



Nemocniční listy

ČÍSLO 3 – ZÁŘÍ 2008 – ROČNÍK IX.



PRACOVISŤE MEDICÍNY
DOSPĚLÉHO VĚKU



PRACOVISŤE
REPRODUKČNÍ MEDICÍNY



PRACOVISŤE
DĚTSKÉ MEDICÍNY



LÉČEBNA PRO
DLOUHODOBĚ NEMOCNÉ



- ▶ Paliativní medicína
- ▶ Bolest a její léčba
- ▶ Televizory na pokojích pacientů
- ▶ Druhá životní etapa pavilonu Z

Brno – Výstaviště

21. – 24. 10. 2008

Mezinárodní veletrh zdravotnické techniky, rehabilitace a zdraví



member of the  group

www.medicalfair.cz

Z doprovodného programu:

- Mezinárodní kongres ČLS JEP a SLS - **22. 10. 2008**
Téma 2008: „Nebezpečné infekce – prevence a systémová řešení“
- STERIL.CZ – IV. výroční konference České společnosti pro sterilizaci
- **21.–22. 10. 2008**
- DEN NEMOCNIC - **21. 10. 2008**
 - Jednání ředitelů nemocnic s ministrem zdravotnictví ČR na téma reformy zdravotnictví
 - e-Health Days Brno, CE – zdravotnictví bez bariér - mezinárodní konference na téma IT a evropské elektronické zdravotnictví
 - Diskusní fórum pro nemocnice, zdravotní pojišťovny a svazy pacientů
- INOVATEC 2008 – prezentace inovací ve spolupráci s Asociací výrobců a dovozců zdravotnických prostředků

Více konferencí, seminářů a sympozií na www.medicalfair.cz

Cooperationally presented by:



Veletrhy Brno, a.s.
Výstaviště 1
647 00 Brno
Czech Republic
Tel.: +420 541 152 818
Fax: +420 541 153 063
medicalfair@bv.cz
www.medicalfair.cz

BVV 
Veletrhy
Brno

VÁŽENÍ A MILÍ ČTENÁŘI,

doba podzimních plískanic je pro četbu jako stvořená. I když Nemocniční listy nepatří svým obsahem k nikterak náročným periodikům, myslím, že tentokrát je ústředním téma natolik tísňivé, že k pochmurnému a uplakanému večeru se bude vcelku dobře hodit. Péče o smrtelně či nevyлéčitelně nemocné je možná téma neveselé, přesto je třeba, aby společnost o smrti a o umírání věděla a netabulizovala jej. Příspěť by k tomu svými články chtěly i Nemocniční listy. Nevíte, co je to haptika? Pak vězte, že se jedná o nové ošetrovatelské postupy na Ortopedické klinice FN Brno. O tom i o spoustě dalších věcí a zajímavostí se dočtete i tentokrát v našich Nemocničních listech. Nechť se vám tedy líbí a dobře čtou.

Mgr. et Bc. Anna Nesvadbová

Omluva redakce:

V předchozím čísle Nemocničních listů nebylo uvedeno jméno majitele společnosti AG FOODS Group a.s. Jiřího Jížděného, za což se omlouváme a rozhovor uveřejňujeme i v tomto čísle.

Časopis je registrován na Ministerstvu kultury ČR pod číslem MK ČR E 12096 a v Českém národním středisku ISSN pod mezinárodním standardním číslem seriálových publikací ISSN 1802-0224.

Redakční rada:

Mgr. et Bc. Anna Nesvadbová, Bc. Zuzana Velebová,
Mgr. Jana Marounková, Mgr. Marie Dudíková,
Ing. Petr Woletz, Bc. Miloslava Kameníková,
MUDr. Marta Číhalová

Adresa redakce:

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

Fotografie: Mgr. et Bc. Anna Nesvadbová

Grafická úprava a tisk:

IKARIA CZ, a.s., Lidická 51, 602 00 Brno
tel.: +420 531 010 915
email: grafik@ikaria.cz

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

Náklad: 1 500 výtisků

Četnost: 4 x ročně

Tento výtisk je neprodejný

Editorial Mgr. et Bc. Anna Nesvadbová	3
Resumé	4
Slovo ředitele MUDr. Roman Kraus, MBA	5
Informační systém spisové služby ve FN Brno Renata Valentová	6
Letní hemofilický tábor Soňa Köhlerová	8
Haptika v ošetrovatelství – průzkum zkušeností a názory pacientů Ortopedické kliniky FN Brno Petra Faldíková, Dis., Romana Éli	9
Paliativní medicína MUDr. Olga Haklová	11
Bolest a její léčba Jiřina Janoušková	13
Psychologická problematika paliativní péče v dětské onkologii Mgr. Irena Vlčková	15
Dobrovolnictví je krok do nejistoty Blanka Černá	19
Onkogynekologické oddělení 9 v nových prostorách Helena Vozdecká	21
Trendy v bydlení seniorů Mgr. Hana Německá	22
Televizory na pokojích pacientů Andrej Vamoš	23
Druhá životní etapa pavilonu Z Ing. Petr Woletz	25
Generální ředitel Tepláren Brno, a.s. o nejstarší historii	27
Rozhovor s majitelem společnosti AG FOODS Group a.s.	28
Rozhovor s ředitelkou projektu Veletrhy Brno, a.s.	29
Pantáta to má jisté Mgr. Milan Klapetek	30

Resumé

Editorial of third issue of Hospital News belongs, as ever, to Director of the Faculty Hospital Brno. The author focuses his entry on status and importance of palliative medicine at the present time.

New public notice of health documentation brought relief to health establishments nevertheless – on the other hand – it gave rise to a lot of difficulties. Mrs. Renata Valentová, chief of the Registry Dept., describes these issues in her article.

On a yearly basis, Department of Clinical Hematology of the Faculty Hospital Brno participates in summer hemophilic camp covering both organization and human resources. Mrs. Soňa Köhlerová informs on overall evaluation, new adventure the get-togethers experienced and, in general, what such camp means for young hemophiliacs, their siblings, parents, and friends as well.

Haptics: the world means nothing for many of us. This therapeutics cures through touch or palpation. Mrs. Petra Faldíková, DiS. and Mrs. Romana Éli explain this therapeutic concept herein for more detail. Their experience in haptics in treatment of patients of Orthopedic Clinic of the Faculty Hospital Brno could be very interesting to many persons.

We have decided to dedicate core topics of third issue of Hospital News to sensitive issue covering palliative medicine and therapy of chronic pain. Let us introduce

advanced issues concerning care of desperately ill and/or moribund patients in various terms. In addition to basic information on tasks of their own, we will become acquainted with child oncological patients and importance palliatics and professional care mean for patients as well as their parents.

Next report puts our mind to hospitallers in patients. Mo-týlek Volunteer Centre provides considerable support and aid for the Faculty Hospital Brno.

Last, but not least, these issues cover also care of senior citizen. Integral part of it is – among others – provision of quality accommodation with all consecutive service for these people.

Presently, the Faculty Hospital Brno installs new television sets in hospital rooms; they are equipped with digital accessories to ensure better convenience for patients and their roommates. This service costs CZK 10 for 90 minutes of TV watching. How all of it works and what such installation means not only to patients but also for hospital of its own is the subject of paper by Mr. Andrej Vamoš.

In conclusion, readers of this Hospital News have occasion to become acquainted with just three managers of significant companies of Brno region i.e. BVV Veletrhy Brno Co., AG FOODS Group Co. and Teplárny Brno Co.

The terminal story, as usually, wrote Mgr. Milan Klapetek. His paper, titled Goodman Is Thankful for What One Has Got, looks on death and dying with some exaggeration and irony.

Slovo ředitele



Vážené dámy,
vážení pánové,

po prázdninách, příjemném času dovolených, opět nastává perioda zvýšené aktivity všech našich zdravotnických provozů, zvýšeného zájmu klientů o naše služby.

Postupně se nám daří mírně zlepšovat ekonomickou situaci hlavně nárůstem příjmů od zdravotních pojišťoven na podkladě změn způsobu úhrad některých činností a nasmlouváním činností nových či v minulosti opomenutých.

Během prázdnin byla dokončena většina příprav na přesun Traumacentra z Úrazové nemocnice, v říjnu budou postupně zprovozněny nové kapacity – urgentní příjem a nové traumatologické ambulance.

Do konce téhož měsíce bude také dokončena rekonstrukce a výstavba operačních sálů. Doufám, že celý projekt MZ ČR a naší nemocnice s cílem centralizovat traumatologickou péči o nejzávažnější úrazy bude podpořen i kladným výsledkem auditu, kterým prošla všechna traumacentra v České republice během prázdninových měsíců.

V jejich průběhu započala též razantní restrukturalizace a centralizace onkologické péče na území města Brna, spojená též s celostátním auditem KOC.

Fakultní nemocnice Brno je i díky těmto změnám, jejichž cílem je zvýšení kvality péče o naše nemocné v obou vysoce specializovaných a ekonomicky náročných oborech, centrem zájmu médií. Proto vás všechny, své spolupracovníky v tomto jistě náročném, ale prospěšném procesu, prosím o ještě větší akcentaci na otevřené, vlídné, přátelské a profesionální chování vůči našim pacientům. I když víme, že je to základní rámec nové strategie naší nemocnice, ne vždy se nám v této oblasti daří. A musíme si uvědomit, že nechtěným produktem

zájmů médií jsou někdy i mírně řečeno neetické postupy. Redaktoři se vydávají za mediky, sanitáře, příbuzné. Některé televizní společnosti neváhají použít skryté kamery.

Hlavním tématem těchto Nemocničních listů je paliativní péče. Nejsem odborníkem v této medicínské disciplíně. Nicméně si myslím, že obor postupně nabývá na důležitosti. Je to dáno postupným rozvojem celé medicíny, kdy se nám daří na jedné straně zachraňovat stále větší počet do této doby neléčitelných pacientů, ale na straně druhé, zvláště v intenzivní medicíně a onkologii, se dostáváme do úvah o nenasazení či vysazení marné terapie. A pokud se

o tom rozhodujeme, vždy v naší terapeutické úvaze musí přijít rozhodnutí o paliativní péči. O péči, která má zajistit pokud možno komfortní, příjemnou a nebolestivou poslední periodu života, která, bohužel, čeká nás všechny. Přistupujme k těmto úvahám s pokorou, snažme se vždy odstranit bolest a úzkost našich pacientů. I když si někdy neuvědomujeme, že již vlastně poskytujeme paliativní péči. Pak i úvahy a debaty o eutanazii mohou být sice zajímavým, ale jen marginálním společenským tématem.

Přesto ale musím vyjádřit své přesvědčení, že rozhodnutí o vlastní smrti má být tou poslední osobní svobodou každého z nás. Samozřejmě se všemi právníky exaktně formulovanými podmínkami, zamezujícími zneužití či nevhodné užití projevu této osobní svobody. Aby nedocházelo k tomu, že mnozí z nás se svými osobními svobodami neumí vůbec zacházet.



MUDr. Roman Kraus, MBA

Informační systém spisové služby ve FN Brno



Vést dobře spisovou službu znamená mít nastavený pořádek v dokumentech jak elektronických, tak i papírových, tzn. „bez dobře vedené spisové služby není služby archivní“.

Spisová služba ve FN Brno se zabývá příjmem dokumentů od podatelny, jejím oběhem až po uložení v ústřední spisovně.

Na počátku vznikla otázka, jak správně začít a nastavit systém celé funkčnosti spisové služby tak, aby odpovídal požadavkům legislativy a podmínkám FN Brno.

Implementace celého systému byla rozdělena na dvě části, a to na část modulu ústřední spisovna, dále na část modulu podatelna/výpravna a modul spisový uzel.

Ústřední spisovny na PDM a PRM, které měly své fyzické místo a určitý zavedený ruční systém, zejména zdravotnické dokumentace (chorobopisy), vyžadovaly nový systém jednotnosti, který by odpovídal propojení do nového informačního systému. Podařilo se nám takový systém najít a přizpůsobit podmínkám FN Brno tak, aby byl komunikativní jak v depozitáři ústřední spisovny, tak na jednotlivých klinikách a odděleních. Na PMDV je ústřední spisovna nejmladší, vznikla v roce 2005.

Jako dodavatel systému byla vybrána firma Bach systems Olomouc, která připravila návrh řešení na základě dodané analýzy. Celkovým záměrem bylo soustředit evidenci zdravotnické dokumentace do jednoho systému a zavést co nejjednodušší a zároveň nejpřesnější identifikátor. Prvním krokem byla spolupráce s nemocničním informačním systémem, kde došlo k dohodě o využití již existujících dat v nemocničním informačním systému a pomocí definovaného exportu dat vygenerování nových archivních identifikátorů. Elektronické záznamy, které jsou obrazem fyzické zdravotnické dokumentace, se do systému načítají pravidelně 1x týdně, pomocí importního *.txt souboru. Ten generuje programový automat nemocničního informačního systému v dohodnutém kódování CP1250.

Soubor je umístěn v datovém úložišti, odkud je v první fázi načítán do databáze SQL serveru.

V tomto procesu je hlídána podmínka zákazu duplicity záznamů. Duplicita je vázána na jednoznačný identifikátor – číslo chorobopisu. Pokud se v importním souboru vyskytne toto číslo stejné, jako je již v systému, import do SQL serveru se neuskuteční, dokud daný záznam není z importního souboru odstraněn.

Poslední fází je provedení konečného importu dat do klientského prostředí jednotlivých klinik. Tento krok provádějí samotní uživatelé nebo administrátor. Poté následuje již samotná evidence záznamů zdravotnické dokumentace v rámci systému.

Zdravotnická dokumentace je evidována v informačním systému ASA/ISPI, do kterého se automaticky načítají údaje o uzavřených chorobopisech z nemocničního informačního systému do předem daného adresáře. Řazení v elektronickém adresáři je dle roku hospitalizace a roku narození. Z těchto adresářů je možné přesouvat záznamy o chorobopisech do předávacích seznamů vytvářených v systému ASA/ISPI. Tyto seznamy s výčtem všech předávaných chorobopisů musí být shodné s fyzicky předávanými chorobopisy. Jednotlivé kliniky a od-





dělení mají možnost vyhledávat ve virtuálním depozitáři spisovny v již fyzicky uložených chorobopisech (pouze svou kliniku) a následně požádat o svou výpůjčku.

Předávání dokumentace z útvarových registratur do ústřední spisovny je prováděno dle časového harmonogramu, kliniky předávají dokumentaci celého hospitalizačního roku. V ústřední spisovně po provedení kontroly jednotlivé spisy dostávají lokaci uložení (místnost, regál, police, krabice) v IS ASA/ISPI z důvodu pružného nalezení.

Přístupová práva do elektronické evidence jsou nastavena po dohodě s vedením klinik a oddělení. Zdravotnická dokumentace se řídí vyhláškou č. 385/2006 Sb. o zdravotnické dokumentaci. ASA/ISPI představuje ve FN Brno provoz na 46 útvarech s 95 uživateli.

Elektronický systém se velmi osvědčil a zejména usnadnil vyhledávání spisů oproti dřívějším papírovým knihám.

Po úspěšném zavedení první etapy implementace systému v ústředních spisovnách jsme se rozhodli přistoupit k druhé etapě, a to zavedení elektronické evidence příchozí a odchodící korespondence ve FN Brno. Jednalo se nám zejména o podchytení historie dokumentu kolujícího ve FN Brno.

Firma Bach systems, s. r. o., nám dodala ISEED – modul informační systém elektronické evidence dokumentů s moduly: podatelna/výpravna a spisový uzel. Implementace systému probíhala v průběhu roku 2007 a byla dokončena 2. 1. 2008, kdy došlo ke spuštění ostrého provozu v celé FN Brno. ISEED je ve FN Brno určen pro jednoznačnou a efektivní evidenci

externí doporučené a obvyčejné důležité korespondence. Fyzické základy jsou svázány se svou datovou podobou – elektronické záznamy s jednoznačným identifikátorem, a to po celou dobu jejich existence ve FN Brno, což představuje:

- doručení zásilek do organizace či vznik dokumentů v organizaci,
- oběh v rámci celé fakultní nemocnice,
- odesílání zásilek z FN Brno, v návaznosti na výplatní stroj,
- uložení dokumentace v příručních registraturách – dohled nad skartačními lhůtami.

Celý informační systém je koncipován tak, aby fyzické základy bylo možné kdykoli rychle dohledat s celkovým přehledem jejich historie v rámci FN Brno.

Modul ISEED – podatelna/výpravna je využíván zaměstnanci centrální podatelny FN Brno na PMDV i na detašovaných pracovištích PDM a PRM. Po doručení externí základy z České pošty nebo od kurýrních služeb dochází k první evidenci v ISEED, kde je po uložení záznamu vygenerován jednoznačný identifikátor – evidenční číslo. To je následně zapsáno na obálku základy a slouží k nezbytnému spárování fyzického dokumentu s elektronickým záznamem v ISEED. Dle evidenčních čísel probíhá i předávání korespondence útvarům na jednotlivé spisové uzly.

Modul ISEED – spisový uzel je využíván jak správci spisových uzlů, kteří přebírají poštu z centrální podatelny, tak i ostatními uživateli na daných pracovištích, kteří dokončují evidenci záznamu v ISEED a fyzicky předávají základy adresátovi.

Celý proces v opačném pořadí je při odesílání zásilek, kdy uživatelé ISEED na svých pracovištích vytvoří dokument k odeslání, k němuž zároveň zakládají záznam v ISEED. Obálku s dokumentem i datový záznam přeposílají na správce spisového uzlu. Ten po kontrole

předává všechny základy svého spisového uzlu na výpravnu, kde jsou zaměstnanci centrální podatelny vypraveny pro Českou poštu, a. s. Pracoviště centrální podatelna FN na PMDV je tedy i výpravnou pro celou fakultní nemocnici.

ISEED představuje ve FN Brno provoz na 60 spisových uzlech a celkem na 127 pracovištích.

Od začátku roku 2008 bylo na centrální podatelně FN Brno v ISEED zaevidováno přes 31 500 příchozích zásilek a vyřazeno v ISEED přes 27 000 zásilek.

Renata Valentová



Letní hemofilický tábor



Letní hemofilický tábor se již počtvrté odehrával v rekreačním areálu Ondrášův dvůr v Beskydech. I když počasí nebylo zrovna podle našich představ, prožili jsme 14 krásných, dobrodružných dní.

Večer, v den příjezdu, byly děti seznámeny s táborovou hrou „Hledání svatého grálu“ a rozděleny do 4 družstev. Cílem rytířů a rytířek bylo překonat překážky a najít grál dříve než bojovní Sasové, kteří ohrožovali naše hrabství, pálili hrady, a dokonce rabovali v našich domovech a odnášeli si tučné kořisti.

Naši vedoucí poctivě naplánovali 2 týdny zábavy a nenechali rytíře vydechnout. V osm hodin ráno jsme byli nahnáni na rozcvíčku. Po snídani probíhaly dopolední činnosti, kde si děti vyráběly helmy, meče, svíčky, koně, papuče a další potřeby pro život rytíře. Během dopoledne jsme také byli lámání, protahování a masírování v „nápravně“ skvělými rehabilitačními sestřičkami. U „felčarů“ zase probíhaly profylaxe a ošetřovala se drobná zranění z boje proti Sasům.

Odpoledne nastal čas k prověření našich znalostí a fyzických zdatností v etapových hrách. Každé z družstev chtělo vyhrát, proto všichni obnovili své síly a s vervou se pustili do zadaného úkolu, ať už lovu divokých sviní, kreslení mapy, skládání básní či dobývání hradu Kamelot. Po splnění úkolů mohli rytíři odpocívat na svých chatkách, hrát badminton nebo florbal.

Po večeri se konala setkání u kulatého stolu s kouzelníkem Merlinem a jeho pomocníkem Halmarkem, kde nám oznámili pořadí jednotlivých družstev v etapovkách, společně s plány na večer. Zhlédli jsme přehlídku koní, uspořádali čarodějnický rej nebo hráli populární středověké hry jako Kufr, Bingo či Videostop.

Přestože jsme byli na hemofilickém táboře, řada dětí se ptala: „Co je to hemofilie?“, „Jak se pozná hemofilik?“, „Co mám dělat, když hemofilik krvácí?“ Protože otázka byla opravdu mnoho, pan doktor Blatný nám je jeden večer zodpověděl a přidal i vlastní prezentaci. Podle mého názoru bylo dobře, že jsme si pojem hemofilie vyjasnili – nejde přece o nějakou nakažlivou chorobu, není čeho se bát! Hemofilici jsou normální lidé jako my, jen na sebe musejí dávat větší pozor.

I přes bohatě naplánovaný program jsme podnikli dva výlety. V prvním týdnu jsme zavítali do sportovního areálu Velká Rača na Slovensku. Řádili jsme na bobové dráze, zdolávali lanové centrum a zkoušeli různé kousky na trampolínách. Výlet na Raču byl stejně jako v předchozích

letech parádní! Úspěch sklídl nejen u dětí, ale i u zdravotníků a samotných vedoucích.

Dalším výletem byly rafty. Už slovo rafty podněcovalo fantazii dětí, které se viděly, jak sjíždějí jezy a jsou unášeny nezkrotnou řekou... Krásná to představa, ovšem do cíle bychom nemuseli dorazit všichni, proto jsme sjížděli slepé rameno řeky Moravy. Instruktóři nás navlékli do záchranných vest a poučili o bezpečném sjíždění. A teď hurá kupředu! Voda byla klidná, i když měla spoustu zátočin. Našimi společníky byly kačeny a opravdový šťastlivec mohl zahlédnout i bobra. V Olomouci, naší cílové stanici, jsme měli rozchod, ale byli jsme rádi, když jsme se znavení vraceli k autobusu, že se vracíme domů. Rafty byl skvělý nápad, opravdu jsem si je užila, a proto ještě jednou: Díky, Jani, že jsi to pro nás zařídila!

Letošní tábor se mi opravdu líbil. Vedoucí byli skvělí, připravili perfektní program, děti vytvořily bezvadný kolektiv, a pokud se přece jen objevil nějaký problém, byl rychle vyřešen a zase jsme fungovali na 100 %. Proto bych chtěla poděkovat všem vedoucím – Martinovi „Chlupáčovi“, Janičce, Barunce, Přemovi, Radunovi, Trilákovi, Markétě, Lukimu a Jirkovi, doktorům Světlaně, Ondrovi a Honzovi, rehabkám Marušce, Jarušce a Marcelce a sestřičce Kačce za 14 překrásných dní v jiném světě s lidmi, na které nikdy nezapomenu! DÍKY MOC VÁM VŠEM!!! Doufám, že se v této skvělé sestavě sejdem i příští rok!

Soňa Köhlerová



Haptika v ošetrovatelství – průzkum zkušeností a názory pacientů Ortopedické kliniky FN Brno



V dnešní medicíně i ošetrovatelství je velký trend v zavádění nových, modernějších a technicky dokonalejších diagnostických a terapeutických postupů. Dotek nebo pohlazení je jedna z nejstarších komunikačních dovedností, a přesto na její význam v našem českém zdravotnictví přicházíme až nyní. Naším cílem je vyzdvihnout význam neverbální – haptické – komunikace v ošetrovatelské péči a prezentovat vám názory pacientů na tuto komunikaci.

Pojem komunikace, jejíž součástí je i haptika, tvoří základ veškeré ošetrovatelské péče.

Komunikační dovednosti by neměly být považovány za něco automaticky daného. Naše jednání v určité společenské situaci nemusí být vhodné i v ošetrovatelské situaci, protože jako sestry se musíme zaměřit na to, co je nejprospěšnější pro klienta. Odborné komunikační schopnosti patří mezi nejdůležitější dovednosti sestry, ať už pracuje v kterémkoli oboru. Nejsou drahé, vyžadují jen trochu času a angažovanosti. Ať už zastáváme jakoukoli filozofii, ošetrovatelství se zakládá na vztahu mezi lidmi.

Haptika je sdělení, které tlumočíme bezprostředním kontaktem s druhým člověkem (např. podáním ruky, pohlazením, fackou...). Tento kontakt má podobu buď bezprostřední („kůže na kůži“), nebo dva lidi odděluje minimální překážka (např. poklepání na rameno). Bezprostřední haptický kontakt je možno definovat jako kontakt dvou lidí hmatem, který je druhým nejcitlivějším smyslovým orgánem.

Haptiku také můžeme rozdělit na pozitivní a negativní. Pozitivní je mezi jiným pohlazení, negativní např. facka, úder nebo jakékoli nešetrné zacházení.

Na těle člověka můžeme rozlišit čtyři zóny haptiky.

Jednotlivé barvy znázorňují intimní a méně intimní oblasti na těle člověka. Červená znázorňuje intimní místa, kterých se mohou dotýkat pouze lidé nám nejbližší. Žlutá – privátní místa, kterých se mohou dotýkat jen příbuzní a přátelé. Modrá zóna na těle, kde se nás mohou dotýkat ostatní, ale je nám to trochu nepříjemné. Zelená – veřejná místa, kde se nás mohou dotýkat i cizí osoby. Obrázek je pouze příklad, kde se takové zóny mohou nacházet. Samozřejmě každý člověk je v tomto směru individuální. Potřeba dotýkat se je základní lidská vlastnost. Jako příklad můžeme uvést, že přes dotyky se děti učí poznávat svět. Význam dotyků nebyl dlouho v ošetrovatelské péči tematizován. Ošetřující se učili, jak mají používat své ruce k vykonání jednotlivých ošetrovatelských výkonů, ale ne, jak jimi poskytnout nemocnému informaci o jeho těle.

Pro zdravého, ale také nemocného má haptika velký význam. V nemocnicích je mnoho příležitostí, kdy a jak se o tom můžeme přesvědčit. Taktilní (dotyková) komunikace je velmi důležitá pro nemocné, kteří jsou hospitalizováni na odděleních jako onkologie, gynekologie, infekologie. Dále v porodnicích a na šestinedělí, pro novorozence a nemocné děti, nemocné s narušeným vědomím, smyslovým, tělesným a mentálním handicapem, nemocné s bolestmi a v terminálním stadiu.

Haptiku lze uplatnit při poskytování masáží, baby masáží atd. a je součástí konceptu bazální stimulace.

Důležité je nejen mít pro nemocného připravené vlídné slovo, ale též ho umět pohlazit, uchopit za ruku a mít pro něj připravený úsměv.

Terénem průzkumu byla Ortopedická klinika FN Brno.

Metodikou zkoumání byl dotazník o 14 otázkách.

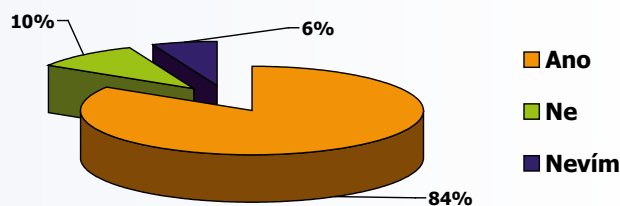
Otázka 1. Počet respondentů: 100 obou pohlaví, více žen (53) a mužů (47).

Otázka 2. Můj věk: Respondenti byli různých věkových kategorií, nejčastěji v rozmezí 60–74 let (48), poté 45–59 let (29) a 75–89 let (20).

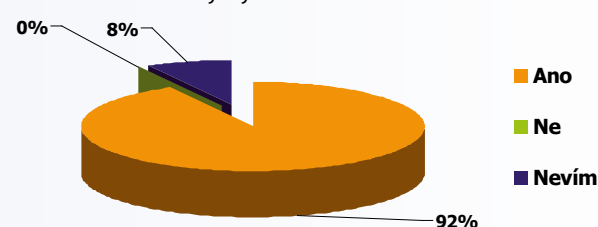
Otázka 3. Vzdělání: Spíše převažovalo středoškolské vzdělání 54 klientů, základní vzdělání 31 klientů a 15 klientů bylo vysokoškolsky vzdělaných.

Otázka 4. Počet hospitalizací: Respondenti byli nejčastěji potřetí a vícekrát hospitalizováni.

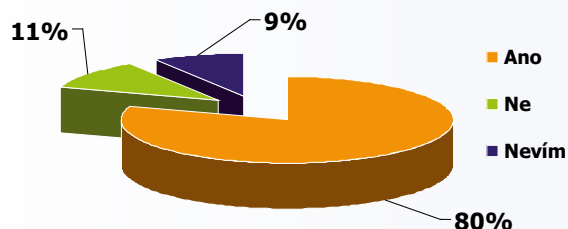
Otázka 5. Je pro Vás haptika – komunikace dotykem při komunikaci s lidmi důležitá?



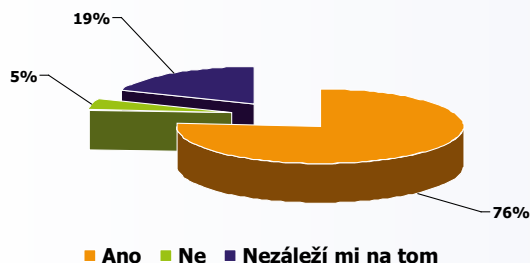
Otázka 6. Myslíte si, že haptika – komunikace dotykem ze strany ošetřujícího personálu (lékař, zdravotní sestra, rehabilitační pracovník...) nebo ze strany příbuzných má pro nemocné lidi kladný význam?



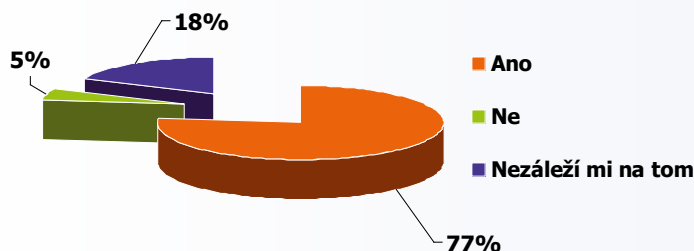
Otázka 7. Komunikujete s lidmi prostřednictvím dotyku často, např. podáním ruky, pohlazením atp.?



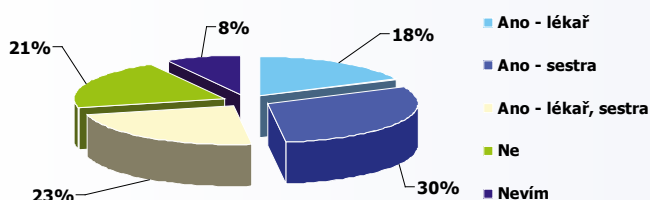
Otázka 8. Uvítal(a) byste, kdyby Vám ošetřující personál při představení podal ruku?



Otázka 9. Uvítal(a) byste, kdyby Vás např. při bolesti ošetřující personál pohládl po vlasech, po ruce, po tváři?



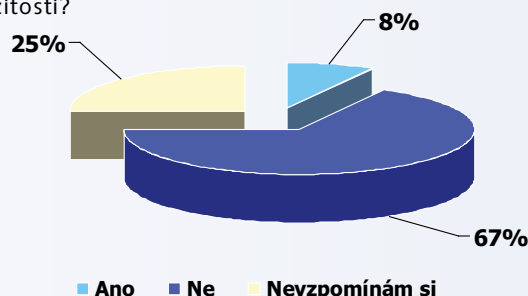
Otázka 10. Máte osobní zkušenost s pozitivní komunikací dotykem (pohlazení, podání ruky atp.) ze strany ošetřujícího personálu, a jestli ano, od koho?



Otázka 11. Jak byste reagoval(a), kdyby se Vás při ošetřování intimních částí těla (např. při tělesné hygieně) dotýkal „zdravotní bratr“?



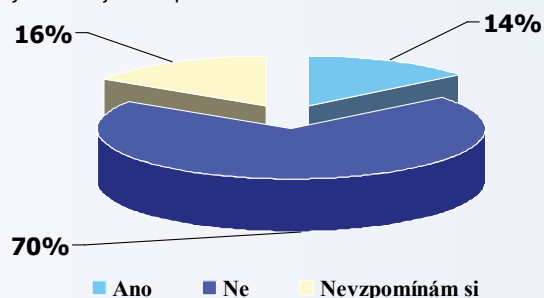
Otázka 12. Byla Vám komunikace dotykem ze strany ošetřujícího personálu někdy nepříjemná? Pokud ano, při jaké příležitosti?



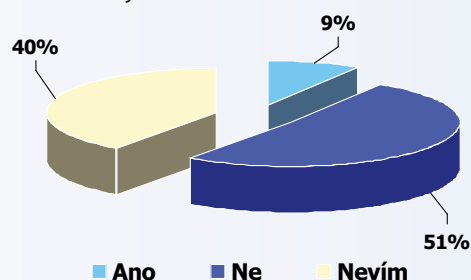
Odpovědi respondentů, kteří se setkali s nešetrnou komunikací dotykem ze strany ošetřujícího personálu.

- ☐ U zubního lékaře
- ☐ Nešetrná injekce
- ☐ Ve 12 letech při vyšetření plic
- ☐ Při razantním mamografickém vyšetření
- ☐ Při obstrukci kolene
- ☐ Po operaci na JIP
- ☐ Bez mého souhlasu mě intimně prohlíželi medic
- ☐ Při porodu prvního dítěte sestře vadilo, že ji chytám při bolesti za ruku, okřikla mě, že se mám uklidnit, a pleskla mě přes mou ruku

Otázka 13. Byl(a) jste někdy svědkem negativní komunikace dotykem (hrubé dotyky, nešetrné zacházení atp.) ze strany ošetřujícího personálu?



Otázka 14. Myslíte si, že v českém zdravotnictví je pozitivní komunikace dotykem dostatek?



Petra Faldíková, Dis.
Romana Ěli

Paliativní medicína



Léčbu z pohledu cíle našeho snažení je možné rozdělit na postupy kurativní, kde výsledkem je úplné vyléčení, a postupy paliativní, kde se snažíme především o zlepšení subjektivních pocitů našeho nevléčitelného pacienta. WHO definuje paliativní medicínu jako celkovou léčbu a péči o nemocné, jejichž nemoc nereaguje na kurativní léčbu. Nejdůležitější je léčba bolesti a dalších symptomů, stejně jako řešení psychologických, sociálních a duchovních problémů nemocných. Cílem paliativní medicíny je dosažení co nejlepší kvality nemocných i jejich rodin. Toto snažení naplňuje ve většině případů multidisciplinární tým zdravotníků, ale mnohdy i zaškolených dobrovolníků.

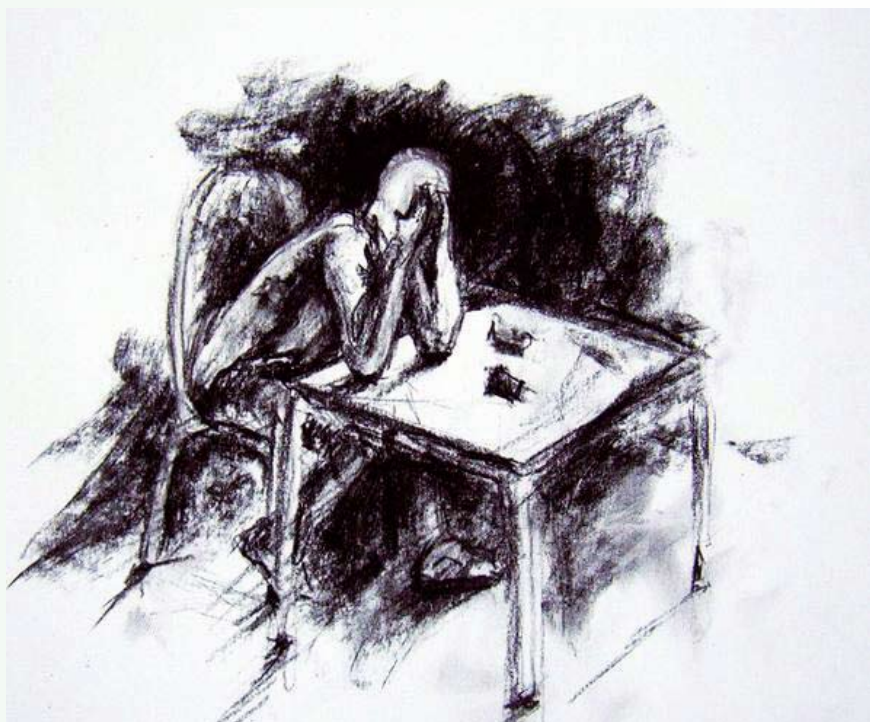
Ačkoliv je paliativní péče poskytována od nepaměti a historické prameny se datují již z antiky, prvá hospicová zařízení, zaměřující se na tento druh péče, byla zřizována na konci 19. a začátkem 20. století, ve většině případů katolickými řády. Zde byl kladen důraz na fyzickou, psychologickou a duchovní péči a na respektování každého pacienta jako individua. Za významný mezník v rozvoji moderní paliativní péče lze považovat ustanovení pěti zásad rozvoje oboru, které bylo deklarováno v Anglii v 70. letech minulého století.

1. Založení oddělení hospicové (paliativní) medicíny, které provádějí multidisciplinární péči včetně vysoce specializované odborné péče lékařské.
2. Rozvoj multidisciplinární domácí paliativní péče včetně vyškolení lékařů a sester v tomto oboru, kteří pracují jako součást multidisciplinárního paliativního týmu.
3. Založení hospicových paliativních oddělení v nemocnicích, které zavádějí multidisciplinární paliativní péči zpět do nemocničních provozů.

4. Rozvinutí konzultačních služeb v oblasti paliativní medicíny ve všeobecných nemocnicích.
5. Výuka všech lékařů, sester a dalších zdravotnických pracovníků v základech multidisciplinární paliativní péče.

Na těchto zásadách byl v roce 1967 otevřen St. Christophers Hospital v Londýně v čele s průkopnicí oboru Dr. Cecily Saundersovou.

V České republice se zájem o paliativní medicínu rozvinul po roce 1989, kdy naši přední odborníci se mohli seznámit se zkušenostmi získanými na zahraničních pracovištích. Je předností naší nemocnice, že prvé oddělení paliativní medicíny bylo již v roce 1992 otevřeno v nemocnici v Bílovicích nad Svitavou, které je nyní součástí FN Brno. V roce 1995 byl jako první v ČR otevřen Hospic Anežky České v Červeném Kostelci. Rozvoj paliativní medicíny byl spojen s oborem léčby bolesti. Nejprve byla založena sekce paliativní medicíny při odborné Společnosti pro studium a léčbu bolesti ČLS JEP v čele s prof. MUDr. Jiřím Vorlíčkem, CSC.



Společným úsilím představitelů obou zaměření se podařilo ustanovit samostatný atestační obor. Mezi prvými 10 atestovanými bylo v roce 2005 5 lékařů z FN Brno. K rozvoji oboru přispěla i mimořádně úspěšná kniha Paliativní medicína, vydaná poprvé Gradou v roce 1996. Na jejím vzniku se podílel autorský tým vedený prof. MUDr. J. Vorlíčkem a prof. MUDr. Zdeňkem Adamem, členy týmu bylo dalších 20 lékařů multidisciplinárního týmu z FN Brno.

V roce 2002 zpracoval MUDr. Ondřej Sláma, lékař IHOK a OLB, návrh koncepce činnosti Centra paliativní medicíny ve FN Brno. Koncepce vychází ze skutečnosti, že asi k 55 % všech úmrtí dochází na akutních lůžkách. Většina těchto úmrtí je zapříčiněna pokročilými terminálními stavy chronických onemocnění.

Péče o pacienty v pokročilých a terminálních stádiích chronických nemocí tak představuje podstatnou část celkového objemu poskytované zdravotní péče v ČR, a proto je třeba ji považovat za významnou z hlediska zdravotní politiky státu. Rovněž pro zdravotníky a pro rodiny nemocných znamená tato péče velkou finanční, materiální, ale i časovou a emocionální zátěž a je navíc nejednou spojena s velmi těžkým rozhodováním etickým. Pacienti v pokročilých stádiích většiny onemocnění (nádorových i nenádorových) zakoušejí obvykle četné nepříjemné tělesné symptomy, ale rovněž vysokou míru psychického a sociálního stresu. Řada zahraničních studií prokázala, že mnoho z tělesných, psychosociálních i duchovních potřeb u pacientů v pokročilých a terminálních fázích onemocnění zůstává ze strany lékařů, ale i rodin nerozpoznáno a nedostatečně léčeno.

V ČR nebyly podobné průzkumy provedeny. Jsme však přesvědčení, že nedostatečná kontrola symptomů (např. bolesti, dušnosti, úzkosti atd.) v pokročilých fázích nemocí je bohužel velmi častým jevem i v našich zdravotnických zařízeních.

Specializovaná paliativní péče může mít několik organizačních forem. Klasickou formou je hospic. V některých zemích působí specializované agentury domácí paliativní péče (často v úzké návaznosti na hospic). Na mnoha místech v západní Evropě a USA vznikla specializovaná oddělení paliativní péče v rámci větších nemocnic. Nejmladší formou specializované paliativní péče jsou konsiliární paliativní týmy (KPT) resp. ambulance, které působí v akutních nemocnicích (od okresních až po univerzitní). Na základě našich zkušeností ze zahraničí, podepřených navíc zkušenostmi s paliativní péčí o pacienty na Interní hematologické klinice FN Brno, se nám v podmínkách velké fakultní nemocnice jeví existence specializované paliativní ambulance jako optimální forma zajištění paliativní péče.

Důvodů je několik:

1. Umožňuje zachovat kontinuitu péče. Pacient zůstává v prostředí, které zná, kde probíhala jeho dosavadní léčba, často od stanovení diagnózy.
2. Specializovaná ošetrovatelská péče (stomie, kanyly atd.) je zajištěna sestrami daného oddělení, erudovanými v dané problematice.

3. Je zachována kontinuita komunikace ošetřujícího lékaře s rodinou nemocného.

Tyto náročné cíle byly naplněny v rámci ambulance paliativní medicíny při oddělení léčby bolesti. Bohužel se nepodařilo realizovat vytvoření specializovaného, především ošetrovatelsky zaměřeného, lůžkového pracoviště tak, jak to požadoval výsledek ankety mezi vedoucími pracovníky FN Brno. Důvody byly dvojí, nedořešenost proplácení ze stran zdrav. pojišťoven a nutnost obsadit vytipovaná lůžka v rámci rekonstrukce GPK. Přesto je základní paliativní péče realizována formou konziliární činnosti a formou ambulantní péče na OLB.

Klienty jsou pacienti hospitalizovaní na PMDV s onemocněním v pokročilém kauzálně neléčeném stavu, s obtížně kontrolovanými stavy, především onkologického původu. Jde většinou o péči následující po propuštění, neboť díky vysoké odbornosti lékařů a sester jednotlivých klinik jsou požadavky účinné podpory realizovány přímo na klinikách. Horší situace je u mimobrněnských ambulantních pacientů, kteří do naší ambulance přicházejí v rámci svobodné volby. Pokud nastavíme a doporučíme účinnou terapii, stává se, že pro finanční náročnost ji pacient po předání do péče jeho ošetřujícímu lékaři nedostane. Paliativní medicína nepatří k nejlacinějším, před pár dny jsme mohli vidět tisícovou demonstraci v ulicích Glasgow proti uzavření hospice z finančních důvodů.

Okruhy naší současné činnosti představuje:

- léčba těžko zvládnutelných symptomů (bolest, dušnost, nauzea, anorexie, kachexie, psychosociální obtíže atd.)
- pomoc při organizaci propuštění pacienta domů, eventuálně při překladi do zařízení chronické paliativní péče ve spolupráci se sociálními pracovníci
- podpora pacientovy rodiny
- podpora ošetřujících lékařů a sester (např. při řešení etických otázek)
- psychologická podpora pacienta, tato je řešena i ve spolupráci s psychology FN Brno, ale i CLB FN U sv. Anny, který se problematikou cíleně zabývá.

Blízká budoucnost ukáže, zdali se paliativní medicína nevydává samostatnou cestou, přesto jsme přesvědčení, že obě odborná zaměření budou udržovat nadstandardní vztahy.

MUDr. Olga Haklová

Bolest a její léčba



Bolest je jedna z nejčastějších příčin, pro kterou lidé navštěvují lékaře. Různou intenzitou nás upozorňuje na něco důležitého a neobvyklého. Dokáže člověka vytrhnout od běžných denních aktivit. Umí ovládnout zcela náš život, krást spánek, znemožnit vykonávání práce, a to i přesto, že pro ni neexistuje jasná příčina.

Z lékařského hlediska je bolest definována jako nesmírně komplikovaný komplexní fenomén se specifickými receptory a systémem, který ještě ani dobře neznáme. Bývá spojena s akutními nebo potenciálními poškozeními tkání nebo celých orgánů.

Bolest je prožívána vždy subjektivně a lze ji ovlivnit jak farmakologicky, tak i psychoterapeuticky.

Bolest se často podceňuje. Příčina může být jak na straně pacienta, tak na straně zdravotníků, ale neřídka i členů rodiny. Jak už bylo řečeno, je bolest subjektivní pocit, a proto je třeba zcela věřit pacientovi.

K tomu, abychom mohli bolest minimalizovat nebo úplně odstranit, musíme o ní zjistit spoustu informací. Z důkladné edukce pacienta, ale i z neverbálních reakcí pacienta, by měla sestra hodnotit několik důležitých aspektů. Ty nám dávají obraz individuálních rozdílů ve vnímání bolesti.

Jak již bylo uvedeno, hlavní překážkou v léčbě bolesti je její nedostatečné hodnocení. Aby naše hodnocení bylo objektivní, musíme posbírat informace o obtížích nejen od samotného pacienta, ale i jeho blízkých. Ze všech získaných odpovědí jsou pro nás důležitější ty, které obsahují

- ☐ lokalizaci bolesti
- ☐ intenzitu bolesti
- ☐ její charakter
- ☐ časový faktor

MĚŘENÍ INTENZITY BOLESTI:

Při hodnocení intenzity bolesti se osvědčilo používání číselné škály od 0 do 10, kde 0 znamená žádná bolest, 10 nejsilnější bolest. Nedokáže-li pacient použít tento systém pro označení svých obtíží, je k dispozici verbální hodnocení. Pak ji pacient označí jako žádnou, mírnou, středně silnou, silnou nebo nesnesitelnou.

Označení síly bolesti pomáhá zdravotníkům hodnotit i účinnost podávaných analgetik.

HODNOCENÍ CHARAKTERU BOLESTI

Charakter bolesti může rozlišit bolest somatickou, viscerální a neuropatickou.

Somatická bolest vychází z různých tkání. Dobře se lokalizuje a pacient ji může označit jako kontinuální nebo např. pobolívání.

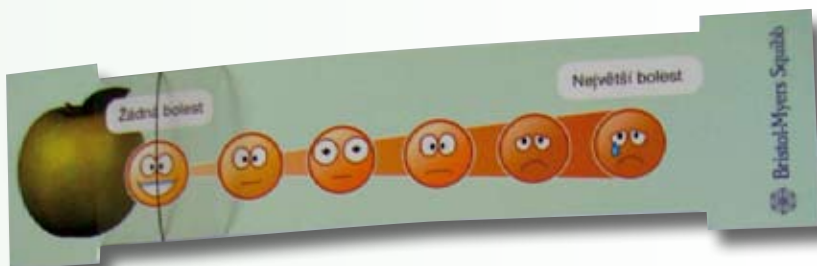
Viscerální bolest souvisí s patologickými procesy v dutině břišní nebo hrudní. Špatně se její místo označuje, pacient ho vnímá jako vzdálené od místa postižení. Obvykle přichází ve vlnách, popisují se křeče.

Neuropatická bolest, popisovaná jako pálení nebo brnění, vychází z centrálního nebo periferního nervového systému.

ČASOVÝ FAKTOR BOLESTI

Zaměřuje se na nástup bolesti, dobu jejího trvání a frekvenci. Měli bychom hodnotit také faktory, které bolest zhoršují nebo stupňují.

Epizodní bolest se projevuje při aktivitě nebo pohybu. Průlomová bolest vzniká nečekaně, může se stupňovat.



Bolest na konci dávky se objevuje před podáním další dávky analgetik. Dá se jí předejít zkrácením intervalu mezi jednotlivými dávkami.

HODNOCENÍ BEHAVIORÁLNÍCH PROJEVŮ BOLESTI

Sestra hodnotí kromě fyziologických projevů i chování pacienta v souvislosti s bolestí. Je to např. kulhání, znehybnění bolavé končetiny. Zaměřuje se hlavně na to, zda bolest ovlivňuje pacientovy denní aktivity. Hodnocení chování pacienta nám poskytne informace o tom, zda je schopen zajistit si základní potřeby. Jednoduše řečeno, bolest je příznakem nějakého hlubšího problému nebo poškození.

Dá se rozdělit do dvou obecných kategorií:

- ☐ akutní
- ☐ chronická

Každý typ bolesti má své specifické projevy. Budeme srovnávat několik aspektů:

1. Příčina

- ☐ akutní bolest je jasně definovatelná, má svou příčinu, např. říznutí
- ☐ chronická bolest je naopak obtížně odůvodnitelná, souvisí s určitou chorobou

2. Trvání

- ☐ při akutní bolesti se zvětšuje, zmenšuje, jen v silnější nebo slabší síle

3. Tělesná odezva

- ☐ při akutní bolesti pozorujeme zvýšení TK, zrychlení P, kolísající DF, pocení



- ☐ při chronické bolesti je patrná nedokrevnost postiženého místa, svalové křeče, ztuhlost a atrofie v důsledku nečinnosti

4. Psychické změny

- ☐ akutní bolest vede k jednání vedoucí k úlevě od bolesti, pacient je znepokojený
- ☐ u pacienta s chronickou bolestí se začnou projevovat deprese, poruchy spánku, ztráta chuti k jídlu, ztráta motivace ke každodenní činnosti

5. Změny ve vztazích k rodině

- ☐ pacient s akutně vzniklou bolestí má potřebu útěchy, jistoty u svých blízkých
- ☐ při bolesti chronické zas naopak pociťuje apatii, hněv, odmítání

6. Změny ve vztazích ke zdravotníkům

- ☐ při akutních bolestech aktivně vyhledáme pomoc lékaře a věříme v jeho schopnost pomoci nám
- ☐ pociťujeme-li bolest dlouhodobě, jsme frustrováni, nedůvěřiví a odmítaví. Máme pocit nepochopení.

Bolestmi trpící pacienti očekávají od zdravotníků adekvátní pomoc. Ke snižování intenzity bolesti a k její léčbě je možné použít více způsobů.

Jako první většina z nás sahá po tabletách. Přinášejí úlevu, spolu s ní však mohou nastat i vedlejší účinky. Je důležité sledovat jejich efekt a užívání omezit na dobu nezbytně nutnou. Kromě medikamentózní léčby, ať už je podávána cestou perorální, aplikací injekcí do svalu nebo cestou parentální, lze využít i jiné způsoby léčby. Bolest je vždy prožívaná subjektivně a lze ji ovlivnit jak farmakologicky, tak psychosomaticky. Moderní medicína využívá možnosti rehabilitace nebo léčbu formou relaxace, sugesce, event. hypnózy. Velmi důležitý význam má správná komunikace s nemocným. Vnímat jeho potíže a získat jeho důvěru. Pak může být vhodná metoda pro zmírnění nebo odstranění bolesti i působení placeba. Setkáváme se s lidmi, kteří jsou citlivější na vnímání bolesti, jiní ji naopak bagatelizují. U všech je ale důležité včasné započít léčbu správnými léky a správnou metodou.

Bolest je symptom, kterého se pacienti a jejich příbuzní obávají. Sestry jsou zodpovědné za správné a pečlivé hodnocení všech ukazatelů bolesti a zajištění dostatečné úlevy.

Použitá literatura:

Margaret Ó Conner, Sanchia Aranda
Paliativní péče

Marta Munzarová
Eutanázie nebo paliativní péče

Jindra Janečková
Bolest a život s ní

Jiřina Janoušková

Psychologická problematika paliativní péče v dětské onkologii



Nevyléčitelné onemocnění dítěte představuje extrémně stresující a z psychologického hlediska bolestivou zkušenost pro celou jeho rodinu. Do popředí tak vystupují nejen problémy zdravotní, plynoucí z progresu onemocnění, ale ve velké intenzitě také psychologické.

Paliativní léčba představuje komplexní oblast péče poskytované pacientům a jejich rodinám. Přistupuje k pacientovi holisticky, a proto zahrnuje nejen medicínskou léčbu (kontrola a redukce negativních symptomů, jako je bolest, únava, deprese), ale s ohledem na zachování co nejvyšší



kvality života léčených dětí a jejich rodin také psychologickou, psychosociální a duchovní podpůrnou péčí. Navzdory pokrokům současné medicíny v oblasti onkologie a efektivní kombinaci léčebných metod, zhruba 20 % onkologicky nemocných dětí anebo adolescentů na své onemocnění umírá. Péče o děti v inkurabilní anebo terminální fázi onkologického onemocnění je z hlediska psychologických nároků bezesporu nejobtížnější pro všechny zúčastněné. Lékař, který delší dobu pečuje o dítě s progredujícím onemocněním, se často stává pro vystrašenou a bezradnou rodinu také oporou psychickou a má možnost ovlivnit prožívání pacientů a jejich rodin včetně zvládání dalšího vývoje onemocnění. Situace vyžaduje podporu, porozumění a trpělivost.

Při řešení závažných otázek zdravotního stavu, a zejména sdělování extrémně nepříznivých zpráv, je nutné počítat s jejich psychologickým dopadem na celou rodinu pacienta. Psychologická paliativní péče o nemocné dítě by se měla odehrávat ve spolupráci s celou jeho rodinou a měla by brát v potaz všechny její členy. V prvé řadě je zapotřebí věnovat se rodičům, ale pozornost vyžadují také sourozenci a prarodiče pacienta do té míry, v jaké jsou osobně angažováni na léčbě nemocného dítěte. V praxi to znamená například práci s úzkostí rodičů, kterou mohou následně přenášet na dítě, podporu otevřené komunikace mezi dítětem a rodinou, zejména o pocitech a vlastních potřebách. Sourozenci pacientů jsou již během kurativní léčby vystaveni vysokým nárokům z hlediska adaptace. Musí se vyrovnat s častou nepřítomností rodičů, kteří doprovázejí nemocného pacienta, a náhlou změnou navykklého režimu fungování rodiny. Někdy mají nedostatek informací o nemoci, jsou překvapeni změnou vzhledu a někdy i chováním léčeného dítěte. Vzhledem k tomu, že se rodina věnuje po dobu léčby intenzivně jednomu dítěti, sourozenci často trpí nedostatkem emoční podpory rodičů. Pokud jim není onemocnění dostatečně vysvětleno, je jejich pojetí původu a charakteru onemocnění založeno na fantazii. Děti se v důsledku toho například obávají, že mohly nemoc sourozence nějak způsobit anebo se od něj nakazit, a často se u nich objevují psychosomatické obtíže. V důsledku starostí mívají snížený školní prospěch a mnohdy problémy v chování. V případě, že se stav nemocného dítěte zhoršuje, narůstá úzkost v celé rodině, na což sourozenci nemocného velmi citlivě reagují. Kromě strachu o život nemocného dítěte mohou prožívat úzkost z vlastní smrti, jejíž podstatu nejsou schopni vyjádřit, a tato úzkost se pak často projevuje somatickými symptomy, které mohou být



velmi podobné obtížím nemocného dítěte. Po úmrtí člena rodiny mohou být zasaženi širokým spektrem socioemočních problémů. Cílem psychologické paliativní péče je na základě rozhovoru s rodiči včas identifikovat starosti a potřeby srovnanců pacienta, podporovat u nich vyjadřování emocí, kterými jsou zahlceni, a posílit vzájemné vazby v celé rodině.

CHÁPÁNÍ SMRTI U DĚTÍ

Každé onkologické onemocnění i přes stále stoupající úspěšnost léčby nese větší či menší riziko úmrtí dítěte, ať už na základní diagnózu nebo na komplikace související s léčbou. Děti se na onkologickém oddělení mohou setkat s úmrtím pacienta, kterého znaly. Tento zážitek je může uvrhnout do hlubokého zármutku či úzkosti, anebo naopak motivovat k intenzivnější spolupráci a „boji“ s nemocí. Způsob vyrovnávání se se strachem z úmrtí svého anebo blízkých lidí je u dětí i dospělých velmi variabilní. Psychologům se podařilo v závislosti na mentálním a emocionálním vývoji dítěte identifikovat několik základních fází procesu pochopení a porozumění smrti. Znalost základních způsobů, jak děti uvažují o smrti, může být pro zdravotníky

užitečná proto, že se rodiče někdy sami obracejí pro radu, zda a jak mohou děti o smrti přemýšlet. Někdy se rodiče cítí zneklidnění, pokud dítě kladé otázky související se smrtí, a nevědí, jak o tom s ním komunikovat.

Dětské představy o smrti se formují kolem vývoje konceptů univerzality, kauzality, ireverzibility a nefunkčnosti (1, 2).

- Pro děti do tří let je primárním fokusem vazba na matku a separace od ní, takže smrt není rozlišována od separace nebo opuštění. Okolo tří let děti mají povědomí o smrti, ale chápou ji jako časově omezenou a reverzibilní. V představách o jejích příčinách figuruje nejčastěji magické myšlení a jejich porozumění smrti vychází z představy separace od nejbližších milovaných osob a „odchodu na jiné místo“. Mohou také ztotožňovat smrt se spánkem.
 - V předškolním věku si děti začínají všimnout, že co je mrtvé, přestává fungovat (vědomí zániku životních funkcí). Koncept nefunkčnosti se však vyvíjí zhruba do 9 let (děti mohou přemýšlet například nad tím, zda pohřbeným lidem není pod zemí zima). Stále však vnímají smrt jako dočasnou. Vlivem dětsky egocentrického myšlení se domnívají, že mohou zapříčinit něčí smrt pouhou myšlenkou nebo jednáním.
 - Od šesti let děti začínají chápat, že každý musí někdy zemřít včetně jich samých. Začínají chápat, že smrt je nevratná, a dokážou porozumět jejím příčinám (rozlišují již externí a interní příčiny smrti). Díky zvědavosti vlastní školákům se zajímají o různé detaily související se smrtí. Ke konci tohoto období si jsou schopny představit vlastní smrt. V tomto období je proto běžné, že děti mají větší pohotovost ke strachu a úzkostem, například se opět bojí usínání ve tmě o samotě v pokoji, mají strach z neznámých osob, různých magických postav apod.
 - Od dvanácti let výše ve stadiu formálních operací chápou dospívající smrt podobně jako dospělí lidé. Vzhledem k jejich přirozené orientaci na budoucnost vnímají smrt jako vzdálenou možnost, která se jich v přítomnosti ještě netýká. Díky tomu je pro dospívající velmi obtížné pochopit, že sami mohou zemřít v důsledku svého onemocnění (3, 4, 5).
- Bylo zjištěno, že u dětí se závažným onemocněním je vnímání smrti vyzrálejší. Dříve jsou si také vědomy možnosti, že ony samy mohou zemřít (6, 7, 8, 9). Jako významné se v této souvislosti jeví zjištění, že se děti aktivně zajímají o svoji prognózu. Podle studie Ellise a Leventhala (1993) by chtělo 95 % dětí s onkologickým onemocněním v případě neúspěšné léčby obdržet informaci, zda na své onemocnění umírají (participovalo 50 pacientů ve věku od osmi do sedmnácti let).

SDĚLOVÁNÍ EXTRÉMNE NEPŘÍZNIVÝCH ZPRÁV

V případě, že nemocný anebo jeho rodina vědí, že kurativní léčba selhala, vzniká nedůvěra ve zdravotnictví a objevuje se strach plynoucí z možnosti úmrtí.



Fáze vyrovnávání se s faktem vážného anebo nevyléčitelného onemocnění (10, 11).

1. Nulové stadium: nejistota
2. Šok, panika
3. Popření, negace
4. Deprese/zloba. Jde o obdobné emoce, deprese je agresí směřující namísto vnějšího okolí do nitra osobnosti. Fáze intruzí, vtíravých myšlenek, až obsese kritikou události.
5. Smlouvání/adaptace. Adaptace – pasivní: přizpůsobení se, aktivní: snaha změnit si podmínky.
6. Smíření/rezignace/nesmíření – dekompenzace.

Nemocní a jejich rodina často vyhledávají alternativní metody s čekáním na zázrak. Terminálně nemocné děti jsou velmi závislé na rodině a nejčastěji se bojí opuštění rodiny a bolesti. Starší děti, školáci a dospívající již mohou projevat obdobné obavy jako dospělí, tj. z tělesných komplikací, procesu umírání a toho, co bude po smrti, na rozdíl od dospělých jsou děti a dospívající zejména psychicky vulnerabilnější a při zvládání jsou závislí na podpoře rodiny a zdravotníků. Rodina se navíc může obávat ztráty lékařské péče. Ošetřující tým má zůstat nemocnému k dispozici (onkolog, zdravotní sestry, psychiatr, psycholog, kněz). Jde o zajištění kvality života, emocionálního stavu a kontroly vedlejších účinků nemoci. Rodina chce být informována o změnách fyzického stavu nemocného a do procesu se zapojit, nutné je zohlednit i náboženské požadavky. Po ztrátě blízkého nastoupí pocity smutku, viny, studu, zmatení a vzteku, je vhodné doporučit případnou pomoc, protože pokud nedojde ke zvládnutí krize, mohou se objevit pocity zlosti vůči ošetřujícímu týmu (12).

JE VHODNÉ S DÍTĚTEM MLUVIT O SMRTI?

Děti obecně v průběhu svého vývoje brzy pochopí, že vše živé po čase umírá. Zdravé děti někdy v rámci zvědavosti položí otázku, zda jejich rodiče mohou zemřít nebo zda by ony samy mohly zemřít v důsledku určitých událostí. Děti na tuto otázku vyžadují upřímnou odpověď do té míry, že každý – a rodiče nevyjímaje, jednoho dne zemře, obvykle když zestárne a jeho život se naplní. Děti rovněž potřebují ujištění, že kdyby se rodičům stalo cokoli, někdo se o ně postará.

Když se vážně nemocné dítě zeptá, zda může zemřít, je v této situaci nejprve vhodné opatrně prozkoumat, proč se na tuto otázku ptá právě nyní. Je možné, že se dozvíme, že dítě zaslechlo hovor dospělých o jiném pacientovi, anebo uvažuje o chystaném zákroku (má například strach z operace nebo anestézie). Je vhodné nejprve zjistit, co je v pozadí této otázky.

Zeptá-li se dítě, u něhož je relativně dobrá prognóza onemocnění anebo existuje alespoň malá naděje na uzdravení, zda může zemřít na své onemocnění, můžeme mu

například odpovědět: „Doufám, že ne. Skoro každá nemoc může být nebezpečná a smrtelná, pokud není léčena. Existuje léčba, která jiným dětem pomohla.“ Poukážeme na to, že existuje léčba, která jiným dětem pomohla, a vyjádříme očekávání, že pomůže i jim. Je vhodné vyjádřit podporu, že dítě neopustíme (rodiče jej neopustí), a budeme onemocnění zvládat společně (zvláště děti předškolní a mladší školáci se v případě takových otázek mohou spíše obávat, že budou opuštěni v obtížné situaci). Pokud je dítě spíše zvědavé a neprojevuje úzkost, můžeme se ho ptát, co je to smrt, jak si ji představuje, zda se setkalo se smrtí někoho blízkého, oblíbeného domácího zvířete atp. Tyto otázky nám pomohou zjistit, jak o tomto tématu přemýšlí, a tak můžeme snáze eliminovat možné iracionální obavy a úzkosti, plynoucí z fantazijských představ.

U dětí s nevyléčitelným onemocněním a dětí v terminální fázi onemocnění je zapotřebí velké opatrnosti. Děti by se měly postupně dozvědět, že onemocnění je stále přítomné a odolává léčbě (spíše jako vysvětlení jejich současného nelepšícího se stavu). Při informování zpravidla postupujeme po krocích v souladu s jejich somatickým stavem (není možné popírat před dítětem, že se léčba nedaří, pokud to samo fyzicky prožívá). Dítě nebo dospívající tak můžou sami ovlivnit, kolik informací potřebují. Je třeba brát v potaz, že zatímco dospělí lidé v terminální fázi nemoci jsou schopni vyjádřit své obavy a potřeby přímo, děti naopak spoléhají na nepřímá anebo symbolická vyjádření svých emocí a potřeb, například prostřednictvím kresby nebo hry.

Ve fázi pokročilého onemocnění je spíše než informace zapotřebí fyzická přítomnost blízké osoby, častý kontakt (verbální i haptický) a vyjádření podpory. Děti se odváží komunikovat a ptát se pouze tehdy, pokud jsou si jisti naší podporou a pokud se s námi cítí v bezpečí. Pokud jsme takto přítomni, dítě má možnost a mělo by dostat možnost hovořit i o natolik těžkých tématech, jako je smrt a jejich vlastní, blížící se smrt. Pro některé děti může být obtížné zůstat s tímto tématem o samotě. Nezřídka však děti a mladí dospívající popírají, že by mohli zemřít, někdy se velmi rychle střídají fáze hněvu (zlost na zdravé vrstevníky, přemítání, proč zrovna já), popírání (úvahy o budoucím studiu na střední škole, různé plány), smlouvání (přemýšlení, čeho by se ještě rádi dožili) i smířování (zemřeli jiní lidé, může se to stát i mně).

Rozhovor s dítětem v terminální fázi onemocnění odráží i náš postoj k umírání. Pokud se smrti obáváme, je pravděpodobné, že dítě bude vnímat naši úzkost a jeho vlastní se bude potencovat. Vnímáme-li pokročilé onemocnění jako prohru v boji s nemocí, mohou v nás naše vlastní pocity selhání vyvolat stud, díky kterému se pak dětem raději vyhýbáme. Děti jsou schopny zaznamenat, že se jim personál vyhýbá. Mohou pak samy trpět pocity selhání, že nedokázaly vyhovět a uzdravit se.

Každý člověk se ke smrti vztahuje svým jedinečným způsobem. Umírání představuje nejobtížnější životní téma a smíření se smrtí je dlouhodobý psychický proces. Pojem trvalého smíření se smrtí je spíše ideálem, psychika člověka spíše osciluje mezi různými formami pocitů a reakcí (po-

pírání, úzkost, zlost, smíření atp.). Určitý posun však může znamenat pouhé uvědomování si svých pocitů ve vztahu k tomuto tématu. V případě velké úzkosti se lze pokusit ventilovat své pocity jinde, abychom dítě nezneklidňovali. V případě pocitů selhání je možné pokusit se přeformulovat své cíle. Namísto snahy dítě vyléčit je možné usilovat o mírnění bolesti a jiných nepříznivých somatických symptomů. Způsob komunikace s dítětem a sdělování extrémně nepříznivých zpráv o nevléčitelnosti onemocnění by měl odpovídat psychickému stavu a aktuálním potřebám dítěte.

SHRNUTÍ

Komunikace s dítětem a jeho rodinou je jedním z klíčových faktorů, které ovlivňují kvalitu života dětí s nevléčitelným onkologickým onemocněním. Rozhovor s dětmi v terminálních fázích nemoci je velmi náročný a je třeba ho založit na předchozím vztahu. V ideálním případě by jej měl provádět lékař nebo jiný odborník, který o pacienta dlouhodobě pečuje, pacient má k němu vytvořený dobrý vztah a důvěřuje mu. Informaci o nevléčitelnosti nemoci je zapotřebí stejně jako u jiných závažných sdělení dávkovat postupně a s ohledem na aktuální psychický stav dítěte. Téma umírání spíše neinicujeme sami, vhodnější je vyčkat, zda o něm bude hovořit pacient. Rodičům je z právního a etického hlediska nutné sdělit informaci o nevléčitelnosti onemocnění tak brzy, jakmile je to ze zdravotního stavu dítěte zřejmé, s ohledem na optimální péči o dítě. Mluvit o umírání s dítětem samotným se může některým laikům, ale i profesionálům zdát nepatřičné, existuje však velké množství studií, které dokládají, že děti si své umírání uvědomují (3). Pokud se rodiče a ostatní blízcí vyhýbají hovoru o umírání, dítě se s tímto problémem uzavírá a zůstává osamoceno v nejtěžších chvílích. Komunikace s dítětem v terminální fázi onemocnění a jeho rodiči vyžaduje nejen zkušenosti i teoretickou znalost problematiky, ale významný vliv hraje v této situaci také projevení naší účasti, osobní angažovanost, soucit a zájem o pacienta.

Literatura:

1. Koocher, G. P. (1974). Talking with children about death. *American Journal of Orthopsychiatry*, 44(3), 404-410.
2. Cotton, C. R., Range, L. M. (1990). Children's death concepts: relationship to cognitive functioning, age, information disclosure, and what children with cancer see and feel. *Journal of Pediatrics Psychology* 16(2), 169-191.
3. Kreitler, S., Krivoy, E. (2004). Psychological Intervention with the Dying Child. In Kreitler, S. & Arush, M.W.B. (Eds.) *Psychosocial Aspects of Pediatric Oncology*. England, Chichester: Wiley.
4. Skeen, J. E., Webster, M. L. (2004). Speaking to Children about Serious Matters. In Kreitler, S. & Arush, M.W.B. (Eds.) *Psychosocial Aspects of Pediatric Oncology*. England, Chichester: Wiley.
5. Wolfe, J., Tournay, A., Zeltzer, L. R. (2004). Palliative Care for Children with Advanced Cancer. In Kreitler, S. & Arush, M. W. B. (Eds.) *Psychosocial Aspects of Pediatric Oncology*. England, Chichester: Wiley.
6. Schonfeld, D. J. (1993). Talking with children about death. *Journal of Pediatric Health Care* 7, 269-274.
7. Spinetta, J., Rigler, D., Karon, M. (1973). Anxiety in the dying child. *Pediatrics* 52, 841-845.
8. Spinetta, J. (1974). The dying child's awareness of death: A review. *Psychological Bulletin* 81, 256-260.
9. Greenham, D. E., Lohmann, R. A. (1982). Children facing death: recurring patterns of adaptation. *Health Soc. Work* 7(2), 89-94.
10. Křivohlavý, J. (2004). Pozitivní psychologie. Radost, naděje, odpuštění, smířování, překonávání negativních emocí. Praha, Portál.
11. Kubler-Ross, E. (1969). *On death and dying*. Touchstone.
12. Prokop, J. (2006). *Spiritualita umírajících pacientů*. Brno, Masarykova univerzita.

Mgr. Irena Vlčková



Dobrovolnictví je krok do nejistoty



Vážím si každého dne, kdy mohu udělat něco rozumného ...

Paní Marie Zemčíková patří mezi nejpilnější a nejzkušenější dobrovolníky centra Motýlek. Na KDORL FN Brno (klinika zabývající se léčbou dětských ušních, nosních a krčních onemocnění) dochází každý pátek již od listopadu 2003 a letos v květnu se rozhodla sortiment svých dobrovolnických aktivit rozšířit.

Jako nejstarší z pěti dětí se již v raném věku naučila starat o ostatní, a přestože byl její pracovní obor – chemie na míle vzdálený dobrovolnictví, znovu se k péči o druhé vrátila. A to nejen jako hrdá babička tří vnoučat, ale také jako dobrovolník – Motýlek. Její dobrovolnický „krok do nejistoty“ za sebou nechává nesmazatelnou stopu, přesto neustále se smíchem říká, že nedělá nic závažného. Chtěla to zkrátka zkusit.

Jste babičkou na plný úvazek, nemocniční prostředí vás nikdy nelákalo a i obor, ve kterém jste pracovala, je velmi vzdálený aktivitám v Motýlku. Povězte mi, co vás přimělo stát se dobrovolníkem?

Neřekla bych, že jsem se rozhodla stát se dobrovolníkem. Ale nastala doba, kdy jsem mívala dopoledne volná, a napadlo mě je nějakým způsobem zaplnit. V rádiu jsem slyšela výzvu, že v Praze hledají ochotné lidi, kteří by chodili bavit děti do nemocnic, a tak jsem se začala pít po tom, zda-li tady v Brně existuje podobná aktivita. Nejdříve jsem se dozvěděla o možnosti navštěvovat pacienty LDN U Milosrdných bratří a o něco později jsem doputovala až k Motýlku. Splnila jsem potřebné formality – výpis z trestního rejstříku, zdravotní průkaz a školení – a v listopadu 2003 jsem nastoupila.

To zní hodně spontánně. Nikdy jste nic podobného neplánovala?

No, spontánně – já jsem vůbec nevěděla, do čeho jdu. Chtěla jsem to zkrátka zkusit. V rodině žádné dobrovolníky nemám, nejbližší má k činnosti, které se věnuji, vnučka mojí sestry, která pracuje v sociálních službách.

Nyní jste v Motýlku již pět let a se železnou pravidelností navštěvujete KDORL. Proč právě tuto kliniku?

Líbí se mi tam asi nejvíc ze všech oddělení, do kterých jsem měla možnost nakouknout. Je to tam takové světlejší,

na chodbách je více prostoru, a pak je mi také sympatické to, že děti nemají na pokojích televizi. Možná je to takový můj alibismus, a proto tam také zůstávám. Tam, kde jsou televize přímo na pokojích, se děti ještě hůře získávají pro jakoukoliv zábavu. Na KDORL je televize jenom v jídelně a pouští se až po svačině.

Vzpomenete si na svoji první návštěvu oddělení? S jakými pocity jste tam šla?

To víte, že jsem byla rozklepaná a málem jsem tam s těmi dětmi brečela, když se mi tam dvě rozbrečely. Člověk si zkrátka musí zvyknout a stále si opakovat, že je tam proto, aby pacienty potěšil nebo uklidnil. A když dítě začne plakat po mamince, tak se musí snažit přivést ho na jiné myšlenky. Přesto tomu všemu stále říkám krok do nejistoty. Kdykoliv tam jdu, nikdy nevím, kdo tam bude, které sestry budou mít službu, budou-li tam nějaké děti a zda-li mě přijmou. Takže... tento pocit se mi opakuje vždy, když stojím přede dveřmi oddělení.

A jak probíhá jedna vaše návštěva?

Většinou když přijdu, tak projdu chodbou až k sesterně a pracovně. Pozdravím sestry a v pracovně si vezmu věci, které tam máme uložené. Řekla bych, že se jim tam trochu roztahujeme, těch věcí tam máme stále více. Na oddělení je dále jídelna, kde probíhá dopoledne vyučování a odpoledne nějaké aktivity s paní vychovatelkou. Jídelnu uznávám jako jejich „teritorium“ a moc tam nechodím. Bývám tedy většinou na pokoji s dětmi, které tam zůstávají. Zaklepu, řeknu, že jsem z Motýlku, a když už jsem s někým konkrétním, tak řeknu: „Já jsem Marie, a jak ty se jmenuješ?“ Potom se rozhodneme, co budeme dělat, teď se například dost ujalo navlékání korálků. Také chodívám za těmi dětmi, které chtějí spíše odpočívat, a zeptám se jich, jestli nechťejí něco přečíst. Tímto způsobem je pak obíhám po dobu celé návštěvy od půl druhé do půl šesté. Sem tam na mě klepou a je o mě velký zájem a někdy nemám do čeho píchnout. Ale mě to s těmi dětmi baví, i když vždycky zlobí.

Zmínila jste čtení. Chtějí si dnešní děti nechat číst?

Na čtení přistoupí pouze děti, které jsou na čtení zvyklé z domu. Často ale narazím na děti, které na to zvyklé nejsou, dívají se jenom na televizi. Těm s větší výdrží přečtu



třeba celou knížku. Na oddělení máme Makovou panenku a tu vydrží děti sledovat od začátku do konce. Jiné se ale už po jedné pohádce nudí a samy mi řeknou, že je to nebaví.

Po chodbách oddělení se tedy pohybujete s určitou jistotou. Jaký vztah máte s personálem na oddělení?

Můj vztah s personálem je inertní. Já sestry při příchodu pozdravím, a pak se na ně obracím jenom v případě, že si nejsem v něčem jistá. Jakmile se procházím po oddělení a plánuji s dětmi činnosti, jdu se sester raději zeptat, zda dítě může vykonávat tu či onu aktivitu, abych v tomto směru neudělala nějakou hloupost.

Dostanete se do kontaktu i s rodiči?

S rodiči si občas povídáme. Někdo se ptá, co je to Motýlek a k čemu je to dobré, kolik nás tu je a podobné věci stran Motýlka. Dvě maminky dokonce měly takový zájem, že by se sem i přihlášily, ale nevím, jak to nakonec dopadlo. Někdy jsem rodičům i nabídla, že si mohou odběhnout a já jim dítě pohlídám, ale to se stává zřídka.

Po čtyřech hodinách různorodých činností opouštíte nemocnici... dopadá na vás únava?

Pokud se dětem mohu věnovat naplno, potom odcházím spokojená. Pokud je to takové paběrkování, tak si říkám, že příště to třeba bude lepší. Vzpomínám si, že v listopadu před dvěma lety nebyl na oddělení téměř žádný pacient, a tak jsem při několika návštěvách po chvíli odešla, protože tam nebyl nikdo „volný“. Tehdy jsem zvažovala, jestli toho nemám nechat. Říkala jsem si, že je to na nic.

Co vás přimělo zůstat?

Ono se to časem zase zlepšilo. Člověk nesmí všechno hned vzdávat.

Měla jste možnost tento problém někde probrat? Má dobrovolník možnost se někde svěřit se starostmi spojenými s návštěvou oddělení?

Ano, jsou supervize, kde se sejdou dobrovolníci s psychologem a povídají o zážitcích. Tam já dnes už chodím spíš pro potěchu ducha. Mám radost z těch mladých tváří, které tam jsou. Z mladých dětí, jako jste vy, které se dobrovolnictví věnují. Každá generace totiž říká o té mladší, že za nic nestojí, a tady vidím, kolik ušlechtilých zájmů mladá generace má. Tohle mi dělá dobře.

V letošním roce jste si k dobrovolnictví v Dětské nemocnici přibrala i novou aktivitu. Čeho se týká?

Stal se ze mě navigátor v Diagnosticko-terapeutickém centru bohunické nemocnice. Pomáhám u automatů na vybírání poplatků a poskytuji všeobecné informace o tom, kde co je. Mladí lidé jsou na automaty zvyklí, takže jim

obsluha nedělá problém. Ti starší na to ale buď nevidí, nebo jsou zvyklí na jiný systém a rada se jim hodí. Často tam zažijí pořádný oheň na střeše, hlavně když peníze zapadnou a automat nic nevydává.

Veselé je, že na sobě mám oranžovou vestu s reflexními pruhy... ta je často terčem vtipálků. Jeden pán se ptal, jestli mě tam poslali od silnic. Ještě že tam není slibovaný nápis „první pomoc“, protože to by nějakí vtipálci možná vyžadovali něco ostřejšího.

Kolik času této aktivitě věnujete?

Pokud mám čas, tak tam bývám mnohem častěji než v Dětské nemocnici. Nastoupila jsem 14. 5. 2008 a jsem tam v průměru tři až čtyři dny v týdnu po čtyřech hodinách. Samozřejmě, když jsem unavená, tak toho mohu v průběhu nechat, ale když vidím, že je to potřeba, tak v nemocnici zůstávám.

Jak to tak poslouchám, budete asi dokonale zorientovaná v současném zdravotnickém systému...

Vždycky jsem říkala, že nechci pracovat ve zdravotnictví a v peněžnictví. A teď taková kombinace... Ale pro některé lidi je to zapotřebí, tak jsem tam. Jen ty dotazy typu „kolik to sype“ jsou úsměvné...

Co byste o dobrovolnicích pověděla závěrem?

Vzhledem k fluktuaci je to hodně rozdílné... Myslím si, že každý do toho jde s obavami. Málokdo je takový suverén, že by šel a říkal si, tady mám plán a zvítězím. Já osobně to беру tak: jsem už stará, vážím si každého dne, kdy mohu udělat něco rozumného, a pokud se mi to daří, jsem moc ráda.

Blanka Černá



Onkogynekologické oddělení 9 v nových prostorách



Pracoviště Gynekologicko-porodnické kliniky FN Brno patří mezi akreditovaná onkologická centra v České republice.

Onkogynekologické pracoviště získalo nové prostory, v nichž jsou zrekonstruovány sociální zařízení a sprchové kouty, které byly v bývalých prostorách oddělení 9 nevhodující.

Nyní jsou pokoje pacientek prostornější a vzdušnější a v blízkosti opraveného WC a koupelen.

Ekonomicky efektivní provoz je dnes v zájmu každého zdravotnického zařízení. Mezi úspěšná opatření patří zajištění vysoké kvality odborné lékařské a ošetrovatelské péče v souladu s co možná nejkratší hospitalizační dobou a v ekonomicky méně náročném prostředí za předpokladu příjemnějšího prostředí pro klientky.

Zhoubné nádory ženských pohlavních orgánů představují i v dnešní době velmi závažný problém. I když v posledních letech dochází k výraznému pokroku v oblasti poznání etiologie, patogeneze těchto nádorů, rozpracování metod



prevence a časného zachytu alespoň u některých z nich, zůstává skutečností, že těchto nádorů neubývá a léčebné výsledky zůstávají v řadě případů neuspokojivé.

U většiny gynekologických nádorů přitom dochází k trvalému zvyšování jejich výskytu v populaci našich žen.

Roční zachyt nádorů u karcinomu těla děložního, děložního hrdla, karcinomu ovaria a karcinomu mamme je v celé



České republice 8 000. I přes tyto neuspokojivé údaje je jedna pozitivní zpráva, úmrtí nepřibývá tak rychle, jak by odpovídalo zvýšenému výskytu.

Na našem onkogynekologickém pracovišti byl v roce 2006 zachyt 328 nádorů a v roce 2007 368 nádorů.

Proto jsme rádi za pěknější prostředí pro naše pacientky, které hraje svoji roli v kvalitě jejich života.

Helena Vozdecká



Trendy v bydlení seniorů

SENIOŘI CHTĚJÍ LÉPE BYDLET...

Každá z generací má svůj vlastní životní rytmus, kterému je potřeba přizpůsobit rozvržení a vybavení domácnosti. Všichni bychom chtěli zajistit pro své starší rodiče, babičku nebo dědečka kvalitnější bydlení s možností osobní péče, aniž by to zatížilo náš vlastní životní styl.

Oproti západním zemím je v České republice ústavní péče o seniory poněkud pozadu.

Domovy důchodců sice pokrývají celé území České republiky, ale jejich kapacita bývá většinou dlouhodobě vyčerpána. Na místo v domově důchodců se čeká i mnoho let, což vede ke složitým a mnohdy nedůstojným situacím. Senioři či jejich rodinní příslušníci jsou nuceni přistoupit k poskytování tzv. „dobrovolných darů“.

I když tato zařízení postupně přebírají nejrůznější moderní postupy, pořád se jedná o instituce, které nejsou schopny nabídnout nadstandardní služby pro seniory – možnost prožít aktivní stáří v rodinném prostředí – využít osobní péči, relaxaci či pomoc kvalifikovaného personálu.

Umístění do domova důchodců je pak vnímáno většinou negativně, jako odložení nebo neochota postarat se.

V západní Evropě již dlouhou dobu úspěšně funguje model bydlení pro seniory v seniorských rezidencích a domech. Takové právě vznikají i v našem městě Brně.

Princip seniorských rezidencí se značně liší od ústavní péče o seniory v domově důchodců. Do seniorské rezidence klienti odcházejí v době, kdy jsou ještě aktivní a zcela nebo z velké míry soběstační, a jejich soběstačnost je zde i nadále intenzivně podporována a rozvíjena. To znamená, že stěhování do seniorské rezidence není vnímáno jako poslední možné řešení, není spojováno s nemožností, ale rezidence se stává novým domovem, který si rezident samostatně vybere a v němž chce strávit zbytek života. Toto řešení pak není jen výhodným řešením pro rodinu seniora, ale i pro něj samého.

Seniorské rezidence jsou určeny pro ty, kteří chtějí žít samostatně, aktivní život i v pokročilejším věku.

Mgr. Hana Německá



Bydlení pro aktivní podzim života.

Dlouho jsme sledovali potřeby a přání lidí seniorského věku. Teď vám chceme představit výsledek.

*Vybudovali jsme pro vás nový domov, který jsme pojmenovali **Grand Residence**. Je nejenom velký, ale současně grandiózní v plnění vašich představ!*

Nabízíme vám nadstandardně vybavený a moderně architektonicky řešený komplex velmi kvalitního bydlení s mnoha možnostmi, jak trávit volný čas. Najdete zde:

- pohodlné byty s kuchyní a sociálním zařízením
- polikliniku, bazén, wellnes centrum v areálu
- pěkné prostředí s velkou zahradou
- klidné místo v blízkosti MHD
- programy osobní péče
- pomoc při přechodné nemoci apod.
- SENIOR CLUB

**REZERVUJTE SI POSLEDNÍ REZIDENČNÍ
BYTY V BRNĚ MODŘICÍCH**



www.grandresidence.cz, tel.: 725 524 746, 530 508 605-6

Televizory na pokojích pacientů

Úkolem každé nemocnice je poskytnout všem hospitalizovaným pacientům maximum profesionální lékařské péče a případně zajistit další služby nad rámec léčby. Muži, ženy, nemocní, vážně nemocní, starší i ti mladší, všichni mají kromě svých bolestí ještě něco společné. Volný čas. Vyšetření, kontroly, vizity a léčebné zákroky nevyplní nemocným celý den strávený v nemocnici, natož pak dlouhé večery. Z těchto důvodů se každá nemocnice snaží zajistit takové služby, které mají za úkol pacientům pobyt v nemocnici zpříjemnit a volný čas naplnit.

Starší generace neznala službu „Internetová kavárna“. Ta se dnes nachází v prostorách FN Brno a zde může pacient za poplatek využít služeb internetu. Neznala ani pojem „kávomat“ neboli automat na kávu, kterých jsou dnes ve FN Brno desítky a jsou hojně využívány. Totéž platí o automatech na bagety, cukrovinky, nápoje a jiné drobnosti každodenní potřeby. Vše nové, co bylo v minulých letech zavedeno jako „NOVINKA“, stalo se časem samozřejmostí, bez které si dnes nedokážeme fungování moderní nemocnice představit.

Služby, které přímo nesouvisí s léčbou pacienta, přenechává nemocnice, pokud to lze, dodavatelským firmám. Vhodný výběr firmy je téměř vždy zárukou plnohodnotného zabezpečení služby a spokojenosti pacienta. Nemocnice by

mnohdy ráda poskytovala služby pacientům nad rámec léčby sama, ale není to v jejích technických, finančních ani personálních možnostech. Nemocnice je institut, který má především léčit a provádět tuto léčbu kvalitně a na profesionální bázi. Na to také dostává finanční prostředky ze státní pokladny.

Televizor. Pro někoho každodenní zdroj informací, pro jiného forma zábavy nebo trávení volného času a pro někoho třeba společník na všechen volný čas. V dnešní době přístroj pro spoustu lidí nepostradatelný. Pravda, jsou i tací, kteří televizor vůbec nesledují, ale těch je minimum.

V minulosti nebyl v nemocnicích televizorům přikládán prázdňný význam. Pokud jsme se s nimi někde setkali, bylo to v jídelnách jednotlivých oddělení nebo ve společenských místnostech, a tam byl maximálně jeden. Někdy s pochybnou kvalitou signálu a někdy i s pochybnou kvalitou samotného televizoru, který mnohdy trpěl zjevnými neduhy stáří. Zvuk z televizoru byl slyšet po celém oddělení, a pokud chtěli pacienti sledovat televizní vysílání, museli ze svých pokojů do jídelny. Tedy pouze ti pohybliví. Pacienti připoutaní na lůžko a pacienti v izolaci tuto možnost ze zjevných příčin neměli. V jídelně se pak sešli společně muži i ženy. V případě, že se vysílalo mistrovství světa ve fotbale a na druhém programu současně s tím romantický seriál, nebyla o spory mezi diváky nouze. Systém fungoval tak, že kdo první ukořistil ovladač, byl pánem televizoru.

V závěru roku 2006 byly ve FN Brno na pokojích pacientů zprovozněny první televizní automaty. Těchto automatů bude v nemocnici po dokončení instalace několik stovek. Další služba pro pacienty navíc. Tak jako kávomaty, mohou i televizory samozřejmě fungovat na vhození mince. Rádi bychom to nazvali **novinkou**. To bychom ale mohli pouze v případě FN Brno. TV automaty totiž disponují již několik let i nemocnice v jiných městech, např. Fakultní nemocnice v Ostravě, nemocnice v Kroměříži, nemocnice v Karviné, v Havířově, Orlové a další. Jak se nám podařilo zjistit, tento systém byl převzat ze západních zemí, kde jej pacienti využívají již od 80. let minulého století. Instalaci, provoz a investice do TV automatů ve FN Brno zajišťuje společnost Autep, spol. s r. o., prostřednictvím jedné ze svých divizí – MediPoint. Společnost byla vybrána z důvodu vysoké záruky spolehlivého a kvalit-





ního provozu TV automatů, která vyplývá z referencí jiných nemocnic, kde tento systém TV provozuje, a na základě kladných ohlasů po zkušebním provozu v pavilonu KICH v roce 2006.

Společnost Auttep je mimo jiné i renomovaným zpracovatelem plastů a výrobcem školních a kancelářských potřeb. Široké veřejnosti je známá v ČR i v zahraničí především svými výrobky, jako jsou např. rotační vizitkáře, prodávané již 15 let pod ochrannou známkou „ROTACARD“, výrobou pečicích fólií do domácností, blistrů pro vánoční kolekce, adventní kalendáře nebo výrobou fólií do kroužkových vazeb a dalšími výrobky.

Kromě odborných instalací, pravidelné údržby a servisu TV automatů nabízí společnost Auttep i instalaci nových STA rozvodů (Společná Televizní Anténa – antény, zesilovače, rozvody koaxiálních kabelů rozvádějící TV signál apod.) v části areálu staré zástavby a v porodnici na Obilním trhu. Dále společnost nabízí úhradu měsíčních televizních poplatků za každou televizi, úhradu spotřebované energie, rekonstrukci zastaralých STA rozvodů v budově „L“, přípravu celé FN Brno k přechodu na digitální vysílání, rozšíření nabídky TV programů po dokončení instalací a další jiná řešení. A to nejen pro nemocnici jako celek, ale i pro některá oddělení, která měla své vlastní požadavky. Již v průběhu prováděných instalací TV automatů v budově „L“ byly nad rámec spolupráce opraveny desítky nefunkčních nebo poškozených STA účastnických zásuvek. Např. Oční klinika byla zcela bez televizního signálu. Společnost dále zajistila i montáž nových rozvodů STA na pokoje či kanceláře lékařů, instalace televizorů bez automatu na mince na dětské a onkologické pokoje v rámci jejího sponzorského daru a další služby. To vše v rámci vlastních investic, bez jakékoliv spoluúčasti FN Brno. Navíc firma hradí ná-

jemné za každý televizor, stejně jako např. provozovatelé automatů na kávu. Jedná se tedy o celkový projekt řešení provozování televizorů ve FN Brno.

Na pokojích pro pacienty jsou instalovány nové televizory o úhlopříčce 55 cm, s dálkovým ovládáním a teletextem. Tyto televizory jsou umístěny na TV držáky na stěnu a jsou nakloněny k pacientovi směrem dolů tak, aby bylo zajištěno lepší sledování pořadů. Každý automat je opatřen návodem k použití, číslem na poruchovou linku společnosti Auttep a dalšími údaji, které jsou vyžadovány ze zákona. Pacient po vhození 10 Kč může TV sledovat 1,5 hodiny. V případě, že se například tři pacienti domluví (např. muži na sledování fotbalu a po něm filmu), a pokud každý vhodí 10 Kč, sleduje jeden pacient za svých 10 Kč 4,5 hodiny TV vysílání. Televizory jsou zakódovány proti neodbornému nastavení. Tím se zabezpečuje správné naladění televizoru a nastavení maximální hlasitosti na požadovanou úroveň neobtěžující ostatní pacienty. Není tu-

díž možné, aby pacient zvýšil hlasitost na úroveň, která by rušila ostatní pacienty na oddělení.

O spokojenosti s touto službou svědčí i vyvíjený tlak ze strany pacientů na pracovníky společnosti na upřednostnění instalace na jejich pokoji. V případě poruchy na zařízení pak následují prosby pacientů o co nejkratší termín řešení opravy, nejlépe ještě v týž den, kdy poruchu nahlásili.

Opravy poruch na TV automatech společnost Auttep zajišťuje obvykle do 3 dnů od jejich nahlášení. Není ovšem výjimkou, že se oprava uskuteční ještě týž den. Je nutno podotknout, že poruchy na zařízení, ve smyslu poruchy přístroje samotného, jsou cca 20 % ze všech ohlášených poruch. Ve velké většině případů se jedná o poruchy způsobené vhozením cizího předmětu do automatu a jeho následným ucpáním nebo nesprávnou manipulací s ovladačem, vytažením napájecí zásuvky ze zástrčky apod. Hodně „poruch“ je odstraněno jen na základě telefonických pokynů servisního pracovníka na dálku. Mezi poruchy se ovšem řadí i ztráta dálkového ovladače. Bohužel musíme konstatovat, že jen z budovy „L“ za velmi krátké období zmizelo již 5 kusů ovladačů. Společnost Auttep je ihned nahradila novými.

Nyní, kdy u nás ve FN Brno zavádíme provoz televizních automatů jako službu novou, jeví se nám jako **novinka**. Stejně jako kdysi automaty na kávu. Pevně věříme, že to, co je dnes nové, bude v krátké době samozřejmostí. Věříme, že tato služba pomůže pacientům zpříjemnit pobyt v naší nemocnici.

Andrej Vamoš

Druhá životní etapa pavilonu Z



Začátkem října loňského roku uplynulo přesně 25 let od otevření pavilonu Z v areálu bohunické nemocnice. Zkusme na chvíli zalistovat v denících s daty 6. až 8. října 1982 a připomenout si, co tehdejší média o otevření nového objektu psala.

Po zprovoznění pomocných provozů, podmiňujících zdárný chod nemocničního komplexu, byla 7. října 1982 slavnostně otevřena nová osmipodlažní budova ženské kliniky, která jako první v nové části nemocnice začala realizovat své medicínské poslání. V nové budově je soustředěno oddělení porodnice, gynekologie a úsek intenzivní péče o celkové kapacitě 142 lůžek pro pacientky, 44 kojeneckých lůžek, 7 inkubátorů, dále dva operační a jeden zákrokový sál, dva porodní boxy, laboratoře a vyšetřovny. Celý objekt má klimatizaci. Samostatnou, dosud unikátní složku představuje septický trakt, který je určen rodičkám s infekčními chorobami. Pokojíky pacientek, nejvýše o třech lůžkách, působí přívětivě a nemají onu tradiční nemocniční pečť. Interiér proteplují nejen dřevěné obklady, ale i svěží barvy. Dobrý dojem umocňuje vkusná umělecká výzdoba. Zvláštní úsek tvoří výpočetní centrum, které má umožnit automatizaci řídicí i administrativní práce a přispět k tomu, aby se lékaři a sestry mohli co nejplněji věnovat vlastní péči o pacienta. Přístrojové vybavení nové kliniky je na špičkové úrovni a tomu bude odpovídat i koncepce léčby. Zvláštní pozornost bude věnována případům rizikového těhotenství a těžkým gynekologickým onemocněním. Takové pacientky budou přijímány z celého Jihomoravského kraje, jinak bude klinika sloužit vymezené zdravotnické oblasti. Forma péče o matky na porodnickém oddělení bude řešena individuálně tak, aby co nejlépe odpovídala psychickému i zdravotnímu stavu žen. Některé z nich budou mít své děti po celou dobu hospitalizace ve svém nemocničním pokoji. Po moderní znojenské nemocnici je ženská klinika v Brně-Bohunicích první velkou zdravotnickou stavbou v Jihomoravském kraji za řadu let. Otevření nové kliniky je pro Brňany radostné, neboť celý Jihomoravský kraj trpí nízkým stavem nemocničních lůžek oproti jiným krajům republiky. Nedostává se jich kolem dvou tisíc. Z toho je postiženo nejvíce Brno, které má nemocnice zastaralé a některé z nich v havarijním stavu.

Tolik brněnský tisk před 25 lety.

Dovolil bych si ještě doplnit, že stavbu realizovaly tehdejší Průmyslové stavby Gottwaldov podle návrhu ateliéru Ing. arch. Spurného ze Stavoprojektu Brno. Prvním přednostou kliniky se stal prof. MUDr. Uhlíř, kterému sekundoval vybraný zdravotnický personál v čele s primářem MUDr. Kepákem a vrchní sestrou Švédovou. Tito, spolu se staničními sestrami, měli nemalý podíl na přípravě a zprovoznění celé kliniky.

Za 25 let náročného provozu zestárla budova a její technické vybavení. Po roce 1998, kdy vznikla Fakultní nemocnice Brno, došlo v roce 2002 ke sloučení dvou klinik z bohunického pracoviště a z pracoviště na Obilním trhu v jedno klinické pracoviště s názvem Gynekologicko-porodnická klinika FN Brno.

Během uplynulých let došlo také k organizačním změnám v rámci provozu objektu a přestavbám, které byly vynuceny potřebou poskytovat pacientům kvalitnější a pohodlnější servis. Poměrně záhy opustilo budovu výpočetní středisko, přemístila se také laboratorní pracoviště, až na úsek HLA. Přízemní septická část byla přebudována na ústavní lékárnou.

Na lékárnou bylo navázáno i pracoviště ředění cytostatik. V posledním nadpodlaží budovy byla zřízena lůžková jednotka onkologického oddělení. O poschodí níže, do doby zahájení rekonstrukce, pracovala onkologická část Kliniky nemocí plicních a tuberkulózy.

Možná právě symbolicky začátkem října roku 2007, tedy přesně po 25 letech, byla významnou rekonstrukcí zahájena druhá životní etapa tohoto objektu.

Pro budoucí koncepční medicínské využití byla naplánována a projekčně připravena první část akce s názvem „Rekonstrukce objektu Z“, která se soustředila především do pátého až sedmého podlaží objektu, kde se řeší změny provozního charakteru a technického vybavení. Ve čtvrtém podlaží dochází k výrazné modernizaci strojoven technického vybavení objektu. V rámci první etapy se dále provádí stavební úpravy v ostatních podlažích, sice menšího rozsahu, ale značného významu v oblasti technického vybavení objektu a protipožárního zabezpečení objektu, vyplývajících ze změny provozního řešení a užívání objektu. Symbolicky lze tedy „novorozenci“ do dalších let života popřát, aby ze všech sil naplňoval záměry strategického řízení vedení Fakultní nemocnice Brno.

Ing. Petr Woletz



Aktuality

DOBŘÁ NÁLADA — PŮL ZDRAVÍ

Zdravotní klaun pravidelně přináší smích a radost našim dětem, které jsou hospitalizovány v Dětské nemocnici.

Dne 2. června 2008 se u příležitosti Mezinárodního dne dětí uskutečnila na Pracovišti dětské medicíny velká „Klaunniáda“. Děti na jednotlivých odděleních navštívilo 17 klaunů, kteří přinesli dětem radost a smích. Zpívalo se, hrálo na různé nástroje. Doktor Kolíček a sestra Sádra, kteří pravidelně navštěvují naše děti, navštívili v ten den děti na Klinice dětské onkologie, oddělení 23.

Se skupinou klaunů přijel i Gary Edwards, který koncept „léčby humorem“ v České republice zahájil a rozvinul až do současné podoby. Svoje aktivity rozvíjel v ČR od roku 1998, v roce 2001 vzniklo občanské sdružení. Jako jedna z prvních nemocnic, které se do projektu zapojily, byla i naše nemocnice.

Hlavním smyslem těchto aktivit je psychická podpora nemocných dětí tak, aby lépe zvládaly svůj aktuální stav, přispěly k uvolnění nemocniční atmosféry a humanizaci nemocnice. A to se „našim klaunům daří“.



O SOCIÁLNÍCH LŮŽKÁCH V LDN

Dne 12. srpna 2008 se v Léčebně pro dlouhodobě nemocné v Bílovicích nad Svitavou uskutečnila tisková konference. Jejím tématem byly více než roční zkušenosti s provozováním sociálních lůžek, které LDN FN Brno jako jedna z nemnoha na Moravě využívá.

MOTOCYKLOVÁ AUTOGRAMIÁDA

Již počtvrté navštívili před víkendovým závodem Velké ceny dva mladí závodníci, Michal Prášek a Karel Abraham, malé pacienty v Dětské nemocnici. Dětem rozdali nejen spoustu hraček a sladkostí, ale také plakátů s vlastnoručními podpisy. Novinkou se letos stala závodní Aprilia vystavená v Teyschlově hale.



ČERVENÁ Z MODRÉ ... PRO ŽIVOT

Dne 4. září 2008 odstartovala náborová akce s názvem Červená z modré ... pro život. Jejím cílem je za masivní podpory brněnského hokejového klubu Kometa získat pro Transfuzní oddělení a krevní banku FN Brno stovky a možná i tisíce nových dárců. Akce byla zahájena tiskovou konferencí, před jejímž zahájením přišel krev darovat celý základní kádr HC Kometa.



Generální ředitel Tepláren Brno, a.s. o nejstarší historii

Vážení čtenáři,

z vlastní zkušenosti vím, že pohled do minulosti mnohdy odhalí řadu zajímavých skutečností. Proto bych vás dnes velice rád provedl nejstarší částí historie brněnských tepláren, které mají v Brně svou dlouholetou tradici a k městu neodmyslitelně patří.

Myšlenka zavést kombinovanou výrobu tepla a elektřiny se původně nezrodila v Brně, ale mnohem dál, až v Americe. Jeden z nejvýznamnějších představitelů české elektrotechniky a profesor na brněnském Vysokém učení technickém Vladimír List zde byl v roce 1923 na studijní cestě a při prohlídce New Yorku si všiml, že na jednom místě z chodníku vystupuje pára.

Po zjištění, že se jedná o tzv. okrskové topení z elektrárny Helgate, neváhal elektrárnu navštívit. Neseťkal se však s žádným technickým zázrakem, pouze s několika nízkotlakými kotli, které dodávaly páru do podzemního potrubí ve městě. Navštívil proto místní Edison Company, elektrárenskou společnost, která zásobovala párou a elektřinou New York, kde se dozvěděl více o kombinované výrobě tepla a elektřiny a efektech, které tato výroba přináší.

Jedním z vysoce prosperujících odvětví v Brně byl v tomto období textilní průmysl, který se soustředil v oblasti ulic Cejl, Radlas a Dorných při svitavském a ponáveckém náhonu. Působilo zde osm textilních podniků, proto tato oblast získala příznačný název „Moravský Manchester“. Tyto podniky pro svou výrobu potřebovaly tolik páry, že bylo ekonomicky mnohem přínosnější zbudovat v jejich blízkosti teplárnu, která by výrobu páry a elektřiny bezpečně a mnohem efektivněji nahradila.

Profesor List tedy požádal vedení tehdejších Západo-moravských elektráren, aby mu umožnilo zpracovat projekt na její zbudování. Na základě tohoto projektu byly dne 1. dubna 1929 zahájeny první stavební práce spojené s výstavbou historicky první teplárny na území tehdejšího Československa.

Nejvhodnější místo pro zbudování teplárny bylo v blízkosti textilních podniků na ulici Špitálka. Pozemek však musel být z důvodu nevhodného podloží zpevněn sedmi tisíci borovými pilotami o délce šest až osm metrů. I přes tyto obtíže však byla stavba dokončena už následujícího roku, po necelých dvaceti měsících. Vysoce moderní zařízení, kterým byla teplárna vybavena, zahájilo výrobu tepla v páře a elektřiny dne 4. prosince 1930.

Výstavba teplárny splnila všechna očekávání. Byla zajištěna dostatečná dodávka tepelné a elektrické energie, snížily se náklady řadě podniků a přispěla k ozdravení brněnského ovzduší, protože s výstavbou teplárny přestalo kouřit 68 továrních komínů.

Ing. Alexej Nováček



Rozhovor s majitelem společnosti AG FOODS Group a.s.



Jiří Jízdný

Čím se vaše společnost zabývá?

Podnikat jsme začali v roce 1990 s tím, že potravinářskému programu se věnujeme od roku 1993. Vůči našim zákazníkům se profilujeme ve třech hlavních oborech. První, historicky nejstarší, je Food service. Jedná se o dodávky zaměřené na hromadné stravování, pod kterým si můžeme představit školství, zdravotnictví, sociální síť, armádu, prostě vše, kde se vaří a pije ve velkém.

Druhý náš velice významný obor je HoReCa. Jedná se o dodávky produktů určených pro restaurace, hotely, kavárny, zábavní centra, koupaliště atd. K těmto zákazníkům dodáváme kompletní kávový servis, případně další služby. Máme dva typy kávových servisů, jeden z nich značky Jacobs. Novinku, italskou kávu Varesina, jsme představili letos na Salimě. Od února ji distribuujeme po celé České a Slovenské republice.

Třetím segmentem naší činnosti je Vending. Jedná se o segment, který zahrnuje všechny možné automaty pro výdej velkého sortimentu zboží. Soustřeďujeme se hlavně na produkty a služby týkající se teplých a studených nápojů do těchto automatů.

Začínali jste s těmi segmenty postupně?

Ano. Historicky první byl v roce 1993 Food service. Od roku 1998 se k němu přidal Vending a zhruba od roku 1999 až 2000 pak HoReCa.

Působí vaše společnost i za hranicemi České republiky?

V České, Slovenské, Polské a Maďarské republice distribuujeme produkty pomocí našich dceřiných společností. V dalších státech máme své obchodní zastoupení. Jedná se např. o Slovinsko, Chorvatsko, Rumunsko, Bulharsko, Bělorusko, Ukrajinu nebo Ruskou federaci.

Ve kterých z výše uvedených segmentů spolupracujete s námi?

S vaší nemocnicí kooperujeme řadu let, a to ve dvou oblastech. První je Food service, tzn. dodávky pitných režimů jak pro zaměstnance, tak pro pacienty. Druhým je kávový servis, který uplatňujeme ve vašich provozech, bistroch či kantýnách. FN Bohunice byla naším prvním zákazníkem využívajícím systém přípravy a výdeje nápojů UNASYS. Nyní máme již přes 100 instalací tohoto systému.

Plánujete v nejbližší době rozšíření vámi nabízených služeb?

V současné době jsme z hlediska zákaznických segmentů plně stabilizováni, a proto se nyní zaměřujeme více na prohlubování kvality našich služeb ve stávajících oblastech. V současné době například vyvíjíme specializované softwarové rozhraní, v němž by se systémy našich zákazníků propojily s našimi a vše by fungovalo on-line, rychleji a pohodlněji.

Jste rodinná firma, jak jste se dostali právě k takovému druhu podnikání?

Tatínek se pustil do podnikání v dubnu 1990. Na začátku poskytoval služby pro zemědělce. V roce 1993 jsem se k němu přidal a podnikání jsme směřovali k potravinářství. Zahájili jsme spolupráci s odborníkem z Potravinářského ústavu v Praze, který se poté ujal vývojové práce pro naši firmu. A v květnu roku 1993 byl na světě náš první výrobek Vitamaxima Tropical, nízkokalorický vitaminový syrovátkový nápoj. Ten jsme začali distribuovat po České republice a ve stejné receptuře jej vyrábíme dodnes.

S tímto prvním produktem jste oslovili malo či velkoobchod?

Vitamaximu jsme chtěli distribuovat do sítí maloobchodu. V roce 1993 jsme narazili na boom tekutých nápojů a tedy na to, že o naše produkty nebyl moc zájem. Moje žena však přišla s netradičním nápadem. Vzala telefonní seznam, nalistovala rubriku školy a první várku, což bylo asi dvanáct palet výrobků, jsme vezli do škol.

Spokojenost panovala na obou stranách. Školy byly rády, že jim je někdo schopen takovýto servis zajistit, a my byli rovněž spokojeni. Platební morálka byla velice dobrá. My jsme dovezli zboží, předali faktury a peníze byly na účtech do tří dnů. Ani konkurence nebyla ještě tak velká.

Díky této dobré konstelaci jsme se v segmentu Food service začali rychle rozvíjet.

V roce 1998 jste se rozšířili o Vending. Umožnil vám to právě úspěch Food service?

Přesně tak. Na jedné straně to byl rozvoj, kterého jsme v letech 1993–1998 dosáhli, na straně druhé to byla skutečnost, že produkty obou segmentů mají stejný výrobní základ. Směsi ve Vendingu se však malinko liší svým speciálním složením. Automaty stojí venku i uvnitř, na slunci, v zimě, v suchém prostředí nebo ve vlhkém. Za žádných klimatických podmínek však směs nesmí hrdkovatět, musí zůstat stejná.

Na přelomu let 1999/2000 jste rozjeli svůj poslední segment HoReCa. Jak došlo k tomuto?

K rozhodnutí věnovat se hotelům, restauracím a kavárnám nás přiměla určitá synergie, součinnost našich výrobků a znalost daného terénu.

Co byste si přál jako úspěšný podnikatel pro svou firmu?

Přál bych si, aby společnost zůstala v rodinném kruhu.

Čemu byste se ve společnosti rád věnoval vy?

Firma má svého ředitele a já bych se rád věnoval budoucím rozvoje- vým strategiím společnosti.

Za rozhovor děkuje Anna Nesvadbová

Rozhovor s ředitelkou projektu Veletrhy Brno, a.s.



Věra Menšíková

Jste ředitelkou projektu ve společnosti Veletrhy Brno, a.s. Jak dlouho v pozici působíte a jaká byla cesta k ní?

Trochu jste mne se svojí otázkou zaskočila. Nejsem zvyklá hovořit do médií o sobě, spíše se vždy koncentruji na projekty, které mám v naší společnosti na starosti. Takže v mé odpovědi naleznete vy i vaši čtenáři od každého něco. Za projekt zdravotnických veletrhů zodpovídám od roku 2003 – dříve se konaly pod názvem MEFA – REHAPROTEX, posléze HOSPIMedica a nyní nově MEDICAL FAIR BRNO CENTRAL EUROPE. Nový název veletrhu souvisí se vstupem majoritního vlastníka Messe Düsseldorf do struktury akcionářů naší společnosti. Projekt zdravotnických veletrhů tím získal jedinečnou možnost stát se součástí světového řetězce veletrhů MED BY – MEDICA – a podílet se zároveň na všech marketingových a komunikačních aktivitách.

Kromě projektu MEDICAL FAIR patří do působnosti mého týmu i projekt OPTA – mezinárodní veletrh oční optiky, optometrie a oftalmologie – a dále potravinářská témata mezinárodní potravinářské veletrhy SALIMA a G+H, jejichž součástí je pro vaše čtenáře asi nejzajímavější a nejznámější téma – mezinárodní vinařský veletrh VINEX.

Všechny shora uvedené projekty mají v našem veletržním kalendáři dlouhodobě své výsadní postavení a ve svých oborech patří k předním evropským veletrhům.

Moje „pracovní cesta“ společností Veletrhy Brno, a.s., je spojena i s celou řadou jiných projektů – téměř 20 let byl mou „domovskou adresou“ Mezinárodní strojírenský veletrh, naše firemní ZLATO, které v polovině září proběhlo na výstavišti již popadesáté.

Můžete, prosím, našim čtenářům svou práci přiblížit?

Popsat pozici ředitele projektu je velmi jednoduché, a tedy zároveň velmi komplikované. Se svým týmem (složeným z kolegů z různých odborů – marketing, komunikace, kongresové aktivity, realizace) odpovídám za všechno, od samého začátku – tedy koncepce nového ročníku veletrhu – po průběh veletrhu a samozřejmě jeho hodnocení.

V této práci se setkáváme logicky s celou řadou partnerů z oblasti komerční i nekomerční, analyzujeme vývoj oboru, přicházíme s novými náměty, které konzultujeme s profesními svazy, asociacemi, představiteli výzkumu, vědy, ale

i vysokých škol. Snažíme se připravit a prezentovat projekt tak, aby vyhovoval všem zúčastněným nejen po stránce odborné, ale – v dnešní době, kdy ještě více je pro všechny důležitý a rozhodující maximální efekt – tedy onen známý poměr cena/výkon – zejména po stránce obchodní. Iniciativě, novým námětům a myšlenkám se meze nekladou, nejsme ničím omezeni, veškeré aktivity rozvíjíme rovnoměrně v tuzemsku i zahraničí. Prvořadě je naše práce o vztazích s partnery, o poznání jejich potřeb a požadavků.

Pro každou společnost je důležitá nejen přítomnost, ale i budoucnost. Jaké jsou tedy vaše plány?

Náš cíl je jediný – posílit postavení veletrhu nejen v České republice, ale zejména v zemích střední a východní Evropy. Zaměřit se na medicínská témata, která jsou v Brně a okolí, definovaném kruhem o průměru 300 km, na špičkové úrovni. Přivést na výstaviště světové odborníky a firmy, které v těchto jednotlivých oborech působí. Takto jsme se v letošním roce zaměřili na témata onkologie, robotické a miniinvazivní chirurgie, biotechnologie, fyzioterapie a elektronického zdravotnictví. V oboru reprodukční medicíny spolupracujeme s lidry tohoto oboru v ČR i v Evropě, mezi něž patří i vaše fakultní nemocnice. Např. mezinárodní konferenci DETERM zaštítíl prof. MUDr. Pavel Ventruba, DrSc., přednosta GPK FN Brno. Máme zájem o dlouhodobou spolupráci, na jejímž konci bude respekt a uznání partnerů veletrhu MEDICAL FAIR BRNO CENTRAL EUROPE a JEHO VÝSADNÍ POSTAVENÍ VE ZDRAVOTNICKÉM OBORU.

Za rozhovor děkuje Anna Nesvadbová

BVV

Veletrhy
Brno

Pantáta to má jisté



V souvislosti s tématem tohoto čísla se mně vybavuje jedna dávná vzpomínka z dětství. Je to rozhovor dvou dospělých, kdy jedním z nich byl můj děda. Tím druhým byl mladý soused, vracející se právě z návštěvy v nemocnici. Zpráva, kterou vezl, byla smutná: „S pantátou je to špatné. Doktoři říkají, že umře.“ Děda opáčil otázkou: „A ty ne?“ Soused se nedal: „Ale jo, ale on to má jisté.“ „A ty ne?“ – uzavřel tuto filozofickou diskusi děda, jehož vztah k těmto věcem byl nastaven ještě na bojištích první světové války. Tento rozhovor mně utkvěl v mysli na celý život. Prostředí vesnice vůbec formovalo myšlení o těchto posledních věcech zcela přirozeně. Lidé se rodili i umírali většinou doma, žili uprostřed přírody, kde neustále viděli, jak všechno nové a mladé raší na tlejících zbytcích něčeho předcházejícího, měli před očima stálý koloběh vzniku a zániku, rození a umírání. Lidé měli svou konečnost dennodenně realisticky jasně před očima. Když pak rozeznali, že jim, obrazně řečeno, „dohořívá svíce“, nijak zvlášť je to nevyděsilo a nesli to s moudrým a důstojným klidem. Nezačali v panice shánět nějaký elixír věčného mládí a nesmrtelnosti, protože smrt pro ně nebyla nevysvětlitelným tragickým předelem. Byla to prostě součást života. Snad u žádného jiného jevu totiž neplatí v takové míře to, že jeho smysl nelze nějak objektivně zjistit či změřit, nýbrž lze ho pouze „stanovit“. Co je to smrt? V rakouských církevních novinách bývá rubrika „Heimgegangen“. To znamená „Ti, kteří se odebrali domů“. Hinduista se odebere svým atmanem do další inkarnace. Demokritos se ve svých atomech, které smrtí dostaly svobodu, rozběhl do světa, a nezníčitelné atomy jeho bytosti představují jedno z mnoha pojetí lidské nesmrtelnosti. Křesťanská víra ve vzkříšení představuje pojetí další. Věda sice leckomu nabourala představy tím, že při nejlepším vůli žádnou z nich nemůže potvrdit, ale jinak k nim nemá co říci. Jak si tedy kdo význam této významné životní události pro sebe stanoví či jaký význam v rámci nějakého náboženství či filozofie přijme, tak to má.

Od toho, čím je pro daného člověka smrt, se odvíjí to, jak bude vnímat svůj život i čas a ostatní hodnoty, se kterými ve svém žití zachází. Mnišské „Po-

mni, že zemřeš!“ spolu s křesťanskou nadějí dodávalo člověku vědomí vděčnosti za nesamozřejmost života, krotilo ho v titánských vzletech a přinášelo základní vklad radosti z bytí jako takového. Učilo ho vážit si času, moudře s ním hospodařit a neproměňovat za bezcennosti. Latinský pojem „humilitas“, překládaný někdy slovem „pokora“, obsahoval rovněž právě i toto vědomí lidské konečnosti. To bylo nakonec naplno řečeno v označení pro člověka, které bylo často užíváno v mýtech: smrtelník. Co to slovo znamená, jsem si mohl naštěstí celkem dobře uvědomit i díky tomu, že jsem jako duchovní hovořil přibližně na 400 pohřbech. Právě nad otevřeným hrobem člověk jasně vnímá pravou hodnotu lidského pachtění, absurdnost sporů, končících nakonec zákonitě tím, že nad jejich aktéry „zaklapne víko“, pošetilost všeho hromadění, neboť z toho všeho nezůstane než nic, prach, popel. Přímou vnímáte, že jde-li člověk ze hřbitova po svých, je to v dané chvíli to podstatné, a jinak prakticky nejde celkem vůbec o nic.

Ano, prožitek vlastního života se odvíjí od toho, jak má člověk „nastaveno“ své vědomí konečnosti. To je asi tou neodmyslitelnou součástí jakési základní orientace, umožňující člověku odlišovat podstatné od nepodstatného. Z potlačovaného a nevládnutého vědomí konečnosti našich dnů patrně pochází i ona existencionální úzkost, kterou se člověk snaží zaplašit vším možným i nemožným.

A tak, kdybych měl tu moc, zavedl bych, aby se znovu stejně jako v mýtech člověk oficiálně nazýval „smrtelník“. Jak krásně by například znělo: „Do senátu kandidují tito smrtelníci:...” I jim by to tam pomohlo. Bylo by to v rámci paliativní péče šířeji a hlouběji pojaté. Bylo by dobré a moudré s tím tak trochu počítat, že ta kmotříčka jednou přijde. I bychom se k sobě jinak chovali a bylo by nám na tom světě celkově lépe. A pak by nás také tak nevylekala, až se jednou někde v dáli na obzoru objeví. Máme to totiž naprosto všichni bez rozdílu přesně stejně tak jisté, jako ten pantáta.

Mgr. Milan Klapetek

≡ DNY OTEVŘENÝCH DVEŘÍ

3. října 2008 (12.00 - 18.00 hod.)

4. října 2008 (08.00 - 15.00 hod.)

PROVOZ ŠPITÁLKA

ul. Špitálka 6, Brno



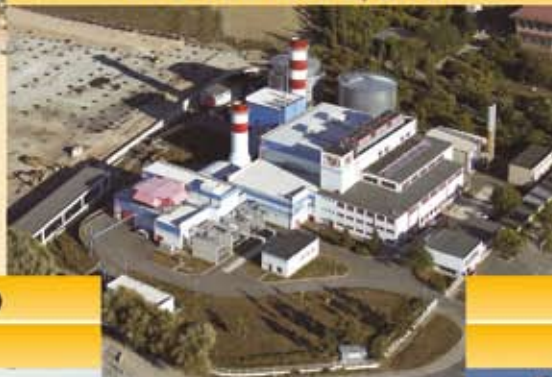
PROVOZ BRNO-SEVER

ul. Obřanská 60, Brno



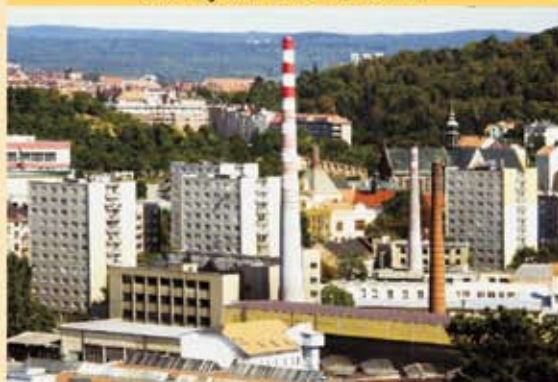
PROVOZ ČERVENÝ MLÝN

ul. Cimburkova 2, Brno



PROVOZ STARÉ BRNO

ul. Rybářská 4, Brno



PROVOZ BYSTRC

ul. Teyschlova 33, Brno



**Těšíme se
na Vaši
návštěvu!**

Budete mít příležitost porovnat jeden z nejstarších teplárenských provozů zbudovaných na území tehdejšího Československa (provoz Špitálka) s jedním z nejmodernějších provozů v Evropě (provozem Červený mlýn). Otevřeny pro Vás také budou brány provozu, jehož rekonstrukce se plánuje (provoz Brno-sever) a provoz na spalování biomasy (provoz Brno-Bystrc).

Podrobnější informace jsou pro Vás k dispozici na www.tepl-brno.cz nebo na telefonu 545 169 229.



chicory dream

Produktovou řadu Chicory doporučuje Heidi Janků

Foto Heidi Janků: Ondřej Košík

náš svět jsou voňavé nápoje

ag foods
a family company since 1990

Chicory Dream jsou chutné kávovinové nápoje se sušeným mlékem, obohacené sladovým výtažkem (zdroj vitaminů skupiny B a minerálních látek) a vysokým obsahem rozpustné vlákniny Inulinu. Nápoj lze připravit velmi snadno rozpuštěním v teplé vodě, bez nutnosti cedit.

V nabídce je šest typů nápojů, které se liší formou slazení a poměrem mléčné a kávovinové složky.

Kvalitu Chicory Dream si ověřili pacienti a zaměstnanci ve více než 70 nemocnicích v ČR.

Kávovina společnosti AG FOODS se tím stala nejoblíbenější a nejpreferovanější kávovinou s mlékem na trhu!

Použití:

kávovinový nápoj (bílá káva).

Doporučený systém výdeje:

výrobník horké vody.

Chicory Dream ve variantách Basic, Strong, Light, Sweet, Easy:

- chutný, výborně rozpustný kávovinový nápoj,
- obsahuje rozpustnou vlákninu inulin,
- varianta pro diabetiky – LIGHT – kávovina slazená sladidlem,
- rychlá příprava rozpuštěním v teplé vodě,
- s obsahem sušeného mléka,
- bez obsahu kofeinu,
- není třeba cedit,
- bez chemických konzervantů a barviv.

AG FOODS Group a.s.

Košíkov 72, Velká Bíteš, 595 01 Česká republika

tel. 800 NAPOJE (800 627 653), fax: +420 566 503 012, pondělí až pátek od 7.00 do 17.30, www.agfoods.eu

ZAVOLEJTE SI O VZORKY ZDARMA 800 NÁPOJE (800 627 653)