Supervizní zkušenost v ošetřovatelské praxi

Sociálně zdravotní oddělení FN Brno

Představení DRG oddělení ve FN Brno

Klinické analýzy v systému DRG ve FN Brno

Andělé na bohunické klinice

Větrníkový den

NEMOCNIČNÍ LISTY

ČÍSLO 4 / PROSINEC 2014 / ROČNÍK XV

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

4

PREVENTIVNI-PROGRAMY.cz

PRO SPORTOVNĚ AKTIVNÍ

PRO MLADÉ ŠAMPIONY

PRO KAŽDÉHO ZODPOVĚDNÉHO

PRO MLADÉ SPORTOVCE

PRO BUDOUCÍ MAMINKY

PRO KRÁSNOU PLEŤ A ZDRAVOU KŮŽI

Fakultní nemocnice Brno
Tel.: +420 778 080 213
+420 775 761 730

preventivniprogramy@fnbrno.cz
www.preventivni-programy.cz

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO
žijeme pro Vaše zdraví

Úvod

VÁŽENÍ A MILÍ ČTENÁŘI,
adventní neděle plyne jedna za druhou a vánoční svátky s koncem roku se neodkladně blíží. Jednou z milých povinností posledního měsíce roku je i čtvrté číslo Nemocničních listů.
V něm jsme pro vás připravili pestrou směsici zdravotnických i nezdravotnických témat. Za všechny zmiňme článek o Větrníkovém dni, bohunických andělech či výtvarném umění.
Z odborných témat jsme se pak věnovali DRG jako způsobu financování českého zdravotnictví nebo třeba také Sociálně zdravotnímu oddělení FN Brno.
Děkuji za vaši celoroční přízeň a přeji vám krásné Vánoce a šťastný rok 2015!

Mgr. Mgr. Anna Mrázová

Editorial 3
Mgr. Mgr. Anna Mrázová
Resumé 4
Slovo ředitele 5
MUDr. Roman Kraus, MBA
Supervizní zkušenost v ošetřovatelské praxi 6
Mgr. Miroslava Ježová, PhDr. Marie Zítková, Mgr. Jana Špačková, PhDr. Zdeňka Surá
Centrální monitorovací systém Philips OB TraceVue ve FN Brno 8
MUDr. Viktor Križan
Sociálně zdravotní oddělení FN Brno 9
Vilma Dejlová
Rodičky drogově závislé 10
Dagmar Složilová

Představení DRG oddělení ve FN Brno 11
Ing. Robert Czékus
DRG systém, u nás i jinde 13
MUDr. Pavel Turčáni, Ph.D.
Klinické analýzy v systému DRG ve FN Brno 14
MUDr. Pavel Hude, Ph.D.
Výkonnostní analýzy akutní lůžkové péče 15
MUDr. Petr Tůma
Klostridiová kolitida ve zdravotnickém zařízení z DRG pohledu 16
MUDr. Radana Pařízková

Nové knihy v Lékařské knihovně FN Brno 18
Novela zákona dotýkající se oblasti životního pojištění 19
Dana Zelená
Příběh Agátky 20
Mgr. Klára Mayerová
Traumateam ČR a jeho zapojení do Civil Protection ES 1 20
MUDr. Petr Nestrojil, CSc.
Hubnout se dá zdravě, říká nutriční terapeutka z poradny Občanského sdružení Anabell 23
Andělé na bohunické klinice 24
Nora Müllerová
Větrníkový den 24
MUDr. Renata Gaillyová, Ph.D.
Výtvarná díla v areálu bohunické nemocnice – nedílná součást občanské výstavby 25
Ing. arch. Ludmila Manová
Rp: Frontolin forte 26
ThMgr. Milan Klapetek

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, Mgr. Jana Šífová, 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:
Jiří Doležal
e-mail: dolezal@jdsign.cz

Foto:
Fotobanka Pixmac

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.

Resumé

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

As usual, the first article in these Hospital News is written by director of University Hospital Brno.

Nursing creates an integral part of care for our patients. Although we believe that nursing in University Hospital Brno reaches the highest standard, we are aiming to persistent improvement in this care. That is why University Hospital Brno established a supervision team that is introduced in the article named 'Supervision Experience in Nursing Practice'.

Our hospital records highest number of newborns in all of the Czech Republic. On this account, our Department of Obstetrics and Gynecology is equipped with considerable number of state-of-the-art technologies. MUDr. Viktor Križan introduces one of them, the Philips OB TraceVue central monitoring system.

Although hardly anybody is aware of all teams in University Hospital Brno, also a team of socio medical female workers takes care here. Vilma Dejlová in her capacity as manager introduces this independent Department of Socio Medical Works along with its activities, mission, and aims.

The report entitled 'Independent Department of Socio Medical Works' is followed by an article named 'Drug Addicted Women in Childbed'. We are sorry to say nevertheless, also such care is day to day reality in this department.

Financing is one of most controversial political talking points not only in our country but also abroad. University Hospital Brno is one of leading authority concerning diagnosis related group system. Professional part of this issue deals with DRG issues and related feasible financing. Ing. Robert Czékus, economic manager, wrote a contribution named 'Introduction of DRG Department in University Hospital Brno'.

His colleagues comment and explain these topics more extensively in their articles named 'Clinical Analyses in DRG System of University Hospital Brno' and 'Clostridium Colitis in Medical Facility in Terms of DRG' respectively.

Many of us have established life insurance policies; that is why we should take concern in updating of related legal provisions. Dana Zelená introduces these novelties in her article named 'Life Insurance Amendment Act'.

Already for the third time this year, we pay attention to www.popalky.cz civil association. Its pious activity should not be out of our concernment. Therefore we bring to you an article named 'Little Agatha Story' documenting motives of particular members of this association.

University Hospital Brno provides residence of Traumateam ČR. MUDr. Petr Nestrojil, CSc introduces its implementation in Civil Protection ES 1 mechanism.

Quotation of a diet therapist of Anabell Civil Association says: "Healthy Weight Loss is Feasible"; see more in homonymic article by Krystýna Galová.

In last issues of Hospital News, we have attended to sculpture art inside walls of the Bohunice area. For now, we draw your attention to fine art in an article named 'Art Objects in the Bohunice Area: an Integral Part of Residential Housing'.

Traditionally, Mgr. Milan Klapetek in his contemplation exotically named 'Rp Frontolin Forte' concludes this issue in a philosophical way.

Slovo ředitele

MUDr. Roman Kraus, MBA

Vážené dámy,
Vážení pánové,

poslední číslo Nemocničních listů v tomto roce je věnováno problematice DRG. Kromě toho, že v současné době jde o platební mechanismus, s jehož pomocí je činnost naší nemocnice hrazena zdravotními pojišťovnami, je to i systém, který umožňuje hodnotit veškeré naše zdravotnické činnosti u hospitalizovaných pacientů z hlediska jejich struktury nákladů a umožňuje nám srovnávat se s ostatními podobnými zdravotnickým zařízeními. Přináší nám i možnost hodnotit některé parametry kvality námi poskytované péče.

FN Brno je díky svému Ekonomickému odboru lídrem v této problematice v ČR a díky pracovní skupině, která využívá i externích špičkových spolupracovníků, oficiálně spolupracuje s ÚZIS, provádí aktivity, na jejichž konci bude tzv. „Kodérský manuál“, a pořádá úspěšné konference na toto téma. I když se téma zdá být nezáživným, je z hlediska ekonomiky nemocnice naprosto klíčové.

Přestože se nebudu předčasně pouštět do hodnocení končícího roku 2014, je nutné říci, že po stránce ekonomické bude zcela jistě výsledek tohoto roku kladný. Za to patří dík všem zaměstnancům FN Brno.

Přeji všem krásné Vánoce a splnění všech přání v roce novém.

Aktuality

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

Výstava Na druhý pohled

Dne 15. října 2014 byla ve foyer 3. NP bohunického pavilonu L otevřena výstava Na druhý pohled. Jedná se o výstavu fotografií čtyř mladých žen trpících poruchou příjmu potravy, na nichž však toto onemocnění není na první pohled vidět. Masky na obličej vyrobily ženy samy a mají zachovat jejich anonymitu. Výstava, jež byla k vidění do konce listopadu, byla doplněna také texty, úryvky z osobních deníků aktérek.

KARDIO.TV

Dne 31. října 2014 se uskutečnil první veřejný živý přenos intervenčního zákroku na srdci v ČR. On-line vysílání z katetrizačního sálu Pracoviště invazivní a intervenční kardiologie Interní kardiologické kliniky FN Brno názorně ukázalo plánovaný intervenční léčebný zákrok (koronární angioplastiku = PCI) u pacienta s významným zúžením srdečních cév.
Kardio.tv je první internetová televize u nás zaměřená na diagnostiku a léčbu srdce a cév. Jejím cílem a zároveň i posláním je přiblížit veřejnosti současné možnosti specializované kardiologické péče a upozornit na závažnost onemocnění kardiovaskulárního systému, která představují více než polovinu všech důvodů úmrtí dospělé populace ve vyspělých zemích, a to jak u mužů, tak i u žen. Nejčastěji se jedná o ischemickou chorobu srdce a akutní srdeční infarkt (akutní infarkt myokardu).
Dlouhodobým cílem tohoto pilotního projektu v České republice je zvýšení povědomí o příznacích srdečních onemocnění a také, jak se v případě jejich vzniku zachovat. To znamená poskytnout odpovídající kardiologickou péči co nejdříve, nejlépe ještě před vznikem akutní a život ohrožující příhody.

Supervizní zkušenost v ošetřovatelské praxi

Mgr. Miroslava Ježová, PhDr. Marie Zítková, Mgr. Jana Špačková, PhDr. Zdeňka Surá

Supervize v ošetřovatelské praxi je očima některých našich kolegů z praxe vnímána jako nadčasová záležitost. Podle nás je, kromě neznalosti, opředena nejistotou a pocitem zbytečnosti. Zpětný pohled neboli reflexe pocitů, které pracovníci při výkonu své profese s pacienty prožívají, přece nemůže být nadčasová nebo zbytečná. Může pomoci vyrovnat se nelékařským zdravotnickým pracovníkům (dále jen NLZP) s emoční zátěží, která logicky vyplývá z povahy profese, dopomoci jak k profesnímu rozvoji, tak k osobnímu růstu pomáhajícího.

Venglářová uvádí, že smyslem supervize je péče o pracovníka, který díky dobré psychické pohodě i odbornému růstu může lépe poskytovat kvalitní péči pacientům. A také uvádí, že utkvělá představa pomáhajících profesionálů, která tkví v tom, že kdo se stará o jiné, nemůže pomoc potřebovat, je jednou z překážek zařazení supervize do ošetřovatelské praxe (VENGLÁŘOVÁ, 2013). K nejčastějším faktorům, které komplikují zavádění supervize do ošetřovatelské praxe, lze zařadit:

- málo víry v prospěšnost supervize,
- nedostatek informací o tom, co supervize je, k čemu slouží a za jakých podmínek funguje,
- organizační překážky ve smyslu nepřetržitého provozu v nemocničních zařízeních, financování či dostupnosti supervize (VENGLÁŘOVÁ, 2013).

Co je supervize	Co není supervize
Pohled zvenčí	Kontrola
Učení	Řízení
Podpora	Přebírání zodpovědnosti
Pomoc	Psychoterapie
Poradenství	Popovídání si
Posílení profesionality	

Tabulka 1: Co je a co není supervize

K důležitým přednostem supervize z pohledu NLZP v ošetřovatelské praxi patří sjednání supervize v případě potřeby, vyjádření emocí nebo sdílení zodpovědnosti (VENGLÁŘOVÁ, 2013). Aby bylo možné lépe si představit, co supervize doopravdy je, jsou základní rozdíly mezi tím, co je za supervizi považováno a co již nikoliv, uvedeny v tabulce 1 (VENGLÁŘOVÁ, 2013).

Základní terminologie

Supervize

Samotný výraz má svůj původ v latinském super „nad“ a videre „hledět, vidět, zírat“, doslovným překladem získáme slovo „nadhled“. Různé zdroje uvádí různé definice supervize, například Havrdová mluví o supervizi jako o „tvůrčím zážitku a skutečné podpoře v nesnázích při výkonu povolání“ (HAVRDOVÁ, 2008). Obrovským vkladem při zavádění supervize do ošetřovatelské praxe je dobrovolnost a motivace pracovníků se supervizí začít. Transparentnost celého procesu je v případě supervizního procesu neoddiskutovatelná. Supervize není jednorázová konzultace, ale kontinuální proces vyrůstající ze vztahu supervizora a supervidovaných, a k tomu je potřeba ne jedno, ale několik setkání (délka jednoho sezení 45–90 minut s pravidelností jednou za čtyři až osm týdnů po dobu jednoho roku až pěti let).

Supervizor

Odborník vyškolený v oblasti supervize a zároveň profesionál v oblasti pomáhajících profesí s dlouhodobou praxí v oblasti práce s lidmi.

Supervidovaný

Pracovník akceptující supervizi jako prostředek profesního růstu s potřebou reflexe své vlastní praxe. K nejčastějším tématům, se kterými supervidovaný přichází na supervizi, patří práce s pacienty, spolupráce mezi kolegy nebo jednotlivými členy týmu nebo způsoby komunikace (VENGLÁŘOVÁ, 2013).

Reflexe (odraz, zrcadlení)

Zpětné odrážení prostřednictvím úvah a uvažování neboli schopnost podívat se zpětně na svou minulou činnost, analyzovat ji a objevit prvky vedoucí k vlastnímu pozitivnímu růstu.

Funkce supervize

- Vzdělávací – prostor pro rozvoj dovedností, získávání nových vědomostí či pochopení principů péče o pacienta, často v rámci konkrétních kazuistik.
- Podpůrná – reflexe emocí a zážitků, významná forma prevence syndromu vyhoření.
- Řídící – součást začleňování začínajících pracovníků do profese ve smyslu sledování kvality poskytované péče (HAVRDOVÁ, 2008).

Základní formy supervize

- Individuální – strukturovaný rozhovor probíhající mezi jedním pracovníkem a supervizorem.
- Týmová – určena pro všechny členy týmu, zaměřena na spolupráci v týmu, zlepšení efektivity práce i komunikaci jednotlivých členů týmu.
- Skupinová – určena pro osoby se stejnou profesí a stejným principem práce s cílem získání nových poznatků a dovedností (VENGLÁŘOVÁ, 2013).

Supervize ve FN Brno

Supervize se začala do ošetřovatelské praxe zavádět v rámci projektu „Vytvoření metodiky supervize u NLZP s interním a chirurgickým zaměřením“. Na začátku dvouleté supervizní práce bylo stanovení a naplánování činností pro možnost realizace supervize pro NLZP na zvolených pracovištích. K tomu, aby byl výsledek supervizní práce pozitivní, bylo nutné stanovení a následné dodržování předem stanovených podmínek. Konkrétně bylo vytvořeno „Desatero úspěšné supervize“ na Interní hematologické a onkologické klinice (dále jen IHOK) a „Pravidla úspěšné supervize“ na Chirurgické klinice (dále jen CHK). Tato pravidla byla platná pro všechny zúčastněné, včetně supervizora, který zodpovídal za proces řízení celého setkání, ale ne za obsah supervize. Podněty k sezení a témata jednotlivých sezení navrhovali supervidovaní. V následujícím textu jsou uvedena pouze základní pravidla úspěšné supervize.

Pravidla úspěšné supervize:

- přizpůsobení supervizního procesu nepřetržitému provozu v nemocničním zařízení,

- vytvoření bezpečného pracovního prostředí (po stránce technické i etické),
- pravidelná účast supervidovaných,
- neměnná skupina lidí během celého trvání supervize,
- dostatek prostoru pro všechny k vyjádření svých postojů bez překřikování či vzájemného obviňování se, a to s cílem hledání způsobů řešení konkrétních situací, nikoliv prohlubování či vyhledávání problémů a mluvení o nich,
- ujasněné potřeby a očekávání od supervize ze strany supervidovaných.

Realizace supervize na IHOK a CHK

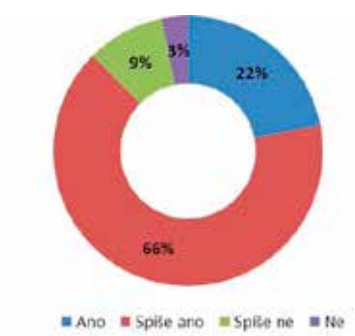
Hlavními účastníky projektu se staly Interní hematologická a onkologická klinika (IHOK) a Chirurgická klinika (CHK). Řešitelům projektu byla umožněna účast ve výcviku „Systemické supervize a koučování" k získání znalostí a dovedností v tomto směru. Z dlouhodobého hlediska se předpokládalo zajištění profesionálního týmu supervizorů pro FN Brno. Supervizní práce na IHOK začala v roce 2012 u NLZP v adaptačním procesu a v roce 2013 pokračovala i u NLZP v pracovním procesu. Byla realizována jak skupinová, tak týmová supervizní setkání s osmi supervizními skupinami. Pro získání lepší představy o odvedené práci je nutné uvést, že za rok 2013 bylo realizováno 43 supervizních setkání v rozsahu 60 hodin. V porovnání s rokem 2012 se tak podařilo navýšit množství odvedené práce téměř dvojnásobně. CHK začala na projektu participovat na podzim roku 2013. Zrealizováno bylo pět supervizních setkání v rozsahu čtyř a půl hodiny. Jednalo se o skupinovou supervizi jedenáctičlenné skupiny NLZP v adaptačním procesu. Supervizní setkání mají svá pokračování na obou klinikách i v roce 2014.

Zhodnocení výsledků supervize na IHOK a CHK

V souvislosti s dvouletou realizací projektu bylo zajištěno kontinuální monitorování supervizní práce. Proběhlo nejen průběžné kvantitativní hodnocení pomocí dotazníkového šetření, ale i kvalitativní hodnocení formou skupinového polostrukturovaného interview. Zpracování a vyhodnocení získaných dat z uskutečněných rozhovorů směřuje v současné době k vytvoření metodiky supervize pro NLZP ve FN Brno s přihlédnutím na světlé i stinné stránky projektu.

Výsledky, které přinesla dvouletá spolupráce supervizorů a supervidovaných, vypovídají o funkční metodě profesního rozvoje. Důkazem jsou konkrétní vyjádření zúčastněných NLZP získaná prostřednictvím dotazníkového šetření.

Na začátku spolupráce o pojmu supervize neslyšelo, a tudíž ani nemělo představu o jejím průběhu, 66 % NLZP zapojených do projektu. Počáteční setkání byla zaměřena na vytvoření bezpečného prostředí pro nově vzniklé supervizní skupiny a vytvoření kladného vztahu mezi supervizorem a supervidovanými. Až s přibývajícím počtem supervizních setkání začali zúčastnění NLZP přinášet svá témata na supervizi. Právě s přihlédnutím k minimální představě NLZP o supervizní metodě bylo velmi pozitivní zjištění, že supervidovaným NLZP až v 97 % vyhovoval následný způsob vedení supervizních setkání. K dosažení takové míry spokojenosti zajisté přispělo nastavení podmínek spolupráce hned v jejím úvodu nebo dostatek prostoru k vyjádření vlastních názorů. Důležitou roli sehrály i dotazovanými kladně hodnocené časové a prostorové možnosti probíhajícího projektu. Dalším překvapujícím zjištěním byla skutečnost, že projekt v konečném výsledku naplnil očekávání 88 % respondentů (graf 1). V čem konkrétně splnil supervizní program jejich očekávání je uvedeno v tabulce 2. Zbylých 12 % dotázaných se v rámci projektu potýkalo nejenom s nedostatkem času, ale i s myšlenkou podpory profesního rozvoje formou seminářů, které by jim dle jejich vyjádření přinesly více vědomostí pro praxi.

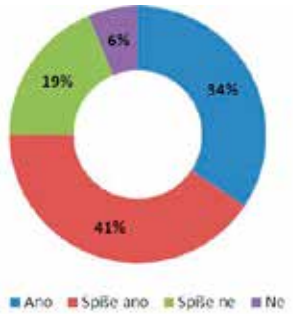


Graf 1: Naplnění očekávání NLZP od supervize

Pomáhá mi řešit potíže
Nové informace, zkušenosti
Možnost vyjádřit se, říct svůj názor
Reflexi, nový, jiný pohled
Rozvoj, profesionální a osobní růst
Ujištění o správném výběru povolání
Sebedůvěru při práci a komunikaci
Vyslechnutí zkušeností kolegů
Možnost diskutovat o problémových situacích
Zamyšlení nad řešením pracovních situací
Nové nápady na řešení problémů
Prostor pro dotazy

Tabulka 2: „Co vám osobně dává supervize"?

Supervizní setkání dále upevnila vztahy ve vytvořených supervizních skupinách. Samotní respondenti popsali vztahy jako přátelské, soudržné a otevřené pro řešení všech otázek a námětů. Právě oni ve zmiňovaném dotazníkovém šetření doporučili supervizi i svým kolegyním a kolegům. Pro pokračování projektu se vyjádřilo 75 % dotázaných NLZP (graf 2). Je jasné, že pečlivě vytvořené supervizní skupiny jsou pro supervizní program zárukou bezpečí a úspěchu. Všem těm, kteří byli ochotni se tohoto projektu zúčastnit, patří naše upřímné poděkování.



Graf 2: Doporučení supervize pro další NLZP

Závěr

Závěrem nám dovolte položit otázku. Je určená všem, kteří se ve čtení tohoto příspěvku dostali až sem. Otázka zní: „Proč v supervizním programu ve FN Brno pokračovat?" Odpovědí se nabízí hned několik: „Supervize nabízí všem možnost vytvořit si různé alternativy svého chování a konání na různé pracovní situace, což pomáhá. Supervize nabízí možnost zpětného pohledu na vlastní pracovní činnost, což pomáhá. Supervize podporuje získávání nových podnětů i zkušeností, což pomáhá." A právě proto považujeme zařazení supervize do celoživotního vzdělávání NLZP za dobrou cestu k tomu, aby pomáhající profesionálové v ošetřovatelství zůstali otevření sami sobě i pacientům, o které pečují.

Příspěvek dedikován projektu: „Vytvoření metodiky supervize u NLZP s interním a chirurgickým zaměřením", IGF 5/11 a projekt je podpořen MZ ČR – RVO (FNBr, 65269705).

Literatura

HAVRDOVÁ, Zuzana, HAJNÝ, Martin a kol. Praktická supervize: průvodce supervizí pro začínající supervizory, manažery a příjemce supervize. Praha: Galen, 2008. 209 s., ISBN 978-80-7262-532-1.

HAWKINS, Peter, SHOHET, Robin. Supervize v pomáhajících profesích. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 208 s. ISBN 80-7178-715-9.

PARMA, Petr. Umění koučovat: systematické koučování ve firmě, rodině a škole: pro kouče i koučované, studenty, odborníky i veřejnost. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2006. 232 s., ISBN 80-8651-34-6.

VENGLÁŘOVÁ, Martina a kol. Supervize v ošetřovatelské praxi. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, 2013. 104 s., ISBN 978-80-247-4082-9.

Centrální monitorovací systém Philips OB TraceVue ve FN Brno

MUDr. Viktor Križan

Gynekologicko-porodnická klinika FN Brno (GPK) je regionálním centrem porodnické péče, které koncentruje závažné porodnické patologie nejen z Jihomoravského kraje, ale i z dalších krajů České republiky. V roce 2013 se ve FN Brno narodilo 6 062 dětí, čímž je největším porodnickým zařízením u nás. Na GPK jsou k dispozici dva porodní sály (PS Porodnice a PS Bohunice) zahrnující 12 porodních boxů, dvě jednotky intenzivní péče, oddělení rizikového těhotenství a dvě oddělení šestinedělí.

Perinatologické centrum intenzivní péče (PCIP) FN Brno koncentruje předčasné porody a další patologické a rizikové stavy, které vyžadují super specializovanou péči. Pracoviště dlouhodobě vykazuje nízký počet císařských řezů, v roce 2013 to bylo jen 21,1 %, díky čemuž je již dlouhodobě perinatologickým centrem s nejnižší frekvencí císařských řezů v ČR. Zásluhu na tom má nejenom personální obsazení pracoviště, ale taky přístrojové vybavení. Jako jedno ze šesti pracovišť v ČR má k dispozici centrální monitorovací systém Philips OB TraceVue, který umožňuje nepřetržité monitorování a zobrazení až 16 kardiotokografických záznamů rodiček na všech dostupných počítačích Gynekologicko-porodnické kliniky a díky tomu okamžitou reakci na kritické stavy spojené s hypoxií.

Centrální monitorovací systém Philips OB TraceVue

Hlavní přednosti monitorovacího systému:

- nepřetržité monitorování údajů matky a plodu společně s hodnocením údajů a avizováním alarmů,
- okamžité vizuální upozornění a zobrazení alarmu na centrálním stanovišti i tehdy, nebyl-li daný kanál na tomto pracovišti průběžně sledován,
- okamžité avizování a zobrazení tzv. technických alarmů – odpojení sondy, ztráta signálu atd.,
- zobrazení na displeji všech sledovaných kardiotokografů zapojených v naší nemocniční síti, včetně možnosti zobrazení až 16 záznamů najednou na jednom displeji,
- archivace průběhu a alarmových stavů všech aktivních kanálů až do doby propuštění rodičky,
- archivace dat, možnost následného exportu do nemocničního informačního systému,
- možnost integrace do nemocniční IT struktury, vedení zdravotnické dokumentace rodiček,
- připojení ST analyzátorů (zaznamenávání EKG křivky plodu) bez zásahu do přístroje,
- statistické zápisy, diagramy a další možnosti zpracování získaných dat.

Kardiotokografie

Kardiotokografie je přístrojové monitorování srdeční činnosti plodu a děložních kontrakcí. I přesto, že byla do praxe zavedena již v 60. letech 20. století, představuje stále zlatý standard v diagnostice intrauterinní hypoxie plodu. Je to metoda založená na zaznamenávání délek RR intervalů fetální EKG křivky a objasňující projevy patofyziologie cirkulačního systému plodu a děložní motility. Je to metoda s vysokou senzitivitou, ale taky s nízkou specificitou.

K provádění kardiotokografie se používá speciální přístroj zvaný kardiotokograf, který registruje děložní kontrakce, srdeční činnost plodu, pohyby plodu a reakce plodu na kontrakce. Kardiotokograf přijaté informace zpracovává a zapisuje v podobě dvou křivek na obrazovku. Grafický záznam všech těchto parametrů se hodnotí v závislosti na čase. Jeho vyhodnocení umožňuje včas zjistit možná rizika intrauterinní hypoxie a adekvátně zasáhnout. Přístroj signalizuje nepravidelnosti ozev akusticky nebo opticky. Nejnovější verze kardiotokografů umožňují telemetrický přenos dat do centrální jednotky, takže se rodička může volně pohybovat. Toto vyšetření se rutinně provádí od 38. týdně těhotenství jedenkrát týdně až do termínu porodu a následně při přenášení rodičky dvakrát týdně, v případě potřeby i častěji. Kardiotokografii je možné provádět ale již od 30. týdne těhotenství v případě vysoce rizikových rodiček. Obrovský význam má kardiotokografie právě v průběhu porodu, kde představuje zlatý standard v diagnostice intrauterinní hypoxie plodu.

V oblasti etiopatogeneze změn srdeční činnosti plodu se uplatňují převážně tři faktory:

1. Výkyvy intrakraniální tenze

Výkyvy intrakraniální tenze z komprese hlavičky při děložních kontrakcích nebo při prostupu porodními cestami představují významný patogenetický faktor. Cervikokraniální tlak působící během kontrakce na hlavičku plodu je troj- až čtyřnásobně větší než intrauterinní tlak a může tím způsobit pokles krevního průtoku v centrálním nervovém systému plodu, což se projeví na kardiotokogramu bradykardií plodu.

2. Komprese pupečníku

Komprese pupečníku je další významný patogenetický faktor ovlivňující v závislosti na délce trvání i na stupni komprese umbilikálních cév výrazně fetální hemodynamiku. Stupeň komprese pupečníku je závislý na tlaku, kterému jsou pupečníkové cévy vystaveny. Etiologicky se uplatňují všechny formy anomálního průběhu pupečníku, jako je například otočení kolem krčku plodu, vyhřezlý pupečník, pravý uzel na pupečníku a mnohé další formy anomálního průběhu pupečníku.

3. Snížení uteroplacentárního průtoku

Snížení uteroplacentárního průtoku při dekompenzaci mateřského oběhu, poruchách děložní činnosti, placenty nebo krevního systému plodu způsobí pokles kyslíkového zásobení plodu a v důsledku toho hypoxémii, hyperkapnii a výslednou acidózu.

Typy kardiotokografie

Kardiotokografie zevní – srdeční akce a děložní činnost je snímána zevními snímači, které jsou umístěné na břiše rodičky. Nejčastější způsob monitorování.

Kardiotokografie vnitřní – provádí se až v průběhu samotného porodu, podmínkou provedení je odtok plodové vody. Vnitřní elektroda se pochvou zavádí až ke kůži na hlavičce plodu, později při postupujícím porodu se sonda odstraní. Pro dítě tato metoda není nijak nebezpečná, ani jej nijak neomezuje.

Používá se taky kombinace těchto metod – vnitřní kardiografie (monitorování srdeční činnosti plodu) a zevní tokometrie (sledování děložní činnosti).

Další možností je zátěžová kardiotokografie, při které sledujeme reakce plodu na uměle vyvolané kontrakce a tím „rezervy plodu“. Toto vyšetření se provádí po dokončeném 36. týdnu těhotenství.

Hodnocení fetálního kardiotokogramu

Při interpretaci fetálního kardiotokogramu (CTG) je nezbytné zohlednit pět faktorů:

- jde-li o záznam antepartální či intrapartální (porodní doba), kde platí nepatrně jiná kritéria,
- gestační stáří (fetální pohybová aktivita i srdeční frekvence se vztahují ke gestačnímu stáří plodu),
- polohu matky (např. při poloze na zádech je nebezpečí syndromu venae cavae neboli supinačního syndromu),
- stav aktivity plodu (spánek, bdění, pohyby),
- léky podané matce, včetně analgezie (aplikace prostaglandinů, oxytocinu, kortikoidů – zúžení oscilací po 24–48 hodinách, epidurální analgezie).

Kardiotokogram zhodnotíme podle kritérií FIGO z roku 1986 s přihlédnutím ke skutečnosti, jde-li o antepartální či intrapartální záznam, a následně jej zařadíme do jedné ze tří kategorií:

- záznam fyziologický (F),
- záznam suspektní (S),
- záznam patologický (P).

Kardiotokogram v systému Philips OB TraceVue

Moderní přístrojové vybavení pracoviště zahrnující centrální monitorovací systém Philips OB TraceVue přispívá k nejlepším perinatologickým výsledkům v ČR. Díky tomu patří Gynekologicko-porodnická klinika FN Brno k vrcholovým pracovištím v péči o rodičky.

Sociálně zdravotní oddělení FN Brno

Vilma Dejlová

„Nikdo není zbytečný na světě, kdo ulehčuje břemeno někomu jinému.“

Charles Dickens

Samostatné Sociálně zdravotní oddělení (SZO) vzniklo ve FN Brno 1. ledna 2000. Než oddělení vzniklo, pracovaly zdravotně sociální pracovnice přímo pod vedením jednotlivých klinik či oddělení. Z praxe však vyplynula potřeba sjednocení naší činnosti. Je tak lépe zajištěna vzájemná spolupráce, zastupitelnost, předávání pracovních zkušeností, znalostí a zvyšuje se kvalita poskytované sociální péče.

V současné době SZO FN Brno zaměstnává 10,5 registrovaných zdravotně sociálních pracovnic, jednu neregistrovanou sociální pracovnici a dvě administrativní pracovnice. SZO získalo v průběhu své existence odpovídající prostory pro svoji činnost. Nyní je možné naše zdravotně sociální pracovnice vyhledat s požadavkem na všech pracovištích FN Brno. Na PMDV zdravotně sociální pracovnice sídlí v budově G (Psychiatrická klinika), na PDM v budově K, na PRM v blízkosti Centrálního příjmu a pracovnice sexuologie v areálu NCO NZO na Sexuologickém oddělení. Profese zdravotně sociálního pracovníka ve zdravotnictví je ovlivňována legislativními normami:

- zákonem č. 96/2004 Sb., o nelékařských zdravotnických povoláních,
- zákonem č. 108/2006 Sb., o sociálních službách,

a dále se řídí zákony a vyhláškami jak rezortu ministerstva práce a sociálních věcí, tak rezortu ministerstva zdravotnictví a další platnou legislativou. Zdravotně sociální pracovnice mají povinnost se celoživotně vzdělávat, dodržovat práva pacientů a etické kodexy sociálního pracovníka a nelékařského zdravotnického pracovníka. Jejich práce je založena na hodnotách demokracie, lidských práv a sociální spravedlnosti. Při své práci musí respektovat jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, pohlaví, rodinný stav, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jaký je jeho podíl na životě celé společnosti. Současně však vedou klienta k vědomí jeho vlastní odpovědnosti a podporují ho při využívání všech služeb a dávek sociálního zabezpečení, na které má nárok, a to nejen od instituce, ve které je zaměstnán, ale i ostatních příslušných zdrojů. Poučí klienta o povinnostech, které vyplývají z takto poskytnutých služeb a dávek. Zdravotně sociální pracovnice řeší sociální problémy, zprostředkují pomoc při řešení těchto problémů a snaží se zabránit jejich vzniku nebo vyhrocení. Naši práci lze charakterizovat pojmy pomoc, podpora a provázení.

Zdravotně sociální pracovnice jsou ve Fakultní nemocnici Brno nedílnou součástí ošetřovatel-

ského týmu, který se snaží uspokojit všechny biopsychosociální potřeby pacienta. Naše služba je poskytována na základě žádosti ošetřujícího lékaře nebo jím pověřeného zdravotnického pracovníka, případně se poskytuje přímo na žádost pacienta nebo jeho blízkých. Cílem je pomoci nemocným, kteří jsou v nepříznivé zdravotně sociální situaci a nejsou schopni sami ani s pomocí rodiny nebo přátel dosáhnout vyřešení své situace, způsobené zhoršením svého zdravotního stavu nebo úrazem.

Velmi často pomáháme také rodinným příslušníkům vlastních pacientů, kteří se ve vzniklém problému neorientují a těžko hledají řešení nastalé situace.

Konkrétní sociální pomoc zajišťujeme v těchto oblastech:

- sociálně právní poradenství,
- zajištění umístění pacientů do lůžkových zařízení následné péče,
- pomoc při zajištění sociálních služeb (ambulantní, pobytové, terénní) v místě bydliště pacienta (adresy, provozní doby, rozsah nabízených služeb, kontakty),
- pomoc při vyřízení dávek státní sociální podpory, dávek v hmotné nouzi, dávek pro osoby se zdravotním postižením,
- pomoc při vyřízení průkazů osoby se zdravotním postižením,
- pomoc při zprostředkování rehabilitačních a kompenzačních pomůcek (půjčovny kompenzačních pomůcek),
- zajištění agentury domácí péče, pečovatelských služeb,
- sepsání žádostí do zařízení sociální péče (domovy pro seniory, domovy pro zdravotně postižené občany, odlehčovací služby),
- zajištění péče o osoby bez přístřeší,
- vyřízení pohřbu na státní útraty,
- sociální pomoc matkám v nepříznivé sociální situaci,
- hlášení o narození,
- řešení otázek důchodového zabezpečení, nemocenského pojištění,
- oznámení hospitalizace bez souhlasu,
- zajištění cenností po zemřelých – kancelář depozit při SZO,
- pomoc při jednání s úřady (úřady práce, oddělení sociálně-právní ochrany dětí, správy sociálního zabezpečení aj.),
- pomoc při řešení problémů vzniklých v souvislosti s akutním onemocněním,
- řešení různých životních událostí spojených se změnou zdravotního stavu.

SZO se věnuje také vzdělávací činnosti. Na oddělení je realizován výkon odborné praxe studentů:

- NCO NZO, Vinařská 6, Brno – akreditovaný kvalifikační kurz – zdravotně sociální pracovník,
- Střední zdravotnické školy, Jaselská 9, Brno – obor sociální činnost.

SZO také každoročně pořádá konferenci sociálních pracovníků ve zdravotnictví. V letošním roce se 13. listopadu 2014 konala již čtrnáctá konference.

Sociálně zdravotní oddělení ve své činnosti úzce spolupracuje s:

- Interdisciplinárním týmem (IDT) města Brna pro oblast domácího násilí,
- Českou asociací paraplegiků – CZEPA, kdy vybrané pracovnice SZO se pravidelně účastní společných setkání pracovních týmů.

SZO při své činnosti obecně spolupracuje s policií, soudy, úřady a dalšími orgány státní správy a především s ošetřovatelským týmem. Vždy jsme ochotny vstřícně poskytnout radu nejen pacientům a jejich blízkým, ale samozřejmě i zaměstnancům nemocnice. Vždyť i kolegové mají své stárnoucí rodiče, handicapované dítě, chronicky nemocného sourozence apod. a v nastalé životní situaci potřebují pomoci.

Cílem naší práce je kvalitně přispět k podstatnému zvýšení kvality života nejen našich pacientů. Aby se toto dařilo, je důležitá vzájemná každodenní spolupráce všech pracovnic SZO a samozřejmě spolupráce s lékaři, sestřičkami a jinými odbornými pracovníky. Přes veškerou naši snahu se však vždy nepodaří pro pacienta zajistit celkovou nápravu jeho problémů. O to větší radost a pocit uspokojení z vlastní práce máme v případech, kdy se nám pacient po ukončení hospitalizace ozve s tím, že v každodenním životě našel novou cestu, řešení a došlo ke zlepšení kvality jeho života.

Rodičky drogově závislé

Dagmar Složilová

Informaci o rodičce, která je závislá na návykových látkách, se na Sociálně zdravotním oddělení FN Brno dozvídáme od personálu porodního sálu, z gynekologické ambulance, popřípadě od sociálních pracovnic OSPOD (orgán sociálně-právní ochrany dětí) z městských úřadů. Pracovníci již takovou ženu evidují, pracují s ní a také s její rodinou. V těch lepších případech již nastávající rodička dochází do některého z denních doléčovacích center a je na substituční terapii.

Po porodu je nutné provést sociální šetření jako u každé sociálně rizikové pacientky. Při jednání s matkou je nutné zjistit, jaká je její představa o zajištění péče o novorozence, zda se na příchod dítěte připravovala a zda existuje někdo v rodině, kdo by jí s péčí pomáhal. Matce jsou navrženy možnosti léčby a jsou jí dány kontakty. Je nutné pomoci matce, aby si sama uvědomila, že léčbu potřebuje a motivací k vyhledání odborné pomoci může být právě narozené dítě. Je navázán kontakt s rodinou, která je ochotna pomoci. Aby se žena mohla vrátit do normálního života, je rodinné zázemí velmi důležité.

Je kontaktován příslušný OSPOD a sociální pracovnici jsou zaslány veškeré získané informace. Sociální pracovnice provede šetření v terénu a na základě výsledku rozhodne, kdo bude zajišťovat péči o novorozence po ukončení hospitalizace.

Pokud je možné dítě propustit do domácí péče, pak je rodina pravidelně pracovníky OSPOD monitorována. Zvýšenou péči takové rizikové rodině věnuje také obvodní pediatr.

Představení DRG oddělení ve FN Brno

Ing. Robert Czékus

Vážení čtenáři, dovolte mi vás seznámit s činností DRG oddělení, jež je součástí Ekonomického odboru FN Brno. Popíšeme se spolupracovníky, na čem pracujeme, jaké jsou výstupy a proč se danou problematikou zabýváme. Než vám ale DRG oddělení představíme, rád bych vás uvedl více ze široka do problematiky a začal popisem, jaké jsou hlavní úkoly ekonomů ve zdravotnickém zařízení. Z těchto úkolů totiž vyplynula potřeba vzniku tohoto nového oddělení i obsah jeho činnosti. Pro větší přehlednost jsem text rozdělil do menších dílčích kapitol.

O ekonomických úkolech

Úkolem ekonoma ve zdravotnickém zařízení, obdobně jako v jakékoli jiné organizaci, je docílit optimálního poměru mezi výnosy a náklady. Výnosy mají nejen pokrýt operativní a provozní náklady na chod organizace, nýbrž i umožnit generovat dostatečný zdroj pro budoucí rozvoj organizace ve formě investic. Je to tedy bipolární úkol a vyžaduje mít pod kontrolou jak výnosy, tak i náklady. Podívejme se nejprve na stránku výnosů.

O výnosech

Stěžejní položkou ve struktuře výnosů jsou samozřejmě úhrady od zdravotních pojišťoven. Způsobem a výší úhrad se zabývá každoroční dohodovací řízení mezi zástupci plátců a poskytovatelů. Tato řízení bohužel pravidelně končí nedohodou, zůstává tedy po skončení jednání nejasné, co a jak bude uhrazeno. V reakci na to ministerstvo připraví úhradovou vyhlášku, jejíž platnost je jeden kalendářní rok. Ve vyhlášce jsou stanovena pravidla pro úhradu poskytnuté péče dle segmentů – akutní lůžková péče, ambulantní péče aj. Vyhláška je zpravidla zveřejněna ke konci roku s platností od 1. ledna následujícího roku. V tomto následujícím roce začíná vyjednávání o uzavření úhradových dodatků se zdravotními pojišťovnami. Není povinností se striktně držet vyhlášky, plátce a poskytovatel se může dohodnout i jinak. Nedojde-li však k dohodě, při vyúčtování se bude vycházet z podmínek stanovených úhradovou vyhláškou.

O úhradách zdravotních pojišťoven

V průběhu aktuálního roku pojišťovny hradí poskytovatelům zálohy. K vyúčtování záloh a realizaci doplatku, eventuálně srážky, dochází zhruba v polovině, resp. ve druhé polovině roku následujícího. Výše záloh by měla reflektovat reálnou situaci poskytovatele, resp. podmínky vyhlášky tak, aby nedoplatky/srážky byly minimální. Nezřídka se však stává, že část pojišťoven zálohy drží nízko, tím podfinancuje poskytovatele až do okamžiku vyúčtování, anebo jsou zálohy nastaveny příliš vysoko a dochází k velkým srážkám v následujícím roce. Jsem přesvědčen, že zájmem jak poskytovatele, tak i plátce by měl být společný pravidelný audit produkce poskytovatele v průběhu roku a zohlednění změn v produkci ve výši záloh v aktuálním roce.

O způsobu úhrady nákladů na poskytnutou zdravotní péči

Jak je vlastně poskytnutá péče hrazena? Kdo pracoval za uplynulých 25 let ve zdravotnictví, tak si pamatuje různé typy úhrad:

- výkonový způsob,
- paušální úhrada,
- přes DRG klasifikace,
- kombinace výše uvedených (např. výkonový versus DRG, paušál versus DRG).

Úhrady by měly správně ohodnotit vynaložené náklady nezbytné na způsob léčby pacientů. Který způsob ale tento úkol řeší? Výkonový způsob úhrady je bezrizikový pro poskytovatele, nevyvíjí však žádný tlak, aby se poskytovatel snažil racionalizovat průběh léčby. Paušál je naopak vysoce rizikový pro poskytovatele. Dojde-li k podstatným změnám ve struktuře a počtu pacientů ve vztahu k referenčnímu období, hrozí poskytovateli, že podstatnou část nákladů nebude mít uhrazenou a dostane se do ekonomických problémů.

O DRG úhradovém mechanismu

Třetí uvedený způsob úhrady je přes DRG úhradový systém. Jedná se o klasifikační systém, který byl vyvinut v USA a v současné době se používá v řadě zemí od USA po Austrálii. Podstata systému je, že jednotlivé hospitalizace dle vstupních atributů (hlavní diagnóza, operační výkon aj.) se zařadí do tzv. DRG skupin a DRG bazí. Dle tohoto zařazení se přiřadí k hospitalizaci určitá úhrada, která je spočítána a stanovená dle celorepublikových dat o hospitalizacích a o jejich nákladovosti napříč poskytovateli. Tato úhrada se vztahuje na celý hospitalizační případ od přijetí pacienta až po propuštění. Vyvíjí tím velký tlak na poskytovatele, aby se zabývali hledáním možností jak zkracovat a zlevnit léčbu pacienta, samozřejmě za podmínky, že bude poskytnuta adekvátní léčba s ohledem na stav pacienta a dodržení zásady lege artis. Výsledek, zda úhrada za hospitalizaci pokryje náklady na léčbu, záleží na tom, jak racionálně se bude postupovat při léčbě, tj. zda pacient je hospitalizován jen na nezbytně nutnou dobu na standardním lůžku, zda stav pacienta vyžaduje pobyt na JIP, zda bude využit komplement pouze v nezbytně nutné míře atd. Jsou-li náklady na hospitalizaci vyšší, než stanovená úhrada, poskytovatel je nucen hledat příčinu tohoto stavu a optimalizovat postup léčby tak, aby napravil tento nerovnovážný stav. Z tohoto pohledu by se DRG úhradový mechanismus jevil jako nejlepší způsob úhrady jak pro plátce, tak i pro poskytovatele.

Nesmírně důležitá však je úroveň kultivace systému DRG, aby tento mechanismus uměl správně odhadnout a predikovat pravděpodobné či průměrné náklady na léčbu v dané skupině. Při použití systému DRG platí, že ne u každé hospitalizace je úhrada adekvátní nákladům, tzn. že vždy budou existovat případy hospitalizace, které nebudou plně uhrazeny. Zároveň však u řady dalších hospitalizačních případů by úhrada měla být vyšší než celkové náklady na případ a tím se docílí rovnovážný stav v rámci dané DRG skupiny či baze. Prostě u části případů bude úhrada nad náklady, vytvoří se zisk, u části bude úhrada

pod úrovní nákladů, generuje se ztráta, celkem se pak úhrady dostanou do rovnováhy s náklady. To ovšem za podmínky, že u daného poskytovatele nedochází k neúměrně nákladnější léčbě pacientů, než u ostatních v rámci dané země či regionu.
Dle našich dosavadních analýz je velký problém se stavem kultivace DRG systému v ČR, kdy struktura DRG bazí a skupin je nedostatečná, vznikají nerovnovážné stavy při odhadu počtu a poměru komplikovaných a méně komplikovaných, resp. nákladnějších a méně nákladných hospitalizací. Stanovená úhrada za danou skupinu tím pádem není v korelaci s nákladovostí případů spadající do té skupiny či baze a způsobuje negativní hospodářský výsledek.
V roce 2012 a 2013 byla podstatná část hospitalizací (cca 85 %) hrazena pomocí DRG úhradového mechanismu. V letošním roce je veškerá hospitalizace hrazena DRG mechanismem, jedná se však o upravený systém o tzv. koeficienty specializace.
Je nutné si ještě uvědomit, že použití DRG úhradového mechanismu neznamená, že veškerá poskytnutá péče bude automaticky zařazena do úhrady. Každý rok vyhláška pracuje s produkčními limity, kdy je stanoveno, za jakých podmínek dojde k zohlednění celkového casemixu, případně kdy a jak dojde k redukci dosaženého casemixu a tím k nižší úhradě za hospitalizace.

O řízení nákladů

Mít pod kontrolou náklady je podmínkou úspěšného fungování jakékoli organizace, nemocnice nevyjímaje. Jedná se o úkol kontinuální, nikdy nekončící. Otázkou je, nakolik je nemocnice schopna kumulativní nákladové položky rozklíčovat a atomizovat na nejnižší možnou analytickou úroveň, seřadit a uspořádat je do takové podoby a struktury, která umožní nalézt řešení a odpovědi na otázky typu jak efektivně řídit náklady.
Jak je popsáno v úvodu, nemocnice jako hospodářská organizace musí hospodařit s kladným hospodářským výsledkem. O tom, jak jsou determinovány výnosy – přes produkční podmínky dané úhradovou vyhláškou, přes stanovený úhradový mechanismus – se píše v předchozích odstavcích. Vedle řízení výnosů je stejně důležité a klíčové, aby ve stejném čase nemocnice přizpůsobila nákladovost poskytnutí léčby očekávaným výnosům a očekávaným produkčním kritériím.
V nákladové struktuře naší nemocnice výrazně dominují dvě velké skupiny nákladů tvořící přes 80 % celkových nákladů. Zaprvé to jsou osobní náklady, které se ve zdravotnictví řadí primárně k fixním nákladům. Zadruhé se jedná o náklady na léky klasické, na léky tzv. centrové, na spotřební zdravotnický materiál a spotřebu krve a krevních výrobků. Výše těchto nákladů je v korelaci s celkovou produkcí nemocnice týkající se hospitalizace (počet a komplikovanost hospitalizačních případů) a ambulantního provozu. Zbývajících necelých 20 % nákladů tvoří odpisy majetku, náklady na údržbu a opravy, všeobecný materiál, na nákup drobného majetku, na energii aj.
Podrobněji se podíváme na skupinu nákladů na léky a zdravotnický materiál, neboť mají významný vliv na docílení pozitivního hospodářského výsledku nemocnice. Každá klinika a oddělení má stanovený rozpočet na stěžejní nákladové položky. Skutečná versus rozpočtovaná spotřeba se pravidelně vyhodnocuje a případné překročení rozpočtu se projednává s vedením příslušné kliniky či oddělení. Cílem je vždy nalézt možný způsob, jak dodržet stanovené rozpočty.
Tento způsob řízení nákladů je dle mého názoru nutný a potřebný, nikoli však dostačující. To, že každý má nastavené finanční limity, považuji za základní stavební kámen procesu řízení nákladů. Nesmí se však u toho zůstat a spokojit se pouze s případným dodržením rozpočtů. My musíme kontinuálně hledat cestu, jak co nejvíce zefektivnit proces, jak docílit co nejnižších nákladů na léčbu pacientů, kdy zároveň zaručujeme, že pacient dostává vysoce kvalitní léčbu na bázi lege artis. Naším cílem je, aby FN Brno patřila mezi nejefektivnější nemocnice, kdy má skvělé výsledky při léčbě pacientů i těch nejsložitějších a nejkomplikovanějších a zároveň léčbu provádí účinně bez zbytečných prostojů a rezerv.
Abychom tohoto cíle dosáhli, musíme vzít lupu a velmi podrobně se podívat na procesy jednotlivých klinik, oddělení a klást otázky směrem k vedení a lékařskému personálu na způsob léčby, zahrnující délku pobytu, předepsaná antibiotika, vyžádanou péči typu odběrů krve, rentgenových vyšetření apod. Cílem těchto otázek není poučovat lékaře kliniky či hledat pochybení při léčbě, nýbrž hledání cesty k zefektivnění procesu.
Omezíme-li se však jen na analýzu vlastních procesů, výsledek bude vždy omezen naším vnímáním správného postupu. Domnívám se, že je žádoucí rovněž nastavit si zrcadlo a podívat se optikou jiných na naši praxi při léčbě pacientů. Velkou výhodou DRG systému je, že přes klasifikaci případů umožní srovnat produkci více zdravotnických zařízení, a je možné tudíž využít benchmarkingových nástrojů. Je-li zvolena správná skladba srovnaných nemocnic – obdobná velikost, obdobná produkce, obdobná skladba pacientů – nic nám nebrání po dohodě všech zúčastněných srovnat, jak postupují jednotlivé nemocnice při léčbě konkrétní diagnózy, například jak dlouho pacienty hospitalizují, jaké konkrétní léky podávají a jak nákladné je využití komplementu. Můžeme tím získat velmi cenné výstupy vhodné k diskuzi na úrovni vedení kliniky či oddělení.
Jsem přesvědčen, že tímto postupem a těmito analýzami můžeme hledat a nalézt cestu, jak procesy zefektivnit, optimalizovat a docílit tím ve finále snížení nákladů na léčbu pacientů. Naše nemocnice postupuje touto cestou a za tímto účelem provádí tzv. DRG analýzy či výkonové analýzy klinik.
Aby byla nemocnice schopna provádět tyto podrobné výkonové analýzy klinik, neobejde se bez sofistikovaného informačního systému a reportingového nástroje. Kontrolingové oddělení v posledních letech zprovoznilo informační systém, pomocí kterého je možné vyčíslit samostatně hospodaření jednotlivých klinik. To znamená, že každý jednotlivý hospitalizační případ je nákladově i výnosově oceněn, víme, které případy generovaly zisk, které ztrátu, případy jsou seřazeny podle stanoveného algoritmu do klinik (propouštějící klinika) a tím dostáváme kumulované hodnoty na bázi klinik.

O organizaci a administrativním zajištění provedení výkonových analýz klinik

V roce 2012 jsme založili nové oddělení v rámci Ekonomického odboru s názvem DRG oddělení. Vedoucím oddělení je MUDr. Pavel Turčáni z kliniky KNPT. Další kolegové z DRG oddělení jsou lékaři z různých klinik, působící jako hlavní kodéři (podrobněji v příspěvku MUDr. Pavla Turčániho), a dále zaměstnanci z různých oddělení z Ekonomického odboru (OZP, kontroling). Spolupracujeme navíc s externími spolupracovníky, lékaři, ekonomy, kteří se DRG systémem úhrad zabývají řadu let a mají za sebou spolupráci s jinými zdravotnickými zařízeními či Národním referenčním ústavem. Cílem DRG oddělení, nikoli jediným, je aktivně a plně se věnovat těmto analýzám klinik, jak popisuji výše. O tom, jakým způsobem se analýzy provádí, pojednávají další dva články kolegů MUDr. Petra Tůmy a MUDr. Pavla Hudeho, Ph.D.

O dalších aktivitách DRG oddělení

S realizací výkonových analýz klinik přímo či nepřímo souvisí i další aktivity DRG oddělení. Stručně uvádím následující stěžejní činnosti:

- Kontrola kódování případů. Správné kódování je zásadní pro každou nemocnici. Špatné zařazení případů do DRG skupiny může buď velmi negativně ovlivnit hospodářský výsledek dané kliniky přiřazením nižší úhrady k případu, anebo naopak přizná neadekvátní vyšší úhradu, tzv. upcoding, který je předmětem vysokých pokut ze strany zdravotních pojišťoven. Kontrolu kódování provádí hlavní kodéři.
- Zavedení jednotné závěrečné zprávy. Jedná se o klíčový dokument pro správné kódování

hospitalizačních případů a správné zařazení případu do DRG skupiny, ovlivní tedy stanovení výši úhrady pro případ. Tento dokument je zároveň významným zdrojem informací při revizích provedených zdravotními pojišťovnami.

- Vzdělávání lékařského personálu klinik a datamanažerek z oblasti DRG.
- Vybudování kodérského centra – více viz níže.
- Realizace kodérského manuálu. Kodérský manuál dodnes neexistuje, i když již několik let je hospitalizace hrazena přes DRG úhradový systém a úhradová vyhláška navíc umožňuje přísné tresty pro tzv. upcoding. Proč tomu tak je, nám není dodnes jasné. Do budoucna však považujeme za elementární, aby tento manuál vznikl a byl používán všemi poskytovateli a plátci. FN Brno od loňského roku organizuje workshopy na zpracování kodérského manuálu za účasti zástupců poskytovatelů a plátců. Na těchto workshopech se pojmenovaly jednotlivé kapitoly manuálu, stanovil se harmonogram, kdo kterou kapitolu zpracuje a kdo provede oponenturu. Na workshopech jsou pak prezentovány práce na kapitolách a diskutovány i za aktivní účasti zástupců zdravotních pojišťoven.

O Kodérském centru – úleva v administrativní zátěži lékařů

Ke konci letošního roku zakládáme nové oddělení v rámci Ekonomického odboru, a to Kodérské centrum. Úlohou zaměstnanců centra bude kódování hospitalizačních případů na základě dat v NIS a zdravotní dokumentace pacienta. Naším záměrem je, abychom zprofesionalizovali tuto činnost a odstranili chybovost v kódování a zároveň vyřešili i v současnosti se vyskytující problémy typu zastupitelnost datařek či organizace jejich vzdělávání. Z pohledu klinik a lékařů dojde k administrativní úlevě, neboť lékař nebude řešit a rozhodovat o správném zakódování případu. Co je ovšem nesmírně důležité, aby byla ze strany lékařů vedena úplná zdravotní dokumentace pacienta a používán formát jednotné závěrečné zprávy. Kodér kóduje na základě zdravotní dokumentace – chybí-li tam údaje, například o provedených výkonech, vedlejších komplikacích, resp. není-li jasné, na základě čeho byl pacient přijat a hospitalizován, nelze ani případ s jistotou bezchybně zakódovat. Nemluvě o tom, že neúplná zdravotní dokumentace neobstojí samozřejmě ani při revizích zdravotních pojišťoven.

Závěrem

Dosavadní práci DRG oddělení mohu hodnotit jen pozitivně. Již dva roky zpracováváme výkonové analýzy klinik, vedení klinik seznamujeme s hospodářskými výsledky kliniky a diskutujeme o možných rezervách při procesu léčby pacientů. Vedlejším produktem těchto analýz je i hodnocení správnosti kódování hospitalizačních případů. Vzhledem k rezervám jsme zavedli pravidelná školení datamanažerek a u vybraných klinik realizujeme i školení lékařského personálu. Kromě toho aktuálně zakládáme Kodérské centrum, kde chceme zaměstnat profesionální kodéry a svěřit jim kódování všech hospitalizačních případů, jak uvádím výše. Při analýzách nám pomáhá, že se podařila zavést jednotná závěrečná zpráva, což je vnímáno pozitivně i ze strany zdravotních pojišťoven, a vede to nepřímo k předcházení sankcí z jejich strany.

Letos jsme pořádali již druhý ročník Brněnského DRG dne, kde prezentujeme a diskutujeme problematiku úhrad přes DRG, optimalizaci procesu poskytnutí léčby pacientům, administraci kódovacího procesu apod. Dílčím výstupem z loňského DRG dne je realizace několika workshopů na půdě FN Brno ke zpracování kodérského manuálu.

I do budoucna je cílem FN Brno aktivně pracovat na docílení zefektivnění léčby pacientů a zároveň být aktivní při spolupráci s dalšími poskytovateli a plátci v kultivaci úhradového mechanismu DRG.

DRG systém u nás i jinde

MUDr. Pavel Turčáni, Ph.D., MHA

V České Republice se systém DRG zavádí jako majoritní mechanizmus úhrady medicínské péče s dlouhými přestávkami a nesystémově. Proto pro zdravotnické zařízení neexistuje obecně doporučená a akceptovaná struktura, metodika a harmonogram zavedení základních interních procesů systému DRG. I proto byl původní systém DRG FN Brno pasivní, kdy nehomogenní struktura lidí zpracovávala různými postupy nejednotně vedená DRG data, která bylo možné jen obtížně kontrolovat. Většinou jediným hybatelem často nesystémových změn byly revize zdravotních pojišťoven.

To vše změnila činnost Oddělení DRG, které vzniklo v roce 2012 z iniciativy ekonomického náměstka Ing. Roberta Czékuse a některých členů stávajícího Týmu DRG. Hlavním úkolem oddělení bylo vytvořit vizi ideálně fungujícího systému DRG uvnitř zdravotnického zařízení a pomocí postupných a přesně načasovaných kroků se k tomuto ideálu přiblížit. Bylo nutné vymyslet strukturu systému, angažovat správce systému, zajistit softwarové nástroje k analýze dat, zlepšit jejich kvalitu, homogenizovat strukturu i formát zpracovaných dat, zajistit školení, audity, zpětnou vazbu na vedení nemocnice, útvary, datařky, systém i metodiky srovnání procesů a jejich výsledků mezi různými útvary FN Brno a zdravotnickými zařízeními. Za cíl si Oddělení DRG dalo i zviditelnění FN Brno v celorepublikovém kontextu systému DRG.

I když ani po dvou letech práce není zdaleka vše ideální, základní koncept DRG ve FN Brno je vytvořen, ověřen a funkční. Základní systémové nástroje jsou k dispozici, podařilo se prosadit jednotnou podobu výchozího zdroje zpracovávaných dat – závěrečnou zprávu. Hrubá stavba „DRG domu“ je hotová, nezbytné části systému fungují, zbytné části jsou rozděleny dle priorit a postupně dokončovány. Mimo jiné se pracuje na výkonnostních analýzách útvarů, organizují se práce na kodérském manuálu (kuchařka vykazování medicínské péče pojišťovnám) a Kodérském centru (útvar, který se zabývá vykazováním medicínské péče pojišťovnám). FN Brno, dnes jeden z lídrů celé oblasti, funguje jako generátor systémových řešení, která přebírají i jiná zdravotnická zařízení v celé České republice.

Oddělení DRG v současné době ve FN Brno tvoří hlavní kodéři – MUDr. Lia Elstnerová, MUDr. Pavel Hude, Ph.D., MUDr. Matej Husár, doc. MUDr. Martin Huser, Ph.D., MUDr. Radana Pařízková, hlavní metodik DRG FN Brno MUDr. Soběslav Uhlíř, externí analytik MUDr. Petr Tůma, interní auditorka Jitka Pavlíková a někteří dlouholetí zaměstnanci Ekonomického oddělení, například RNDr. Alena Langová a MUDr. Ivana Pálková (zástupce DRG pro zdravotní dokumentaci). Členové oddělní DRG blízce spolupracují s Oddělením kontrolingu – Ing. Markétou Strmiskovou a Oddělením zdravotních pojišťoven – Mgr. Václavem Živcem. Práce týmu DRG by nebyla možná bez vstřícnosti vedení nemocnice, útvarů, rozsáhlé sítě datařek a kontaktních lékařů DRG v jednotlivých provozech.
Majoritní částí Oddělení DRG jsou hlavní kodéři. V jejich práci se ideálně propojuje znalost medicíny, klinické praxe, schopnosti lékaře/organizátora a možnosti zázemí Ekonomického oddělení s rozsáhlou databází dat a softwarových nástrojů. Jako první vidí neshody mezi validními daty, které generuje systém, a formálním popisem reality. Zprostředkovávají komunikaci mezi ekonomy a lékaři, překládají ekonomům termíny medicínské a lékařům termíny ekonomické. Od počítačů na svých pracovních stolech jsou s pomocí moderních počítačových programů schopni odpovídat na složité otázky interních vazeb medicínských provozů. Generují podstatnou část nápadů, které posouvají celý systém dopředu.
Znalost teoretického zázemí systému DRG poskytují hlavním kodérům dva externí spolupracovníci FN Brno – hlavní metodik DRG FN Brno MUDr. Soběslav Uhlíř a externí analytik MUDr. Petr Tůma. První z nich má osobní zkušenost se zaváděním, vedením a organizací systému DRG v několika zdravotnických zařízeních, a proto poskytuje nejen cenné rady spojené s každodenní praxí, ale i školí stávající datařky. MUDr. Petr Tůma, kterého charakterizují exaktní formulace, dlouholetý a bezprostřední kontakt s organizačními a výkonnými strukturami České Republiky naproti tomu umožňuje ukotvit aktivity FN Brno v kontextu systému DRG na úrovni republiky.
Součástí oddělení je i MUDr. Ivana Pálková, která je zdrojem poznatků a dat z revizí zdravotních pojišťoven, a interní auditorka Jitka Pavlíková, která připravuje podklady z auditů procesů a dokumentace. Nutné je zmínit i administrátora systému DRG FN Brno Lukáše Richtra, který členům oddělení zabezpečuje nezbytné zázemí.
Pro systém DRG FN Brno i pro mne je štěstí, že pracujeme s lidmi, kteří jsou ochotni a schopni spolupracovat, nepreferují svoje osobní zájmy a pohodlí nad zájmy celku, nerezignují na události kolem sebe a společně s ostatními dosud nevyhořelými mění naše společné okolí směrem k lepšímu. DRG systém tak postupně přestává být černou skříňkou a mění se v efektivní nástroj k řízení medicínských provozů.

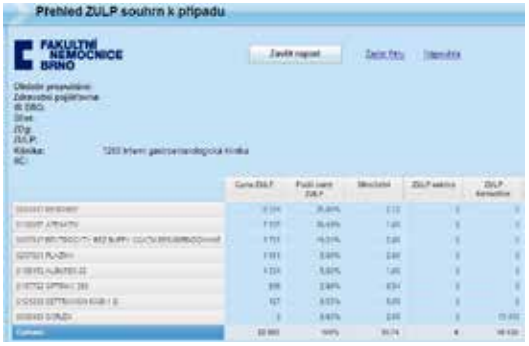
Klinické analýzy v systému DRG ve FN Brno

MUDr. Pavel Hude, Ph.D.

Současný systém úhrady hospitalizační zdravotnické péče v České republice je plně realizován v systému DRG. Jeho konkrétní realizaci upřesňuje zvlášť vyhláška ministerstva zdravotnictví na každý kalendářní rok. Obecným principem DRG systému je zjednodušeně řečeno stejná úhrada zdravotnické péče na jednotlivou skupinu stejných nebo podobných diagnóz.

Systém přiřadí jeden hospitalizační případ do tzv. baze, která definuje její úhradu. Tento způsob úhrady nutí poskytovatele zdravotních služeb chovat se v léčbě velmi racionálně a ekonomicky. Systém totiž kromě celkové sumy za léčenou diagnózu vymezuje časový koridor optimální délky léčby a konkrétní úhradu nákladů a materiálu. Pokud je pacient mimo tyto mantinely, je úhrada výrazně nižší. Proto jsou minulostí doby, kdy byla důležitá obložnost jednotlivých lůžkových oddělení. V systému DRG nemá obložnost místo, naopak pokud pacient splňuje medicínské podmínky propuštění, je velmi výhodné jej propustit. Všechny tyto parametry se spolupodílejí na výši úhrady plátci zdravotní péče. Pro nemocnici je nezbytné tyto a jiné parametry sledovat a vyhodnocovat. V tomto směru je proto vytvořen pro hlavní kodéry FN Brno softwarový program, který nám po zpracování dat z NIS tyto data poskytne ke zpracování a vyhodnocení.
DRG tým vytváří soubory klinických analýz jednotlivých útvarů v rámci celé FN Brno. Po zadání cílových parametrů program zpracuje zkoumaný útvar a poskytne globální pohled na počet, spektrum léčených pacientů, délky hospitalizačních případů (inlayeři,

outlayeři), materiálové položky (inlayeři, outlayeři), ZUM, ZULP a strukturální náklady. Analýza pokračuje zhodnocením ziskovosti a ztrátovosti zkoumaného útvaru a rámci jednotlivých bazí (diagnóz).
Hlavní kodér se následně věnuje zkoumání jednotlivých bazí, kde má možnost prověřit jednotlivé hospitalizační případy až na úroveň jednotlivých výkonů, laboratoří, spotřeby jednotlivých speciálních materiálů, antibiotik, krevních přípravků nebo speciálních léčiv.
V kombinaci se zhodnocením průběhu léčby využitím dokumentace v NIS/AMIS/MPA lze velmi dobře zhodnotit, jakým způsobem léčba probíhala (komplikace), výše vynaložených nákladů, celková úhrada hospitalizačního případu a následně hospodářský výsledek. Na závěr je zpracována celá klinická analýza buď jednotlivého případu, nebo jednotlivé baze a následně celé kliniky. Po vytvoření dokumentu Klinická analýza útvaru dochází k prezentaci zjištěných dat společně na úrovni vedení kliniky, zástupců ředitelství FN Brno a vedení DRG týmu. Společně jsou potom hledána závazná východiska medicínsko-ekonomického charakteru pro zlepšení hospodářského výsledku zkoumaného útvaru.



Výkonnostní analýzy akutní lůžkové péče

MUDr. Petr Tůma

Výkonnostní analýzy akutní lůžkové péče jsou prováděny z hlediska DRG klasifikačního a současně úhradového systému. V souladu s celoročním plánem jsou postupně zpracovávány hospitalizační případy jednotlivých klinik, přičemž formálně jsou případy připisovány klinice, která případ ukončuje (tedy i kóduje).

Zpracování analýzy kliniky má typicky tři, případně čtyři etapy:
- externí analýza,
- interní analýza,
- (benchmarking s jinými nemocnicemi),
- reakce a připomínky kliniky, jejich vypořádání a uzavření analýzy.

Za všech okolností je potřeba připomínat, že analýza (zejména její první tzv. externí část) není (protože nemůže být) výpovědí o kvalitě či nekvalitě péče. Smyslem analýzy je napomoci vedení kliniky v detekci oblastí potenciálních problémů nebo atypických parametrů. Bez validace výstupů analýzy příslušnou klinikou je potřeba brát všechna zjištění jako předběžná, zejména protože pro interpretaci nálezů je zapotřebí znát klinický, resp. organizačně-klinický kontext a tato znalost je za hranicemi kliniky omezená nebo úplně chybí.
Z dosud řečeného by ale nemělo vyplynout, že veškerá zjištění analýzy lze relativizovat např. poukazováním na exkluzivní postavení daného pracoviště a z něj plynoucí neporovnatelnost případů. Pokud klinika sama nevyvodí (v rámci poslední etapy) alespoň nějaké praktické závěry, lze říci, že veškeré úsilí vložené do prvních tří etap analýz bylo zcela zbytečné. Různé závěry mohou mít různé adresáty a také doby odezvy se mohou velmi lišit. Nálezy, resp. závěry mohou být rozděleny přibližně takto:
- Záznam o realitě je zkreslen chybným kódováním, neúplným vykazováním materiálu apod. Adresátem je osoba odpovědná za správné kódování, resp. vykazování.
- Klinika má v rámci dané DRG baze velmi odlišné stavy (diagnózy, stádia nemocí, výkony) od celostátního průměru, a tedy nemůže pokrýt náklady úhradou v DRG systému. Tyto situace nastávají, ale uvedený argument nelze používat bez spolehlivé opory v datech. Je-li popsaná situace jednoznačně doložena, je nejvhodnějším adresátem nálezu příslušná odborná společnost, která by měla mít prostředky a schopnosti věc řešit (předpokládá to ovšem, že odborné společnosti porozumí tomu, že v DRG systému úhrad nemá význam pro úhradu akutní lůžkové péče domáhat se navýšení bodů v seznamu výkonů).
- Klinika má v rámci dané DRG baze porovnatelné stavy (diagnózy, výkony apod.). Zde je zapotřebí interně analyzovat, v čem se liší využívání dílčích postupů a materiálů. Vysvětlením vysokých (úhradami nepokrytých) nákladů mohou být – při zjištění, že procesy probíhají obvyklým způsobem, srovnatelným s jinými nemocnicemi – vysoké „strukturální“ náklady, tedy vysoké náklady na jednu rozpočtovou jednotku (na jeden den standardní péče, intenzivní péče, jeden bod výkonů).

1. etapa – externí analýza

Externí analýza je založena na globálních nákladových informacích o případech a produkčních datech. Při externí analýze nejsou k dispozici detaily provedené péče ani detaily nákladů.
Nákladová data jsou převzata z interního systému Cognos. Odrážejí reálné náklady podle účetnictví nemocnice. Náklady na zvlášť účtovaný materiál jsou ponížené o tzv. bonusy. Produkční data jsou převzata z výkazů pro zdravotní pojišťovny.
Základním pohledem na případ je porovnání („bilance“) hodnot, které predikuje DRG klasifikace, s reálnými hodnotami. Každý případ je klasifikován do jedné z DRG skupin a pro tuto skupinu jsou celostátně statisticky stanovené charakteristické hodnoty (střední hodnoty):
- nákladů na případ,
- nákladů na zvlášť účtovaný materiál,
- střední hodnota délky pobytu.

Protože je z celostátních středních nákladů na případ DRG odvozena úhrada, je možné porovnat u jednotlivých případů (a také vhodně vytvořených množin případů) výnosy a náklady a tak stanovit hospodářský výsledek jednotlivého případu nebo množiny případů. Hodnocení hospodářských výsledků jednotlivých případů nedává smysl, protože DRG systém má špatnou kvalitu predikce nákladů pro individuální prvky, ovšem zhodnocení bilance (hospodářského výsledku) skupin případů (které spojuje diagnóza a/nebo významný výkon na operačním sále) opodstatnění má. Hlavním přínosem je, že se stává patrné, nakolik jsou náklady dané množiny případů pokryté výnosy.
Podobným způsobem je možné porovnat predi-

kované náklady a reálné náklady na zvlášť účtovaný materiál a predikovanou a reálnou délku pobytu dané skupiny případů.
Externí analýza představuje screening, který umožní podchytit statisticky neobvyklé hodnoty a pomůže tak identifikovat „nestandardní“ oblasti, které budou předmětem interní analýzy. Má dvě úrovně podrobnosti pohledu: globální a podrobnou analýzu.

- **Globální analýza**
  Principem analýzy je postup od celkových (globálních) parametrů postupně k bazím DRG a případně podskupinám těchto bazí DRG. Vedle pohledu na celou kliniku poskytuje globální analýza samostatný pohled na:
  - všechny operativně léčené případy a všechny ostatní léčené případy,
  - jednotlivé baze DRG.
- **Podrobná analýza**
  Podrobná analýza se zabývá podskupinami případů v rámci vybraných bazí DRG.

2. etapa – interní analýza

Při interní analýze jsou využity interní datové zdroje, jako je Cognos s detaily případu, a také elektronická zdravotnická dokumentace. Interní analýza je prováděna specializovaným klinickým pracovníkem (jedním z tzv. hlavních kodérů). Tato etapa navazuje na externí analýzu; analytik tedy má výstupy externí analýzy a má možnost soustředit se explicitně na konstatované problémy nebo nastíněné problémové oblasti. Exkluzivní doménou pro interní analýzu je oblast kódování, protože k ní je zapotřebí klinická dokumentace, a proto její kvalita nemůže být posouzena externě.

3. etapa – benchmarking s jinými nemocnicemi

Benchmarking s jinými nemocnicemi představuje nejpokročilejší formu výkonnostních analýz. Při tomto postupu není porovnávána celá klinika, ale jen skupiny případů za tímto účelem vhodně definované, a to obvykle buď jako DRG baze, nebo podskupina DRG baze úžeji definovaná diagnózami, výkony nebo věkem.
Pro benchmarking je kritická dostupnost referenčních dat a také vhodnost referenčních nemocnic pro srovnávání specifických oblastí.
Postup při benchmarkingu do značné míry připomíná externí analýzu s tím rozdílem, že při externí analýze dochází ke srovnání hodnot FN Brno s predikovanými hodnotami DRG klasifikace (které reprezentují i nefakultní nemocnice), zatímco při benchmarkingu dochází ke srovnávání s hodnotami jiných (srovnatelných, tedy fakultních) nemocnic. Další rozdíl je patrný z následujícího příkladu.
Pokud budeme chtít porovnat parametry případů u Crohnovy nemoci, pak srovnání s běžně dostupnými údaji DRG klasifikace porovnáváme s případy celé baze 0633, která obsahuje vedle neinfekčních střevních zánětů také divertikulární nemoc střeva. Naproti tomu při benchmarkingu můžeme vytvořit z případů referenčních nemocnic soubor případů pouze s diagnózou Crohnovy nemoci. Zůstává zde stále pochybnost, zda samotná diagnóza je dostatečná (protože se neberou v úvahu údaje, jako jsou délka trvání nemoci, počet předchozí operací, rezistence na terapii a další faktory, v nichž se množiny případů mohou lišit), nicméně pokus o porovnávání je činěn na korektnější úrovni.
Z toho, co bylo řečeno, je zřejmé, že při benchmarkingu je trvale věnována pozornost okolnostem, které signalizují, že případy nemocnice nejsou srovnatelné s referenčními případy. Tento typ informací je zcela zásadní pro další analytický postup. Pokud se v konkrétní bazi DRG případy nemocnice liší svými klinickými, resp. klinicko-demografickými charakteristikami od případů referenční skupiny, pak musí být interpretace rozdílu ve výkonnosti a spotřebě zdrojů velmi obezřetná a musí být vždy proveden pokus o lepší vymezení srovnávané skupiny.
Při této příležitosti je vhodné připomenout, že řada analýz prováděných v České republice s cílem porovnat výkonnost nemocnic se dopouští zjednodušení problému i přístupu k řešení, protože vychází z předpokladu, že zařazení do stejné baze DRG zajišťuje dostatečnou klinickou podobnost množin případů všech nemocnic. Jinými slovy – tyto analýzy mlčky předpokládají, že klasifikace DRG zajišťuje klinickou homogenitu v bazích. Přístup, který rozvíjí FN Brno, tedy znamená značný pokrok oproti postupům, které jsou běžně dostupné.

4. etapa – reakce a připomínky kliniky, jejich vypořádání a uzavření analýzy

Pro čtvrtou etapu platí zásada, že výstupy předchozích etap se nikdy nepředávají vedení kliniky bez současné prezentace nálezů. Při složitosti datových transformací, včetně klasifikace DRG a jiných postupů, je totiž vysoké riziko nedorozumění, včetně vyvození nevhodných závěrů. Během přímé prezentace a v následném dohodnutém období je možné vysvětlit méně jasné souvislosti, doplnit další výstupy, případně diskutovat možné interpretace.
Předpokládá se, že vedení kliniky vyvodí z nepříznivých nálezů (pokud takové jsou) praktické závěry a že bude dohodnut termín a způsob, kdy a jak opakovat vybraná měření.

Klostridiová kolitida ve zdravotnickém zařízení z DRG pohledu

MUDr. Radana Pařízková

Clostridium difficile patří v současnosti mezi významné původce nozokomiálních infekcí. Infekce Clostridium difficile (CDI) je potencionálně smrtelné onemocnění s celosvětově narůstající incidencí. Pravděpodobnost kolonizace nemocničních pacientů narůstá s délkou hospitalizace a je závislá na lokální epidemiologické situaci nemocnice. Navzdory intenzivnímu výzkumu nových léků účinných na CDI představuje léčba CDI stále velký problém zejména vzhledem k vysoké pravděpodobnosti vzniku rekurence a rezistence na léčbu.

Kolitida vyvolaná Clostridium difficile je střevní infekční choroba různé závažnosti, která může probíhat jako banální průjmovité onemocnění, ale také jako život ohrožující nemoc komplikována paralytickým ileem a septickým stavem. Jiným možným projevem této choroby je rekurentní kolitida s opakovanými ataky průjmů.

Původcem nemoci jsou toxigenní kmeny bakterie Clostridium difficile. Tato bakterie se vyznačuje rezistencí vůči většině běžně používaných antibiotik a tvorbou spor. Onemocnění je potenciálně nakažlivé a je nejvýznamnější příčinou průjmů v nemocničním prostředí.
Clotridium difficile je grampozitivní, anaerobní, sporulující bakterie. Ve formě spor se klostridia vyskytují ve vodě, půdě i prachu, mohou být komenzály ve střevě zvířat i člověka. Spory odolají vyschnutí, vysoké teplotě, běžným alkoholovým dezinfekčním prostředkům, teplu a žaludečnímu pH. V nemocničním prostředí je typicky nalézáme na povlečení, nábytku, nástrojích, zvoncích, kůži, za nehty a prstýnky pacientů i ošetřujícího personálu. Střevo asymptomatických nosičů je kolonizováno metabolicky inaktivními sporami. K rozvoji symptomů pak může dojít po antibiotické léčbě s následným porušením střevní mikroflóry. Asymptomatičtí nosiči mohou být zdrojem infekce v okolí.
Přenos se uskutečňuje fekálně orální cestou ingescí vegetativních forem nebo spor, které pak mohou kolonizovat střevo. V tomto případě může dojít k přemnožení Clostridium difficile a k produkci klostridiových toxinů, které jsou schopné poškodit až zničit buňky střevního epitelu.
Vyvolávají buď mírnější formu onemocnění – s antibiotiky asociovaný průjem – nebo formu onemocnění s těžkým průběhem – pseudomembranozní kolitidu, jejíž smrtnost může být až 45 %. K propuknutí infekce výrazně přispívá užívání potencovaných i nepotencovaných aminopenicilinů, cefalosporinů všech generací, linkosamidů a fluorochinolinů.
Výskyt kolitidy ve zdravotnickém zařízení vyžaduje zavedení izolačního režimu u nemocného jedince po dobu trvání průjmů, aktivní vyhledávání infekce, včasnou léčbu a prevenci šíření nákazy na další osoby. Včasná diagnostika a léčba jsou klíčovými faktory pro přežití pacienta.
V České republice je patrný trend k nárůstu počtu hlášených případů klostridiových kolitid v posledních letech. Níže uvedená tabulka ukazuje počty hospitalizovaných pacientů s klostridiovou kolitidou na Klinice infekčních chorob FN Brno v letech 2007–2013.

Rok	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Počet pacientů	11	42	147	201	159	185	268
Počet hospitalizací	13	46	167	247	175	224	329
% rekurekcí	18	10	14	23	10	21	19

Klostridiové kolitidy představují pro nemocnici nejen odborný, lékařský problém, ale i ekonomický, kterým se zabývá také Oddělení DRG. Součástí práce interního analytika jsou výkonnostní analýzy klinik FN Brno, při kterých jsou podrobně analyzovány jednotlivé hospitalizační případy. Při této činnosti jsem se věnovala problematice postantibiotických kolitid. Bylo zjištěno, že v mnoha případech byla antibiotická terapie indikována nesprávně, např. byla podávána pouze na základě „vyššího“ CRP a při absenci klinických známek infekce. Dále bylo zjištěno, že širokospektrá antibiotika jsou podávána neindikovaně pro suspektní infekce močových cest. Často jsou také nadužívána na základě mnohočetných stěrů z dekubitů, výtěrů z nosu, krků apod. bez respektování rizika vzniku klostridiové kolitidy. Při preskripci antibiotik je nutné odlišovat kolonizaci nemocného od floridní infekce.
Z provedených analýz je jednoznačně patrné, že velké množství klostridiových kolitid vzniká po antibiotikách, která jsou podávána pro suspektní uroinfekce a infekty dýchacích cest u imobilních seniorů, kteří jsou velmi náchylní ke vzniku kolitidy. Nekomplikovanou uroinfekci je vhodnější léčit např. nitrofurantoinem než systémovými antibiotiky. Při preskripci antibiotik je nutno vyhýbat se nekritickému používání těchto léku, deeskalovat terapii a využívat konzultací s antibiotickým střediskem. V současné době se s antibiotickým střediskem řeší antibiotická profylaxe před jednotlivými operačními výkony a zákroky.
Současně s neuváženou antibiotickou terapií je prodlužována hospitalizace a nemocný je ohrožován rekurencí či reinfekcí klostridiemi, která jsou běžně přítomna v nemocničním prostředí. Dokud se neobnoví fyziologický střevní mikrobiální ekosystém pacientů, zůstává organismus vysoce vnímavý k opětovnému přemnožení klostridií a tedy novému ataku nemoci. Předpokládá se, že reinfekce jsou častější než relapsy, protože nemocný s klostridiovou kolitidou vylučuje milióny spor v každém mililitru průjmové stolice a kontaminuje jimi své okolí. Infekční dávka u vnímavého jedince se pohybuje v řádu desítek až stovek spor. K opětovnému rozvoji infekce proto u disponovaných osob dochází velmi snadno. Je důležité si uvědomit, že příčinou rekurencí není selhání poskytnuté antibiotické léčby v důsledku rezistence. Opakované rekurence zpravidla nemocné velmi vyčerpávají, zejména jde-li o starší nebo polymorbidní jedince. Vedle toxického megakolon jsou opakované rekurence druhou významnou příčinou úmrtí na klostridiovou infekci.
Výsledkem neuvážlivé a zbytečné indikace antibiotické terapie je tedy vznik klostridiové kolitidy se všemi důsledky. Nejzávažnější je toxické megakolon, kdy život zachraňujícím výkonem je provedení sub/totální kolektomie s velkými finančními náklady a utrpením nemocného. Hospitalizační případ se stává multipřípadem s pobytem na několika klinikách, včetně pobytu na jednotkách intenzivní péče, který generuje vysoké ekonomické náklady, jedná se až o milionové částky na jeden hospitalizační případ. Nezanedbatelný je fakt, že nemocný je invalidizován a vystaven

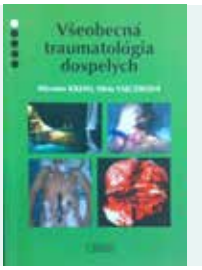
Pitevní nález – pseudomembranózní kolitis

Clostridium difficile – vegetativní forma

Clostridium difficile – spóry

riziku možnosti recidivy, rekurence klostridiové kolitidy a dalších rizik spojených s hospitalizací. Dalším závažným důsledkem neadekvátní antibiotické léčby a nedodržování izolačního opatření mohou být i forenzní důsledky.
Z výkonnostních analýz je možné zjistit, které kliniky generují největší počty klostridiových kolitid a která antibiotika jsou podávána neindikovaně. Dále je možné sledovat délku hospitalizace, včetně pobytu na jednotkách intenzivní péče. Analýzy též poskytují cenné informace o ekonomických datech, sledujeme počty provedených kolektomií a mortalitu. V oblasti monitoringu klostridiových kolitid vidím velkou výzvu v benchmarkingu mezi jednotlivými nemocnicemi.
V současné době klostridiové kolitidy představují v naší nemocnici stále narůstající nebezpečí, protože předběžná data nemají klesající tendenci, ba naopak. Z pohledu interního analytika a především lékaře jsem ráda, že na základě výkonnostních analýz klinik se podařilo poukázat na problematiku klostridiových kolitid. Musíme zabránit tomuto narůstajícímu nebezpečí racionální antibiotickou terapií a dodržováním hygienických a izolačních opatření.

Nové knihy v Lékařské knihovně FN Brno



- BRDIČKA, Radim. Genetika v klinické praxi I. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-106-3.
- BRYCHTA, Pavel, STANEK Jan. Estetická plastická chirurgie a korektivní dermatologie. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-0795-2.
- Český lékopis 2009 – Doplněk 2014. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5193-1.
- DAVIES, Gill. Kompletní historie medicíny. Brno: CPress, 2013. ISBN 978-80-264-0099-8.
- DOSTÁL, Pavel a kol. Základy umělé plicní ventilace. 3. vyd. Praha: Maxdorf, 2014. ISBN 978-80-7345-397-8.
- DUNGL, Pavel a kol. Ortopedie. 2. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4357-8.
- GRIM, Miloš, NAŇKA, Ondřej, HELEKAL, Ivan. Atlas anatomie člověka. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4012-6.
- HAFERLACH, Torsten a kol. Kapesní atlas hematologie. 1. české vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4787-3.
- HÁJKOVÁ, Simona, NOVOTNÁ, Irena, SALABOVÁ, Ludmila. Mobilizace periferních kloubů. Praha: České vysoké učení technické, 2014. ISBN 978-80-01-05517-5.
- HAUKE, Marcel. Zvládání problémových situací se seniory nejen v pečovatelských službách. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5216-7.
- HORÁK, Jiří, EHRMANN Jiří. Hepatologie do kapsy. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3299-5.
- HUSER, Martin. Onkofertilita – nová oblast reprodukční medicíny. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3414-2.
- CHLUMSKÝ, Jan. Plicní funkce pro klinickou praxi. Praha: Maxdorf, 2014. ISBN 978-80-7345-392-3.
- IRMIŠ, Felix. Stres mezi lékařem, pacientem a zdravou osobou: Příklady, příčiny, psychosomatika, etika. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-130-8.
- JAROŠOVÁ, Darja, ZELINKOVÁ, Renáta. Ošetřovatelství založené na důkazech. Evidence Based Nursing. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5345-4.
- JILICH, David, KULÍŘOVÁ, Veronika a kol. HIV infekce: současné trendy v diagnostice, léčbě a ošetřovatelství. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3325-1.
- KELNAROVÁ, Jarmila, MATĚJKOVÁ, Eva. Psychologie 2. díl: pro studenty zdravotnických oborů. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-3600-6.
- KELNAROVÁ, Jarmila, MATĚJKOVÁ, Eva. Psychologie a komunikace pro zdravotnické asistenty – 4. ročník. Praha: Grada, 2009. ISBN 978-80-247-2831-5.
- KNOR, Jiří, MÁLEK, Jiří. Farmakoterapie urgentních stavů. Praha: Maxdorf, 2014. ISBN 978-80-7345-386-2.
- KOWALSKÁ, Radomíra. Ekonomika pro střední zdravotnické školy. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-5091-0.
- KRČÁL, Martin, TEPLÍKOVÁ, Zuzana. Naučte se citovat. Blansko: Citace.com, 2014. ISBN 978-80-260-6074-1.
- KUMBRIK, Birgit. K-Taping: praktická příručka – základy, techniky aplikace, indikace. Olomouc: Poznání, 2014. ISBN 978-80-87419-39-7.
- ĽUBUŠSKÝ, Marek a kol. Doporučená ultrazvuková vyšetření v těhotenství. Praha: Mladá fronta, 2013. ISBN 978-80-204-3083-0.
- MÁLKOVÁ, Iva, MÁLKOVÁ, Hana. Obezita: malými krůčky k velké změně. Praha: Forsapi, 2014. ISBN 978-80-87250-24-2.
- PTÁČEK, Radek, RABOCH, Jiří, KEBZA, Vladimír a kol. Burnout syndrom jako mezioborový jev. Praha: Grada, 2013. ISBN 978-80-247-5114-6.
- ROSOLOVÁ, Hana a kol. Preventivní kardiologie v kostce. Praha: Axonite CZ, 2013. ISBN 978-80-904899-5-0.
- RUSINA, Robert, MATĚJ, Radoslav a kol. Neurodegenerativní onemocnění. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3300-8.
- SLEZÁKOVÁ, Lenka a kol. Ošetřovatelství pro střední zdravotnické školy IV. Dermatovenerologie, oftalmologie, ORL, stomatologie. 2. vyd. Praha: Grada, 2014. ISBN 978-80-247-4342-4.
- ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. O posledních věcech člověka. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-138-4.
- TÁBORSKÝ, Miloš a kol. Fibrilace síní. Praha: Mladá fronta, 2011. ISBN 978-80-204-2572-0.
- TICHÝ, Miroslav. Dysfunkce kloubu: Podstata konceptu funkční manuální medicíny. 2. vyd. Praha: Miroslav Tichý, 2014. ISBN 978-80-260-6282-0.
- TOMEK, Aleš a kol. Neurointenzivní péče. 2. vyd. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3359-6.
- TYLL, Tomáš, DOSTÁLOVÁ, Vlasta, NETUKA, David a kol. Neuroanestezie a základy neurointenzivní péče. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3148-6.
- ZAMRAZIL, Václav, ČEŘOVSKÁ, Jarmila. Jod a štítná žláza: optimální přívod jodu a poruchy z jeho nedostatku. Praha: Mladá fronta, 2014. ISBN 978-80-204-3302-2.
- ZEMAN, Miroslav, KRŠKA, Zdeněk a kol. Speciální chirurgie. 3. vyd. Praha: Galén, 2014. ISBN 978-80-7492-128-5.

Novela zákona dotýkající se oblasti životního pojištění

Dana Zelená

Nejdůležitější otázkou, kterou zaměstnanec řeší, je, zda má čerpat příspěvek na životní pojištění nebo na doplňkové penzijní spoření. Výrazným rozdílem je zejména skutečnost, že příspěvek zaměstnavatele na doplňkové penzijní spoření je daněn vždy, a to i po šedesáti letech věku klienta, na rozdíl od příspěvku zaměstnavatele na životní pojištění. Právě z tohoto důvodu je v případě mladších zaměstnanců příspěvek zaměstnavatele na životní pojištění vhodnější variantou. Další výhodou příspěvku zaměstnavatele na životní pojištění je možnost zajištění pro případ smrti zaměstnance. Doporučení penzijního spoření nebo životního pojištění je velmi individuální, záleží na věku klienta a kvalitním poradenství.

Novela zákona č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, která nabude účinnosti 1. 1. 2015, změní pravidla o výběrech a danění u smluv životního pojištění. Změny se dotknou jak smluv vlastních, tak smluv, na které přispívá zaměstnavatel. Například se bude danit příspěvek zaměstnavatele pouze z posledních 10 let spoření (nyní se daní příspěvky z celé doby spoření). Základní pravidla daňového zvýhodnění zůstávají zachována:

- Nadále je možné snížení daňového základu za pojistné zaplacené zaměstnancem (pojistníkem) na životním pojištění až ve výši 12 000 Kč/rok.
- Také je možné čerpat od zaměstnavatele příspěvek na životní pojištění až ve výši 30 000 Kč/rok. Z této částky se neodvádí povinné příspěvky na sociální a zdravotní pojištění zaměstnance 11 % a ani zaměstnavatel z tohoto pojištění za zaměstnance neodvádí 34 %. V případě výběru nejdříve v 60 letech věku zaměstnance a po odspoření minimálně 60 měsíců se také neplatí daň 15 %. Hradí se pouze daň z úroků 15 %.

Tuto formu daňových výhod zavedl stát v souvislosti s předpokládaným vývojem důchodu. V praxi docházelo k průběžným výběrům ze smluv, a tak se hlavní účel minul účinkem, kterým je naspoření finančních prostředků na důchod. Nyní je důchod cca 44 % z hrubé mzdy, v budoucnu se předpokládá důchod ve výši 25 % z hrubé mzdy. Novela se má postarat o to, aby příspěvek zaměstnavatele skutečně sloužil jako rezerva na důchod.

Proč je důležité spořit na důchod?

		1999	2001	2004	2007	2010	2013
Průměrná hrubá měsíční mzda	Kč	12 797	14 378	17 466	20 957	23 864	25 078
Průměrná měsíční výše důchodu	Kč	5 724	6 352	7 256	8 736	10 093	10 962
Důchod / hrubá mzda	%	44,7	44,2	41,5	41,7	42,3	43,7

Zdroj: MPSV

Co když bude zaměstnanec potřebovat z finančních důvodů hotovost ze smlouvy vybrat? Výběr je možný, ale zaměstnavatel na smlouvu nebude moci od následujícího měsíce přispívat. Smlouva se tím neruší. Dá se nadále využívat na pojištění sebe a blízkých nebo na zhodnocení volných finančních prostředků.

Dále také již nebude možné vybrat pouze část peněz a z této části zaplatit daň 15 %. Nově budu muset zaměstnanec provést dodanění z celé vložené částky zaslané zaměstnavatelem od 1. 1. 2015 v nejbližším daňovém přiznání. Zaměstnanec daní pouze v případě, že je mladší 60 let a neodspořil 60 měsíců. Pokud je zaměstnanec starší, daní pouze zhodnocení na smlouvě, tedy 15 % z úroků. Výhodou nových podmínek je, že se daní pouze posledních 10 let. Pokud se zaměstnanec dostane do finanční krize, například po 20 letech, dodaní pouze posledních 10 let. Podle stávajících podmínek by dodanil celých 20 let. Spoření přes zaměstnavatele zůstává tím nejzajímavějším systémem spoření, a to především ve srovnání se spořením z „čisté mzdy“. Pokud si domů občan přinese „čistou mzdu“, odvedl státu všechny odvody, spoření je tedy méně efektivní.

Bohužel někteří finanční „poradci“ využijí neznalosti občanů a nejasných informací z médií a doporučí zrušit smlouvu. Zrušení smlouvy je však pro zaměstnance výrazně nevýhodné, protože musí zpětně dodanit vklad (v případě, že si snižoval daňový základ) a pokud nedovršil věku 60 let i vklad zaměstnavatele a současně mu při předčasném ukončení pojišťovna krátí naspořené prostředky.

Aby si mohl zaměstnanec svobodně vybrat pro něj nejvýhodnější variantu, budou v prostorách vašeho zaměstnavatele pravidelně organizována setkání za účelem školení „finanční gramotnosti“. „Finanční gramotnost“ se již druhým rokem učí na základních a středních školách. Cílem školení je, aby lidé získali povědomí o tvorbě finanční rezervy, která umožní odchod do důchodu o pět let dříve bez snížení výše důchodu, snížili riziko exekucí a vytvořili maximální ziskovost svých smluv, což je velmi důležité pro zajištění spokojené budoucnosti.

Příběh Agátky

Mgr. Klára Mayerová

Agátka se narodila jako třetí dítě a už od malička byla velmi zvídavá. Její zvědavost ji však nepřinesla vždy jen radosti. Už v porodnici a pediatrické ordinaci jsem slýchávala, jak nebezpečné mohou být úrazy popálením, a proto jsme si vždy dávali velký pozor na čerstvě uvařenou kávu, čaj či horkou polévku. Nenapadlo by mě však, že přes všechnu naši ostražitost nakonec popálená přeci jen bude.

Stalo se to jednoho dopoledne po jejích prvních narozeninách, když jsem žehlila tu nikdy nekončící hromadu usušeného prádla. Vždy jsem si dávala pozor, aby se žádné dítě nedostalo k žehlicímu prknu, přesně jsem měla zatarasenou cestu ze všech stran nábytkem. Po dokončení žehlení jsem dala žehličku vždy zchladnout nahoru na polici. Vždy až doposud. Tentokrát jsem zapomněla. Vytáhla jsem žehličku ze zásuvky, odsunula křeslo a šla si do skříně ve vedlejší místnosti pověsit sukni. Cestu k žehlicímu prknu a žhavé žehličce jsem nechala otevřenou. Byla to jen chvíle, než jsem zaslechla zděšený výkřik. Třemi skoky jsem přeletěla byt, hned mi bylo jasné, co se stalo. Agátku jsem uviděla, jak drží dlaň levé ruky na rozpálené žehličce. Vůbec neucukla, stále ji tam držela. Nervový systém a obranný reflex ještě není v tomto věku úplně vyvinutý, proto ruku neodtáhla, i přes bolest svírala žehličku dál. Hned jsem jí ruku odtáhla a s hrůzou jsem zjistila, že má po celé dlani obrovské puchýře. Nepropadala jsem panice, neboť to byly JEN puchýře. Myslela jsem, že bude stačit v nemocnici jen převaz a brzy se to zahojí. Začala jsem dlaň chladit, rychle se oblékla, převázala postiženou ruku, skočila do auta a jela jsem s ní do nemocnice.

To byla další chyba, kterou jsem ten den udělala. Cesta autem sice trvala jen 12 minut, ale byly to důležité minuty. Přestala jsem totiž po cestě do nemocnice chladit. Již vím, že jsem měla zůstat doma, na dlaň nechat téct studenou vodu a zavolat záchrannou službu. Chlazení je totiž ta nejdůležitější věc, kterou popálenému musíte po úraze poskytnout.

V nemocnici jsem byla šokována. Pod puchýři, kde měla být růžová tkáň, se objevila bílá, mrtvá kůže. Pan primář z Kliniky popálenin a rekonstrukční chirurgie FN Brno konstatoval, že jde o třetí stupeň popálení a bude zapotřebí provést autotransplantaci kožních štěpů na postiženou tkáň. V nemocnici jsme s Agátkou strávily měsíc. Během té doby jsem nepřemýšlela o ničem jiném, než co vlastně teď bude dál. Zmrzačila jsem si své dítě, celý život ponese následky jen díky mé nezodpovědnosti, a co víc, mohla jsem zabránit tak vysokému stupni popálení, pokud bych jí dokázala správně poskytnout první pomoc. I v tom jsem zklamala. Hlavou se mi honily myšlenky, jak jsem nemožná matka, vyčítala jsem si, jak jsem mohla něco takového dopustit, propadala jsem depresím.

Útěchou mi byla moje rodina a úžasný personál na dětském oddělení. Doktoři i zdravotní sestry mě velice podporovali a snažili se, abych byla spíše oporou svému dítěti než zlomená žena. Přes všechnu podporu mi trvalo půl roku, než jsem se smířila s tím, co jsem způsobila, a přijala každodenní poúrazovou péči jako běžnou denní činnost. Agátka byla v tu chvíli rozhodně statečnější. Sice bylo pro ni nesnadné přetrpět pětkrát denně tlakové masáže nebo absolvovat nesčetné množství laserových rehabilitací, ale stále byla a je usměvavé dítě, které bere veškerou náročnou péči jako běžnou součást života. Uvědomuje si, že má jednu ručičku jinou než druhou. Má ji prostě popálenou. A co? Ta dětská bezprostřednost a lehkost myšlení mi dodává sílu. A zpětně ji vysílám své dceři, aby zvládla bez problémů další reoperace, další anestezie a rehabilitace, které bude muset podstoupit, než dospěje a dlaň přestane růst.

Je těžké si představit, čím dítě musí po úraze procházet. O nic lehčí to nemá rodič, který nechtěně dopustí, aby se takový úraz stal. Když si člověk přivodí úraz sám, sám si nese odpovědnost. Jakmile ale svými činy zraníte někoho jiného, tím spíše malé dítě, těžce se s tímto činem smiřujete. Když se stal úraz Agátce, chtěla jsem křičet do celého světa: „Rodiče, dejte si pozor, ať se vám něco takového nestane! A když už se něco takového stane, kéž všichni víte, jak se správně zachovat.“ Tehdy na nemocniční chodbě mě nikdo neslyšel. Nyní díky odhodlanému týmu obecně prospěšné společnosti Popálky jsem dostala možnost to světu sdělit a pomoci každému, kdo se v takové situaci ocitl. Je důležité vědět, že tu člověk není se svým problémem sám.

Traumateam ČR a jeho zapojení do Civil Protection ES 1

MUDr. Petr Nestrojil, CSc.

V posledních letech značně vzrostl výskyt závažných přírodních katastrof a mimořádných událostí (MU), při kterých dochází k velkému počtu ztrát na životech a majetku. Kromě toho je ničena i hospodářská a sociální infrastruktura a je závažně poškozováno životní prostředí. Tato zjištění vedla Radu Evropského společenství (ES) k vytvoření systému civilní ochrany ES.

Civilní ochrana ES

Rozhodnutím Rady Evropského společenství ze dne 8. listopadu 2007 byl vytvořen tzv. mechanismus civilní ochrany Společenství.

Důvody pro vytvoření mechanismu civilní ochrany ES:

- v posledních letech značně vzrostl výskyt a závažnost přírodních a člověkem způsobených pohrom;
- dochází ke ztrátám na životech a majetku;
- je ničena hospodářská a sociální infrastruktura;
- je poškozováno životní prostředí.

Obecný účel vytvoření mechanismu civilní ochrany ES:

- na žádost poskytnout podporu v případě mimořádných událostí;
- usnadnit lepší koordinaci asistenčního zásahu ze strany členských států ES;
- zajistit účinnější a viditelnější projev evropské solidarity;
- umožnit rozvoj evropské schopnosti rychle reagovat na základě modulů civilní ochrany členských států.

Hlavním úkolem mechanismu civilní ochrany ES je:

- usnadnit odezvu na všechny druhy závažných mimořádných událostí uvnitř nebo vně Společenství, včetně přírodních a člověkem způsobených pohrom, teroristických činů a technologických, radiologických nebo ekologických havárií, včetně znečištění vod v důsledku námořních havárií;
- v případě všech uvedených mimořádných událostí reagovat na žádost o pomoc v oblasti civilní ochrany, která doplní schopnosti odezvy postižené země.

Další cíle mechanismu civilní ochrany ES jsou:

- prevence, která má pro ochranu proti přírodním, technologickým a ekologickým pohromám zásadní význam. Prostřednictvím dalšího rozvoje systémů detekce a včasného varování by Společenství mělo pomoci členským státům minimalizovat čas potřebný k odezvě na pohromy a varovat občany EU. Uvedené systémy by měly zohlednit stávající informační zdroje a vycházet z nich;
- na úrovni členských států a Společenství přijmout přípravná opatření, která umožní rychlou mobilizaci zásahových týmů při výskytu mimořádné události a jejich požadovanou flexibilní koordinaci a která prostřednictvím výcvikového programu zajistí schopnost účinné odezvy a doplňkovost posuzovacích a koordinačních týmů, zásahových týmů a dalších prostředků podle požadavků situace;
- organizace modulů na úrovni členských států, které podléhají jejich vedení a velení;
- umožnění mobilizace a snazší koordinace asistenčních zásahů;
- zajištění lepší ochrany zejména osob, životního prostředí a majetku;
- snížit ztráty na životech, počty zraněných, hmotné škody, škody na životním prostředí;
- vytvoření infrastruktury Společenství v oblasti civilní ochrany.

Mezi další úkoly mechanismu civilní ochrany ES patří:

- získání přehledu o zásahových týmech využitelných v členských státech k asistenčnímu zásahu;
- vypracování a provádění výcvikového programu pro zásahové týmy a experty z týmů pro posuzování nebo koordinaci;
- sestavování a vysílání posuzovacích nebo koordinačních týmů;
- zřízení a řízení monitorovacího a informačního střediska (Monitoring and Information Center – MIC), jehož služby budou k dispozici 24 hodin denně,
- vyhlášení pohotovosti pro nasazení týmů;
- vytvoření a řízení společného komunikačního a informačního systému pro případy mimořádných událostí (Common Emegrency and Information System – CECIS);
- komunikace a sdílení informací mezi MIC a operačními kontaktními místy členských států ES.

Rozhodnutím Komise ES ze dne 20. prosince 2007 a rozhodnutím Rady ES č. 2008/73/ES, Euratom byl vytvořen systém tzv. modulů civilní ochrany ES. Rozhodnutí Rady definuje celkem 13 modulů civilní ochrany ES, které obsahují všechny oblasti aktivit, potřebných při mezinárodní humanitární pomoci při likvidaci následků mimořádných událostí a katastrof.

TT ČR – modul č. 7 AMP – rozvinutá jednotka při cvičení ve FN Brno, říjen 2013

Členové TT ČR společně s ředitelem Krausem na cvičení MAFEX 2012, červen 2012

Součástí rozhodnutí je vytvoření tří zdravotnických modulů:

- modul č. 7 – Advanced Medical Post (AMP) = předsunutá zdravotnická jednotka;
- modul č. 8 – Advanced Medical Post with Surgery (AMPS) = předsunutá zdravotnická jednotka s chirurgickým operačním sálem;
- modul č. 9 – Field Hospital = polní nemocnice.

Definice pojmů mechanismu civilní ochrany ES:

- závažná mimořádná událost – jakákoli situace, která má či může mít nepříznivý dopad na obyvatelstvo, životní prostředí nebo majetek a která může vést k žádosti o poskytnutí pomoci na základě mechanismu;
- odezva – jakákoli akce přijatá na základě mechanismu během závažné mimořádné události nebo po ní s cílem řešit její přímé následky;
- připravenost – stav pohotovosti a schopnosti lidských a materiálních prostředků dosažený v důsledku předem přijaté akce, umožňující jim zajistit účinnou a rychlou odezvu na mimořádnou událost;
- včasné varování – včasné a účinné poskytnutí informací, jež umožňují přijmout akci s cílem zabránit rizikům nebo je snížit a zajistit připravenost na účinnou odezvu;
- modul – soběstačné a nezávislé uspořádání předem vymezených schopností členských států, které vycházejí z úkolů a potřeb, nebo mobilní operační tým členských států představující soubor lidských a materiálních zdrojů, který může být popsán svou schopností pro zásah nebo úkolem či úkoly, které je schopen vykonat.

Úkoly komise ES:

- zřizuje a řídí MIC;
- vytváří a řídí CECIS;
- přispívá k rozvoji systémů detekce a včasného varování v případě pohrom;
- zajišťuje možnost co nejrychlejší mobilizace a vyslání malých týmů odborníků pro:
  - posouzení potřeb civilní ochrany státu, který požádal o poskytnutí pomoci, s ohledem na pomoc, která může být poskytnuta členskými státy a v rámci mechanismu;
  - usnadnění koordinace asistenčních operací v oblasti civilní ochrany na místě události podle aktuální potřeby udržování kontaktů s příslušnými orgány státu, který požádal o poskytnutí pomoci, je-li to nezbytné a vhodné;
- vypracovává výcvikový program zaměřený na zlepšení koordinace asistenčního zásahu

v oblasti civilní ochrany, doplňkovosti jednotlivých zásahových týmů a modulů a zvyšování odborné způsobilosti odborníků. Výcvikový program bude zahrnovat společné kurzy a společná cvičení a výměnný systém, v jehož rámci mohou být jednotlivci dočasně vysláni do jiných členských států.

Složky mechanismu civilní ochrany ES:

- MIC Monitoring and Information Center;
- CECIS Common Emegrency and Information System;
- OSSOC (Virtual OSSOC) On-Site Operations Coordination Centre;
- LEMA Local Emergency Management Authority.

Traumateam ČR a mechanismus civilní ochrany ES

Traumateam ČR je jako mobilní, specializovaná, zdravotnická jednotka v rámci modulů ES t. č. zařazen jako modul č. 7 – Advanced Medical Post (AMP – předsunutá zdravotnická jednotka) a od 1. ledna 2013 je pod hlavičkou CZERT CZ (Czech Emergency Response Team) zaregistrován v evidenci civilní ochrany ES pro nasazení v rámci mezinárodní humanitární pomoci.

Traumateam ČR společně s členy jednotky SAR HZS hl. m. Prahy, vystupující pod hlavičkou CZERT CZ (Czech Emergency Response Team), ve všech směrech naplňuje normy civilní ochrany ES stanovené pro modul č. 7 – AMP (Advanced Medical Post = předsunutá zdravotnická jednotka). Členové TT ČR zajišťují zdravotnickou část a členové HZS hl. m. Prahy zajišťují transport postižených uvnitř jednotky a pečují o týlové zajištění celé jednotky.

1. Plnění úkolů AMP:

- třídění pacientů na místě katastrofy;
- stabilizovat stav pacienta a připravit jej na přesun do zdravotnického zařízení k definitivnímu ošetření.

2. Naplnění kapacity AMP:

- roztřídit nejméně 20 pacientů za hodinu;
- stabilizovat 50 pacientů za 24 hodin;
- zajistit ošetření 100 pacientů s lehčími zraněními za 24 hodin;
- práce rozdělené do dvou směn.

3. Hlavní složka AMP: zdravotnický tým na jednu dvanáctihodinovou směnu – 11 zdravotníků:

- třídění = TRIAGE: jeden lékař + jedna zdravotní sestra;
- zelený vstup – ambulance: jeden lékař + jedna zdravotní sestra, sálek jedna sestra;
- červený vstup – intenzivní péče = IMP I – vážná poranění: jeden lékař a dvě zdravotní sestry;
- červený vstup – intenzivní péče = IMP II – středně těžká poranění: jeden lékař a dvě zdravotní sestry;
- odsun: jedna zdravotní sestra;
- přenášení poraněných: dva záchranáři (HZS).

4. Stany:

TRIAGE;
zelený vstup – ambulance 1 a 2;
červený vstup – IMP I a II;

- sklad;
- odsun;
- čekárna;
- stany pro personál: tři ložnice, stravování, hygiena – WC + umývárna;
- velitelské stanoviště;
- skladiště pro zdravotnické a logistické vybavení.

5. Soběstačnost = týkové zajištění, zajišťuje HZS hl. m. Prahy:

- na 96 hodin;
- zdroj elektrické energie a světla pokrývající spotřebu základny;
- hygienická zařízení určená pro personál modulu;
- dostupnost potravin a vody pro personál modulu.

6. Nasazení – garantuje provozní řád TT ČR:

- připravenost k odjezdu nejpozději do 12 hodin po přijetí nabídky poskytnutí pomoci;
- schopnost zásahu jednu hodinu po příjezdu na místo.

Areál MSB Revinge

Cvičení TEC – zpracování získaných informací o katastrofě

Kurz TEC MSB Revinge

Praktické cvičení TEC – pracovní skupina

Účastníci kurzu TEC

Kurzy a cvičení civilní ochrany ES

Na základě rozhodnutí Rady ES o zřízení mechanismu civilní ochrany ES organizuje ES kurzy a cvičení, které mají zvyšovat připravenost, organizaci, odbornou součinnost a spolupráci mezinárodních jednotek a modulů při likvidaci mimořádných událostí a katastrof.

ES v rámci civilní ochrany pořádá celou řadu kurzů a jedním ze základních kurzů jsou kurzy TEC (Technical Expert Course), pořádané ES ve spolupráci s MSB College Revinge ve Švédsku.

Další aktivity civilní ochrany ES jsou zaměřeny na „ostrá“ cvičení jednotlivých modulů a nácvik jejich součinnosti. V letech 2012–2014 je organizací cvičení pověřena společnost MODEX Falck, která tato cvičení pořádá pod pečlivým dohledem komisařů civilní ochrany ES. V roce 2012 bylo uskutečněno šest cvičení, v roce 2013 bylo dosud uskutečněno šest cvičení a v roce 2014 je plánováno dalších šest cvičení. Všechna cvičení jsou financována z dotací ES.

Kurzy TEC (Technical Expert Course)

Kurzy TEC jsou pořádány ve výcvikovém středisku MSB College Revinge ve Švédsku dvakrát až třikrát za rok a délka kurzu je sedm dnů. Každý kurz má 20 účastníků z členských zemí ES, kteří se zabývají problematikou mimořádných událostí a katastrof.

Program kurzu je rozdělen na část teoretickou a praktickou. V teoretické části jsou probírány zásady rekognoskace rozsahu a následků mimořádné události a katastrofy a organizace humanitární pomoci a likvidace následků katastrofy. V praktické části je simulována přírodní katastrofa s rozsáhlými následky. Frekventanti kurzu se při jejím řešení aktivně podílejí na jednáních s činiteli na jednotlivých státních a soukromých institucích, kde zjišťují rozsah katastrofy, její následky a potřeby humanitární pomoci. Na základě zjištěných skutečností vypracují zprávu pro radu ES v Bruselu a vyžádají si požadovanou pomoc. Praktická část kurzu je velkým přínosem pro nácvik osobního vyjednávání se státními činiteli, pro orientaci ve stávající mimořádné události a pro zajištění a organizaci potřebné pomoci.

Účast na kurzu je velkým přínosem pro činnost v rámci humanitární pomoci při likvidaci následků katastrof a mimořádných událostí.

Hlavním úkolem kurzů je příprava expertů pro jejich nasazení k vyhodnocení rozsahu, závažnosti postižení a potřebné pomoci postižené zemi v případě mimořádné události nebo katastrofy. Takto vyškolení experti civilní ochrany ES jsou registrováni radou ES a v případě potřeby jsou vysíláni ES na místo mimořádné události nebo katastrofy.

V současné době absolvovalo kurz TEC v Revinge již šest členů Traumateamu ČR a vedoucí lékař TT ČR je zařazen do mezinárodního týmu pro akutní nasazení na místo mimořádné události ke zhodnocení situace, způsobených škod a potřebných sil a prostředků pro likvidaci následků mimořádné události a katastrofy.

Cvičení TEC – pracovní skupina s trenérem

Hubnout se dá zdravě, říká nutriční terapeutka z poradny Občanského sdružení Anabell

V dnešní uspěchané době se s tímto problémem potýká skoro každý. Tlačí na nás pracovní, studijní, rodinné či jiné záležitosti a mnohdy si ani neuvědomujeme, že jsme pořádně nesnídali, neobědvali či nevečeřeli. Anebo jedli jen rychlé nezdravé jídlo. U některých to pak vede ke zvyšování hmotnosti a následně obezitě, u jiných zase k poruchám příjmu potravy. Právě lidem, kteří se svým stravováním „bojují“, se již jedenáct let snaží pomoci pracovníci v brněnské nutriční poradně Občanského sdružení Anabell. Více podrobností o tomto zařízení a také o tom, jakých chyb se při stravování lidé nejčastěji dopouštějí, řekne nutriční terapeutka Kristýna Galová.

Jaké služby poradna nabízí?

Zabýváme se problematikou poruch příjmu potravy, poskytujeme jednorázová výživová poradenství a máme v nabídce také několik programů pro snižování hmotnosti. Poradíme i při výživě sportovců nebo fyzicky aktivních klientů. Předností našich služeb je možnost sestavit a aplikovat program s ohledem na individuality člověka. Trvalých výsledků u nás klienti dosahují pod odborným vedením a zejména bez doplňků stravy. Naším cílem je ukázat lidem, že se dá hubnout zdravě a především trvale bez větších omezení ve výběru potravin, které jsou na našem trhu.

Jak vypadá vstupní návštěva a jak je to s placením vašich služeb?

První návštěva trvá 50 minut a zahrnuje komplexní tělesnou analýzu na přístroji InBody, podrobný rozbor jídelníčku a stravovacích návyků, zdravotní anamnézu, stanovení redukčních cílů a změn ve stravování a dále nutriční a pohybové doporučení pro konkrétní časové období. Tato vstupní návštěva je nezávazná. Klient se sám rozhoduje, zda mu stačí pouze toto „nakopnutí“ nebo chce využít našich programů. Ceny našich služeb jsou různé, přesný ceník lze najít na webových stránkách Občanského sdružení Anabell. Od začátku letošního roku navíc pro lidi s poruchou příjmu potravy začal projekt Bez jídla to nejde! a v rámci něho jsou naše programy bezplatné.

Jakých chyb se lidé při stravování nejčastěji dopouštějí?

Je to nepravidelnost v příjmu energie, nedostatečný příjem tekutin, nekvalitní výběr potravin, nevyvážené složení jídelníčku, především velký příjem jednoduchých cukrů, skrytých tuků a solí, naopak v jídelníčku chybí zelenina a ovoce. Dalším problémem je omezený pohyb, což způsobí, že příjem energie je mnohem větší než výdej. Chybné je rovněž zařazení doplňků stravy místo přirozeného stravování a velký vliv má stres.

Když už se někdo potýká s nadváhou, jak zdravě zhubnout?

V první řadě je důležité chtít u sebe něco změnit. Uvědomit si, že trvalé zhubnutí je o změně životního stylu. Věnovat sobě dostatek času. Zaměřit se na přirozenou formu stravování bez drastických diet a doplňků stravy. I jídelníček pro redukci hmotnosti by měl obsahovat kvalitní složení základních živin, vitamínů, minerálních látek a enzymů. Při hubnutí je potřeba sportovat a také se naučit zvládat zátěžové situace. Vydržet a pokud se něco ihned nezdaří, nepolevovat a pokoušet se znovu a znovu. Pracovat na svojí asertivitě a nebát se zkoušet nové věci, a to ve stravování i v pohybových aktivitách.

Andělé na bohunické klinice

Nora Müllerová

Vánoce se nám opět blíží mílovými kroky, obchodní centra praskají ve švech, ve vzduchu je cítit, že Ježíšek již brzy zaklepe na dveře, pouze na sněhovou nadílku letos svatý Martin bohužel zapomněl.

Utrhnu ještě kousek lepicí pásky a přilepím poslední křídlo papírového anděla na okno ambulance onkologie a mám hotovo. Hrdě si prohlédnu svoje dílko a mám ze sebe velikou radost. Říkám si pro sebe: Snad udělám radost všem lékařům, sestřičkám a taky pacientům… Určitě ano, na Interní hematologické a onkologické klinice (IHOK) FN Brno, kde jsem strávila více než rok svého života, je cítit kouzlo Vánoc. V myšlenkách se vracím dva roky zpět. Zhoršené dýchání mě donutilo navštívit plicní oddělení v nemocnici. Po neurčitém nálezu jsem byla odeslána na různá vyšetření a následně na IHOK. Při první návštěvě specializované lékařky onkologie, která mi na základě výsledků předchozích vyšetření sdělila diagnózu a popsala moji perspektivu, se můj svět doslova zhroutil.
Na počátku léčby svojí nemoci jsem si ani vzdáleně nedokázala představit, co bude následovat a co vlastně mohu očekávat. Jedinou mojí jistotou byla holá skutečnost, že žádná sebelítost ani zoufalství mi nikterak nepomůžou. Moje vnitřní rozhodnutí ale bylo vždy jasné, budu bojovat a to ze všech sil. Zažitou představou v naší společnosti je nemilosrdná rovnice: Diagnostikovaná rakovina představuje v podstatě pro většinu lidí smrt pacienta. Naštěstí tomu tak v praxi není a díky výzkumu nemoci a obrovskému pokroku medicíny v posledních letech je možné se chorobě za asistence odborníků úspěšně bránit, v mnoha případech až do úplného uzdravení.
Léčba mojí nemoci byla velmi náročná, ale úspěšná. V době léčby svojí nemoci a nadále i při opakovaných kontrolách a vyšetřeních potkávám řadu profesionálů, bez kterých bych svůj boj o život bezesporu prohrála. Díky podpoře odborného a obětavého personálu celé kliniky jsou moje šance na úplné uzdravení vysoké. V průběhu léčení jsem si uvědomila, jak náročnou práci, a to jak psychicky, tak fyzicky, lékaři, sestry a další personál v zájmu svých pacientů denně vykonávají.
Vánoční výzdobou, kterou jsem s potěšením připravovala za pomoci sestřiček Charouzkové, Kubešové a Šiškové, bych ráda poděkovala a touto maličkostí vykouzlila alespoň na chviličku úsměv na tvářích všech pacientů a jejich lékařů, kteří musí denně bojovat se zákeřnou nemocí. Moje veliké poděkování patří především mému ošetřujícímu lékaři MUDr. Davidovi Šálkovi a sestře Janě Charouzkové, kteří mi byli ve všech situacích kdykoliv nápomocni. S pokorou a úctou k vaší náročné profesi vám přeji krásné Vánoce a do nového roku 2015 mnoho uzdravených pacientů, moji andělé…

Větrníkový den

MUDr. Renata Gaillyová, Ph.D.

Dne 21. listopadu si celá Evropa připomíná jedno ze vzácných onemocnění – cystickou fibrózu. Celorepubliková akce „Větrníkový den“, která je zaměřena na podporu nemocných cystickou fibrózou, probíhá každoročně 21. listopadu. Česká republika se tak připojuje k Evropskému dni pro cystickou fibrózu, který je organizován v podobě benefičních a informačních akcí v řadě evropských zemí. Zapojit se může každý, kdo v pátek 21. listopadu vyrobí větrník (velký, malý, papírový, látkový, pečený z těsta...), který vyfotografuje, a fotografii pošle do Klubu nemocných cystickou fibrózou. Všechny obrázky budou pak zveřejněny na webových stránkách CF klubu a jeden vylosovaný výherce obdrží dárek od patrona klubu Ivana Trojana.

Proč se symbolem pro pacienty trpící vzácným onemocněním cystická fibróza stal zrovna větrník? Protože roztočit foukáním větrník je pro většinu lidí hračka, pro nemocné cystickou fibrózou to může být ale mnohdy nepřekonatelná překážka.
Cystická fibróza (CF) je dědičné onemocnění, které postihuje zejména dýchací a trávicí ústrojí, ale i některé další orgány. CF se projevuje opakovanými infekcemi dýchacích cest, které postupně způsobují poškození plic. Častou komplikací je cukrovka, cirhóza jater, osteoporóza a další příznaky. CF také způsobuje neplodnost u mužů. U žen s CF závisí plodnost na celkovém zdravotním stavu. Cystická fibróza se vyskytuje v současné době v České republice u jednoho z asi 6 000 narozených dětí. Přes zlepšující se léčebné možnosti je cystická fibróza zatím stále nevyléčitelné onemocnění, které může zkrátit délku života i snížit jeho kvalitu.

Více informací na www.cfklub.cz.

Výtvarná díla v areálu bohunické nemocnice – nedílná součást občanské výstavby

Ing. arch. Ludmila Manová

Po sochařských dílech v bohunickém areálu FN Brno seznámíme čtenáře Nemocničních listů s díly výtvarnými. Jejich stručný výčet začne díly umístěnými v lůžkové budově L, kde mají lidé největší možnost k jejich zhlédnutí, ať již jsou pracovníky, pacienty nebo návštěvníky bohunické nemocnice.

V době výstavby areálu nové fakultní nemocnice v Bohunicích existovala běžná praxe, že součástí všech občanských staveb byla i umělecká díla. Podle typu stavby tak byly umělecky dotvářeny vnitřní i venkovní prostory těchto staveb. Pořízení uměleckých děl bývalo nedílnou součástí nákladů staveb uváděných v souhrnném rozpočtu pod hlavou V. Umělecká díla a práce. Umělecká díla umělci tvořili tematicky pro danou stavbu a prostředí, v němž byla stavba umisťována. V případě fakultní nemocnice se jednalo převážně o díla, která byla zúčastněnými umělci vytvářena do veřejně přístupných návštěvních prostorů hal, čekáren a jídelen. Díky tomu zdobí nemocniční prostory velkoformátové malby, keramické mozaiky, dřevěné plastiky i textilní tapiserie celé řady významných i méně známých výtvarných umělců, jejichž tvorba je spjatá s Brnem.
V typickém podlaží budovy L byla umístěna v prostoru návštěvní haly dvojice deskových maleb vypracovaná vždy jedním autorem. Přes mnohé změny ve využití některých podlaží i dílčí změny dispozic v uplynulých letech jsou tyto soubory maleb v mnohých podlažích uchovány podle původních záměrů dodnes. To platí i o keramických mozaikách v jídelnách pacientů v zadních částech lůžkových oddělení. Ve výškové budově L tak díky době vzniku můžeme ještě dnes vidět originální díla významných brněnských i mimobrněnských autorů zvučných jmen, z nichž mnozí jsou zastoupeni v tuzemských i zahraničních uměleckých sbírkách různých galerií.

Podrobněji o výtvarných dílech a jejich autorech v budově L

Začneme poněkud netypicky, vejdeme-li totiž hlavním vstupem do haly 1. NP, uvidíme díla, která do ní původně nepatřila. Ze vstupní haly bylo před několika lety na základě zpřísnění bezpečnostních a protipožárních opatření vystěhováno vybavení, které předpisům nevyhovovalo, hala byla vybavena pouze kovovými sedadly a novou recepcí. Na protilehlých stěnách haly je dnes k vidění třídílný Art protis od Inez Tuschnerové s květinovým motivem nazvaný Amarilis, původně umístěný na GPK v budově Z, a deskový obraz od akademického malíře Františka Cundrly s abstraktním motivem, dříve umístěný v 11. NP.
Brněnská výtvarnice, akademická malířka, pedagožka a návrhářka divadelních kostýmů Inez Tuschnerová je žijící legendou oboru netkané textilní technologie tzv. Art protisu. Technologie vznikla v Brně v 60. letech minulého století, spoluzakládala ji, jako jedna z prvních s ní pracovala a také její stěžejní díla jsou vypracována technikou Art protis. Unikátní textilní objekty byly vystavovány v mnoha evropských metropolích, jsou součástí mnohých sbírek a umělkyně je nositelkou řady ocenění. Dílo umělkyně charakterizuje cit pro materiál a expresivnost výtvarného gesta. Spolupracovala s brněnskými divadly a veřejnost výtvarnici zná jako návrhářku divadelních kostýmů a scén zejména Janáčkových oper. Pamětníci vzpomenou jubilejní výstavy u příležitosti jejího životního výročí před dvěma lety v Paláci šlechtičen i jinde, umělkyně dosud pracuje, věnuje se volné tvorbě a spolupráci s mladými lidmi.
Akademický malíř doc. František Cundrla (1943–2011) byl malířem slovácké krajiny, střídavě žil, pracoval a tvořil v rodné Strážnici, Praze a Uherském Hradišti, kde působil také jako pedagog. V kresbách se věnoval figurálním motivům, v malbě především krajině a současně s velkým úspěchem pořádal desítky výstav domácích i zahraničních. Deskové malby, které jsou instalovány ve FN Brno, patří do období tvorby, kdy maloval abstraktní krajiny a učarovala mu modrá barva. Umístění děl již není původní (jsou z 11. NP) – obraz svislého formátu je v hale 1. NP a podélný obraz z šesti částí je nyní rozdělený na obrazy dva: pět dílů je umístěno na čelní stěně Modrého salonku v budově O a jeden díl v pracovně vedoucího správy budov ve 2. NP objektu H2.
Schodišťový prostor návštěvní haly ve 2. NP a 3. NP zdobí nástěnný dřevěný reliéf od akademického sochaře Miloše Vlčka s názvem Vztah zdravotníků ke struktuře společnosti a dále světelná rampa od pasíře Mojmíra Draga. Jméno akademického sochaře M. Vlčka je ve světě umění pojmem, umělec je svým rozsáhlým a rozmanitým dílem známý a oceňovaný nejen doma, ale i ve světě.
Na boční stěně v přísálí operačních sálů je ve 2. NP keramický reliéf podle návrhu Marie Klegové a realizovaný I. Pajdlhauserovou zobrazující rostlinné motivy a obdobně ve 3. NP zdobí stěnu před COS keramický reliéf s názvem Léčivé rostliny od P. a O. Jedličkových. Na chodbě OPV ve 3. NP je malba na desce podélného formátu, jejím autorem je Ivo Peterek a původně se nacházela v hale návštěv ve 13. NP. Na rozhraní mezi budovami L a O je desková malba od Vladimíra Svobody, která sem byla přemístěna z chodby u haly návštěv 5. NP, kde na původním místě v blízkosti dveří na WC pacientů zůstala malba svislého formátu téhož autora.
Vladimír Svoboda se volné tvorbě věnoval vedle své práce, pro jeho dílo je typický osobitý styl a nejčastějšími motivy je příroda ve všech podobách. Jeho monumentální díla jsou součástí interiérů řady veřejných budov a podniků v Brně, pracuje i s biblickými motivy a jeho díla jsou zastoupena v mnoha galeriích i soukromých sbírkách.
Ve 4. NP, ryze technickém, výtvarná díla nejsou.
V 6. NP je z původního umístění výtvarných děl dnes jen keramická mozaika v jídelně pacientů KÚCH s motivem přírodního prostředí, ale bez signace. V návštěvní hale 6. NP byly původně umístěny deskové malby M. Roštínského, v současné době nejsou v tomto podlaží žádná původní díla. O 7. NP platí totéž, obrazy zde nejsou žádné a keramická mozaika v jídelně pacientů je od břeclavského keramika I. Hodonského.

Rp: Frontolin forte

ThMgr. Milan Klapetek

Jsou zážitky prchavé a pomíjivé jak povětroň a jsou i takové, které vám trvale uvíznou v hlavě. Jsou dokonce i takové zážitky, kterým člověk přikládá vyšší, přímo symbolický význam. O jeden takový, patřící do oné druhé kategorie, se mně kdysi dávno postaralo pravidelné cestování do Boskovic. To bylo tak: na autobusovém nádraží se vždy na nástupišti utvořila spořádaná a disciplinovaná fronta. Ta se také po přistavení autobusu v klidu a pořádku přemístila do jeho útrob. Několikrát jsem však byl svědkem zvláštního psychologicko-sociálního úkazu. Ten nastal tehdy, když se jednou za čas někdo bez ohledu na spořádanou frontu začal drát rovnou ke dveřím. Tu najednou jako by čert mávnul nějakým kouzelným prutem. Lidi stojící doposud klidně a spořádaně rázem opustila jejich trpělivost a kázeň a začali se rovněž tlačit dopředu hlava nehlava. V nastalé zběsilé tlačenici invalidé bezmocně mávali berlemi, děti plakaly a slabší povahy byly nemilosrdně odsunuty stranou.

Nemohu se zbavit dojmu, že právě toto je modelová situace pro problém i chování lidské pospolitosti. Ten autobus a místa v něm – to jsou statky potřebné k životu – a ta fronta – to jsou lidé, kteří je chtějí získat. Těch statků bývá zpravidla méně, než kolik by bylo k absolutnímu uspokojení všech třeba, a jde tedy o to, podle jakého klíče budou rozděleny. Klíčem nejjednodušším a lidské přirozenosti nejbližším je obyčejná rvačka, asi jako když se psi perou o kost.

Již v samých počátcích lidské civilizace se přišlo na to, že to takto nepůjde, protože by se takto lidé záhy pozabíjeli navzájem. Byla tedy stanovena určitá pravidla ať již v podobě náboženských přikázání, nebo zákonů. Jejich společný cíl vystihuje toto latinské přísloví: Inde datae leges, ne firmior omnia posset – proto jsou dány zákony, aby si silnější nemohl dovolit všechno. Jedno z takových nejjednodušších pravidel spočívá v tom jednoduchém: „Kdo dřív přijde, ten dřív mele“. Tím se řídili lidé v té frontě na místo v autobuse. Toto pravidlo nelze uplatnit všude, v čekárnách zdravotnických zařízení bývá například nápis „Pořadí pacientů určuje lékař“.

Při setkání člověka s tímto fenoménem, tedy s nějakou frontou nebo pořadníkem, proběhne v jeho mysli vyhodnocení vzájemné velikosti a poměru dvou zásadních veličin: na jedné straně je to úcta k ostatním lidem a určitému pravidlu či řádu, na straně druhé je to míra sebestředného egoismu. Vyhodnocení velikosti těchto veličin trvá obvykle zlomek sekundy a dle výsledku se člověk buď spořádaně a trpělivě postaví do fronty, tedy počká, až na něj dle příslušného pravidla dojde řada, anebo se snaží „prosadit“. Každá populace je v podstatě rozdělena do dvou skupin – v jedné jsou lidé s převahou na straně respektu k civilizovanému řádu a úctou k těm, kteří jsou před nimi, ve druhé ti s převahou na straně neolitického bezohledného divošství, kteří na jakákoliv pravidla kašlou. Prosazování se tlačením se dopředu je ovšem přece jenom poněkud nemoderní. Moderní společnost vymyslela už dávno něco lepšího – lokty nahrazují peníze, za které si člověk hodlá koupit cokoliv i to lepší pořadí ve frontě.

Zástupy těch, kteří si své místo ve frontě nemohli urvat ani koupit a mohli se za autobusem jenom dívat, přivedl mnohé na nápad, který byl také posléze s obtížemi experimentálně uplatněn. U našeho obrazného autobusu byl dozorce, který to hlídal, a jakési pořadníky či příděly byly skoro na všechno. Pravda, to je řešení dosti hrubé a valně si ho nakonec nevážili ani ti, kvůli kterým bylo zavedeno. I když to asi nebylo ono, děkuji Bohu, že jsem to mohl zažít. K nespokojenosti s takovým pořádkem bylo dost dobrých důvodů, z nichž některé zněly velmi ušlechtile. Když prý takto dozorce určuje pořadí, nemohou se vypěstovat ani uplatnit etické postoje! A tak byl zlý dozorce slavnostně popliván a zahnán a všichni mohou svobodně uplatňovat své etické postoje. Nelze se však zbavit dojmu, že to nějak nefunguje, protože na to uplatňování etických postojů stále nějak příliš a houfně nedochází. Řekněme ještě, že ona sama „soutěživost“ by nebyla to nejhorší, kdyby nebyla spojena s arcibarbarským pravidlem „Vítěz bere všechno“. Ti první si obsadí vždy hned několik nejlepších míst, aby se mohli natáhnout skutečně pohodlně. Jenže svět je dost bohatý pro potřeby všech, ne však pro bezohlednou chamtivost všech…

Přede dveřmi jsou Vánoce. Vánoční příběh mluví o Bohu, který se stal člověkem. Nevyužil však svého nadpráva a nepředběhl tu lidskou frontu na život a slávu, nýbrž postavil se spořádaně až na její úplný konec. Jeho narození svobodné matce ve chlévě zájezdního hostince v Judeji asi tak právě tomu odpovídá. Vytrval v tom až do konce a skončil jako poslední na kříži. Právě tím to byl ovšem on, kdo získal korunu života a dal tak příklad i svým (opravdovým) učedníkům a následovníkům. Následování Ježíše z Nazareta činí z člověka bytost, která je schopna všechny ony fronty lidské civilizace spravedlivě a trpělivě respektovat, případně před sebe ještě někoho potřebnějšího pustit. Ten člověk má totiž svoje hodnoty srovnány trochu jinak mimo jiné i proto, že ví, že blahoslavenější je dávat než brát. Právě takového člověka měli ovšem kdysi na mysli ti, kteří deklarovali svatou svobodu lidských jedinců. Ano, tento člověk nepotřebuje dozorce, a přesto bude respektovat řád, řád spravedlnosti a milosrdenství.

V jakési pomyslné frontě na prostředky ke svému provozu stojí i zdravotnictví. Patří mu sice důstojné místo, ale je mezi ostatními takovou popelkou, že je stejně dobře možné čekat, že bude zdravě dravějšími odtlačeno až na samý konec fronty. Třeba by bylo možné smysl pro civilizovaný řád, mající ohled na slabé a potřebné spíše než na mocné a bezohledné, posílit nějakým medikamentem. Nazývat by se mohl Frontolin forte. Jeho výroby by se mohla chopit nějaká farmaceutická firma. Třeba by se na tom dalo i vydělat…

Radostné a požehnané Vánoce vám přeje Milan Klapetek!

PREVENTIVNÍ PROGRAM PRO ŠKOLY

Projekt je realizován v letech 2014 a 2015

B | R | N | O

PPpš

CENA 800,- Kč/hod.

Objednejte se na www.fnbrno.cz/proskoly

Kontakty

e-mail : proskoly@fnbrno.cz

MUDr. Stanislava Potrepciaková **tel. 776351716**

Monika Klusáková **tel. 604939143**

e-mail: fnbrno@fnbrno.cz

www.fnbrno.cz

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

žijeme pro Vaše zdraví

FAKULTNÍ NEMOCNICE BRNO

Žijeme pro Vaše zdraví

PREVENTIVNÍ PROGRAM PRO BUDOUCÍ RODIČE

Víte, že jako budoucí rodiče můžete být přenašeči mutací způsobujících řadu dědičných onemocnění ?

Zbavíme Vás nejistoty !

www.preventivni-programy.cz