



## OČKOVÁNÍ

Ochrana před smrtelnými nemocemi

# Editorial

## Míli přátelé Lékařů bez hranic,



blíží se konec roku, který zůstane ještě dlouho v paměti nejen západoafrických zemí zasažených nevidanou epidemií eboly, ale také v paměti *Lékařů bez hranic*, kteří se na místě od počátku intenzivně angažují. Náš letošní zásah proti ebolě patří mezi ty nejobtížnější. Nemoc se na rozdíl od minulosti na začátku rozšířila na desítky míst, včetně hustě obydlených oblastí, a od jara si vyžádala nasazení už více než sedmi stovek našich mezinárodních spolupracovníků.

To, že nyní máme na místě 270 zahraničních zdravotníků, logistiků a dalších expertů, kteří s nemocí bojují, výrazně ztěžuje naši personální situaci, a to nejen v samotné západní Africe, ale především na řadě dalších míst. Neustálé výzvy našich operačních center k intenzivnějšímu náboru nových spolupracovníků jsou toho důkazem. Personálně náročnou situaci přímo z mise v Guineji mohou sama potvrdit. Šest týdnů jsem zde strávila jako administrátorka a vím, jaké starosti dokáže způsobit jeden chybějící dobrovolník. Ať už je to kdokoli, je to právě ten specialista, bez kterého se projekt nedokáže obejít a jehož opožděný příjezd, třeba kvůli zrušenému letu, může mít nepříjemné následky pro celý projekt.

Nikdo samozřejmě neočekává, že díky ebolě se nám budou hlásit nadšenci s chutí k výjezdu právě do západní Afriky. Taková představa většině kandidátů musí spíše nahánět hrůzu. Ostatně do západní Afriky nováčky většinou ani nevysíláme, protože přímé pomoci nemoc-

ným pacientům se mohou věnovat jen zkušení a vyškolení experti zvyklí na práci uprostřed takových krizí.

Ebola nám ale rozhodně neusnadňuje práci v jiných oblastech sužovaných jinými krizemi, jejichž obyvatelé rovněž potřebují život zachraňující pomoc a kde přitom čelíme nedostatku pracovníků právě kvůli vysílání stovek zkušených dobrovolníků do Libérie, Sierry Leone, Guineje či Mali. Ani do těchto dalších projektů přitom nemůžeme vždy vyslat každého, kdo by byl ochotný, i v nich potřebujeme profesionály ve svém oboru, jejichž kvalifikace odpovídá potřebám projektu.

Abychom zajistili, že naši lidé v terénu budou vědět, co dělat, a budou schopni poskytovat efektivní a profesionální pomoc, nemůžeme příliš zjednodušit a zkrátit náš náborový proces. To ale nic nemění na tom, že právě teď je čas, kdy nové spolupracovníky, a možná právě vás, urgentně potřebujeme. Pokud o výjezdu na misi s *Lékaři bez hranic* uvažujete a splňujete základní kvalifikační předpoklady (uvedené na [www.lekari-bez-hranic.cz/spoluprace](http://www.lekari-bez-hranic.cz/spoluprace)), neváhejte a kontaktujte nás. Čím dříve, tím lépe. Protože každý další nový spolupracovník v terénu nám neuvěřitelně rozšiřuje možnosti poskytování pomoci.

**Díky za vaši přízeň a podporu!**

**Pavlína Kozelková**  
HR koordinátorka *Lékařů bez hranic* v ČR

## OBSAH

- |  |  |
|--|--|
| <p><b>3 Očkování</b><br/>Očkování zachraňuje děti</p> <p><b>5 Zdravotní sestra</b><br/>Jak se dělá očkovací kampaň</p> <p><b>6 Infografika</b><br/>Logistika očkovací kampaň</p> | <p><b>8 Rozhovor</b><br/>Dětská lékařka Marianna Durilová</p> <p><b>10 HIV/AIDS</b><br/>Boj s virem HIV v Zimbabwe</p> <p><b>11 Zprávy z terénu</b><br/>Ebola v západní Africe</p> |
|--|--|

### BEZ HRANIC

zpravodaj Lékařů bez hranic

#### Vydavatel

Lékaři bez hranic – Médecins Sans Frontières  
in Czech Republic, o.p.s.

**Veřejná sbírka:** 111 333 / 2700

#### Kontakt

Seifertova 555/47, 130 00 Praha 3

t: 257 090 150

e: [office@lekari-bez-hranic.cz](mailto:office@lekari-bez-hranic.cz)

w: [www.lekari-bez-hranic.cz](http://www.lekari-bez-hranic.cz) | [www.jsem-v-tom.cz](http://www.jsem-v-tom.cz)

#### Redakce

Dušan Brinžanik, Míla Janišová, Martin Klzo,  
Lucie Voldánová

#### Grafická úprava

Toman Design



# Očkování zachraňuje děti

Každým rokem umírají dva miliony dětí na nemoci, proti kterým by mohly být chráněny pouhým očkováním. U nás běžná věc se v rozvojových zemích potýká s řadou překážek.

**L**eden 2014. Lékaři bez hranic očkují ve Středoafričské republice 68 000 dětí, aby zamezili šíření epidemie smrtelných spalniček v komunitách vyhnaných z domova válečným konfliktem. Podobné očkování ochrání každý rok stovky tisíc dětí před závažnými nakažlivými nemocemi během epidemií, v krizových situacích a při přesunech obyvatel, ale také v zemích s nedostatečným systémem očkování.

Z pohledu České republiky je očkování běžnou činností. Záškrt, tetanus, dětská obrna, pneumokok, spalničky, příušnice, zarděnky, černý kašel, žloutenka typu B, meningitida... U nás je ochrana dětí a těhotných žen součástí politiky veřejného zdraví. Díky očkování se podařilo potlačit výskyt smrtelných nemocí a nemocí zanechávajících trvalé následky, jako jsou dětská obrna, záškrt, černý kašel nebo tetanus.

## Překonat překážky, které brání očkování

V rozvojových zemích však každý rok zemře asi 7 milionů dětí mladších pěti let. Třetina z nich podlehnou nemocem, kterým by bylo možno předejít očkováním. Tzv. Rozšířený program imunizace, který zahájila OSN v roce 1974, umožnil zvýšit počet očkováných dětí a zlepšit dostupnost nových vakcín. Kvůli četným překážkám je ovšem očkování stále nedostupné milionům dětí v řadě zemí.

Nedostatečné očkování v rozvojových zemích má několik příčin. První příčina bezpečí spočívá v jejich slabém zdravotnictví. Obtíže s dostupností zdravotní péče, způsobené geografickými či finančními aspekty, brání lékařskému dohledu nad kojenci a dodržování očkovacího kalendáře. Ve Středoafričské republice je pouze 300 lékařů na 5 milionů obyvatel, v ČR připadá na stejný počet obyvatel 18 000 lékařů.

Lidé musí při cestě do zdravotnických středisek překonávat velké vzdálenosti a nechat dítě očkovat je tak velmi složitou a nejistou akcí. Stejně tak ale nelze zajistit plošné očkování. Další potíže představují samotné vakcíny, především jejich cena. Naočkovat jedno dítě všemi vakcínami doporučenými v Rozšířeném programu imunizace stojí 27 eur, což limituje možnosti států, ale také humanitárních organizací zahrnout do očkování co největší počet dětí.

Současné očkovací postupy navíc vyžadují někdy i tři dávky nebo injekce podané s časovým odstupem.

Nutnost opakovaně se vracet na stejná místa výrazně prodražuje a komplikuje očkovací kampaně a je nepříjemná jak pro očkovací týmy, tak pro očkovanou populaci. Opakovaně se podává například penta-valentní vakcína proti záškrtu, tetanu, dětské obrně, černému kašli a proti onemocnění způsobeným bakterií *Haemophilus influenzae B*. Velký problém také představuje nutnost přechovávat většinu očkovacích látek v chladu, což vyžaduje komplikovanou a nákladnou logistiku, zejména s ohledem na časté výpadky elektriny.



Mobilní klinika očkuje děti v odlehle oblasti Bahr el Ghazalu v Jižním Súdán.



## Očkování je omezováno konflikty a katastrofami

Konflikty a přírodní katastrofy možnosti očkování rovněž významně ovlivňují. Například v Sýrii se během více než tříletého válečného konfliktu zcela rozpadl zdravotnický systém, který dříve zajišťoval rutinní očkování kojenců.

V roce 2013 se týmům *Lékařů bez hranic* podařilo jen proti spalničkám a meningitidě naočkovat 2 659 650 lidí, z toho zhruba jednu třetinu v krizových projektech. Např. v Čadu po vypuknutí žluté horečky v únoru 2013 v krátké době naočkvaly přes 160 000 lidí. Zbylé dvě třetiny očkovaných připadají na tzv. rutinní očkování při vyšetření dítěte, při přijetí do nutričního programu nebo do nemocnice. Očkování se provádí i u dospělých. Např. zhruba 30 000 dávek protitetanové vakcíny bylo distribuováno ženám v plodném věku, často během těhotenské zdravotní péče.

Projekty *Lékařů bez hranic* zahrnují očkování do programů všeobecného zdraví dítěte. V Mali a Nigeru jsou v projektech pediatrické péče děti při očkování rovněž vyšetřeny s cílem předcházet, diagnostikovat a léčit včas nejrůznější nemoci. Prevence podvýživy, pravidelné lékařské prohlídky a včasná diagnostika malárie se týkají prakticky všech dětí od jednoho měsíce do 2 let.

## Vývoj nových vakcín

*Lékaři bez hranic* se také angažují ve vývoji nových, účinnějších a dostupnějších vakcín. V rámci své kampaně ACCESS se zasazují o vytvoření snáze aplikovatelných, levnějších vakcín přizpůsobených situacím ve znevýhodněných zemích.

© Corinne Baker/MSF



Očkování proti choleře v uprchlickém táboře Jamam v Jižním Súdánu.

© Tristan Pfund/MSF



Převoz léků pro tisíce dětí nemocných spalničkami v odlehle části D. R. Kongo.

© Phil Moore



„Nechat očkovat znamená milovat, nechat očkovat znamená chránit!“

© Phil Moore



Očkovací kampaň v D.R. Kongo. Nosiči překonávali přírodní překážky i checkpointy ozbrojenců.

Vyvíjí tlak na farmaceutické laboratoře a mezinárodní organizace, jako je např. aliance GAVI sdružující různé agentury OSN, výrobce vakcín, státy a dárcy, aby nevládní organizace získaly nejlepší možné ceny a rozšířily svou působnost na větší počet nemocných. Kampaň rovněž tlačí na aktéry lékařského výzkumu, aby vyvíjeli vakcíny, které potřebují méně dávek nebo u nichž je možné provést přeočkování orálními vakcínami, které je možné snadněji přepravovat.

Ve snaze překonat problémy spojené s potřebou uchovávat vakcíny v chladničkách provedli *Lékaři bez hranic* v Čadu studii s cílem posoudit možnosti přechovávání vakcín mimo chladový řetězec. Předběžné výsledky jsou povzbuzující.

V příliš mnoha zemích nemají miliony dětí přístup k očkování. *Lékaři bez hranic* bojují za to, aby tyto děti měly stejnou šanci na přežití jako v rozvinutých zemích, aby očkování, které je účinným opatřením veřejného zdravotnictví, bylo dostupné všem, kteří jej potřebují. ■



## Jak se dělá očkovací kampaň – rozhovor s Petrou Pbloth-Růžičkovou

**Pro Lékaře bez hranic** jsou očkovací kampaně jednou ze stěžejních aktivit. Například v uprchlických táborech, kde vysoká koncentrace lidí a neuspokojivé hygienické podmínky nahrávají rychlému šíření nemocí, je očkování proti spalničkám, které nejvíce ohrožují děti s nedostatečnou výživou, prioritou už při zakládání tábora.

Na několika očkovacích kampaních *Lékařů bez hranic* se podílela také zdravotní sestra Petra Pbloth-Růžičková. Tato dlouholetá spolupracovnice má za sebou několik misí – na Haiti, v Čadu, v Demokratické republice Kongo... Naposledy se vrátila z Jižního Súdánu, kde pracovala v týmu provádějícím očkování proti choleře.

### Proč právě očkovací kampaně patří mezi důležité aktivity Lékařů bez hranic?

Většina zemí, kde *Lékaři bez hranic* pracují, nemá úplně funkční očkovací program. Důvody mohou být různé – nedostatek vakcín nebo jejich špatné skladování, které snižuje funkčnost, nedostatek nebo špatná dostupnost zdravotních center. Často v těchto zemích chybí osvěta – lidé mnohdy důležitost očkování nechápou, matky nechají své děti očkovat jen první dávkou a na další dávky už nepřijdou. Proto se *Lékaři bez hranic* na očkování soustředí a ve většině našich nemocnic a zdravotních center očkování dětí nabízíme. Samozřejmě velmi důležitou roli hraje očkování v uprchlických táborech, kde často hrozí různé epidemie vzhledem ke koncentraci lidí na jednom místě. Velký význam má očkování

i během probíhající epidemie, kdy se snažíme očkováním co nejširší populaci zabránit dalšímu šíření nemoci, jako například u meningitidy.

### Účastnila ses několika očkovacích kampaní. Na co byly zaměřené?

Účastnila jsem se např. očkovací kampaně proti spalničkám v několika uprchlických táborech v Čadu, kde jsme očkovali všechny děti od 6 měsíců do 15 let. Toto očkování mělo dvojí význam, protože jsme při něm prováděli zároveň kontrolu dětí na podvýživu. Pokud jsme nějaké těžce či mírně podvyživené dítě objevili, zařadili jsme ho ihned do našeho výživového programu.

Pak jsem také očkovala proti spalničkám dětí při epidemii v Kongu. Tato kampaň byla logisticky mnohem náročnější, protože děti nebyly na jednom místě, nedaly se shromáždit tak snadno jako v uprchlickém táboře. Museli jsme dojet po často špatně přístupných cestách do vesnic a vesniček roztroušených po pralesi. Oblast zasažená epidemií ležela u jezera Tanganika, často jsme se museli k lidem dopravovat i po vodě, na motorce anebo jen pěšky. I zde mělo očkování dvojí význam, protože jsme zároveň hledali děti, u kterých už nemoc propukla, a ty jsme pak dopravovali k léčbě do naší nemocnice. Takhle se nám podařilo očkovat asi 200 000 dětí.

Naposledy jsem byla v Jižním Súdánu, kde jsme v uprchlických táborech očkovali proti choleře celou populaci kromě dětí do jednoho roku. Jednalo se o unikátní akci – po druhé v historii *Lékaři bez hranic* zorganizovali takhle masivní očkovací kampaň proti choleře. Ve třech táborech jsme dvěma dávkami naočkovali 70 000 lidí, celkem tedy 140 000 vakcín.

### Jak taková očkovací kampaň probíhá?

Začátku samotného očkování vždy předchází dlouhá etapa příprav, a to jak logistických, tak organizačních. Je vždy velmi důležité místní společnost na očkování připravit a vysvětlit jim jeho důležitost. Jinak by se mohlo stát, že by nikdo nepřišel anebo by lidé vůbec nevěděli, proti čemu jsou očkováni. Naše týmy místních spolupracovníků o očkování hodně a všude mluví, navštěvují lidi přímo doma a vysvětlují jim důvody očkování. Vždy také

spolupracujeme s místními autoritami, lokálními vůdci, církvemi, školami, různými spolky atd. Mezinárodní spolupracovníci jsou pak většinou na vedoucích pozicích. Školíme týmy, které potom samotné očkování provádějí. Vytvoříme týmy o různém počtu, kde

© Phil Moore



každý má svou přesně danou roli – někdo očkuje, někdo registruje, někdo vydává očkovací průkaz... Týmy buď pracují na fixních místech a lidé chodí k nim a čekají ve frontě, nebo chodíme od domu k domu či od stanu ke stanu. Strategie závisí na situaci v dané zemi, z ní se pak odvozuje vhodný přístup. Často se třeba i přístupy kombinují, jak jsme to naposledy dělali v Jižním Súdánu při očkování proti choleře.

### Setkávají se týmy při očkovacích kampaních s nějakými úskalími?

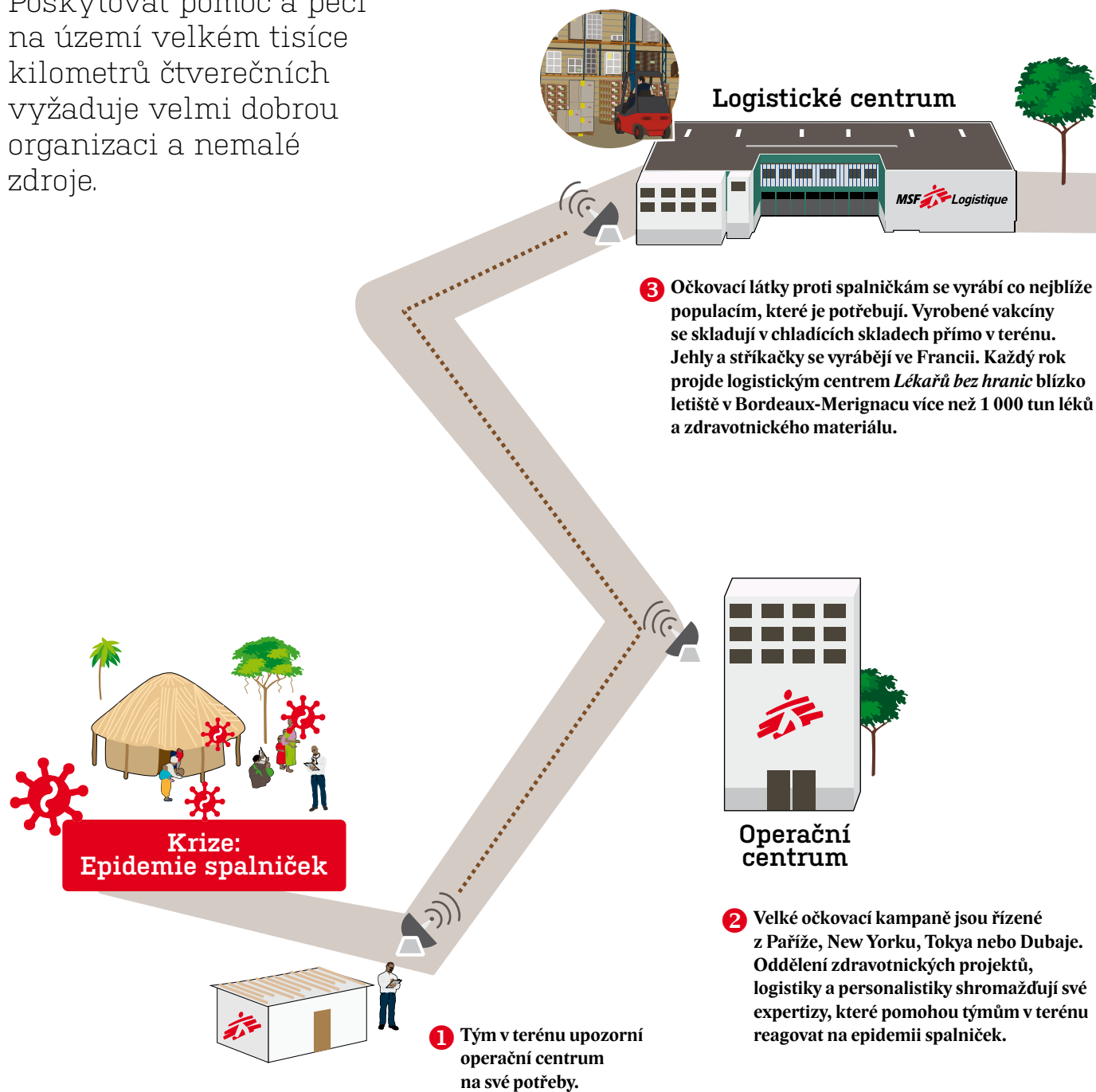
Zdravotníci vždy úzce spolupracují s logistiky, protože na nich leží největší kus práce. Musejí zajistit dopravu týmu a materiálu do často odlehklých míst. Péče o vakcíny je velmi náročná, je potřeba zachovat bezchybný chladový řetězec. To znamená, že vakcíny musejí být uchovávány při teplotě 2–8 °C od okamžiku výroby až po aplikaci. A udržet vakcíny v takovém chladu v tropickém pralesi bez pravidelných dodávek elektriny a při rozvážení na motorcích není vůbec maličkost. ■

© Rafa Carrascosa/MSF

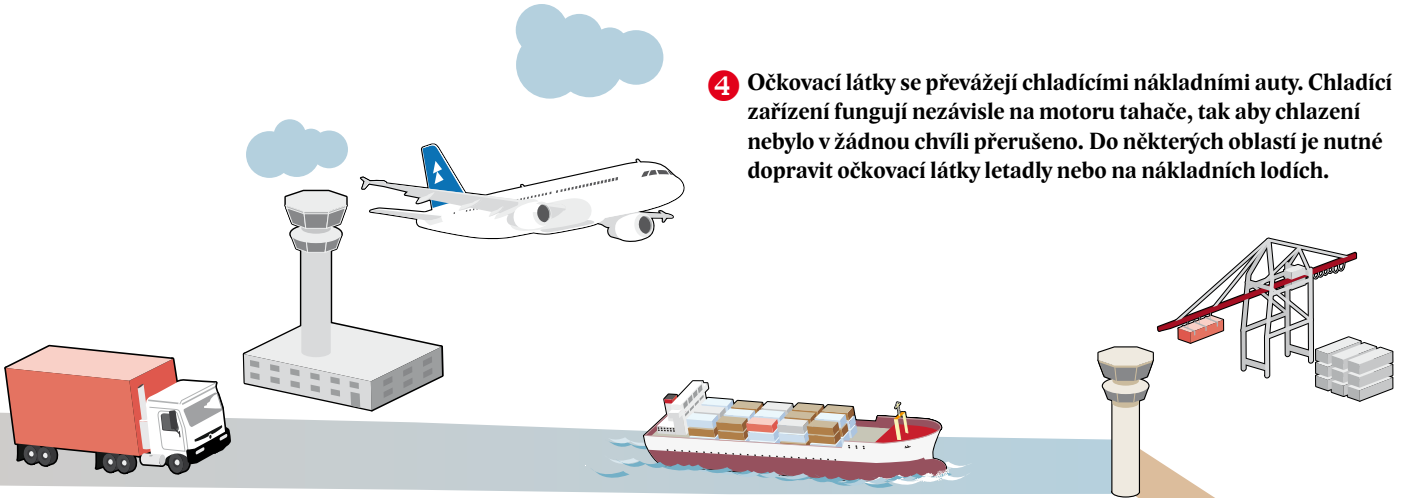


# Logistika očkovací kampaně

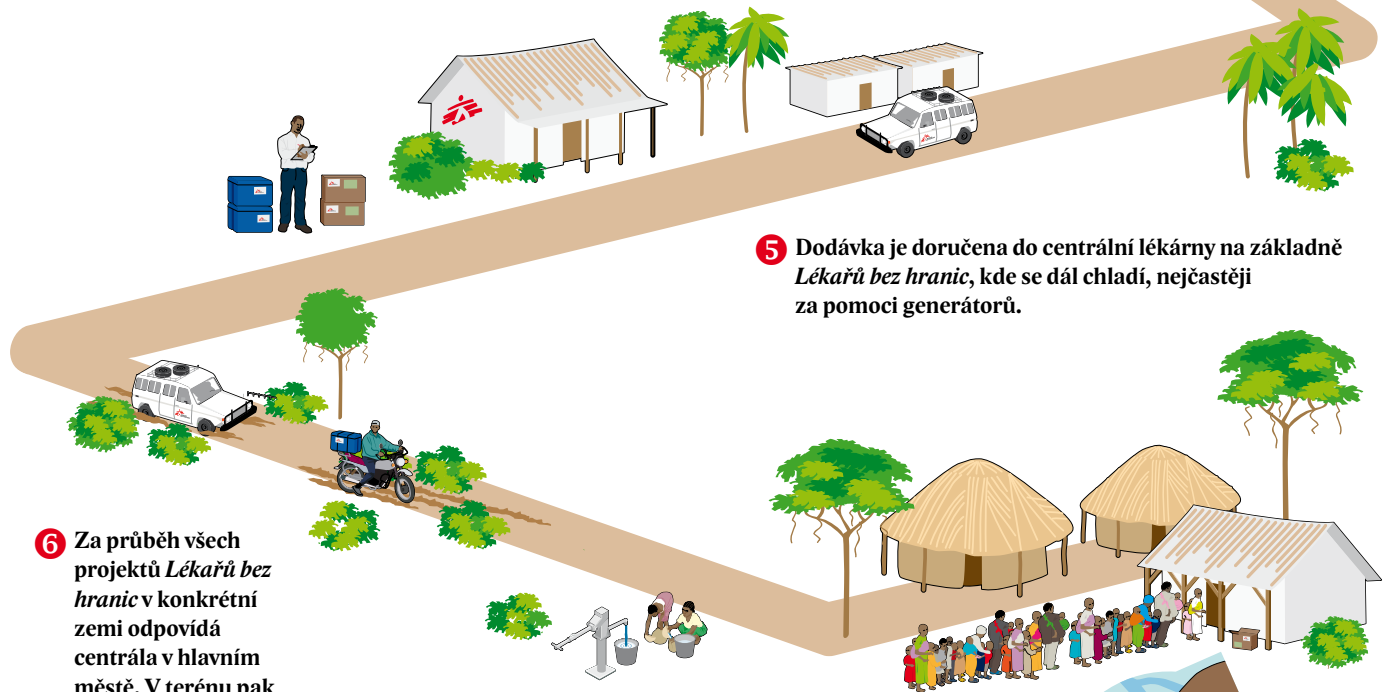
Poskytovat pomoc a péči na území velkém tisíce kilometrů čtverečních vyžaduje velmi dobrou organizaci a nemalé zdroje.



- 4** Očkovací látky se převážejí chladicími nákladními auty. Chladicí zařízení fungují nezávisle na motoru tahače, tak aby chlazení nebylo v žádnou chvíli přerušeno. Do některých oblastí je nutné dopravit očkovací látky letadly nebo na nákladních lodích.



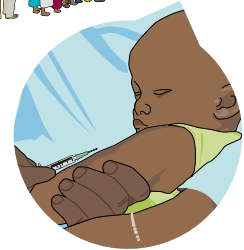
- 5** Dodávka je doručena do centrální lékárny na základně *Lékařů bez hranic*, kde se dál chladí, nejčastěji za pomoci generátorů.



- 6** Za průběh všech projektů *Lékařů bez hranic* v konkrétní zemi odpovídá centrála v hlavním městě. V terénu pak průběh očkovacích kampaní zajišťují jednotlivé týmy ve spolupráci s místními úřady.

- 7** Ze skladů do vzdálených zdravotnických center nebo přímo na místa, kde proběhne očkování, se očkovací látky převážejí terénními automobily v chladicích boxech. Do špatně přístupných oblastí, kde jsou cesty auty nesjízdné, je dopravují spolupracovníci na motorkách.

- 8** Vakcíny proti spalničkám dorazily k pacientům, děti se svými matkami čekají na samotné očkování.



# Uprchlický tábor nejsou jen umírající děti, říká dětská lékařka Marianna Durilová

Na první pohled působí jako křehká žena, ve které by málokdo odhadoval, že se jedná o dětskou doktorku jezdící s Lékaři bez hranic do krizových zemí v Africe. Aby si splnila svůj sen, musela přesvědčit i svého manžela anesteziologa. Nakonec se k Lékařům bez hranic dali oba dva. Rozhovor vznikl krátce po jejím návratu z Etiopie.

## Před nedávnem jste se vrátila z mise v Etiopii. Můžete o této misi prozradit více?

Uprchlický tábor Leitchuor je v Etiopii při hranicích s Jižním Súdánem a vznikl v lednu 2014, poté co v prosinci 2013 propukla v Jižním Súdánu etnická válka. Uprchlíci jsou převážně z kmene Nuer, původně pastevcí a farmáři. Většinou se jedná o matky s dětmi, muži často zůstali v boji. V současnosti je v Etiopii registrováno více než 190 000 uprchlíků, v našem táboře jich v době, kdy jsem tam byla já, žilo téměř 48 000.

## Jaká je úloha Lékařů bez hranic v tomto táboře?

Lékaři bez hranic v uprchlickém táboře Leitchuor poskytují základní zdravotní péči, máme tam pohotovostní ambulanci a lůžkové oddělení se 107 lůžky, kde je interna pro děti a dospělé, porodnice a terapeutické centrum pro podvyživené děti. Také tam máme mobilní kliniku a provádíme očkování. Bohužel tábor je v záplavové oblasti, a tak v období dešťů lidé žijí ve velké louži vody a ve velmi špatných hygienických podmínkách, kde se snadno šíří nemoci – kromě jiných jsme se potýkali třeba s epidemií hepatitidy E.

## Jak se vlastně mladá lékařka z Prahy dostala k Lékařům bez hranic?

Vždycky jsem měla humanitární sklony. Když jsem studovala medicínu, tak přesně to byla má představa doktora – pomáhat v rozvojových zemích. A tady v Motole jsem potkala doktora Trachtu a přes něho jsem se dostala k Lékařům bez hranic. U nás v rodině nebyl nikdo, kdo by něco takového dělal, pro mé rodi-

če to určitě nebylo úplně jednoduché. Asi jsem jim způsobila nemalé trápení a starosti.

## K Lékařům jste nešla sama. Nastoupila jste spolu se svým manželem anesteziologem. Koho to napadlo jako prvního?

On to byl můj nápad. (smích) Jeho první reakce byla – tak na to zapomeň. Trvalo to asi rok, než to v sobě zpracoval, a pak sám přišel s tím, že se teda přihlásíme. Řekli nám ale, že na tu první misi spolu jít nemůžeme. Navíc máme každý jinou specializaci. Já jsem pediatr, manžel je anesteziolog. U první mise jsme

to akceptovali. A u druhé nebyl čas, musela jsem se rozhodnout hned, nebyl čas vyčkávat, jestli přijde nějaká mise, kde by se to dalo spojit. Možná kdyby se čekalo půl roku, tak by se něco společného našlo. Ale čekat se mi nechtělo. Každopádně doufám, že nám to jednou vyjde a spolu vyjedeme. (úsměv)

## Vraťme se na začátek vaší první mise v Jižním Súdánu. Jak rozdílná je realita oproti očekáváním, která zákonitě musíte mít?

Když si to člověk představuje, je to vždy pěkné. Nepředstavujete si hned, že je to těžké. Chtěla jsem to ale zkusit. Je to jiné, než když o tom čtete v časopise, je to realita natvrdo. Už třeba to, že tady v Praze se tolik nesetkáte se smrtí. Když mi v Motole zemřel pacient, bylo to dítě, jehož stav byl velmi vážný a nešlo zachránit. V Africe se setkáte s tím, že tam umírají lidé na nemoci, které by tady přežili. Někteří přišli pozdě, některým se však nedalo pomoci, i kdyby přišli včas. Kdyby byli v Evropě, máme možnost je zachránit.

## Jaké byly vaše začátky? První okamžiky v Africe...

Ty vzpomínky jsou hodně intenzivní. Pamatuji si každý detail lidí, které jsem potkala, jak to tam vypadalo. Neobávala jsem se ani tak toho, jak zvládnou žít v takových podmínkách se suchou latrínou, ale jestli budu fungovat a jestli budu užitečná. To mě trápilo. Ale na obou misích jsem měla velké štěstí na lidi, kteří se mnou pracovali. Měla jsem velmi dobrou podporu od dalších lékařů nebo zdravotních sester a to mi pomohlo v tom prostředí přežít a fungovat.

**Dětská lékařka Marianna Durilová (33) je součástí týmu Lékařů bez hranic od roku 2011. Na svou první misi odjela v roce 2012, strávila tehdy 6 měsíců v dětské nemocnici v Aweilu v Jižním Súdánu. Cílem její druhé mise byl uprchlický tábor Leitchuor v Etiopii, kde v létě 2014 měla na starosti pediatrické oddělení nemocnice.**





### Co bylo nejtěžší?

Ta bezmocnost, kterou tam máte. Musíte přeorientovat své myšlení a způsob léčení. Tady máte za sebou různé specialisty a vyšetření, na která si jen vzpomenete. V Jižním Súdánu i v Etiopii, kde jsem působila, máte minimální možnosti a musíte se více spolehnout na svůj úsudek.

### O Lékařích bez hranic se říká, že patří mezi nejrespektovanější organizace se skvělým zázemím a dobře propracovaným systémem. Jaká byla vaše zkušenost?

Lékaři bez hranic mají velmi dobře propracovanou logistiku a ten systém funguje. Vidíte rozdíl oproti jiným nemocnicím. Na mé první misi to bylo tak, že část nemocnice spravovalo tamní ministerstvo zdravotnictví a část *Lékaři bez hranic*. A ta naše část i přes nedostatky fungovala. Lidé se snažili, měli jsme léky, základní prostředky. V té druhé části byly např. v sezóně malárie výpadky antimalarik. Pro mě jsou *Lékaři bez hranic* výbornou organizací.

© François Servranckx/MSF



*Uprchlíky tábor Leitchuor hostící téměř 50 000 uprchlíků z Jižního Súdánu.*

### Taková zkušenost asi musí člověka hodně ovlivnit.

Určitě. Možná neřeknete detaily, nestěžujete si tolik. Protože si uvědomíte, že to je nic proti tomu, co zažívají jiní lidé. Snažíte se neplýtvat jídlem. A v medicíně jsem se naučila uvažovat praktičtěji, rychleji, nezabývat se zbytečnými, které k ničemu nevedou. Když jsem na pohotovosti a vím, že pacientovi se zánětem dutin dám antibiotika, tak ho nebudu ještě posílat na rentgen dutin, protože stejné léky dostane a to další vyšetření by bylo zbytečné.

### Byl tam nějaký pacient, který vás hodně zasáhl? A je na misi vůbec čas se s těmi lidmi poznat blíže?

Když jsem pracovala v uprchlickém táboře, tak nemocnice byla jeho součástí. Takže jsme byli prakticky neustále tam. V práci jste od rána do večera, v noci vás budí, že něco potřebují. Na pacienty samozřejmě myslíte a tím, že jste tam, máte i možnost se na toho pacienta jít kdykoliv podívat. Máte možnost poznat jejich rodinu, ptáte se na to, v čem žijí, snažíte se jim pomoci, i když víte, že to špatně dopadne. A i když to víte, tak se vás to pak dotkne. V hlavě mám několik takových případů.

### Když už se přeci jen naskytne nějaké to volno, jak se dá v takovém uprchlickém táboře relaxovat a nabrat nové síly? Běžný Čech zná uprchlický tábor jen z televize ze zpráv.

Můžete poslouchat hudbu, číst si, dívat se na filmy. Někteří běhali okolo tábora. Mě třeba pomáhalo to, že jsem o věcech, které jsem prožívala, mohla s někým mluvit. Nedržet to v sobě. Snažila jsem se i sportovat, hrát volejbal. A jak to tam vypadá? Jako v těch zprávách. Je tam i ta špína, i ty hladové umírající děti. Navíc to bylo v záplavové zóně, a když zapršelo, tak jsme se všichni brodili v bahně, bylo to hrozné. Ale je tam i ta druhá strana. I tam lidé zažívají radost.

### Asi hodně složitý je paradoxně i návrat do „klidného“ Česka, kde často řešíte maličkosti. Třeba já byl dnes rozmrzelý z toho, že už dva dny prší a je zima.

První návrat byl hodně šokový. Na misi jsem byla šest měsíců. A je to tak, jak říkáte. Máte pocit, že tu skutečně řešíme blbosti. Ale nemůžete to dokola omílat, pro ostatní je to fráze. Někdo to ani nechce slyšet. Osobně je to ale velký zlom. Na misi jste třeba jeden z mála bělochů, všichni vás znají, spoléhají na vás. Tady jsem součástí davu, lidé se tu ani nezdraví. Když jsem se vrátila domů a šla do Teska, tak jsem najednou viděla ty přeplněné regály všim možným, co ani není potřeba. Musíte se naučit žít tady a žít tam a oddělovat to. Nemůžu myslet na to, proč si tady teď dávám s vámi dobré kafe, když tam žijí lidé v otřesných podmínkách. Nejde to.

© Adriane Ohanesian



*Pětiměsíční Maten se na klinice Lékařů bez hranic léčil se zápallem plic a podvýživou.*

### Ještě bych se na chvilku zastavil u místních pacientů. Pracujete hodně s dětmi. Jsou ty jihosúdánské ve srovnání s českými hodně jiné? Bývají třeba v tamních podmínkách rozmazlené děti?

I tam se najdou rozmazlené děti, to je stejné. Jiné je to, že třeba matka, když nemá dostatek jídla pro všechny, tak dá dítě do výživového centra, dostane jídlo a ona to pak rozdělí všem svým dětem. Ale jinak je to dost podobné. Děti jsou nešťastné, když jsou nemocné, když se uzdraví, jsou veselí. Ať jsou v Evropě či v Africe. V něčem je to tam jednodušší, protože život není tolik komplikovaný. Lidé se tam umí lépe adaptovat. Když jsem na druhé misi v uprchlickém táboře večer seděla, tak jsem pozorovala, jak se i v těch hrozných podmínkách umí lidé bavit. Všude bylo bláto, špína, chudoba, přesto bylo z dálky slyšet zpěv a dětský smích.

© Adriane Ohanesian



*Ambulance Lékařů bez hranic. Pacienti čekají, než přijdou na řadu.*

### Co bude dál? Vyjde konečně ta společná mise s manželem?

Doufám. (smích). Teď si dám nějakou dobu pauzu a pak uvidíme. Jsou lidé, kteří jezdí z mise na misi. U mě to tak není. Ale jezdit s *Lékaři bez hranic* třeba na kratší mise si umím představit.

*Rozhovor vedl Roman Konečný, novinář*

# Boj s virem HIV v Zimbabwe: Komunitní léčba v Tsholotshu



© Pedro Ballsteros/MSF

Decentralizační tým Lékařů bez hranic v okrese Tsholotsho, Zimbabwe

Šest sousedů ze stejné vesnice, všichni HIV pozitivní a stabilní pacienti, kteří podstupují antiretrovirovou terapii (ART) – léčbu, která dokáže udržet virus pod kontrolou a umožní nakaženým vést plnohodnotný život – se střídají ve vyzvedávání svých léků. Každý měsíc jde jeden z nich do nemocnice, kde pro celou skupinu vyzvedne léky. To je podstatou projektu skupin komunitní léčby, jednoduchého a levného postupu přínosného jak pro členy skupiny, tak pro zdravotnická zařízení. Projekt *Lékaři bez hranic* odstartovali v roce 2013 v okrese Tsholotsho v Zimbabwe.

Jednačtyřicetiletá Sehlelo Ndlovu je členkou skupiny Lindani. Antiretrovirotika začala brát v roce 2009 po smrti svého manžela. „Myslím, že můj zdravotní stav se zhoršil hlavně kvůli stresu po smrti mého manžela – živil celou rodinu.“

Díky skupině komunitní léčby se Sehlelo s nemocí nyní vypořádává lépe. „Každý z naší skupiny hraje určitou roli, sledujeme se navzájem, jak bereme léky, každý měsíc počítáme pilulky všech členů a zapisujeme si, o čem ve skupině diskutujeme. To, co bylo předtím velmi obtížné, je nyní díky naší skupině velmi snadné,“ vysvětluje Sehlelo.

Cílem skupin komunitní léčby HIV/AIDS je zlepšit stálost léčby pacientů tím, že umožňují snížit počet návštěv zdravotnického střediska nebo nemocnice kvůli vyzvedávání léků. Právě

zabránit tomu, aby pacienti brali léky nepravidelně či svou léčbu zcela přerušili, je jedna z největších výzev, kterým země nejvíce zasažené pandemií HIV/AIDS čelí. Nedávná studie léčebných programů v subsaharské Africe došla k závěru, že v průměru každý třetí pacient přerušil svou léčbu v prvních dvou letech antiretrovirové terapie.

Za přerušením nebo zastavením antiretrovirové léčby může být mnoho důvodů. Podle týmu *Lékařů bez hranic* v Tsholotshu jsou nejčastějšími důvody přerušování léčby nedostatek prostředků na cestu do zdravotnického střediska a neslučitelnost cestování s pracovními

nebo rodinnými závazky. I když se pacienti do zdravotnického střediska dostanou, čekají dlouho ve frontě a někdy čelí nedostatku podpory nebo dokonce diskriminaci.

„Tato iniciativa byla navržena spolu s pacienty jako reakce na překážky v léčbě, které sami pacienti pocítují. To je důvod, proč je to dobrá alternativa pro poskytování antiretrovirové terapie stabilním pacientům,“ vysvětluje Susana Villén, zdravotnická koordinátorka *Lékařů bez hranic* v Zimbabwe. Těhotné ženy, děti a pacienti s tuberkulózou nebo jinými oportunními nemocemi nemohou být členy skupin, protože potřebují bedlivější lékařský dohled.

V roce 2013 se skupiny pro pacienty s antiretrovirovou léčbou začaly vytvářet ve třech zdravotnických centrech v Tsholotshu: Nkunzi, Sipepa a Pumula. Tyto lokality byly vybrány, protože sem kvůli antiretrovirové léčbě dojíždí zdaleka mnoho pacientů a protože tu neexistuje veřejná doprava. Celkem 720 lidí tak vytvořilo 121 skupin. *Lékaři bez hranic* převzali odpovědnost za jejich proškolení a za jejich koordinaci se zdravotnickými středisky.

„Aby skupiny komunitní léčby fungovaly správně, je nezbytné, aby s nimi spolupracoval i personál zdravotnických center,“ pokračuje Susana Villén. „Je důležité správně vysvětlit, jak tyto skupiny fungují. Pro zdravotnická střediska představují jistou výhodu. Místo toho, aby se věnovala šesti lidem, postarají se o jednoho. Snažíme se, aby člověk, který je zodpovědný za výdej léků, měl tyto léky připravené předem. To znamená, že konzultace jsou kratší a přetíženému zdravotnickému středisku se odlehčí.“

## Jak fungují skupiny komunitní léčby

Každý měsíc se před návštěvou kliniky celá skupina schází ve své komunitě. Zástupce skupiny předsedá schůzce a kvůli kontrole dodržování léčby spočítá léky každého člena. Jakýkoliv nový symptom, problém nebo přerušování léčby je prodiskutováno a zdokumentováno. Zástupce skupiny, který ji zastupuje na kontrole v nemocnici, se mění každý měsíc na základě několika kritérií. Stává se jím ten, kdo potřebuje navštívit zdravotnické zařízení, protože se necítí dobře, potřebuje provést CD4 test nebo musí být zvaženo. Když nikdo nesplňuje tyto požadavky, zástupce se zvolí podle předem stanoveného kalendáře. Všichni ze skupiny předají své karty zástupci, který jde poslat na kliniku. Tam nejprve podstoupí konzultaci sám za sebe a pak má schůzku se zdravotníkem, který předepisuje antiretrovirovou léčbu a profylaktické léky pro celou skupinu. Karty pacientů jsou aktualizovány a léky se zabalí do jednotlivých balíčků se jmény, aby se zabránilo chybám při jejich rozdělování. Zástupce se vrátí do své komunity a každému členovi skupiny vydá léky, vrátí kartu, a když je to nutné, oznámí mu, že musí do zdravotnického střediska na kontrolu.



I přes velký pokrok v minulých letech je procento populace s HIV/AIDS v Zimbabwe jedno z nejvyšších na světě – virem je nakaženo 1,3 milionu lidí, tedy 15% populace. Podle ministerstva zdravotnictví bylo v roce 2012 léčeno 72% dospělých a 43% dětí z těch, kteří antiretrovirovou léčbu potřebovali.

© Pedro Ballesteros/MSF



Okresní nemocnice v Tsholotshu, Zimbabwe

„Aby zdravotnický systém v zemích jako Zimbabwe dobře fungoval a byl dlouhodobě udržitelný, potřebujeme takové modely léčby, které oddělují management pacientů, kteří potřebují péči zdravotnických profesionálů, od pacientů, kteří si pouze vyzvedávají léky, což může zprostředkovat i nezdravotník,“ vysvětluje Luis Encinas, operační manažer

*Lékařů bez hranic* zodpovědný za projekt v Zimbabwe. „Ve druhém případě mají pacienti mnohem aktivnější a informovanější roli, co se týče fyzických, sociálních a psychosociálních aspektů jejich zdraví.“

© Susana Ohoro/MSF



Podpůrné skupiny v okrese Tsholotsho

Clorence Masango (48 let) je ženatý a má sedm dětí, z nichž všechny jsou HIV-negativní. „Bydlím 18 km od Pumuly, ale ta vzdálenost se pro mě zmenšila, když jsem se přidal do skupiny v Damulocingu,“ dodává. „Skupina mi velmi pomohla. Už neztrácím celý den v nemocnici. Členové skupiny jsou snadno identifikováni a na kontrolu jim stačí méně

než dvě hodiny. Je to velké zlepšení. Dříve jsem v nemocnici trávil přes šest hodin. Díky skupině mám více času pracovat pro svou rodinu. Teď se cítím uvolněnější a žiji pozitivně. Myslím si, že tohle je štěstí, které potřebuji, abych šel dál. Našel jsem nový smysl života... pomáhat ostatním je skvělé.“

© MSF



Sehlelo Ndlovu (41 let), členka skupiny Lindani

Od konce minulého roku *Lékaři bez hranic* postupně předávají své aktivity v Tsholotshu ministerstvu zdravotnictví. V rámci tohoto procesu skupiny od začátku roku začaly fungovat bez organizační podpory *Lékařů bez hranic*. „Tato iniciativa je trvale udržitelná. Lidé zakládají nové skupiny, protože si uvědomují jejich výhody,“ dodává Susana Villén. ■

## Zprávy z terénu

### Ebola v západní Africe

Epidemie eboly na západě Afriky stále pokračuje. Až dosud postihla více než 15 000 lidí a vyžádala si přes 5 400 obětí. *Lékaři bez hranic* na tuto epidemii reagují od samého začátku a patří k největším aktérům v boji proti nemoci. V Sierra Leone, Libérii a Guineji v současnosti provozují šest léčebných center s celkovou kapacitou 600 lůžek, kde poskytují zdravotní péči nakaženým osobám. Provozují také dvě tranzitní centra pro převoz pacientů s podezřením na nákazu. V postižených zemích mají momentálně kolem 270 mezinárodních

ních a přes 3 100 místních spolupracovníků, kteří pečují o nemocné, vyhledávají nakažené a provádějí osvětu. Do svých léčebných center přijali *Lékaři bez hranic* až do současnosti více než 6 000 pacientů s podezřením na ebolu, z nichž nemoc byla potvrzena v 3 800 případech. Z nich se až dosud úspěšně vyléčilo přes 1 600 pacientů. *Lékaři bez hranic* do postižených zemí dopravili také přes 1 200 tun materiálu. Celkové náklady zásahu *Lékařů bez hranic* v tomto a příštím roce se předpokládají ve výši 113 milionů eur. Od svých soukromých dárců získali *Lékaři bez hranic* až dosud 52 milionů eur.

### Distribuce dezinfekčních sad v Monrovi

Kromě poskytování zdravotní péče týmy *Lékařů bez hranic* v Monrovi uspořádaly distribuci sad pro dezinfekci domácností a ochranu rodinných příslušníků nakažených. Sady obsahující chlór, mýdlo a ochranné pomůcky umožňují lidem chránit se v případě, nakazí-li se jejich příbuzný a nemůže se dostat do zdravotnického zařízení. Od září jich *Lékaři bez hranic* rozdali více než 50 000 a mezi cílovou

populaci, která čítá 245 000 osob, jich plánují rozdat dalších 20 000. Při distribuci sad se *Lékaři bez hranic* zaměřují na rodiny v hustě osídlených částech města, jako je Westpoint nebo New Cru Town, a také na zdravotnické pracovníky, kteří pečují o ostatní v oblasti, kde žijí.

### Testování nových léků na ebolu

Protože stále chybí speciální léky proti ebole, *Lékaři bez hranic* v prosinci ve třech centrech na léčbu eboly v západní Africe zahájí klinické studie, jejichž cílem je ověřit účinnost několika slibných léků, tak aby ten nejnadějnější z nich bylo možné nasadit ještě během současné epidemie. Do klinických testů byly zařazeny léky brincidofovir, favipiravir a také léčba plazmou a krví uzdraveného člověka. *Lékaři bez hranic* na testování spolupracují se Světovou zdravotnickou organizací (WHO) a dalšími institucemi. *Lékaři bez hranic* rovněž vyzvali firmy a instituce, které testované léky vyvinuly, aby již zahájily jejich výrobu a léky tak byly k dispozici v dostatečném množství co nejdříve od ukončení testů. ■

© Jones Theresa/MSF



Centrum na léčbu eboly ELWA 3, Libérie





# Zkuste se bez toho jednou obejít!

---

Pouhých **300 Kč měsíčně**  
může zachránit životy!

Přinášejte základní zdravotnickou pomoc s námi  
a staňte se pravidelným dárce<sup>m</sup> Lékařů bez hranic.

[www.lekari-bez-hranic.cz/pravidelne](http://www.lekari-bez-hranic.cz/pravidelne)

Večeře  
**300,- Kč**