



Nemocniční listy

ČÍSLO 2 – ČERVEN 2006 – ROČNÍK VII.



- ▶ Kašmír ... to je v Pakistánu
- ▶ Zamyšlení ke dni ošetrovatelství
- ▶ DebRA ČR slaví druhé narozeniny



Pomáháme léčit

Smyslem naší práce je poskytovat zákazníkům výrobky a služby, které pomáhají léčit, umožňují prevenci a péči o jejich zdraví. Námi poskytovaná řešení jsou vysoce účinná a hospodárná v profesionální zdravotní péči i při osobním využití.

Usilujeme o spokojenost zákazníků. Naše výrobky a služby jsou založeny na hlubokém porozumění zákaznickým potřebám a na naší medikální způsobilosti v oblasti ošetřování a léčebných postupů.

Tvoříme motivované pracovní týmy, charakterizované osobní spokojeností a rozvojem potenciálu všech našich spolupracovníků.

To vše děláme v zájmu stálého růstu zisku a hodnoty společnosti. Dlouhodobá prosperita nám umožní naplnit naši vizi a poslání, které představují základ pro růst, zaměstnanost a nové investice.

Každodenní prací usilujeme o to, abychom zůstali silnou a stabilní firmou, která pomáhá léčit.

HARTMANN-RICO a.s., Masarykovo nám. 77, 664 71 Veverská Bítýška, www.hartmann.cz

Specialista na hojení ran, jednorázové operační krytí, inkontinenci



HARTMANN pomáhá léčit

VÁŽENÍ A MILÍ ČTENÁŘI,

právě jste otevřeli již druhé číslo Nemocničních listů v novém kabátě. Doufám, že změna nebyla k horšímu a že i v nové podobě jste se dobře zorientovali.

Jednou z provedených změn byla i volba jednoho ústředního tématu pro každé číslo. Tentokrát jsme zvolili problematiku ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických pracovníků obecně. Zástupci této nejpočetnější skupiny zaměstnanců zdravotnických zařízení seznamují ve svých příspěvcích nejširší veřejnost se svou prací, s její historií i budoucností. Úkolem článků je pak nastínit širší celé problematiky a přiblížit stále vzrůstající požadavky, jež jsou na tyto pracovníky kladeny.

Mimoto nelze ani opominout velmi poutavý příspěvek s názvem „Kašmír ... to je v Pakistánu“, ani článek k druhým narozeninám občanského sdružení DebRA ČR a další.

K četbě všech článků vám přeji pohodu a mysl otevřenou novým informacím.

Mgr. et Bc. Anna Nesvadbová

Časopis je registrován na Ministerstvu kultury ČR pod číslem MK ČR E 12096

Redakční rada:

Mgr. et Bc. Anna Nesvadbová, MUDr. Jan Burian, Bc. Zuzana Velebová, Mgr. Jana Marounková, Mgr. Marie Dudíková, Ing. Petr Woletz, Bc. Miloslava Kameníková, Jelena Džúrová

Adresa redakce:

FN Brno, Jihlavská 20, 625 00
tel.: +420 532 232 193
e-mail: anesvadbova@fnbrno.cz
internet: www.fnbrno.cz

Fotografie:

Josef Adamíček, Anna Nesvadbová

Grafická úprava a tisk:

IKARIA CZ, a.s., Lidická 51
602 00 Brno
tel.: +420 531 010 910
email: grafik@ikaria.cz

Editorial Mgr. et Bc. Anna Nesvadbová	3
Anglický syllabus obsahu	4
FN BRno uprostřed roku 2006 MUDr. Jan Burian	5
Kašmír ... to je v Pakistánu Jerry	6
Vzpomínka na metodu CNP Prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc., Gabriela Nippertová	8
Péče o rizikového novorozence s ortopedickou problematikou Lucie Huťová, Kateřina Swierková	9
České časopisy roku 2006	11
Zamyšlení ke dni ošetrovatelství Bc. Erna Mičudová	12
Dětská sestra a ošetrovatelství Mgr. Jana Marounková	14
Mezinárodní den porodních asistentek Bc. Miloslava Kameníková	15
Laborantky a laboratoře na ÚPa prof. MUDr. Karel Dvořák, CSc.	17
DebRA ČR slaví druhé narozeniny Bc. Magda Hrudková	20
Informační systém archivu zdravotní dokumentace FN Brno Ing. Miroslav Bayer	22
Zahraniční časopisy roku 2006	23
Rozhovor s generálním ředitelem Hartmann-Rico	24
Váha a oběh jevů nevažitelných Mgr. Milan Klapetek	26

Distribuce:

Všechna pracoviště FN Brno, Krajský úřad Jihomoravského kraje, obě komory Parlamentu ČR, sdělovací prostředky, firmy, které s FN spolupracují.

Náklad: 1 500 výtisků

Četnost: 4x ročně

Tento výtisk je neprodejný

Content

Some months only have gone and another natural catastrophe affected a part of world. This time, it was a hefty earthquake in Kashmir, an uneasy accessible area of Pakistan. Also here, Jerry, the Czech nurse, was present to fulfil her mission, as she did many times before. Her experience and skill were described in an article, titled „Kashmir ... it's in Pakistan“.

Medicine, supported by many other disciplines, has made a significant progress during the twentieth century. One of methods, being a link of that chain, explains Zdeněk Doležel, M.D., PhD, head of the 2nd Child Clinic, University Hospital Brno.

Four papers of this Hospital Magazine are dedicated to International Nursing Day, celebrated every 12th day of May. Problems of non-medical health service staff are approached generally as well as from the viewpoint encompassing concrete specializations, such as midwives or laboratory technicians working in the Institute of Pathology.

On the 15th day of last May, DebRA, a Citizens' Association, celebrated second anniversary of its existence. The association closely collaborated with Clinical EB Centre at Dermatology Department of the 1st Children Internal Clinic, UH Brno. Two specialists, a social worker and a psychologist, completing the interdisciplinary team, were employees of DebRA Citizens' Association.

Quality Management System, UH Brno introduced 1999, is connected not only with necessity to render qualified services but also with inevitability to possibly ensure the highest effectiveness of managing processes. Applied to a health care institution, this means nothing else than, to achieve improved results of patients treatment by thoroughly thought-out system of health care providing. Miroslav Bayer, MSc, representing Bach systems, s.r.o. Olomouc company, reports about measures, Ústavní spisová služba (Institute Record Service Department) of UH Brno has taken in order to realize this credo.

Lubomír Páleník, MSc, Director General of Hartmann-Rico Company explains how to become a successful manager able to build-up a prosperous company. HARTMANN-RICO a.s. belongs to the circle of most significant manufacturers and distributors of medical and hygienic products throughout the Czech Republic. This company, founded 1991, is a member of HARTMANN international group having its headquarter in Heidenheim, Germany.

As usually, this issue contains a closing paper by Milan Klapetek, M.A., this time dealing with a theme of things, deeds and emotions, which cannot be measured, whatever good a gauge may be.

Fakultní nemocnice Brno uprostřed roku 2006



Bliží se polovina roku 2006 a řada otázek spojených s chodem naší nemocnice, péčí o naše nemocné, je zodpovězena pouze zčásti. Diskuse, které probíhaly v posledních týdnech, se vyznačovaly výraznou polarizací názorů na organizaci a provoz fakultních nemocnic. Byl přijat zákon o neziskových nemocnicích jako možné řešení dlouhodobých problémů českého zdravotnictví. Na druhé straně pak byla společnosti předložena představa zásadní reformy celého systému českého zdravotnictví. Obě řešení tak, jak už to bývá, měla a mají svoje příznivce, ale také výrazné kritiky. Zákon byl přijat, jeho účinnost vstoupila v platnost a pokud nebude zákon zrušen, za šest měsíců zanikne příspěvková organizace Fakultní nemocnice Brno a bude nahrazena nemocnicí neziskovou.

Další vývoj je odvislý od toho, jaká bude politická vůle, a zda nová politická reprezentace bude realizovat, a v jaké podobě a čase, svoji představu strukturální reformy českého zdravotnictví, ale i instituce s názvem Fakultní nemocnice. Mohlo by se zdát, že vnitřně rozporný proces změn v českém zdravotnictví může znamenat strategické překvapení pro Fakultní nemocnici Brno. Není tomu tak. Naše schopnost variantního myšlení, schopnost reagovat na měnící se podmínky v oblasti společensko-politické, má své analogie v bouřlivě se měnících názorech na vznik nemoci, kvalitu a rychlost diagnostického procesu, způsobu léčby, rehabilitace a následné péče. Jsme prostě učiteli se organizace, jejímž nejvyšším kapitálem jsou vzdělanost a znalosti lidí ve fakultní nemocnici pracujících.

Uvědomujeme si, že na prahu 21. století jsou vědění a znalosti pro jedince i týmy novým bitevním polem. Na tomto poli se mnohdy uplatňují zastaralé zbraně, politický lobbying, intriky, kšeftování s dotacemi, látání ekonomických děr z veřejných zdrojů. Zdůvodnění těchto přístupů není založeno na inovaci řídicích metod. Proto můžeme slyšet, že vlastně ten, kdo krade a podvádí, je na tom lépe než ten, kdo se učí, přemýšlí a pracuje. Za práci a odpovědnost je pak po zásluze potrestán. Některé velké zdravotnické instituce mají s tím zkušenost v posledních 16ti letech. Není bez zajímavosti, že to, co kritizujeme ve zdravotnictví, má širší souvislosti v celé společnosti České republiky. V každoročně prováděném srovnávacím výzkumu s cílem zjistit úroveň konkurenceschopnosti členských zemí OECD a jejich porovnání s dalšími zeměmi, bylo začleněno asi 60 zemí.

V roce 2004 bylo nejvíce konkurenceschopnou zemí Finsko před Irskem a USA. O objektivitě prováděného výzkumu svědčí mimo jiné i skutečnost, že na prvních místech žebříčku nejsou světové hospodářské velmoci, ale malé země. Česká republika se umístila celkově na 31. místě, tedy někde ve středu tabulky (je zajímavé, že i hodnocení WHO řadí do třetí desítky zemí české zdravotnictví). Úspěch Finska je pozoruhodný s přihlédnutím ke skutečnosti, že jeho pozice byla v roce 1990 srovnatelná s pozicí České republiky. Z výzkumu vyplynulo, že Česká republika má vážné slabiny v úrovni státní správy, financí a managementu. Pro manažery v českých organizacích, fakultní nemocnice nevyjímaje, není současný konkurenční

profil České republiky dobrou vizitkou. Mnozí se pokládají za schopné a vysoce způsobilé. Mnozí představitelé českých nemocnic a lékařských fakult bohužel postrádají odborné způsobilosti, potřebné pro zabezpečení realizace moderního pojetí inovačních aktivit.

Mnohé české státní zdravotnické instituce úspěšně vzdorují jakékoliv organizační změně a připomínají spíše mauzolea, než moderní podniky. Přechod současných nemocnic do dynamicky proměnného prostředí a globální ekonomiky nás nutí k tvorbě nových koncepcí, odvážných strategií, máme-li i nadále plnit své základní poslání – pomáhat nemocným, zdokonalovat umění diagnostiky, léčby, ošetrovatelského procesu, zvyšovat znalostní potenciál nemocnice. Rozhodujícím momentem pro efektivní využití znalostí v zájmu podpory rozvoje inovačního podnikání organizace je zabezpečení účelné rovnováhy mezi využíváním existujících znalostí a tvorbou znalostí nových. Vedení nemocnice by mělo vést pracovníky k tomu, aby si osvojovali a využívali nové vědomosti, jejichž vznik je vyvolán potřebou adaptace jejího podnikání na vývoj v jejím okolí. Je třeba připomenout, že znalostní ekonomika a medicína založená na důkazech vyžadují, aby nemocnice věnovala prioritní pozornost rozvoji 20% svých zaměstnanců, talentů generujících 80% podnikatelských výsledků nemocnice. V souvislosti s tím je vyslovována teze, především odborově organizovanými zaměstnanci, že znalostní ekonomika je nehumánní, protože činí zbývající zaměstnance nemocnice zbytečnými. To musíme odmítnout. Nemocnice, jako každá moderní organizace, se ale musí zaměřit především na získání, udržení a účelné odměňování těch pracovníků, kteří zastávají strategicky významné pozice, jejichž výkonnost přispívá k rozvoji výkonnosti nemocnice, dobrého jména a značky Fakultní nemocnice Brno. Přitom to není to formální postavení pozice v hierarchii organizace, která rozhoduje o jejím strategickém významu, ale jeho příspěvek k prosperitě subjektu. Vedení organizace musí zároveň věnovat odpovídající pozornost i rozvoji nositelů zbývajících pracovních pozic. Ti musí podporovat činnost hráčů „A týmu“ nebo musí být jejich pozice zrušeny. Tím chci říci, že je třeba odlišit zásadu rovných šancí od trendu k rovnostářství. Je chybou, je-li tato deformace promítnuta do zákona. Je správné dekonstruovat pravidla hry, rovné možnosti k soutěži. Je zhoubné veřejně živit myšlenku, že síť poskytovatelů zdravotní péče, vzniklou na přelomu XIX. a XX. století, lze v XXI. století „ochránit“ centrálním úředním dekretem. Na složitost a turbulentnost vývoje existuje odpověď. Je to podpora procesu soustavné přípravy všech zaměstnanců na výzvy, které přináší informační a znalostní společnost. Zajistit a vyžadovat pro zaměstnance nemocnice informační, ekonomickou, komunikační a jazykovou gramotnost, odpovídající světové špičce. Vytvářet učící se organizaci, orientovanou na zákazníka. Tím je nemocný a jeho rodina. Pak není obav z budoucna třeba. Je to jen nová výzva. Bylo by škoda ji promarnit.

MUDr. Jan Burian

Kašmír ... to je v Pakistánu



interní sekce

Dívám se na sutiny a zbytek střechy mého domku a přemýšlím, jestli to někdy bude vůbec spravené. Letošní zima dala krovu zabrat, tolik sněhu nebylo, ani nepamatuji. Další zimu by střecha už nemusela přežít, tak jsem se pustila do opravy. Ty májové deštičky... Asi jsem nezvolila dobu právě nejvhodnější... Z přemýšlení mě vyruší příjezd kamarádky, hmm, morální podpora je tu! Zastaví se vedle mě a zírá: „No na zdar, tady to vypadá jak po zemětřesení...” Kroutím hlavou. „Ba ne“, tam to bylo daleko horší...

Když byla 8. října 2005 ve zprávách poprvé oznámena tato přírodní katastrofa, nikdo zřejmě přesně netušil, jak obrovského rozsahu vlastní je. Pohoří Kašmíru není turisticky běžně přístupné, patří pod správu Pakistánské islámské republiky, ale nárok na toto území opakovaně vznáší také Indie, a proto se o oblast vedou neustálé boje. Možná i z tohoto důvodu je humanitární pomoc ze začátku trochu rozpačitá. Po 10. říjnu je jasné, že takovou pohromu není Pakistán schopen zvládnout jen vlastními silami.

Kontaktuji známé z mise na Srí Lance, ano, něco se zřejmě chystá, ale je v tom chaos, nikdo nemá úplné informace. Potom telefonuje doktorka Dáša, jestli bych jela, a jak jsem na tom s časem. Je ve spojení s organizací Člověk v tísni a dává dohromady skupinu lidí, kteří by se mohli uvolnit ze zaměstnání. Stejně jako v případě Srí Lanky, můžu odjet, jistě, ale nejdřív po 25. říjnu a to bude asi už na všechno pozdě. Dáška si píše moje jméno a slibuje, že mi dá vědět. Volá znovu za dva dny, ne, nejede se, teď jsou posláni týmy zdravotnických profesionálů, zatím nic. Po 20. říjnu se požadavek na zdravotnický personál znovu opakuje. Ale tým musí být maximálně 3-4 členů, připravený na skutečně nouzové podmínky. Cílovou stanicí je vesnička Ratnoy v horském masivu Kašmír, asi 40 minut jízdy autem nad městečkem Bagh, které je zemětřesením značně poničeno.

Jasně. Jede doktorka Dáša, doktor Zdeněk ze Znojma, záchranář Martin a já. Sbalit batohy s nejn nutnějším, není vyloučeno, že to všechno potáhne na zádech. Letenky obstarává organizace Člověk v tísni, na místě máme být k dispozici americké humanitární organizaci ARC (American refugee committee), která v lokalitě už působí, chybí jí však zdravotníci. Dosud vypomáhali místní lékaři, jsou nasazeni prakticky od začátku neštěstí. Blíží se konec Ramadánu, rádi by byli spolu s rodinami. Proto nastupujeme my.

Není možné tak rychle sehnat přímý spoj, a proto letíme z Prahy 26. října 2005 odpoledne do Frankfurtu, pak do Dubaje, z Dubaje do Karáčí, z Karáčí do Islamabadu. To už je 27. června 2005 večer. Tady si naše značně oteklé nohy odpočinou. Čeká nás David, kontaktní osoba pro Afghánistán a Pakistán. Nesmírně užitečný člověk v tísni, studnice informací o místních lidech, zemi, zvycích. Je tu přes tři roky. S Dáškou dostáváme dárek, šátky – nutná součást garderoby každé ženy v islámském státě. Naposledy spíme v „civilizaci“. Ráno speciálem odlétáme

do Baghu. Kromě nás a zahraničních fotografů je do vrtulníku naložena i humanitární pomoc, hlavně sušené mléko, trvanlivé potraviny, deky. Z výšky nevypadá krajina nijak hrozně, plechové střechy se zdají být nepoškozené. Heliport je na kriketovém hřišti v Baghu, odkud prakticky neustále směřují plně naložené vrtulníky do horských oblastí. Přesouváme se k obstarožním džípům a jsme rádi, že nebudeme muset šlapat. Cesta trvá něco přes půl hodiny a pořád stoupáme, silnička je šířkou stavěná tak na jedno auto.

Teprve teď vidíme zblízka tu katastrofu. Ty plechové střechy jako poklička přiklopily sutiny pod sebou... A s nimi i vše ostatní... David tlumočí další informace. V Ratnoy není elektřina, generátor na naftu pojede asi dvě hodiny – na dobítí satelitních telefonů, není ani voda, ale studánka je asi 200 metrů za vesnicí, pitná pro nás asi nebude... Spí se ve stanech, místo WC jen latrina, pocit soukromí mají skýtat visící deky. Sprchy neexistují, můžeme si ale na ohni ohřát v barelu vodu, pokud si ji doneseme a stihneme se umýt přes den, kdy svítí slunce. Večer to nedoporučují, je dost chladno.

Ošetřujeme pod širým nebem nebo pod stříškou. Jídlo bude do konce Ramadánu zajištěno 1x denně, pak bude oběd a večeře. Vaří místní lidé a čaj je zajištěn celý den. Zastavujeme ve vojenském táboře, abychom se seznámili s velitelem oblasti. Zdvouřile žádá, abychom v zájmu vlastní bezpečnosti nechodili daleko od vesnice, měli bychom nosit vesty s emblémem „Člověk v tísni“, vojáci nás tak mohou snadno identifikovat. Budeme-li cokoli potřebovat, máme se obracet na velitele posádky, která ve vesnici nepřetržitě hlídá.

A pak už je Ratnoy... Z vesnice zůstala stát jen budova školy, a i ta je natolik poškozená, že je neobyvatelná. Přivítáme se se členy ARC, místními lékaři, a už se na nás sypou pokyny ohledně ošetřování obyvatel. Z jazyka urdu do angličtiny tlumočí tři studenti, další dva dobrovolníci jsou k ruce, budou vykonávat jakékoliv pomocné práce.

Začíná se každý den kolem osmé ráno, kdy je vidět na práci, končíme až nejsou pacienti. Lékaři se budou věnovat záležitostem interním, já s Martinem si zřizujeme malé „chirurgické“ pracoviště. Zjišťujeme zásoby zdravotnického materiálu. V Praze jsme byli ujištěni, že vše potřebné je na místě. Po bleskové inventuře je nám jasné, že budeme muset víc než jen improvizovat. Léky z celého světa – ještě že je Zdeněk tak zdatný ve farmakologii – prakticky neexistuje sterilní obvazový materiál a je tu jen jedna krabice nesterilních rukavic a asi 10 párů sterilních. Ale máme Detol, univerzální dezinfekční prostředek na ruce, nástroje, nádobí, podlahy... Detol známe ze Srí Lanky. Takže máme vyřešenou dezinfekci rukou, nástroje se budou rovněž nakládat do dezinfekce a pak nouzová „válečná“ sterilizace varem. Další uvidíme, budeme řešit věci za chodu. Jsme zvyklí.

Pro první noc si stavíme malé kempingové stany, po odjezdu lékařů se zítra přestěhujeme do většího. Jsme tak utahaní, že i přes stísněné podmínky a asi jen 4°C nad nulou usínáme okamžitě.

Od dalšího dne jsme v plném nasazení. Očekávali jsme snědou populaci, jako byla na jihu země, ale kdepak, jsou zde prý potomci Alexandra Velikého, řada z obyvatel má světlou pleť i oči, jedna slečna je úplně

blondýna a nelze ji podezřívát, že by to – v těchto končinách – byl přeliv. A jak vysvětlují, nejsou ani Pakistánci ani Indové, jsou Kašmířané. Všichni mluví jazykem urdu, který je pakistánským národním jazykem, ale řada z nich také jazykem fársí, jenž je jazykem Afgánistánu. Kašmířané jsou velmi pohostinní a mají za čest uvést hosta do svého příbytku. Životem zde jsou zocelení, houževnatí. Žádné nářky a bědování, dost možná jim pomáhá jejich víra.

K doktorce Dáše se hmotou hlavně ženy, lékařka gynekoložka tady chyběla, ale musí řešit i jiné interní potíže, hlavně nachlazení, kašel, teploty. Na naše obvaziště chodí řada nedolčených, s poraněními, která mají infekci, špatně sešité rány, poškozené sádrové dlahy. Děláme co můžeme, saháme i do vlastních zásob. V řadě případů nás zachraňuje Flamigel, který jsem minila použít pro náš tým, pokud by se už něco přihodilo. Objevujeme v krabicích povidon jóda a okamžitě jím nahrazujeme místními lékaři dosud používanou genciánovou violeť. Aspoň něco. Naši tlumočníci jsou skvělí, nejenže tlumočí, ale třídí nám pacienty, aby čekali ve správné řadě, vybírají akutní případy a vše zapisují do evidence, takže můžeme skutečně věnovat čas jen své práci. V poledne pak vyhláší dvacet minut přestávku, abychom mohli ve stanu vyhltnout čaj a nepadli jsme žízni. Až do 4. listopadu trvá Ramadán, ten dodržujeme a jíme až po západu slunce s ostatními. Čaj, pokud ho nepijeme veřejně, nám ale promíjejí.

Spolupráce s ARC funguje, dvě dobrovolnice jsou sice sestry, ale bez zkušeností, čili my je necháváme zahrabané v papírech a hlášeních a ony se nám nepletou do odborné práce. Sžíváme se s místními, při ošetřování se snažíme respektovat místní zvyklosti, omlouváme se za případné neznalosti. Řadu pacientů už poznáme, navštěvují nás opakovaně, chodíme i do improvizovaných přístřešků v okolí vesnice. Mezi jednotlivými pacienty stihám zapisovat slovíčka z urdu, naši tlumočníci si zapisují češtinu. S Dáškou se ptáme na šátky, pracovat v nich není totiž žádná slast. V noci je sice 4-6 °C nad nulou, ale přes den se rtuť šplhá až na 30 °C. Umar vysvětluje, že pokud nejsme muslimky, tak to není nutné – alespoň zde ve vesnici, kde už nás znají. Každý den zvládneme ošetřit nebo prohlédnout 150 až 180 pacientů všech věkových kategorií s různými potížemi či zraněními. Zdeněk používá fonendoskop přes oblečení žen, pokud je potřeba obhlédnout skryté části nastupují já nebo Dáška, tlumočení probíhá za plentou.

Velitel oblasti se zastavuje v táboře každý den, přináší nové informace. Výš v horách je několik míst, odkud se lidé do Ratnoy nedostanou. Je domluveno, že nás tam jako výsadek se zásobami vezmou vrtulníkem. Nejdříve Dáška a Martin 2. listopadu 2005 na jedno místo, po jejich návratu za dva dny pak na jiné místo já se Zdeňkem. Samotné ženské nás nepustí a musíme zajistit i kompletní péči v Ratnoy. Tak jo, Dáška a Martin balí batohy a zdravotnický materiál, maximálně 25 kg. Jestli budeme mít štěstí, zůstaneme v kontaktu prostřednictvím satelitního telefonu. Všechno jde bez problémů. Se Zdeňkem zvládáme práci za čtyři, nahore kolegové určitě dělají totéž. Místní lidé přináší informaci o dalších Čechích, jsou prý v Baghu. Se Zdeňkem si tedy večer vyjednáme auto s řidičem, to si přece nemůžeme nechat ujít! Najdeme předvoj šesté polní nemocnice, která zde má působit asi od 10. listopadu. To by bylo perfektní, my máme končit 15., tak by mohli naše pacienty převzít. Detaily domluvíme s ARC.

V pondělí 7. listopadu odlétáme se Zdeňkem do vesničky Jabar, asi 2200m nad mořem. Příroda Kašmíru je překrásná, ale na kochání není moc času. Ve zdejší vesničce řada lidí viděla cizince poprvé v životě. Tlumočník vysvětluje, kdo jsme a za pár minut už okolo nás na zemi sedí pěkná řádka pacientů. Kromě obvyklých rozšklebených ran zjišťuji u jednoho asi 4 letého chlapečka zlomené obě nohy, pravou v nártu, levou ve stehně, na níž má improvizovanou dlahu z prkýnek. Od 8. října nechodí, všude ho nosí o tři roky starší bratr. Matka zahynula, otec se snaží zajistit vše sám, včetně opravy domu. Tak tenhle malý mochlis

(hrdina) poletí do Baghu, to musíme zařídit. Zdeněk mluví s otcem, který přišel na náš výzvu. Omlouvá se, zahynula skoro celá jeho rodina, nevěnoval chlapci pozornost. Poletí s ním do nemocnice, nikdo jiný z dospělých není. O staršího synka se postarají sousedé... Třetí den v Jabar končíme a navečer, pěkně po svých, s naloženými batohy, míříme zpátky do Ratnoy.

Život rychle ubíhá, daří se nám léčit a zvládat všechny možné pacientské potíže. Pokud je to nad naše síly, odesíláme ojedinělé pacienty do Baghu. Tímto tříděním značně odlehčujeme již tak dost přetíženým zařízením ve městě.

Začínám se považovat za domorodku. Chodím po ránu taky jen naboso v pantoflích jako místní, na každodenní rýži a plackách chapati na večeri nebo oběd nepotřebuji nic měnit, jakési „hygienické triky“ mám už rovněž zažit. Zima se však blíží, noci jsou chladnější, přes den poprchává. Tady v horách leží sněh od konce listopadu tak do dubna, do výše položených vesnic se nikdo nedostane, jediná silnice se v zimních měsících neudrží, a i tak je po zemětřesení zničená. Teprve teď začíná řada rodin skutečně opravovat domy nebo vylepšovat nouzové přístřešky. Zbytečně se v době půstu nevysilovali, ale nevím, nevím, stihnou-li do zimy všechno opravit, nachystat... Bude to krutá doba...

Domlouváme se s kolegy, jak dál pokud jsou v zásobě, přidáváme rodičům vitamíny pro děti, sirupy proti kašli, antipyretika, tak jak jsme to vlastně praktikovali na výsadku v horách. Naším pomocníkům vysvětlujeme, jak postupovat u popálenin, jejichž výskyt je stále častější, vaří se na otevřených ohništích a děti neuhlídáš, zvlášť když jsou v rodinách kromě vlastních dětí i další – sirotci. Návodem k použití popisujeme krabičky s mastmi a léky, opakovaně upozorňujeme na již fungující českou polní nemocnici v Baghu.

Nás sice mají střídát opět pakistánští lékaři, ale o jejich příjezdu ještě 13. listopadu není nic známo. O den později navečer však skutečně přijíždějí. Z Jihu, kde se o zemětřesení vědělo, nebyl ale skutečně nikdo postižen. Pro ně je tohle taky nová zkušenost. Mají sice výhodu jazyka, ale řada pacientů už nám dala najevo, že změnu nevitají, věnovali jsme se jim totiž daleko více, než mají místní lékaři ve zvyku.

Odjíždím s pocitem nedokončené práce. Do těchto míst, k těmto skvělým lidem se v životě už těžko dostanu...

autorka: Jerry
foto: David Ševčík



ošetření chronické rány

Vzpomínka na metodu CNP (na pozadí jednoho jubilea)



Úspěchy české neonatologie, jejíž počátky jako samostatného oboru sahají do roku 1960, jsou nesporné. Díky mnoha převratným metodám a objevům, které v klinické praxi našly rychlé uplatnění, se daří péči o novorozence, především pak o ty patologické, zlepšovat. Převážnou většinu z kriticky nemocných novorozenců postihuje dechová tíseň, jejíž léčebné ovlivnění na počátku 20. století uváděla v té době renomovaná učebnice dětského lékařství takto: „Léčení asfyxie novorozenců jest různé podle toho, o jaký druh asfyxie běží. Jde-li o asfyxii intrauterinní a to o prvý stupeň (asphyxia livida) spojený s cyanosou, jest nutno drážděním kůže vynutiti dýchací pohyby u dítěte. V každém případě intrauterinní asfyxie jest však nutno napřed mullovým tamponem odstraniti hlen a plodovou vodu z úst a pokusit se o zavedení Nélatonova kateteru do průdušnice a vysáti odtud všecken hlen. Poté ponořujeme dítě střídavě do teplé a studené vody; tu je nejlépe rychle opatřiti dvě lázně (o teplotě 45°C a o teplotě 18-20°C), pak dítě ponořujeme až po krk střídavě do teplé a studené lázně, vždy však jest nutno počítati a i skončiti ponořením do lázně teplé. Jde-li o asfyxii extrauterinní a máme-li podezření, že jest působena nitrolebním krvácením, postupujeme jako při něm, vedle toho však použijeme současně vdechování kyslíku, dáváme injekci lobelinu, při slabé akci srdeční též injekci kofeinu a v záchvatech apnoe použijeme i tu umělého dýchání za stálého přívodu kyslíku. Jde-li o dítě debilní nebo předčasně narozené, osvědčuje se též vpuštění malého množství kyslíku (10 – 15 ccm) sondou nebo katetrem do žalud-



ku, neboť sliznice žaludeční kyslík velmi rychle vstřebává“ (Prof. Dr. Otakar Teyschl: Dětské choroby, I. díl – kapitola Asfyxie novorozenců; tiskárna Globus, Brno, 1931).

Při svém nástupu na II. dětskou kliniku FN Brno v roce 1978 měl jeden z autorů tohoto sdělení možnost podílet se na budování neonatální intenzivní péče. Pod vedením přednosta kliniky (prof. Stejskal) a vlivem neutuchajícího entuziasmu MUDr. Muchové a MUDr. Nekvasila se neonatologie stala na klinice jedním z prioritních oborů. S řadou



těžkostí tehdejší doby se podařilo klinice získat velice solidní přístrojové vybavení, s nímž bylo možno začít realizovat řadu fascinujících léčebných výkonů a metod jakými byly např. intubace a umělá plicní ventilace nebo aplikace prostaglandinů novorozencům s kritickou srdeční vadou. V období budování neonatální péče na naší klinice byl pro řadu novorozenců s různými formami dechové tísně život zachraňujícím zařízením přístroj Pulmarka 1401 (firma Dräger). Klinické uplatnění Pulmarky bylo dáno zejména tím, že pro novorozence neexistovaly vhodné přístroje umožňující umělou plicní ventilaci, včetně literárně uvedených konstatování, cituji: „respirátory však zcela nesplnily očekávané podstatné zlepšení prognózy pneumopatií nedonošených dětí, nehledě k problematice intubace dítěte, náročnému ošetřování a nebezpečí infekce“ (Čs. Pediat., 31, 1976, s. 301-303). Do Pulmarky tak byly vkládány velké naděje, což nakonec i v předchozí větě citovaný zdroj na souboru novorozenců potvrdil.

V souvislosti s významným životním jubileem kolegyně

MUDr. Milady Muchové bychom rádi zavzpomínali na léčebnou metodu, u jejíž počátků na klinice stála a kterou pomáhala rozvíjet; současně však tuto metodu, včetně doprovodných obrázků přiblížit i mladším spolupracovníkům. Pulmarka byla v podstatě hermeticky uzavřenou komorou, do které se vkládalo celé tělo novorozence s výjimkou hlavy, která byla umístěna na podložce mimo komoru. Speciální utahovací manžeta Pulmarky pak téměř dokonale utěsnila prostor kolem hrudníku novorozence. Z tohoto prostoru byl odsáván vzduch, takže hrudník dítěte byl obklopen negativním tlakem (Continual Negative Pressure, CNP), jehož hodnota se dala nastavit v rozmezí 0 – 20 cm H₂O. Vlivem CNP se novorozenec se zachovaným spontánním dýcháním ocitl v podmínkách, které mu umožňovaly snazší rozpínání plic, čímž i menší spotřebu energie na dechovou práci a zejména pak zlepšení parametrů vztahujících se k optimálním hodnotám pCO₂/pO₂. Novorozenec mohl v Pulmarce spontánně dýchat (celé zařízení bylo umístěno v inkubátoru; pro dosažení vyšších koncentrací O₂ se na hlavu novorozence ještě někdy přiklápěl tzv. kyslíkový stan), bylo však možné provádět i mechanickou ventilaci v případech dechové zástavy, aniž bylo nutné novorozence z Pulmarky vyjmout. Nejsložitější situace nastávaly v okamžiku, kdy u novorozence došlo k barotraumatu. Pak bylo nezbytné CNP ukončit a podle možností pokračovat pouze v mechanické plicní ventilaci.

Vedle toho, že Pulmarka byla úspěšně využívána na několika málo československých neonatálních pracovištích, byla také typickým příkladem oživení polozapomenutého objevu. Metodu léčby CNP v roce 1889 popsal Alexander Graham Bell proslavený zejména jako vynálezce telefonu. Osudovým impulsem pro sestrojení tělového respirátoru s principem CNP byl Bellovi jeho syn, který krátce po narození zemřel s příznaky těžké dechové nedostatečnosti (New Engl. J. Med., 1971, 284, s. 1333-1340). Teprve v roce 1965 fy Airshield zkonstruovala obdobný přístroj, který na Bellův objev navázal a na počátku 70. let se objevila Pulmarka fy Dräger. Dodnes je tento přístroj v depozitáři Neonatologického oddělení FN Brno. Že by se mohlo jednat o jeden z několika málo dochovaných exemplářů v rámci ČR nebo dokonce o zcela jediný, je pouhá nostalgická úvaha. Kolegyni MUDr. Miladě Muchové bychom chtěli jménem všech spolupracovníků poděkovat za pečlivou a svědomitou práci, kterou na úseku péče o novorozence ve FN Brno doposud odvádí. Současně bychom jí chtěli popřát pevné zdraví, dostatek elánu a mnoho spokojenosti v životě osobním i profesním.

**Prof. MUDr. Zdeněk Doležel, CSc.,
Gabriela Nippertová**

Péče o rizikového novorozence s ortopedickou problematikou



Neonatologie je multidisciplinární obor, a proto se na péči o novorozence podílí i celá řada specialistů jiných oborů. Jedním z nich je právě ortopedie.

Jen zřídka kdy je ortopedický problém příčinou hospitalizace dítěte na jednotce intenzivní péče. Ortopedická diagnóza je často stanovena v souvislosti s vrozenou vývojovou vadou dítěte či v rámci celého onemocnění. Jedná se tedy většinou o pacienty polymorbidní, s celou řadou různých potíží, z nichž některé vedou k hospitalizaci dítěte na JIP, a které současně mohou být i limitující z hlediska náročnější ortopedické terapie.

NEJČASTĚJŠÍ DIAGNÓZY NA NOVOROZENECKÉM ODDĚLENÍ:

1. Polydactyilia – jde buď o rudimenty přídavných prstů nebo

celé přídavné prsty včetně jejich skeletu, často bývají spojeny s chromozomovými aberacemi, řeší se podvazem nebo chirurgicky v pozdějším věku.

2. Redukční deformity – chybí nebo jsou srostlé některé prsty na horních i dolních končetinách. Často chybí i příslušný paprsek předloktí nebo bérce.

3. Torticollis – zkrácení musculus sternocleidomastoideus, příčinou může být abnormální poloha plodu v děloze.

4. Deformity nohou – např. pes equinovarus = noha je stočena dovnitř chodidla k sobě, může být spojena se zkrácením Achillovy šlachy.

5. Osteomyelitidy a coxitidy – jedná se o hnisavý zánět kloubu nebo kosti. Na rozdíl od předchozích diagnóz se jedná o onemocnění získané a jeho závažnost je vždy indikací k intenzivní péči. Infekce se často neomezuje pouze na kost, což vede k rozvoji těžkého septického stavu, který novorozence bezprostředně



ohrožuje na životě. Postižená kost může být zánětem nenapravitelně poškozena, zaostávat v růstu a významně tak ovlivnit kvalitu života dítěte.

6. Vrozené vykloubení kyčlí – jelikož se má následující kazuistika týká dítěte s touto diagnózou, zmíním tuto diagnózu podrobněji.

VROZENÁ VYKLOUBENÍ KYČELNÍHO KLOUBU

Jedná se o nejčastější vrozenou vadu u dětí v naší republice, která se vyskytuje u 5 -10% dětské populace. Častěji bývají postiženy dívky.

Příčina onemocnění není dodnes plně objasněna. Z tohoto důvodu je problematika u odborné veřejnosti stále předmětem živé diskuse. Nejčastěji je však za původce onemocnění považováno vykloubení jamky kyčelního kloubu, tedy porucha vývoje tvaru jamky a kloubní hypermobilita, jenž je podmíněna geneticky. Jistý vliv se díky častějšímu výskytu přiznává i poloze plodu při porodu koncem pánevním.

Príznakem onemocnění bývá nejčastěji postavení končetin – hlavně asymetrie, omezení hybnosti v různých směrech, asymetrie ve svalovém napětí, nesterilní délka končetin nebo luxační a repoziční fenomény – při nestabilitě kloubu je možné vyskočení hlavičky z jamky nebo naopak její vklouznutí do jamky.

Česká ortopedická škola se po celém světě proslavila principem abdukčního polohování při prevenci i léčbě vrozených vad kyčelních kloubů u dětí v prvním roce života. Významné osobnosti naší ortopedické historie – profesoři Pavlík, Frejka, Zahradníček a Hanousek – již v první polovině minulého století pochopili, jak důležitá je poloha dolních končetin pro zdravý vývoj kyčelních kloubů a navrhli preventivní balení dětí v abdukci = roznožení dolních končetin. Pojmy jako Frejkova peřinka nebo Pavlíkovy třmeny vešly do světového ortopedického povědomí a ve všech zemích světa jsou pod těmito názvy stále používány.

Vývoj dětské ortopedie jde samozřejmě kupředu a probíhá diskuse, zda je trvalé abdukční polohování a balení ještě nutné. Je také důležité připomenout, že naše republika jako jedna z prvních ve světě zavedla ultrazvukové vyšetřování kyčelních kloubů jako rutinní screening, který nám pomáhá odhalovat vrozené vývojové odchylky tvarů kyčelních kloubů již v novorozeneckém věku a umožňuje přesnou a cílenou terapii patologických stavů. Probíhá ve třech fázích – ještě za pobytu v porodnici, v 6 týdnech a v 4 měsících věku.

KAZUISTIKA

Je středeční dopoledne 14. září 2006 a my očekáváme předem ohlášený příjem z Olomouce. Jedná se o miminko z první gravidity 38leté matky. Chlapeček má šest týdnů a už se může „pyšnit“ hned několika závažnými diagnózami – vrozený hrtanový stridor, trombóza transverzálního sinu, vrozená

dysplazie kyčelních kloubů, respirační selhávání a anémie. Při příjmu zjišťujeme, že jde o hypotrofického kojence, dobře prokrveného, dýchá se středně těžkou dyspnoí, velice hlasitým inspiračním stridorem a extrémně se potí.

Po přijetí je chlapeček uložen do postýlky, postupně však narůstají známky dušnosti, a proto je nutné podávat kyslík nosními brylemi. Ortopedické vyšetření potvrzuje oboustrannou luxaci kyčelního kloubu a v rámci ORL vyšetření je stanovena diagnóza – laryngomalacie. S přihlédnutím k celkovému stavu a po domluvě s ortopedem je chlapeček balen do abdukční Frejkovy peřinky s plánovanou kontrolou za měsíc.

Po týdnu však dochází k respiračnímu selhávání a je tedy nutná intubace a umělá plicní ventilace. Po dvou dnech se pokoušíme o extubaci, ale pouhých pět dnů vydrží chlapec v kyslíkové atmosféře a musí být znovu intubován. Po třech týdnech pobytu na oddělení je rozhodnuto o provedení tracheostomie. Po zákroku je i nadále nutná umělá plicní ventilace, jejíž režim se daří jen velmi pozvolna snižovat. Teprve 19. října 2006 je definitivně ukončena umělá plicní ventilace a do konce října je kyslík podáván tracheostomickou maskou. Uběhl další měsíc. Chlapeček je stále balen do Frejkovy peřinky. Po ultrazvukové a ortopedické kontrole je nález na obou kyčlích neustále velmi neuspokojivý. Je indikována vertikální trakce, kterou však z důvodu přetrvávající závažné dechové nedostatečnosti pacienta nelze realizovat. Frejkova peřinka se proto mění za Coxaflex ortézu. Jedná se o strojek s třmeny, který může být snímán pouze na půlhodinu denně. Po týdenní kontrole je zjištěno, že přístroj vyhovuje, je upravena abdukce a kontrola ortopedem je domluvena opět za týden.

Během celé hospitalizace je náš malý pacient navštěvován rodiči. V době, kdy je vysazen kyslík, chodí maminka na celý den a pečuje o své dítě sama. Učíme ji zacházet s Coxaflex ortézou, odsávat z tracheostomie a pečovat o její okolí, zkouší krmit chlapce savičkou. Nejen maminka, ale i chlapec jsou se vzájemným kontaktem spokojeni. V průběhu hospitalizace probíhá vyšetřování stavu průchodnosti ztrombotizovaného transverzálního splavu vpravo – při léčbě Clexanem je částečná rekanalizace. Chlapec je dál sledován hematologem. Pro anemii byla opakovaně podána transfuze krve.

Po týdenní ortopedické kontrole je však nález nevyhovující a je opět doporučena vertikální trakce a reposice se sádrovými dlahami v celkové anestezii.

Ve věku tří měsíců a po stabilizaci celkového stavu je chlapec přeložen na oddělení větších dětí, kde je okamžitě zahájena trakce a jsou nasazeny dlahy pro dysplazii kyčlí.

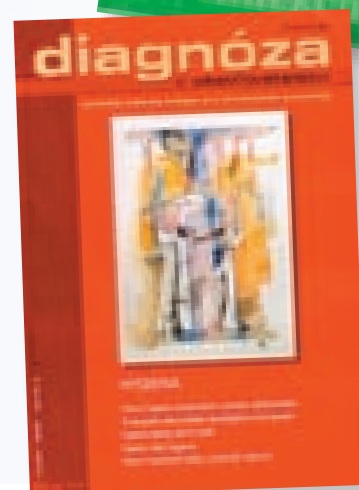
Je důležité si uvědomit, jak nutná je u takto komplikovaného pacienta spolupráce a domluva hned několika odborníků. Předčasně zahájená ortopedická léčba ve smyslu vertikální trakce by v našem případě mohla vést nejen ke zhoršení stavu pacienta se všemi biopsychosociálními důsledky, ale i k úplnému respiračnímu selhání, které bychom vzhledem k extrémní poloze dítěte a přidruženým potížím s velkou pravděpodobností nezvládli ani při intenzivní umělé plicní ventilaci a resuscitační péči.

**Lucie Huťová,
Kateřina Swierková**

Lékařská knihovna FN Brno:

české a slovenské časopisy roku 2006

- Acta Chirurgiae Orthopaedicae et Traumatologiae Českoslovaca
- Acta Chirurgiae plasticae
- Anesteziologie a intenzivní medicína
- Bratislavské lékařské listy
- Central European Journal of Public Health
- Chip
- Choroby hlavy a krku
- Click!
- Computer
- Co ret Vasa
- Časopis lékařů českých
- Česká a slovenská farmacie
- Česká a slovenská gastroenterologie a hepatologie
- Česká a slovenská neurologie a neurochirurgie
- Česká a slovenská oftalmologie
- Česká a slovenská psychiatrie
- Česká gynekologie
- Česká radiologie
- Česká revmatologie
- Česká stomatologie
- Česko-slovenská dermatologie
- Česko-slovenská patologie a soudní lékařství
- Česko-slovenská pediatrie
- Československá psychologie
- Detský lékař
- Diagnóza v ošetrovatelství
- Endoskopie
- Epidemiologie, mikrobiologie, imunologie
- Eurorehab
- Farmakoterapie
- Florence
- Geriatria
- Gynekolog
- Gynekologie po promoci
- Hematológia a transfuziológia
- Interní medicína pro praxi
- JAMA – české vydání
- Kapitoly z kardiologie
- Kardiologická revue
- Kardiológia
- Kazuistiky v diabetologii
- Kazuistiky v pneumologii
- Klinická biochemie a metabolismus
- Klinická farmakologie a farmacie
- Klinická imunológia a alergológia
- Klinická onkologie
- Medicina Sportiva Bohemica et Slovaca
- Medicína po promoci
- Medicínská etika a biotika
- Moderní řízení
- Nemocniční listy
- Neoplasma
- Neurologie pro praxi
- Nozokomiálne nákazy
- Onkologická péče
- Ošetrovatelství
- Otorinolaryngologie a foniatrie
- PCWorld
- Pediatrie po promoci
- Pediatrie pro praxi
- Porodní asistence
- Postgraduální medicína
- Pracovní lékařství
- Praktická flebologie
- Praktický lékař
- Psychiatrie pro praxi
- Psychiatrie
- Psychológia a patopsychológia dieťaťa
- Rehabilitace a fyzikální lékařství
- Rehabilitácia
- Remedia
- Revizní a posudkové lékařství
- RISPON
- Rozhledy v chirurgii
- Sbíрка zákonů ČR
- Sestra
- Slovenská rádiológia
- Studia Pneumologica et Phtiseologica czechoslovaca
- Transfuze a hematologie dnes
- Urgentní medicína
- Urologie pro praxi
- Úrazová chirurgie
- Veřejné zakázky
- Vesmír
- Věstník Ministerstva zdravotnictví ČR
- Věstník Úřadu pro normalizaci, metrologii a státní zkušebnictví
- Vnitřní lékařství
- Výživa a potraviny
- Zdraví
- Zdravotnické právo v praxi
- Zdravotnictví a právo
- Zdravotnictví v České republice



Zamyšlení ke dni ošetřovatelství – 12. květen

Měsíce květen a červen znamenají již řadu let pro tisíce českých žáků a studentů konec studia a příprav na něj. Nejinak je tomu i u studentů připravujících se na výkon povolání v oblasti ošetřovatelství.

V současné době končí jedny z posledních ročníků čtyřletého studia s maturitou v různých oborech nelékařských zdravotnických povolání jako je například všeobecná zdravotní sestra. S koncem přechodného období zákona č. 96/2004 končí k 1. dubna 2006 také způsob vzdělávání některých nelékařských zdravotnických povolání tak, jak jsme byli v minulosti zvyklí.

Ze čtyřletých škol budou vycházet pouze asistenti různých oborů, kteří nikdy nebudou moci vykonávat činnosti související s poskytováním zdravotní péče bez odborného dohledu. Končí tak jedna z etap vývoje vzdělávání pracovníků v jedné z nejstarších lidských činností a to je ošetřovatelská pomoc lidem, kteří ji potřebují. V souvislosti s touto skutečností mi dovoluji malé ohlédnutí za historii naší profese v českých zemích.

Rozvoj a poznatky v ošetřovatelství vždy ovlivňoval náboženský, kulturní, politický a sociální vývoj a úroveň společnosti.

Když pomineme nejstarší období vývoje člověka, tak opravdové začátky historie cíleně poskytovaného ošetřovatelství můžeme hledat v době, kdy se na našem území začalo rozvíjet křesťanství. Vznik klášterů a základy křesťanské víry byly impulsem pro cílené poskytování pomoci tělesně a duševně nemocným.

V českých zemích, bychom za prvopočátek organizované péče o nemocné mohli určit období vlády knížete Boleslava (935 - 967). Na území dnešní Prahy vznikaly hospice-útluky pro chudé, nemajetné a nemocné osoby. Civilními sestrami, které se snažily zajistit těmto lidem základní životní potřeby, zde byla poskytována charitativní pomoc.

První takovou institucí pro dvanáct nemocných byl špitál v Týně (dnešní Staroměstské náměstí). Je zajímavé, že těmto dvanácti nemocným poskytovalo, sice jen laickou službu, ale sedm žen, což je dnes počet ošetřovatelského personálu na dvacetilůžkovém oddělení.

Patronkou českého ošetřovatelství, bychom mohli označit sestru českého krále Václava I. Anežku Přemyslovnu (1211 - 1281). Založila několik klášterů a především řád křížovníků s červenou hvězdou, jehož členové poskytovali ošetřovatelské služby podle přesně stanovených pravidel, která pro ně vypracovala.

Dalšími významnými řády, které se věnovaly ošetřovatelské a opatrovnické činnosti, byly například boromejky, johanitky, milosrdní bratři. Velký rozvoj špitálů můžeme pozorovat především v 17. století a to především v Praze, Brně, Letovicích či Valticích. Vedle

diakonek se ve špitálech vyskytovali i holiči, lázeňské, porodní báby, kořenáři, mastičkáři, potulní lidoví chirurgové. Vědomosti o léčení byly předávány z generace na generaci a v podstatě bez jakéhokoliv organizovaného zásahu.

Ve druhé polovině 18. století jsou již zakládány první všeobecné nemocnice, v roce 1785 v Brně, o dva roky později v Ostravě a v roce 1790 v Praze. V nich byly položeny základy pro organizovanou výchovu opatrovnic a opatrovníků především proto, že se začala měnit jejich role z jakýchsi sluhů na nepostradatelného pomocníka lékaře. Tato role vyžadovala odbornou přípravu, což vedlo ke vzniku prvních ošetřovatelských škol v druhé polovině 19. století.

Stejně jako v jiných částech Evropy i v Rakousku-Uhersku výrazně ovlivnila rozvoj ošetřovatelství Florence Nightingalová (1820 - 1910). Její odborné publikace, především „Kniha ošetřování nemocných“ byly základem pro vznik první ošetřovatelské školy v Rakousku-Uhersku, a to v Praze v roce 1874. Vznik této školy výrazně ovlivnilo české ženské hnutí v čele se spisovatelkou Karolínou Světlou (1830 - 1899). Výuka zde byla vedena českými lékaři, zpravidla učiteli na Lékařské fakultě Karlovy Univerzity. Zvláštností je, že absolventky této školy se závěrečnou zkouškou a diplomem se uplatňovaly výhradně v domácnostech. Pro nemocnice byly ošetřovatelky vychovávány přímo v nemocnicích, získávaly vyučnický list. I když tato škola ukončila svou činnost již po sedmi letech, jde o velmi významný počín v českém ošetřovatelství.

V roce 1914 bylo na základě nařízení rakouského ministerstva vnitra č. 139 ošetřovatelství uznáno jako samostatné provozované povolání. Toto nařízení legalizovalo zřizování ošetřovatelských škol, stanovilo organizační strukturu a především obsahovou náplň studia. Jedno ze základních pravidel bylo to, že škola může vzniknout jen při nemocnici, která zajistí odbornou výuku v základních oborech.

Dne 29. května 1916 byla otevřena – Česká (zemská) škola pro ošetřování nemocných při Všeobecné nemocnici v Praze. Stala se vzorem pro další civilní i církevní školy a měla velmi vysokou odbornou úroveň. První představená v letech 1916 - 1918 byla Františka Fajfrová. Její nástupkyní byla v době nejtěžší 1918 - 1920, kdy stále hrozilo zavření mladé školy, houževnatá sestra Božena





Březinová, která v roce 1920 těžce onemocněla a ještě velmi mladá zemřela v roce 1925. Za podpory dr. Alice Masarykové se ošetrovatelská škola po roce 1920 dostala do popředí zájmu i na odpovědných politických místech. Vedením školy byly v letech 1920 – 1923 pověřeny tři americké sestry: ředitelka M. G. Parsonsová, A. M. Lentellová a později sestra Kacena pocházející z české emigrantské rodiny. V nelehké době se ženy ujal práce a velice přispěly k rozvoji školy. Na různých klinikách všeobecné nemocnice vybudovaly vzorné školní stanice pro praktický výcvik a zasloužily se o povznesení sociální úrovně ošetrovatelského stavu. První českou ředitelkou se stala v letech 1923 – 1931 sestra Sylva Macharová (1893 – 1968). Její nástupkyně od roku 1931 sestra Ruth E. Tobolářová (1895 – 1973) píše do časopisu Československá nemocnice v roce 1933: „Jsme ve skromných až chudých poměrech, ale úroveň našeho školení i výchovy snese porovnání se všemi moderními školami zemí sousedních, jak jsem se přesvědčila na světovém sjezdu ošetrovatelek v Paříži a Bruselu“.

Každoročně absolvovalo tuto školu 10 – 20 žákyn, které dosáhly titulu – diplomovaná ošetrovatelka. Absolventky školy založily v roce 1921 Spolek absolventek ošetrovatelské školy a od roku 1928 Spolek diplomovaných sester. Cílem jejich vzniku bylo především předávání nových poznatků a zkušeností. V postatě šlo o formu celoživotního vzdělávání. Členky tohoto sdružení se také zaměřily na zlepšení sociálního postavení ošetrovatelek ve společnosti.

Vedle této významné školy nesmíme zapomenout na skutečnost, že v roce 1918 byla v Praze otevřena Vyšší sociální škola, která v jednorocím studiu vychovávala sociální pracovníky a diplomované sestry pro samostatnou práci v terénu. Tyto profese se podílely především na vzniku poraden pro matky a děti a dispensáře pro tuberkulózní a pohlavně nemocné.

V roce 1929 zavedl Československý červený kříž organizovanou ošetrovatelskou a zdravotní službu v rodinách. Při poskytování této služby pracovaly sestry samostatně a měly smlouvu se zdravotními pojišťovnami.

Během II. světové války a především pak po roce 1945 se zvýšil požadavek na kvalifikovaný ošetrovatelský personál. V roce 1946 byla v Praze otevřena Vyšší ošetrovatelská škola, která připravovala sestry – učitelky pro výuku na ošetrovatelských školách a vrchní sestry pro řídicí práci.

Roce 1948 byly ošetrovatelské školy sloučeny s rodinnými a sociálními školami a vznikly první střední zdravotnické školy, pro přípravu všech kategorií zdravotnických pracovníků. Vzhledem k velkému nedostatku odborného personálu po odchodu řadových sester byla výuka na těchto školách velmi krátká. Postupně se však

v 50. letech organizace studia změnila na takový systém, jaký jsme znávali do doby nedávno minulé. Studentky a studenti vstupovali na školu ve 14 – 15 letech a doba studia byla čtyři roky.

Rozvoj ošetrovatelství, nové poznatky ve vědě, technice a dalších oborech lidské činnosti však s sebou nesou vyšší nároky na odborné znalosti, čímž vyvolávají i změny v organizaci studia ošetrovatelství. V důsledky těchto změn vznikly v 90. letech vyšší zdravotnické školy a bakalářské studijní programy pro zdravotnické pracovníky různých kategorií. Mění se postavení a úloha nelékařských zdravotnických pracovníků při poskytování zdravotní péče. Zvyšuje se jejich samostatnost a tím i nároky na jejich odbornou úroveň a společenskou roli.

V těchto dnech předstupují naše budoucí kolegyně a kolegové před zkušební komise, aby prokázali své vědomosti. Přejme jim hodně úspěchů, protože oni budou Ti, kteří naváží na minulost ošetrovatelství a na nich záleží jaká bude budoucnost.

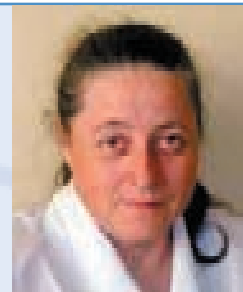
Bc. Erna Mičudová

Literatura:

Jarošová, D.: Teorie moderního ošetrovatelství; ISV, Praha 2000
Kafková, V.: Z historie ošetrovatelství; IDV ZP, Brno 1992
Staňková, M.: Galerie historických osobností; IDV ZP, Brno 2001



Dětská sestra a ošetrovatelství



Stále častěji se ve svých úvahách vracím k vývoji dětského ošetrovatelství a k vlivu a podílu všech velkých osobností, které se o rozvoj tohoto oboru zasloužily.

Čtyři základní Platonovy ctnosti (hodnoty) – moudrost, spravedlnost, statečnost a sebeovládání lze dnes chápat nejen jako pevné ostrůvky v rozbouřeném oceánu naší „moderní“ doby plné násilí a přírodních katastrof, ale také jako základní hodnoty moderního pojetí ošetrovatelské péče.

Zdravotnická a sociální zařízení slouží pacientům. Ti se s důvěrou a s očekáváním odborně poskytnuté péče obracejí na tato zařízení. Stejně tak činí i rodiče malých pacientů, jež přicházejí do naší nemocnice.

Specializovaná péče o děti nemá dlouhou historii. Z počátku byla péče prováděna společně s léčením dospělých a v případě hospitalizace byly děti umístěny mezi dospělými pacienty.

První náznaky poskytování oddělené péče o děti nalezneme v 18. století, kdy vznikaly nalezince a první dětské nemocnice. První dětské sestry se rekrutovaly z řad ošetrovatelek v nalezincích. Šlo o svobodné matky, osamělé ženy a vdovy, které se do těchto zařízení se svými dětmi uchylovaly. Personál dětských zařízení, ať již šlo o řádové sestry v dětských nemocnicích nebo o civilní sestry v nalezincích, čerpal vědomosti pouze z vlastních praktických zkušeností, teoretické školení neexistovalo. Chyběl dostatek poznatků o nemocích, jejich příčinách, o hygieně a výživě, a proto byla poskytovaná péče na velmi nízké úrovni.

Profesionální vývoj ošetrovatelské péče o děti je spojen s rozvojem dětského lékařství na přelomu 19. století. První organizované

vzdělávání dětských ošetrovatelek začalo v roce 1918, kdy pro ně byl zahájen jednoletý kurz ve Státní ošetrovatelské škole Praze.

První specializovaná ošetrovatelská škola pro dětské sestry vznikla v Čechách v roce 1922 při nemocnici Ochrany matek a dětí v Praze Krči a byla jedinou až do roku 1945. V jejím čele po několik desítek let stál její zakladatel a primář MUDr. Quido Mann. Z počátku byla délka studia jeden rok, později byla pro nedostatek odborného personálu zkrácena na polovinu.

V roce 1925 vznikla ve slovenském Martině sociálně zdravotní škola, která připravovala sociální pracovníce pro práci v dětských poradnách a v oblasti činnosti okresních ústavů pro mládež. Na dlouhou dobu to byly jediné školy specializované na dětskou problematiku.

V návaznosti na rozvoj dětského lékařství po II. světové válce, byly zřizovány nové dětské kliniky. Se vznikem těchto klinik a oddělení, sítí poraden, kojeneckých ústavů, ozdravoven a jeslí se ukázala potřeba odborně vzdělaných dětských sester. V roce 1946 vznikla v Praze Švejcarova škola pro výuku a výchovu dětských sester. Od roku 1948 bylo studium čtyřleté. Vzhledem ke značné potřebě středních zdravotnických pracovníků, probíhala výuka na vyšších zdravotních školách z rozhodnutí ministerstva v letech 1951/1952 již jen jako tříleté studium. Ve školním roce 1955/1956 byla pak výuka prodloužena na čtyři roky a byly do ní opět zavedeny předměty jako pedagogika či psychologie. Odborná praxe probíhala nejen v nemocnicích, ale i na obvodech a poliklinikách. Ve školním roce 1956/1957 byl počet žáků v oboru dětská sestra 4 009 a ve školním roce 1963 /1964 již 7 853.

Ve letech 1984/1985 nastala výrazná změna v osnovách, a to především v oblasti výchovného zaměření na děti. Do výuky byly zavedeny předměty jako hudební a výtvarná výchova, zaměstnávání dětí atd.

V roce 1995 zákonem 138/1995 Sb. došlo k transformaci zdravotnického školství v oboru dětská sestra. Bylo zrušeno čtyřleté studium a dvouleté pomaturitní kvalifikační studium. V následujících letech se začal projevovat nedostatek dětských sester a nedostatečná připravenost všeobecných sester pro práci na dětských odděleních.

Ve školním roce 1996/1997 byl tedy zaveden tříletý studijní pomaturitní obor „Diplomovaná dětská sestra“ na vyšších zdravotnických školách. Studijní program byl rozdělen do šesti semestrů s blokovou praxí. Po čtyřech letech nastupily první absolventky. Jejich počet však nestačil pokrýt potřebu na jednotlivých odděleních a klinikách nemocnic.

Další změny přineslo schválení Zákona 96/2004 Sb. Přes veškeré připomínky a doporučení se nepodařilo obor dětská sestra udržet. Ve školním roce 2005/2006 končí studium dětských sester



na vyšších zdravotnických školách. Letošní absolventky jsou poslední v 84leté historii dětského ošetrovatelství.

Všichni, kteří pracují s dětmi, velmi dobře ví, že zrušení oboru do celého systému ošetrovatelské péče o naši nejmladší generaci přináší velké problémy. Péči o děti nelze slučovat s péčí o dospělé. Vše má svá a ne nevýznamná specifika. Jako velmi závažný se tento problém ukazuje na novorozeneckých odděleních, a to především JIP a IMP, kde mohou podle příslušných vyhlášek pracovat pouze specialistky dětské sestry se zaměřením na intenzivní péči v neonatologii. Situaci neřeší tedy ani obor porodních asistentek, které mohou pečovat pouze o fyziologického novorozence.

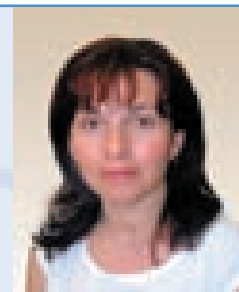
V současné době není ještě schválen žádný nový studijní program. I kdyby se podařila realizace návrhu programu Národního

centra ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, bude trvat nejméně dva až tři roky, než vyjdou první absolventky. Úvahy o možnosti magisterského studia v návaznosti na bakalářské studium všeobecných sester na lékařských fakultách jsou teoreticky možné, z praktického pohledu se však v nejbližší době jeví jako málo reálné.

Přesto chci věřit, že obor dětská sestra nezanikne a jeho problematika se bude velmi rychle řešit. Ne kvůli historickým souvislostem, ale především z pohledu zajištění kvalitní ošetrovatelské péče o děti. Uplynulá doba jasně prokázala opodstatněnost oboru, jeho důležitost i význam v procesu péče o děti.

Mgr. Jana Marounková

5. květen - Mezinárodní den porodních asistentek



Tento den byl zařazen mezi významné dny a u nás vzešel v širší povědomost teprve až v posledních letech.

Porodní asistentky jsou v naší republice organizovány ve třech profesních organizacích. Jedná se o sekci porodních asistentek při České asociaci sester, o Konfederaci porodních asistentek (dříve ČAPA) a o Unii porodních asistentek (UNIPA).

MEZINÁRODNÍ DEFINICE

PORODNÍ ASISTENTKY

„Porodní asistentka musí být schopna poskytnout nezbytný dohled, péči a radu ženám během těhotenství, porodu a v poporodním období, vést sama porodu a pečovat o novorozence a kojence. Péče zahrnuje preventivní opatření, zachyt abnormálních podmínek v souvislosti s matkou a dítětem, asistuje lékaři a v případě nepřítomnosti lékaře poskytuje první pomoc. Má velmi důležitou úlohu v oblasti poradenské a zdravotní výchovy nejen s ohledem na ženy, ale také v rámci rodiny a celé společnosti. Její práce by měla zahrnovat předporodní přípravu a přípravu k rodičovství a měla by být také rozšířena na některé ob-

lasti gynekologie, plánovaného rodičovství a péče o dítě. Může pracovat v nemocnicích na klinikách, zdravotních střediscích, v domácích podmínkách nebo jiných zařízeních.“

Porodní asistentkou se může stát ten, kdo byl řádně přijat do vzdělávacího programu pro porodní asistentky, uznávaného v zemi, kde je uskutečňován, ukončil řádně všechny předepsané předměty a dosáhl tak požadované potřebné kvalifikace pro získání licence opravňující jej k provádění práce porodní asistentky.

V naší republice je studium porodní asistentce již jen vysok školské.

Mezinárodní definici porodní asistentky vytvořily v roce 1972 společnými silami ICM (Mezinárodní konfederací porodních asistentek) a FIGO (Mezinárodní federace gynekologů a porodníků). V letech 1990 – 1992 ji ICM doplnila a posléze ratifikovala FIGO a WHO.

Porodní asistentky mají svůj Kodex vydaný ICM. Zaměřuje se na vztahy v porodnictví, porodní praxi a profesní odpovědnost porodních asistentek a rozvoj poznatků a praxe porodních asistentek.

Porodní asistentka je, kromě lékaře – porodníka, jedinou osobou, která je speciálně školená pro péči o matku a dítě.

Porodní asistentka je jedinou osobou, která je speciálně školená pro vedení:

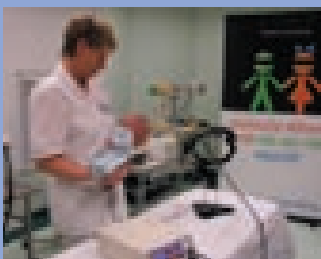
- ☐ přípravy k rodičovství
- ☐ přípravy k mateřství
- ☐ přípravy k porodu



Aktuality

NOVÝ LASER NA DĚTSKÉ OČNÍ KLINICE

Dne 12. dubna 2006 se Dětská oční klinika FN Brno stala majitelem nového diodového laseru. Svědky slavnostního aktu předání byli nejen zástupci kliniky a médií, ale především zakladatel a výkonná ředitelka Nadace Leontýna. Právě z xnančních prostředků, které se nadaci podařily shromáždit, byl přístroj, zachraňující zrak nezralým novorozencům nebo dětem s očním nádorem či zeleným zákalem, pořízen. Děkuje!



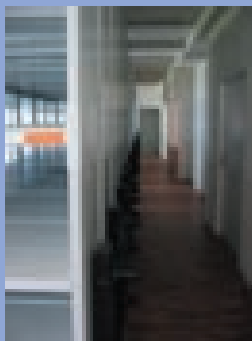
TRANSPLANTAČNÍ JEDNOTKA OTEVŘENA



Dne 22. května 2006 byla za účasti politických představitelů i odborné veřejnosti slavnostně otevřena Jednotka intenzivní péče pro alogenní transplantace kostní dřeně Kliniky dětské onkologie FN Brno. Rekonstrukce stávajících prostor se díky vysokým nárokům na technologické vybavení vyšplhala téměř na 22 milionů korun. Všem, jejichž zásluhou se toto pracoviště podařilo vybudovat, děkujeme.

SLAVNOSTNÍ OTEVŘENÍ DALŠÍ ČÁSTI ÚSTŘEDNÍ SPISOVNY PMDV NA NETROUFALKÁCH

Dne 31. května 2006 byla slavnostně otevřena další část Ústřední spisovny PMDV na Netroufalkách za účasti vedení FN Brno a pozvaných hostů. Ústřední spisovna PMDV vzrostla o kapacitu 1km běžných metrů. Tato část spisovny pojme k uložení zdravotnickou dokumentaci (chorobopisy) z jednotlivých klinik PMDV hospitalizační roky 1989-1999. S převodem se započalo již v měsíci dubnu, dle stanoveného harmonogramu. Rekonstrukce spisovny probíhala v rekordním čase od 20. března do 20. května 2006. Pracovní doba ve spisovně je denně 6,30 – 15,30 hodin, o dokumentaci se starají dvě zaměstnankyně spisovny, které se těší na spolupráci s jednotlivými klinikami.



- ☐ tělocviku těhotných
- ☐ tělocviku žen po porodu.

V květnu se v rámci Mezinárodního dne porodních asistentek konalo hned několik akcí.

Hnutí za aktivní mateřství se rozhodlo oslavit Mezinárodní den porodních asistentek vesele. Na pražském Můstku se konalo pouliční divadlo masek, těhotných žen a dětí se zpěvy a bubny. To vše pod heslem „My přivádíme děti na svět“. Vybrali si Den porodních asistentek právě proto, že podle nich má každá žena právo na to, aby u jejího porodu byla porodní asistentka a vedla fyziologický porod takovým způsobem a na takovém místě, které si žena zvolí. Akce navázala na loňský protest pod názvem „Nechte lékaře rodit za vás“.

☐ Zároveň ve dnech 15. – 21. května 2006 pobíhal Světový týden respektu k porodu (World Week Respected Childbirth). V rámci tohoto týdne se konala multimediální výstava v letohrádku Portheimka v Praze – Umění porodit. Ke shlédnutí byly obrazy, fotografie, objekty, filmy, zvuky...

☐ Proběhla dětská výtvarná soutěž – Jak přicházíme na svět. Celkem dorazilo na 700 prací z 50 škol z celé ČR. Nejlepší z nich postoupí do užšího výběru.

☐ Velká akce se konala též v Městské knihovně v Praze, kam přijel významný host a osobnost v porodní asistenci z USA, paní Ina May Gaskin. Její prezentace měla název Moudrost ženského těla při porodu a kojení.

☐ Unie porodních asistentek (UNIPA) v souvislosti s mezinárodním dnem porodních asistentek a Týdnem respektu k porodu vyhlásila pod záštitou Ústavu pro jazyk český Akademie věd ČR veřejnou soutěž o Nové slovo. Hledá se pojmenování pro nové, samostatné porodní asistentky – a to pojmenování výstižné, bez negativních konotací, jednoslovné, moderní.

☐ V květnu proběhlo v Praze i v Brně inovativní sympozium Umění normálního porodu aneb „co nám ve škole neřekli.“

☐ Dne 27. května 2006 se v rámci celostátní konference České gynekologické a porodnické společnosti ČLS JEP v Brně uskutečnil Seminář porodních asistentek, na němž jeden z lékařů před svojí prezentací popřál všem přítomným porodním asistentkám k jejich svátkům, což bylo příjemné.

Myslím, že všechny akce pořádané v přímé návaznosti na Mezinárodní den porodních asistentek, přispěly ke zviditelnění a důležitosti profese porodní asistentky. Ale samozřejmě zůstává na nás, porodních asistentkách, jak se naše profese bude zkvalitňovat a vyvíjet.

Bc. Miloslava Kameníková

Laborantky a laboratoře

Ústavu patologie FN Brno

Nejpočetnější skupinu zaměstnanců v nemocnici tvoří profese souborně nazývané SZP, tedy středně zdravotničtí pracovníci. Nevím, kdo vymyslel to slovo „střední“, patrně se však odvíjí od dělení škol. Když řekneme, že je něco „střední“ tak nutně předpokládáme, že v horizontále je něco nalevo, něco napravo, to by šlo. Ve vertikále něco leží nahoře, něco dole. V tomto smyslu by již šlo o slovo nepatřičné, protože sestry a laborantky jsou neodmyslitelnou a plnohodnotnou součástí života nemocnice, jsou nenahraditelnou součástí pracovních kolektivů.

Ve svém sdělení chci veřejnost seznámit se složitou a náročnou prací laborantek pracujících na Ústavu patologie FN Brno, Pracoviště medicíny dospělého věku a na jeho detašovaných bioptických stanicích. Budu hovořit o jejich práci s obdivem i s vděčností. Vždyť laborantky vytvořily stávající vysoce pozitivní odbornou úroveň našich laboratoří a podílí se významně na příznivé pověsti Ústavu patologie FN Brno jak v rámci Brna, tak i v rámci celé obce patologů. Naše laborantky jsou nedílnou součástí bioptické diagnostiky, která tvoří 85% náplně práce ústavu a participují také na autoptické diagnostice.

Úvodem je správné poukázat na nezastupitelnost našich laborantek. Nechci se ani nepatrně dotknout mimořádné hodnoty práce sester, dovedu si však představit, že v roli klinika bych v krajní nouzi uměl sestru nahradit, alespoň v řadě úkonů. Nikdy však nemohu nahradit práci histopatologických laborantek. Bez nich prostě nejsme. Profese má vedle popisně definované náplně svou zvláštní specifickou, kterou nelze zařadit do vyhlášky, nazývám ji „osobnostním vkladem“. V histopatologii jednoznačně platí, že perfektní ovládnutí přístrojů ještě nevytvoří precizní výsledek. Proces zhotovení histologického preparátu je ovlivněn řadou drobných individuálních úkonů ležících mimo práci přístroje. Patří k nim mimo jiné cit pro manipulaci s tkání, zaujetí výsledkem a především schopnost mít svou práci rád. V textu si dovoluji stručně popsat práci našich laboratoří. Soudím, že vzájemná informovanost jednotlivých pracovišť nemocnice může být prospěšná pro nemocnici jako celek. V textu hovořím jen o laborantkách, protože na našem ústavu žádného mužského zástupce této profese nemáme.

Laboratorní provoz základního pracoviště ústavu v Bohunicích lze popisně rozčlenit na 5 úseků, jsou to: a) komplex histologických laboratoří, b) histochemie, c) imunohistochemie se speciálními metodami, d) cytodiagnostika, e) molekulární



patologie. Nedílnou součástí Ústavu patologie FN Brno jsou dvě detašované bioptické stanice. Koncepte kompletně vybaveného centrálního pracoviště a dvou specializovaných bioptických stanic je moderní, odborně i ekonomicky efektivní. Odborná kvalifikace laborantek celého ústavu je vedena tak, aby jednotlivci postupně procházeli různými laboratořemi. Výsledkem je dostatečný počet laborantek, které se mohou v různých laboratořích kvalifikovaně zastupovat a také stav, v němž si laboratoře navzájem v odborné komunikaci dobře rozumí. Je to důležité. Vždyť na jedné závěrečné diagnóze se podílí často všechny laboratoře. Vzájemné zastupování je zajištěno také mezi laboranty základního pracoviště a bioptických stanic. Pravidlo zastupování platí pro všechny profese.

Komplex histologických laboratoří začíná příjmovou laboratoří. Z klinických pracovišť zasílané tkáňové vzorky, části orgánů i celé orgány zde prochází „procesem přikrajování“. Tkáně jsou makroskopicky dokumentovány popisem, případně obrazem. Následuje cílené vybírání reprezentativních tkáňových excizí a jejich úprava do blokovacích kazet. Při přikrajování tvoří lékař, laborantky a zapisovatel sebrané spolupracující tým s přesně rozdělenými funkcemi. Vše se děje v režii laborantky, která garantuje vyloučení záměny vzorků i optimální uložení tkání v kazetách. Ty jsou pak vkládány do autotechnikonů, kde v průběhu zbytku dne a v nočních hodinách je tkáň automaticky odvodňována a připravena k zalití do parafínu.

V laboratoři pro autotechnikonový proces jsou excize zalévány do tvaru parafinových bločků. Obdivuji umění laborantek, že dokáží zajistit uložení parafínem prosycených excizí tak, aby byla zajištěna správná orientace vzorku při krájení bločků na mikrotomech. Proces krájení a barvení probíhá v histologické laboratoři č. 1, kterou lze přirovnat k ambulantnímu provozu klinik. Laborantky pomocí mikrotomů zhotovují z excizí série několik tisíců mm tlustých tkáňových řezů. Zachycením





řezu na podložní skla vzniknou histologické preparáty. Ty jsou rychle v termostatu sušeny a v barvicím automatu barveny hematoxylinem - eosinem. Barvení náročnějšími metodami se děje ručně v kyvetách. Po barvení a odvodnění jsou řezy pokryty médiem, přikryty krycím sklem a trvalý preparát je předán patologovi k mikroskopické diagnostice. Od přikrojení tkání po předání preparátu lékaři trvá celý proces zhotovení standardního preparátu 24 hodin. Analogicky jako biotické preparáty jsou zhotovovány preparáty z autopsií. Podle počtu vyšetřených případů patří náš ústav do kategorie velkých pracovišť, vyšetří za rok tkáň od 30 000 a cytologie od 20 000 pacientů.

V histologické laboratoři č. 2 jsou zhotovovány preparáty z endoskopických mikroexcizi, z drobných punkčních vzorků z jater, z prostaty a z jiných orgánů. Z těchto odběrů jsou standardně zhotoveny série preparátů barvených několika speciálními metodami. Laboratoř slouží také k odvápnování kostí. Pracovní tým komplexu histologických laboratoří tvoří paní Zdeňka Brunová, Jana Jarošová, Jiřina Moulisová, Ivana Ognarová, Kateřina Otrubová, Markéta Slámová, Jaroslava Straková a laborantky v kvalitní přípravě.

Histochemická laboratoř je zaměřena převážně na průkaz en-

zymů v histologických řezech. Na rozdíl od histologických laboratoří pracuje histochemie převážně s nativním materiálem, tj. s tkáněmi bez výchozí formolové fixace. Histologické řezy jsou zhotoveny v kryostatu při teplotě minus 20-30 stupňů. Výsledné preparáty jsou vyšetřovány biochemickými metodami upravenými k aplikaci na tkáňový řez. Reakcí vznikne zbarvený produkt přesně vázaný na buněčné komponenty tkání. Diagnóza je patologem odečtena mikroskopicky. Laboratoř slouží převážně k diagnostice metabolických onemocnění GIT a k diagnostice chorob kosterního svalstva. V myopatologii si laboratoř získala celostátní proslulost a dobré jméno školícího pracoviště a tři desítky let pak vyškolila řadu patologů a laborantů z celé republiky. Provoz laboratoře zajišťuje Zdeňka Slávková současná naše vedoucí laborantka a Jana Zaorálková.

Součástí histologických laboratoří, histochemické laboratoře a biotických stanic je metoda peroperačního vyšetření. Chirurgem cíleně odebraná nativní tkáň je krájena ve zmrazeném stavu kryostatovou metodou, histologické řezy jsou rychle barveny, celý proces zhotovení preparátu trvá průměrně 10 minut. Peroperační diagnóza patologa ovlivní často zásadně další průběh operace i další léčení pacienta. Metoda peroperační biopsie je nesporně psychicky náročná pro patologa i pro laborantku. Vše probíhá rychle, chirurg čeká na výsledek v průběhu běžícího operačního výkonu, rychlost provedení preparátu je proto nezbytná. Nezbytné je však také zachovat kvalitu, špatně provedený preparát může zásadně poškodit pacienta. Peroperační biopsie je proto vyhrazena jen zkušeným lékařům a laborantkám.

Laboratoř pro imunohistochemii a speciální histologii je v dnešní patologii základem pro přesnou onkologickou diagnostiku. Imunohistochemie umí v histologických řezech prokázat desítky antigenů vázaných na buněčné komponenty normálních tkání i nádorů. Metodika používá velký počet definovaných protilátek, které jsou aplikovány na histologický řez. Vázaná protilátka se pak prokáže histochemickou reakcí. Výsledkem je zbarvení, které v mikroskopu ozřejmí přítomnost



protilátky, a tedy i hledaný antigen. Imunofenotyp buňky je pro každý nádor dosti charakteristický a vymezuje diagnózu. Naše laboratoř je na vysoké metodické úrovni, zcela v relaci s požadavky moderní biotické diagnostiky. Metodika pracuje s parafínovými i se zmrazenými tkáňovými řezy, laboratoř je vybavena speciálním

vakuovým a hyperbarickým tkáňovým procesorem a imunostainerem. V kombinaci se speciálními barvicími metodami je laboratoř cílovou kompaktní jednotkou pro hematologickou biopsii, pro pediatickou onkologii, podílí se na přesné diagnostice onkologické biopsie všech orgánových systémů. Laboratoř slouží k zaškolování laborantek z jiných pracovišť. Úroveň metodik

garantují Ivana Hrstková, Hana Rychtecká, Lenka Svobodová a Eva Beranová.

Cytologická laboratoř je zaměřena na hodnocení buněčných suspenzí získaných ze sekretů, ze stěrů sliznic, z výpotků, z močí a z nejrůznějších tělních tekutin. Základem hodnocení je cytologický preparát, tj. podložní sklíčko se zachycenými buňkami v jedné vrstvě. Preparát je zhotoven buď jako nátěr, nebo jako buněčný koncentrát připravený centrifugací na speciálním přístroji cytospinu. Některé materiály jsou zalévány do parafínu a vyšetřeny jako histologický preparát. Metodika poskytuje cenné informace hlavně v gynekologii a v pneumologii, je často první metodou volby při podezření na nádorová onemocnění. Laborantky cytodiagnostické laboratoře zhotovují cytologické preparáty a současně ve funkci skrinérek se podílí na diagnostice. Mikroskopicky vyšetřují sestavy preparátů, formulují pro patologa předběžnou diagnózu. V gynekologické cytologii neonkologické nálezy samostatně diagnostikují, onkologické nálezy s předběžnou diagnózou předávají k hodnocení patologovi. K diagnostice je třeba mít potřebné teoretické znalosti a spoustu zkušeností. Proto je pro funkci skrinérek vyžadována histologická i nadstavbová cytologická atestace. Cytologickou diagnostiku stabilně zajišťují paní Zdeňka Dvořáková, Andrea Krejčí a Mirka Moltašová. Laboratoř také doškoluje skrinérky z různých pracovišť celé republiky.

Metodika polotenkových řezů a řezů pro elektronovou mikroskopii je zcela zvláštní laboratorní disciplínou. Velmi drobné tkáňové fragmenty jsou speciálně fixovány, zalévány do umělých pryskyřic, krájeny diamantovými noži na ultramikrotomu a prohlíženy v elektronovém mikroskopu. Slouží k diagnostice svalové biopsie, k biopsii periferního nervu a některých tumorů. Metodiku stabilně zajišťuje Jaroslava Fišerová a Jiřina Moulisová.

Laboratorní komplex molekulární patologie. V rámci oboru jde o novou disciplínu, bez níž je moderní ústav nemyslitelný. Práce laboratoře je zaměřena na soubor definovaných diagnóz, jejich počet však stále roste. Na rozdíl od histopatologie používá molekulární patologie metodiku molekulární biologie. Práce laborantek má však řadu styčných bodů s histologií. V naší laboratoři jsou standardně používány metodiky FISH (fluorescenční in situ hybridizace), metoda imunoblotingu, a metoda FASAY k funkční



analýze nádorového supresoru p53. Diagnostická informace je odečítána na subcelulární úrovni. Metodiky používané v naší laboratoři vstupují do přesné diagnostiky některých lymfomů, karcinomu prsu, karcinomu močového měchýře, chronické lymfocytární leukémie a formulují diagnózu některých svalových dystrofií. Stálý rozvoj laboratoře molekulární patologie je konstantním

programem ústavu. Metodiky garantují a provádí přírodovědci, součástí týmu jsou laborantky Renata Hrabálková a Miluše Svitáková.

Detašovaná bioptická stanice na Pracovišti reprodukční medicíny. Laboratoře disponují analogickým metodickým vybavením jak je uvedeno v komplexu histologických laboratoří a v cytologické laboratoři základního pracoviště v Bohunicích. Provádí také některé imunohistochemické metody a pro operační sály vlastní nemocnice zajišťuje peroperační biopsii. Tématicky se celá laboratoř věnuje gynekologické biopsii a patologii mamy. V bioptické stanici pracují 2 lékaři a laborantky Olga Vrbková, Jarmila Bartošová, Leona Hladká a Miroslava Kroupová.

Detašovaná bioptická stanice na Pracovišti dětské medicíny zajišťuje bioptická vyšetření pro všechna pediatriká pracoviště, pro Vojenskou nemocnici a pro některé mimonemocniční ambulantní složky. Laboratoř je vybavena pro metodu peroperační biopsie, standardními a speciálními histologickými



metodami. Speciálním zaměřením je pediatriká onkologie. Ostatní metody zajišťuje základní pracoviště v Bohunicích. V bioptické stanici je jeden lékař a 2 kvalifikované laborantky, Dana Dilhofová a Dagmar Kohoutková.

Koncepcí kompletně vybaveného centrálního pracoviště a dvou specializovaných bioptických stanic je ekonomická, moderní a odborně efektivní.

Podaný přehled laboratorních celků demonstruje rozmanitost i náročnost práce laborantek na Ústavu patologie FN Brno. Než se z absolventky stane skutečný profesionál prochází postupně v období několika let jednotlivými laboratořemi, aby zvládla řadu značně různorodých metodik a získala spoustu teoretických znalostí. Soubor laboratoří ÚPa naplňuje moderní pojetí oboru patologie a nabízí svým laborantkám optimální prostor k vysoké kvalifikaci i možnost zapojení do postgraduálního vysokoškolského studia. Laborantky dnes vědí, že ustrnutí na jedné metodice by znamenalo jen limitovanou odbornou i existenční budoucnost. Přejí všem našim laborantkám, aby se jim práce stále dařila, aby ústav pro ně byl stále zdrojem existenční jistoty i součástí jejich osobní spokojenosti.

Prof. MUDr. Karel Dvořák, CSc.

DebRA ČR slaví druhé narozeniny

DebRA ČR je občanské sdružení poskytující řadu služeb lidem žijícím s vzácnou vrozenou vadou kůže epidermolysis bullosa congenita (EB). Krátce po svém vzniku se DebRA ČR stala členkou DebRA International se sídlem v Londýně.

Organizace dostala před lety název DebRA, a to podle holčičky, která se narodila s EB. Po narození neměla velké šance na přežití, houževnatost její maminky a pochopení lékařů jí však umožnilo žít plnohodnotný život. Po několika letech založila maminka Debry sdružení pro rodiny z celé Velké Británie, v nichž někdo s EB žije a dala mu i mezinárodní rozměr. Po navázání výborné spolupráce s klinickým centrem v Londýně získal název organizace nový rozměr – DebRA - Dystrophic Epidermolysis Bullosa Research Association.

Ve všech zemích, kde se odborníci problematice EB věnují, vznikla specializovaná centra. Zde se pacienti s EB koncentrují, ať už z důvodu specifčnosti poskytované péče nebo z důvodu vyšší ekonomické efektivity. Podle počtu obyvatel je ve vyspělých státech jedno nebo dvě EB Centra. V současné době žije ve světě asi 30 000 lidí s EB.

Klinická péče, která zahrnuje specialisty různých odborností, je pro pacienty zásadní. Organizace DebRA doplňuje tuto péči o podporu sociální, ekonomickou a psychologickou, navíc úzce spolupracuje s EB Centrem, čímž je zajištěna komplexní péče o pacienty s EB a jejich rodiny. Klinické EB Centrum vzniklo v roce 2001 i v České republice, a to při Kožním oddělení I. DIK FN Brno – PDM. EB Centrum koncentruje dětské i dospělé pacienty z celé republiky. Jeho činnost koordinuje prim. MUDr. Hana Bučková, PhD., která se v roce 2004 významně zasadila i o vznik organizace DebRA ČR. Klinické EB Centrum se významně opírá o tým specialistů různých odborností, kteří se individuálně věnují pacientům s EB a poskytují jim tak péči na špičkové úrovni. Mezi odborníky v klinickém centru patří dermatolog, pediatr, fyzioterapeut, oftalmolog, stomatolog, histopatolog, hematolog, genetik, tým školených zdravotních sester. Činnost mezioborového týmu doplňuje sociální pracovník a psycholog, kteří jsou pracovníky organizace DebRA.

Díky vstřícnému postoji vedení FN Brno může DebRA ČR vykonávat svou činnost přímo v areálu FN Brno – PDM. To je zásadní pro úzkou spolupráci s klinickým centrem a oceňují to hlavně pacienti s EB a jejich rodiny.

V současné době by měly všechny organizace DebRA poskytovat svým klientům služby sociální, zdravotní a poradenské.



Do sociální oblasti patří zejména následující aktivity:

- ☐ zprostředkovávat rodinám vzájemný kontakt
- ☐ sdružovat pacienty a jejich rodiny
- ☐ poskytovat služby sociálního pracovníka
- ☐ organizovat ozdravné pobyty
- ☐ eliminovat sociální exkluzi klientů

Zdravotnická pomoc spočívá především :

- ☐ v aktivní spolupráci s klinickým EB Centrem
- ☐ v získávání finančních prostředků pro kvalitní fungování EB Centra
- ☐ v zprostředkování kontaktu pacientů s EB Centrem
- ☐ v zabezpečení dostatku kvalitního ošetrovacího materiálu pro pacienty ošetřované v ambulanci, na oddělení

Poradenská činnost určená pro klienty a jejich rodiny:

- ☐ rady pro jednání s úřady, zdravotními pojišťovnami
- ☐ právní poradenství pro získání práv a výhod

DebRA ČR od svého vzniku úzce spolupracuje s klinickým EB Centrem při Kožním oddělení I. dětské interní kliniky FN Brno – Pracoviště dětské medicíny, do něhož dochází 104 pacientů z celé ČR, což odpovídá výskytu onemocnění na počet obyvatel. DebRA ČR se začlenila do střešní organizace Národní rada zdravotně postižených a spolupracuje s Ligou za práva vozíčkářů.

Odborným garantem DebRA ČR a koordinátorem činnosti EB Centra je primářka Kožního oddělení I. dětské interní kliniky FN Brno MUDr. Hana Bučková, PhD. Záštitu nad aktivitami organizace DebRA ČR převzal v květnu 2005 veřejný ochránce práv JUDr. Otakar Motejl.

Cílem DebRA ČR je pro klienty a jejich rodiny zajistit takové služby, které povedou ke zkvalitnění jejich života. Psychický tlak na rodinu z daného onemocnění je tak velký, že je často příčinou jejího rozpadu, matka zůstává s dítětem sama, čelí velkým finančním potížím. Měsíční náklady rodiny na obvozávací materiál, speciální stravu u pacienta s EB činí v průměru až 7 000 Kč měsíčně.

REKAPITULACE ČINNOSTI

Dne 15. května 2006 tomu byly dva roky od založení občanského sdružení DebRA ČR. V neziskové sféře jsou dva roky rovný téměř magickému období. Během dvou let své existence a aktivní činnosti prokázala tato nezisková organizace svůj význam a účelnost svých cílů. Může se prezentovat dvěma výročními zprávami a zprávou o hospodaření. Obvykle se podle těchto dvou dokumentů pozná, má-li smysl pro organizaci, aby pokračovala ve svých projektech či nikoli.

DebRA ČR v uplynulých dvou letech obstála a může se zařadit mezi fungující a zavedené organizace. I když jsme stále na začátku (ve srovnání s desetiletími fungování organizací DebRA ve světě), získali jsme uznání ústředních orgánů státní správy, což se projevilo získáním grantů na sociální projekty. Na základě těchto dotací jsme mohli přijmout terénní sociální pracovníci, uspořádáme ozdravný pobyt pro děti s EB do 18 let a budeme se dále rozvíjet.

V uplynulém období se nám podařilo získat respekt i na mezinárodním poli. Navštívili jsme celkem pět konferencí konaných v zahraničí a na XV. Kongresu DebRA Europe v rakouském Salzburgu budeme mít možnost prezentovat svou činnost a aktivity v širším měřítku než dosud. Díky kontaktům s jinými organizacemi DebRA všude ve světě máme možnost srovnávat aktivity sdružení a nechat se inspirovat k dalším činnostem.

K významným událostem uplynulého období patří uspořádání putovní informativní výstavy, která byla k vidění v různých institucích v Brně od května do října 2005. Výstavu zařídil hejtman Jihomoravského kraje Ing. Stanislav Juránek.

V průběhu posledního adventního víkendu roku 2005 jsme ve spolupráci s Rotary Clubem Brno City prodávali v obchodní galerii Vaňkovka Vánoční punč. Výtěžek z celé akce byl použit na nákup elektromagnetické podložky pro lepší hojení ran lidí s EB. Od počátku roku 2006 pořádá DebRA ČR putovní prodejní výstavu „Doteky motýlích křídel“, která bude k vidění do konce letošního roku. Je složená z dvanácti obrázků výtvarnice Marie Kolářové. Pro příští rok se z výstavy stane kalendář, který bude možné zakoupit prostřednictvím DebRA ČR nebo v prodejnách tiskovin ve FN Brno.

Od dubna 2006 poskytuje DebRA ČR služby sociální pracovníce. Jedná se o poradenství, individuální a skupinovou sociální práci, terénní sociální práci a mnohé další služby pro lidi s EB a jejich rodiny.

PLÁNOVANÉ AKTIVITY

Pro další období je pro nás stěžejní především rozvoj činnosti, a to v následujících směrech:

- sociální péče – nabízet profesionální služby sociálního pracovníka (viz Manuál)
- klinická péče – podporovat klinické EB Centrum v rozvoji a to hlavně nákupem ošetrovacího materiálu a umožněním členům EB Centra účastnit se mezinárodních kongresů na téma EB
- ozdravný pobyt – na podzim 2006 zorganizovat rekondiční

a edukační pobyt v Čechách

- získávání prostředků – pro dobré fungování a realizaci vytyčených projektů je nezbytné neustále shánět dostatek finančních prostředků.

Do konce letošního roku bude DebRA ČR pořádát nebo se podílet na pořádání několika dalších benefičních akcí.

První z nich se uskuteční již 17. června 2006, a to v ZOO Brno, kde se pod názvem „Budte dobří jako bobři“ uskuteční soutěžní den pro velké i malé děti. Akce je společným dílem čtyř organizací spolupracujících s FN Brno – Dobrovolnické centrum Motýlek, DebRA ČR, Nadační fond dětské onkologie Krtek a Sdružení pro pomoc popáleným dětem.

V sobotu 14. října 2006 proběhne první ročník DebRA Golf Cup, který se odehraje na novém golfovém hřišti v Brně – Jinačovicích. Golfový turnaj bude určen pro více či méně zdatné golfisty i pro úplné začátečníky.

Díky dotaci může DebRA ČR uspořádat letos na podzim i první rekondiční a edukační pobyt pro děti s EB, který bude zaměřen především na fyzioterapii dětí s EB a vzdělávání rodičů. Důležitým úkolem je dopřát dětem s EB takový zážitek, jaký mají zdravé děti po táborovém pobytu.

KLINICKÝ DEN A KONFERENCE

DebRA ČR ve spolupráci s klinickým EB Centrem při Kožním oddělení I. DIK FN Brno – PDM uspořádala dne 26. května 2006 II. EB klinický den. Klinického dne se zúčastnilo 20 pacientů s nejzávažnější formou EB. Měli možnost konzultovat své problémy s dermatologem, plastickým chirurgem, rehabilitačním lékařem. Klinický den probíhal ve třech ambulancích a následovaly individuální konzultace u ostatních specialistů. Pro pacienty s EB a jejich rodiny bylo připraveno zázemí ve výtvarné dílně, kde bylo přichystáno občerstvení a různé aktivity, jimiž si mohli všichni zpříjemnit čas čekání. Na klinickém dni se DebRA ČR podílela zakoupením moderního krytí, ob vazových materiálů v hodnotě více než 40 000 Kč. Zároveň mohla DebRA ČR poskytnout ostatní materiál, který bude používán v ambulanci pro ošetření pacientů s EB i mimo rámec klinického dne.

V pozdních odpoledních hodinách byla pro členy DebRA ČR zahájena III. Výroční konference. Konference se zúčastnilo 72 posluchačů, 6 přednášejících a 14 dobrovolníků, kteří připravili celodenní program pro děti.

Děkujeme všem, kteří se na organizaci klinického dne a následné konference podíleli. DebRA ČR úzce spolupracuje s klinickým EB Centrem, které se snaží podporovat.

Bc. Magda Hrudková



Číslo účtu veřejné sbírky
(transparentní účet eBanky):
216 603 2001/2400

Informační systém archivu zdravotní dokumentace Fakultní nemocnice Brno



Systém řízení jakosti, jehož začátky se ve FN Brno pojí s rokem 1999, bezesporu souvisí s potřebou poskytování kvalitních služeb a současně s nutností zajistit maximální efektivnost řídicích procesů. To v praxi zdravotnického zařízení neznamená nic jiného, než že na základě promyšleného a účelného provádění systému poskytování zdravotní péče dojde ke zlepšení výsledků dosahovaných při léčbě pacientů. K dosažení takového cíle je třeba nejen stanovit a popsat hlavní činnosti oboru, určit jejich provázanost a souvztažnost, ale rovněž vytvořit nástroje k ovlivňování procesů a v neposlední řadě i definovat rozsah a míru odpovědnosti konkrétních lidí. Jedním z prostředků, kterým je třeba se v souvislosti se zaváděním a realizací systému řízení jakosti vážně zabývat, je rovněž systém spisové služby. Ta se totiž řadí do okruhu problematiky s normami ISO řady 9000 úzce spojené, neboť při zpracování postupů pro certifikaci podle těchto norem je třeba rovněž závazně popsat činnosti související s oběhem dokumentů a s manipulací s nimi.

V souvislosti se zaváděním systému řízení jakosti a za účelem zlepšení vedení zdravotní dokumentace se FN Brno v dubnu 2004 rozhodla využít zkušeností společnosti Bach Systems s. r. o. se sídlem v Olomouci a zabezpečit oblast vedení a evidence zdravotní dokumentace nasazením speciálního informačního systému. Vzhledem k poměrně různé praxi při vedení zdravotní dokumentace ve FN Brno bylo nutno provést zevrubnou vstupní analýzu. Ta potvrdila nejen nesourodost způsobu ukládání zdravotní dokumentace, ale rovněž i odlišnosti ve způsobu jejího řazení na jednotlivých klinikách a odděleních. Proto bylo nutno nejprve důkladně zmapovat požadavky jednotlivých útvarů. Teprve pak bylo možno ve spolupráci s Útvarem spisové služby FN Brno navrhnout možné varianty nasazení a využití informačního systému. Celá tato etapa, která trvala dva měsíce, byla ukončena nově navrženým způsobem předávání zdravotní dokumentace z klinik do centrálního archivu.

Pro zjednodušení a zpřesnění procesu předávání dokumentace (lůžkových chorobopisů) bylo třeba nejprve zvolit technický způsob předávání elektronických informací o ukončených hospitalizacích pacientů FN Brno, a to dle klinik a oddělení. Po posouzení všech reálných možností bylo rozhodnuto, že příslušná data budou do informačního systému archivu zdravotní dokumentace přenášena pomocí importu z nemocničního informačního systému AMIS. Dále bylo rozhodnuto, že import dat se bude provádět v pravidelných týdenních intervalech (každou neděli před půlnocí se vyexportují chorobopisy zpětně za období od pondělí do neděle a to zvlášť pro každé

pracoviště), přičemž každá klinika bude mít zajištěn přístup pouze ke svým datům. Uzavřené chorobopisy budou v systému načítány do předem připravené struktury (Rok ukončení hospitalizace – Muži, Ženy, Exitus – 10-ti letý interval – Rok narození) a mimo tyto složky bude pro každý rok hospitalizace vytvořena ještě složka „Ostatní“, kam se nahrají informace o pacientech, kteří v době předání dokumentace do spisovny dosáhli 100 a více let.

Po ukončení etapy úprav systému a postupu jeho implementace se v prosinci 2004 začalo s testováním. Testovací provoz informačního systému archivu zdravotní dokumentace probíhal na Interní kardiologické klinice FN Brno, kde se po dobu jednoho měsíce zevrubně prověřovala jeho funkčnost. Na základě takto získaných zkušeností pak byly před nasazením do ostrého provozu provedeny poslední úpravy systému.

Instalace informačního systému archivu zdravotní dokumentace ve FN Brno byla realizována v lednu 2005. Při spuštění ostrého provozu informačního systému na všech klinikách a odděleních (leden – únor 2005) byla do provozní databáze jednorázově importována data z nemocničního systému AMIS. V případě PMDV FN Brno (Pracoviště medicíny dospělého věku, Jihlavská 20) se importovaly uzavřené chorobopisy za roky hospitalizace 2000-2004, pro PRM FN Brno (Pracoviště reprodukční medicíny, Obilní trh 11) pak byly pro import použity uzavřené chorobopisy z let 2003-2004. V případě PDM FN Brno (Pracoviště dětské medicíny, Černopolní 9) nebyla použita žádná importovaná data a systém začal být plněn novými údaji z roku 2005. Celý náběh systému společně zajišťovali pracovníci dodavatele a Útvaru spisové služby za významné technické podpory Centra informatiky FN Brno. V průběhu nasazování systému proškolili pracovníci Útvaru spisové služby postupně všechny pověřené zaměstnance jednotlivých útvarů (dokumentáři), přičemž současně operativně odstraňovali drobné problémy související s náběhem systému. Díky přímé komunikaci mezi dokumentáři klinik, pracovníky ústřední spisovny a dodavatele informačního systému proběhl náběh systému na většině klinik a oddělení bez větších komplikací.

Od zavedení informačního systému do praxe je zdravotní dokumentace z klinik a oddělení předávána v pravidelných ročních intervalech (tzn. jednou ročně). V opodstatněných případech bude možno zdravotní dokumentaci předat případně i čteněji. Předání se v těchto případech bude však muset uskutečnit vždy na základě dohody a podle předem stanovených pravidel. Vlastní postup předání dokumentace je jednoduchý. Dokumentační pracovník útvaru před vlastním předáním zkompletuje

předávané chorobopisy vygenerovaných elektronických seznamů a následně s pracovníky příslušné spisovny (každé pracoviště v rámci FN Brno – PMDV, PRM i PDM – má svou vlastní spisovnu) dohodne jejich fyzické předání. Převzetí zdravotní dokumentace spisovnou je pak vždy podmíněno zpracovaným předávacím protokolem, přičemž součástí převzetí dokumentace je i již uváděný elektronický seznam. Převezení a uložení předávaných chorobopisů ve spisovně zajistí pracovníci příslušné spisovny. Základním kritériem rozhodným pro uložení dokumentace ve spisovně je příslušná klinika či oddělení. Následně se chorobopisy seřadí podle pohlaví a roku narození hospitalizovaných pacientů. Chorobopisy zemřelých pacientů budou ukládány v samostatných úložných jednotkách.

Jedním z hledisek posuzování úspěšnosti každého nově nasazovaného informačního systému je otázka přístupu k vlastním, v systému obsaženým informacím. V případě informačního systému archivu zdravotní dokumentace FN Brno je po více než roce jeho využívání možno konstatovat, že nasazený informační systém se osvědčil a díky snadnosti a rychlosti vyhledání informací o dokumentech zjednodušil i možnost operativního využívání uložené dokumentace. (např. ve formě výpůjček). Veškeré výpůjčky ve spisovně uložených chorobopisů dnes probíhají na základě elektronických žádanek, přičemž požadované chorobopisy jsou bezodkladně doručeny příslušné klinice či oddělení. Jelikož systém jakosti, který se ve FN Brno uplatňuje, předpokládá mj. i sledování oběhu dokumentů a manipulaci s nimi, informační systém u všech výpůjček automaticky sleduje termín vrácení dokumentu. Pokud vypůjčený dokument není do spisovny vrácen ve stanoveném termínu, je vypůjčitel na tuto skutečnost systémem upozorněn.

Vedle zlepšení systému evidence zdravotní dokumentace a usnadnění jejího využívání, přineslo zavedení informačního systému i zjednodušení celé řady činností jak samotným dokumentačním pracovníkům klinik, tak i celému Útvaru spisové služby. Jedním z příkladů může být i skartační řízení. Dříve poměrně zdlouhavý a náročný proces vybírání dokumentů pro skartaci probíhá dnes díky informačnímu systému zcela automaticky. Informační systém nejenže vygeneruje např. seznamy chorobopisů, které je možno v souladu s platnými právními předpisy skartovat, ale rovněž přesně určí jejich lokaci v depozitáři spisovny.

Jak bylo řečeno na začátku tohoto článku, zavedení informačního systému archivu zdravotní dokumentace ve FN Brno úzce souviselo s implementací systému řízení jakosti. Na základě zkušeností z více než ročního využívání tohoto informačního systému v ostrém provozu FN Brno lze konstatovat, že došlo ke zlepšení jak evidence, tak i způsobu vedení, ukládání a využívání zdravotní dokumentace. Na dosažení tohoto stavu se velkou měrou podíleli pracovníci Útvaru spisové služby. Ocenit je třeba především aktivní spolupráci paní Renaty Valentové a pana ing. Antonína Koukala. Při zajištění základní vazby budovaného informačního systému na již existující nemocniční systém je třeba rovněž spolupráci Centra informatiky. Touto cestou bychom chtěli rovněž poděkovat i všem ostatním zaměstnancům FN Brno, kteří se na implementaci informačního systému podíleli.

Ing. Miroslav Bayer

Lékařská knihovna FN Brno: zahraniční časopisy roku 2006

- American Heart Journal
- American Journal of Human Genetics
- American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine
- Annals of Internal Medicine
- Archives of Diseases in Childhood – Fetal and Neonatal
- Best Practice and Research Clinical Hematology
- BJM – British Medical Journal
- BJU International
- British Journal of Anesthesia
- British Journal of Haematology
- British Journal of Psychiatry
- British Journal of Surgery
- Chest
- Clinical and Applied Thrombosis/Hemostasis
- Clinical Infectious Diseases
- Clinical Nutrition
- Clinical Orthopaedics and Related Research
- Critical Care Medicine
- European Journal of Trauma
- European Spine Journal
- Fetal Diagnosis and Therapy
- Gastroenterology
- Haemostaseologia
- Human Pathology
- International Journal of Oral and Maxillofacial Surgery
- JAMA – Journal of the American Medical Association
- Journal of Allergy and Clinical Immunology
- Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation
- Journal of Clinical Oncology
- Journal of Infectious Diseases
- Journal of Intensive Care Medicine
- Journal of Internal Medicine
- Journal of Laparoendoscopic and Advanced Surgical Techniques
- Journal of Pediatric Ophthalmology and Strabismus
- Journal of Pediatrics
- Journal of the American College of Cardiology
- Journal of Urology
- Lancet
- Neurosurgery
- Obstetrics and Gynecology
- Pediatric Cardiology
- Pediatric Clinics of North America
- Pediatric Critical Care Medicine
- Pediatric Hematology and Oncology
- Pediatric Infectious Disease Journal
- Pediatric Radiology
- Pediatric Surgery International
- Retina – American Journal of Retinal and Vitreous Diseases
- Seminars in Fetal & Neonatal Medicine
- Seminars in Hematology
- Thorax
- Transfusion
- Trauma
- Vox Sanguinis



Rozhovor s generálním ředitelem Hartmann-Rico



Ing. Lubomír Páleník

Vaším profesním cílem je ze společnosti Hartmann-Rico vypracovat nejlepší společnost na světě. Jaká by tedy taková společnost měla být?

Nerad bych působil jako idealista. ale myslím, že dobrá společnost je taková, ve které jsou spokojené tři vrcholy trojúhelníku. Prvním z nich jsou přirozeně zákazníci. Hlavní důvod, proč existuje naše společnost, je v rámci našich služeb přinést na trh něco nového, v něčem pomáhat, něco řešit. Druhým vrcholem jsou majitelé firmy, kteří do firmy vkládají své prostředky a chtějí, aby se jim nějakým způsobem vrátily, pokud možno efektivněji, než na termínovaném účtu v některé bance. Třetí složkou jsou samozřejmě zaměstnanci. Nejlepší firma je právě ta, která má vyváženou spokojenost těchto tří částí. To není jednoduché, neboť jsou někdy navzájem v protichůdném vztahu; spokojenost zaměstnanců můžeme zajistit již zítra ztrojnásobením platu, ale doplatí na to zákazníci i akcionáři. Kdybychom jednu z těchto tří částí firmy zanedbávali, firma nejen že nebude plnit svoji základní funkci, ale nebude mít ani dlouhou životnost. Nejde o nějakou převratnou myšlenku – předpokládám, že takto přemýšlí každý výkonný manager firmy. Je jasné, že udělat z firmy Hartmann-Rico nejlepší společnost je nedostižitelný cíl, jakýsi ideál. Ale být perfekcionista, mít takovéto vysoké cíle je dobré, pokud člověk není nešťastný, když je nedosahuje a pokud si uvědomuje, že přiblížení se oněm cílům a kvalita oné cesty je samotná podstata toho, proč tu jsme.

Je v českém prostředí těžké dosahovat takových cílů? Máte možnost srovnávat s německým prostředím, které dobře znáte, s prostředím střední a východní Evropy, kde působíte jako ředitel firmy Hartmann pro tento region...

České prostředí není ani mimořádně špatné ani dobré. Transparentní prostředí německého trhu je vynikající zejména proto, že když pošlete s výrobkem fakturu, je téměř 100% jistota, že bude včas proplacena. To je velký problém českého trhu a čím půjdeme více na východ, tím to bude větší problém. Na druhou stranu je toto prostředí velice tvrdé, co se konkurence týče. Výhoda nových východních trhů je ta, že jsme vnímáni jako vysoce inovační společnost, protože každý nový produkt, který se na západě už dvacet let vyrábí, je pro zdravotnictví některých zemí například Bal-kánu, Ruska, Ukrajiny výraznou inovací. Z tohoto pohledu je

Česká republika někde mezi.

Většina českých top managerů je velmi kritická ke zdejší legislativě, k neexistenci finanční reformy, k reformě veřejné správy, k reformě zdravotnictví. Tím, že mám zkušenosti jak se západními, tak s východními trhy, musím říci, že v mnoha zemích je to mnohdy mnohem, mnohem horší. Skepse proto není na místě, je potřeba operovat s tím, co je k dispozici. Dovolím si jednu historku: ve třicátých letech se velice úspěšného manažera ptají, jak je možné, že v časech ekonomické krize dosahuje takové výkonnosti a je ziskový. On odpovídá: „Víte, já jsem tolik zaměstnaný svojí firmou, že nečtu noviny a nesleduji, co se děje a do teď jsem netušil, že nějaká ekonomická krize vůbec je“.

Naše společnost reaguje na stávající tržní prostředí a poskytuje systémová řešení, a to nejenom prostřednictvím svých kvalitních produktů, ale také poskytováním dalších služeb a vzdělávacích akcí zaměřených na zefektivnění a zjednodušení léčebných procesů v nemocnicích a dalších zdravotnických zařízeních.

Jako podmínku ideálně fungující firmy jste zmínil spokojené zaměstnance. Vyplatí se vůbec v českém prostředí starat se o své zaměstnance, nebo je to spíše úlitba čistému svědomí, etice?

Můj názor je, že investice do zaměstnance se vždy vyplatí. Vede totiž k loajalitě a k tomu, že zaměstnanec nechává na pracovišti nejen svoje „ruce“, ale také svůj mozek a srdce. Bohužel ale kdybychom zašli do výroby a za zaměstnanci, je mi jasné, že možná 50% lidí by nám řeklo, že tuto podporu necítí. A to firmu Hartmann-Rico považují za firmu, která se o své lidi stará, poskytuje benefity a obecně do nich investuje. Ale je to jako s oním zdravotnictvím: na jedné straně jsou vaše limitované možnosti a na druhé nelimitovaná očekávání zaměstnanců. U nás například poskytujeme 13. plat, máme týden dovolené navíc, obchodní zástupci a lidé v terénu jsou vybaveni automobily, notebooky, mobilními telefony, ale to vše je součástí běžných očekávání. Jako normální je vnímáno například i to, že za svoji práci dostanou včas příslušnou mzdu. V porovnání s trhem to však není zas až taková samozřejmost a ve spoustě firem je téměř luxusem vidět svoji mzdu na účtu v daném termínu. Nechci tím říci, že toto je náš benefit, ale je to jistota pro naše zaměstnance.

Firma musí být hrdá i pokud se její dobří zaměstnanci rozhodnou ji opustit a hledat uplatnění i v jiných společnos-

tech. Cílem je, aby si ostatní řekli: výborně, tenhle člověk přichází z Hartmannu, ten má jistě zkušenosti, vzdělání atd. Proto mě nemrzí, když člověk, do kterého jsme investovali desítky tisíc za vzdělání, po čase odejde do jiné firmy. To je zkrátka život a já věřím, že to co jsme investovali stačil již naší firmě vrátit za dobu, kdy pro nás pracoval.

Máte vy sám čas se vzdělávat?

Dělám si takový týdenní osobní plán a v něm mám každý den hodinu odborného studia a 30 minut studia jazyka. Tato předsevzetí plním tak někde mezi 3 až 5 procenty. Řízení naprosto převládá a přiznám se, že z toho nemám dobrý pocit. Jsem člověk, který celý svůj život považuje za jedno velké učení se. I při našem rozhovoru se učím něčemu novému. Ale přece jenom bych jako systematicky uvažující člověk rád měl hodinu denně na intenzivní studium zdravotnických odborných věcí, financí apod. Bohužel si ji nedokážu vyhradit a mám z toho špatný pocit. Víím, že lidé kteří právě toto dokáží jsou pak ti úspěšní. Např. pan prezident Václav Klaus – ne že by byl mým nějak významným vzorem – mi velmi imponoval tím, jak už na prognostickém ústavu využíval minuty v tramvaji a studoval angličtinu či němčinu. A podívejte, jak to dotáhl daleko.

Vysoké pracovní nasazení vyžaduje úměrnou relaxaci. Jak nejraději relaxujete?

Opět se vrátím k panu Klausovi. V době, kdy byl předsedou vlády, mě zaujal prohlášením, že třikrát do týdne hraje tenis. V té době jsem byl už vrcholovým managerem a trápil jsem se problémy firmy od rána do noci. To jsem si řekl: nepřeháním to s tím pocitem vlastní odpovědnosti? Předseda vlády, jehož odpovědnost je očividně několikanásobná, si dokáže ve svém time-managementu najít třikrát dvě hodiny na tenis a já nikoli. Od té doby se snažím dvakrát, třikrát do týdne nějaký „télcovik“ do programu zařadit. Většinou je to v létě kolo a v zimě běžky na horách. Dříve jsem hrával vrcholově volejbal a byl jsem zvyklý na velké fyzické zatížení, dvoufázové tréninky a pod. Teď je to spíše takový letmý dotyk fyzické aktivity. Ale velmi mi to chybí. V rámci duševní hygieny je pro vrcholového manažera fyzická relaxace nesmírně důležitá.

Problém je v tom, že dnešní svět je přeplněný informacemi – klasickou poštou, odbornými materiály, emaily, běžná agenda. Zpracování všech těchto informací je nad fyzické možnosti jedince a nad rámec dvaceti čtyř hodinového dne. Informace se pak kupí a řešení se zužuje na stanovení priorit, zda právě tato věc je ta, která se musí řešit, či ne. Na nic jiného nezbyvá čas.

Jak se žije a pracuje Vám jako Slovákovi v České republice?

Já jsem do jisté míry stále federalista – Čechoslovák. Jak jsem říkal, většinu času trávím zde, ale rodina bydlí na Slovensku.

První, co musím poznamenat je, že mě rozdělení velice mrzelo. V žádném referendu by k tomu nedošlo. V Čechách to vypadalo, jako by si Slovensko rozdělení přálo. Oněch 8% obyvatel, co si rozdělení skutečně přálo bylo totiž velmi hlasitých. Nálada pak byla typu: tak když si to přejí, tak se rozdělme. Myslím, že Čechy tím příliš neztratily, maximálně Tatry, kam navíc může každý svobodně cestovat. Slovensko z mého pohledu ztratilo víc a většina Slováků si to celou dobu uvědomovala. V minulém roce jsme společně vstoupili do Evropské Unie, takže už ono rozdělení necítím tak silně.

Za celých deset let, co působím v České republice a mluvím stále slovensky, jsem se nesetkal s negativním postojem, ať už jako manažer nebo jako zákazník kdekoli v obchodě. Když přijedu na Slovensko, tyto věci vůči Čechům vnímám poměrně silně. Je to stále oněch 8% lidí, ale ti dokážou velmi nepříjemnit pobyt nejen Čechům, ale i ostatním národům na Slovensku. Na druhou stranu jsem hrdý, že za poslední dva tři roky se podařilo uskutečnit mnoho reforem a slovenská vláda je v zahraničí vnímána velmi dobře. Bohužel je tomu jinak ve vlastním Slovensku, kde se lidé více dívají na reálné, krátkodobé dopady těchto reforem.

HARTMANN



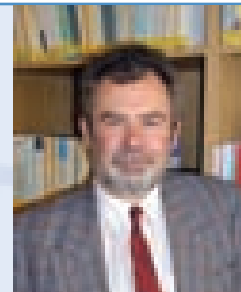
Obecné informace o společnosti HARTMANN-RICO a.s.

Společnost HARTMANN-RICO a.s. patří mezi nejvýznamnější výrobce a distributory zdravotnických prostředků a hygienických výrobků v České republice. Vznikla v roce 1991 vstupem společnosti Paul Hartmann AG do tehdejšího podniku Rico Veverská Bítýška. Společnost je součástí mezinárodní skupiny HARTMANN se sídlem v Heidenheimu v SRN.

HARTMANN-RICO je prostřednictvím své dceřiné společnosti aktivní i na území Slovenské republiky, se sídlem v Bratislavě.

HARTMANN-RICO v České republice je druhý největší zaměstnavatel v rámci celosvětové skupiny HARTMANN. Zahraniční pobočky skupiny zaměstnávaly 62,7 % všech zaměstnanců. Skupina HARTMANN zaměstnává celkem 9051 osob, z toho HARTMANN-RICO v České republice poskytuje práci 1 572 zaměstnancům

Váha a oběh jevů nevažitelných



Jak čtenář asi ví, pokoušíme se na této malé kutací parcele prokopávat ke kořenům toho, co je nazýváno nesnadno definovatelným pojmem „moudrost“. Vyšli jsme od pohádek a dnes máme před sebou cosi dalšího. Při rozboru pojmu „moudrost“ narazí člověk často na to, že jde, mimo jiné, i o schopnost vnímat věci nesnadno važitelné a měřitelné. Pro tyto nevažitelné věci bylo již dávno zavedeno latinské slovo „imponderabilia“, což znamená doslova „věci nevažitelné“. Takovou celkem neměřitelnou hodnotou je například u člověka jeho nálada, jeho pohoda či nepohoda, tedy to, jak se cítí. Navzdory nesnadnosti tyto stavy nějak popsat a změřit jistě každý ví, o co jde, a může se tedy rovněž zamyslet nad tím, jak se tyto stavy šíří a předávají.

Jedním z největších objevů, které člověk v dějinách učinil je to, že většina dějů na této zemi má povahu koloběhu. Tak je znám koloběh vody, koloběh dusíku, koloběh peněz, a podívali-li se člověk pozorně na cokoli, vždy by nějaké běžení dokola objevil. Koloběh „nálad“, či skoro by bylo možno říci Dobra a Zla je již dávno předmětem zájmu psychologie. Často si připomínám jednu přednášku z Psychologie osobnosti, i se zajímavou pointou na závěr. To je tedy tak: Člověk jde ráno rozmrzele do zaměstnání, protože se špatně vyspal. Proto se utrhne na prodavačku, která ho dle jeho úsudku ne dost ochotně obslouží. Ta pak, plna hořkosti a pocitu křivdy, vyklopí svou nevoli a rozladu na zákazníka, který třeba nemá drobné. Ten není rovněž po ránu schopen takový šok rozchodit, a nese si břemeno této nespravedlnosti s sebou. Všechno to s ulehčením vysype na člověka, který mu v zaměstnání poskytne první záminku. Ani ten není ochoten to nechat na sobě, takže se po příchodu domů nemilosrdně kvůli maličkosti oboří na manželku. Ta reaguje následkem rozladění nepřiměřeně na synovu špatnou známku, a ten, chudák, už mnoho možností „poslat to dál“ nemá. Alespoň tedy nakopne psa. Tu se

pan profesor odmlčel, a do ticha se z posluchárny ozvalo „a pes jim po... (inu, řekněme zde „pošpiní“) koberec. Tak nějak tedy vypadá ten běžný všední řetězec, který se nás každodenně ve větší či menší míře snaží strhnout. V uvedeném příkladu dejme tomu onen řetěz končí na koberci, ale ve skutečnosti běží dále a dále, a nezřídka se jeho původce s ním ještě sám někde znovu setkává. Byl by skoro div, kdyby člověk nebyl některý den do nějakého takového koloběhu vtahován a případně vtažen. Existuje-li nějaké záslužné neokázalé hrdinství všedního dne, pak spočívá v tom, že člověk tento koloběh přetrhne. Ono přetřetí spočívá jednoduše v tom, že to „nepošle dál“, že ono zlo skončí u něj jako v jámě. Takový člověk tím vykoná cosi heroického, a to nejen pro svět kolem sebe, nýbrž i pro sebe samého. K přeseknutí takového řetězu však člověk potřebuje vnitřní sílu (opět těžko měřitelnou). V přednáškách bylo sice řečeno, že by člověku mělo stačit vědět, že většina nevolí či agresí, kterých je člověk přes den obětí, není vůbec míněna osobně. Jde o pouhé „vylití vzteku“, který s vámi nemá nic společného.

Úvahy nás však mohou vést dál. Je nějaký podobný koloběh dobra? Zde zjistíme zvláštní věc – člověk, kterému někdo udělá radost, cítí velmi často pouze potřebu ji oplatit. To však často z mnoha důvodů není možné – dobrodinec někde zmizí, nebo nic nepotřebuje, nebo z jiného důvodu žádná taková odplata není možná. Biblická moudrost zde přichází se zvláštní radou – oplatte dobro někomu jinému, podobně jako to automaticky děláte s křivdami a urážkami. „Pouštěj svůj chléb po vodě a vrátí se ti zpět.“, říká jedna z těch rad. Je pochopitelné, že naděje „že se nám to vrátí“, je neměřitelná, ale i v tom je něco velikého a vznešeného. Toto číslo je věnováno nelékařským zdravotnickým profesím. Téma s nimi souvisí, a to nijak příliš vzdáleně. Právě tito lidé na sobě nechávají často končit pochopitelné i nepochopitelné řetězce rozlad a proměňují je v počátky možných koloběhů dobra. Tento každodenní heroismus vlastně ani nemají v popisu práce, nýbrž rozumí se to pro ně „samo sebou“. Dík za to.

Mgr. Milan Klapetek



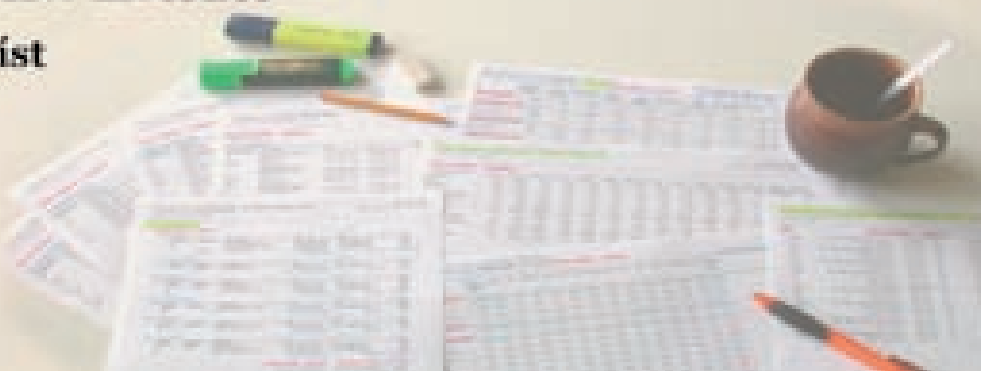
Plánování služeb a pohotovostí
Kontroly zákonných požadavků i zvyklostí oddělení
Evidence odpracované doby
Elektronická evidence docházky
Automatický výpočet příplatků
Správa hodinových kont
Vyúčtování odpracované doby pro různé skupiny zaměstnanců
Individuální vyhodnocení, přehledy a statistiky
Možnost propojení se mzdovým a personálním IS
Není nutná speciální SW a HW investice
Systemizace pracovních míst

on duty
plan služeb

**váš pomocník na všech úrovních
personálního managementu**

- vedení nemocnice
- vedení kliniky/stanice
- mzdové a personální oddělení
- hlavní sestra/vedoucí lékař

ICZ
systema





Naše nástroje hrají v rukou lékařů a sester již 120 let

120 let usilujeme o totéž, co houslaři po staletí – o vytvoření jedinečného výrobku mimořádných vlastností. Naše produkty jsou dílem vynikajících vědců, kteří využívají unikátních světových technologií. Naším cílem je zvýšení efektivity a kvality lékařského zákroku. 120 let existence značky Johnson&Johnson ve světě je zárukou špičkové úrovně. V České republice si to můžete ověřovat již 15 let.

Skvělý nástroj docení
nejen umělec, ale i lékař...

POMÁHÁME LÉČIT EFEKTIVNĚ

Johnson & Johnson s.r.o.