitoly ve speciální části knihy obsahují kazuistiku, které autoři získali od sester. Část kapitol v obecné části je postavena na výsledcích výzkumu, jenž probíhal v České republice. Ukazuje se, že české sestry sdílejí etické problémy se svými kolegyněmi v zahraničí, ale zároveň řeší problémy odvíjející se od vymezení kompetencí v českém zdravotnickém prostředí, z jeho tradic a odlišností.

John M. Hull Pouť do říše slepoty



Rozsah:
312 stran
Cena: 299 Kč
ISBN: 978-80-
-7387-591-6
Vydavatel:
Triton

Autobiografie slepce se zaměřením na období jeho úplné slepoty a na niterné pocity a sny nevidomého člověka. Autor však nepíše jen o svých pocitech, obavách, frustracích a nadějích. Vypráví také o tom, jaké konkrétní překážky musel coby úplný slepec překonávat v každodenním životě a jak oslepnutí ovlivnilo jeho vztahy k blízkým lidem, přátelům, kolegům.

Narodil se 22. dubna 1935 v Corryongu na severovýchodě australského státu Victoria a dnes je emeritním profesorem náboženské výchovy na Birminghamské univerzitě v Anglii. Potíže se zrakem měl již od útlého dětství a registrovaným nevidomým se stal v roce 1980. Jeho čtenářsky velmi úspěšný deník o zkušenostech se slepotou vyšel již v roce 1990 pod názvem „Dotýkat se kamene: zkušenost se slepotou“ (*Touching the Rock: An Experience of Blindness*). Kniha je reedici tohoto deníku, doplněnou o některé pasáže, jež v původním vydání chyběly, a o četné postřehy z pozdějších let. Je strhujícím svědectvím o pocitech člověka snažícího se přizpůsobit neznámému světu slepoty.

Stanislav Komárek Muž jako evoluční inovace?

Eseje o maskulinitě, její etologii, životních strategiích a proměnách



Rozsah:
264 stran
Cena: 285 Kč
ISBN: 978-80-
-200-2086-4
Vydavatel:
Academia

Jaké jsou etologie a životní strategie příslušníků mužského pohlaví u lidí i v živočišné říši? Jak vlastně fungují mužské society a co je jejich emocionálním tmelem? Nadchází v západní společnosti soumrak tradiční maskulinity a kam se vlastně stáhla či v co se proměnila? Jak se změnil stát, kdysi drsný a k obětem vyzyvající Vaterland, ve všeobjímavě pečující Mutterland? Nejeví se islámský svět jako ohrožující hlavně proto, že v něm tato proměna neproběhla? Směřuje západní svět k pozvolnému „vyvanutí“ a „ublaho-bytnění“, souvisejícímu se stále nižší produkci potomstva? Jak moc jsou rozdíly mezi pohlavímí dané dědičně a v jakém rozsahu kulturně? Nedochozí vlastně paralelně s „krizí maskulinity“ i ke „krizi femininity“?

NOVÉ KNIHY

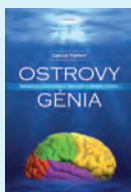
Stanislav Kratochvíl
Sex jako
obohacení životaSexuální trénink v sedmi lekcích
2., rozšířené vydáníRozsah:
116 stran
Cena: 179 Kč
ISBN: 978-80-
-247-4370-7
Vydavatel:
Grada,
edice Psyché

Sexuální život představuje jednu z významných životních hodnot. V mnoha manželstvih a partnerských vztazích zůstává jeho kvalita poměrně nízká pro nedostatečnou informovanost o možnostech jeho rozvíjení nebo pro rozdílná očekávání mužů a žen. Také někdy chybějí nebo jsou pro různé zábrany málo využívány dovednosti v sexuální a emoční oblasti. To vše kniha pomáhá účinně zvládnout. Poskytuje návod k tréninku

sexuálního reagování a prožívání na základě autorových mnohaletých zkušeností s léčbou různých sexuálních problémů a poruch, mj. příliš rychle nastupující ejakulace a nespolehlivé erekce u mužů a sexuální chladnosti či obtíží při dosahování orgasmu u žen. Vlastní trénink je systematicky rozdělen do sedmi lekcí s názorným výkladem i schematickými obrázky.

Autor uvádí podrobné ukázky průběhu úspěšného nácviku při různých potížích s komentáři a doporučeními pro postupně stále zlepšování sexuálního reagování i prožívání. Pozornost věnuje pestrosti ženského orgasmu a jeho začlenění do partnerské sexuální aktivity, přičemž uvádí ukázkové křivky průběhu vzrušení při souloži získané od několika stovek žen. Každá žena si může v knížce najít „svou křivku“ a zkusit ji zlepšit, je-li s ní nespokojena.

Pozornost je věnována také vnitřním emočním prožitkům mužů, kteří je na rozdíl od žen zpravidla nedávají najevo.

Darold A. Treffert
Ostrovy géniaRozsah:
392 stran
Cena: 299 Kč
ISBN: 978-80-
-7387-560-2
Vydavatel: Triton

Co je to savantský syndrom? Jedná se o velmi vzácný stav objevující se u osob postižených jednou či více vývojovými poruchami, včetně poruch autistického spektra. Tito jedinci zároveň disponují některými oblastmi nadání, ve kterých mají téměř nadlidské, brilantní schopnosti (autor je nazývá „ostrovy génia“), nápadně kontrastující s jejich celkovým omezením. Může to být nadání kreslířské, počtářské, hudební či k počítání kalendáře.

Darold Treffert v publikaci mimo jiné zkoumá fenomén genetické paměti (případy, kdy osoby nějakým způsobem „znají“ věci, které se nikdy neučily) a „náhlého génia“ ne-

boli „získaný savantismus“, kdy se u neurotypické osoby po poranění hlavy nebo mrtvici nečekaným, ohromujícím způsobem rozvinou schopnosti podobné savantským. Doktor Treffert přesvědčivě ukazuje, že tyto fenomény dokazují existenci zásobárny nevyužitého potenciálu – včetně schopnosti stát se savantem – v nás všech. Zabývá se rovněž tím, jak lze savantské schopnosti pěstovat a jak mohou pomoci osobě, která je má, zvláště pokud se jedná o osobu s poruchou autistického spektra. Barevná příloha obsahuje reprodukce mimořádných uměleckých děl některých savantů, o nichž je v knize zmínka.

Ctirad John, Štěpán Svačina,
František Houdek (editoři)
O duši lékařeRozsah: 344 stran
Cena: 499 Kč
ISBN: 978-80-7387-618-0
Vydavatel: Triton

„Pocítovali jsme, že vstupujeme do výsostného hájemství, a těšili se, že dostaneme odpovědi na vtíravé a intimní otázky lidského bytí. Poznávání činnosti mozku bylo jednou z nich.“

Bylo nápadné, že jsme od našich učitelů nikdy neslyšeli slovo duše. Do sytosti se mluvílo o paměti, vědomí a v době uctívání učení I. P. Pavlova o vyšší nervové činnosti. Nejmilovanější učitel nás nevtíravě vedl k respektu k lidské jedinečnosti, důstojnosti a k soucítění s bolestí. Spíš jsme vytušili, než poznávali, že své jednání podřizují, něčemu! Snad se, to' ostýchali vyslovit, aby to nerozfoukli.

Vyzvat skupinu lékařů, aby se vlámali do „svého“, do toho, co mají skryto „vnitř“, bylo opovržlivé. Řada z nich tak učinila. Pochopili, že slovo „duše“ je v našem pojetí zástupka. Jinak metafora, chcete-li.“



Inzerce A121016652

Mladá fronta
divize Medical
Services
představuje

Akutní kardiologie do kapsy

Přehled současných diagnostických
a léčebných postupů v akutní kardiologii

Příručka krátce a stručně informuje lékaře o nejčastějších akutních příhodách v kardiologii a na základě současných platných doporučení České kardiologické společnosti uvádí jak co nejlépe postupovat u jednotlivých popsáných akutních stavů. V každé kapitole jsou stručně popsány příznaky onemocnění, jež charakterizují srdeční příhodu,

a diferenciálně diagnostické možnosti a léčebné algoritmy tak, aby se lékař mohl rychle rozhodnout o strategii léčebného zákroku a dalších nezbytných opatřeních jak v rámci přednemocniční péče, tak v nemocničním zařízení.

Autor: prof. MUDr. Jan
Vojáček, DrSc., FESC, FACC

Doporučená cena 220 Kč

Hematologické kazuistiky
nejen pro hematology

aneb jak nepřehlédnout leukemii v každodenní praxi

Publikace vychází ze zkušeností a každodenních kontaktů autorů s jejich pacienty. Cílem je zdůraznit příznaky krevních nemocí a ukázat jak se od nich lze dostat ke stanovení diagnózy i co všchno tento proces znesnadňuje. Dosud se totiž nezdá stává, že pacienti s krevními nemocemi jsou i při typickém klinickém obrazu nesprávně

léčeni řadu měsíců. Mnohé z nich lze přitom při včasné záchytu velmi dobře léčebně ovlivnit, některé dokonce vyléčit zcela.

Autoři: doc. MUDr. Andrea
Janíková, Ph.D.,
prof. MUDr. Michael
Doubek, Ph.D.

Doporučená cena 250 Kč

MEDICAL
SERVICES

komplexní informační servis ve zdravotnictví

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

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

Kalendář akcí odborných lékařských společností – leden 2013

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

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Astma a CHOPN – aktualizace DP. Očkování dospělých pacientů a doporučení pro vakcinaci proti pneumokokům. Praktické aspekty očkování v ordinaci PL

3. 1. 2013/Liberec

Místo konání:

Clarion Grandhotel Zlatý lev

Pořadatel: Společnost

všeobecného lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.svl.cz

Revmatologická problematika v ambulanci PLDD

3. 1. 2013/Praha

Místo konání: Lékařský dům

Pořadatelé: Odborná společnost

praktických dětských lékařů

(OSPDL) ČLS JEP, Sdružení praktických

lékařů pro děti a dorost ČR

(SPLDD) regionu Praha

Kontakt: www.detskyklinikar.cz

Prevence ischemické choroby srdeční od dětského věku

26. celostátní seminář

Současné postavení kyseliny acetylsalicylové v prevenci KV onemocnění, umělé srdce, úvod k ochutnávce zdravých a nezdravých potravin, nejčastěji používaná dieta, vitamin D u KV onemocnění, hyperlipoproteinémie, změny rizika hypercholesterolemie, problém placebo, potíže

privátních dětských kardiologů, prevence náhlé smrti u sportovců, nežádoucí účinky statinů...

3.-5. 1. 2013/Poděbrady

Místo konání: kongresové

centrum Lázeňská Kolonáda

Pořadatelé: pracovní skupina pediatrické kardiologie České kardiologické společnosti (ČKS), Česká

společnost pro aterosklerózu

Kontakt: www.gsymposion.cz

55. česko-slovenská psychofarmakologická konference

Antipsychotika, personalizovaná léčba psychofarmaky, abnormní pohyby v psychiatrii a neurologii, farmakoterapie psychických poruch – záleží na pohlaví?, antidepressiva, thymopropylaktika, endokanabinoidy, anxiolytika, využití fytoKANABINOIDŮ, možnosti predikce individuálního průběhu schizofrenie...

4.-8. 1. 2013/Jeseník

Místo konání: Lázně Jeseník

Pořadatel: Česká neuropsychofarmakologická společnost, o. s., ve

spolupráci s Českou a slovenskou neurochemickou společností, Čes-

kou společností pro neurovědy ČLS JEP, Psychiatrickou klinikou 1. LF

UK a VFN Praha, Psychiatrickou klinikou LF UK a FN Hradec Králové,

Slovenskou psychiatrickou společností SLS a dalšími subjekty

Kontakt: Mgr. Petra Horáková;

tel. 222 514 210, 775 592 277; e-mail:

sekretariat@cnps.cz; www.cnps.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Astma a CHOPN. očkování...

7. 1. 2013/Zlín

Místo konání: aula Střední

zdravotnické školy, Příluky

Pořadatel: Společnost

všeobecného lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.svl.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Astma a CHOPN. očkování...

8. 1. 2013/Pardubice

Místo konání: hotel Euro

Pořadatel: Společnost

všeobecného lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.svl.cz

PragueAngio 2013

8. 1. 2013/Praha

Místo konání:

Autoklub ČR, Opletalova

Kontakt: www.gsymposion.cz

110. přednáškový večer

Prenatální kardiologie, vrozené srdeční vady (prim. MUDr. Tomáš Gruszka, oddělení dětské a prenatální kardiologie Dětské kliniky FN Ostrava)

9. 1. 2013/Ostrava-Mariánské Hory

Místo konání: Dům techniky

Pořadatelé: Česká farmaceutická

společnost ČLS JEP, Spolek moravskoslezských farmaceutů

Kontakt: PharmDr. Pavel Grodza;

tel.: 556 722 061, 602 503 897;

e-mail: panacea@iol.cz;

www.cfs-cls.cz

Zobrazení srdce pomocí MR, CT a PET CT

9. 1. 2013/Plzeň

Místo konání: FN Plzeň, pavilon 4

Pořadatel:

2. interní klinika LF UK a FN Plzeň

Kontakt: www.lkcr.cz

Třeboňské revmatologické dny

9.-11. 1. 2013/Třeboň

Místo konání: Lázně Aurora

- konferenční centrum

Pořadatelé: Česká revmatologická

společnost ČLS JEP, interní oddělení

Nemocnice České Budějovice

Kontakt: www.revma.cz/crs2013;

www.congressprague.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Astma a CHOPN. očkování...

10. 1. 2013/Ústí nad Labem

Místo konání:

Best Western Hotel Vladimír

Pořadatel: Společnost

všeobecného lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.svl.cz

Viry a imunita – pracovní schůze ČSAKI ČLS JEP

Viry – diverze a sabotáž v imunitním systému, novinky ve virové diagnostice, virové infekce u imunosuprimovaných pacientů, importované virové náklady

10. 1. 2013/Praha

Místo konání: Lékařský dům

Pořadatel: Česká společnost

alergologie a klinické imunologie

ČLS JEP (ČSAKI)

Kontakt: www.csaki.cz

Kurz diabetologie I – základy

Klasifikace, diagnostika a terapie diabetu a jeho komplikací, prevence aterosklerózy – pro praktické lékaře a internisty

10.-11. 1. 2013/Praha

Místo konání: hotel If

Pořadatel:

Centrum diabetologie IKEM

Kontakt: www.diab.cz

13. konference fetální medicíny s mezinárodní účastí

Pokroky v neinvazivní prenatální diagnostice a její implementaci do klinické praxe – efektivní predikce předčasného porodu a zabránění předčasnému porodu, výhledy porodnosti

11. 1. 2013/Praha

Místo konání: kongresové

centrum Nemocnice Na Homolce

Pořadatel: Česká společnost

pro ultrazvuk v porodnictví

a gynekologii ČLS JEP

Kontakt: Petra Dvořáková; tel. :

602 501 762; e-mail: www.csupg.cz

16. lázeňské kardiologické dny

Miniinvazivní videoasistované operace mitrální a trikuspidální chlopně, trendy v antiagregační terapii, rehabilitace pacientů s chronickou ischemickou chorobou srdeční, léčebná rehabilitace po CMP...

11.-12. 1. 2013/Teplice nad Bečvou

Místo konání:

Lázně Teplice nad Bečvou

Pořadatel: pracovní skupina

kardiiovaskulární rehabilitace

České kardiologické společnosti

Kontakt: www.ltnb.cz

Onkologie v gynekologii a mammologii

18. ročník symposia

Přínos screeningových vyšetření; ženy s vysokým genetickým rizikem – prevence a doporučené přístupy; komplikace, kontroverze a omly v chirurgické léčbě karcinomu prsu a gynekologických malignit; radioterapie, adjuvantní a neoadjuvantní terapie karcinomu prsu a gynekologických malignit + témata pro NLZP (porty – typy, výhody a úskalí; role sester v komunikaci s pacientem a rodinou...)

11.-12. 1. 2013/Černá Hora u Brna

Místo konání: Hotel Sladovna

Pořadatelé: oddělení radiační

a klinické onkologie Nemocnice

Znojmo, okresní sdružení lékařů

ČLK Brno-město, sekcia pro karcinóm

prsníka Slovenskej onkologickej spoločnosti SLS, o. s. Sova

Kontakt: www.linkos.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Astma a CHOPN. očkování...

12. 1. 2013/Praha, Karlovy Vary

Místa konání:

Lékařský dům (Praha),

hotel U Šimla (Karlovy Vary)

Pořadatel: Společnost

všeobecného lékařství ČLS JEP

Kontakt: www.svl.cz

7. sympozium pracovní skupiny plicní cirkulace ČKS

Tromboembolická nemoc, transplantace u plicní hypertenze, operace srdečních chlopní u pacientů s plicní hypertenzí, registry, kazuistiky

12.-13. 1. 2013/Špindlerův Mlýn

Místo konání: hotel Clarion

Pořadatel: pracovní skupina plicní cirkulace České kardiologické společnosti ve spolupráci s Českou společností pro trombozu a hemostázu ČLS JEP

Kontakt: Hana Středová; e-mail:

h.stredova@gsymposion.cz;

Šárka Jelínková; e-mail:

s.jelinkova@gsymposion.cz;

www.kardio.cz

11. zimní urologické sympozium

Androurologie, inkontinence a neurourologie, nádory ledvin, pedourologie, infekce, pánevní bolest, litiáza, nádory močového měchýře, nádory varlat a penisu

13.-18. 1. 2013/Špindlerův Mlýn

Místo konání: hotel Harmony

Pořadatelé: Urologická klinika

1. LF UK a VFN Praha, katedra

urologie IPVZ Praha, Urologická

klinika 2. LF UK a FN Motol Praha

Kontakt: www.zus2013.wgz.cz

21. mezioborový seminář

Infekce způsobené enterokoky, hepatitidy, malá škola: ATB terapie – deeskalací princip

14.-16. 1. 2013/Třeboň

Místo konání: Lázně Aurora

Pořadatel:

Společnost pro epidemiologii a mikrobiologii ČLS JEP ve spolupráci

se Společností infekčního lékařství

ČLS JEP a Společností pro lékařskou mikrobiologii ČLS JEP

Kontakt: MUDr. Pavel Žampach;

tel.: 607 854 644, 607 854 614;

e-mail: zampach@volny.cz;

www.sem-cls.cz

Lékařská biofyzika v nukleární medicíně, radioterapii a radiodiagnostice

CyberKníže na Onkologické klinice FN Ostrava – praktická ukážka; blok fyzikálních přednášek

15. 1. 2013/Ostrava

Místo konání:

výuková místnost X22 Kliniky

nukleární medicíny FN Ostrava

Pořadatel: Katedra biomedicín-

ských oborů LF OU ve spolupráci

s Onkologickou klinikou FN

Ostrava a Českou společností

lékařské fyziky ČLS JEP

Kontakt: www.cslf.cz

Komunikace v paliativní medicíně – kurz

Komunikace jako nástroj péče: video, nácvik, zpětná vazba, bilance; témata: kontakt zdravotník – pacient; sdělení přechodu na symptomatickou léčbu onkologicky nemocnému; dialog s pacientem nepřijímajícím diagnózu; dialog s nespokojeným příbuzným

16.-18. 1. 2013/Rajhrad

Místo konání: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě
Pořadatel: Institut paliativní medicíny České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP
Kontakt: Mgr. Eva Šimová; tel.: 547 232 223, 731 402 671; e-mail: eva.simova@charita.cz; www.dlbsh.cz; www.paliativnimedicina.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Astma a CHOPN. očkování...
 16. 1. 2013/Jihlava
Místo konání: presbytář hotelu Gustav Mahler
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Astma a CHOPN. očkování...
 17. 1. 2013/Praha, Hradec Králové
Místa konání: Lékařský dům (Praha), Nové Adalbertinum (Hradec Králové)
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Ultrazvukový kurz

Sonografie břicha a retroperitonea, cév a ostatních oblastí. Základní intervenční techniky provádění pod sonografickou kontrolou
 17.-19. 1. 2013/Čejkovice
Místo konání: kinosál Čejkovice
Pořadatel: Radiologická klinika LF MU a FN Brno, Radiologická společnost ČLS JEP
Kontakt: Jitka Halouzková; e-mail: jhalouzкова@fnbrno.cz; www.crs.cz

Genetické poradenství v praxi – kurz

Psychologické a etické aspekty; epigenetika, psychosociální aspekty poruch autistického spektra, genetické poradenství v asistované reprodukci, etická dilemata při screeningu CF, transakční analýza, vyrovnávání se s genetickou diagnózou, krizová intervence
 18. 1. 2013/Praha
Místo konání: kinosál ve 2. patře budovy ředitelství FN Motol
Pořadatel: Ústav biologie a lékařské genetiky 2. LF UK a FN Motol
Kontakt: www.slg.cz

Vědecká schůze České psychoterapeutické společnosti ČLS JEP

Co a jak budeme léčit v příštích 20 letech?
 18. 1. 2013/Praha
Místo konání: Lékařský dům
Pořadatel: Česká psychoterapeutická společnost ČLS JEP
Kontakt: MUDr. Jiří Berka; e-mail: berka@medihelp.cz,

info@psychoterapeuti.cz;
 www.psychoterapeuti.cz

Trauma v dětství a jeho obraz

Regionální seminář
 18. 1. 2013/Brno
Místo konání: posluchárna Psychiatrické kliniky LF MU a FN Brno
Pořadatel: Psychiatrická klinika LF MU a FN Brno
Kontakt: www.lkcr.cz

13. komnata komplikací diabetu

18.-19. 1. 2013/Praha
Místo konání: NH Hotel Prague
Pořadatel: Academia Medica Pragensis Ameptra, s. r. o.
Kontakt: www.lkcr.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Astma a CHOPN. očkování...
 19. 1. 2013/Brno, Plzeň, Olomouc
Místa konání: Kancelář veřejného ochránce práv (Brno), Šafránkův pavilon (Plzeň), aula Právnické fakulty UP (Olomouc)
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

5. pracovní konference středních zdravotnických pracovníků

Pro zdravotní laboranty, všeobecné sestry, asistenty ochrany a podpory veřejného zdraví, nutriční terapeuti
 21. 1. 2013/Praha
Místo konání: Státní zdravotní ústav, budova 11
Pořadatel: SZÚ Praha
Kontakt: Martina Maixnerová; e-mail: m.maixnerova@szu.cz; www.szu.cz

Základy radiologie/novinky z radiologie, kurz

Vznik, vlastnosti a účinky rentgenového záření, zásady radiací ochrany, kontrastní látky, CT a MRI – principy, indikace a kontrastní indikace, nové metody, skiaskopicko-skiografická vyšetření, prostý snímek hrudníku a břicha, prostý snímek skeletu...
 21.-25. 1. 2013/Brno, Olomouc
Místa konání: výuková místnost Radiologické kliniky LF MU a FN Brno (2. nadzemní podlaží výškové budovy), posluchárna Radiologické kliniky LF UP a FN Olomouc (budova B1 v přízemí)
Pořadatel: Radiologická klinika LF UP a FN Olomouc, Radiologická klinika LF MU a FN Brno
Kontakt: Bc. Iveta Elišková; Ing. Blanka Doleželová; tel.: 585 632 065, 585 632 064; e-mail: iveta.eliskova@upol.cz; blanka.dolezelova@upol.cz; www.crs.cz

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Astma a CHOPN. očkování...
 22. 1. 2013/Ostrava
Místo konání: hotel Imperial
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Gastroforum

Ochorenia pankreasu
 22.-25. 1. 2013/Štrbské Pleso, Slovensko
Místo konání: Hotel Patria
Pořadatel: Slovenská gastroenterologická spoločnosť SLS
Kontakt: www.sgssls.sk

Vzdělávací seminář SVL ČLS JEP

Astma a CHOPN. očkování...
 23. 1. 2013/Praha, České Budějovice
Místa konání: Lékařský dům (Praha), Clarion Congress Hotel (České Budějovice)
Pořadatel: Společnost všeobecného lékařství ČLS JEP
Kontakt: www.svl.cz

Použití hypotermie v intenzivní péči

23. 1. 2013/Plzeň
Místo konání: FN Plzeň, posluchárna, pavilon 4
Pořadatel: 2. interní klinika LF UK a FN Plzeň
Kontakt: www.lkcr.cz

Týmová práce a rozhodování

Kazuistický seminář
 23.-25. 1. 2013/Rajhrad
Místo konání: Dům léčby bolesti s hospicem sv. Josefa v Rajhradě
Pořadatel: Institut paliativní medicíny České společnosti paliativní medicíny ČLS JEP
Kontakt: Mgr. Eva Šimová; tel.: 547 232 223, 731 402 671; e-mail: eva.simova@charita.cz; www.dlbsh.cz; www.paliativnimedicina.cz

18. dny RAPPL

Dny rinologie, alergologie, pneumologie, praktického lékařství a lázeňství (RAPPL): výplachy a laváže HDC, nemoci hlasivek, chronické faryngitidy, kašel jako symptom, nemoci mediastina, TBC a jiné mykobakteriозy, chronické a recidivující respirační infekce, současné možnosti imunologické a lázeňské léčby
 23.-26. 1. 2013/Karlova Studánka
Místo konání: Státní léčebné lázně Karlova Studánka
Kontakt: www.k.studanka.cz

2. novinky v kardiologii pro praxi

Novinky v léčbě fibrilace síní (ESC 2012), novinky v léčbě srdečního selhání, novinky v managementu

pacienta s akutním koronárním syndromem s elevacemi ST segmentu, farmakologie kardiiovaskulárních onemocnění...
 24. 1. 2013/Olomouc
Místo konání: NH Congress Hotel
Pořadatel: 1. interní – kardiologická klinika LF UP a FN Olomouc, Solen, s. r. o.
Kontakt: www.solen.cz

14. rinofest

Demonstrační kurz septorinoplastiky a endoskopické chirurgie PND
 24.-25. 1. 2013/Ružomberok
Místo konání: seminární místnost Kliniky ORL a chirurgie hlavy a krku SZU v Bratislave a Ústřednej vojenskej nemocnice SNP – FN Ružomberok
Pořadatel: Klinika ORL a chirurgie hlavy a krku Slovenskej zdravotníckej univerzity v Bratislave a Ústrednej vojenskej nemocnice SNP – FN Ružomberok, Denná ORL klinika, s. r. o., Banská Bystrica, rinologická sekcia Slovenskej spoločnosti pre otolaryngológiu a chirurgiu hlavy a krku
Kontakt: e-mail: orl@uvn.sk; www.uvn.sk

PragueONCO 2013

4. pražské mezioborové onkologické kolokvium
Personalizovaná léčba karcinomu plic, lokální terapie karcinomu prsu, multimodální léčba karcinomu ledvin, kontroverze léčby koloarektálního karcinomu, pokroky v diagnostice a stagingu gynekologických nádorů, časně následky a pozdní dopady léčby...
 24.-25. 1. 2013/Praha
Místo konání: Clarion Congress Hotel
Kontakt: www.linkos.cz

Porodní poranění análního svěrače

Diagnóza a ošetření, workshop
 25. 1. 2013/Praha
Místo konání: Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN v Praze, Apolinářská 18
Pořadatel: Gynekologicko-porodnická klinika 1. LF UK a VFN
Kontakt: Dr. Rachid El Haddad; e-mail: elhaddad@seznam.cz; www.gynstart.cz

Nephrology winter school – 13th Prague postgraduate training course

Modulate of immune response in renal disease
 25.-26. 1. 2013/Praha
Pořadatel: Česká nefrologická společnost ve spolupráci s European Renal Association – European Dialysis and Transplant Association (ERA – EDTA), Continual

Medical Education Working Group
Kontakt: www.nefrol.cz

Live Surgery 2013

25.-26. 1. 2013/Praha
Místo konání: Ústřední vojenská nemocnice Praha
Pořadatel: Česká oftalmologická společnost ČLS JEP, ÚVN Praha
Kontakt: doc. MUDr. Jiří Pašta, CSc.; e-mail: jiri.pasta@uvn.cz; www.oftalmologie.com

11. slovensko-české sympóziom o arytmiách a kardiostimulácii

15. slovenské arytmiologické a kardiostimulačné dni
19. české sympóziom o arytmiách a kardiostimulaci
Katétrová léčba srdečních arytmií, primární a sekundární prevence náhlejší smrti, náhla smrt u pacientov s kanálopatiemi a športovcov, národné registre v arytmiológii, pediatrická arytmiológia, arytmia pri vrodenej chybách srdca v dospelosti...
 27.-29. 1. 2013/Senec, Slovensko
Místo konání: Kongresové centrum Congress Hotelu
Pořadatel: Slovenská asociácia srdcových arytmií
Kontakt: www.kongres.arytmie.sk

Zobrazování kolenního a ramenního kloubu

29. 1. 2013/Plzeň
Místo konání: výuková místnost RDG oddělení FN Plzeň
Pořadatel: radiodiagnostické oddělení FN Plzeň
Kontakt: www.lkcr.cz

Ochrana obyvatelstva – Dekontam 2013

12. ročník mezinárodní konference na téma „Bezpečné území – bezpečná společnost“
 29.-30. 1. 2013/Ostrava
Místo konání: aula Vysoké školy báňské – Technické univerzity Ostrava-Poruba
Pořadatel: Fakulta bezpečnostního inženýrství VŠB – TU Ostrava, Sdružení požárního a bezpečnostního inženýrství, ve spolupráci s Ministerstvem vnitra ČR – generálním ředitelstvím Hasičského záchranného sboru ČR a Státním úřadem pro jadernou bezpečnost
Kontakt: www.skpz.cz

Seminář Psychiatrické a Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN Praha

30. 1. 2013/Praha
Místo konání: Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN
Pořadatel: Česká lékařská komora, Psychiatrická klinika 1. LF UK a VFN Praha
Kontakt: www.lkcr.cz (sta)

PRÁVNÍ PORADNA

Pacient odmítl péči, ale nepodepsal revers

Jak postupovat v případě, že pacient s podezřením například na infarkt myokardu je dopraven záchranou službou do zdravotnického zařízení, ale nevyčká na ošetření, případně i vyčká, ale pak navzdory doporučení k hospitalizaci doslova uteče, aniž podepsal revers? Co se má zapsat do zdravotnické dokumentace, abychom byli právně chráněni pro případ, že po opuštění zdravotnického zařízení pacient zkolabuje nebo i zemře?



na dotazy odpovídá
JUDr. Pavel Zajíc

ší léčby, nepodepíše revers a doslova z nemocnice uteče, patrně nelze předcházet. Jistě však lze předejít tomu, aby důsledky takového nezodpovědného chování pacienta dopadly na ošetřující zdravotnický personál.

Ochrana řádnou dokumentací

Prostředkem právní ochrany zdravotnického personálu je řádně vedená zdravotnická dokumentace. Základní pravidla pro její vedení stanoví zákon o zdravotních službách a detailně tuto oblast upravuje vyhláška ministerstva zdravotnictví o zdravotnické dokumentaci.

Poskytovatel zdravotních služeb je povinen vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci a nakládat s ní podle těchto předpisů: Zdravotnická dokumentace může být, za podmínek stanovených zákonem, vedena v listinné či elektronické podobě nebo v kom-

binaci obou těchto podob. Zdravotnická dokumentace však musí vždy být vedena průkazně, pravdivě, čitelně a musí být průběžně doplňována. Zápis se provádí bez zbytečného odkladu. Každý zápis musí být opatřen datem, podpisem zdravotnického pracovníka, který zápis provedl, a otiskem razítka se jménem nebo čitelným předpisem jeho jména. Opravy zápisu ve zdravotnické dokumentaci se provádí novým zápisem. Zápis se opatří uvedením data opravy a dalšími náležitostmi uvedenými výše. Původní zápis přitom musí zůstat čitelný. V doplnění nebo opravě zápisu na žádost pacienta se uvede datum a čas provedení zápisu a poznámka, že jde o opravu nebo doplnění na žádost pacienta; zápis se opatří podpisem pacienta a zdravotnického pracovníka, který jej provedl.

Kdo je připraven, není překvapen

Vyhláška ministerstva zdravotnictví o zdravotnické dokumentaci pamatuje i na situaci

vysvětlení – potřebné zdravotní služby odmítá. Záznam dále obsahuje místo, datum, hodinu a podpis zdravotnického pracovníka, který pacientovi informace poskytl. V případě, že pacient odmítl záznam o prohlášení podepsat, opatří se záznam jménem, příjmením a podpisem svědka, který byl projev odmítnutí přítomen, a uvedou se důvody, proč se pacient nepodepsal, a dále se uvede, jakým způsobem pacient projevil svou vůli.

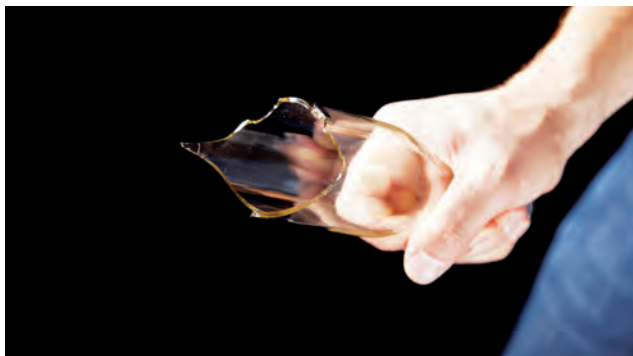
Závěrem tak shrnuji, že v situacích podobných té z dotazu doporučuji postupovat způsobem předvídaným právními předpisy a uvedeným v této odpovědi výše. Takto ostatně naplníte další tradiční a užitečné úsloví, totiž, že „kdo je připraven, není překvapen“.



ilustrační foto: Shutterstock

Ztráta bezúhonnosti lékaře

Lékař po hádce v restauračním zařízení fyzicky napadl svého oponenta a při potyčce způsobil škodu na zařízení restaurace ve výši 100 tisíc korun. Byl uznán vinným z trestného činu výtržnictví podle § 202 odst. 1 trestního zákona a byl mu uložena peněžitý trest. Přišel tím o bezúhonnost a může nadále vykonávat svoje povolání?



ilustrační foto: Shutterstock

Právní řád stanovuje bezúhonnost jako jednu z podmínek pro výkon některých povolání či poskytování určitých služeb. Tak je tomu v případě advokátů, soudců či auditorů. Zákon o zdravotních službách jako jednu z podmínek pro udělení oprávnění k poskytování zdravotních služeb rovněž stanovuje bezúhonnost.

Za bezúhonného se pro účely zákona o zdravotních službách považuje ten, kdo nebyl pravomocně odsouzen, buď za trestný čin k nepodmíněnému trestu odnětí svobody v trvání alespoň jednoho roku, nebo za trestný čin

spáchaný při poskytování zdravotních služeb, anebo se na něho hledí, jako by nebyl odsouzen. Bezúhonnost se přitom dokládá výpisem z evidence Rejstříku trestů.

Z popsání situace je zřejmé, že trestný čin lékař nespáchal při poskytování zdravotních služeb a ani se nejedná o trestný čin, za který by byl odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody v trvání alespoň jednoho roku. Z pohledu požadavků stanovených v zákoně o zdravot-

ních službách tak lze konstatovat, že v tomto případě je lékař nadále bezúhonný. Tím splňuje podmínku pro poskytování zdravotních služeb a nadále může vykonávat své lékařské povolání. Nad rámec dotazu dále obecně uvádím, že pokud by lékař přestal být považován za bezúhonného ve smyslu zákona o zdravotních službách, správní orgán (odbor zdravotnictví příslušného krajského úřadu) mu odejme oprávnění k poskytování zdravotních služeb.

Neregistrovaná sestra pod dohledem praktického lékaře

Celý život pracuji jako sestra, posledních 15 let na hygienické stanicích. Na posledních pět let, které mi zbývají do penze, bych ráda nastoupila jako sestra do soukromé ordinace praktického lékaře. Nejsem



odpovídá
Mgr. Marie Šubertová

roce 2003/2004, pak jste získala odbornou způsobilost k výkonu povolání všeobecné sestry. Nicméně všeobecná sestra smí vykonávat své povolání bez odborného dohledu až po 3 letech výkonu povolání všeobecné

však registrovaná sestra, a tak bych potřebovala vědět, zda mohu tuto práci vykonávat pod odborným dohledem lékaře...

Ano, můžete vykonávat povolání sestry pod odborným dohledem lékaře. K výkonu povolání sestry musíte mít odbornou způsobilost podle zákona o nelékařských zdravotnických povoláních (zákon č. 96/2004 Sb., ve znění pozdějších předpisů). Pokud jste absolvovala studijní obor všeobecná sestra na střední zdravotnické škole a studium prvního ročníku bylo zahájeno nejpozději ve školním

sestry. Odborný dohled může poskytovat lékař v rozsahu své způsobilosti k výkonu zdravotnického povolání.

Rozsah činností všeobecné sestry je vymezen v § 4 vyhlášky č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. Pokud jste tedy 3 roky nevykonávala povolání všeobecné sestry a praktický lékař je ochoten vykonávat odborný dohled nad Vámi po dobu 3 let, pak pod jeho odborným dohledem smíte vykonávat veškeré činnosti uvedené v § 4 výše uvedené vyhlášky a poté další 2 roky i bez jeho odborného dohledu.

Zajímavé www stránky – očkování

Dnešní přehled medicínských stránek, které lze najít na internetu, věnujeme problematice zásadní, a to otázce očkování. A protože se jedná o velmi rozsáhlé téma, zaměříme se dnes pouze na domácí internetový prostor, zahraničním zdrojům se budeme věnovat v příštím čísle.

Státní zdravotní ústav - očkování

www.szu.cz/tema/vakciny
Problematice očkování je na oficiálním portálu Státního zdravotního ústavu věnován poměrně rozsáhlý prostor. Seznámí nás například s agendou povinného očkování a s jeho právním ukotvením v naší legislativě. Část obsahu je zaměřena na problematiku doporučeného očkování například při cestách do zahraničí. Vedle encyklopedických informací si ale



čtenář stránek se zájmem přečte i aktuální informace z různých koutů světa o epidemiích nemocí, proti kterým se v Česku běžně očkuje či očkovalo.

Rozalio.cz

<http://rozalio.cz>
Nejen z mediálních zpráv víme, že očkování nemá vždy na různých ustláno a kritika proti některým aspektům očkovacího systému zaznívá i v Česku. ROZALIO je zkratka pro název občanského sdružení „Rodiče za lepší informovanost a svobodnou volbu v očkování“. Jak na svých stránkách autoři informují, jde o sdružení rodičů, kteří mají na očkování různé názory a mají k němu také různý přístup. V jednom se však shodují – že by jeho volba měla být dobrovolná a rodiče by o očkování měli mít dostatek informací. Na míru podstatnosti jejich argumentů si může každý čtenář stránek udělat názor sám.

Vakciny.net

www.vakciny.net
Portál plný podrobných informací o systému očkování nejen u nás, ale i ve světě. Nalezneme

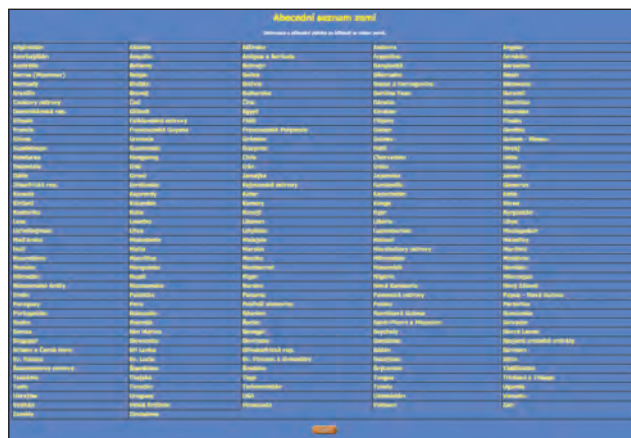


zde očkovací kalendář, legislativní informace či podrobné pojednání o jednotlivých nemocích, proti kterým je k dispozici vakcína, s epidemiologickými rozbory. Průběžně jsou přidávány aktuální články mapující systémy očkování po celém světě. Ze stránek může čerpat informace jak laická, tak odborná veřejnost. Pro své chytré mobilní telefony či tablety si je možné stáhnout zdarma i e-knihu „Co by měli rodiče vědět o očkování“. Tato příručka by měla každou novou maminku i tatínka informovat o možnostech očkování jejich dítěte.

Zdravotní ústav – očkování při cestách do zahraničí www.zukolin.cz/ockovani/ockoindex.htm

Internetových zdrojů s informacemi o povinných a doporučených očkováních při cestách do zahraničí je samozřejmě dlouhá řada. Databáze umístěná na portálu Zdravotního ústavu překvapí svou přehledností a jednoduchým vyhledáváním. Vyberte si jakoukoli země světa a dozvíte se, jaká očkování by vás při cestě do této destinace neměla minout.

MUDr. Michal Pelíšek



ZDRAVOTNICKÉ NOVINY

MLADÁ FRONTA ZDRAVOTNICKÉ NOVINY ZDN
číslo 25/2012

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, Farmabiznis, 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 společností, 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. Ivan David, CSc.
doc. MUDr. Petr Hač, CSc.
doc. MUDr. Iva Holmerová, Ph.D.
MUDr. Radkín Honzák, CSc.
doc. MUDr. Bohuslav Dvořák, CSc.
prof. MUDr. Milošlav Kršák, DrSc.
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc., MBA
prof. MUDr. Zdeněk Malý, CSc.
prof. Ing. Rudolf Poledník, 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: hollam@mzf.cz

generální ředitel
Ing. David Hurta

ředitel divize Medical Services
MUDr. Martin Hofman

kreativní ředitel
René Decastelo

art director
Petr Honzátko

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

MARKETING
ředitelka marketingu novin a časopisů Hana Holková
brand manager Kristýna Dytrychová

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 Cermáková, 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,
Videnská 995/63, 639 63 Brno,
tel. 532 165 165, e-mail: export@mediaservis.cz

Objednávky SR:
Mediaprint Kapa Pressegresso, 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 výslovnými 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 13. 12. 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

Vedoucí lékař/lékařka

THOMAYEROVA NEMOCNICE, VÍDEŇSKÁ 800, 140 59 PRAHA 4 – KRČ, přijme na základě konkurzního řízení:

- Vedoucího lékaře/lékařku pro standardní oddělení, pro Pediatrickou kliniku 1. LF UK a TN

Požadujeme:

- odbornou a zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost podle zákona č. 95/2004 Sb.,
- specializovanou způsobilost v oboru dětské lékařství,
- minimálně 10 let praxe v oboru,
- další atestace, jazykové schopnosti a publikační činnost výhodou.

Nabízíme:

- zajímavou práci,
- možnost zapojit se do výuky mediků a akcí IPVZ,
- odpovídající platové podmínky,
- možnost celoživotního vzdělávání,
- zaměstnanecské benefity.

Příhlášky včetně životopisu, dokladů o odborné a zdravotní způsobilosti a výpisu z rejstříku trestů zasílejte na adresu: Thomayerova nemocnice, Vídeňská 800, 140 59 Praha 4 – Krč, k rukám primáře Pediatrické kliniky 1. LF UK a TN MUDr. Vítězslava Dedka, CSC.

Kontakt: prim. MUDr. Vítězslav Dedek, CSC., tel.: 261 083 236, e-mail: vitezslav.dedek@ftn.cz

ZDN A121016526

Akademický pracovník

DĚKAN 2. LÉKAŘSKÉ FAKULTY UK V PRAZE vypisuje výběrové řízení na dobu určitou na místo:

- 1 akademického pracovníka pro Gynekologicko-porodnickou kliniku 2. LF UK a FN Motol

Požadavky na uchazeče:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- předpoklady pro výuku studentů,
- aktivní znalost minimálně jednoho světového jazyka,
- perspektiva získání titulu Ph.D.,
- publikační aktivita.

Dále požadujeme předpoklady pro vědeckou a pedagogickou činnost, morální a občanskou bezúhonnost.

Příhlášky spolu s fotokopiemi dokladů o vzdělání, životopisem, průběhem praxe, přehledem vědecké a publikační činnosti a alespoň 2 referencemi přijímá do 30 dnů po zveřejnění výběrového řízení:

Děkanát 2. LF UK v Praze, personální oddělení, V Úvalu 84, 150 06 Praha 5 – Motol.

ZDN A121016498

Primář/primářka

GENERÁLNÍ ŘEDITEL KRAJSKÉ NEMOCNICE LIBEREC, A. S., vyhlašuje výběrové řízení na pozici:

- Primář/primářka dětského oddělení

Kvalifikační požadavky:

- VŠ vzdělání lékařského směru,
- specializovaná způsobilost v oboru dětské lékařství,
- zkušenosti s prací na JIP pro novorozence – specializace z neonatologie výhodou,
- licence pro výkon funkce primáře pro obor dětského lékařství podmínkou,
- zdravotní způsobilost a bezúhonnost dle zákona č. 95/2004 Sb.,
- manažerské a komunikační schopnosti,
- vysoká flexibilita a spolehlivost,
- občanská a morální bezúhonnost.

Příhláška uchazeče musí obsahovat:

- motivační dopis,
- strukturovaný životopis,
- kopie dokumentů dokládajících požadovanou kvalifikaci.

Nabízíme:

- nadstandardní mzdové ohodnocení,
- možnost dalšího osobního a profesního rozvoje,
- práci v moderním a příjemném pracovním prostředí,
- zaměstnanecské benefity (příspěvek na stravování, penzijní a životní pojištění).

Termín nástupu: 1. 2. 2013 nebo dle dohody.

Uzávěrka přihlášek: 4. 1. 2013.

Příhlášky zasílejte na adresu: Krajská nemocnice Liberec, a. s.,

Jana Stupková – personální odd., Husova 10, 460 63 Liberec 1, e-mail: jana.stupkova@nemlib.cz

ZDN A121016538

Více pozic

ŘEDITEL SLEZSKÉ NEMOCNICE V OPAVĚ, P. O., vyhlašuje výběrové řízení na obsazení pozic:

- Primář infekčního oddělení
- Primář oddělení patologie
- Vedoucí nemocniční lékárny

Nabízíme nadstandardní platové podmínky

Nástup: dle dohody.

Bližší informace k výběrovému řízení: www.nemocnice.opava.cz

ZDN A121016510

Volná místa

Lékař/lékařka

THOMAYEROVA NEMOCNICE, VÍDEŇSKÁ 800, 140 59 PRAHA 4 – KRČ, přijme lékaře/lékařku pro Pediatrickou kliniku 1. LF UK a TN.

Požadujeme:

- odbornou a zdravotní způsobilost a trestní bezúhonnost podle zákona č. 95/2004 Sb.,
- praxe u pediatrického lůžka, ukončený základní pediatrický kmen nebo specializovanou způsobilost v oboru dětské lékařství výhodou,
- jazykové schopnosti a publikační činnost výhodou.

Nabízíme:

- zajímavou práci,
- odpovídající platové podmínky,
- možnost celoživotního vzdělávání,
- zaměstnanecské benefity.

Příhlášky včetně životopisu, dokladů o odborné a zdravotní způsobilosti a výpisu z rejstříku trestů zasílejte na adresu: Thomayerova nemocnice, Vídeňská 800, 140 59 Praha 4 – Krč, k rukám primáře Pediatrické kliniky 1. LF UK a TN MUDr. Vítězslava Dedka, CSC.

Kontakt: prim. MUDr. Vítězslav Dedek, CSC., tel.: 261 083 236, e-mail: vitezslav.dedek@ftn.cz

ZDN A121016522

Lékař/lékařka

NEMOCNICE PÍSEK, A. S., přijme lékaře/lékařku pro anesteziologicko-resuscitační oddělení.

Požadujeme odbornou specializovanou způsobilost v oboru anesteziologie a případně lékaře zařazeného do specializačního vzdělávání v daném oboru či absolventa lékařské fakulty.

Nabízíme:

- pracovní pozici na akreditovaném pracovišti,
- možnost bezúplatného profesního růstu a dalšího vzdělávání,
- zaměstnanecské benefity,
- zajištění ubytování.

Konkrétní mzdové a ostatní podmínky budou dohodnuty při osobním pohovoru.

Příhlášky zasílejte na adresu: Nemocnice Písek, a. s., Karla Čapka 589, 397 23 Písek, tel.: 382 772 001, e-mail: sekretariat@nemopisek.cz

ZDN A121016548

Lékaři/lékařky

MĚSTSKÁ NEMOCNICE HUSTOPEČE, P. O., přijme do pracovního poměru:

- Lékaře/lékařku se specializovanou způsobilostí v oboru ARO
- Lékaře/lékařku se specializovanou způsobilostí v oboru FBLR

Nabízíme:

- výhodné platové podmínky,
- stravování,
- možnost ubytování v areálu nemocnice.

Nástup možný ihned, popřípadě dle dohody.

Žádosti s přehledem praxe a stručným životopisem zasílejte na e-mail: pam@nemocnicehustopece.cz, tel.: 519 407 350.

ZDN A121016516

Lékař

SLEZSKÁ NEMOCNICE V OPAVĚ, P. O., přijme lékaře se specializovanou způsobilostí v oboru gynekologie a porodnictví

Nabízíme:

- nadstandardní podmínky,
- možnost odborného růstu

s vyhlídkou na funkční pracovní pozici.

Bližší informace: www.nemocnice.opava.cz

ZDN A121016505

Lékař

VAZEBNÍ VĚZNICE PRAHA – RUZYŇ, STARÉ NÁMĚSTÍ 3/12, PRAHA 6, přijme lékaře – práce s věznými osobami.

Požadujeme specializovanou způsobilost v oboru všeobecného praktického lékařství pro dospělé.

Nabízíme:

- pracovní smlouvu na plný pracovní úvazek nebo kratší,
- možnost i dohody o pracovní činnosti,
- platové rozpětí podle délky praxe 40 100–47 800 Kč, při kratším úvazku se plat úměrně krátí,
- pracovní dobu pondělí až pátek – jednosměnný provoz,
- navíc 1 týden dodatkové dovolené,
- dobré spojení MHD i vlakem.

Kontakt: e-mail:

jhuulikova@vez.ruz.justice.cz, tel.: 220 184 140, 728 468 761.

ZDN A121016502

Chirurg

SVITAVSKÁ NEMOCNICE, A. S., přijme lékaře na chirurgické oddělení, i absolventa, praxe vítána.

Nabízíme:

- možnost odborného růstu na akreditovaném pracovišti (akreditace pro vzdělávání v oboru chirurgie, dále akreditace SAK),
- podpora dalšího vzdělávání v oboru.

Bližší informace: MUDr. Karel Víšek, tel.: 461 569 323, e-mail: visek@nemsy.cz.

Písemné nabídky zasílejte na adresu: Svitavská nemocnice, a. s., ředitelství, Kollárova 643/7, 568 25 Svitavy.

ZDN A121016493

Lékař

MUDR. MARIE KOŽNAROVÁ hledá lékaře diabetologa k převzetí zavedené soukromé diabetologické praxe v Sušici. Kontakt: tel.: 728 576 247, e-mail: diaambulace@seznam.cz

ZDN A121014585

PERSONÁLNÍ INZERCE

Gynekolog

POLIKLINIKA V PRAZE 7

přijme gynekologa do zavedené ambulance. Možno i důchodce.

Nástup dle dohody.

Info na tel.: 233 375 591.

ZDN A121016544

Lékař

PŘELOUČSKÁ

POLIKLINIKA, A. S.,

přijme lékaře pro děti a dorost (2 roky praxe, možno i bez atestace).

Nástup: 1. 1. 2013.

Výhodné platové podmínky.

Bližší informace: e-mail:

info@prelouckapoliklinika.cz,

tel.: 777 900 901, vedoucí lékař.

ZDN A121014610

Lékař

PŘELOUČSKÁ

POLIKLINIKA, A. S.,

přijme praktického lékaře pro dospělé (možno i bez atestace, 2 roky praxe).

Nástup ihned.

Výhodné platové podmínky.

Bližší informace: e-mail:

info@prelouckapoliklinika.cz,

tel.: 777 900 901, vedoucí lékař.

ZDN A121014596

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 A121015692

Lékař/lékařka

NZZ RESURF MED, S. R.

O., PRAHA 9 – VYSOČANY,

přijme lékaře/lékařku

těchto oborů:

- PL pro dospělé na plný úvazek
- Ortoped na částečný úvazek

Motivační platové podmínky.

Nástup dle domluvy.

Kontakt: tel.: 776 875 513,

e-mail: info@recepce.eu

ZDN A121010967

Internista a psychiatr

PRO SOUKROMOU
PSYCHIATRICKOU AMBULANCI
A INTERNÍ AMBULANCI,

s pracovišti v Hradci Králové a Pardubicích, hledáme lékaře na plný či zkrácený úvazek.

V případě zájmu a pro domluvení si schůzky volejte na tel.: 739 681 648.

ZDN A121016532

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

ZDN A121014578



PERSONÁLNÍ INZERCE

je přijímána na adrese:

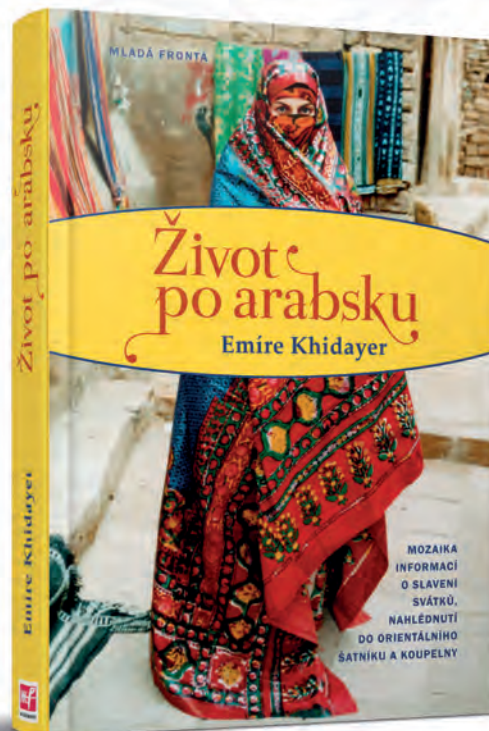
Zdravotnické noviny
Mladá fronta a. s., Mezi Vodami 1952/9

143 00 Praha 4 – Modřany

e-mail: personalni.inzerce@mf.cz

tel.: 724 561 805

Inzerce A121016142

Poznejte zvyklosti
v arabských zemích

Volné pokračování úspěšné knihy
Arabský svět – jiná planeta?

Žádejte u svého knihkupce nebo se slevou 25 % na www.kniha.cz

kniha.cz

mf
MLADÁ FRONTA

- CRP
- hs CRP
- HbA1c
- mikro-albumin
- PSA
- AFP
- FOB
- troponin I
- D-dimery

CRP
kvantitativní

HbA1c
kvantitativní

i-CHROMA

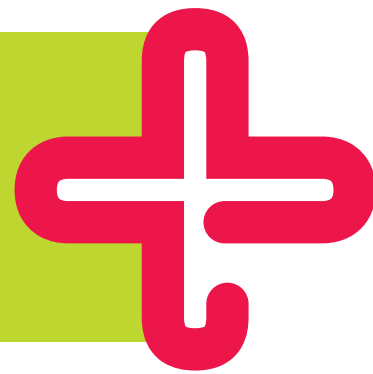
Kompaktní analyzátor
pro ordinace a laboratoře

kvantitativní stanovení CRP
a dalších analytů v krvi a moči



- Moderní imunoanalytická metoda na bázi imunofluorescence
- Vysoká citlivost a přesnost
- Rychlé a snadné provedení testů

VÁNOČNÍ PŘÍLOHA



NA POMEZÍ

Emoce v širších souvislostech
Tělpastýřství jako
nástupce církve?
Je ekonomika maniodepresivní?



HISTORKY

ZPOZA KATEDRY
Vzpomínky a zážitky z těch,
které sladí život kantorský

Výběrové řízení

„**P**ane premiére, novináři čekají.“ Tajemníková tvář začínala jevit známky znepokojení.

„Ještě chvíličku,“ téměř poprosil premiér, ale ve skutečnosti si pomyslel něco, co by si sotva dovolil říct i před tajemníkem, natož před zmíněnými novináři.

„Odstoupím,“ mumlal si, když se za tajemníkem zavřely dveře, a vidina s tím slovem spojená mu začala připadat čím dál lákavější. Ano, odstoupí. Ne proto, že by cítil politickou odpovědnost, již v tomto případě ani fakticky nenesl, alespoň ne v bezprostředním slova smyslu. Ale po všech těch aférách kolem nákupu vojenské techniky, čerpání evropských dotací a předražených veřejných zakázek byla tohle příslušná poslední kapka a on toho měl docela lidsky dost. Sekne s tím a vrátí se k poctivému doktorskému řemeslu.

„Zlatý prciny!“ vynořila se mu hláška z filmu „Nejistá sezóna“, ačkoli ve skutečnosti nebyl gynekologem, ale jen obvodákem z předměstí, který se jednoho dne rozhodl vyměnit pacienty za voliče. A čert mu to byl dlužen! Odstoupí – pokud mu vůbec bude dopřáno učinit tak z vlastní vůle. Protože kvůli tomuhle určitě padne vláda. „Zlatý tanky a vrtulníky!“ pomyslel si hořce a se sebezapřením se zvedl.

Po chodbě nervózně přecházel ministr kultury. Jak spatřil premiéra, skoro se k němu rozeběhl.

„Chtěl jsem ti to vysvětlit, ale tys mě ani –“

„Sereš mě!“ neudržel se premiér. „Hlavně abys to dokázal vysvětlit jim...!“ kývl směrem k zasedačce, v níž to zlověstně hučelo.

Tiskový mluvčí, který se k nim připojil, na premiéra starostlivě pohlédl. „Možná bude lepší, když jen přečtete prohlášení a žádné otázky nepovolíme. Tady postučí jediné neopatrné slovo a bude mazec.“

Premiérem zacloumala chut mluvčího za ten projev nedů-

věry nakopnout, ale pocit úlevy zvítězil. „Ten bude tak jako tak,“ zabručel.

* * *

„... a slibuji, že osobně dohlédnu na to, aby celá věc byla řádně vyšetřena a viníci potrestáni. Děkuji vám za pozornost.“

Premiérovu tvář na obrazovce překryla moderátorka hlavní zpravodajské relace. Měla energický pohled a nesmiřitelné úzké rty, jimiž odsekávala své neomylné komentáře, co věta, to rána sekýrou do vazů. Už to samo o sobě stačilo, aby byla doktoru Markovi neskonale protivná, natož teď, když tu sekeru zatínala do zátylku premiéra, který se nic netuše vznášel ve dvojexpozici za její hlavou. Ne že by Marek nějak zvlášť sympatizoval s vládní politikou, tohle chlapa však péče jen znal už od vejšky.

„Chudák,“ řekl spíš pro sebe, ale žena ho slyšela.

„Pořád dávaš k lepšímu, jakej to byl na fakultě vůl, a teď, když to dokázal před celým národem, se ho budeš zastávat...“

„Ale za tohle on přece nemůže.“

„No jistě! Za tohle přece může ministr kultury! A samozřejmě Brusel. Jenže kdyby nebyl posera a dupnul si jako třeba Francouzi, mohli jsme mít taky výjimku a nemusel mít na krku takovej skandál. Tohle už jim ale neprojde, tady už zašli opravdu daleko.“

„To víš, že jim to neprojde. To je přece naprosto absurd –“

„Počkej, podívej...!“ přerušila ho a ukázala na obrazovku.

„... a Češi se opět začínají scházet u svatého Václava, jako vždy, když národ potřebuje dát najevo sounáležitost.“ Reportér se odvrátil od kamery, která teď zabírala celou horní část Václavské náměstí, kde se začínaly tvořit hloučky lidí. Přímou před sebou dva muži upevňovali do stojánku smrček. Jeden z dvojice přihlížejících policistů k nim přistoupil

a začal jim pomáhat. Někdo zapálil svíčku a postavil ji na podstavec pomníku.

* * *

O dvě hodiny později už premiér viděl na obrazovce v HD kvalitě plný Václavák. Cinkaly klíče, zvonily zvonky a hymnu střídaly vánoční koledy. Symbolem téhle revoluce se ale staly zapálené prskavky; čertví, kde jich ti lidé takhle v létě tolik sehnali. K situaci se vyjadřoval kdekdo: předseda nejsilnější opoziční strany Bohumír Humprecht důrazně požadoval odstoupení vlády, ministr Ušatý si zase pospíšil s prohlášením, že na výraz nesouhlasu s počínáním svého stranického kolegy, ministra kultury, zvažuje vystoupení z Týmu odpovědné pravice a nevyklučuje návrat k Demokratickým křesťanům; jeho stále ještě stranický šéf, zakládající si na své lidovosti, se zatím na druhé půlce obrazovky dloubal v nose. Jedno se zdálo být jisté: na těchhle náladách sotva vydělají komunisté, naopak, v bleskových průzkumech získávaly strany křesťanské. V tlačenici silných slov zanikla poznámka jakéhosi učence, že „Tichá noc“ sice je vánoční koleda, ale ne česká.

Premiér už nějakou dobu cítil svíravý tlak na hrudi a studený pot na čele... „Všechno je v pořádku, pane kolego,“ řekl doktor, zatímco skládal do kufříku přenosný elektrokardiograf. „Jste jen trochu přetažený. Možná byste si měl promluvit s psychiatrem.“ V očích se mu škodolíbě zablýsklo, ale to se premiérovi nejspíš jen zdálo. Opravdu byl přetažený – a ne jen trochu.

„Mohl byste mi někoho doporučit?“ „Pro vrcholové politiky je tu přece Úvěnka. Takže pan primář –“ Premiér nepochyboval, že než jeho limuzína dojede k Ústřední vojenské nemocnici, budou už u brány čekat špalíry novinářů ze



Ilustrace foto: Eduard Erben/EIS

všech možných i nemožných médií. Zavrtěl hlavou. „Někoho si najdu sám.“

* * *

Když se Markovi do telefonu ohlásila kancelář předsedy vlády České republiky, byl přesvědčený, že si z něj asi někdo vystřelil. A myslel si to i teď, když ho tajemník vedl úzkými chodbami, na jejichž konci by sotva kdo čekal tak ctihodný úřad, obzvláště když schody, po nichž právě scházeli, očividně mířily do suterénu. Došli k neoznačeným dveřím na konci chodby a tajemník na ně dvakrát zaklepal. Když se nic nezvážlo, otevřel je a vešli dovnitř. Ocitli se v jakési úklidové místnosti. Premiér seděl na obráceném kbelíku, obličej měl v dlaních a vypadal to, že je vůbec nezaregistroval. Tajemník diskrétně zakašlal. Premiér vzhledl a Marek se až lekl, jak se jeho tvář lišila od té, již viděl ještě před pár hodinami na obrazov-

ce: různolící obličej měl popelavý nádech, tváře byly propadlé a oči zarudlé. Premiér beze slova sáhl po vedlejším kbelíku, otočil ho dnem vzhůru a pokynul Markovi. Tajemník se tiše vytratil.

„Tady teď předseda vlády přijímá návštěvy?“ zeptal se Marek.

„Celej tenhle zatracenej barák je prošpikované štěnicema. Tady snad žádný nebudou...“

Marek se rozhodl nepovažovat tuhle paranoiu za chorobnou. Chvilí mlčeli.

„Nevím, co mám dělat,“ hlesl nakonec premiér.

Marek měl po ruce hned několik rad, na ty ale premiér nepotřeboval specialistu, ty by dostal jako pozornost podniku k pultitru ve kterékoli hospodě čtvrté cenové skupiny. „Víš, co jsem nikdy nechápal?“ řekl. „Co může doktora tak lákat na politice.“

Premiér se ušklíbl. „Pokud's to nepochopil doteď, tak už to nepochopíš nikdy.“ Vypadlo to, že i pil.

(pokračování na straně 2)

POVÍDKY

Markovi ta situace najednou začala připadat tragikomicky případná: Zničený předseda vlády mezi kbelíky, smetáky a kanystry se saponáty. Jen si vyhrnout rukávy a pustit se do díla.

„Jak sis vzpomněl zrovna na mě? Přece tu v Praze máte dost renomovanějších psychiatrů.“

„A ty myslíš, že za někým takovým můžu jít? Ještě bych nevyšel z ordinace a už by toho byly plné noviny.“ Premiér se bezradně rozhlédl kolem sebe a Marek už jen čekal, že zaloví v jednom z kbelíků, vytáhne flašku a dá jí si po panáku. Ale on jen znovu upřel na Marka zoufalý pohled.

„Tak co mi teda poradíš?“

„A co ti mám sakra poradit?!“ vybuchl Marek. „Větší průser se vám mohl podařit už jen těžko! Ledaže byste v rámci zaplácnutí nějaký díry v rozpočtu prodali Karlštejn nebo Národní divadlo.“ Premiér nadskočil, až málem převrhl kbelík. „Já od tebe přece nechci radu, co mám dělat!“ vykřikl.

„Já od tebe potřebuju pomoc jako od doktora. Je mi blbě...!“ Marek se na něj chvíli díval a snažil se, seč mohl, aby se na něj díval jako lékař a ne jako občan.

„Pak je to ale docela jednoduché,“ řekl nakonec a vytáhl z kapsy propisku a bloček receptů.

* * *

„Měla to být jedna z nejprestižnějších a nejlukrativnějších investic v Česku za posledních deset let,“ zopakoval moderátor to, co už nějakou dobu omílaly všechny stanice. „Shrňme tedy základní fakta,“ nedal se odradit, natočil se k velkoplošné dotykové obrazovce a začal na ní odklepávat jednotlivé body.

„Před rokem Evropský parlament odhlasoval, že každá členská země musí vypsat výběrové řízení na takzvané Národní Vánoce, které budou částečně dotované z fondů EU. Řada zemí využila možnosti požádat o výjimku a dostala ji. Naše ministerstvo kultury vypsal výběrové řízení na České Vánoce, do kterého se přihlásilo celkem šest firem, a to:

- český Ježíšek, p. o.,
- americký Santa Claus Inc.,
- ruská Jolka, a. o.,
- francouzský Noël S. A.,
- italské Babbo Natale S. r. l.,
- a konečně nizozemsko-belgické konsorcium Sinterklaas – Saint Nicolas.

Tři posledně jmenované firmy posléze ze soutěže odstoupily s poukazem na neregulérní podmínky, zvýhodňující velké společnosti. Komise v čele s ministrem kultu-

ry pak vybrala americkou společnost Santa Claus Inc. Než ale stačil být výsledek výběrového řízení potvrzen, dostala se na veřejnost informace, že hned několik členů komise přijalo od vítězné společnosti úplatek.

Marek sešel v ruce dálkový ovladač, napráhl se a mrštil jím o zeď. Ovladač kupodivu zůstal celý, jen na obrazovce přeskočil kanál.

„Je-žíš-ka ne-dá-me! Je-žíš-ka ne-dá-me!“ hulákalo několik mladíků přímo do objektivu, zatímco další za nimi se zaujetím demolovali nákladňák světovznámého výrobce nealkoholických nápojů. V dalším záběru malá holčička nastavenému mikrofonu s vážnou tváří sdělovala, že Ježíška ještě neviděla, ale že už se těší na Santu, protože má bezva červený pláště a velké sáně a soby. Její maminka se v pozadí viditelně styděla. Postarší muž s trikolórou na klopě připomněl, že když si národ přestane vážit tradic, špatně to s ním dopadne. Dva strážníci odváděli muže, který v davu šacoval kapsy demonstrujících spoluobčanů. Ve stáncích místo opékaných klobás prodávali smaženého kapra s bramborovým salátem.

Uhlašený předseda Humprecht na pozadí skandujícího davu vy-

zval premiéra, aby z nastalé situace vyvodil osobní odpovědnost; jak hovořil zblízka do kamery, měl premiér pocit, že mu hledí přímo do očí. Znechuceně ho vypnul v půli slova.

* * *

Už nebylo proč otálet. Posadil se k počítači a otevřel textový editor. Bezmyšlenkovitě se probíral šablonami, ale šablona „Demise“ mezi nimi samozřejmě nebyla. Zrovna sahal po telefonu, aby zavolal tajemníka, když ten se zčistajasna zhmotnil ve dveřích.

„Myslím, že jste z toho venku,“ řekl, ale netvářil se při tom nijak šťastně ani vítězoslavně. „Podívejte se na internet.“

„Evropský parlament právě rozhodl, že budou zakázány všechny veřejné symboly Vánoc, aby neurážely náboženské citění občanů s jiným vyznáním,“ četl premiér s úžasem. Ne že by nepocítil jistotu úlevu; pokud by si ale mohl vybrat, raději by, když zazvonil budík, on se probudil do obyčejného všedního dne a nad snídaní se manželce pochlubil, jak praštil sen se mu v noci zdál.

Místo budíku zabručel telefon. „Můžu mluvit?“ zeptal se známý lobbista a hned pokračoval. „Na-

konec nejde o nic tajného. Chci vám jenom říct, že mi volal známý z kojeneckého ústavu, že se situace změnila a žádné další dítě už nemohou přijmout,“ oznámil suše a bez dalšího zavěsil, aniž vyčkal premiérovu odpověď nebo se alespoň obtěžoval pozdravem. Premiér ale zprávu dekodoval naprosto přesně: Za daných okolností už německý nadnárodní koncern Christkind AG nemá zájem odkoupit od státu firmu Ježíšek, p. o., a udělat z ní svou dceřinou společnost.

Zaplatpámbů, že alespoň o těchhle jednáních se lidi nedozvěděli, pomyslel si. Na druhou stranu teď v rozpočtu na příští rok zela díra, s níž nikdo nepočítal. Trudnomyslně se rozhlížel po kanceláři, kterou už tak jako tak nejspíš brzy vyklidí, a jeho zrak padl na reprezentativní nástěnný kalendář. Na velkoformátové černobílé fotografii se pyšně vypínal Karlštejn.

MUDr. Miroslav Zoubek

Autor je psychiatr a jím zde vytvořený imaginární svět nemá žádný vědomý předobraz ve světě reálném. Pokud čtenář přeje jen nějaké podobnosti najde, nechť je považuje za argument ve prospěch teorie existence paralelních vesmírů.

Ať jsou veselé

Ač bylo horko k padnutí, v určenou dobu dorazili na místo všichni. V čele rodiny stanul Fanda, ve zdvižené ruce čerstvě poražený smrček. Z řezu na jeho kmínku ještě crčela míza, z konců větví rašily výhonky, obalené jemným, světle zeleným jehličím. Muži na sobě měli převážně šortky, ženy lehké šaty bez rukávů, i tak jim v dusném podvečeru na kůži vyvstávaly krůpěje potu.

Fanda rázným způsobem zjednal mezi příbuznými klid: „Přátelé! Uděláme to jako vždycky. Stromek přizdobíme, ženské, doufám, vzaly trochu cukroví a půjdeme za dědou. Nejdřív koleda, potom inkaso v dohodnutém pořadí. Nespletě to! A pozor na děti, aby nic nezkazily.“ Skupinka souhlasně zamručela, vyrazila za svým vůdcem do léčebny a brala se dlouhou chodbou k výtahu. Po uprázdněném chodníku přejel starší pár na bicyklech, zmožené končetiny líně roztáčely šlapadla... co je to za nápad projíždět se v takovém vedru.

* * *

Bůhvíjak dlouho už děda ležel v posteli. Sám se pohnul málokdy, většinou strnule zíral do zdi a opakoval pořád dokola: „Letos se jich nedočkám. Umřou dřív, než přijdou. Kdepak, nedočkám se.“ Soused po pravici zareagoval: „Vánoce jsou prima! Vy máte, milý pane, rodinu, takže tisíc a jeden důvod k nefalšovanému veselí, které, jak známo, k nadílce bezesporu patří. Veselost je, abych tak řekl, hlavním atributem Vánoc, a kde se jí nedostává, tam pod stromečkem, to platí, prosím, s veškerou naléhavostí, najdou leda hovno.“

Dveře se otevřely, do pokoje vstoupil Fanda se spoře ozdobeným smrčkem, za ním se přes práh tlačili ostatní. „Neese-em vá-ám no-o-vi-iny-y, poslo-ouche-ejte...“ znělo sborem a rozpačité tóny se unaveně nesly vzduchem, chaoticky narážely do potrhaných žaluzií, chřadly a neodvratně zanikaly v žáru, kterému nedostatečně stíněná okna nedokázala zabránit

„Jsu tu Vánoce,“ zahlaholil Fanda a poplácal dědu po rameni, „tak jste se jich přece dožil.“ Fandova sestra položila na stůl krabičku s cukrovím. Děda se posadil, rukama šmátral kolem sebe, oči mu zářily.

„Vánoce,“ v kapse nahmatal peněženku, „to musím každému něco dát.“

Příbuzní u postele vytvořili frontu, jeden po druhém brali z dědových rukou bankovky, hladili ho po vlasech, líbali na tvář a řadili se zpátky, dokud paklík úplně nezmizel.

„Užijte si Štědrý večer, dědo,“ volali a spěšně opouštěli přehřátý pokoj. Venku se shromáždili kolem Fandy.

„Jestli si někdo myslí, že dostal míň, ať řekne,“ dlaní si setřel pot z čela. „Dobrá, příští Vánoce zase, až děda naspojí.“

* * *

Před léčebnou se skupinka vmísila do zástupu, který právě opouštěl městské koupaliště. Dospělí vlekli k zaparkovaným



ilustrační foto: Shutterstock

vozům napěchované tašky, děti s plovacími kruhy volně pobíhaly kolem. Rozpálené prostranství se pomalu vyprazdňovalo. Rozhostilo se ticho. Po chvíli děda zaujal v posteli obvyklou polohu a znovu se dlouze zahleděl do stěny: „Kdepak, letos se jich nedočkám.“

„Vánoce jsou prima,“ ozvalo se zprava, „vy máte, milý pane, rodinu, takže tisíc a jeden důvod k nefalšovanému veselí, které, jak známo, k nadílce bezesporu

patří. Veselost je, abych tak řekl, hlavním atributem Vánoc, a kde se jí nedostává, tam pod stromečkem, to platí, prosím, s veškerou naléhavostí, najdou leda hovno.“

Soused po levici, který dosud jako by nejevil známky života, zničehonic vykřikl: „Hezké svátky!“

„Jak říkám,“ odušil ten vpravo, „hlavně ať jsou veselé.“

MUDr. Eugen Liška

Emoce v širších souvislostech

V úvodu 5. mezioborového kongresu České lékařské akademie, o němž podrobně informujeme v příloze Lékařské listy, již tradičně zazněly dvě přednášky z nemedicínského prostředí, které přesto propojuje „oslí můstek“ – lidské emoce v nejširších souvislostech.

Prvním přednášejícím byl biolog, filozof přírodních věd, esejista a spisovatel prof. RNDr. Stanislav Komárek, CSC., druhým pak PhDr. Tomáš Sedláček, hlavní makroekonomický strateg ČSOB, který v minulosti působil jako poradce prezidenta Václava Havla, přednáší filozofii a dějiny ekonomických teorií na Fakultě sociálních věd UK a je stipendistou Yaleovy univerzity.

Tělpastýřství aneb medicína jako nástupce církve

Stanislav Komárek v úvodu své přednášky o „tělpastýřství“ moderní medicíny, kterou chápe jako nástupnickou instituci po církvích, upozornil na to, že ne nadarmo se v řadě indoevropských jazyků shoduje slovo pro zdraví a pro spásu: například v němčině *heil* či latinsky *salus*. „Spasení těla“ moderními medicínskými postupy, které přicházejí zejména ve 2. polovině 19. století, podle něj působí jistě spektakulárněji než příslib spasení duše kdesi v zásvětí, jímž operují tradiční církve; význam těchto dvou institucí se tedy postupně „přesmykl“. I když samozřejmě s nutným poznáním, že každý (i sebelépe sledovaný) pacient nakonec zemře. Jeho „tělesné spasení“ je tedy jen dočasné, a bylo by proto na místě postoupit dál a naučit se „umění umírat“.

Jak přednášející dále uvedl, „při obvyklém pohledu na věc, který implikuje každé úmrtí jako chybu (a tím vlastně ignoruje lidskou

smrtelnost jakožto nejzákladnější charakteristiku), se to pak jeví jako selhání srovnatelné se skutečností, že hraběti Zeppelinovi nakonec spadly všechny vzducholodě, ač neměly“.

Navzdory tomuto faktu podle Stanislava Komárka medicínsko-průmyslový komplex zaujímá v dnešní euro-americké společnosti stejné místo, jaké měla ve společnosti středověké církve, jen se jedná o „pastýřství těl“ a dohled nad nimi. Ostatně, církve podle něj také znala „preventivní prohlídky“ (v podobě svatých zpovědí) či „očkování“ (v podobě křtu) a i ona vedla jasnou hranici mezi laiky a odborníky. Očekávání, která se na moderní medicínu kladou, jsou tak dle slov profesora Komárka v posledku vlastně paranáboženské povahy... Prostředkem jak v tomto směru zabránit nejhoršímu excesům je podle něj tuto roli vědomě přijmout, nikoli rozhořčeně popírat.

Filozofie ekonomie a zdravých veřejných financí

Také Tomáš Sedláček nalezl řadu průniků mezi medicínou a ekonomikou a pokusil se odpovědět například na otázky, proč ekonomové uvažují o penězích jako o krevním oběhu, zda je ekonomika maniodepresivní nebo jaké jsou styčné body mezi „tvrdou“ ekonomikou a „měkkou“ vírou.

V člancích o ekonomii se termín „pouštění žilou“ objevuje poměrně často jako obrazné vyjádření stavu, kdy se „ekonomičtí šamaní snaží zahnat bouři“. Podle doktora Sedláčka má ale ekonomika i své psychické dimenze – není například přesné hovořit o „ekonomické depresi“, výstižnější je označit její proměny jako „maniodepresivní stav“. Ekonomika má totiž tendenci přehánět dobré nálady do mánie a špatné do deprese, přičemž hrozba sebevraždy funguje stejně na obou koncích tohoto pomyslného emotivního cyklu. Jako příklad použil situaci v Řecku a Irsku. Kdyby například Řekové pracovali o polovinu efektivněji, nebudou mít problém; a zcela obráceně – pokud by irští bankéři pracovali jen na polovinu svého výkonu, budou na tom patrně rovněž lépe.

Fetišujeme ekonomii a růst?

Rolí ekonomů, podobně jako psychologů, rozhodně není zlepšovat náladu a rovněž tak ani zvyšovat HDP. Cílem je podle autora snižovat amplitudu hospodářského cyklu a spíše „vyrovnávat terén“, tedy zvyšovat růst HDP v krizi nebo jej v určitých situacích naopak snižovat a snažit se tak spíše o vytvoření „zdravé“ než „rostoucí“ ekonomiky. Podle Tomáše Sedláčka je to asi podobně paradoxní, jako kdybychom se zeptali svého známého, jak se daří našemu společnému kamarádovi Pepovi, a on odpověděl: „Dobře, roste.“ Pokud zmíněný Pepa není zrovna dítětem ve věku, je odpověď nesmyslná a měla by znít spíše: „Daří se mu dobře, je zdravý...“

Jako další univerzální příklad nečekané proměny v jakémkoli oboru přednášející uvedl vytváření fetišů, kdy se projevuje archetyp role zvrácených subjektů – to, co bylo původně vytvořeno, aby nám sloužilo, se obrátí proti nám (příklady budiž Alladinova lampa, Golem, Matrix, Pán prstenů, ale i poselství z knihy Genesis...). Bůh stvoří člověka, člověk revoltuje, až nakonec Bůh vmanévruje sám sebe do pozice, kdy se musí pro člověka obětovat. „A právě toto slyšíme od dnešních kritiků ekonomie – má nám sloužit. Příliš jsme se spolehlí na její magickou moc a od hospodářství čekáme morální zázraky“, uvedl na závěr této paralely přednášející.

Problém dvou opilců – bude silnější stát, nebo trh?

Poslední zamyšlení Tomáše Sedláčka se týkalo pojištění jako obecné touhy po jistotě. Jak uvedl, „mezi přáteli se samozřejmě neřídíme paradigmaty tržní ekonomiky – ta funguje dobře, když se prodává čaj nebo mobilní telefon, ale na osobní rovině si tuto ekonomiku připouštět nechceme“. A podobně je tomu i v oblasti meta-makroekonomie. Ani tady ekonomická pravidla nefungují. Zde přednášející opět uvedl jako typický příklad Řecko. „Problém není v tom, že bychom v rámci EU Řecku nemohli pomoci, 6% HDP není žádný velký problém. Ten spočívá především v tom, že nevíme, jestli je Řecko

rodina, nebo trh. Pokud si náš přítel zlomí nohu, poběžíme mu pomoci; pokud si nohu zlomí náš pekař, půjdeme za jiným – nezajímá nás pekař, ale pečivo. Právě takovýmto způsobem funguje neosobní trh. Rétorika od kritiků ekonomie říká: „Řecko je nemocné, měli bychom všechna zmíněná pravidla zahodit a odpustit mu.“ Jinak řečeno, je to tělo, které má svou vlastní logiku, mělo nějak sloužit, nerozumíme mu a teď nás ztrochuje.“

Drtivá většina západních vlád podle doktora Sedláčka ztratila svobodu pro (za) ekonomiku – musí naslouchat diktátu trhu, nikoli hlasu demokracie. Finanční smrt podle něj znamená neschopnost zpracovat smrt. „V ekonomii jsme usmrtili smrt tím, že dnes není povolen bankrot propojených bank a bankrot státu. Kdyby se banky nechaly zbankrotovat, položil se celý systém, takže jsme naprosto asystematickými prostředky museli zachránit každou banku v Řecku, protože by to položilo celý stávající systém a zachránili bychom tak následně systém, který sám o sobě není schopen stát,“ vysvětluje ekonom.

Zajímavá je i další autorova úvaha, podle níž jsme dlouho žili v představě, že trh jdou proti státu a že regulace je něco, co jde proti trhům. Byla to víra bank, která hlásala: „Státe, nečpi se nám do toho.“ Pak se něco stalo a právě ti samí ztratili svou víru a klečeli před dveřmi státu a modlili se: „Pleť se nám do toho!“ Byla to modlitba v duchu Otčenáše: „Odpusť nám naše dluhy, jako i my odpouštíme našim dlužníkům...“ (mimo chodem v řečtině dluh = hřích). Modlitba bankéřů ovšem měla drobnou obměnu: „... jakož i my neodpouštíme těm, kteří jsou našimi dlužníky.“

Ty opravdu velké dluhy nakonec byly odpuštěny, ale u malých dluhů typu hypoték nebyla odepsána ani koruna. Není tomu tedy tak, že stát nebo instituce nebo pravidla bojují proti trhu; spíše se to podobá dvěma opilcům, kteří se navzájem podpírají... Tento paradoxní stav autor popsal následovně: „Dnes to ve státě funguje tak, že stát je tím, kdo musí dodávat krev ekonomice. Proto



Tomáš Sedláček. | Foto: Anna Vacková

také máme deficit. Na druhou stranu ekonomika nechce pomáhat státu. Trhy se rozhodly (ať už v řeckém nebo jiném případě), že už stát nebudou dále podporovat. Dostáváme se tak do situace, kdy trh nedokáže fungovat bez státu – kdyby mohly, nemuseli bychom se zadlužovat, ale na druhé straně stát nedokáže fungovat bez trhů. Takže jsme skutečně spíše v situaci dvou opilců, kteří jdou z hospody domů a navzájem se podpírají. To problém není – ten nastává až v momentě, kdy jeden padne.“

Ta sladká nezodpovědnost...

Jak je to tedy s externalizací rovnováhy? „Dnes, kdy jsme vyzvali etiku do institucí, nemáme zodpovědnost za své nemocné, protože zde máme VZP a další pojišťovny. Takže etiku už nese jednatel, nebřz instituce, jako naše zakopaná naděje při hledání zdraví...“ míní Tomáš Sedláček.

Nejistota z Řecka je nastřádána do systému, který se dnes ovšem i při malém zaškobrtnutí začne sypat... Zdravotní pojištění je podle přednášejícího typickým příkladem toho, jak chceme být komunističtí. Tuto svou poslední úvahu pak demonstroval na příkladu: „Zdravotní pojištění znamená, že osobně nejsem finančně zodpovědný za své zdraví. Je to stejné jako s pojištěním automobilu – když mám povinnost pojistku na autě, můžu svou starou škodovkou narazit do pozlaceného rolls-royce, ale nebudu to platit já. Když o něco jde, nejsme tržní. V tomhle jsme rodina a tíhu neseme spolu.“



Stanislav Komárek. | Foto: Anna Vacková

POVÍDKA

Advent s diagnózou F20.5

Motto: Město jest shromáždění mnoho domovů a ulic, rynku a lidí v jednu ohradu, v které ohradě mohli by se ostřieci přede všemi škodlivými věcmi, od hovad i od lidí, majíc v sobě lid stavu duchovního i světského, panny, vdovy, manželky, chudé i bohaté i lidi změtečné, obci neškodné.

(Mistr Pavel Židek: Spravovna)



Ilustrace: foto: EIS

I V podvečer přituhlo a začalo drobně sněžit. Neměl kam jít. Před chvílí ho vyhmátla městská policie v jeho pelechu u dálkových rozvodů tepla. Teď se tam nemůže vrátit. Určitě si to zkontrolují. Je to už profláknuté místo. Nedělalo mu starosti, kde najde náhradu. Slovo budoucnost mu nic moc neříkalo. Prostě jen tak šel ulicemi a nakukoval do oken. Všude zapalovali adventní svíci. Jeho třetí advent na ulici. Byla mu zima a měl hlad. Vlekl svou igelitku a přes ramena měl potrhanou deku, kterou našel na smetišti.

Nejprve to zkusil u zadního traktu hypermarketu. Tam už však bylo přeplněno. Neměl šanci. Obrátil se a procházel kolem osvětlených a jásavě vyzdobených ploch ze skla a hliníku. Spěchající lidé s vozíky se mu na přeplněném parkovišti obloukem vyhýbali. Tu a tam zaslechl zhnusenou poznámku, ale nevnímal ji. Mířil zpátky do útěsné tmy a samoty. Kdyby jen nebyla taková zima. A hlad. Jak se vzdaloval, vtíravá hudba mu zněla za zády stále slaběji. *Jingle bells, jingle bells, jingle all the way.* Vůně! Odkud to jde? Aha, restaurace. Došoural se k zadní-

mu vchodu a prohledal odpad. Nic moc. Jen obaly, láhve a sklenice. A nějaké ty vajgly. Aspoň že to. Už nemohl dál. Nohy ho bolely a v žaludku mu nahlas kručelo. Nejedl třetí den. Napřed mu to nijak zvlášť nevadilo. Jeho hlavním životním pocitem byla lhostejnost. K sobě i okolí. Než by se zvedl a něco podnikl, raději seděl nebo ležel a jen tak koukal. Teď však byl hlad tak silný, že živočišný pud prorazil i jeho nemocným mozkiem. Hypotalamu se po dlouhém vyzvánění konečně podařilo navázat spojení s frontálním lalokem. Naléhavá potřeba přeci jen našla zbytky uchovaných exekutivních funkcí. Pomalu se podle zdi vysoukal na nohy a začal rytmicky bušit do dveří. Bušil tak mechanicky, že vyhozeného frajera s řetězem na krku, který otevřel, málem praštil do prsou.

„Zmizni, ty kříple, než na tebe pošlu policajty!“ zahulákal na něj a zabouchl mu dveře do obličeje. Zůstal stát opřený o dveře, jako by tam přimrzl. Nebylo kam jít. Vtom se dveře znovu otevřely. Místo rány nebo kopance, na něj byl zvyklý, se objevil starší muž v kuchařské zástěře.

„Hele, tady něco máš a upaluj. Šeftu houmlesáky nerad vidí. Radši se mu vyhni.“

Jeho výraz v obličeji se nezměnil. Neřekl ani slovo. Neuměl poprosit ani poděkovat. Ani nato-lik, jak to umí každý toulavý pes. Jen se nehnutě díval a trpně přijímal. Tedy pokud mu něco dali. Většinou ne. Definitivně odvykl komunikaci s lidmi. Ani o ni nestál. I ve svých nejlepších dobách odpovídal telegraficky, obyčejně jen jednoslovně.

Popadl velkou plastovou nádobu plnou zbytků různých jídel, které hosté nechali na talíři. Poodešel k sousedním domům a schoulil se do přístřešku na kontejnery. Sice to moc nechránilo před sněhem, ale aspoň před mrazivým větrem. Otevřel nádobu a začal pomalu jíst. Cpal si ty zbytky bez ladu a skladu oběma rukama do úst a metodicky žvýkal.

II

Kdysi dávno se něco stalo. To mu bylo pětadvacet. V jeho mozku došlo k drobné změně. Napřed si toho nikdo nevnímal. Jenže pak se rozvinula celá kaskáda příčin a následků. A následky zase vytvářely příčiny příčin. Začarovaný

kruh. Rakovina myslí. Malomocenství ducha. Kyselina rozežírající duši. Jako když v operačním systému počítače začne cirkulovat virus.

Chyby se vršily a násobily. Všechno najednou bylo zmatené. Přicházející obraz světa nesouhlasil s obrazem uchovávaným v jeho mozku. Všechna jeho minulé zkušenost neodpovídala tomu, co se nyní odehrávalo. Informace nedobíhaly tam, kam měly. A pokud ano, byly podivně pokroucené. Systém se vychýlil z rovnováhy a posouval se do stavu rozptýlených útržků neúčinné a chaotické duševní činnosti. Některé neurony nekonaly, co měly. Jiné zdivočely a produkovaly proud zcela neodpovídající aktivity. Přestaly spolu normálně komunikovat. Probíhalo „Velké štěpení“. Jako kdyby někdo špatně pospojil telefonní kabely. Co pokus o hovor, to omyl. Rozpadal se mu obraz světa i sebe samého. Vypadalo to jako server zablokovaný masivním přetížením irrelevantními daty, jak se stává při útoku hackerů.

III

Najednou jeho smysly zbystrěné životem štvance zaznamenaly kroky a tlumený hovor. Snažil se schovat jídlo, ale už ho objevili. Po čichu. Dva bezdomovci vkročili mezi popelnice. Oba je znal. Pohrdali jím a občas od nich dostal i kopanec. Nedokázal mezi ně zapadnout. Nemluvil s nimi a ani by mu nerozuměli. Byl jiný. Tady, na samé hraně lidství, funguje dávný přírodní zákon smečky. Odlišné zničit nebo aspoň vyvrhnout ze svého středu. Instinktivní obrana před jinakostí. I jeho matka vlastně dělala celý život totéž. „Dej to sem, ty zrasanej debile!“ zařval jeden a druhý se vrhl na jeho vyžebrané jídlo, z něhož dosud stihl ujíst jen málo. Ucítil kopanec a dva páry rukou mu rvaly jeho poklad. Jako hyeny zápasící nad mršinou. Nenařadilo je, že ten méněcenný chudák, který většinou raději uhnul, to nedělal ze slabosti, ale z nechuti ke styku s lidmi. Kontaktům jakéhokoli druhu. Jenže teď šlo o jídlo. Za mrazivého adventu vlastně rovnou o život. Lhostejnost se rá-

zem přesmykla do agrese. Bez jakéhokoli korektivu.

Později měl na tu chvíli jen matně vzpomínky. Bez varování se vymrštil jako blesk a začal bít. Úplně je zaskočil. V té chvíli měl nelidskou sílu a vůbec žádné zábrany. Tloukl a tloukl. Muži ječili hrůzou a snažili se z těsného prostoru uniknout. Ale nebylo obrany.

Řval a ještě chvíli bušil do bezvládných těl. Až nehybnost protivníka ho zklidnila. Pomalu si pobral svou igelitku, deku a zejména svou vzácnou večerň, která se našťástí nerozlétla po okolí, a šouravým krokem odešel. Málem je zabil. Ale nijak o tom nepřemýšlel. Nebylo důležité, co bylo. Dokonce ani co bude. Jeho mozek byl jakžtakž schopen pracovat pouze s tím, co je tady a teď.

IV

Když jeho nemoc byla ještě živá a aktuální, byl schopen vidět, slyšet a zažít věci, jež ve skutečnosti neexistovaly. Na prvním místě byl pocit tísně a znepokojení pramenící z prázdných cizích tváří a děsivých tvarů. Svět se mu jevil jako příšerný, paralogický, vzdálený a nekomunikativní, jakoby za stěnou z pancéřového skla. Ve skutečnosti byl takový on sám. Jeho vnímání bylo nesourodé a rozbíhavé. Mozek produkoval absurdní myšlenky a představoval, které se vymykly vši kontrole, ale on byl skálopevně přesvědčen o jejich realitě. Bludy. Pociťoval je mnohem reálněji, než zdraví lidé přijímají normální skutečnost. Propadal se do paralelního světa zmatených a šilenství. A nebyl si toho vědom.

Měl pocit, že jeho myšlenky patřily komusi jinému. V jeho hlavě někdo hovořil a říkal ošklivé věci, komentoval vše, co dělal, anebo mu dával pokyny. Ty hlasy byly naléhavé. Mohl to být ďábel? Nebo sám Všemohoucí? Nebyl si jist. Vše se jevílo jinak, než to vnímali lidé kolem něho. Oni byli mimo. On byl jediný, kdo je uvnitř. Velmi osamělá role. Začal žít v divně cizorodém a nesrozumitelném světě. Tak zvláštním, tajemným a hrozivým. Každá drobnost získávala prapodičnou, znepokojivou a někdy i děsivou význam. Nic nedávalo smysl. Úzkost a napětí stoupaly. Někdy za hranice snesitelnosti. A právě v těchto okamžicích často propukl těžký neklid, či dokonce vyslovená agrese. Tehdy se poprvé ocitl v ústavu, kde mu řekli, že je nemocný.

V

Cože? On a nemocný? Nesmysl! Pak mu dali nějaké léky a jeho divoké představy přestaly být tak

KRÁTCE Z KONCE SVĚTA ROKU

naléhavé. V jeho mysli převládla lhostejnost. Bohužel nejen k halucinacím a bludům, ale ke všemu. Nemocný? No když to říkají... Naučil se o svých zážitcích moc nemluvit. Slyší či vidí nějaké neobvyklé věci? Hovoří k němu nějaké hlasy? Kdepak, pane primáři, už to zmizelo. Samozřejmě že nezmizelo, ale takhle ho dřív pustili domů.

Domů. Tehdy ještě měl domov. Sice nic moc, ale bylo kam jít. Bylo tam teplo a dostal najíst. Od matky, která nikdy jeho duševní chorobu nepochopila. Byla na to příliš hloupá. Navíc pila. Jenom mu nadávala do debilů, ale naučil se to ignorovat. Jenže matka se v padesáti uchlastala. Zůstal na světě sám. Neměl ani přátele. Jednak o ně nestál, jednak by nedokázal přátelství opřítovat a tím udržovat. Samota mu vyhovovala. Toulavá mysl mu už nevadila. Naučil se s ní žít. Většinou jen tak seděl, zíral a zaobíral se svým vnitřním světem. A ten s plynoucími roky chudl a chudl.

Jediné, co jeho mozek produkoval, byl chaos, nesmysly a bizarní chování. Výstup neodpovídal vstupům. Byly od sebe rozpojeny. Jeho myšlenky vzájemně nesouvisely. Staly se inkohorentními a měly jen velmi nepravděpodobnou a slabou vazbu ke skutečnosti. Pokud jakou. Vztah mezi příčinou a následkem byl stále volnější. Postupně selhával v běžných činnostech. Nakonec se o sebe nedokázal postarat ani v základních věcech. Jeho schopnost účelně jednat byla beznadějně rozpadlá. Už se neobešel bez specifické asistence. Vyhasla vůle, motivace, iniciativa i energie. A také zájem i schopnost rozhodovat. Stal se apatickým a závislým.

K nepoznání se změnila jeho původní osobnost. Byl tu někdo úplně jiný. Jiný člověk ve stejném těle se stejným občanským průkazem. Měl stále bludy, ale už na nich příliš nezáleželo. Byl k nim lhostejný. Jeho bizarní svět se zúžil na minimum. A do tohoto omezeného vnitřního vesmíru byl prakticky úplně uzavřen. K životu dost ubohé místo. Dokázal vést jenom velmi jednoduchý a převážně tělesný život. *Vita minima*. Od jídla k jídlu, od stolice ke stolici, od cigarety k cigaretě.

VI

Tehdy se ústavy začaly redukovat. Nabídl mu život v jakési malé asistované komunitě. Všichni si budou pomáhat, vrátí se do normálního života a všechno bude bezvadné. Pokrčil rameny a souhlasil. Bylo mu to v té chvíli jedno. Jenže se mu tam od prvního

momentu nelíbilo. Rozčilovalo ho, že ho pořád do něčeho tlačili a v jednom kuse mu vrtali díru do hlavy. Neměli cit pro onen jemný rozdíl mezi ještě únosnou stimulací a buzerací. Hučeli do něj, že má pořád něco dělat. Co nejvíc se o sebe postarat. Chtěli, aby tu něco vyráběl, tu uklízel či pomáhal s vařením. Přitom jediné, o co stál, bylo někde si sednout nebo lehnout a žít si uvnitř sebe a sám pro sebe. A k tomu si zakouřit.

Mladí pečovatelé však byli plní svazáckého nadšení. Než začaly docházet peníze. Slíbené dotace jednou přišly, jindy nikoli. Tu je někdo omylem zamítl, tu došlo k nějakému byrokratickému a kvůli nesrozumitelným formalitám neřešitelnému zdržení. Celý program, s takovou slávou nedávno zavedený, přišel nefungoval. Dalo se to čekat. Nezdár a blamáž byly standardním osudem všech nových a halasně zaváděných systémů. O tom nic nevěděli, protože si nikdy neregistroval auto ani si nevyzvedl sKartu. A noviny nečetl, těmi si v zimě vycpával oblečení.

Co však dobře vnímal, byla atmosféra, která houstla. Místo, aby se zbavil svojí tenze, byl stále neklidnější a nervóznější. Párkrát se po někom ohnal a dali ho zpátky do léčebny. Protože však ústavních lůžek rychle ubývalo, byl za chvíli v tom prokletém baráku znovu. Říkali tomu chráněné bydlení, ale nedokázali ochránit ani sami sebe. Ani před finanční nepřízní, ani před odporem občanů, kteří žádné „bláznů“ ve své obci nechtěli. Ještě by se na ně musely dívat jejich děti! A bůhví co by ještě mohli provést, to vám, paní, povídám!

Nepřál si nic jiného, než aby mu všichni dali svatý pokoj. Aktivizace! Dobry Bože na nebesích! Polibte mi prdel. To bylo přesně to, na co dávno neměl v hlavě žádný software. A tak se zmohl na jedinou aktivitu. Jednoho dne se sebral a zmizel. Jeho domovem se stala ulice. Začátky sice byly krušné, ale nikdo ho neotravoval a měl svůj klid. Po pár měsících a zejména po první zimě se naučil umění přežít. Poprvé byl schopen a ochoten se sám o sebe postarat. Sice na úrovni, již by většina považovala za nepřijatelnou, ale názory druhých ho nikdy nezajímaly. Jeho aktivizace a osamostatnění nakonec byly svým způsobem úspěšné.

VII

Dojedeno. Už mu i přestala být zima. Ani nevěděl proč, ale vstal a vypravil se směrem k temnému komplexu budov na konci měs-

ta. Dnes ho tam něco táhlo. Nostalgie? Snaha najít nové místo k přespání? Nevěděl. Ale šel. Šel a blábolil si sám pro sebe cosi nesrozumitelného. Pomalu stoupal alej holých stromů a zanechával stopy svých páchnoucích křápků v poprašku sněhu, který s pozdním večerem už zůstával ležet. Tudy chodíval celé roky. Z každodenních vycházek a občas i z útěků. To když mu někdy prdlo v kouli. Neuměl to jinak vysvětlit a byl pokaždé rád, že je zpátky. Ještě před nedávnem totiž tohle byl jeho domov. Jediné přirozené prostředí, které kdy měl. Tam se vyznal, tam se dovedl pohybovat, tam byl svět, jemuž rozuměl. Malý uzavřený svět, kde měl teplo, světlo a jídlo. A cigarety. O lidi nestál. Dával tihle byli hodní. Neuměl to dát najevo, ale vlastně je měl rád. Pokud se u něj o takových pocitech ještě dalo hovořit. Jen nesnášel, když ho nahnali na koupání a do čistého oblečení. Dával přednost tomu, když se věci kolem nijak neměnily. Ani šatstvo, ani zápach. Koneckonců, byl to jeho smrad a byl v něm doma. Že by druhým mohl vadit? To ho nenapadlo. Druzí mu mohli být ukradení.

Zastavil se ani ne sto metrů od zavřené brány. Nikde nikdo. Žádné okno nesvítilo. Hledal nějakou díru v plotě. Protože samozřejmě nebyl sám, kdo se vracel. Do budov se nikdo nedostal, dveře a okna byly zatlučené prkny. Všude pach zániku a zmaru. Ale šikovný kout se vždycky našel. Vždyť to tam znal jako své boty. Ztracený ráj.

Pak se ozval zvuk motoru a ulici ozářila dálková světla. Ani se neohlédl, i když to vyrušení z adventního rozjímání, dá-li se tomu tak říci, mu nebylo příjemné. Auto zastavilo u něj. Ještě pořád ho nenapadlo utíkat. Neměl strach. Proč taky? Z auta vyskákali čtyři svalnatí mladenci. Holohlaví, v bomberech a martenkách.

„A hele, volové, tady je zrovna jeden špinavej hajzl!“ vykřikl nadšeně řidič, patrně vůdce tlupy. Na jeho výslovnosti se již zjevně podepsal alkohol.

Nedali mu šanci. Nevyháněli ho, nepokřikovali. Jen si z kufru vozu vzali baseballové pátky, obstoupili ho a začali ho bít. Pro zábavu. Ze sportu. Vůbec se nedokázal bránit. Ozbrojení raubíři se svaly vypracovanými v posilovně ho srazili první ranou. Pak tloukli metodicky tak, aby zůstal co nejdéle při vědomí. Schouklil se do klubička a jen křičel. Teprve když ho pořádně kopli do zad, ztratil cit v nohách a bolest byla rázem polo-

viční. Poté co mu přerazili všechny kosti a rozdrtili všechny svaly, polili ho benzínem a zapálili. Poslední, co ve svém bídném životě zažil, byl nevýslovně mučivý pal v krku a na hrudníku, když nabral vzduch do plic, aby mohl vykřiknout, ale namísto životodárného vzduchu vdechl benzínový plamen.

Nikde nikdo. Na celou tu hrůzu jen němě shlížely tmavé siluety opuštěných budov. Budov bývalé psychiatrické léčebny, kterou před lety zrušili. Prý z humanitárních důvodů. Ve jménu lidských práv a důstojnějšího života pacientů. Hlavně těch dlouhodobých.

VIII

Mladíci si na oslavu úspěchu přihnují rovnou z láhve a s vítězným pokřikem nasedli zpátky do auta.

Znovu vyrazili na lov. Vždyť noc byla ještě tak mladá...

Je svět opravdu tak zlé místo, že by tohle mohl být konec příběhu? Ne, tak tomu není. V té ulici byla kamera. Krom toho to neudělali poprvé. Když před příštím Vánoci nastupovali na doživotí do věznic s nejpřísnější ostrahou, nemohli už zapálené adventní svíce vidět. Byli všichni slepí. V té ulici byl metylalkohol.

Věčná tma a izolace. Spravedlnosti bylo učiněno zadost. Do roka a do dne. Boží mlýny tentokrát mly výjimečně rychle. A naprostoto nemilosrdně. S přisnosití téměř starozákonní, řeklo by se. A kdo vlastně tu láhev otrávil? Nezodpovědný distributor? Možná. Aneboten, který neřídí a nespí? Kdo ví. Pokoj lidem dobré vůle.

MUDr. Milan Novák

Žena měla přes 7 promile v krvi

Lékaři a sestry interního oddělení Nemocnice Na Bulovce si noční službu z 15. na 16. listopadu budou zřejmě dlouho pamatovat. Připsali si totiž neuvěřitelné prvenství. Ve čtvrt na dvě v noci tam přivezli ženu v bezvědomí. Při měření obsahu alkoholu v krvi nechtěli zdravotníci věřit vlastním očím. Žena měla více než 7‰. Lé-

kařům se jí přesto podařilo zachránit. Je to nejvíc, kolik bylo kdy v Česku ženě naměřeno.

Absolutním rekordmanem je však traktorista Milan Čurda ze Semilsky, kterému orientační dechovou zkouškou byla naměřena hodnota odpovídající 7,94 ‰ alkoholu v krvi.

(Zdroj: Nemocnice Na Bulovce)

(red)

Příbramští záchranáři zasahovali u porodu v terénu

Zdravotnické operační středisko v sobotu v podvečer přijalo tísňové volání z Příbramska od tatínka, který vezl svoji ženu k porodu. Operátor linky 155 zjistil, že se již jedná o porod v chodu a do porodnice dojet už určitě nestihnou. Domluvil se s budoucím tatínkem, kde zastaví s vozem u silnice a na místo okamžitě vyslal posádku rychlé lékařské po-

moci z Příbrami. Jeho kolegyně během cesty sanitního vozu na místo vedla porod po telefonu. Než dorazila sanitka na místo, tatínek s pomocí operátorky porodil holčičku. Maminka i novorozená holčička byly v pořádku. V péči záchranářů a pod dohledem lékaře byly převezeny do příbramské porodnice.

(Zdroj: ZZS Středočeského kraje)

(red)

Pozvánka na Koncert proti konci světa

Těsně před očekávaným koncem světa, ve čtvrtek 20. 12. 2012, proběhne současně v Praze (Incheba Arena), Brně (Fléda) a Ostravě (Plynojem) happening a benefiční Koncert proti konci světa. Začátek je ve 21 hodin.

V Praze vystoupí Support Lesbiens, Illustratosphere, Chinaski a The Tap Tap, v Brně Mandrage, Pavel Šporcl, Tata boys a Eliščin band, v Ostravě pak Mňága a Žďorp, Charlie Straight, Xindl X a Buty. Všechna tři města se v závěru večera propojí teleshovem při společném zpěvu písně kapely The Tap Tap „Konec světa – zrušeno“. Benefičním záměrem koncertu je shromáždit finanční prostředky na

vybavení multifunkčního bezbariérového vzdělávacího centra STU-DEO při Jedličkově ústavu v Praze. Vstupenky na Koncert proti konci světa si můžete objednat na www.bohemiaticket.cz. Při koupi e-ticketu si vstupenku nemusíte nikde vyzvedávat, stačí si ji vytisknout. Vstupné je 400 Kč.

Další informace: www.kpks.cz

(red)

HISTORKY ZPOZA KATEDRY

Moji učitelé a moji žáci

Studium medicíny, stejně jako život, končí teprve smrtí. Zatímco život podle nové bruselské normy má 3D (Dětství, Dospělost a Dobře vypadáš), studium medicíny má podle mého dělení 3P: Pregraduální, Postgraduální a Pořádné. Ne, že by první dvě etapy neobsahovaly prvky té třetí, ale jsou sešňorovány vnitřními i vnějšími limity.

Medik v jakémsi larválním stadiu studuje od zkoušky ke zkoušce a má za to, že musí plno věcí v mezidobí zapomenout, aby si udělal v hlavě místo na další porci informací potřebných ke zkoušce příští. Potom je nutno projít státnicemi a teprve pak začne život. Nezačne. Začne postgraduál, jenž je zacílen k atestaci a je z větší části vyplněn diagnostickými kritérii, doporučenými léčebnými postupy a předpisy či vyhláškami, které už za rok nebudou platit. Atestací dospělý jedinec opouští kuklu a začíná

studovat převážně svým vlastním způsobem. Z předchozích znalostí má v paměti jen zlomky a to, jak moc se jejich čísel bude blížit jmenovateli, záleží na mnoha okolnostech. Věřím, že nejvýznamnější z těch okolností jsou dobří kantoři. Dobrý kantor je především charakterní osobnost rozlišující dobro od zla, pravdu od lži a významné od nepodstatného. Podle toho také jedná. Pro moji generaci byl prvním takovým, s nímž jsme se na fakultě setkali, profesor Bohumil Sekla, který v dobách, kdy ge-

netika byla vyhlášena za reakční pavědu, tuto dále přednášel a neváhal prohlásit, že „biologii dělíme na normální a sovětskou“. Představiteli té druhé podle něj byli odvážný železničář Mičurin, senilní bába Lepsinská a podvodník Lysenko. Jeho pravda byla potvrzena již za dva roky, do té doby však netrpěl přehnanou přízni mocných.

Z dobrého kantora musí svítit nadšení, které je nakažlivé, ale nikdy nepřerůstá v plápolání ohrožující ho vyhořením, naopak mu poskytuje nadhled spojený s pochopením pro začátečníky. To měl v hojné míře profesor Zdeněk Frankenberger, zapálený pro embryologii a shovívavý k naší blbosti. Přidá-li se k tomu humor, je kombinace učitelských kvalit optimální.

„Koléeégyptně, můžete zůstat zavřená ve skříni, ale odpovídejte na mé otázky,“ zní v mé duši nezapomenutelný výrok profesora Josefa Hepnera, který podnikal nájezdy na praktika z patologické fyziologie, kde jeho nejčastější replikou bylo: „Správně, a teď mi řekněte, proč je tomu právě nao-



MUDr. Radkin Honzák, CSc.
Ústav všeobecného lékařství I. LF UK, IKEM, PL Bohnice, Remedis

pak...“ Za nejzdařilejší považuji dialog od zkoušky, v němž padla otázka, co je to oligostenurie. To byla za mého mládí oligurie podmíněná stenózou, často prostatickou, s typickým obrazem přeplněného močového měchýře a *ischuria paradoxa*. Dutý medik

zalovil v krajně fantazie a odvětil, že jde o vylučování oligostenurie močí. Pan profesor ho pochválil a zeptal se, co že je to ten oligosten. Zkoušený, jak už měl schody namydlené, po nich jel dál a pravil, že to je složitý mukopolysacharid. To však ještě nebyl jeho konec, protože examinátor požádal, aby nakreslil vzorec. Zoufalec dospěl ke své popravě tím, že nakreslil to jediné, co uměl, tedy švába glukózy. „Ven!“ zahřměl Hepner, „a nemusíte sem chodit už ani po prázdninách!“ Od té doby vím, co je to oligostenurie.

* * *

Profesor Vladimír Vondráček, který mě magneticky přitáhl k psychiatrii, zde byl omáchnán už mnohokrát a jeho hlášky si pamatuji dodnes. Když jsem se

z Božího dopuštění stal také pajčulkou na fakultě, ujasnil jsem jak sobě, tak svému týmu, co před námi stojí za úkol: Nakazit je! Bylo mi jasné, že smysl lékařské psychologie pochopí teprve doktor, který nese plnou odpovědnost, a že čarodějův učeň se musí jen pořádně učmoudit, aby mu později stálo za to se tomuto umění věnovat naplno. Věřím, že se nám to povedlo.

Kroužku mediček a mediků, který projevoval větší zájem, jsem komunikační pravidlo týkající se zákazu jakýchkoli záporů v dohodě ilustroval vzpomínkou, jak nás naši rodiče – inspirování zřejmě čerstvou historkou – při odchodu z domova nabáda-li: „Děti, ne aby vás napadlo strkat si fazole do nosu!“ Do té doby nás to opravdu ani ve snu nenapadlo, ale jen za nimi bouchly dveře, stáli jsme u kredence. Asi dva roky na to jsem od několika z nich, kteří se někde sešli, dostal pohlednický s textem: „Milý tatínku, posíláme ti pozdrav, máme se dobře a právě si strkáme fazole do nosu.“

Doufám, že dopad bude mít i moje varování, tlumočené medikům 1. LF UK, které je vzkazem profesora Františka Patočky přes několik generací. Týká se stráně nad Albertovem táhnoucí se až k Apolináři: „Ne, aby vás napadlo obcovat v této stráni,“ burácel patecticky pan profesor. „Tam nahoře byly koňské stáje a ta stráž je plná tetanických spor. Stačí malá oděrka! A tetanus je strašná smrt...“ Zatím jsem tam žádné obcovat neviděl; ale kdoví, chodím tam už jen jednou týdně.



ilustrační foto: Shutterstock

Dva zážitky z těch, které **sladí život kantorský**

Během svého již pohříchu téměř padesátiletého pedagogického působení jsem zažil několik momentů, které patří mezi zážitky, jež dělají kantorský život nejen snesitelný, ale dokonce vzbuzují domněnku, že ta kantořina přeci jen stojí za to, aby se jí člověk (za ty peníze) věnoval naplno.

První se odehrál před mnoha lety na Střední zdravotnické škole na Alšově nábřeží, kde jsem zaséval semínka znalostí o histologické technice do duší děvčat, která o to moc nestála. Byla to práce téměř sisylvovská, protože děvčata, když už měla za to, že



doc. MUDr. Petr Hach, CSc.
Ústav pro histologii a embryologii I. LF UK

by opravdu měla nastoupit do laboratoře, měla na mysli spíš tu biochemickou nebo hematologickou, histologie byla setrvala kdesi na pokraji jejich zájmu. Pral

jsem se s tím statečně, ale pomalu ztrácel své mladické nadšení... když nadešla poslední hodina před Vánoce.

Vstoupil jsem do třídy a zjistil, že děvčata jsou mimořádně tichá a na svých místech. Po obvyklé administrativě předstoupila delegace, která mi s vánočním přáním podala malý balíček. Poděkoval jsem a chtěl balíček uložit do kapsy, když tu třída začala skandovat: „Rozbalit, rozbalit!“

Opatrně jsem rozvázal barevnou stužku, rozbalil vánoční papír a s úžasem hleděl na preparát, jaký jsem v životě neviděl a ani si nedovedl představit, že by mohl existovat. Na podložním skle byl z jedlových jehliček slepený krásný stromeček ozdobený miniaturními svíčkami a perfektně zamontovaný pod sklo bez jedině bublinky.

Nevěděl jsem jak zareagovat. V krku jsem měl něco velkého, co tam vadilo, ruce se mi trásly a ani nevím, co jsem vykotal, protože mi bylo jasné, že takovou věc není možné nikde kou-

pit – to musel někdo vymyslet a hlavně udělat. Hodina uplynula jaksi v mlhách a bylo mi jasné, že tuhle třídu stojí za to učit, i když z ní nikdo histologii dělat nebude.

Preparát jsem měl řadu let mezi svými vzácnými památkami a až při opakovaném stěhování se kdesi ztratil. Vzpomínka na tu třídu ovšem nikoli.

* * *

Druhá z příhod se odehrála několik let poté koncem června. Seděl jsem v pracovně, bylo odpoled-

* * *

Mají to v rodině

Zbývá asi týden do zahájení nového školního roku a na chodbách ústavu patologie to šumí jako ve včelím úlu, studenti nervózně přecházejí sem i tam...

Zkoušky jsou v plném proudu, probíhají totiž poslední opravné termíny. Nešťastníci, co dosud nezdolali úskalí tohoto obávaného medicínského oboru, již mají poslední možnost prokázat, že rok strávený ve zdejších posluchárnách pro ně nebyl zbytečný.

* * *

Právě jsem dozkoušel drobnou studentku, jež nyní na rozdíl od předchozích pokusů prokázala docela slušné znalosti a uspěla. Jako examinátor z toho radost mám

stejně jako ona, zapisuji jí známku do indexu, a protože napětí ze zkoušky už opadlo, snažím se ještě naposled promluvit nadějně adepty lékařské vědy do duše:

„Tak vidíte, že když se chce, i patologii se lze naučit. Kdybyste jí byla už dříve věnovala trochu více pozornosti, nemusela jste se nyní tolik nervovat a mít zkažené celé prázdniny.“

Studentka to uznává, souhlasně



prof. MUDr. Ctibor Povýšil, DrSc.
Ústav patologie 1. LF UK a VFN v Praze

přikyvuje a nakonec si povzdychne: „Když my to máme asi v rodině.“ A na tázavě pozvednuté obočí vysvětlí: „Víte, pane profesore, vy jste asi před třiceti lety zkoušel už moji maminku – a taky jste ji dvakrát vyhodil od zkoušky.“

A než se překvapený profesor zmůže na odpověď, studentka bezelstně dodává: „Ale ona na vás přesto ráda vzpomíná.“

Náhoda přeje připraveným

Jako pedagog působím na lékařských fakultách Univerzity Karlovy 50 let a humorných situací už jsem zažil mnoho. Většinou to však byl humor v trochu trapné formě, protože se týkal neznalosti studentů, kolmolení názvů a snahy uniknout z otázky.

Každý vysokoškolský pedagog zná těchto historek desítky. Ale nechce se mi o nich psát, protože jsou vlastně smutné. Popíši místo toho dvě zajímavé příhody.

* * *

Předem upozorňuji, že jsem nikdy nezkoušel a ani nezkouším sám. To je důležité při nejrůznějších stížnostech.

Sami jsme takovou situaci zažili, když jedna studentka při všech zkouškách z fyziologie omdlela. Lekli jsme se, ale dotazem u kolegů jsme zjistili, že „omdlelá“ zkoušela tuto metodu u všech zkoušek. Naši zkoušku nikdy neudělala, protože nic neuměla. Bylo to na přelomu let 1989 a 1990. Největší překvapení nás čekalo v podobě intervencí a výhrůžek vedoucího oddělení ÚV KSČ, který byl Slovák (studentka byla také ze Slovenska), vše pokračovalo i po sametové revoluci přes premiéra Mariána Čalfu a nakonec přes lidovou stranu až k rektoru. A tady bylo svědectví přísedících velmi důležité.

* * *



prof. MUDr. Richard Rokyta, DrSc.
Ústav normální, patologické a klinické fyziologie 3. LF UK

Druhý případ, o kterém chci psát, je příjemnější. Zkoušel jsem sympatického studenta, který střídavě odpovídal dobře i špatně. Když vyčerpal všechny otázky, stále jsem nebyl rozhodnut, zda zkoušku udělal, nebo ne. Rozhodl jsem se mu položit ještě jednu otázku.

Věděl jsem, že byl juniorským reprezentantem v kopané. Fotbal milují a dlouho jsem jej hrál, a tak jsem mu řekl: „Jste fotbalista, ten hraje 22 hráčů. Tak si vyberte jedno číslo, nejlépe vašeho dresu.“ On řekl 7. Tak dostal

otázku číslo sedm. Týkala se fyziologie srdce. Jeho odpověď byla excelentní, a zkoušku tedy udělal. Poté jsem se ho otázel, jak je možné, že tu otázku tak dobře uměl. „Víte, já jsem se učil fyziologii postupně, nejlépe umím začátek, a protože kardiovaskulární systém je na začátku, tak jsem ho znal dobře. Horší to je s neurofyziologií (mimochoďem mají specializaci – pozn. aut.), tu umím špatně.“

Prostě zkoušky jsou také náhoda, ale Louis Pasteur měl zásadu, že náhoda přeje připraveným. A tak i při zkouškách může panovat příjemná atmosféra a humor, ale něco se přece jen musí umět.



Ilustrační foto: Shutterstock

Jazykové podsvětí...

...aneb co nás pobavilo při korektuře našich novin.

- preparáty s usmrcenými bateriemi
- vykovaný hemoglobin (*glykovaný*)
- rozhodnutí Nejvyššího soudu
- VZP nové smlouvy *neuzařve*.
- relativně vysoká *úmrtnost tohoto výkonu (chudák výkon...)*
- „Budeme se maximálně snažit jednat se všemi relevantními partnery,“ konstatoval *nový Kabátek. (aneb ředitel VZP Zdeněk...)*
- Analýzy se budou provádět na *uvařených* jednáních politických stran.
- Odpadní látky skutečně z *děla* odcházejí.
- Pacient je postižen malnutricí nebo jiným závažným *odmocněním*.
- Provozovatelé lázní se chystají proti vyhlášce bojovat *petlicí*.
- Administrativa prezidenta Obamy hledá v *občasnosti* inspiraci v jiných zemích.
- U uživatelů drog je nutné *přesušit* začarovaný kruh.
- Dokonce si nechal přede dveřmi pochodovat *stáž*.
- ... *uvadla* na včerejší tiskové konferenci Žitníková.
- Celkový nutriční stav pacientů se *zhrušuje*.
- Prezidentka České asociace sester Dana Jurásková *přetavila* přípravný výbor budoucí komory *mlékařů*.
- Zákon nevymezuje s dostatečnou přesností *soby* mající přístup k informacím z registrů.
- Chyby, k nimž dojde ve zdravotnických zařízeních při *pěči pacienta*.
- Lékaři se *sjedou* na večerním setkání.
- Ministerstvo zdravotnictví bude informovat občany o konkrétních *krcích*.
- Lékař se specializovanou způsobilostí, který má společný základní kmen s těmito *obry*.
- Poté nastupuje zevní výkon z minimálního řezu, který umožní odstranění *sololitu*, jenž by přirozeným ústím již neprošel. (*sialolitu*)
- U *speciality* musí děti čekat na vyšetření dvakrát déle.
- Je-li podezření na ping-pong efekt mezi partnery, je nutné *přelíčit* oba.
- Ráno je většina protonových *pum* aktivních.
- Nabízíme možnost *odporného* růstu.
- Děkujeme, *docházíme!*
- V krevních testech umíme víceméně jen *stanovat*.
- Lékař by měl být spíše v roli laskavého průvodce léčbou, než v roli *hárajícího* kritika
- Certifikát CRNA umožňuje *dávat anestezii zdravotním sestřám. (aneb sestřám je hej...)*
- K tanci a poslechu *zívala* Tereza Kerndlová.
- Kvalita výkonů šla velmi rychle *domů*.
- Není pro mě nic neobvyklého, že se ve čtyři ráno *vzbudím s nějakým pacientem... (doucejme, že jen v mysli)*
- Problémy hrozí v oblasti *extrémních* lékařů (*externích*).
- Pacientky jsou *předpečené. (aneb v některých nemocnicích se léčí, v jiných peče...)*
- *prvoligová* léčba (*prvoliniová*)
- pacienti léčeni *opolidmi (možná nejsou tak návykoví jako opioidy)*
- Ve studii byly porovnávány ženy s *mží*.
- Stejně tak jsou z přípravy vyloučeny těhotné ženy nebo ženy plánující těhotenství. Podobně se postupuje i u mužů. (*aneb emancipace nezadržitelně postupuje na všech frontách...)*
- Pobyt v přírodě by se měl řídit i počasím a po příchodu domů by se měl převléct. (*takový nastydlý pobyt, to je nepříjemná věc...)*
- Na ženy v počátečním stadiu gravidity tady, co se přípravy na *metařství* týče, nejsme připraveni.
- Výsledek: 57 neoslovených pacientů, 20 nedostatečně *odlovených*.
- Zemřel vážně nemocný na smrtelné posteli.
- Přírodní produkt: *perlivá vodka*.
- Svou odpověď nám *pošli spolu s rodiči* do redakce.
- Napovíme, že *odpovědi na všechny tři odpovědi* můžete najít v některém z článků.
- Jeho kuchařka čítá patnáct set receptů pro slovenské hospodyňky, mezi nimiž najdete žaby, ústřice... (*být Slovenkou, urazím se...)*
- Budou kladeny velmi vysoké *národy* na registrační orgány.
- Žáci mezi 5 a 7 lety si budou 1x denně pod *dozorcem* čistit zuby.
- Na několika desítkách pacientů bylo *pospáno*.

(mč)

Štědrovečerní host

O d doby, kdy manžel náhle zemřel a dcera se vdala a odstěhovala do města, trávila jsem Štědrý večer ve společnosti svého syna Jendy. A nejinak by tomu bylo i toho roku, kdyby mně nenarukoval na základní vojenskou službu. Pochopitelně jsem ve své chaloupce v podhůří pekla cukroví, abych čerstvěmu vojákovi poslala alespoň kousek domova. Však se paní poštačka podívala: „Paní Horáčková, ten váš Jenda se ale má, hned bych si to s ním vyměnila.“ Smála se, ale když potěžkala balík, zhrozila se: „Ještě štěstí, že mám kolo, to bych se do vsi pěkně pronesla!“

Nevím, co bych za to dala, kdyby mohl být můj Jenda se mnou. Co naplat, vojna je vojna. Dcera se zetem a dětmi mě dopoledne navštívila, dárek přinesla, pochopitelně mě přemlouvali: „Babi, pojďte k nám, uvidíte, jak se Péťa bude radovat, až se rozsvítí stromeček!“

„Kdepak, doma zůstanu, co kdyby Jendu pustili,“ nedala jsem se zlákat. To by byl krásný dárek. Vlastně ten nejkrásnější.

„Babi, mladýho bažanta, co se ještě v kasárnách nestačil rozkukat, nepustěj pomalu ani na vycházku, natož pak na Vánoce

domů,“ snažil se mě zlomit zeť Petr.

„A co kdyby...,“ umíněně jsem trvala na svém.

„Mami, budeš tady sama,“ ani dceřiny prosící oči nedosáhly úspěchu.

* * *

Když po mladých zůstaly jen dvě dlouhé stopy ve sněhu od auta, obešla jsem hospodářství. Pochopitelně jsem musela nadělit slepicím a králíčkům něco dobrého a nezapomněla jsem v duchu Erbenova „Štědrého večera“ ani na kocoura. Vyzdobila jsem si do vázy smrkovou větvičku a začala smažit rybí řízek. Dcera mi přivezla dva kousky, copak bych sama dělala s celým kaprem. Ale co kdyby...

Nastrojila jsem se svátečně, jako bych skutečně věřila, že přijde Jenda. V duchu mě napadaly všelijaké myšlenky, jak se tam asi má, poprvé sám daleko od domova. Možná, že i nějaká ta slzička potajmu ukápně, a už jsem měla oči zalité slzami, ale co..., každé ptáče jednou vyletí z hnízda.

Když mi bylo nejméně, rozdělala jsem balíček od dcery. Kolikrát jí říkám, že nic nepotřebuju, ale copak si dá říct. Nějakou

kosmetiku stejně neužiju a jídlo si koupím v prodejně, ale copak já sama sním, to když byl ještě Jenda... Ať jsem se snažila sebevic, vždycky jsem zavádila o syna.

Malý Péťa mi k Vánocům nakreslil velký stromeček a pod ním hromadu dárků. Určitě bude večer pod stromečkem hledat auto na ovládání. To Jenda, když byl malý, tak měl nejraději plyšového medvěda. Uši mě okousané, ale tahal ho všude s sebou.

Jenda byl se mnou v myšlenkách, i když teď někde možná na stráž, chudák jeden, mrzne, měla jsem mu poslat ještě jedny teplé ponožky, určitě by je užil. Vzala jsem do rukou jeho dopis a začala pomalu číst. Nepřijede, pochopitelně, nastoupil v říjnu, domů se podívá snad na jaře. Už jsem měla zase oči plné vody.

Zapnula jsem si televizi, ale pohádku jsem nevnímala... Na druhém talíři, který jsem prostřela, abych se necítila tak sama, smutně okorával řízek a bramborový salát. Vyšla jsem na zápraží, jestli se už Jenda přece jenom neblíží, třeba už je u Maternovic chalupy, třeba mě už vidí, jak ho čekám, marně jsem se utěšovala. Mlčky odpovídala jen zasněžená krajina jako z Ladových pohlednic, tu

a tam ve vsi zaštěkali psi. Začala se do mě dávat zima.

* * *

Vklouzla jsem zpátky do světnice a zaposlouchala se do pohádky. Marně jsem se snažila vžít se do děje, neboť myšlenkami jsem byla u svého Jendy. Když tu..., nejprve jsem si myslela, že je to snad v televizi, ale po chvíli se slabé zaklepání opět ozvalo. Bylo už skoro devět hodin. Kdo to může být? Jenda! Vyběhla jsem do verandy a rychle odemykala: „Jendo, jseš to ty?“

Otevřela jsem dveře a tam nestál Jenda, ale Alenka Pánková ze vsi. Malá drobná dívenka zahalená do zimního kabátu přeshlapovala na prahu.

„Co tě..., copak že ses vydala ze vsi až ke mně na samotu?“ vptávala jsem se a dívku zvala dál, však měla tváře pomalované mrazem.

„Já jsem vám přišla, paní Horáčková, popřát šťastné a veselé Vánoce a taky vyřídit vzkaz.“

Sklopila oči.

„Mně? A od koho?“

„Od..., od vašeho Jendy.“

„Od Jendy?“ nestačila jsem se divit.

„On k nám volal, abych vám...“

„A proč nezavolal k Maternovým, je to přece kousek, a on tebe, chudáka, žene přes celou ves.“ Tenkrát u nás v podhůří byly jenom

dva telefony. „Tak pojď dál, nestůj přece na chodbě.“

„Pozdravuje vás a vzkazuje, že určitě nepřijede,“ provinile se usmála.

„Nepřijede,“ na chvíli jsem posmutněla, „tak pojď dál a já ti ohřeju ten řízek, suším ho tady pro Jendu, a teď, když nepřijede...“

Nechtěla si sednout, ale nakonec jsem ji přemluvila. „Aspoň tady nebudu na Štědrý večer sama,“ vysvětlovala jsem svému hostu, když jsem zalívala horkou vodou černou kávu. Pro sebe jsem si udělala přece jenom slabší, vždyť už bylo dost hodin a já i tak těžko usnu. Vyprávěly jsme, až Alenka začala větu: „To Jenda taky psal, abyste...,“ zastavila se v půli věty.

Pravda byla venku. „Tak ty jsi čekala taky, že se ti ten můj voják vrátí?“ usmála jsem se a Alenka sklopila oči a mlčky přitakala.

„Tak vida, já jsem si pořád myslela, že je to ještě malý kluk, a on už má děvče,“ musela jsem se zasmát.

Seděly jsme pak dlouho do noci a společně vzpomínaly na Jendu. Kdyby nás viděl, jak listujeme v rodinném albu, určitě by z nás měl velkou radost. Ale třeba už příští Vánoce bude opět mezi námi...

(vzpomínka na Vánoce – 70. léta 20. století)

MUDr. Václav Franc

Čert

Jarunka, dvě vrásky na čele, oči rozšířené strachem, se pevně vtiskla do klína naší maminky a jako v transu stále mlela: „Padej, padej deštičku...“ a místo deštičku recitovala čertíčku. „Padej, padej čertíčku...“ Jeden z čertů se hlučně a chruplavě smál, úsměv mu pokaždé odkryl mohutné zažloutlé zuby. Chřestil při tom těžkým řetězem a dožadoval se správného rýmu. Mikuláš stál mírumilovně vedle, v ruce držel košíček s pamlsky, ale také stále vyčkával, zda se dítě opraví. Naším cihlovým domem pulzoval neklid a mezi mladšími dětmi strach. My starší jsme doprovázeli dvojici převlečených rodičů a občas se hádali, kdo že to vlastně opravdu je. Anděl chyběl. Už u Kondelíčků a také u Chmelíků a Kinclů dostaly masky skleničku tvrdého, proto asi u nás v bytě ten nejchruplavější čert občas trochu zavrával.

Jako bez dechu sestra ze sebe moje chrčila: „Padej, padej čertíčku...

a když to opakovala asi poosm a Mikuláš jí žádné dobroty stále nepředával, vykročila pravou nohou odvázně z maminičina úkrytu, zpřímá se čertovi podívala do očí a na celé kolo zakřičela: „Tak už vypadni, čerte!“ Čert ztuhl překvapením, někteří přítomní se rozpačitě zasmáli, jiní obdivovali odvahu mé mladší sestřičky. Mikuláš mezitím rychle odevzdal pamlsky, tatínek ještě stačil všem nalít trochu borovičky, jako na zdraví. A na rozloučenou. „To víte, je to ještě dítě...“ A já na chvíli zmizela ven s dětským průvodem.

U vchodu paní Dráčkové jsme všichni zůstali stát na spoře osvětlené chodbě, domů nás zrzavá sousedka nepustila. Kubrycht si hrál se svíčkou, stále ji rozsvěcoval, Štajner ji zase sfoukával a tak to šlo dokola. Byli jsme čertovi na stopě a on se doprovodu nebránil. Čert se před dalším vchodem našeho domu domlouval s Mikulášem, které dítě ještě



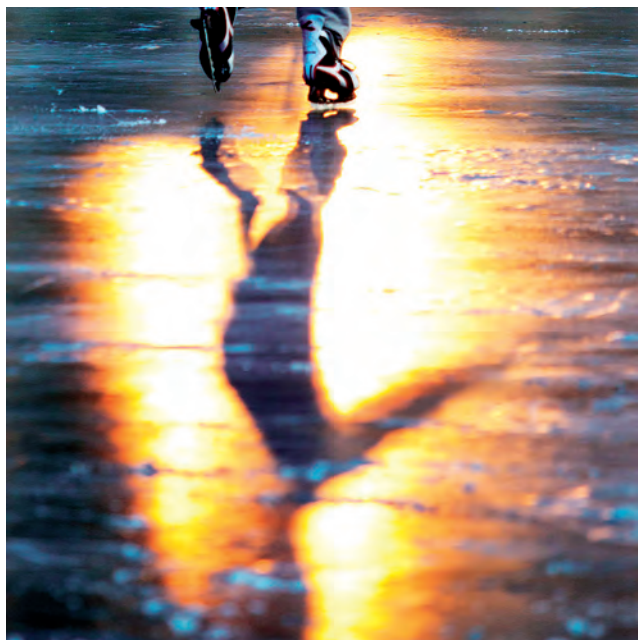
Ilustrační foto: Shutterstock

nedostalo dárky. Největší čert už hodně vrával, nechřestil řetězem, už si ani nenadzvedával ocas, vláčel ho za sebou po zemi. Kubrycht nás všechny okřikl důrazným „pššššt“, nenápad-

ně chytil čertův ocas a zapálil ho. Ostatní děti poskakovaly kolem a sborem řvaly: „Pane Chmelík, hoří vám ocas...“ Ten největší čert byl totiž opravdu pan Chmelík a hořel právě jeho ocas.

Tato povídka je vzpomínkou na dětství v mých rodných Hořovicích u Plzně. Z Jarunky, čili Jaroslavy, mé mladší sestry a jedné z hrdinek povídky, je nyní praktická lékařka v Hostomicích pod Brdy.

prof. MUDr. Zdenka Ulčová-Gallova, DrSc.



Ilustrační foto: Dominik Bachurek

Kromě prázdnin mám rád taky Vánoce, protože to jsou taky prázdniny, takže nemusím do školy, a je zima a padá sníh a hraje hokey, alespoň když mrzne a nepřijde na Vánoce obleva, což se poslední dobou stává dost často. Ale to nevádí, protože doma máme stromeček a pod stromečkem dárky, takže je to prima. Dárky dostanou i zvířata, i když ne takový opravdový, zabaleny v papíře, aby člověk musel zkoumat, co by to mohlo být. Já hrozně rád zkoumám, co to v balíčku je, ale když je balíček měkký, tak moc nezkoumám, protože to jsou ponožky, rukavice, košile nebo něco takového, z toho moc velkou radost nemám, ale mamka řekne, že je to potřeba, a tak radši nic neříkám a raději se koukám po dalších dárkách, co jsou pro mne.

Jenže zvířata dostanou nějaké lepší jídlo, kocour Peníz třeba vánočku a Rin maso, slepice šrot s bramborami a králíci třeba řepu, aby věděli, že je Štědrý večer. Jenom pašík Bivoj nic nedostane, protože toho obvykle na začátku prosince zabije pan řezník a máme zabiť jáčku, i když my doma říkáme, že máme masopust, ale když k nám začal chodit Jarda Horáček za naší Milenou, tak se hrozně divil, že masopust je až na konci zimy a že zabíjení prasete se u nich říká zabiť jáčka. Jenže u nás je to tak už vžitě, že zabiť jáčku říkáme masopust. Z Bivoje potom máme řízky s bramborovým salátem, protože o kapra u nás nikdo moc nestojí, akorát děda, ale babička říká, že nevidí na kosti a co bude dělat, až mu zůstane nějaká kost v krku, takže jíme radši vepřový.

* * *

Ale já stejně z jídla moc nemám, protože vždycky čekám, až budeme po jídle a půjdeme ke stromečku, který je vedle v pokoji. Když jsem byl malý, tak jsem věřil, že ho nosí Ježíšek, ale pořád mně vrtalo hlavou, jak to stihne, ustrojít tolik stromečků a přinést všem lidem v Bystřici stromeček ve stejnou dobu, a tak jsem Ježíška podezíral, že není sám, ale musí mít hodně kamarádů, kteří mu se strojením a nošením dárků pomáhají. Když jsem byl mimino, tak mě dali naši spát a potom večer před Štědrým dnem ustrojili stromeček a zamkli jej do pokoje, kam jsem stejně nechodil, ale když jsem byl větší, tak bych už na ustrojený stromeček třeba přišel, a tak pár dní před vánočními svátky přišel táta a řekl: „Pojď se podívat, co nám tady Ježíšek nechal!“

A já se hrozně divil, protože jsem si myslel, že už Ježíšek chodil, a bylo mně líto, že jsem ho promeškal, ale nepromeškal jsem nic. U kůlny na dvoře stál krásný smrček, ještě na něm byl sníh, ale nebyl ustrojený jako vánoční stromeček, ale přece jenom měl pod vrškem, kam se dává špice, nějaký bílý lístek, přivázaný červenou stužkou ke kmeni. Bylo tam něco napsáno, ale já stejně nevěděl co, protože jsem neuměl číst, jen jsem se dokázal tiskacími písmeny podepsat FANDA, protože to bylo lehký, zvlášť když byly ve jménu dvě stejná písmenka A. A na tom lístku bylo napsáno, že Ježíšek má moc práce, a tak větším dětem, co půjdou v příštím roce do školy, nosí stromečky neustrojené, protože to už jsou velké děti, a tak si stromeček ustrojí samy.

Měl jsem ohromnou radost, snad větší než kdy předtím a potom,

Vánoce žáka Františka

protože jsem si mohl stromeček sám ustrojít, akorát mně bylo divný, že doma máme ozdoby na stromeček, i když nám je Ježíšek letos nepřinesl, ale mamka mně řekla, že to nám zůstaly ozdoby ještě od minulých Vánoc, a tak jsem byl rád, když jsem věšel čokoládové ozdoby a taky skleněné ozdoby a potom jsme na stromek připevnili elektrické svíčky, a když jsme je rozsvítili, tak jsme měli Vánoce již o den dřív. Akorát prskavky jsme nemohli prskat, protože to táta neviděl moc rád, ale to nevidí ani teď, protože říká, že zapálíme stromek a barák, ale ještě se nám to nepodařilo.

* * *

Ráno na Vánoce taky sypeme ptáčkům do krmítka a díváme se, jak se slétávají do budky, a na plot napichujeme rozkrojená jablka. Táta potom pověsí lůž na ořešák u krmítka a my se díváme z okna, jak se sýkorky houpu na zavěšeném loji, jako by měly houpačku. Někdy přiletí i datel a má červenou čepičku, ale ten se hrozně bojí, takže když třeba řeknu Blance: „Hele, datel!“, tak se lekne a rychle odletí a pak musíme zase dlouho čekat, než se přesvědčí, že mu nehrozí žádná nebezpečí.

Ty Vánoce, co jsem měl potom jít do školy, jsem dostal školní brašnu, protože dětem, které mají jít do školy, Ježíšek nosí tašku. Kromě toho jsem dostal stolní fotbal a měl jsem radost, že budeme moct hrát turnaje, ale Milena ani Blanka si se mnou nechtěly hned zahrát, protože Blanka si vymyslela, že bychom měli dělat nějaké staré zvyky. Babička rozřízla jabko a objevila se jí tam hvězdička, a tak se taky radovala, protože o Vánocích se mají všichni radovat: „Tak tady ještě rok pobudu, na tom světě!“

* * *

Blanka chtěla dělat ty zvyky, a tak se ptala našich, kde je nejbližší vřes, protože se o Štědrém večeru má jít k vřesu a klepat s ním a říkat: „Klepu, klepu vřes, kdes můj milý dnes?“ a z té strany, odkud se ozve štěkot psa, tak tam je její nastávající ženich. Jenže Milena se jí začala smát a říkala: „Takovou bečku nikdo nebude chtít!“ a obě sestry se začaly hádat. Mamka na to řekla: „Aspoň na Štědrý večer byste si mohly dát pokoj!“ a tak Milena s Blankou vyšly ven a klepaly alespoň ořechem, co sto-

jí na dvoře. Když klepala Milena, žádný pes se neozval, akorát náš Rin vylezl z boudy a nechápal, co to provádíme. Pak klepala Blanka a za chvíli se rozštěkal pes Punta u Šádkových a Milena si začala dělat z Blanky legraci, že si asi vezme pana Šádka, jenže Blanka se nechtěla dát a říkala, že to neplatí, protože neklepala vřesem, ale ořechem.

Pak chtěla Blanka házet pantoflem ke dveřím, a jestli padne špičkou ven, tak se do roka vdá, ale táta začal nadávat, že rozbije lustř, a tak si jenom oloupala jabko a hodila za sebe kůrou z jabka a ta kůra se má stočit do tvaru prvního písmena, jak se jmenuje její kluk. Slupka dopadla a stočila se do J. Potom to zkoušela ještě Milena a slupka se taky stočila do tvaru písmene J a Milena řekla, že je to pravda, protože Jarda je od J, a že se třeba příští rok bude vdávat, což je pravda, protože se Milena bude skutečně na konci prázdnin vdávat. Jenže Blanka ji chtěla naštvat, a tak jí říkala, že to nemá cenu, protože ze slupky se stejně nedá žádné jiné písmeno udělat, protože si nedovede představit, jak by se udělalo třeba písmeno F nebo K, což je pravda.

* * *

Taky se pamatuju na Vánoce, když jsem dostal brusle, opravdové, ne ty na kličku, a tak jsem byl rád, že hodně mrzlo a že jsem je mohl hnedka s klukama vyzkoušet, protože jsme měli hrát důležitý zápas s Oujezdákama. Jednou dostala brusle taky Blanka, ale té bruslení moc nešlo, i když se koukala vždycky v televizi na krasobruslení a chtěla jezdit jako nějaká slavná krasobruslařka. Jenže o Vánocích krasobruslení v televizi nedávají, protože dávají spíš pohádky a „Pyšnou princeznu“, kterou jsem už viděl mnohokrát, ale naše mamka se na ni stejně dívá, protože říká, že je to nejkrásnější pohádka ze všech a že bez ní by nebyly ani Vánoce. Mně je to jedno, hlavně že jsou Vánoce a do školy jdeme až po Novém roce a jsme všichni pohromadě. Když už jdeme spát a mně se nechce, protože si chci hrát s hračkami, které jsem dostal, babička pak řekne: „Tak ať se tady zase všichni sejdem ve zdraví příští svátky!“ a rozbrečí se, protože se toho nedožije, až my budeme veliký, a ona by nás chtěla vidět, co z nás bude.

(vzpomínka na dětské Vánoce, 60.–70. léta 20. století)

MUDr. Václav Franc

Na tradiční vánoční procházce...



Foto: Leoš Chodura

Vánoce mám spojeny s poklidnou atmosférou, která nastupuje po hektickém předvánočním shonu, kdy na sebe doma s blízkými máme společně více času. Je to období udržování tradic a zvyků, které přecházejí z generace na generaci – strojení vánočního stromečku, nákup kapra, pečení cukroví, příprava vaječného koňaku a další a další.

Štědrý den si neumím představit bez naší tradiční procházky po Starém Městě, Malé Straně a Pražském Hradě, kdy se cestou zahřejeme svaře-

ným vínem, často potkáme přátele a touláme se úzkými krásnými uličkami Prahy s cílem v kostele kapucínů na Hradčanech. Naše procházka se každý rok trochu mění, ale má svá pevná tradiční místa, která navštívíme. Pak se již můžeme těšit na štědrovečerní večeři a dárky. Největší radost je z překvapení a očekávání, jež vidíme u malých dětí.

Přeji Vám krásné vánoční svátky a vše dobré v novém roce 2013.

prof. MUDr. Tomáš Zima, DrSc.
předseda redakční rady

Neurofarmakologické kopanely (část IV)

Přinášíme další část ukávek z humorných pásem nazvaných „kopanely“, jež od 70. let zpestřovaly pravidelné sjezdy neurofarmakologické komise Čs. neurologické společnosti ve formě parodií na odborné texty a vědecká setkání.

Z historie medicíny...

V rámci neurofarmakologické konference v roce 1984 ve Skalském Dvoře proběhla (kopanelová) diskuse o historii medicíny. Účastníci a spoluautoři: MUDr. Skřivánek, MUDr. Káš, MUDr. Sereghy, MUDr. Országh.

Káš: Tak začneme. Jak je obvyklé, již u starých Řeků a Římanů.

Országh: Kdepak, tady musíme mnohem dále do minulosti. Až do pravěku. Nemáme to sice písemně doloženo, ale archeologické nálezy z Neandrtalu, Předmostí, Bylan a Tassili nám ukázaly hodně. Již v pravěku se prováděly trepanace, někdy kvůli traumátům, jindy kvůli postižení zlým duchem.

Skřivánek: Ovšem nutno říci, že na rozdíl od vědychtivých chirurgů novověku se trepanace prováděly jen tehdy, když to bylo zcela nezbytné.

Sereghy: Jinak léčení bylo, abych tak řekl, přírodní. Lékařské zákroky zprvu nepřesahovaly úkony, kterými se ošetřuje či obsluhuje raněné či nemocné zvíře. Nemocný byl olizován, ofoukáván, hněten, mačkán, cucán, drbán a tak dále. Tedy principy rehabilitace.

K: Jak píše Desmond Morris v „Nahé opici“, základní tužbou každého jedince již od pravěku bylo nechat se ošetřovat. To je rozhodující i pro léčebný efekt. Léčebná hodnota léků je přitom zcela zanedbatelná.

Skř: Jakmile člověk začal mluvit a začal mít abstraktní představy, začalo se léčení měnit. Objevil se strach, objevili se profesionální léčitelé, v tropických krajinách kouzelníci, dále od rovníku šamani.

Se: Funkce kouzelníků či šamanů byla vlivná a hlavně výnosná. Tak mezi nimi vznikl i konkurenční boj. Aby se vyhnuli nekalé soutěži, vyhlásili tito šamani a kouzelníci, že se jimi mohou stát pouze ti, kdož k tomu mají patřičné předpoklady a schopnosti, současně omezili výběr jen na kouzelnické rody.

K: A tak je již tehdy zaměřili jaksi kádrově.

O: Řemeslo to nebylo lehké, maska a oděv vážily mnoho ki-

logramů. A nutné bylo i přísně dodržovat veškerý ceremoniál a rituál.

K: Tak mě napadá (a to je citát Torreyův), zda tehdejší masky a bubínky šamanů nejsou dnes nahrazovány plnovousem a dýmkou dnešních psychiatrů.

O: To jsme odbočili. Jak takové léčení vypadalo. Kouzelník či šaman se posadil k nemocnému, obvykle v kruhu příbuzných, a začal ladit buben či chrastitko. Při tom se uváděl odvarem z narokotických bylin do transu. Brzo to s ním začalo šukat, obličej se mu zkroutil a začal vydávat ječivé výkřiky. Obecenstvo se přidalo a démoni dostávali co proto. Nejprve je šaman prosil, aby odešli, pak jim sliboval hory doly. Když ani tohle nepomáhalo, zasáhly hrozby. A nakonec boj, někdy velmi realistický. Šaman vyťasil šavli a začal se s ní ohánět po demonech tak divoce, že příbuzní měli co uhybat. Mezitím šaman odhadl své šance a vzdálenost, kterou duše urazila, vyskočil na koně a hnal se za ní po stepi. Přirozeně ji nedohonil, chytat duši není lehký sport.

K: No, to příbuzní museli pochopit a uznat.

Se: V Oceánii a na Palauských ostrovech měli osobitou metodu. Při onemocnění či smrti ztloukli nejbližšího příbuzného. Nemohli prostě snést pomyslení, že by někdo za nemoc či smrt nebyl odpovědný.

O: V jiných kulturách byla tato otázka řešena jinak. V případě neúspěchu léčby Zuluové napráskají kouzelníky, nebo ho dokonce otráví. To vedlo k nebezpečnému úbytku kouzelníků.

Se: Toto se udržovalo i později, viz Chammurapiho přísný zákoník vytesaný do stély.

K: Nebo i ve středověku. Například Jan Lucemburský dal ve Vratislavi hodit svého lékaře svazného do Odry.

O: I ve 20. století je živá tradice, že za onemocnění či neuzdravení nezbytně musí být někdo odpovědný.

K: Ano, dnes se píší stížnosti na ošetřujícího lékaře na ředitelství nemocnice nebo na kancelář prezidenta republiky či na krajský výbor KSČ.

A teď přejděme dál. Starověké kultury, Babyloňané a další.

Skř: Babyloňané měli hliněné tabulky, na nichž se vše zapisovalo. Když Chammurapi před 4 tisíci lety sjednotil Mezopotámii, dal shromáždit tisíce těchto hliněných tabulek do velké knihovny. Jeho písaři, patrně z byrokratické pohodlnosti, složili mezi lékařské spisy vše, co se týkalo léčby lidského těla. A tak pozdější archeologové objevili mezi lékařskou literaturou množství zaklínadel proti zlým duchům, jakož i nejbizarnější recepty.

K: Z toho se zdá, že babylonské lékařství bylo snůškou pověřivého harampádí.

O: Přitom to neplatí tak doslova. Měli dobře rozvinutou chirurgii, zvláště traumatologii.

K: Ano, války jsou vždy příznivé pro rozvoj chirurgie.

Skř: Zde mohu citovat Hofschlagera: Rozvoj chirurgie ve starověku začal s objevením praku.

Se: Babyloňané však nebyli tak domýšliví, aby se nemodlili k bohyni Ištár, k bohu lékařů Eu nebo k ochránci chirurgů Nimurtu.

K: V Babylónii, když to s pacientem smrdělo, se modlili k bohům. U nás, ve 20. století, když to smrdí, se to pošle někam veš. V Babylónii si od vládce podsvětí předvídatě vypůjčili symbol dvou hadů spletených kolem hole. A to lékařům zůstalo dodnes. A co lékařství v Egyptě?

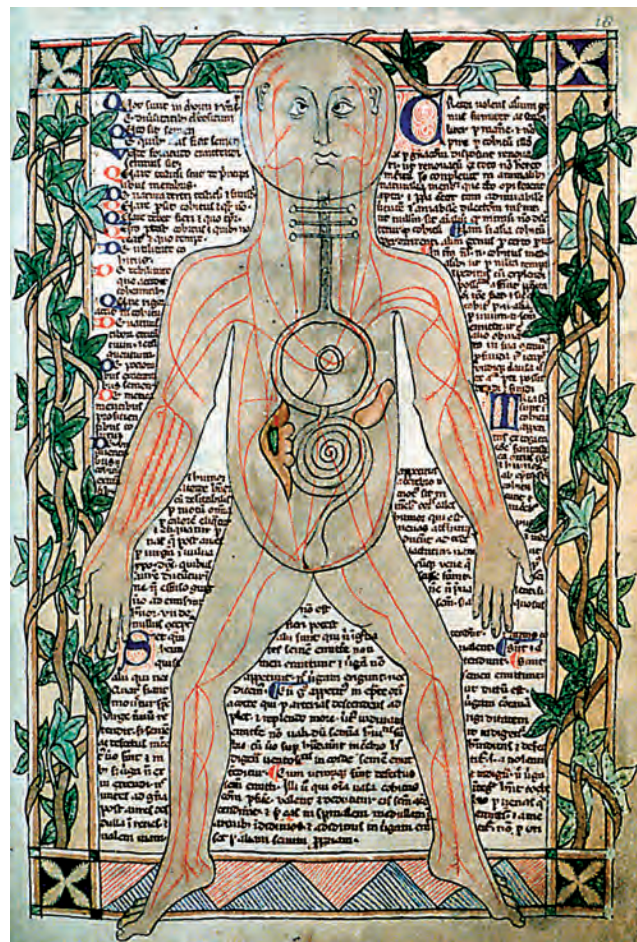
O: Vysoce specializované, kastově rozdělené. Na dvoře faraona byl i specialista pro pravé a levé oko.

Se: Dokonce i strážce zadnice, což je důkaz, jakou cenu této části těla přisuzovali.

O: A pak vysoká, nejdopovědnější třída. Egyptští otvírači lebek. U faraonů, velekněží a jiných vysoce postavených lidí se tento výkon povinně prováděl v terminálním stadiu. Výsledky podle toho také vypadaly.

Se: Podle nálezu na mumiích to však bylo technicky dokonale provedené.

O: Egypťané již znali i léčbu spánkem. Egypťská bohyně Isis měla značnou léčivou moc i zkušenosti s touto terapií. Proslím pacientům proto dávala ve snu léky. Ti se po její léčbě často uzdravi-



ilustrace ze 13. století zobrazující krevní oběh

li, i když jim lékaři nedávali žádnou naději.

K: V Egyptě můžeme vidět i začátky prevence CMP. Ve Smithově papyru stojí: „Člověk je živ jen ze čtvrtiny toho, co sní, ze zbylých tří čtvrtin jsou živi lékaři.“

S: A nyní bychom mohli přejít k Číně, k mé oblíbené kultuře. Kolem roku 2700 před naším letopočtem císař Chuan Ti napsal nebo spíše dal napsat lékařskou knihu o 70 svazcích obsahující 11 tisíc receptů. Skutečná medicína se začala pěstovat až ve 3. století před naším letopočtem. Zajímavý byl i výběr lékařů. Přednost měli synové z lékařských rodin a pak především ti, kteří propadli při mandarínských zkouškách.

Se: Z léčebných prostředků znali hlavně opium a ženšen. Jinak různé talismany a velmi věřili na spalování papírků popsanych léčivými texty proti démonům, tedy vlastně recepty. Jejich popel pak pacienti nosili na těle nebo pili v čaji.

O: Měli i jakési předchůdce v au-

tohemoterapii. Neměli však injekční stříkačky, a tak nemocného stípali nebo jej bili pruty, až mu naskákaly modřiny a ty se pak vstřebávaly jako u běžné autohemoterapie.

Se: Pak je tady čínská specialita – akupunktura. Roku 200 před naším letopočtem vydal císař edikt, ve kterém se praví: „Chci, aby se mému národu, který trpí pod tíhou nemoci, napříště nepodávaly žádné léky, které jej otravují, ale aby se užívaly výhradně tajemné jehly z kovu, jež řídí životní sílu.“

K: To se ušetřilo na nákladech za léky.

S: No a takto se léčilo vše, od úrazů po cévní mozkové příhody.

K: Teď bychom se mohli vrátit zase do Evropy. Již staří Řekové...

O: Ano, Hippokratés a jeho žáci. Diagnóza a léčba byla založená na pozorování, na pěti smyslech a zdravém rozumu.

S: Lékař spíše vyčkával a snažil se nemocnému pomoci hygienickými opatřeními, klidem, lehkou

MEDICÍNSKÝ HUMOR / KVÍZ

stravou, dostatkem tekutin, dostatkem vzduchu, lehkými projímadly a masážemi.

K: Tedy v podstatě léčba interní. Internista se zásadně odlišuje od chirurga: Chirurg na pokoj vždy vtrhne, vrhne se na vás a se slovy „Bolí to? Kde? Tady? Nebojte se, kamaráde, vyndáme to!“ jde svolat operační tým. Kdežto internista vstoupí do pokoje rozvážně, uchopí vás za ruku a začne počítat puls. To jsou mravy pravého internisty. Internista totiž léčí tím, že přemýšlí.

S: V poslední době však spíše tím, že volá konziliáře.

O: Hippokratovci neuznávali žádnou iatrochemii. Léků dávali co nejméně.

K: To by se líbilo dnešním organizátorům zdravotnictví.

S: Dodržovali základní pravidla. Neruš nemocného ani v krizi, ani bezprostředně po ní. A ne dělej žádné pokusy s drogami. Hlavní zásada: Pomáhat a především neškodit.

K: Tedy podstatně odlišný postup od některých současných lékařů. Nyní přejdeme k Římanům.

Skř: Ti převzali řeckou medicínu. Římané byli technici státu. Co pokládali za nutné se naučit, to se naučili a dobře. Ostatní přenechali otrokům. Mezi to ostatní patřila i medicína. V Římě vykonávali práci lékařů hlavně řečtí otroci.

K: Jak byli drzí?

O: Ne moc. Za Justiniana stál takový lékař-otrok asi 10 tisíc našich korun. Pro zajímavost – jen o něco málo více než kleštěnec.

S: Hlavně u Římanů si musíme cenit, co dělali s prevencí. Hygiena u nich byla na vysoké úrovni. Lázně na každém rohu, kanalizace, dostatek vody byl zajišťován akvadukty. Za Trajana připadalo zhruba 315 litrů na občana a den.

O: Kde jsi, Praho, ve 20. století?

Skř: Římané již měli i první představy o krevním oběhu. V tepnách je *pneuma*, ta při poranění vyteče a pak se nějakými spoji nasaje krev z žil, a proto i tepny krvácejí. To tvrdil Galenos a stalo se to pak kánónem až do Harveyho.

K: Je čas přejít dál, do středověku.

S: Tehdy ovládala celý známý svět – a tím i zdravotnictví – církev. Řídila rovněž školy, z nichž se později vyvinuly fakulty. Nejprve teologická, až později práva a medicína.

O: Nejznámější lékařské školy byly salernská a boloňská. Zde byly uskutečněny první pitvy, samozřejmě prasete, protože je ze všech tvorů člověku nejpodobnější. Člověk se dlouho pitvat nesměl. Církev věřila v posmrtný život a neviděla ráda, když přišel ke Stvořiteli jaksi nekompletní.

Skř: Ze salernské školy také pochází první veršovaná didaktická medicínská příručka „Regimen sanitatis: Salernitanum“. Je to jakási kuchařka, která dává plno návodů, jak se chovat při těch či oněch stavech, obsahuje i poučení o prevenci a lékařské etice.

K: Co kdybyste uvedl nějaký příklad?

Skř: Kdo chce žít dlouho, musí předčasně žít jako stařec. Kniha varuje nejen před nadměrným pitím, ale i před příliš častými koupelemi a láskou.

O: To asi moc populární rady nebyly.

S: Důležitá je i péče o stolicí a její plynné průvodce. Oboje se nesmí zdržovat, proudění větru je třeba nechat volný průchod, i kdyby šel kolem král.

Skř: V knize z 11. století, jejímž autorem je Archimateus ze Salerna, je líčeno, jak má vypadat život a způsoby lékaře salernské školy.

K: To je zajímavé, jak?

Skř: Lékař má být skvostně oděn, protože jen švihák může žádat vysoký honorář. U lože nemocného má lékař vyšetřit moč a puls, aby nemocný i příbuzní viděli, že se vyzná. Ať už vyšetření dopadne jakkoli, nemocnému lékař musí slíbit, že se uzdraví. Naopak příbuzným musí vždy říci, že jde o vážné a nebezpečné onemocnění. Tím si kryje záda při neú-

spěchu a zvyšuje své zásluhy při úspěšném léčení. Dalším zákonem této školy je zavést léčení i tehdy, když je lékař považuje za zbytečné. Kdyby se nemocný uzdravil bez lékařovy pomoci, neměl by pocit náležité péče a snížil by se lékařův honorář.

K: Slyšíte tu aktuálnost? Pacient nechce odejít z ordinace bez předepsaného léku. To platí dodnes.

S: A další zásada: Vyinkasuj honorář, dokud to pacienta bolí.

O: V této době byla chirurgie postavena na roven interny... nebo jako jen o kousek méněcennější – protože chirurgové pracují vlastníma rukama.

K: A co rozhraní středověku a novověku?

O: Tón v lékařství udává Francie, která je u nás reprezentována Ludvíkem XIV. a molièrovským názorem na lékaře.

S: Z té doby také pochází několik aforismů.

K: Tak například: Mrtvý si nikdy nestěžuje na lékaře.

O: Nemocný přemůže nemoc, ale již ne lékaře.

K: Právo beztrestně zabíjet lidi má jen kat na příkaz soudu a lékař na podkladě diplomu lékařské fakulty...

O: Medicína se v té době dostala do úpadku. Jednou z příčin byl velký pokles hygieny. Na francouzském královském dvoře neměli ani vidličku, jedlo se ruka-

ma. V Německu – a to byl pokrok – měl každý člen panovnické rodiny aspoň jednu vidličku.

S: Nebyly koupelny, byly zakázány lázně. Seina byla současně kanál i vodovod.

Skř: V léčení dominovalo pouštění žilou, projímadla, klystýry... Sám král Ludvík XIV. za posledních 30 let svého života (a to zemřel až v 77 letech) vzal více než 2000x projímadlo, podstoupil přes 800 klystýrů a bylo mu 38x puštěno žilou.

K: To je zážrak, že tak dlouho přežil.

Skř: Jinak bylo typické, že když se na něco léčil král nebo si něco nechal operovat, mnoho dvořanů pak mělo stejnou nemoc, dokonce i operaci.

Skř: Na rozhraní 18. a 19. století se objevila zajímavá léčba – mesmerismus. Podle rakouského lékaře Mesmera, který měl úspěchy na dvoře Marie Antoinetty. Učil o živočišném magnetismu a pořádal seance v sále plném zrcadel. Bohatí nemocní s neurózami pocítili při vstupu velkého mága ve fialovém plášti vzrušující proud v těle, zvláště když se jich dotýkal magnetickou tyčinkou. Pak nastala krize a po ní sladké vyčerpání.

K: Něco na tom bylo. Koneckonců i ve 20. století lidé věří na japonské náramky a podobně...

MUDr. Svatopluk Káš

Vánoční kvíz

1. Mezi 27. listopadem a 3. prosincem začíná období Adventu. V západní církvi se počet adventních nedělí ustálil díky nařízení papeže Řehoře Velikého (540 – 604) na čtyřech, církev pravoslavná však slaví Advent o něco delší. Kolik nedělí do něho patří?

- a) 6
b) 8
c) 10



2. Během adventu si připomínáme i některé významné svaté – například sv. Barboru, patronku havířů, dětí, dělostřelců, ale

také architektů a matematiků, nebo sv. Lucii, jež je patronkou města Syrakusy a řady řemesel a povolání (např. kajících se nevěstek, sedláků, sklářů, krejčích, švadlen, kočích, písařů, notářů) a ochránkyní zrakově postižených. V kalendáři je však zastoupen i další svatý – byl apoštolem, bratrem sv. Petra, s nímž je společně patronem rybářů, sám je pak ochráncem horníků, provazníků a nevěst. Je jím:

- a) sv. Šimon
b) sv. Ondřej
c) sv. Pavel

3. Podle Matoušova evangelia se Ježíš Kristus narodil v Betlémě, který dnes leží v centrální části Západního břehu Jordánu. Podle Starého zákona se v tomto městě narodil i král David, proto bývá Betlém označován jako Davidovo město. Partnerskou obcí Betléma je i jedno české město. Víte které?

- a) Třebechovice pod Orebem
b) Chrudim
c) Havlíčkův Brod



4. Jeden ze symbolů Vánoc – ozdobený stromček – k nám přišel z německých zemí a nemá u nás zas až tak dlouhou tradici. Například ve venkovských oblastech nebyl zvykem až do 1. sv. války. Nicméně v některých bohatých měšťanských rodinách se zdobil od 40. let 19. století. První, kdo v českých zemích vánoční stromek postavil, byl tehdejší ředitel Stavovského divadla. Stalo se tak roku 1812 a oním průkopníkem byl:

- a) Jan Karel Leibich
b) Antonín Haffenecker
c) Jan Nepomuk Štěpánek

5. Ani další z tradic, smažený kapr ke štědrovečerní veče-

ři, u nás není zvykem po dlouhá staletí – přichází k nám z Rakouska až koncem 19. století (první recept na něj uveřejňuje ve své kuchařce z roku 1895 Magdaléna Dobromila Rettigová). Bramborový salát je na našich stolech ještě větším nováčkem, na masové oblibě získal až po 2. sv. válce. A ani on není českým „výtvozem“. Přišel k nám pravděpodobně z:

- a) Itálie
b) Maďarska
c) Ruska

6. Podle tradice uspořádal první „živý betlém“, který se stal základem dnešních „jesliček“, mnich Giovanni Battista Bernardone. Dnes je ale znám pod jiným jménem a patří mezi nejznámější svaté. Onen první betlém uspořádal v jeskyni u vesničky Greccio, již upravil jako kapli s výjevem z jesliček. a p24. prosince o půlnoci pozval k betlému vesničany, sloužit se zde měla i první půlnocní mše. O kterého svatého šlo?

- a) sv. Augustin
b) sv. František z Assisi
c) sv. Mikuláš

7. Posledním dnem období Vánoc je 6. leden, kdy se připomíná svátek Tří králů. Mimochoodem, Bible sama se nezmiňuje o kráľích, ale o mudrcích, dokonce ani neříká, kolik jich bylo nebo jak se jmenovali (jména a počet se stanovily až v pozdějších legendách). 6. ledna se píše posvěcenou křídou na dveře domů zkratka K + M + B + s příslušným letopočtem. Ačkoli jsou dnes písmena spojována s iniciálami jmen Kašpar, Melichar a Baltazar, původně jsou zkratkami slov *Christus mansionem benedicat*. Co tato věta znamená?

- a) Kristus ať požehná tomuto příbytku.
b) Kristus přebývá v tomto domě.
c) Kristus vládne světu.

(kha)



Správné odpovědi: 1a, 2b, 3a, 3a, 4a, 5c, 6b, 7a

FOTOHUMOR

Hrst fotek na závěr...

Řekni ještě slovo a můžu stisknout silněj.



Cože, v tý flašce byl methanol?



Ta sedmička vpravo nahoře musí ven.



Zase jsi mi vzal autíčko...



A teď vám ještě řeknu, co jsem na to Hegerovi odpověděl!



Kam mi zase schovali ten projev?