




Mendel 190


Vánoční zvonění


**Klinika dětské aneste-
ziologie a resuscitace
LF MU a FN Brno**


Etické problémy
rozhodování o způsobu léčby
v prostředí intenzivní medicíny


DebRA ČR





Místo pro Vaši reklamu

tel.: **+420 532 232 894**
e-mail: **marketing@fnbrno.cz**

 **FAKULTNÍ
NEMOCNICE
BRNO**

žijeme pro Vaše zdraví

Úvod



VÁŽENÍ A MILÍ ČTENÁŘI,

vítám vás u vánočního čísla Nemocničních listů, které je naplněno nejen řadou odborných informací z vysoce specializovaného oboru dětské anesteziologie, resuscitace a intenzivní medicíny, ale také sváteční pohodou a atmosférou. Závěrečné číslo roku 2012 vám dále přináší obsáhlé, ale velmi poutavé čtení o kontroverzním tématu etických problémů rozhodování o způsobu léčby v prostředí intenzivní medicíny či o 190. výročí narození světově proslulého genetika G. J. Mendla, který v brněnském augustiniánském klášteře položil základy genetiky. Věřím, že i v ostatních příspěvcích naleznete řadu čtivých informací nejen z oboru medicíny. Závěrem mi dovoluji vám popřát krásné svátky vánoční a vše dobré v roce 2013.

Mgr. Mgr. Anna Mrázová

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:

MUDr. Renata Gaillyová, Ph.D., Mgr. Miloslava Kameníková, Ing. arch. Ludmila Manová,
Mgr. Mgr. Anna Mrázová, Bc. Jana Šířová, Mgr. Mgr. Zuzana Velebová

Adresa redakce:

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

Grafická úprava a tisk:

SIVILIANIA, s.r.o., Lidická 51, 602 00 Brno
tel.: +420 531 010 915
email: grafik@siviliana.cz

Foto titulní strany:

Oddělení dětské hematologie FN Brno

Distribuce:

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

Náklad:

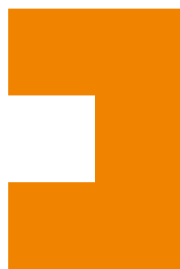
1 500 výtisků

Četnost:

4x ročně

Tento výtisk je neprodejný

Editorial Mgr. Mgr. Anna Mrázová	3
Happiness and Hope	4
Slovo ředitele MUDr. Roman Kraus, MBA	5
Mendel 190 MUDr. Renata Gaillyová, Ph.D.	6
Představujeme MUDr. Renatu Gaillyovou, Ph.D. Anita Gaillyová	7
Spolupráce gynekologa a genetika ve FN Brno MUDr. Romana Gerychová	8
Vánoční zvonění Mgr. Marie Plevová	9
Průběh rekonstrukce objektu I1 pro IKK FN Brno Michal Zachoval	9
Nové knihy v Lékařské knihovně FN Brno	10
Klinika dětské anesteziologie a resuscitace LF MU a FN Brno Eliška Filipů, MUDr. Michal Klimovič, Ph.D., Doc. MUDr. Michal Fedora, Ph.D.	11
Etické problémy rozhodování o způsobu léčby v prostředí intenzivní medicíny Prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.	15
Aktuality	19
Právní odpovědnost ve zdravotnictví Mgr. Lenka Kaňová	20
DebRA ČR Anita Gaillyová	24
Pomoc jako cesta k radosti Mgr. Marie Plevová	25
Štěstí a naděje ThMgr. Milan Klapetek	26



Happiness and Hope

ThMgr. Milan Klapetek

**FAKULTNÍ
NEMOCNICE
BRNO**

Happy New Year, Happy Birthday: The word of 'happy' appears in connection with congratulation of good luck. One day, I have come to an idea to trace and add a verse of the Bible relating to Happiness, however without success. You can find various expressions like 'happy', 'good', 'merry', 'luck', 'fortune' and many others, but the substance of Happiness is not defined in the Bible anywhere. Newer mind, there are many things absent herein, as the modern names known to us today were unknown to people of recent times. Nevertheless, people were always aware of the Happiness, they only named it as 'fortune' and they were longing for it not less than the generations of today. Like all the good, also the Happiness alias Fortune has had its divine donors. Every nation honoured a god or goddess having the mightiness to send a man a full basket or even a pile of Happiness down. Let's mention at least Tyche of Greece, the goddess of fortune, chance, providence and fate or Fortune, the Roman goddess of luck and fate. Both of them were dearly honoured and genuinely deified. The main symbol of Tyche was a huge horn, inside of which she was keeping all wealth and richness. She carried the horn with her constantly, occasionally turning it upside down to spread all its goods to anyone who would meet her on his way.

To meet fortune! To win a jackpot! Such temptations lurk on every corner promising a gaining of millions. People are likely "to seek for fortune" still more frequently. The right for seeking fortune is even included in the Declaration of Independence, one of the basic USA documents. A strong deal, isn't it? Happiness is namely the right of god for a gold miner, who would dig in vain, unless the Dame of Fortune passes by.

Happiness or fortune, as the case may be, can be a good ambition goal for everyone. However, there are some small defects hidden therein, as already found out by the thinkers in distant past. The fickle Dame of Fortune is unstable, when turning upside down her horn. A Czech proverb says that fortune is hand in glove with misfortune; the people were often told staying upright on a ball, which itself indicates a great instability. That's why the wise men of antique already have encouraged people to differ between the Happiness coming from the Dame of Fortune and that of state of mind. Those being happy without regard to any donation by Fortuna are well. "Happy the man, content with life", as Horace said, is principally valid until nowadays. There is another important advice, saying that Happiness alias Fortune is a by-product of doing other people happy (Confucius). As you can see, we can do without any activity of the fickle Dame of Fortune finally.

And what says the Bible? What are we offered instead of the unstable fortune? It is a hope. But the Hope is also known in other cultures as lying at the very bottom of Pandora's

Box and containing all evils of the world. In the Bible's tongue, especially in the sense of the New Laws, it is a part of the three laws having unlimited validity in heaven and on earth – belief, hope and love. Let's consult the dictionary: The Hope is a firm waiting for good things and lively longing for the realization thereof. The Hope was, in the contrary to a gold miner, the faith of a peasant who having sawed something unknown in the form of a seed awaits to profit from a yield. The Hope is a need for any greater work, where man cannot lean on a mere accidental fortune. The Hope consists of a durable material and reaches even beyond the life limits. The Hope is anchored in natural solstice holidays, in which man was looking forward to awaking of the spring nature and bringing the sunshine again. In the Christian sense, the central message of the Hope means that man is a creature by God which is not alone or exposed to destroy or chaos, because in such a great project of the World, man succeeds to come up to expectations. This aspect of life is, however, to be seen by the eyes of today only.

There is a hope for children treated in the Intensive Care Units as well for those who are worried sick about them. As supported with evidence, there is always a good chance for recovery with those keeping hopes alive.

Dear readers of the Hospital Magazine, we wish you happiness and fulfilment of every of your hope and longing. Merry Christmas and a Happy New Year!



Slovo ředitele

MUDr. Roman Kraus, MBA



Vážené dámy,
vážení pánové,

poslední číslo Nemocničních listů je věnováno Klinice dětské anesteziologie a resuscitace FN Brno. Tato klinika je spolu se stejným pracovištěm ve Fakultní nemocnici Motol největším svého druhu v ČR.

Je, mimo jiné, i součástí jednoho z osmi traumacenter v zemi. Svou roli v oboru dokazuje nejen objemem a kvalitou poskytované péče, ale též produkcí vědeckých publikací. Zkráceně lze říci, že klinika je lídrem oboru. Stejně jako celá Dětská nemocnice je fenoménem dětské medicíny v ČR. Další podrobnosti najdete v příspěvcích kolegů z KDAR.

Konec roku by zasluhoval i další bilancování. Nicméně nechci se vyjadřovat k ekonomické situaci FN Brno v době, kdy vyjednáváme konečné vyúčtování roku 2011 s VZP. S ostatními pojišťovnami jsme se dohodli na korektním, z našeho pohledu neztrátovém vyúčtování. Každopádně účetní

hospodářský výsledek bude mírně kladný. To však úplně nehovoří o naší schopnosti splácet závazky vůči dodavatelům.

Dnes známý návrh úhradové vyhlášky nám dává pouze jedinou možnost, tedy zásadní finanční obtíže naší nemocnice v roce 2013. Doufám, že v dalším vydání Nemocničních listů budu moci tuto informaci dementovat.

Všem přeji krásné Vánoce a šťastný nový rok.



Aktuality



Posílení prevence v oblasti nozokomiálních infekcí ve FN Brno

Ve 43. týdnu byly na oddělení Centrální sterilizace (CS) FN Brno, stanice na PMDV a PDM nainstalovány a zprovozněny nové dekontaminační a mycí automaty na chirurgické instrumentarium a jiné zdravotnické prostředky (ZP). Tyto automaty doplní stávající řadu dekontaminačních a mycích přístrojů a s jejich využitím se výrazně sníží manuální rizikové technologie dekontaminace a mytí na CS. Přístroje v celkové hodnotě 3.166.920,- Kč včetně DPH byly pořízeny z mezinárodního operačního programu Evropských fondů (2.691.881,- Kč) a z rozpočtu FN Brno (475.039,- Kč).

Jedním ze stěžejních programů oddělení CS je i minimalizace rizika práce na CS. V případě dekontaminace a mytí ZP je velké riziko např. mechanického poškození (bodnutí, říznutí apod.), značné je i riziko infekční (inhalace infekčního aerosolu, potřísnění apod.). Při dlou-

hodobém sledování se ukazují právě technologie ruční dekontaminace a mytí ZP jako jedny z nejrizikovějších pro pracovníky centrálních sterilizací. Celosvětově je tedy trend tyto manuální nestandardní technologie minimalizovat. Významně k tomu přispívá mj. zavádění jednorázových ZP nebo využití moderních strojových technologií tak, jak je to realizováno i ve FN Brno.

CZ.1.06/3.2.01/07.06900

Šance pro Váš rozvoj. Projekt - „Posílení prevence v oblasti nozokomiálních infekcí ve FN Brno“ je spolufinancován Evropskou unií z Evropského fondu pro regionální rozvoj.

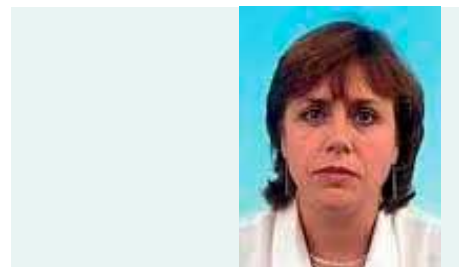


EVROPSKÁ UNIE
EVROPSKÝ FOND PRO REGIONÁLNÍ ROZVOJ
ŠANCE PRO VÁŠ ROZVOJ



Mendel 190

MUDr. Renata Gaillyová, Ph.D.



Objev nejelementárnějších obecných zákonitostí, kterými se řídí přenos znaků z rodičů na potomky, učinil brněnský mnich a opat augustiniánského kláštera na Starém Brně Gregor Johann Mendel v letech 1854 až 1863 v pokusech s hybridizací různých variet hrachu.

Mendelovo dílo se stalo základem, na němž postupně vyrostla složitá struktura moderní genetiky; považují proto za svou velmi milou povinnost u příležitosti 190. výročí jeho narození připomenout život a dílo tohoto velkého vědce na stránkách Nemocničních listů, a to i v kontextu s historickým vývojem.

Genetika to v Čechách neměla v minulosti jednoduché. Svůj podíl na tom měl nejdříve nacismus a následný nástup totality po roce 1948. V té době byla u nás genetika prohlášena za buržoazní pavědu, byla zlikvidována na školách a v praxi i se svými učiteli. Byly tak vychovány i celé generace lékařů, kteří absolvovali studium medicíny bez nejmenší znalosti tohoto oboru a mnozí z nich již nikdy nepochopí jeho význam. Až ke konci 60. let 20. století u nás dochází k postupnému rozvoji genetiky.

Letošní rok se stal díky kulatému výročí narození Gregora Johanna Mendela velmi významný nejen pro Brno a naši vlast, ale i celý svět. V Brně vznikla aktivita „Mendel 190“ s cílem důstojně oslavit 190. výročí narození Gregora Johanna Mendela.

Johann Mendel se narodil 20. července 1822 v rolnické rodině Rosiny a Antona Mendlových v Hynčicích na severní Moravě v tehdejším Rakousku-Uhersku.

Pokřtěn byl v kostele sv. Petra a Pavla v Dolním Vražném 22. července 1822. Mladý Johann Mendel navštěvoval nejprve zá-

kladní školu v Hynčicích, poté piaristickou školu v Lipníku a gymnázium v Opavě. V roce 1840 se Johann Mendel zapsal na Filozofický ústav při univerzitě v Olomouci.

Náklady na studium částečně hradil z příjmů za doučování, ale i s pomocí rodiny. Starší sestra Veronika s manželem převzali starost o rodinný statek, mladší, tehdy třináctiletá sestra Terezie se zřekla části svého věna ve prospěch bratra. I přes podporu své rodiny se však Mendel při studiu stále potýkal s nedostatkem finančních prostředků, které by mu dovolily studium dokončit.

Existenční starosti Mendel definitivně vyřešil v roce 1843, kdy na doporučení profesora fyziky na univerzitě v Olomouci Friedricha Franze vstoupil do augustiniánského řádu v klášteře na Starém Brně. Zde přijal jméno Gregor. V brněnském klášteře našel mimořádně příznivé prostředí pro rozvoj svého talentu. Opat Cyril František Napp si Mendela od začátku oblíbil a vytvářel mu podmínky pro rozvíjení jeho schopností. Následně Gregor Johann Mendel pokračoval

ve studiu na brněnské Teologické fakultě, od vstupu do brněnského kláštera projevoval mimořádný zájem o přírodní vědy, navštěvoval přednášky o pěstování ovoce a vinařství. 4. srpna 1847 byl Gregor Johann Mendel vysvěcen na kněze a stal se duchovním v nemocnici na Pekařské ulici. Velkou psychickou zátěž při styku s utrpením nemocných však Mendel velmi špatně snášel. Opat Napp proto uvolnil Mendela z práce duchovního v nemocnici a Mendel nastoupil jako suplující učitel na gymnázium ve Znojmě a později na Technickém učilišti v Brně. Další studia absolvoval v letech 1851-1853 na univerzitě ve Vídni. Je pravděpodobné, že právě zde získal rozhodující impulsy pro uskutečnění svých klasických pokusů s hrachem (*Pisum sativum*), které prováděl v zahradě opatství. Výsledky své práce přednesl Mendel



MENDEL 190

Oslava výročí 190. let G. J. Mendela



v roce 1865 na únorovém a březnovém zasedání Přírodovědného spolku v Brně. Své přednášky „Pokusy s rostlinnými hybridy“ („Versuche über Pflanzen-Hybriden“) pak Mendel publikoval v roce 1866. Mendelovi se zde podařilo ustanovit zcela nové pojetí dědičnosti: znaky se dědí v oddělených jednotkách, dnes zvaných geny. Na základě této práce je G. J. Mendel považován za „otce genetiky“.

Po smrti F. C. Nappa v roce 1868 byl Gregor Johann Mendel zvolen opatem augustiniánského kláštera, což přineslo pro Mendela nové povinnosti a starost o klášter, ale i řadu významných postů.

Uznání výsledku své práce se Gregor Johann Mendel nedožil. V roce 1883 Gregor Johan Mendel vážně onemocněl a dne 6. ledna 1884 zemřel v klášteře a byl pochován na brněnském ústředním hřbitově do hrobky augustiniánů.

Zlom ve společenském pochopení a přiznání prvenství jeho objevům přišlo až po roce 1900. Dnes se výsledky jeho výzkumů uplatňují nejen při šlechtění rostlin a živočichů, ale zejména v medicíně a v dalších vědních oborech.

Gregor Johann Mendel je osobností, která překročila naše hranice. Aktivita „Mendel 190“ v letošním roce využívá příležitosti vzdát hold otci genetiky, geniálnímu augustiniánovi, který díky svému úsilí posunul biologii mílovými kroky vpřed. Aktivitu „Mendel 190“ zastřešuje Masarykova univerzita Brno a Augustiniánské opatství na Starém Brně. Hlavním iniciátorem akce je ředitel Mendelova muzea MU Mgr. Ondřej Dostál, Ph.D. Záštitu nad projektem převzali doc. Mikuláš Bek, Ph.D., rektor MU a Ing. ThDr. Lukáš Evžen Martinec, OSA, starobrněnský opat.

Aktivitu „Mendel 190“ zahájil 23. února 2012 rozjezd „Mendelovy tramvaje“. Během roku 2012 pak proběhla celá řada výstav, odborných konferencí, seminářů a sympózií, vzpomínkových setkání i bohoslužeb věnovaných odkazu a výročí G. J. Mendela (<http://www.mendel190.cz/index.php/aktivita>).

Mnohé odborné akce pořádané nebo spolupořádané pracovišti FN Brno se zařadily do aktivity „Mendel 190“, např. Konference genetických laborantů a sester, seminář o vzácných nemocech v Parlamentu České republiky „Sami vzácní, spolu silní“, konfe-

rence Brněnský genetický den, konference Sekce dětské dermatologie, konference DNA diagnostiky a přednáškový cyklus Lékařská genetika pro veřejnost.

V říjnu 2012 se v Mendelově muzeu konaly výroční „Mendel Lectures“ za účasti významných světových vědců, včetně nositelů Nobelovy ceny. Jednalo se o jednu z nejvýznamnějších akcí projektu, mezi něž lze bezesporu zařadit i navrácení rukopisu G. J. Mendela do České republiky. Letos v květnu doputoval originál rukopisu G. J. Mendla z Německa po 25 letech zpět do míst, kde vznikl.

V souvislosti se připomenutím významu výročí narození G. J. Mendela nelze pominout též jeho pedagogickou činnost. Z historických dokumentů je známo, že Mendel byl vynikajícím pedagogem a práci se studenty věnoval nemalé úsilí. Je proto symbolické, že právě v roce 190. výročí narození byl v Brně na Masarykově univerzitě otevřen nový mezifakultní studijní obor Lékařská genetika a molekulární diagnostika, který je určen pro výchovu vysokoškolsky vzdělaných specialistů - genetiků a molekulárních biologů - zaměřených na oblast laboratorní medicíny.



Představujeme MUDr. Renatu Gaillyovou, Ph.D.

Anita Gaillyová



Primářka Renata Gaillyová se narodila v roce 1957 v Brně, jako druhá dcera Pavly a Pavla Gaillyových. Snad již fakt, že její rodiče se poznali na Klinice plastické chirurgie, předurčil její budoucí povolání. Ačkoli v mládí snila o studiu jazyků, po gymnáziu se nakonec rozhodla pro medicínu. Po promoci na brněnské LF UJEP v roce 1982 nastoupila na dětské oddělení v Hodonínské nemocnici. Po necelém roce se vrátila zpět do Brna, kde pracovala ve Výzkumném ústavu pediatrickém, zejména s dětmi trpícími diabetem. Po mateřské dovolené již nastoupila na Oddělení lékařské genetiky v tehdejší Fakultní dětské nemocnici G. J. M., to bylo v roce 1990, kde pracuje dodnes. Od roku 1998 je primářkou oddělení.

Mimo práce v nemocnici vyučuje lékařskou genetiku na LF a PŘF MU i na Mendlově univerzitě. Novinky ze svého oboru prezentuje nejen v odborném tisku a na odborných konferencích, ale i v rámci již tradičního přednáškového cyklu Lékařská genetika pro

veřejnost v Mendelově muzeu Masarykovy univerzity v Brně. V poslední době se věnuje problematice vzácných onemocnění. Aktivně pracuje i v České lékařské komoře, je členkou revizní komise.

Vedle své práce si však najde čas i na svou rodinu. Má ráda přírodu, folklór, plavání, pletení; a kdyby to více uměla a měla více času, častěji by si hrála i s keramikou hlínou a barvami.

Ráda chodí do divadla i na koncerty a připravuje vynikající saláty. A když je jí někdy smutno, pustí si houslový koncert od Ludwiga van Beethovena.

Spolupráce gynekologa a genetika ve FN Brno

MUDr. Romana Gerychová



Pracoviště Oddělení lékařské genetiky FN Brno a Gynekologicko-porodnická klinika LF MU FN Brno úzce spolupracují již dlouhodobě a domnívám se, že jedno bez druhého by jen obtížně existovalo. Vzájemná spolupráce je nejen na poli klinickém v rámci péče o pacientky, ale rovněž na poli vědeckém a výukovém: společně pořádáme, případně vzájemně hostujeme, odborná setkání a společnými silami se podílíme na výuce studentů v pre- i postgraduální přípravě. Naše vzájemná spolupráce ještě zesílila vznikem Centra prenatální diagnostiky a fetální medicíny na Gynekologicko-porodnické klinice.

Centrum vzniklo 1. září 2011, čímž byla formálně zakotvena činnost, která má v rámci kliniky dlouhodobou tradici. Od 1. září 2011 se tak genetik objevuje i na půdě Gynekologicko-porodnické kliniky a spolupráce gynekologa a genetika je tak ještě více prohloubena. Vždy dvakrát týdně – v pondělí a ve středu dopoledne – mají pacientky a spolupracující lékaři gynekologové z celého regionu případně i z celé České republiky možnost konzultace „pod jednou střechou“. Je to oboustranně výhodné nejen v případech časové tísně, kdy je těhotná pacientka vystavena vyššímu riziku onemocnění plodu na základě výsledků prenatálního screeningu. Celý proces – počínaje prenatálním vyšetřením s pozitivním výsledkem, přes konzultaci s genetikem a konče invazivním vyšetřením gynekologem cestou odběru materiálu plodu ke genetickému vyšetření – se tak podstatně urychlí a pro pacientku výrazně usnadní. Výsledky testování svého budoucího potomka tak může mít pacientka již následující den, což velmi sníží její stres, který s sebou přináší období čekání na výsledky.

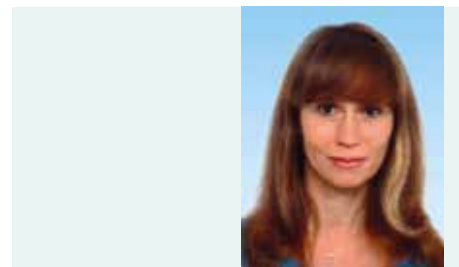
Centrum prenatální diagnostiky a fetální medicíny provádí v plném rozsahu prenatální screening vrozených vývojových vad plodů. Jedná se o třístupňový screening k odhalení postižení plodu, postihující všechny tři trimestry těhotenství. Vyšetření provádějí odborníci certifikovaní The Fetal Medicine Foundation, která je vysoce odborně ceněnou společností v dané problematice, udávající vědecký směr v oboru fetální medicíny. Vyšetření se opírá o podrobné ultrazvukové vyšetření plodu zaměřené na odhalení vývojových vad. V období I. trimestru se toto vyšetření ještě kombinuje s věkovým rizikem pacientky a s výsledky biochemických testů z mateřské krve. Tyto parametry jsou speciálním softwarem zhodnoceny a těhotná je vypočteno její individuální číselné riziko možného výskytu chromozomální vývojové vady u plodu. V případě pozitivního výsledku screeningového testu je pacientce navržena podrobná konzultace dalšího postupu, do které bývá zahrnut i genetik. Pokud se pacientka rozhodne pro další vyšetření, provádí gynekolog invazivní vyšetření (nejčastěji amniocentézu případně biopsii choriových klků) k ověření karyotypu plodu. Výsledky, které vylučují přítomnost nejčastěji se vyskytujících chromozomálních patologií u plodu tvoří 90 % všech možných postižení, může pacientka obdržet již následující den. Celkový výsledek vyšetření je pacientce k dispozici do dvou týdnů. V případě negativních výsledků invazivního vyšetření se těhotná vrací do péče svého ošetřujícího gynekologa. V případě pozitivního nálezu patologie u plodu je tu opět k možné konzultaci genetik, který společně s gynekologem pacientce podrobně celou situaci objasní a pomůže jí nalézt další možná řešení. Při nálezu závažné s životem neslučitelné či významné plod handicapující patologie je možné nabídnout těhotné pacientce ukončení těhotenství. V případě, kdy se jedná o nález patologie u jednoho plodu z vícečetného těhotenství, redukci postižené-

ho plodu. Ukončení těhotenství případně redukci jednoho z plodů organizuje a provádí opět Centrum prenatální diagnostiky a fetální medicíny. Při nálezu vady, která je prognosticky méně závažná, spolupracuje Centrum s dalšími specialisty na danou problematiku. Touto konzultací prováděnou ještě prenatálně umožní pacientce lepší pochopení problematiky a nastíní jí mimo jiné i další kroky v péči o novorozence s vývojovou vadou. Prenatální poradenství je v těchto případech pacientkami velmi dobře vnímáno a z psychologického hlediska velmi vítáno. Některá onemocnění plodu je možné úspěšně léčit, a tím i zlepšit jejich následnou prognózu ještě intrauterinně. Nejen diagnostika, ale i fetální terapie je rovněž náplní práce Centra prenatální diagnostiky a fetální terapie. Příkladem jsou těhotenství s rizikem závažné anemie plodu. Nejčastější možnou příčinou je aloimunitizace plodu v případě Rh inkompatibility. I v těchto případech je spolupráce s genetikem nezastupitelná. RhD negativní matce genetik vyšetřuje neinvazivně z mateřské krve RhD stav plodu a umožní tak odhalení plodu, který bude v riziku při své RhD pozitivitě. Takový plod je pak gynekologem po dobu těhotenství intenzivně sledován a případně léčen ještě intrauterinně intraumbilikálním podáním krve. V našem Centru rovněž zajišťujeme v individuálních případech léčbu plodů s obstrukční uropatií, eventuálně hydrothoraxem zaváděním dočasné drenáže shuntem do období, než je možné postnatálně plod kauzálně léčit.

Centrum prenatální diagnostiky a fetální medicíny najdete ve 3. patře pavilonu X FN Brno, PMDV. Pacientům je k dispozici denně od 8.00 do 15.00 hodin, nejlépe po předchozí telefonické domluvě na telefonním čísle 532 233 953. Akutní případy jsou přijímány po telefonické domluvě kdykoliv.

Vánoční zvonění

Mgr. Marie Plevová



Vánoční čas má velké kouzlo. Nikoho z nás nenechá lhostejným a v každém se probouzí nějaká ta nezapomenutelná vzpomínka z dětství...něco se tiše rozezvoní.

V Dětské nemocnici v Brně, největší nemocnici pro malé pacienty v ČR, se touhou po Vánočních rozezvoní snad každé srdíčko. Z postýlek se stále častěji ozývají otázky, kdy už půjdu domů, kdy přijde táta s mámou, kdy bude stromeček, kdy dostanu dárečky. Dětské výtvary prozrazují přání, co by asi mohl donést Ježíšek.

Velké většině dětí se přání splní...prožívají již uzdravení svátky vánoční v kruhu rodinném. Ale pár z nich to štěstí nemá. Zůstávají v nemocnici, protože jejich zdravotní stav je vážný.

K tomu, aby se i tyto dětské oči rozzářily, přispívají velkou měrou pedagogové Základní školy při FN Brno. V době vánoční jsou pro pacienty nositeli radosti a pohody. V průběhu roku se starají až o 6 800 dětí na 22 odděleních. Pracují i na dvou detašovaných pracovištích – v Bohunicích a v Králově Poli. Děti mají možnost se nejen doučit zameškanou učební látku, ale i odreagovat při hrách, tvořivých činnostech. Důležité však je, aby alespoň na chvíli zapomněly na nemoc a odloučení od blízkých.

Zajímavostí je výuka na počítačích. V rámci projektu Zůstat v kontaktu pracují děti s e-learningem Škola za školou. Ten jim umožňuje využívat učebnice kmenové školy a udržet si tak s ní krok. Nový způsob výuky ocenili i naši pedagogičtí kolegové ze Stuttgartu.

Škola se ale může pochlubit i zajímavými akcemi z podzimních dnů. Malá Drakiáda přinesla dětem v pyžamkách spoustu radostí. Barevní draci všech velikostí zkrášlili prostory dětských pokojů a nemocničních prostor. Dráčky vláli i v rukou dětí, které odcházely domů. Zajímavé výrobky ubrouskové techniky vznikaly i ve výtvarných dílničkách, které vedly paní vychovatelky na jednotlivých odděleních. K činnostem se nadšeně připojovali rodiče i sestřičky. Svět tradic se podařil oživit v Bramborovém dnu. Děti objevily kouzlo bramborových tiskátek, stejně jak před léty jejich rodiče. Když se k tomu připojila ochutnávka bramborových jídel a mezi děti přišel i pan ředitel nemocnice, měli jsme všichni velkou radost.

V minulých dnech přijela do konce velká návštěva z Prahy, zaměstnanci firmy Whirlpool zkrášlit interiér nemocnice. Toto přátelství si získaly nemocné děti samy. Napsaly vítězné práce do soutěže Dětský čin roku, kterou společnost Whirlpool organizuje, kde popisovaly svou pomoc v rodině, záchranu lidského života, pomoc starým lidem, pomoc v přírodě. A tento rok pomohou organizátoři soutěže na oplátku dětem, aby se jim v nemocnici alespoň trochu líbilo a pobyt prožívaly v příjemném prostředí.

Další akce nám za chvíli odzvoní vánoční zvoneček. V příjímací hale nazdobí učitelé velký vánoční strom. Do nemocnice přijde Mikuláš a bude probíhat spousta besídek s herci, tanečníky, zpěváky a dětmi ze škol. Jedna z posledních bude motivována právě sbírkou vánočních zvonečků z našich půd, které by dětem měly udělat radost a odzvonit jim pobyt v nemocnici a vrátit je tam, kde je jim nejlépe, do jejich rodin, do jejich škol, mezi kamarády.

Přeji všem nemocným dětem, aby se i tento rok radostně pro ně rozezvonil vánoční zvoneček a navrátilo se jim zdraví.



Průběh rekonstrukce objektu I1 pro IKK

Michal Zachoval

Akci v současné době realizuje firma IMOS BRNO a.s., dle SoD č. DP/1462/2012/Tr, akce započala dne 6. září 2012 a bude ukončena nejpozději do 10. ledna 2013. Celá rekonstrukce obou pracovišť si vyžádá částku 22 333 663,- Kč bez DPH.

Koncepce navržené rekonstrukce vychází z požadavku na sloučení obou angiopracovišť Interní kardiologické kliniky (IKK) do jednoho centrálního pracoviště situovaného do prostoru dnešní angiolyvky a jejího zázemí v budově I1. Do této doby provozovala klinika IKK dvě angiolyvky, jednu starší v 1. NP budovy CH a jednu novější v 1. NP budovy I1.

Díličí rekonstrukce proběhly výhradně na úrovni 1. NP objektu CH, předmětem stavebních úprav je stávající angiopracoviště IKK, kde nyní probíhá provoz. Komplexní rekonstrukce je v současnosti realizována v prostoru stávajících pracovišť IKK (elektrofyzilogie a angio). V prostoru stávající angiolyvky v objektu I1 bude, na rozdíl od doposud provozované pouze jedné angiolyvyšetřovny, situována i druhá vyšetřovna včetně kompletního zázemí díky možnosti rozšíření celého provozu o venkovní terasy. Do nové vyšetřovny bude osazena nejnovější špičková zdravotnická

technologie. V protějším prostoru elektrofyzilogie bude po realizaci dispozičně zkvalitněného zázemí a prostoru zákrovového sálku namontována nová špičková zdravotnická technologie. V rámci této rekonstrukce hrají významnou roli i nová technická zařízení vyplývající z požadavků investora. Pro nově instalovanou technologii bude vzhledem ke zvýšené potřebě větracího vzduchu stávající VZT jednotka nahrazena novou VZT jednotkou ve strojovně v 1. NP se zvýšeným vzduchovým, chladícím a topným výkonem. V současné době probíhají dokončovací práce pro přípravu osazení nové zdravotnické technologie od firmy SIEMENS.

Nové knihy v Lékařské knihovně



- Dobrota, D. a kol. Lekárska biochémia : vysokoškolská učebnica. 1. slovenské vyd. Martin : Osveta, 2012. 723 s.
- Ďurišová, E. Bolesti chrčtice, kíbov, kostí a ... [Hlohovec] : Elena Ďurišová - AKU-HO-MEO, 2012. 350 s. + 1 DVD.
- Haluzík, M., Rychlík, I. a kol. Léčba diabetu u pacientů s onemocněním ledvin a jater. 1. vyd. Praha : Mladá fronta, 2012. 150 s.
- Haškovcová, H. Sociální gerontologie, aneb, Senioři mezi námi. 1. vyd. Praha : Galén, 2012. 194 s.
- Hašto, J., Vojtová, H. Posttraumatická stresová porucha, bio-psycho-sociálne aspekty EMDR a autogénny tréning pri pretrvávajúcom ohrození, prípadová štúdia. 2. dopl. vyd. Trenčín : Vydavateľstvo F, 2012. 189 s.
- Hořák, J. a kol. Pediatrická radiologie. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2012. 187 s.
- Hučín, B. Dětská kardiokirurgie. 2., dopl. vyd. Praha : Grada, 2012. 319 s.
- Kazda, A. et al. Kritické stavy : metabolická a laboratorní problematika. Praha : Galén, 2012. 346 s.
- Kotík, L. Předoperační vyšetření dospělých. 1. vyd. Praha : Mladá fronta, 2012. 135 s.
- Lebl, J., Bronský, J. et al. Malá diferenciální diagnostika v pediatrii. 1. vyd. Praha : Galén, 2012. 120 s.
- Lebl, J. et al. Klinická pediatrie. Praha : Galén, 2012. XIX, 698 s.
- Lüllmann-Rauch, R. Histologie. 1. české vyd. Praha : Grada, 2012. xx, 556 s.
- Marek, D. Echokardiografie levé síně. 1. vyd. Praha : Galén, 2012. 115 s.
- Maroon, I. Syndrom vyhoření u sociálních pracovníků : teorie, praxe, kasuistiky. 1. vyd. Praha : Portál, 2012. 151 s.
- Měchurová, A. Kardiokografie : minimum pro praxi. Praha : Maxdorf, 2012. 183 s.
- Neoral, Č., Johanes, T. et al. Biopsie sentinelové uzliny. 1. vyd. Praha : Galén, 2012. 141 s.
- Nevoralová, Z. Izotretinoin v praxi. 1. vyd. Praha : Mladá fronta, 2012. 155 s.
- Novotná, B., Novák, J. Alergie a astma : v těhotenství, prevence v dětství. 1. vyd. Praha : Grada, 2012. 240 s.
- Novotný, J., Vítek, P. a kol. Onkologie v klinické praxi : standardní přístupy v diagnostice a léčbě vybraných zhoubných nádorů. 1. vyd. Praha : Mladá fronta, 2012. 531 s.
- Plevová, I. [et al.] Management v ošetrovatelství. 1. vyd. Praha : Grada, 2012. 304 s.
- Procházka, V., Čížek, V. a kol. Vaskulární diagnostika a intervenční výkony. Praha : Maxdorf, 2012. 217 s.
- Raboch, J., Pavlovský, P. a kol. Psychiatrie. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2012. 466 s.
- Rokyta, R. [et al.] Léčba bolesti ve stáří. 1. vyd. Praha : Mladá fronta, 2012. 103 s.
- Rokyta, R., Kršiak, M., Kozák, J. (Eds.) Bolest : monografie algeziologie. 2. vyd. Praha : Tigris, 2012. 747 s.
- Sak, P., Kolesárová, K. Sociologie stáří a seniorů. 1. vyd. Praha : Grada, 2012. 225 s.
- Skříčková, J., Kolek, V. a kol. Základy moderní pneumoonkologie. Praha : Maxdorf, 2012. 491 s.
- Slavíková, J., Švíglerová, J. Fyziologie dýchání. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2012. 92 s.
- Slípka, J. Základy embryologie. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2012. 122 s.
- Štulík, J. et al. Cervical Spine Trauma. Praha : Galén, 2012. xii, 290 s.
- Tomek, A. et al. Neurointenzivní péče : praktická příručka. 1. vyd. Praha : Mladá fronta, 2012. 479 s.
- Vlček, P. Rakovina štítné žlázy : současné diagnostické a léčebné možnosti : přehled nejen pro laickou veřejnost. 1. vyd. Praha : Mladá fronta, 2012. 55 s.
- Weber, T. Memorix zubního lékařství. 2. české vyd. Praha : Grada, 2012. xxiv, 584 s.
- Wendsche, P., Pokorná, A., Štefková, I. Perioperační ošetrovatelská péče. Praha : Galén, 2012. 117 s.
- Zbořil, V. a kol. Biologická terapie v léčbě idiopatických střevních zánětů. Praha : Mladá fronta, 2012. 167 s.
- Zvěřina, J. Lékařská sexuologie. 1. vyd. Praha : Karolinum, 2012. 83 s.



Klinika dětské anesteziologie a resuscitace LF MU a FN Brno

Eliška Filipů, MUDr. Michal Klimovič, Ph.D.
Doc. MUDr. Michal Fedora, Ph.D.



Historie anesteziologicko-resuscitačního oddělení v Dětské nemocnici

Po druhé světové válce se společně s rozvíjejícím se oborem chirurgie začíná v Dětské nemocnici podávat i celková anestezie u dětí, která je v kompetenci chirurga. Základním a jediným technickým vybavením byla Schimmelbuschova maska, na kterou se kapal éter z lahvičky. Dalším určitým pokrokem byla Ombredanova maska, poté velmi jednoduché anesteziologické přístroje, jejichž pomocí se celková anestezie podávala za použití rajskeho plynu s kyslíkem a éterem.

V roce 1952 se ředitel Dětské nemocnice a současně přednosta chirurgického oddělení prim. MUDr. Vladimír Mazal začal intenzivně věnovat oboru anesteziologie. Posílal lékaře na školení dostupná pro tehdejší dobu. V roce 1957 je zřízena funkce ústavního anesteziologa, kterou vykonávala MUDr. Naděžda Jánská. MUDr. Jánská s jednou sestrou zajišťovaly podávání celkové anestezie na sálech podle závažnosti operačních výkonů. Samozřejmě nemohly být současně na všech operačních sálech.

Samostatné nelůžkové anesteziologicko - resuscitační oddělení bylo ve FDN založeno v roce 1967. Pod vedením výjimečné primářky MUDr. Naděždy Jánské (Medřické) pracovaly MUDr. Milada Bučková (Navrátilová), MUDr. Eva Kohoutová a MUDr. Jana Plagová. Vrchní sestra Jana Heinzová, která byla velmi ambiciózní a zapálená pro svůj obor, vychovala řadu kvalitních sester, které se později uplatnily i ve vedoucích funkcích. Oddělení bylo zpočátku velmi malé, pracovalo na něm šest lékařů a deset sester, a přesto dokázalo zajistit anesteziologickou i resuscitační péči pro celou Dětskou nemocnici. V této době byly v Dětské nemocnici také léčeny dětské popáleniny. Od roku 1972 až do roku 1993 byla součástí anesteziologie i centrální sterilizace, která zajišťovala sterilizování pomůcek pro celou nemocnici.

Rychlá záchranná služba v tehdejší době dovážela kriticky nemocné děti na příjmový sálek chirurgické ambulance a příjmový sál infekčního oddělení. Děti byly téměř nezajištěné, často bez intravenózního přístupu, bez zajištění dýchacích cest, pouze na kyslíku. Příjmový sálek na chirurgické ambulanci byl určen pro úrazy a sálek na infekčním oddělení pro kriticky nemocné děti interních oborů. ARO zajišťovalo péči na obou sálkách, které byly vybaveny anesteziologickými přístroji, léky a pomůckami k zajištění dýchacích cest, k resuscitaci a k drobnějším výkonům v celkové anestezii. Po zajištění byli pacienti dále ošetřováni na dvou vzniklých JIP: JIP 10 a JIP 52, od roku 1979 byli na těchto dvou odděleních i pacienti na umělé plicní ventilaci. Těmto pacientům byla poskytována základní péče lékaři a sestrami z příslušných oddělení, specializovanou péči poskytoval anesteziolog s anesteziologickou sestrou každodenně. Téměř každodenně byla také poskytována neodkladná resuscitace po celé nemocnici. ARO také zajišťovalo převozy sanitou na první zřízená CT v Brně.

Od března 1985 do začátku roku 1990 vykonávala funkci primáře MUDr. Jitka Varmužková, po ní nastoupila do funkce MUDr. Milada Navrátilová. S rozvojem medicíny a vědy narůstaly nároky na zkvalitnění péče o dětského pacienta, a to vedlo k vybudování samostatného lůžkového resuscitačního oddělení. 1. října 1991 bylo otevřeno první lůžkové ARO se šesti lůžky. Primářkou anesteziologicko - resuscitačního oddělení byla MUDr. Milada Navrátilová, vedoucím lékařem oddělení MUDr. Kohoutová, vrchní sestrou Jana Heinzová, staniční sestrou Marie Ráčková. V roce 1992 se vrchní sestrou stala Jana Marešová (Šířová). Dne 31. prosince 1995 odešla do důchodu prim. Milada Navrátilová a na její místo nastoupil MUDr. Zdeněk Bystřický. Po dokončení stavby nové budovy ve FDN se dne 27. května 1996 přestěhovalo ARO na lůžkové oddělení, které se rozšířilo na 12 lůžek – šest resuscitačních a šest poskytujících intenzivní péči. V současné době má oddělení osm lůžek pro resuscitační a intenzivní péči, čtyři lůžka a prostory JIP byly postoupeny KDCHOT od 1. ledna 2001.

Začátkem roku 1997 byl odvolán prim. MUDr. Zdeněk Bystřický a na jeho místo byl jmenován od 1. února 1997 MUDr. Michal Klimovič. V roce 2006 vznikla Klinika dětské anesteziologie a resuscitace, jejíž vedení je následující:

- přednosta: doc. MUDr. Michal Fedora, Ph.D.
- primář: MUDr. Michal Klimovič, Ph.D.
- primář intenzivní péče: MUDr. Mgr. Miroslav Šeda, Ph.D.
- ordinář pro anestezii: MUDr. Yvona Sedláčková,
- vrchní sestra: Eliška Filipů

Současnost

Klinika dětské anesteziologie a resuscitace má následující strukturu:

- Anestezie
- Intenzivní a resuscitační péče
- Anesteziologická ambulance
- Ambulance bolesti
- Centrum maligní hypertermie

Na klinice pracuje 19 lékařů a 44 sester.

Ošetrovatelská péče

Ošetrovatelskou péči v úseku anesteziologie a lůžkové části řídí vrchní sestra. Péče je zajišťována 44 sestrami. Jde o dva samostatné pracující týmy, které se podle potřeby mohou zastoupit. Anesteziologickou péči zajišťuje 12 sester, staniční sestra a sanitárka. V lůžkové části pracuje 29 sester, staniční sestra a sanitárka. Ošetrovatelská péče je zajišťována formou ošetrovatelského procesu podle nejnovějších vědeckých poznatků a na co nejvyšší úrovni. Kvalita ošetrovatelské péče je řízena platnými ošetrovatelskými standardy a postupy. Do praxe jsou zaváděny nové pomůcky a přístroje. Sestry jsou opakovaně proškoleny v zacházení s novými přístroji a v platných standardních ošetrovatelských postupech, využívají možnosti školicích kurzů, postupně je zařazujeme do specializačního vzdělávání. V úseku anestezie je v současné době 84 % sester s ARIP v pediatrii (nyní: ošetrovatelská péče v pediatrii se zaměřením na intenzivní péči), v úseku lůžkové části je 73 % sester

■ s ARIP, ostatní sestry mají vystudovanou dětskou sestru (ošetřovatelská péče v pediatrii), tři sestry bakalářské studium ošetřovatelství. Péče je orientována na spokojenost pacientů, rodiny, zlepšení kvality života, navrácení zdraví. Kromě základní a specializované běžné ošetřovatelské péče pro ARO také sestry provádějí edukaci rodiny v přípravě jejich dítěte na DUP (domácí umělou plicní ventilaci). Je upřednostňován individuální přístup k dítěti a rodině, respektována lidská důstojnost, dodržování etického kodexu sestry a charty práv dětí. Sestry jsou vedeny k zodpovědnosti za odvedenou práci a výkon, k holistickému přístupu k dítěti a uspokojování jeho potřeb. Dětské ARO je velmi náročným oborem po fyzické a zejména psychické stránce. Předností sestry je schopnost empatie, zručnost, nadání k technice, kladný přístup k práci, pohotové zásahy v kritických situacích a zájem neustále se vzdělávat. Kolektiv na KDAR je stálý, a i přes velkou náročnost mají sestry svoji práci rádi. Obohacuje je jak profesně, tak emocionálně.

Část anesteziologická

Poskytuje anesteziologický servis pro celý dětský věk včetně extrémně nezralých novorozenců a všechny chirurgické subspeciality kromě kardiochirurgie. Pracoviště zahrnuje pět centrálních operačních sálů a šest dalších pracovišť – 3 RTG (MRI, CT, angiografie), dva endoskopické sály, Masarykův onkologický ústav a Klinika nukleární medicíny FN Brno. Počty celkových anestézií a jejich základní strukturu v posledních třech letech ukazuje následující tabulka.

	2009	2010	2011
Počet celkových anestézií celkem	9959	9560	9826
Děti do 3000 g	103	114	108
Jednodenní chirurgie	1750	1856	1965

Obecná chirurgie, dětská ortopedie: V posledních letech došlo k poměrně revoluční změně v podávání inhalační anestézie, protože z používání byl vyřazen Halotan, který je nyní zcela nahrazen Sevofluranem a Izofluranem. Toto sice vyžadovalo významné finanční zatížení, nicméně pro kvalitu podávané celkové anestézie to znamená výrazný posun k daleko větší bezpečnosti celkové anestézie pro dětské pacienty. Pro dětskou chirurgii a ortopedii to znamená možnost rozsáhlejších a delších výkonů v návaznosti na možnost kontinuální monitorace hemodynamických parametrů na operačním sále. Dále jsme jako jediní v České republice schopni operovat pomocí endoskopických metod děti od jednoho roku věku, což je umožněno mimo jiné i kvalitou dětských anesteziologů.

Neurochirurgie: Je zaveden poměrně unikátní systém pro zajištění operací v zadní jámě lebni v operační poloze vsedě. Pacientům zavádíme plovoucí katétr do pulmonální artérie pro monitoraci vzniku vzduchové embolie, ale v neposlední řadě nám tato metoda dává jedinečnou možnost, jak nejzávažnější komplikaci efektivně řešit, a to okamžitým odsátím vzduchu z plicní artérie a zamezením fatálním komplikacím. Dále jsme součástí programu epileptochirurgie, v jehož rámci jezdíme s našimi pacienty na pracoviště Neurochirurgické kliniky FN u svaté Anny. Jedná se o unikátní a velmi rizikové výkony.

ORL: Na prvním místě musíme zdůraznit, že adenotomie, jako nejčastější operace v dětském věku, probíhá v modu jednodenní chirurgie. Dítě přichází v den operace na oddělení jednodenní chirurgie a ve večerních hodinách, pokud splní veškeré podmínky, odchází s rodiči domů. Toto je také více méně unikátní systém, protože v tomto modelu je operováno až 2000 dětí za rok. Vzhledem k celkovému počtu celkových anestézií je to tedy skoro 20 %. Ve světě obvyklých 30 % máme tedy na dohled.

Předoperační vyšetření (laboratorní a zobrazovací metody): Využíváme této

možnosti k seznámení naší lékařské veřejnosti s novým přístupem k předoperačním vyšetřením dětských pacientů. Stále přetrvává názor, čím menší pacient, tím více předoperačních vyšetření – „pro jistotu“. Již méně se myslí na to, že každý odběr je pro dítě nesmírně stresující, každý rentgen zatěžující, navíc celkovou anestézií neučiní bezpečnější, což je nejčastější argument vyšetřujících lékařů.

Cílem předoperačního vyšetření je odkrýt choroby, které mají pro anesteziologické postupy a pro anesteziologické a chirurgické riziko nejdůležitější význam!

Děti řadíme podle následujících kritérií:

- 1. Věk dítěte**
 - novorozenci - nedonošení
 - novorozenci - donošení
 - kojenci
 - děti 1 - 15 let

A
B
C
D
- 2. Typ operačního výkonu**
 - výkony krátkodobé do 60 minut
 - výkony střednědobé 60 - 120 minut
 - výkony dlouhodobé nad 120 minut

A
B
C
D
- krátkodobé nebo střednědobé plánované výkony s nízkou chirurgickou zátěží
 - krátkodobé nebo střednědobé plánované výkony se střední krevní ztrátou, skutečnou nebo hrozící, dlouhodobé výkony s nízkou chirurgickou zátěží
 - střednědobé a dlouhodobé rozsáhlé břišní a hrudní výkony, nitrolební výkony
 - neodkladné výkony

A
B
C
D





Je potřeba zdůraznit, že do skupiny „Riziko I“ patří až 80 % dětských pacientů a z anesteziologického hlediska nevyžadujeme žádnou laboratoř. Zároveň klademe důraz na kvalitně provedené pediatrické vyšetření s kompletními anamnestickými údaji ne starší než sedm dnů.

Část resuscitační

Lůžkové oddělení zajišťuje pediatrickou resuscitační a intenzivní péči pro celý dětský věk (0-18 let), spektrum pacientů zahrnuje všechny pediatrické obory. Objektem klinického zájmu je respirační selhání, kraniocerebrální trauma a septické stavy, čemuž odpovídá vybavení pracoviště: konvenční i nekonvenční ventilační postupy (HFO – vysokofrekvenční oscilace, oxid dusnatý, TGI – Tracheal Gas Insufflation), neuromonitorace a eliminační metody. Od září



2011 zajišťují lékaři KDAR transport novorozenců do FN Brno. Následující tabulka ukazuje počty hospitalizovaných pacientů, počty zemřelých, predikovanou mortalitu a SMR v letech 2007 – 2011.

3. Stanovení kategorie rizika ze strany pacienta

Nejčastěji užívané schéma ASA (American Society of Anesthesiologists):

ASA 1 - normální zdravý pacient,

ASA 2 - lehké celkové onemocnění nebo choroba bez omezení funkční výkonnosti,

ASA 3 - těžké závažné celkové onemocnění nebo choroba s omezením funkční výkonnosti,

ASA 4 - těžké celkové onemocnění nebo choroba, která ohrožuje život pacienta, ať se podrobí operaci nebo nikoliv,

ASA 5 - moribundní pacient, u něhož lze očekávat smrt do 24 hodin, ať se podrobí operaci nebo ne.

Pro neodkladné výkony dále používáme:

ASA 6 - akutní pacienti skupiny 1-2,

ASA 7 - akutní pacienti skupiny 3-4.

Po zařazení vzniknou následující skupiny pacientů:

Riziko I

věk: B, C, D (novorozenci donošení – děti 15 let zdraví),

typ OV: A do 120 min (elektivní výkony - kýly pupeční, tříselné, hydrocély, retence varlat, retence abdominální, incize excize, AT, TT, mikrootoskopie, strabismus, dilatace uretry endoskopie, kolonoskopie, CT vyšetření, reposice),

ASA: 1, 2,

návrh laboratorního vyšetření: žádné.

Riziko II

věk: B, C, D (novorozenci donošení – děti 15 let zdraví),

typ OV: B, C (elektivní výkony - laparoskopické, břišní výkony, hrudní výkony, neurochirurgické výkony, urologické výkony),

ASA: 1, 2,

návrh laboratorního vyšetření: KO, KS, JT.

Riziko III

věk: B, C, D,

typ OV: A, B, C, D (veškeré operace a výkony v CA),

ASA: 3-7,

návrh laboratorního vyšetření: KO, KS, JT + vyšetření komplikujícího onemocnění

Riziko IV

věk: A,

typ OV: A, B, C, D,

ASA: 3-7,

návrh laboratorního vyšetření: KO + diff., KS, JT, kreatinin, urea, ionty, moč + sediment, ABR, glykémie + vyšetření komplikujícího onemocnění.

Rok	2007	2008	2009	2010	2011
Počet hospitalizovaných	228	265	273	233	260
Počet zemřelých	17	25	27	12	18
Predikovaná mortalita	6.2 %	10.7 %	11 %	6.8 %	8.3 %
SMR	0.83	0.88	0.89	0.76	0.83

Součástí oddělení bylo ECMO centrum pro novorozeneckou a pediatrickou extrakorpórní membránovou oxygenaci, které působilo v letech 1992-2004. Od svého vzniku do konce roku 1995 bylo umístěno na novorozenecké JIP ve FN Brno, Bohunice, od roku 1996 bylo umístěno v prostorách oddělení ARO. Bylo deklarováno jako centrum poskytující ECMO pro novorozence, děti (respirační selhání i podpora kardiálních funkcí) a dospělé.

Pro novorozenecké respirační selhání se mimotělní oxygenace stala standardní terapií kolem roku 1984, kdy byla sjednocena indikační kritéria, která zahrnují pět hlavních patofyziologických situací (s výjimkou vrozených srdečních vad): syndrom aspirace mekonia, syndrom respirační tísně, perzistující plicní hypertenzi novorozence (perzistující fetální cirkulaci), pneumonii s nebo bez sepse a vrozenou brániční kýlu. Pro většinu novorozeneckých center je indikací k ECMO predikována 90% mortalita.

ECMO kritéria pro novorozence

Selekční kritéria
Gestační věk > 34 týdnů
Porodní hmotnost > 2000 g
Bez závažné koagulopatie nebo krvácení
Bez intrakraniálního krvácení II. stupně
Mechanická ventilace < 10 – 14 dní
Reverzibilní plicní postižení
Bez letálních malformací
Bez závažné vrozené srdeční vady
Indikační kritéria
AaDO ₂ 79.9 – 83.1 kPa po dobu 4-12 h
OI 25 – 40 po dobu 0.5-6 h
PaO ₂ 4.66 – 6.66 kPa pod dobu 2-12 h
Akutní zhoršení: PaO ₂ < 4.66-5.32 kPa
pH < 7.25 po dobu 2 h
Hypotenze bez odezvy na léčbu

Zkratky: AaDO₂ – alveoloarteriální difference kyslíku; OI – oxygenační index.

Patofyziologie respirační nebo oběhového selhání u dětí a dospělých je ve srovnání s novorozenci podstatně komplexnější a výsledek léčby obtížněji predikovatelný. Mimotělní podpora je indikována u těch pacientů, kteří mají vysokou pravděpodobnost úmrtí při použití optimální možné terapie. Je však velkým problémem určit dobu, kdy je respirační selhání natolik závažné, že další konvenční ventilace již nebude úspěšná a zároveň je ještě reverzibilní – indikace pediatrického a adultního ECMO nejsou zdaleka tak přesné jako kritéria novorozenecká.

ECMO kritéria pro kojence a starší děti

Selekční kritéria	
Délka mechanické ventilace	< 2 roky: < 10 dní 2-8 let: < 8 dní > 8 let: < 6 dní
Respirační selhání	PEEP > 8 cmH ₂ O po dobu 12 h FiO ₂ > 0.80 po dobu 12 h PaO ₂ /FiO ₂ < 150 mmHg AaDO ₂ > 59.9 kPa
Respirační acidóza	pH < 7.28 s PIP 40 cmH ₂ O nebo air-leak syndrom Maximální minutová ventilace bez air-trapping
Vysoká pravděpodobnost kvalitního života	
Vylučovací kritéria	
Délka mechanické ventilace	< 2 roky: > 10 dní 2-8 let: > 8 dní > 8 let: > 6 dní
Závažné krvácení	
Imunosuprese	Zkratky: PEEP – pozitivní end-expirační tlak; FiO ₂ – frakce vdechovaného kyslíku; PaO ₂ /FiO ₂ – hypoxemia skóre; AaDO ₂ – alveoloarteriální difference kyslíku.
Srdeční zástava s neurologickými následky	
Akutní cévní mozková příhoda	
Nízká pravděpodobnost kvalitního života	

Výsledky uvádíme v tabulce:

Kategorie	neonatální	děti	celkem
Kontakty ECMO centra	53	228	281
Exitus před transportem	7	14	21
Odesláno pts	46	214	260
Bez možnosti intervence/přežití	8 / 0	12 / 0	20 / 0
Optimalizace CMV (Bicore)/přežití	10 / 10	165 / 165	175 / 175
HFO (+surfaktant, iNO)/přežití	8 / 8	9 / 9	17 / 17
ECMO exclusion criteria (HFO, iNO, PLV)/přežití	9 / 5	16 / 10	25 / 15
ECMO criteria – napojení/přežití (%)	11 / 6 (55%)	12 / 4 (33%)	23 / 10 (43%)
Celkem odeslaných pts/přežití (%)	46 / 29 (63%)	214 / 188 (88%)	260 / 217 (83%)



Komentář:

- Kontakty ECMO centra: všechny telefonické kontakty.
- Exitus před transportem: exitus mezi telefonickým kontaktem a rozhodnutím transportovat pacienta.
- Bez možnosti intervence: pacienti při příjmu v moribundním stavu, vyžadující KPR, exitus do jedné hod po příjezdu.
- Optimalizace CMV: snaha o optimální konvenční mechanickou ventilaci pomocí měření plicní mechaniky.
- HFO (+ surfaktant, iNO): pacienti napojeni na vysokofrekvenční oscilaci s aplikací exogenního surfaktantu a/nebo inhalovaného oxidu dusnatého podle indikace.
- ECMO exclusion criteria (HFO, iNO, PLV): pacienti splňující kritéria, která kontraindikují ECMO, byli léčeni podle indikací ostatními způsoby nekonvenční ventilace: HFO, iNO a částečnou kapalinovou ventilací (PLV).
- ECMO kritéria: pacienti splňující ECMO kritéria a napojeni na ECMO.

Zavedením terapeutického protokolu pro pacienty s Acute Lung Injury (ALI) a Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS) do praxe v roce 1997, který zahrnuje protektivní konvenční mechanickou ventilaci, pronační polohu, aplikaci inhalovaného oxidu dusnatého, použití tracheální insuflace vzduchu a vysokofrekvenční oscilační ventilaci, bylo možné zvládnout respirační selhání bez nutnosti napojení na okruh. Tím výrazně klesl počet pacientů, které by bylo nutné napojit na ECMO. Ti pacienti, u kterých pre-ECMO terapie selhala, splňovali některé z ECMO kontraindikací, a proto nebylo indikováno je na ECMO napojit.

Anesteziologická ambulance

Anesteziologická ambulance funguje již více než deset let, a to hlavně pro účely jednodenní chirurgie. V tomto režimu je dítě dlouhodobě před plánovaným výkonem vyšetřeno anesteziologem a rodiče seznámeni s metodikou a riziky celkové anestézie a poučeni o průběhu a době lačnění dětských pacientů. Zároveň tato ambulance slouží i k upřesnění předoperačních vyšetření a jako odborný garant pro správnou přípravu před plánovanými výkony v celkové anestézii dětských pacientů.

Ambulance bolesti

V roce 2007 přibyla ambulance bolesti pro potřeby léčby akutní a v poslední době i chronické bolesti, která je využívána převážně dětskými onkologickými pacienty. Funguje ale i pro pacienty ležící na jiných odděleních a klinikách, pro řešení hlavně akutních bolestivých stavů. Uplatňuje se v ní jednak klasická farmakologická intervence, ale používá se i akupresurních a akupunkturních metod. V současné době jsou v přípravě k atestaci z algeziologie dvě lékařky.



Centrum maligní hypertermie

Národní centrum pro diagnostiku maligní hypertermie vzniklo v roce 2003 a tvoří jej Anesteziologicko – resuscitační klinika FN u sv. Anny, Oddělení lékařské genetiky FN Brno a KDAR FN Brno. Bylo vyšetřeno celkem 101 rodin a 223 osob, MH suspektních je padesát rodin, kauzálních osmnáct rodin.

Etické problémy rozhodování o způsobu léčby v prostředí intenzivní medicíny

Prof. MUDr. Pavel Ševčík, CSc.



Souhrn

Intenzivní péče je indikována v případě, kdy pacientovo onemocnění či poranění má prognózu příznivou nebo nejistou. Problém nastává v situaci, kdy zjistíme, že prognóza nemocného je nepříznivá. Moc nových technologií a moderních farmak je v současnosti taková, že umožňuje udržovat zdání života i v případech, kdy patologický proces je ireverzibilní a kdy je neetické prodlužovat ono zdání pod rouškou poskytování tzv. plné léčby. V takových případech využíváme moderních technologií, léků a postupů marně.

Marnou či medicínsky neadekvátní léčbou se rozumí léčba, která je natolik nedostačující či minimálně účinná, že se lékaři shodnou na jejím neposkytování, a to i pokud ji pacient či jeho zástupci vyžadují. Jakmile dospějeme k názoru, že intenzivní léčba je medicínsky neadekvátní, musíme sta-

novit, jakým způsobem budeme tuto léčbu měnit. Buď se rozhodujeme o nerozšiřování léčby - „withholding therapy“, nebo dospějeme k závěru, že i stávající léčba je neadekvátní a pak ji vysazujeme – „withdrawing therapy“. Myslím se tím vysazování orgánové podpory, případně některých medikamentů a jiných postupů, které jsou v dané situaci medicínsky nadbytečné. Zdaleka to neznamená vysazení veškeré léčby. Opatření zlepšující komfort pacienta v závěrečných fázích života, zaručující kvalitní analgezii, zabraňující pocitu dechového a psychického strádání ve spojení se zmírňujícími ošetrovatelskými postupy jsou v léčbě naopak akcentovány.

Rozhodování o strategii a směřování léčby kriticky nemocných na sklonku života je každodenní součástí činnosti pracovišť intenzivní medicíny. Všichni, kdo se nějakým způsobem podílejí na léčbě a péči o nemocného, by měli být přizváni do rozhodovacího procesu o přechodu z intenzivní léčby na léčbu paliativní. Za závěrečné rozhodnutí o zahájení paliativní péče nese odpovědnost vedoucí lékař příslušného pracoviště, jím určený lékař nebo ošetřující lékař.

Klíčová slova: Nepříznivá prognóza, terminální stav neléčitelného onemocnění, marná léčba, nerozšiřování léčby, vysazování léčby, paliativní způsob ošetřování, defenzivní medicína.

Východiska rozhodovacího procesu

Rozhodnutí o zahájení postupů intenzivní medicíny je poměrně snadné. Profitují z nich pacienti, u nichž selhává jeden či více orgánů nebo u nichž orgánové selhání hrozí. Bez komplexní intenzivní péče a podpory selhávajících životních funkcí by tito nemocní pravděpodobně zemřeli (1). Intenzivní péče je indikována v případě, kdy pacientovo onemocnění či poranění má prognózu příznivou nebo nejistou. Jinými slovy v situaci, kdy je alespoň určitá míra pravděpodobnosti, že se současný nepříznivý stav podaří zvrátit a že bude možné pacientovi zachránit život jak z pohledu kvantitativního, tak kvalitativního. Tzn. je pravděpodobné, že se nám podaří navrátit pacienta do důstojného žití.

Problém nastává v situaci, kdy zjistíme, že prognóza nemocného je nepříznivá. Tedy v případě, kdy stav pacienta (povaha a rozsah základního onemocnění či úrazu, komorbidit, fyzických i psychických rezerv) je takový, že je vysoká pravděpodobnost hraničící s jistotou, že nemocný přes veškerou orgánovou podporu není schopen přežít nebo žít alespoň trochu kvalitní a důstojný život. K posouzení této situace se zpravidla propracováváme velmi nesnadno, v průběhu času - dnů, spíše týdnů, někdy měsíců, ale v prostředí urgentních příjmů to mohou být jen hodiny (2) - na základě informací o tom, jak organismus nemocného a vlastní onemocnění reagují na komplex léčebných opatření. Rozhodnutí o nepříznivé prognóze je založeno na mnoha proměnných, mezi něž patří:

- povaha základního onemocnění či traumatu,
- povaha přidružených onemocnění, jimiž pacient trpěl před stavem, který vedl k selhávání životních funkcí,
- povaha komplikujících onemocnění vzniklých v průběhu intenzivní péče,
- míra a reverzibilita orgánových selhání,
- odezva organismu na poskytované postupy intenzivní medicíny,
- funkční stav pacienta a kvalita života před přijetím do zdravotnického zařízení.

Z uvedeného výčtu je zřejmé, že ošetřující tým na pracovišti intenzivní medicíny potřebuje a musí zpracovat široké spektrum informací, na jejichž základě se může rozhodovat. Zejména pro první dvě položky potřebuje znát kvalifikované posouzení prognostických faktorů specialisty nejrůznějších oborů operační i neoperační povahy. Přes určitou nechuť konziliářů vyjadřovat se k prognóze, zejména, je-li nepříznivá, jsme povinni pokládat jim otázky týkající se dalšího předpokládaného vývoje onemocnění a plánu jejich léčebného postupu včetně případných operačních řešení.

Funkční stav pacienta před přijetím jsme schopni rekonstruovat na základě údajů od praktických, případně jiných ošetřujících lékařů a pečlivé anamnézy od příbuzných a blízkých nebo od zaměstnanců zařízení pečujících např. o seniory či postižené osoby.

Přesto, že věk není diagnóza, je datum narození přídatnou informací v rozhodovacím procesu. Existují totiž stavy, které ve značně pokročilém věku nemají naději na řešení, byť podpůrná. Příkladem mohou být míšní léze po úrazech krční páteře ve vysokém věku.

Marná léčba v prostředí intenzivní medicíny

Moc nových technologií a moderních farmak je v současnosti taková, že umožňuje udržovat zdání života i v případech, kdy patologický proces je ireverzibilní a kdy je neetické pro-

dlužovat ono zdání pod rouškou poskytování tzv. plné léčby. Stavíme se tak proti základnímu atributu života, tedy proti jeho konečnosti v situaci, kdy konec je nezvratný. Stavíme se proti jedinému východisku, ve které může daný stav vyústit, proti důstojnému odchodu z tohoto světa. „Letting die“, říkají Američané a učinili z tohoto výrazu terminus technicus - volný průchod k uzavření té úplně nejzazší, poslední kapitoly života tam, kde jiné řešení neexistuje. Vyjádřeno ještě pregnantněji „the right-to-die“ (3), mít právo v klidu umřít.

V takových případech využíváme moderních technologií, léků a postupů marně. Přitom zdaleka není marná veškerá léčba či péče, je ale zapotřebí hledat a nacházet hranici, kdy a která léčba je v dané, tedy z pohledu pozemského života finální, situaci marná. Není správné a nezakládá se na pravdě tvrzení, že pacientovi v uvedené situaci odnímáme léčbu. To je zavádějící formulace. Léčbu neodnímáme, ale na základě pečlivého a opakovaného zhodnocení rozsáhlé škály informací měníme způsob a cíle léčby – přecházíme od postupů intenzivní medicíny, tedy postupů orgánové podpory, k postupům zmírňujícím, tedy k paliativnímu způsobu léčby a ošetřování. K postupům, které mají za úkol co nejvíce zamezit jakémukoli utrpení a umožnit důstojné umírání. Cílem nenasazení či vysazení některého léčebného postupu není v žádném případě urychlení procesu umírání či navození smrti, ale nepokračování v těch postupech, které jsou z odborného medicínského hlediska považovány za zcela marné, neúčelné a tedy neindikované (4). Pojem marné léčby („futile therapy“, „medical futility“) se v lékařské literatuře zabydlel v plné síle až na začátku 90. let 20. století (5). Přesně v době, kdy eticky sporné udržování neudržitelného na podkladě nevidaného pokroku medicínských technologií začalo přerůstat společnosti přes hlavu jak z vyššího principu mravního, tak z pohledu čistě ekonomického, z aspektu správného a spravedlivého rozdělení prostředků, které jsou v každé společnosti limitované. Nicméně – otevřela se tak Pandořina skříňka, jedna z mnohých, v níž otazníky moderní medicíny dělají průvan. Jak exaktně stanovit, co je marná léčba, jak přesně určit, že choroba směřuje nezvratně k definitivnímu konci? I v současné vše relativizující společnosti však potřebujeme určité definice, o něž se můžeme při rozvahách opřít. Zkusme to i v tomto případě: „Marnou či medicínsky ne-

adekvátní léčbou se rozumí léčba, která je natolik nedostačující či minimálně účinná, že se lékaři shodnou na jejím neposkytování, a to i pokud ji pacient či jeho zástupci vyžadují“ (1). Upřednostňuje se termín „medicínsky nevhodná či neadekvátní léčba“ před výrazem „marná léčba“ (1), ale to už trochu připomíná žonglování se slovy a výrazy. Podstatné je řečeno ve větě předchozí.

Nerozšiřování či ukončení intenzivní léčby

Jakmile dospějeme se vši odpovědností a pokorou k názoru, že intenzivní léčba je medicínsky neadekvátní, musíme stanovit, jakým způsobem budeme tuto léčbu měnit, korigovat. Buď usoudíme, že medicínsky neadekvátní by bylo jakékoli další rozšiřování léčby, např. navyšování stávající orgánové podpory či nasazování nové. V tomto případě se rozhodujeme o nerozšiřování léčby – „withholding therapy“. Nebo dospějeme k závěru, že i stávající léčba je neadekvátní a pak ji vysazujeme – „withdrawing therapy“. Myslí se tím vysazování orgánové podpory, případně léčby antibiotiky a jiných postupů, které jsou v dané situaci medicínsky nevhodné, nadbytečné. Neznamená to však vysazení veškeré léčby. Opatření zlepšující, komfort pacienta v závěrečných fázích života, zaručující kvalitní analgezii, zabraňující pocitu dechového a psychického strádání ve spojení se zmírňujícími ošetrovatelskými postupy jsou v léčbě naopak akcentovány.

Nerozšiřování léčby může být i nepřijetí pacienta na pracoviště intenzivní medicíny. Na tato pracoviště nemají být přijímáni pacienti příliš málo nemocní pro tuto úroveň péče (ti mají být přijímáni na oddělení standardní, případně mají být ošetrováni ambulantně) ani ti, kteří jsou nemocní terminálně, tedy příliš mnoho na to, aby jim mohla pomoci sebelepší intenzivní péče (6). Tito nemocní mají být hospitalizováni v prostředí s kvalitní paliativní a ošetrovatelskou péčí. Jejich nepřijetí do intenzivní medicíny není ničím jiným než primárním nerozšiřováním intenzivní léčby (7).

Při tzv. sekundárním nerozšiřování (7) již zavedené léčby (withholding therapy) již dále nerozšiřujeme spektrum diagnostických či léčebných metod, které by nezvrátily předpokládaný vývoj onemocnění. Stávající terapie je v daném okamžiku považována s ohledem na stav a prognózu nemocného za maximální. Součástí této úvahy je i případné rozhodnutí o nezačínání kardiopulmonální resuscitace (tzv. ordinace DNR – „do not resuscitate“) (8). K problematice přechodu z intenzivní léčby na léčbu paliativní v prostředí intenzivní medicíny se významným způsobem vyjádřilo Doporučení představenstva České lékařské komory č. 1/2010 (9). V něm se mj. praví:

- „Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby neznamená omezení pacienta na jeho právech, ale naopak je sledován zájem pacienta tak, aby nedošlo k porušení základních medicínských a etických principů včetně nechtěného nedůstojného prodloužování umírání. Smrt, která je výsledkem přirozeného průběhu onemocnění, nemůže být považována za nepříznivý výsledek zdravotní péče.“
- „Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby u pacientů v terminálním stádiu neléčitelného onemocnění a/nebo s ireverzibilní poruchou integrity orgánových funkcí, kteří nereagují na použité léčebné postupy, je v souladu s etickými principy medicíny a existujícími právními předpisy České republiky.“
- „Z hlediska medicínského, právního a etického není rozdíl mezi nezačínáním nebo nepokračováním daného léčebného postupu.“
- „Nezahájení nebo nepokračování marné a neúčelné léčby jsou při správném odborném posouzení postupy, které nelze zaměňovat za eutanázii či ublížení na zdraví.“

Na vzestupu je bohužel závažný fenomén, který působí v protikladu proti uvedeným premisám – tzn. proti co neobjektivnějšímu a eticky podloženému rozhodování o způsobu terapie a péče na konci života kriticky nemocných, ale i proti racionálním úvahám o ekonomických otázkách v prostředí intenzivní medicíny. Jedná se o fenomén defenzivní medicíny (10), který se vynořil před několika desítkami let ve Spojených státech pod vlivem rostoucího právního povědomí veřejnosti i pod tlakem právníků věnujících se zdravotnické agendě a který se postupně usazuje v Evropě a nemíjí ani Českou republiku. V obavách z případných soudních doher lékaři raději volí další a nadbytečná vyšetření, další a zbyteč-

né pokračování v neindikované terapii. Nelze vyloučit, že nový Zákon o zdravotních službách (372/2011 Sb.) tuto situaci nezlepší. Což není příznivá zpráva ani pro zdravotníky, ani pro pacienty, ani pro plátce zdravotní péče. Jednání ve stylu defenzivní medicíny může zdravotní péči prodrazdovat a vést k takovému způsobu rozhodování, který je v neshodě s některými etickými principy ve zdravotnictví vyznávanými.

Kdo se účastní rozhodovacího procesu

Všichni, kdo se nějakým způsobem podílejí na léčbě a péči o nemocného by měli být do rozhodovacího procesu zahrnuti. Pacient sám mohl již v předchozím období vyslovit názor na rozsah a intenzitu postupů pro případ, kdyby se s ním v budoucnu něco závažného stalo. Problémem je, že projevené přání vysloví či sepiše jen malé procento osob a že se velmi obtížně prokazuje, zda byl dotyčný skutečně poučen o všech aspektech případného kritického stavu a možnostech jeho řešení, zda si vůbec dokázal představit, o jaké situaci se může jednat. Situaci rovněž komplikuje skutečnost, že v případě ústně sděleného pacientova přání nevíme, v jaké souvislosti a jak exaktně bylo formulováno a jak přesně je blízkými osobami interpretováno. Nicméně vyslovená přání je zapotřebí brát při rozhodování v úvahu. Ještě obtížnější je diskuse o předpokládané vůli, předpokládaném (nevysloveném či neseptaném) přání pacienta. Koncept dříve vysloveného přání je v České republice relativně nový. Věnuje se mu i nový Zákon o zdravotních službách (372/2011 Sb.), který mj. klade důraz na jeho písemnou formu opatřenou úředně ověřeným podpisem pacienta.

Do procesu rozhodování jsou výrazně zapojeni pacienti příbuzní a blízcí. Je nezbytné, aby byli náležitě a přiměřeně informováni. Jsou zpravidla v nastalé situaci velmi emočně angažováni. Vzhledem ke krátkému času, ve kterém se kritický stav odehrává, jsou pro ně všechny informace velmi živé a zraňující. Zákonitosti psychologie přijetí a zpracování nepříznivých zpráv jim v takto omezeném čase nedovolí informace dobře zpracovat, zažít, dojít k objektivnímu náhledu a smíření. Pro zdravotníky pracující v intenzivní medicíně to znamená imperativ obzvláštní trpělivosti, empatie, srozumitelnosti, porozumění při komunikaci s rodinou a blízkými. ►

Delegování odpovědnosti za přijaté rozhodnutí o zahájení paliativní péče na rodinu či blízké není přípustné (7).

Ošetřovatelský personál je s pacientem v nejtěsnějším kontaktu. Nezřídka právě odtud přichází prvotní podnět k zahájení úvah o nerozšiřování léčby, o marnosti agresivní intenzivní péče v neřešitelných stavech.

Za závěrečné rozhodnutí o zahájení paliativní péče nese odpovědnost vedoucí lékař příslušného pracoviště, jím určený lékař (9) nebo ošetřující lékař (7). Vždy se však rozhoduje ve spolupráci s celým ošetřujícím týmem, bere v úvahu nejširší možné spektrum informací od všech, kteří jsou v ošetřování a léčbě angažováni.

Znovu se vraťme k Doporučení představenstva České lékařské komory č. 1/2010 (9):

- a) Podnět k zahájení paliativní péče může dát kdokoli z ošetřujícího zdravotnického týmu.
- b) Kdykoliv je to možné, pacientovo přání musí být zahrnuto do rozhodování o zahájení paliativní péče.
- c) Rodina či blízcí pacienta by měli být náležitě informováni, pokud pacient neurčil jinak, nejlépe ve formě strukturovaného rozhovoru. Delegování odpovědnosti na rodinu či blízké za přijaté rozhodnutí o zahájení paliativní péče není přípustné.
- d) Do rozhodování o zahájení paliativní péče by měli být zahrnuti všichni členové (lékaři i nelékařský zdravotnický personál) ošetřujícího zdravotnického týmu (tzv. „shared-approach to end-of-life decision making“ model).
- e) Za závěrečné rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče nese odpovědnost vedoucí lékař příslušného pracoviště nebo jím určený lékař. V době ústavní pohotovostní služby nese odpovědnost za rozhodnutí o zahájení nebo nezahájení paliativní péče lékař, který je odpovědný za konkrétní úsek v rámci výkonu ústavní pohotovostní služby a za lékařskou péči o příslušného pacienta.
- f) Zahájení paliativní péče a rozhodnutí o nezahájení či nepokračování marné a neúčelné léčby musí být vždy uvedeno ve zdravotnické dokumentaci. Zápis do zdravotnické dokumentace před zahájením paliativní péče by měl obsahovat odborné posouzení zdravotního stavu a medicínské zdůvodnění rozhodnutí o zahájení paliativní péče.
- g) Cíle intenzivní péče, přínos a rizika plánovaných i probíhajících jednotlivých diagnostických a léčebných postupů by měly být v pravidelných intervalech přehodnocovány a zvažovány (minimálně jednou za 24 hodin). Jakékoliv již přijaté rozhodnutí může být v odůvodněných případech změněno.
- h) Prioritou paliativní péče je odstranění bolesti, diskomfortu a strádání.
- i) Přítomnost rodiny či blízkých pacienta by měla být vždy umožněna, pokud ji pacient neodmítl.

Závěrem

Rozhodování o strategii a směřování léčby kriticky nemocných na sklonku života je každodenní součástí činnosti pracovišť intenzivní medicíny. V souvislosti s nerozšiřováním stávající léčby nebo s přechodem intenzivní léčby na postupy paliativní končí v posledních letech život většiny neléčitelných pacientů v prostředí intenzivní medicíny rozvinutého světa. Tito nemocní však neumírají následkem neposkytnutí adekvátní péče, ale na základě chorobného procesu, který nemá řešení, je nezvratný a jeho vyústění dokážeme pouze oddálit dosud nevídanými prostředky současné medicíny.

Rozhodování na konci života vyžaduje od pečujícího týmu maximum odborných znalostí, etického citění, pečlivosti a pokory, od laické veřejnosti porozumění podložené postupným zvyšováním obecného povědomí o této problematice a od těch, kteří vyslovují hodnocení a soudy (sdělovací prostředky, představitelé lékařské etiky, právníci) hlubokou znalost problematiky, prostředí a souvislostí, v nichž se rozhodování odehrává.

Literatura

1. Wilkinson DJC, Savulescu J. Jak poznat, kdy přestat: marnost intenzivní léčby. *Curr Opin Anesthesiol/CZ* 2011;2:67-72.
2. Le Conte P, Rochet D, Batard E et al. Death in emergency departments: a multicenter cross-sectional survey with analysis of withholding and withdrawing life support. *Intensive Care Med* 2010;36:765-772.
3. Glick HR. The right-to-die: state policymaking and the elderly. *J Aging Stud* 1991;5:283-307.
4. Pařízková R. Paliativní léčba v intenzivní medicíně. *Interv Akut Kardiolog* 2011;10(Suppl. B):15-17.
5. Schneiderman LJ, Jecker NS, Jonsen AR. Medical futility: its meaning and ethical implications. *Ann Intern Med* 1990;112:949-954.
6. Ševčík P. Intenzivní medicína – definice, organizační problematika. In: Ševčík P, Černý V, Vítovec J et al. *Intenzivní medicína. 2. rozšířené vydání. Galén, Praha 2003:1-4.*
7. Valentin A, Druml W et al. Recommendations on therapy limitation and therapy discontinuation in intensive care units: Consensus Paper of the Austrian Associations of Intensive Care Medicines. *Intensive Care Med* 2008;34:771-776.
8. Černý V. Etické aspekty intenzivní medicíny. In: Ševčík P, Černý V, Vítovec J et al. *Intenzivní medicína. 2. rozšířené vydání. Galén, Praha 2003:5-8.*
9. Doporučení představenstva ČLK č. 1/2010 k postupu při rozhodování o změně léčby intenzivní na léčbu paliativní u pacientů v terminálním stavu, kteří nejsou schopni vyjádřit svou vůli. http://www.clkr.cz/doc/cms_library/dop-1-2010-31.pdf.
10. http://en.wikipedia.org/wiki/Defensive_medicine
11. Zákon ze dne 6. listopadu 2011 o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování (zákon o zdravotních službách). *Sbírka zákonů č. 372/2011, částka 131, s. 4730-4801.*

Článek byl se souhlasem převzat z *Postgraduální medicíny* číslo 5, 2012, ročník 14, strana 532 až 536.

Cvičení Tadeáš



Dne 30. října 2012 se v areálu bohunické nemocnice konalo cvičení TraumaTeamu ČR s názvem Tadeáš. Cvičení bylo společným podnikem nejen zdravotníků z TT ČR, ale také příslušníků zahraničních jednotek USAR GR HZS. Na cvičení byl také představen unikátní web czert.info shromažďující informace o živelných katastrofách na celém světě. V rámci cvičení byl pro zaměstnance FN Brno pořádán i Den otevřených dveří, v jehož rámci bylo celé zázemí polní nemocnice - Modul č. 7 - k vidění z blízka.

Zavolej „záchranku“



V rámci konference Moderní trendy v intervenční kardiologii, která se dne 30. října 2012 konala v sídle ombudsmana, se uskutečnilo i setkání s novináři. Letos byla prezentována především osvětová kampaň Jednej rychle, zachraň život, k níž se připojili i kardiologové z FN Brno. Kardiovaskulární onemocnění jsou stále nejčastější příčinou smrti dospělé populace ve vyspělých zemích. Česká republika patří mezi země s nejlépe fungujícím systémem léčby o pacienty s akutním srdečním infarktem a v rámci Evropského projektu Stent for Life Initiative slouží jako jedna ze vzorových zemí.

Bramborové tradice v nemocnici



Dne 7. listopadu 2012 se prostory Základní školy při FN Brno rozvoněly vůní podzimu. Děti měly možnost vytvářet výtvarná díla pomocí bramborových tiskátek. Dozvěděly se i o významu brambor ve zdravém jídelníčku a o dřívějších tradicích pečení brambor v přírodě. Celý bramborový projekt byl zakončen ochutnávkou bramborových jídel z kuchyně našich babiček. Děkujeme panu řediteli MUDr. Romanu Krausovi a všem milým hostům, kteří přišli akci podpořit.

Fúze aneb dva obrazy v jednom



Díky svým špičkovým radiologům získala Fakultní nemocnice Brno zdarma unikátní navigační systém a fúzní zobrazení Philips iU22 PercuNav 4.0 v hodnotě několika milionů korun. První a doposud jediná instalace v ČR umožňuje provádět jednotlivé výkony rychleji, bezpečněji a pod kontrolou ultrazvuku – tedy bez nežádoucí radiační zátěže pro pacienta. Moderní technologie byla dne 9. listopadu 2012 představena zástupcům médií.

14. brněnské setkání dětských neurologů a pediatriů a 30. výročí vzniku kliniky

Dne 9. listopadu 2012 se v brněnském hotelu Myslivna konal již 14. ročník tradičního celodenního odborného semináře Kliniky dětské neurologie LF MU a FN Brno (KDN) - „14. brněnské setkání dětských neurologů a pediatriů“. Tento rok to bylo v obzvlášť slavnostní atmosféře, protože jsme si připomněli 30. výročí vzniku kliniky. Na semináři přednášeli vážení hosté - paní prof. MUDr. Eva Havrdová, CSc., z Neurologické kliniky 1. LF UK a VFN Praha, doc. MUDr. Martin Repko, Ph.D., z Ortopedické kliniky FN Brno a as. MUDr. Bořivoj Petrák, CSc., z Kliniky dětské neurologie 2. LF UK a FN Motol. Celkově zaznělo 12 odborných přednášek, z toho osm odpřednášeli lékaři KDN a odborná úroveň celého semináře byla hodnocena velmi dobře. Seminář se účastnilo téměř 100 osob z celé republiky i Slovenska a proběhl ve velmi přátelské a příjemné atmosféře.

Ketogenní dieta pro děti s farmakorezistentní epilepsií

Klinika dětské neurologie LF MU a FN Brno jako první pracoviště na Moravě připravila pro své pacienty terapii ketogenní dietou. Zavedení této nové léčebné metody, která byla dne 12. listopadu 2012 představena zástupcům médií, znamenalo dva roky intenzivní práce, proškolení týmu lékařů a nutričních terapeutů a přípravu speciálních jídelníků. Moderní dietní režim přinese zlepšení průběhu závažné epilepsie mnoha pacientům.



Právní odpovědnost ve zdravotnictví

Mgr. Lenka Kaňová

Právní odpovědnost ve zdravotnictví je tématem, které v posledních letech nabývá na významu, a to především s ohledem na rostoucí množství soudních sporů a trestních oznámení týkajících se poskytování zdravotních služeb.

Ze strany pacientů – klientů zdravotnických zařízení – se situace, kdy pacienti nejsou spokojeni s kvalitou poskytovaných zdravotních služeb a dopadem na jejich zdraví, řeší stále častěji formou podání trestního oznámení nebo zahájení občanskoprávního řízení, které podléhají velkému mediálnímu zájmu.

Snahou tohoto příspěvku je seznámit čtenáře, a to nejen z řad zdravotnického personálu Fakultní nemocnice Brno, s různými druhy odpovědnosti za své jednání v poskytování zdravotních služeb.

Nejdříve je nutné zabývat se obecně otázkou podmínek vzniku odpovědnosti. Podle toho pak rozlišujeme:

1. odpovědnost za zavinění, kdy poskytovatel zdravotních služeb ve svém jednání pochybil a následkem tohoto pochybení způsobil škodu, a
2. odpovědnost objektivní, kdy poskytovatel zdravotních služeb odpovídá za škodu, i když ve svém jednání nepochybil

Pro vznik právní odpovědnosti musí být splněny tyto předpoklady:

1. došlo k jednání nebo naopak opomenutí, které je v rozporu s právními předpisy, respektive s povinnostmi zdravotnického pracovníka stanovenými zákonem či jiným právním předpisem¹
2. následkem tohoto jednání nebo opomenutí vznikla škoda
3. mezi jednáním (opomenutím) a vznikem škody existuje tzv. příčinná souvislost, tedy škoda nastala bezprostředně na základě jednání (opomenutí) zdravotnického pracovníka
4. zavinění (pouze u odpovědnosti za zavinění)

ad 1. Jednáním v rozporu s právními předpisy se pak rozumí např. jednání non lege artis, tedy kdy zdravotní služby nebyly poskytnuty podle pravidel vědy a uznávaných medicínských postupů, při respektování individuality pacienta, s ohledem na konkrétní podmínky a objektivní možnosti². Opomenutí pak může nastat např. tehdy, kdy zdravotnický pracovník nepodá pacientovi léky, což způsobí poškození zdraví pacienta nebo opomene provést výkon nebo vyšetření, opět s dopadem na zdraví pacienta.

ad 2. Nejčastěji způsobenou škodou je samozřejmě škoda na zdraví pacienta, případně i úmrtí pacienta.

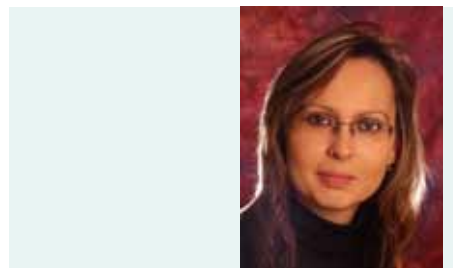
ad 3. Příčinná souvislost mezi protiprávním jednáním a vznikem škody na zdraví pak musí být bezpečně prokázána, nestačí pouhá pravděpodobnost. Např. pokud by postup zdravotnického pracovníka již nemohl škodu na zdraví odvrátit, příčinná souvislost by nevznikla.

ad 4. Zavinění můžeme definovat jako psychický stav jednatelů k jeho vlastnímu protiprávnímu jednání a výsledku tohoto jednání. Zavinění rozdělujeme na úmyslné a z nedbalosti, přičemž v případě odpovědnosti zdravotnických pracovníků se většinou jedná právě o nedbalostní jednání, které způsobilo škodu na zdraví pacienta.

Příklady z praxe:

Citace z rozsudku Nejvyššího soudu ze dne 30. 1. 2008, sp. zn. 25 Cdo 118/206:

„Předpokladem jejího (odpovědnosti za škodu na zdraví) vzniku je protiprávní úkon, existence



škody a vztah příčinné souvislosti mezi nimi. Porušením právní povinnosti je míněn objektivně vzniklý rozpor mezi tím, jak fyzická či právnická osoba skutečně jednala či opomenula jednat a tím, jak jednat měla, aby dostála svým povinnostem. Má-li toto porušení povinnosti za následek vznik škody, je dán vztah příčinné souvislosti.“

Trestněprávní odpovědnost

V tomto případě se jedná o odpovědnost pachatele trestného činu podle trestního zákoníku. V oblasti poskytování zdravotních služeb přichází do úvahy pouze trestní odpovědnost fyzických osob, i když náš právní řád s účinností od 1. ledna 2012 zná v zákonem vyjmenovaných trestných činech i trestní odpovědnost právnických osob³.

Trestní odpovědnost se týká nejen lékařského personálu, ale i ostatních nelékařských povolání. Osobě, která se trestného činu dopustila, je tak v trestním řízení ukládán trest, např. trest odnětí svobody, peněžitý trest, zákaz činnosti. Jestliže má být konkrétní osoba odsouzena, musí být jednoznačně prokázáno, že se protiprávního jednání – trestné činnosti – skutečně dopustila.

V této souvislosti je nutno uvést, že nespokojení pacienti často volí možnost podání trestního oznámení, neboť otázku, zda nedošlo ke spáchání trestné činnosti, musí policie a státní zástupce prověřit a s podáním trestních oznámení není spojena žádná platební povinnost (na rozdíl od povinnosti uhradit soudní poplatek v případě žaloby o náhradu škody); rovněž tak břemeno obstarání důkazů se přenáší na vyšetřující orgány.

Trestné činy, které přicházejí do úvahy, jsou např.:

1. ublížení na zdraví
2. neposkytnutí pomoci
3. neoprávněné nakládání s osobními údaji
4. nepřekážení trestného činu, neoznámení trestného činu
5. křivá výpověď a nepravdivý znalecký posudek

6. padělání a vystavování nepravdivých lékařských zpráv, posudků a nálezů
7. omezování osobní svobody
8. nedovolené nakládání s tkáněmi a orgány
9. nedovolené přerušení těhotenství
10. přijetí úplatku a podplácení

Příklady z praxe:

Citace z rozsudku Nejvyššího soudu ze dne 18. 9. 1997, sp. zn. 2Tzn 72/97:

„Trestný čin ublížení na zdraví podle § 224 tr. zák. lze spáchat z hlediska jednání jako znaku objektivní stránky jeho skutkové podstaty jak konáním, tak i opomenutím ve smyslu ust. § 89 odst. 2 tr. zák. např. opomenutím lékaře záležejícím v nedostatečném vyšetření poškozeného, který zemřel na následky zranění, jež v důsledku tohoto pochybení v poskytnuté péči nebylo zjištěno a léčeno.“

Jestliže lékař při výkonu služby neposkytne osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné duševní poruchy zdraví, potřebnou pomoc, připadá jeho trestní odpovědnost za trestný čin neposkytnutí pomoci podle ust. § 207 odst. 2 tr. zák. v úvahu pouze tehdy, jestliže z jeho opomenutí zaviněně nevznikly žádné následky na životě nebo zdraví poškozeného. Pokud vznikly, je takový pachatel trestně odpovědný v závislosti na formě zavinění podle ustanovení o poruchových trestných činech proti životu a zdraví uvedených v § 219 až 224 tr. zákona.“

K nejzávažnějším trestným činům samozřejmě patří trestné činy uvedené v bodě 1. a 2., proto k nim uvádím více podrobností.

Ublížení na zdraví z nedbalosti

K naplnění skutkové podstaty tohoto trestného činu je nezbytný postup non lege artis, v příčinné souvislosti s tímto chybným postupem ublížení na zdraví nebo smrt pacienta a dále zaviněné jednání.

Trestní zákoník v ust. § 147 trestního zákoníku (těžké ublížení na zdraví) uvádí:

- (1) Kdo jinému z nedbalosti způsobí těžkou újmu na zdraví, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta nebo zákazem činnosti.
- (2) Odnětím svobody na šest měsíců až čtyři léta nebo peněžitým trestem bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 proto, že porušil důležitou povinnost vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona.
- (3) Kdo z nedbalosti způsobí těžkou újmu na zdraví nejméně dvou osob proto, že hrubě porušil zákony o ochraně životního prostředí nebo zákony o bezpečnosti práce nebo dopravy anebo hygienické zákony, bude potrestán odnětím svobody na dvě léta až osm let.

Trestní zákoník ust. § 148 trestního zákoníku (ublížení na zdraví)

- (1) Kdo jinému z nedbalosti ublíží na zdraví tím, že poruší důležitou povinnost vyplývající z jeho zaměstnání, povolání, postavení nebo funkce nebo uloženou mu podle zákona, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok nebo zákazem činnosti.
- (2) Kdo z nedbalosti způsobí ublížení na zdraví nejméně dvou osob proto, že hrubě porušil zákony o ochraně životního prostředí nebo zákony o bezpečnosti práce nebo dopravy anebo hygienické zákony, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta.

Příklady z praxe:

Na dětskou LSPP přiběhl z blízké vesnice otec dítěte a žádal lékaře o okamžitou návštěvu, přičemž mimo jiné uvedl, že dítě má potíže s dýcháním. Stav se mu jevil tak, jako kdyby se téměř dusilo. Službu konající lékař, který se právě vrátil z předchozí návštěvy a udělal si čerstvou kávu, se snažil otce uklidnit a stav dítěte, které neznal, poněkud bagatelizovat, nicméně otce ujistil, že jen dopije kávu, řidič připraví vozidlo a hned k dítěti vyjedou. Prodlení trvalo zhruba 15-20 minut. Dítě zemřelo 5 minut před příjezdem lékaře. Vyšetřováním bylo zjištěno, že sanitní vozidlo nebylo třeba připravovat, mohlo na pokyn lékaře vyjet okamžitě. Ze znalec-

kého posudku vyplynulo, že kdyby lékař doražil o oněch kritických 15-20 minut dříve, mohlo být úmrtí dítěte zabráněno včasnou odbornou péčí. Lékař byl odsouzen k nepodmíněnému trestu odnětí svobody a zákazu činnosti.

Zdravotní sestra ve službě na dětském oddělení v důsledku náhlé nevolnosti upadla a upustila kojence, kterého nesla v náručí. Dítě utrpělo ublížení na zdraví. Vyšetřováním bylo zjištěno, že zdravotní sestra nebyla pod vlivem alkoholu ani jiné návykové látky, do té doby netrpěla žádnou chorobou, která by ji činila nezpůsobilou pro službu na dětském oddělení. Ihned po události byla lékařsky vyšetřena a byl jí naměřen enormně nízký krevní tlak. Uvedla, že se sice necítila nejlépe, ale nedomnívala se, že by nebyla způsobilá službu dokončit. Případ byl odložen s tím, že nejde o trestný čin ani přestupek. Toto rozhodnutí nabylo právní moci.

Neposkytnutí pomoci

Pro naplnění skutkové podstaty tohoto trestného činu není podstatné, zda následkem porušení povinnosti poskytnout první pomoc došlo k poškození zdraví či úmrtí. Trestná je zde skutečnost, že nebyla poskytována pomoc, nikoliv následek tím způsobený. Jde o úmyslný trestný čin.

Neposkytnutí pomoci je upraveno v ust. § 150 trestního zákoníku:

- (1) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo jiného vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač tak může učinit bez nebezpečí pro sebe nebo jiného, bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.
- (2) Kdo osobě, která je v nebezpečí smrti nebo jeví známky vážné poruchy zdraví nebo vážného onemocnění, neposkytne potřebnou pomoc, ač je podle povahy svého zaměstnání povinen takovou pomoc poskytnout, bude potrestán odnětím svobody až na tři léta nebo zákazem činnosti.

Příklady z praxe:

Starší muž v hostinci náhle upadl do bezvědomí, nejevil známky života, o resuscitaci se nikdo nepokusil. Současně byli voláni RLP a místní lékařka, která po svém příchodu již konstatovala smrt. O chvíli později přijel lékař RLP a pokusil se o přístrojovou resuscitaci, kterou se na několik minut podařilo obnovit srdeční akci, bez jiných vitálních projevů. Šetření prokázalo, že úmrtí nebylo možno zabránit, přesto byla lékařka obvině-

na z neposkytnutí pomoci. Protože však nebyla prokázána příčinná souvislost, nebyla obžaloba podána.

Lékař, přivolaný k pacientovi trpícímu chronickým srdečním selháváním, zjistil vyšetřením mírné zhoršení stavu, aplikoval Furosemid a upravil terapii. Rodinou požadovanou hospitalizaci nepovažoval za nutnou. Za několik hodin převezla RLP pacienta pro další zhoršení stavu do nemocnice, kde zemřel. Dle pitevního nálezu a závěru soudního znalce byl sice převoz na místě, ale úmrtí pacienta by již stejně nezabránil. Příčinná souvislost tedy prokázána nebyla, lékař nebyl obžalován pro trestný čin ublížení na zdraví. Následně však byl v tomto jednání spatřován trestný čin neposkytnutí pomoci.

Občanskoprávní odpovědnost

Tento typ odpovědnosti je výhradně odpovědností ve vztahu poskytovatele zdravotních služeb (zdravotnického zařízení) a pacienta. Nemůže tedy dojít ke vzniku občanskoprávní odpovědnosti ve vztahu konkrétního lékaře a pacienta. Konkrétní lékař nebo jiný zdravotnický pracovník by pacientovi za škodu odpovídal pouze v případě, že by on sám byl poskytovatelem zdravotních služeb – „podnikatelem“. Nicméně považují za důležité, aby i tyto osoby byly seznámeny s možností vzniku tohoto typu odpovědnosti.

Zákonnou povinností poskytovatelů zdravotních služeb je uzavřít pojistnou smlouvu na odpovědnost za škodu způsobenou občanům v souvislosti s poskytováním zdravotních služeb, a to v rozsahu, v jakém lze rozumně předpokládat, že by jej mohla taková odpovědnost postihnout, toto pojištění pak musí trvat po celou dobu poskytování zdravotních služeb.⁴

Podle občanského zákoníku rozlišujeme dva typy odpovědnosti:

1. odpovědnost subjektivní - obecná odpovědnost za škodu způsobenou porušením právní povinnosti
2. odpovědnost objektivní
 - odpovědnost za škodu způsobenou provozní činností
Objektivní odpovědnost za škodu způsobenou provozní činností se na poskytování zdravotních služeb nevztahuje. Soudní praxe toto ustanovení občanského zákoníku na poskytování zdravotních služeb vylučuje, když Krajský soud v Hradci Králové ve svém rozhodnutí sp. zn. 25 Co 167/97, uvedl, že lékařský zákrok je svou povahou natolik specifickou činností, že by jeho podřazení pod tento typ odpovědnosti bylo nepatřičné.
 - škoda způsobená okolnostmi, které mají původ v povaze přístroje nebo věci, jichž bylo použito při plnění povinností

V praxi poskytovatele zdravotních služeb se můžeme setkat i s dalšími typy odpovědnosti, a to např. s odpovědností za škodu způsobenou na vnesených nebo odložených věcech nebo s odpovědností za neoprávněný zásah do práva na ochranu osobnosti.

Obecná odpovědnost za škodu způsobenou porušením právní povinnosti

Ke vzniku této odpovědnosti se vyžaduje porušení právní povinnosti, vznik škody a příčinná souvislost mezi porušením povinnosti a škodou a dále zavinění.

Občanský zákoník ji vyjadřuje ve svém ust. § 420:

- (1) Každý odpovídá za škodu, kterou způsobil porušením právní povinnosti.
- (2) Škoda je způsobena právnickou osobou, anebo fyzickou osobou, když byla způsobena při jejich činnosti těmi, které k této činnosti použili. Tyto osoby samy za škodu takto způsobenou neodpovídají; jejich odpovědnost podle pracovněprávních předpisů není tímto dotčena.
- (3) Odpovědnosti se zprostit ten, kdo prokáže, že škodu nezavinil.

Příklad z praxe:

Citace z rozsudku Nejvyššího soudu ze dne 30. 1. 2008, sp. zn. 25 Cdo 118/2006:

„Pokud bezprostřední příčinou vzniku škody (odnětí levé ledviny) nebyl tedy samotný fakt

„zaškrcení“ močovodu, ale skutečnost, že tato porucha nebyla včas odstraněna, což způsobilo akutní zánět ledviny ústící v přímé ohrožení života a ztrátu funkce této ledviny, je zřejmé, že objektivně došlo k porušení povinnosti zdravotnického zařízení, což mělo za následek trvalé poškození levé ledviny. Základní předpoklady odpovědnosti za škodu jsou tím naplněny. Následovat pak musí posouzení, zda žalovaný prokázal, že škodlivému následku nemohl zabránit ani při vynaložení veškerého úsilí, které na něm bylo možné požadovat. V této souvislosti ovšem nelze přehlédnout ani to, že komplikace spočívající v zaškrcení močovodu se u obdobných operací v určitém procentu objevují, přičemž toto riziko se zvyšuje ve složitém terénu po předchozích operacích a onemocnění.“

Škoda způsobená okolnostmi, které mají původ v povaze přístroje nebo věci, jichž bylo použito při plnění povinností

Tato odpovědnost je druhým typem objektivní odpovědnosti a je charakteristická tím, že se jedná o odpovědnost za výsledek. Ke vzniku tohoto druhu odpovědnosti pak může dojít i tehdy, jestliže v souvislosti s použitím např. lékařského nástroje došlo ke vzniku škody vlivem vnějších účinků, aniž by poskytovatel zdravotních služeb svým zdravotnickým personálem něco zanedbal, tj. nevyžaduje se zavinění. Může dokonce jít i o lékařský nástroj bezvadný a správně i důvodně při poskytování zdravotních služeb použitý, tedy i v případě, že lékařská péče byla poskytnuta lege artis.

Občanský zákoník ji vyjadřuje ve svém ust. § 421a:

- (1) Každý odpovídá za škodu způsobenou okolnostmi, které mají původ v povaze přístroje nebo jiné věci, jichž bylo při plnění závazku použito. Této odpovědnosti se nemůže zprostit.
- (2) Odpovědnost se vztahuje i na poskytování zdravotních, sociálních, veterinárních a jiných biologických služeb.

Příklady z praxe:

Citace z rozsudku R 4/1992:

„Jestliže je vyvolávajícím mechanismem poškození na zdraví (příčinou vzniku škody)

vpich injekční jehlou při odběru krve, jde o odpovědnost podle § 421a občanského zákoníku, protože příčina spočívá v povaze přístroje.

Je nesporné, že navrhovatelka byla účastna provádění zdravotnické služby, na což zmíněné ustanovení dopadá. Právě při provádění zdravotnické služby, při odběru krve, konkrétně při vpichu ostrou jehlou došlo k poruše zdraví navrhovatelky a příčinou poruchy byl jednoznačně právě vpich ostrou jehlou. Znalec uzavírá, že porucha vznikla mechanismem reflexním, základním vyvolávajícím mechanismem poruchy byl vpich jehlou. Příčina vzniku škody spočívá tedy v povaze použitého přístroje – ostré injekční jehly, která je při použití způsobilá vyvolat takový škodný následek, byť jen při určité dispozici pacienta.“

Citace z rozsudku Nejvyššího soudu ze dne 25. 10. 2006, sp. zn. 25 Cdo 1129/2005:

„Okolností, jež má původ v povaze věci, je tlak na míchu v důsledku působení drátěné kličky užitá při lékařském zákroku.“

Odpovědnost za škodu způsobenou na vnesených nebo odložených věcech

Tato odpovědnost je specifickou odpovědností a je spojena s odpovědností poskytovatele zdravotních služeb za věci, které s sebou pacienti do zdravotnického zařízení přináší a jsou odkládány na určených či obvyklých místech. Této odpovědnosti se však nelze zbavit jednostranným prohlášením, např. nápisem „Za odložené věci neručíme“. Jedná se opět o objektivní odpovědnost za výsledek.

Proto poskytovatel zdravotních služeb zpravidla předem vymezuje místo pro odkládání např. oděvů v čekárnách nebo při přijetí k hospitalizaci požizuje soupis věcí pacienta.

Právo na náhradu škody musí ten, komu škoda vznikla, uplatnit bez zbytečného odkladu a zanikne, pokud nebylo uplatněno nejpozději patnáctý den po dni, kdy se poškozený o škodu dozvěděl.

Rozsah náhrady škody v případě občanskoprávní odpovědnosti pak může být různého typu. Nejčastěji se bude jednat o následující povinnosti, které mohou být stanoveny jednotlivě nebo i současně:

1. povinnost uhradit škodu na zdraví
 - jednorázové bolestné a odškodnění ztížení společenského uplatnění
 - ztráta na výdělku, tj. náhrada za dobu pracovní neschopnosti, náhrada po pracovní neschopnosti v případě invalidity nebo částečné invalidity
 - náhrada za ztrátu na důchodu
 - náklady na výživu pozůstalým v případě úmrtí poškozeného
 - náhrada účelně vynaložených nákladů spojených s léčením
 - přiměřené náklady spojené s pohřbem
 - jednorázové odškodnění za úmrtí blízké osoby
2. povinnost uhradit nemateriální újmu v případě zásahu do práv na ochranu osobnosti
3. povinnost uhradit jinou škodu v případě odcizení vnesených věcí

Odpovědnost za neoprávněný zásah do práva na ochranu osobnosti

Žaloby na ochranu osobnosti jsou fenoménem posledních několika let, začaly se uplatňovat v okamžiku, kdy např. žalobou na náhradu škody na zdraví nebyly pokryty požadavky žalující strany a je pravděpodobné, že těchto typů žalob bude v oblasti zdravotnictví stále přibývat. Ochrana osobnosti fyzické osoby, jejího života a zdraví, cti a lidské důstojnosti, jakož i soukromí, jména a projevu osobní povahy je zakotvena nejen v Občanském zákoníku, ale i v Listině základních práv a svobod.

Fyzická osoba, do jejíchž osobnostních práv bylo zasaženo, má právo se domáhat, aby bylo upuštěno od neoprávněných zásahů, aby byly odstraněny následky těchto zásahů a rovněž tak má právo na přiměřené zadostiučinění, např. omluvu. Pokud toto přiměřené zadostiučinění není dostačující, je rovněž přípustné, aby žádala o náhradu nemajetkové újmy v penězích. Po smrti člověka se může ochrany jeho osobnosti domáhat manžel nebo registrovaný partner

a děti, a není-li jich, jeho rodiče, podle nového občanského zákoníku účinného od 1. 1. 2014 to pak bude kterákoli z osob jemu blízkých.

V praxi se pak nejčastěji můžeme setkat se žalobami na ochranu osobnostního práva na zdraví a život, kdy se v případě smrti blízké osoby jedná o porušení práva osob blízkých rozvíjet rodinné vztahy.

Rovněž tak je možné do budoucna předpokládat i žaloby, které se týkají neoprávněného zveřejňování citlivých osobních údajů ze zdravotnické dokumentace, např. obrazových snímků, údajů o zdravotním stavu apod., pořízených poskytovatelem zdravotních služeb při léčbě pacientů bez jejich výslovného souhlasu.

Soudní praxe v těchto případech přiznává náhrady v penězích ve výši několika (i desítek) milionů korun. Z tohoto důvodu se domnívám, že je třeba v této oblasti zvýšit právní informovanost všech osob podílejících se na poskytování zdravotních služeb pacientovi ve zdravotnickém zařízení.

Závěrem je třeba konstatovat, že vedle trestněprávní odpovědnosti a občanskoprávní odpovědnosti přichází u zdravotnického personálu, ale i nezdravotnického, v úvahu rovněž další typy odpovědnosti. Je to především odpovědnost pracovní právní, odpovědnost disciplinární a rovněž za splnění určitých podmínek i odpovědnost správní.

¹ Blíže viz ust. § 49 z. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách, citace: „Zdravotnický pracovník je povinen poskytovat zdravotní služby, ke kterým získal odbornou nebo specializovanou způsobilost podle jiných právních předpisů, v rozsahu odpovídající jeho způsobilosti, zdravotnímu stavu pacienta, na náležitě odborné úrovni, a řídit se etickými předpisy.“

² ust. § 4 odst. 5 z. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

³ Blíže viz ust. § 7 z. č. 418/2011 Sb., o trestní odpovědnosti právnických osob

⁴ Viz ust. § 45 odst. 2 písm. n) z. č. 372/2011 Sb., o zdravotních službách

Občanské sdružení DebRA ČR vzniklo v roce 2004 při Kožním oddělení I. dětské interní kliniky FN Brno, a to zejména díky paní primářce MUDr. Haně Bučkové, Ph.D. DebRA ČR jako jediná organizace v České republice pomáhá lidem se vzácnou vrozenou vadou kůže epidermolysis bullosa congenita a jejich rodinám. Zkráceně se pro toto onemocnění používá termín EB nebo také „nemoc motýlích křídel“.

Motto: Pomáháme lidem s nemocí motýlích křídel a jejich rodinám prožít co nejvíce a trpět při tom co nejméně!

Tato choroba patří mezi tzv. vzácná onemocnění. U nás jí trpí okolo 200 lidí, na celém světě asi půl miliónu a pouze v Evropě je 30 000 nemocných s EB. Jedná se o geneticky podmíněné onemocnění a v současnosti jej nelze zcela vyléčit. Díky vysoce specializované lékařské péči se však daří život nemocných s EB výrazně zkvalitňovat. Kůže lidí s EB je křehká jako křídla motýlů. I mírný tlak či tření na kůži způsobuje tvorbu puchýřů, bolestivé rány, dochází k srůstům prstů, obtížné chůzi. Defekty na sliznicích způsobují potíže s polykáním, vyprazdňováním. Pacienti a jejich rodiny denně věnují tři až šest hodin ošetřování kůže, trpí sociální izolací.

První DebRA organizace vznikla ve Velké Británii, nyní DebRA International sdružuje více než čtyři desítky organizací po celém světě. DebRA ČR se v roce 2004 připojila do skupiny DEBRA International jako 32. organizace.

Cílem o. s. DebRA ČR je prosazovat a hájit zájmy lidí s EB a jejich rodin, zabezpečovat informovanost pacientů a kontakt s odborníky Klinického EB Centra a spolupracovat s vládními, krajskými i mnoha dalšími institucemi.

Občanské sdružení DebRA ČR:

- poskytuje svým klientům odborné sociální a poradenské,
- sdružuje pacienty a jejich rodiny, zprostředkovává rodinám vzájemný kontakt,
- poskytuje nutriční, psychologické i právní poradenství,
- organizuje ozdravné pobyty pro pacienty a jejich blízké (přímořská léčba i tuzemské pobyty zaměřené na relaxaci a aktivní odpočinek, rehabilitaci, výživu, ošetřování, vzdělávání),
- pořádá informační kampaně pro veřejnost, ale i pro nemocné a jejich rodiny i pro odporníky,
- snaží se bojovat proti sociálnímu vyčlenění nemocných,
- organizuje veřejnou sbírku na podporu nemocných s EB, ze které je hrazen ošetřovací materiál, rehabilitační pomůcky, speciální doplňky stravy aj.,
- poskytuje poradenství v oblasti v oblasti vzdělávání, pomáhá s inkluzí dětí do škol, s uplatňováním na trhu práce,
- spolupracuje s organizacemi DebRA v jiných zemích.

DebRA ČR se snaží svými aktivitami zapojovat lidi s EB do plnohodnotného života. Pomáháme jim a jejich rodinám při zvládání nelehké ekonomické situace a také psychických a sociálních problémů vyplývajících ze základnosti tohoto onemocnění.

Pracovníci organizace se setkávají s klienty buď v kanceláři DebRA ČR se sídlem v Dětské nemocnici FN Brno, či v jejich přirozeném prostředí. Každoročně je organizována konference, kde pacienti s EB a jejich rodiny získávají informace o novinkách v problematice EB, DebRA ČR se podílí na organizaci EB Klinického dne.

Osvětová kampaň 12 plus 12 se zaváže do obvazů

Bc. Magda Hrudková

Dalším významným cílem sdružení DebRA ČR je šíření osvěty o nemoci motýlích křídel mezi laickou i odbornou veřejnost. To se nám daří i díky osvětové a charitativní kampani 12 plus 12.

Tento projekt realizujeme od roku 2010 a v uplynulých ročnících měl velký úspěch, a to nejen u veřejnosti, ale své pozitivní dojmy z dopadu tohoto projektu nám sdělovali i lidé s nemocí motýlích křídel. Na realizaci osvětové kampaně 12 plus 12 se aktivně podílí patronka sdružení DebRA ČR herečka



Jitka Čvančarová. Díky jejímu úsilí a soustavné práci získáváme další významné osobnosti, které jsou ochotné podpořit svou účastí tuto kampaň a řada z nich je připravena spolupracovat s DebRA ČR i nadále. Posláním kampaně 12 plus 12 je oslovit veřejnost a vyzvat ji k respektu lidí s EB a jejich podpoře. Cílem je pozitivně ovlivňovat chování veřejnosti vůči lidem s nemocí motýlích křídel a získávat finanční prostředky na přímou pomoc lidem s EB.

Letošní již třetí ročník osvětové charitativní kampaně 12plus12 právě vrcholí. Jeho tématem jsou lidé s EB, jejich prožitky, pocity, přání. Ty na fotografiích zosobňují známé tváře spolu s tanečníky Baletu Národního divadla. Každá z fotografií tak nese nějaké významné poselství a symboliku. Např. fotografie Tomáše Kluse vyjadřuje cit, lásku, schopnost milovat a být milován. Aneta Langerová má jako téma své fotografie přátelství, Jiří Bartoška naději a Dan Bárta jedinečnost. Všemi fotografiemi se vine obvaz jako symbolika svázanosti, omezení lidí s nemocí motýlích křídel, ale také jako symbol ochrany, jejich „druhé kůže“.

12 plus 12 spočívá letos v tom, že se 12 osobností stalo patrony 12 pacientů s EB. Autentické příběhy a zkušenosti pacientů s EB poví o životě s tímto vzácným onemocněním více, než spousta odborných statí.

*Na projektu se podílely tyto významné osobnosti:
foto: Lucie Robinson,
oděvní tvorba: Liběna Rochová,
make-up: Filip Novák,
organizace: Jitka Čvančarová.*

Fotografované osobnosti: Karel Schwarzenberg, Tomáš Klus, Aneta Langerová, Petr Zůska, Aňa Geislerová, David Švehlík, Dan Bárta, Radek Jaroš, Jiří Bartoška, Libuše Šmuclová, Ladislav Špaček, Pavlína Němcová, Tanečníci Baletu Národního divadla s koordinátorkou Zuzanou Šimákovou, sólistkou BND.

Fotografie opět poslouží k několika účelům. Vznikne další ročník putovní výstavy, připravuje se kalendář a diář na rok 2013. Vernisáž výstavy se uskuteční 3. prosince, zároveň bude pokřtěn kalendář. Kalendáře a diáře je možné objednávat na e-mailové adrese: magda.hrudkova@debra-cz.org. Více informací o projektu naleznete na ww.12plus12.cz.

Propojení o.s. DebRA a Klinického EB Centra ve FN Brno

MUDr. Hana Bučková, Ph.D., Anita Gaillyová

Velkou výhodou pro uživatele služeb DebRA ČR je úzká spolupráce sdružení s Klinickým EB Centrem při Dětském kožním oddělení Pediatrické kliniky FN Brno. EB Centrum založila v roce 2001 prim. MUDr. Hana Bučková Ph.D. V dnešní době centrum sdružuje v Dětské nemocnici a na PMDV FN Brno 19 specialistů různých odborností, kteří poskytují pacientům s EB komplexní péči. V letošním roce Ministerstva zdravotnictví ČR udělilo EB Centru FN Brno statut Centra vysoce specializované zdravotní péče o pacienty s epidermolysis bullosa congenita. „Ministerstvo zdravotnictví pokračuje v centralizaci péče o pacienty se vzácnými nemocemi. Jedině tak lze účelně soustředit finanční prostředky státu a poskytnout pacientům tu nejlepší možnou péči,“ vyjádřil se k této věci ministr zdravotnictví Leoš Heger, který převzal nad seminářem spolu s poslancem Parlamentu ČR J. Husákem záštitu. Bylo nám ctí se společně s EB Centrem semináře zúčastnit.

Dalším úspěchem brněnského EB Centra jsou pokroky v jednání s VZP. Díky několikaletému společnému úsilí EB Centra a o.s. DebRA ČR o úhradách atraumatického krytí velkých rozměrů pro EB pacienty získalo EB Centrum speciální kód k předpisu těchto ošetrovacích materiálů pro těžké formy EB. Tento dlouhodobý cíl se podařilo naplnit díky vytrvalé práci ředitelky organizace DebRA ČR Alice Salamonové, Dis. a koordinátorky EB Centra MUDr. Hany Bučkové, PhD. A rovněž díky podpoře a vstřícné spolupráci s Ministerstvem zdravotnictví ČR, s panem ministrem doc. MUDr. Leošem Hegerem, CSc. a náměstkem pro ekonomiku a zdravotní pojištění Ing. Petrem Noskem, s Parlamentem ČR a panem poslancem Janem Husákem, s Ing. Stanislavem Jančíkem, ředitelem marketingu firmy Hartmann Rico a Mgr. Liborem Hendrychem, managerem firmy Mölnlycke Health Care pro Českou republiku. Všem patří velký dík! Nyní proběhnou jednání mezi FN Brno a regionální pobočkou VZP Brno.



České EB Centrum dlouhodobě spolupracuje s centrem pro diagnostiku EB v rakouském Salzburgu, EB Haus. Letos v říjnu proběhla v Salzburgu 1. konference EB Clinet – setkání odborníků na problematiku EB z celého světa, kde proběhla prezentace jednotlivých EB Center. České EB Centrum zde bylo velmi pozitivně hodnoceno a byla předjednána další spolupráce zejména s východoevropskými státy.

Organizace DebRA ČR zprostředkovává kontakt pacientů s EB Centrem. DebRA ČR podporuje Klinické EB Centrum také prostřednictvím veřejné sbírky, kam jednotliví dárci a partneři organizace zasílají své finanční dary. Díky těmto financím byl v loňském roce zakoupen pro potřeby Klinického EB Centra specializovaný ošetrovací materiál a další vybavení na Kožní oddělení PeK FN Brno v hodnotě přesahující částku 106 000 Kč, rehabilitační pomůcky pro Dětské rehabilitační oddělení a dále byly zakoupeny labochemikálie pro diagnostiku EB na pracovištích FN Brno v celkové hodnotě přes 104 000 Kč.

Velmi si vážíme spolupráce s odborníky EB Centra a jsme jim velmi vděční za jejich nasazení, profesionalitu a vstřícnost vůči EB pacientům i vůči nám.

Pomoc jako cesta k radosti

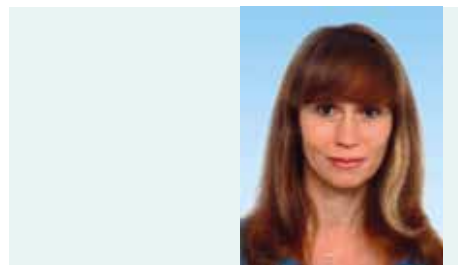
Mgr. Marie Plevová

Spolupráce Základní školy při Fakultní nemocnici Brno a Nadačního fondu Whirlpool

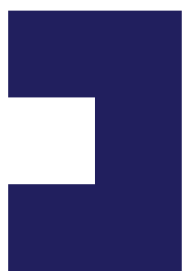
Na začátku této cesty byla dětská touha po vítězství a snaha zúčastňovat se akcí, které jsou za branami nemocnice, a tím být stále v kontaktu s normálním světem.

Děti v nemocnici se často cítí vyřazeny z aktivního života, chybí jim podněty, chybí jim pohyb, sociální kontakty. A tak pedagogové základní školy vzbudili před léty v dětech zájem zúčastnit se soutěže Dětský čin roku, který pořádá Nadační fond Whirlpool. Cílem soutěže je nejen rozvíjet u žáků slohové schopnosti, ale i ocenit jejich dobré činy v životě, a tím podporovat kladné hodnoty v životě mladých lidí. Tato soutěž má v dnešní době velkou cenu – přirozeným způsobem směřuje k lidskému dobru a spokojenosti.

Děti z naší nemocnice jsou určitě vnímavější než jiné děti, protože v životě už něco prožily. Možná právě proto každý rok jede alespoň jedno dítě z naší nemocnice do Prahy na vyhlášení vítězů. Jejich odměnou je setkání s celebritami (předsedkyní komise je Ewa Farná, zpěvačka, kterou děti mají rády a ona má ráda je). Při vyhlásování vítězů jim řekla větu: „My celebrity jsme úplně nuly proti vám, kteří jste pro někoho něco s láskou vykonali.“ A její slova mají opravdu velkou váhu, protože reagují na odvážné činy dětí, které otiskly ve svých pracích - pomoc v rodině, pomoc starým lidem, pomoc kamarádům, pomoc v přírodě, záchrana lidského života a další.



Společnost Whirlpool je Základní škole při FN Brno, v ulici Černopolní 9, velmi nakloněna. V minulém školním roce 2011/2012 společnost naší škole věnovala velký věcný dar. Na svatého Martina 11. 11. přijel předseda správní rady Ing. Ján Živný, Ph.D., a setkal se s našimi dětmi, kterým přinesl opravdu radost. V tomto školním roce opět společnost Whirlpool vyslala devět pracovníků do naší nemocnice – firemní výpomoc, aby vyzdobili nemocniční pokoje a chodby, aby se našim pacientům dařilo lépe. Tato vzácná návštěva proběhla dne 23. listopadu 2012. Byla to krásná praktická výpomoc a myšlenka dobra se opět prohloubila. Chodby ožily barevnými pohádkovými postavami a barvami, pokoje získaly veselejší atmosféru. Dětem se zde bude líbit o něco víc a alespoň na chvíli pozapomenou na nemoc. Být nakloněn potřebám druhých, na takových základech je rozvíjeno přátelství mezi žáky Základní školy při Fakultní nemocnici v Brně a Nadačním fondem Whirlpool.



Štěstí a naděje

ThMgr. Milan Klapetek



Šťastné a veselé! Šťastný nový rok! Šťěstí, zdraví, dlouhá léta! Společně všem těmto přáním je přídavné jméno „šťastný, šťastná, šťastné“, jedna z větví, vyrůstajících z pojmu „štěstí“. Napadla mne jednou taková myšlenka, přidat k tomu nějaký biblický verš, který by byl „o štěstí“. Poměrně rychle se ale ukázalo, že to půjde těžko. V bibli se sice vyskytuje příslovce „šťastně“, avšak ve smyslu „úspěšně“ či „dobře“, avšak o samotném štěstí, „té mušce zlaté“ tato kniha mlčí! Což o to, v bibli není řeč o spoustě věcí, které jsou pro nás běžné a samozřejmé, a to jednoduše proto, že je tenkrát lidé neznali. Šťěstí ale lidé v oné době již znali velice dobře a dokonce lze říci, že po něm netoužili o nic méně než naše generace. Šťěstí mělo pochopitelně, jako všechna dobra, své božské dárce či dárkyně. Každý národ měl mezi svými bohy nějakého takového, který měl moc poslat člověku do cesty třeba hned plný koš nebo přímo pytel štěstí. V Řecku to byla bohyně Týche, v Římě Fortuna, které byly jako „Štěstěny“ vroucně uctívány a v pravém slova smyslu zbožňovány. Na vypodobeních drží v rukou roh hojnosti, který vysypou svému překvapenému vyvolenci k nohám.

Potkat štěstí! Vyhrát třeba hlavní výhru! Milionové jackpoty na každém rohu lákají k této hostině! Zdá se, že dnes stále více lidí takto a podobně „hledá štěstí“. Právo na hledání štěstí je dokonce obsaženo v Deklaraci nezávislosti, jednom z základních dokumentů rodících se USA, a to už je skutečně těžký kalibr. Šťěstí, to je totiž pravý bůh zlatokopa, který může kopat jak chce usilovně, a nebude mu to nic platno, neusměje-li se na něj Štěstěna. Šťěstí může tedy být docela dobrým životním snem i cílem. Má to však několik drobných vad, na které upozornili již dávnověcí myslitelé. Při očekávání darů od paní Štěstěny musí člověk počítat s tím, že je to dáma nestálá a vrtkává. České přísloví říká, že štěstí a neštěstí sousedy sobě jsou, a Štěstěny svou nestálost také otevřeně lidem sdělovaly tím, že stojí na kouli, což, jak každý uzná, je postoj velice vratký. Proto již v antice sdělovali moudří lidé, že je dobré rozlišovat štěstí jako dar Štěstěny a štěstí, jako stav mysli. Dobře je pak ovšem na tom ten, kdo prožívá štěstí, bez ohledu na to, zda mu Štěstěna něco dala nebo nedala. Buď spokojen se svým životem a budeš žít šťastně, říká Horatius, a platí to v podstatě dodnes. A pak je zde ještě důležité poučení, že štěstí vzniká pouze jako vedlejší produkt; Konfucius by nám k tomu řekl, že je to vedlejší produkt toho, když děláte šťastnými druhé. Vidíte sami, že se nakonec můžeme obejít i bez té vrtkávé Fortuny. Jak je to však s tou bibli a co nám nabízí místo prchavého štěstí? Na místě štěstí je zde člověku představena naděje. Naděje je ovšem rovněž známa i v jiných kulturách a leží na

dně Pandořiny skříňky, ze které na lidstvo podle řecké báje vyskočily všechny pohromy. V řeči bible a zejména Nového zákona je to součást oné trojice, která má neomezenou, absolutní platnost a platí stejně na nebi i na zemi – víra, naděje a láska. Naděje je, jak nám říká slovník, pevné očekávání budoucích dobrých věcí a živá touha po jejich uskutečnění. Naděje byla, na rozdíl od zlatokopovy Štěstěny, součástí víry zemědělce, který musí zasetím část úrody jakoby pohřbit, a to v naději, že to cosi neznámého, co dává zrnů vzrůst, bude fungovat a on se dočká sklizně. Naděje je potřeba pro každé dílo větších rozměrů, kde se člověk již nemůže opírat o pouhé nahodilé štěstí. Naděje je prostě z jiného, trvanlivého materiálu a sahá dokonce i za hranici života.

Naděje je zakotvena v původním významu slunovratových svátků, ve kterých se člověk s nadějí ujišťoval, že opět přijde jaro, opět se probudí příroda a opět začne hřát Slunce. V křesťanských Vánocích je ústředním poselstvím naděje, že člověk, boží stvoření, není na tomto světě opuštěn a vydán zmaru a chaosu, nýbrž že smělý projekt Svět a člověk dojde do dobrého a slavného závěru. To je ovšem zejména dnes možno vidět pouze očima naděje.

A naději mají i děti na ARO, stejně jako ti, kteří na ně myslí. Je, mimo jiné, i doloženo, že člověk mající naději se rychleji uzdravuje. A tuto dobrou naději i její naplnění všem, kteří jsou v jakémkoliv temném údolí, přeje čtenářům Nemocničních listů k Vánocům.



Žijeme pro Vaše zdraví

**CHCETE ZVÝŠIT SVOU PRACOVNÍ
NEBO SPORTOVNÍ AKTIVITU?**

**SPLNIT SI SVÉ ESTETICKÉ
POŽADAVKY?**

OSVOBODIT SE OD BRÝLÍ?



**PRÁVĚ VÁM
PRACOVISTĚ OČNÍHO LASERU
V DĚTSKÉ NEMOCNICI NABÍZÍ:**

- Komplexní oční vyšetření dospělých i dětí pomocí nejmodernějších technologií.
- Ambulantní bezbolestnou a trvalou léčbu dioptrických vad očním laserem.
- Přijatelnou cenu zákroku zahrnující veškeré léčebné prostředky pro pooperační období.
- Provedení výkonu odborníky s dlouholetými zkušenostmi, ošetření v příjemném prostředí, kvalitní zdravotnickou technikou.

Oční laser, areál Dětské nemocnice
Brno, Černopolní 9 – pavilon E
pondělí–pátek: 7⁰⁰–15⁰⁰ hod
tel.: +420 532 232 894
e-mail: ocnilaserbrno@fnbrno.cz

www.ocnilaserbrno.cz

NEMOCNIČNÍ LÉKÁRNA



Proč chodit do naší lékárny?

- protože **výdejny naší lékárny** jsou v areálu nemocnic a proto jsou **lehce dostupné** pro pacienty těchto zařízení, ale i pro veřejnost, která je odkázaná na MHD
- protože u nás si můžete vyzvednout **léky všech specializovaných ambulancí** bez doplatku, nebo s minimálním doplatkem, také zajistíme léky na mimořádný dovoz
- protože v našich laboratořích Vám připraví **masti, kapsle, čípky a jiné přípravky na recept**
- protože máme velmi **levnou antikoncepci**
- protože máme **největší výběr kojeneckého a batolecího mléka** za nízké ceny, včetně speciálních mlék
- protože Vám, při větším počtu balení nutriční výživy, můžeme zajistit **rozvoz domů v rámci Jiho-moravského kraje**
- protože Vám pronajmeme za nízký denní poplatek **odsávačku mléka MEDELA Symphony**
- protože nabízíme **široký sortiment volně prodejných léků a kosmetiky za výhodné ceny**
- protože zajišťujeme **Lékárenskou pohotovost v Dětské nemocnici**, každý den i ve svátky
- protože Vás obsluhuje **kvalifikovaný personál**, který je připraven Vám poradit
- protože naším **cílem je Vaše spokojenost!**

